

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA DE LA SALUD



**Análisis Coste-Efectividad En El
Tratamiento De La Psicosis En Colombia:
Modelos De Intervención Desde La
Psiquiatría Biológica a La Psicología
Psico-dinámica.**

Presentada por: Herman Alonso Moreno Londoño

Dirigida por: Dr. José Joaquín Mira Solves

2013





DON. JOSE JOAQUÍN MIRA SOLVES Doctor en Psicología y profesor del Departamento de Psicología de la Salud,

CERTIFICA:

Que la Tesis titulada "Análisis Coste-Efectividad En El Tratamiento De La Psicosis En Colombia: Modelos De Intervención Desde La Psiquiatría Biológica a la Psicología Psico-dinámica", presentada por Herman Alonso Moreno Londoño para optar al grado de Doctor, ha sido realizada bajo mi dirección desde el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández en España.

Considerando que se trata de un trabajo original de investigación que reúne los requisitos establecidos en la legislación vigente autorizo su presentación.

Y para que así conste, firmo el presente certificado en Elche, a 3 de Diciembre de 2013

Fdo: Dr. José Joaquín Mira Solves





D. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández,

INFORMA:

Favorablemente que la Tesis titulada "Análisis Coste-Efectividad En El Tratamiento De La Psicosis En Colombia: Modelos De Intervención Desde La Psiquiatría Biológica a la Psicología Psico-dinámica", de la que es autor el doctorando Herman Alonso Moreno Londoño y dirigida por el doctor José Joaquín Mira Solves, tiene la conformidad de este Departamento para que sea depositada y presentada para exposición pública, ya que cumple los requisitos en cuanto a forma y contenido.

Elche, a 3 de Diciembre de 2013.

Fdo: D. Juan Carlos Marzo Campos

Director del Departamento de Psicología de la Salud



AGRADECIMIENTOS

A mi director, el profesor José Joaquín Mira Solves, por su acompañamiento, enseñanza, asesoría, dirección y apoyo, sin los cuales, el proceso de crecimiento y de elaboración de la presente tesis doctoral jamás habría llegado a buen puerto.

A mi madre Luz Elena Londoño que me respaldó en este recorrido, a mi padre Gabriel Moreno, que pese a estar muerto, sus palabras viajaron conmigo y logré entenderlas, a mis hermanas, Diana y Yaddy, mis sobrinas, Lizeth y Catalina, mi sobrino Gregorio, que siempre fueron y son mi ejemplo de trabajo y ganas de salir adelante, les admiro y quiero, gracias por su paciencia y sus ánimos mientras me ocupaba de sacar adelante este deseo.

A Santiago, Juan y Eduardo que me brindaron fuerza, abrigo y apoyo para no desfallecer.

A David, Soraya, Daniel, Alba, Luz Ángela y Luis que confiaron y creyeron en mí, gracias por no dejarme caer.

A todos ellos, muchas gracias.



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN. 11

1.1. CAPÍTULO I. LA PSICOSIS. 16

1.1.1. De la locura a la Psicosis. 16

1.1.2. Locura y Modernidad. 21

1.1.3. La Clínica Psiquiátrica. 26

1.2. CAPITULO II. MIRADAS EN LA INTERVENCIÓN DE LA PSICOSIS. 39

1.2.1. Bases de la Teoría Psico-Dinámica de la Psicosis. 39

1.2.1.1. Elaboración de una Etiología de las Psiconeurosis. 39

1.2.1.2. La Defensa en la Psicosis. 42

1.2.1.3. El Aparato Psíquico, La Realidad. 43

1.2.1.4. El Sistema Económico de la Pulsión en Freud. 45

1.2.1.5. Narcisismo, Un Lugar En La Psicosis. 47

1.2.1.6. La Psicosis Un Trastorno de Índole Intelectual, Freud. 55

1.2.1.7. Aportación Kleiniana a la Teoría de la Psicosis. 57

1.2.1.8. Lacan en la Clínica de la Psicosis. 65

1.2.2. Elementos Para La Intervención De La Psicosis Desde La Psicología Cognitivo-Conductual. 69

1.2.3. La Psicofarmacología En El Tratamiento De La Psicosis. 77

1.2.4. La Intervención De La Psicosis Desde La Psiquiatría Biológica. 83

1.2.5. La Psiquiatría En Colombia. 88

2. METODOLOGÍA. 95

2.1. Justificación. 95

2.1.1. Importancia de la Aplicación Del Análisis Coste-Efectividad Para La Esquizofrenia En Colombia. 96

2.1.2. Objetivos. 97

2.2. El Método, Aspectos Generales De La Búsqueda Científica. 98

2.2.1. Metodología De La Revisión Por Temáticas: Reglamentación Y Financiación Del Sistema De Salud En Colombia. 100

2.2.2. Metodología De La Revisión Temática: Salud Mental En Colombia. 102

2.2.3. Metodología De La Revisión Temática: Tecnologías De Intervención De La Psiquiatría Biológica. 105

2.2.4. Metodología De La Revisión Temática: Tecnologías De Intervención Psico-dinamicas en la Psicosis. 120

2.2.5. Evaluación De Calidad De Los Estudios Incluidos. 122

2.3.	CAPITULO III. BASES LEGALES, ECONÓMICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS PARA EL ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EN LA PSICOSIS EN COLOMBIA.	124
2.3.1.	Antecedentes Del Sistema De Salud En Colombia.	124
2.3.1.1.	Reseña De La Enfermedad Mental En Colombia.	128
2.3.1.2.	Marco Legislativo De La Salud En La Constitución Colombiana 1991.	129
2.3.2.	El Sistema General de La Seguridad Social En Salud De Colombia (SGSSS).	133
2.3.3.	Regulación Del SGSSS. Plan Obligatorio De Salud POS.	137
2.3.4.	Bases Económicas Del Sistema De Salud.	142
2.3.4.1.	La Financiación Del SGSSS De Colombia.	142
2.3.4.2.	Presupuesto En Salud Para El Periodo 2012-2013.	148
2.3.5.	Bases Epidemiológicas: Prevalencia y Carga De La Enfermedad Mental En Colombia.	157
2.3.5.1.	Estudios Sobre la Salud Mental En Colombia.	157
2.3.5.2.	La Enfermedad Mental, Un Alto Costo Al Sistema.	161
2.4.	CAPITULO IV. RESULTADOS ANALISIS COSTO -EFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN COLOMBIA.	165
2.4.1.	La Cobertura Del POS En La Salud Mental.	165
2.4.2.	Hallazgos de la Tecnología Disponible En el POS, Para la Intervención De La Esquizofrenia En Colombia.	170
2.4.3.	Eficacia Y Coste De Los Tratamientos En Colombia.	173
2.4.3.1.	Eficacia de la Intervención Farmacológica.	173
2.4.3.2.	Costo de la Intervención Farmacológica en Colombia.	178
2.4.3.3.	Costo de la Intervención Psicoterapéutica y Hospitalización En Colombia.	183
2.4.3.4.	Costos de las Intervenciones En Colombia.	186
2.4.3.5.	Efectividad de la Intervención Psico-dinámica En Colombia.	189
	DISCUSIÓN.	192
	CONCLUSIÓN.	201
	REFERENCIAS.	203

INTRODUCCIÓN.

Es necesario tener presente que Colombia desde el 21 de enero de 2013, posee una ley de salud mental, la Ley 1616 del 21 de enero de 2013, pero aun los servicios en salud mental están regulados por las políticas del SGSSS y la atención de las enfermedades mentales es la dispuesta en el POS. Antes de la ley 100 de 1993, el Sistema de Salud en Colombia se regía por una política de “subsidios a la oferta”, en el cual los recursos del Estado eran transferidos a la red de hospitales públicos, la atención de los trastornos mentales estaba direccionada al tratamiento por parte de centros privados o de beneficencia.

Luego con la ley 100 de 1993 en salud, sumado a sus dos principales reformas la 1122 de 2007 y la 1438 de 2011 y con las bases de la Constitución Política de 1991, el modelo de salud sobre la oferta, pasa a ser un servicio de salud que se estableció sobre la demanda a la enfermedad, adquiriendo independencia del Estado y quedando a condiciones del mercado, en las que deben garantizarse la viabilidad financiera y la auto-sostenibilidad del Sistema General De Seguridad Social En Salud de Colombia (SGSSS).

Este nuevo modelo, permitió asignar recursos para el sector salud que rondan los \$46.4 billones de pesos equivalentes al 5.1% del IPB en el periodo 2012 y para el 2013 se estableció la asignación del 6.0% del IPB (50.1 billones de pesos), además, se pasó de tener una cobertura básica en salud del 37% de la población antes de la Ley 100 de 1993, a una cobertura básica en salud del 91% en el 2012. Teniendo en cuenta que no existe un rubro específico asignado a la salud mental, quedando además limitada a la atención de urgencias.

La información que se posee de la salud mental en Colombia tiene su base en los datos suministrado por el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 por el Ministerio de la Protección Social, la fundación FES-Social, con la cooperación de la OMS y la Universidad de Harvard. Utilizando la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI-CAPI, versión certificada 15). Arrojando resultados tales como que 8 de cada 20, 3 de cada 20 y 1 de cada 14 colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en su vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días respectivamente. Según el estudio de salud mental en Colombia 2003, dos de cada cinco personas presentaron al menos un trastorno mental durante su vida (40,1%) donde el trastorno del estado de ánimo (Depresión Mayor, Trastornos Bipolares) presentan una prevalencia del 6.8%, llamando la atención la prevalencia de la Depresión mayor en mujeres con 14,9%, y en la esquizofrenia la prevalencia es de 1.5%

Además de los datos del Primer Estudio Poblacional de Salud Mental, dirigido por la Universidad CES, toma un rango de edad de 13 a 65 años, haciendo parte del Estudio Mundial liderado por el Consorcio Harvard-OMS. En encontrando que la prevalencia de uno o más trastornos mentales durante la vida es del 27%, en los últimos doce meses, muestra que el 14,7% de la población de Medellín sufrió de uno o más trastornos mentales.

Y los estudios de Carga de Enfermedad en Colombia 2005, por la Universidad Javeriana y Cendex, coordinada por Jesús Rodríguez García, presentan que en Colombia los trastornos mentales son los que presentan una mayor discapacidad en ambos sexos, mostrando los siguientes resultados en hombres de 313 AVISAs por mil,

43,372 AVISAs son por Depresión Mayor Unipolar, ocupando el segundo puesto entre las veinte principales enfermedades y 7,844 AVISAs por Trastornos Bipolares, ocupando el noveno lugar, en cuanto a las mujeres, de 247 AVISAs por mil, 51,133 AVISAs son por Depresión Mayor Unipolar, presentando el primer lugar entre las veinte primeras enfermedades, con 3,312 AVISAs por Esquizofrenia en el décimo primer lugar y 3,061 AVISAs de Trastornos Bipolares en el décimo tercer lugar, con una prevalencia del 1.4%.

Los datos sobre la prevalencia y la carga de enfermedad mental en Colombia, enunciados en términos epidemiológicos o económicos, sumado a los datos oficiales del Ministerio de la Protección, los datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) correspondientes a la cobertura en salud del 2011 y 2012, a los medicamentos aprobado por el CRES de 2012 para la atención de la enfermedad mental, el listado oficial del costo de intervenciones y medicamentos de 2012-2013.

Los estudios de efectividad presentados al CRES de 2012 que aprobó los medicamentos atípicos para el Plan Obligatorio de Salud, presentan efectos un poco relevantes y de similares resultados de tolerancia en el tratamiento con antipsicóticos atípicos con respecto al Haloperidol, pero su uso implica costos muy altos al sistema. El Análisis Coste-Efectividad En El Tratamiento De La Psicosis En Colombia: Modelos De Intervención Desde La Psiquiatría Biológica A La Psicología Psico-dinámica es una herramienta que puede aportar información relevante a la atención, intervención y evaluación de la salud mental de los colombianos al interior del SGSSS, proporcionando datos que permitan facilitar las decisiones de asignación de recursos a la nueva Ley de salud mental y posteriormente proponer y evaluar tratamientos e intervenciones de la psicosis, posibilitando estudios de coste-efectividad de distintos tratamientos en Colombia inherentes a la enfermedad mental.

El objetivo de la investigación es describir en síntesis los principales modelos de intervención terapéutica (Psico-dinámica y Psiquiatría biológica) que actualmente conviven en el tratamiento de la psicosis en Colombia y establecer las bases para llevar a cabo un análisis de coste-efectividad de la intervención terapéutica de la psicosis en el país. Presentando un estudio comparativo del análisis coste-efectividad de las intervenciones clínicas para el tratamiento de la psicosis incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (situación actual del SGSSS, neurolépticos típicos incluidos en el POS, antipsicóticos atípicos incluidos en el POS, además de neurolépticos típicos y tratamiento psicoterapéutico, antipsicóticos atípicos y tratamiento psicoterapéutico, neurolépticos típicos más tratamiento psicoterapéutico). Para evidenciar la validez de las cifras elegidas, se ha procedido a efectuar una revisión de la literatura publicada en los últimos años sobre el tema de la salud mental en Colombia y la intervención de la psicosis.

Esta tesis posee tres momentos que están estructurados en cuatro capítulos. El primer momento se encuentra contenido en los dos primeros capítulos donde se describen dos modelos de la intervención terapéutica, el psico-dinámico y la psiquiatría biológica que actualmente conviven en el tratamiento en la psicosis en Colombia, a demás de tener presente los aportes de la psicología cognitivo-conductual.

El primer capítulo contiene un recorrido histórico, que permite nombrar los pasos de la psicosis a través de las distintas formas de entenderla, de un lado los designios de seres que controlaban el devenir humano, luego la complejidad de la perdida de las pasiones y la búsqueda de la razón, conceptos que permitían establecer parámetros de normalidad o anormalidad, desde la cognición hasta la perdida de la razón, final mente, se pasa a un intento de sentido de la locura, que requiere de la

necesidad de clasificarla como enfermedad nerviosa, dando respuesta a los enigmas e interrogantes que la enfermedad mental establece al ámbito científico, en donde encuentra su soporte y base epistemológica en el paradigma de Sydenham (1676), y el desarrollo posterior de la nosología y tratamiento de la clínica psiquiátrica y psicodinámica, basadas en las evidencias encontradas en la afección mental.

Las nociones de curso y pronóstico de la enfermedad mental, han estado relacionadas al diagnóstico de la psicosis o la esquizofrenia desde su origen como entidad nosológica. Kahlbaum, a finales del siglo XIX, defendió la tesis de observar las enfermedades mentales desde un punto de vista longitudinal, prestando atención al inicio, a la evolución y al momento de estabilización de los síntomas psicóticos. Posteriormente Emil Kraepelin, en su texto sobre psiquiatría publicada en 1883, introduciría el trastorno esquizofrénico, bajo la denominación de *dementia praecox*, pensándola como un proceso de deterioro mental.

En el segundo capítulo se lleva a cabo una revisión crítica de las posiciones respectivas de algunos autores claves en el análisis y tratamiento de la psicosis que fue de gran influencia en la concepción epistemológica de la psiquiatría en Colombia. Entre ellos cabe destacar el estudio de los escritos de Freud sobre el modelo económico y la psico-dinámica de la psicosis y su cotejo con las perspectivas de Jung, de Klein o de Lacan y la revisión que de ésta han llevado algunos autores como Ellis y Beck en la intervención de la psicosis desde de la Cognitivo - Conductual.

En este capítulo se hace referencia a los modelos de intervención terapéutica, la psico-dinámica y la psiquiatría biológica, principalmente por su influencia en el campo de la clínica psiquiátrica colombiana. En la primera se toma como base epistemológica los conceptos Freudianos de la psicosis, donde Freud (1911) sostiene la hipótesis de una etiología radicada en la defensa del yo frente a una representación emocional inconciliable o inadmisibile, apostando por la idea del delirio como producción, como la restitución de una realidad perdida, así como también apuesta por la idea de producción en la psicosis, no de déficit como mantiene Bleuler.

En la segunda tomamos a Bleuler (1911) como abanderado de psiquiatría biológica de la época, quien investigó acerca del concepto de represión y de los mecanismos de las formaciones del inconsciente en la sintomatología de la psicosis, que él le denominó esquizofrenia, planteando que “La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior, que en ninguna parte aparece bajo esta forma particular” (Bleuler, 1911).

Para Bleuler (1911) los síntomas primarios son las manifestaciones del proceso patológico y son estos trastornos, efectos directos del proceso, los que alteran la actividad asociativa de las funciones psíquicas, sosteniendo la hipótesis que la etiología de las psicosis viene establecida en último término por una disfunción orgánica ya sea o no activada por el complejo afectivo, dando los lineamientos para la psiquiatría biológica.

Esto permite que la psiquiatría biológica plantee que la forma de explicación y tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia, es a través de los fundamentos de la fisiopatología la cual sostiene la hipótesis de que el problema de la psicosis es causada por factores bioquímicos o neuroquímicos. La explicación en esta medida está fundamentada en problemas en el mecanismo acción neuronal en la transmisión postsináptica principalmente de un aumento de la dopamina, especialmente en las vías de conducción mesolímbicas y en los receptores D2, que serían los causantes de los síntomas positivos de la psicosis y esquizofrenia, y una hiperactividad del receptor D1 del lóbulo frontal, ubicado específicamente en el prefrontal. La inespecificidad en la

agrupación de variantes genéticas en los trastornos mentales se ha tratado de resolver mediante el uso de endofenotipos o fenotipos intermedios y marcadores biológicos. El concepto de endofenotipo parte de la investigación genética que busca la presencia de una fragilidad en parámetros fisiológicos medibles.

El DSM IV TR, Es pertinente mencionar que en mayo de 2013 se presenta el DSM V en la Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana, entonces tenemos que en el DSM IV TR sobre la psicosis plantea que “el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad”. En los manuales no aparece una descripción específica de la psicosis, sólo aparece de forma clara y delimitado en el trastorno psicosis breve que se refiere y comparte la misma sintomatología de la esquizofrenia, pero la diferencia reside en el tiempo, la psicosis tendría una fase activa de menos duración.

En cuanto a la clasificación, la psicosis y la esquizofrenia dentro de un mismo cuadro sintomático, ambas comparten los síntomas positivos (alucinación, delirios, catatonía, y lenguaje desorganizado) y los negativos (pobreza afectiva, elogia, abulia, anhedonia, problemas cognitivos y de pensamiento).

El recorrido por estos dos capítulos de la tesis, por la Psiquiatría Biológica y la Psico-dinámica, nos lleva a plantear que los trastornos mentales, del estado de ánimo, la psicosis y la esquizofrenia, son alteraciones de procesos emocionales, cognitivos, y afectivos del desarrollo que inciden en una disfunción adaptativa y comportamental, psicológica o biológica, presentando una etiología multifactorial que genera una alta carga de discapacidad, afectando a su vez la salud mental de las familias como del entorno. De esta aplicación, se deriva una propuesta de intervención psicoterapéutica en la psicosis basada en la idea de que el cambio terapéutico es, ante todo, un ejercicio de reorganización narrativa, y por tanto, de la experiencia estética en la psicosis.

El segundo momento de la tesis parte por la descripción de la metodología empírica utilizada, los objetivos, luego se presenta la obtención de datos del SGSSS y políticas vigentes, los valores considerados de la prevalencia y carga de la enfermedad mental en la población colombiana, en donde se establecen las bases para llevar a cabo un análisis de coste-efectividad de la intervención terapéutica de la psicosis en Colombia, teniendo presente que la Psicosis constituye uno de los trastornos mentales de mayor gravedad dado que una de sus características es romper con la trayectoria de vida de la persona que padece esta dolencia, produciendo una gran discapacidad y generando un alto costo para el paciente, el entorno y para el sistema de salud.

El tercer y último momento de la tesis compromete el cuarto capítulo, en donde se aplica el análisis de coste-efectividad a la terapéutica de la psicosis, centrándose en la muestra de los resultados obtenidos tanto en la financiación, cobertura y coste del SGSSS, en la estimación de la prevalencia de la enfermedad mental, como al análisis coste-efectividad realizado. Entre las enfermedades de salud mental, según el DSM IV-TR se encuentra la esquizofrenia y psicosis que de acuerdo a la literatura encontrada se nombra como una enfermedad mental grave, crónica y recurrente, que presenta una prevalencia a nivel mundial del 1% y en Colombia de acuerdo al estudio del 2005 presenta una carga de enfermedad de 3,4 AVISAS con una prevalencia del 1.4% ocupando el lugar 11 entre las veinte principales enfermedades con mayor índice de morbilidad y discapacidad del país y en cuanto a la prevalencia de la enfermedad según el estudio de salud mental del 2003 los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia en los últimos doce meses en Colombia es del 6,8% y 1.5% respectivamente y en el estudio del 2012 sobre salud mental se presenta en Medellín una

prevalencia en el trastorno del estado de ánimo de 4,9% en los últimos doce meses y en la Esquizofrenia se presenta una prevalencia del 1.4%.

Con los datos anteriormente mencionados de acuerdo a los estudios de salud mental, los resultados arrojados de la prevalencia de la enfermedad mental 2003 y 2012, el aporte del 5.1% del PIB del presupuesto asignado a la salud por la nación \$46.4 billones de pesos, la Unidad de Pago por Captación (UPC) acordada para el periodo 2012 de \$547.637,20 pesos y la cobertura en el POS para la salud mental, se plantea un análisis costo-efectivo para los trastornos mentales (Psicosis) en Colombia,

Tenemos que el costo base de la enfermedad mental en Colombia con una prevalencia del 40.1%, sería de 10.309.309.000.000 billones de pesos, equivalente al 22.22% del total del presupuesto en salud, con respecto al trastorno del estado de ánimo cuya prevalencia en Colombia es del 6.8% y en Medellín el 4.9%, el costo es de 1.748.212.000.000 billones de pesos, que sería el 3,77% del total del presupuesto en salud. Con respecto a la esquizofrenia que presenta una prevalencia en el país del 1.4% y el UPC para el 2013 que es de \$ 568.944, su costo año alcanza lo \$374.366.000.000 de pesos.

Ahora bien, el tratamiento actual más utilizado por el sistema y aceptado por el CRES de 2012 para el tratamiento básico son los medicamentos del POS, antipsicóticos de primera generación denominados "típicos" como la Clorpromazina y Haloperidol que ha sido el pilar de la atención en urgencias en el sistema colombiano, principalmente el Haloperidol, hasta la introducción de los medicamentos antipsicóticos "atípicos" de segunda generación que eran medicamentos No POS tales como la Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol y Paliperidona, que son medicamentos de un costo muy alto.

De acuerdo con el estudio científico realizado por Bola J, D Kao, H Soydan, Adams CE. Sobre los *Fármacos antipsicóticos para la esquizofrenia de los primeros episodios* (2011), dice que el patrón preliminar de la evidencia sugiere que las personas con esquizofrenia en los primeros episodios tratados con medicamentos antipsicóticos típicos son menos propensas a abandonar el estudio temprano, presentando similar eficacia que los atípicos, pero poseen más probabilidades de experimentar relacionados con la medicación efectos secundarios.

Los costos año del tratamiento con medicamentos antipsicóticos típicos y atípicos, tomando el costo base de la UPC del 2013 (\$ 568.944) y la prevalencia de la Esquizofrenia 1.4% que es de 374.366.000.000, el costo base del medicamento asignado por el sistema colombiano, sería con Haloperidol \$49.549.000.000 millones de pesos costo año, con Risperidona sería \$12.739.338.000.000 billones de pesos costo año, con Aripiprazol \$ 4.069.537.000 billones de pesos. Costos que superan el 1006% el presupuesto calculando la prevalencia de la enfermedad.

Estos valores costo-efectivos del tratamiento de la psicosis en Colombia deben pasar por puntos de equilibrio y equidad en la venta y control del servicio en salud colombiana donde debe primar la promoción, prevención y atención. Buscando establecer bases claras en las tecnologías disponibles en el país, como la psicoterapia, que lean el contexto colombiano, la economía real y las políticas en cuanto a los procedimientos e intervenciones a fin de responder a los patrones de discapacidad y morbilidad de la enfermedad mental según el entorno socio cultural y económico, al igual que tener presente la edad y el sexo de la población.

1.1. CAPÍTULO I. LA PSICOSIS.

“No hay seguramente angustia más incapacitante que mirarse en el espejo y no reconocerse, o, tal vez, aún más, no ver nada” Blanco, 2003.

1.1.1. De la Locura a la Psicosis.

La relación que posee el aparato psíquico con la realidad es posibilitada por el lenguaje, en la medida en que el sujeto pueda realizar un engranaje cultural facilitado por la relación representacional con el otro, es decir, una construcción del yo a partir de los estamentos sociales y el ello será la instancia que permanecerá ajena a la realidad social, no obstante estará recibiendo sus influencias. Así, habría pues, una diferencia fundamental entre el ello y la realidad, ya que el ello, como núcleo filogenético esencial, es base estructural del sujeto, mientras que la realidad es una construcción sobre lo real a partir del lenguaje. El ello es Real; la realidad siempre es construida o representacional.

El ello, según Freud (1923), constituye lo más genuino del ser humano. Es aquel lugar donde se concentran las pulsiones. Lo real constituye para Freud (1915), el mundo de las cosas, por lo tanto, el sujeto como ser natural tiene en sí eso real, origen de sus pulsiones. Para Lacan, por el contrario, el ello sería un real en la medida que no puede ser representado, simbolizado.

La perspectiva de Lacan (1953) se basa en la concepción de que "lo simbólico es primero que lo imaginario y lo real, y que éste es aquello que en nuestra experiencia regresa siempre al mismo lugar" lo que sugiere que lo real es lo innombrable, lo incognoscible, es decir, que no posee acceso a lo simbólico.

Sin embargo, ambo registros están acordes a la construcción de la realidad, ya que están presentes, se concibe como resultado del acceso al registro del orden de lo simbólico, tal como lo expone Castaneda (1974) en *Conversaciones con Don Juan*: "cada ser humano tiene dos facetas, dos entidades distintas, dos contrapartes que entran en funciones en el instante del nacimiento; una se llama 'tonal' y la otra 'nagual'"

Estas dos instancias o semblantes de la experiencia significativa se corresponden con lo simbólico y lo real respectivamente, donde lo imaginario estaría en un lugar intermedio; es decir, se hace más simbólico en el momento en que se halle en el tonal, y más primigenio en el nagual. Don Juan continúa explicando que "el tonal es todo cuanto conocemos... es todo cuanto salta a la vista...empieza en el nacimiento y acaba con la muerte", y:

(...) todo cuanto conocemos de nosotros mismos y de nuestro mundo está en la isla del tonal... el nagual es la parte de nosotros mismos con la cual nunca tratamos... para la cual no hay descripción: ni palabras, ni nombres, ni sensaciones, ni conocimiento (Castaneda, 1974).

"El tonal es, como ya dije, todo lo que creemos que es parte del mundo, incluyendo a Dios" claro, Dios no posee más relevancia que la de ser parte del tonal de nuestra época, de nuestro tiempo, la construcción de una representación de nuestro presente. Castaneda

sintetiza así, en la experiencia, los aspectos más importantes sobre el acceso a la realidad y a lo real en la locura.

La exposición hecha por Don Juan es, en efecto, el producto de su experiencia al vivenciarse en uno y otro escenario del mundo, una y otra realidad. Lo real entonces sería la realidad física imposible de nombrar, solo vivida por la experiencia en su máxima y mínima expresión, mientras que la realidad estaría en pro de la simbolización. A este respecto, don Juan afirma que estar completamente habitados y ubicados en una de estas esferas, ocasiona sentimientos de incompletud:

(...) a la hora de nacer, y luego por algún tiempo después, uno es todo nual. En ese entonces, nosotros sentimos que para funcionar necesitamos una contraparte a lo que tenemos. Nos falta el tonal y eso nos da, desde el principio, el sentimiento de no estar completos (Castaneda, 1974).

Para Don Juan las exigencias de la realidad en pro del proceso de sujeción es un elemento importante, ya que luego, cuando se da el acceso al laso social, lo simbólico cubre al sujeto y le impide tener acceso a lo pulsional, aunque se manifieste de diversas formas.

El nual, como fuerza pulsional del ser humano, pretende recuperar toda la energía y fuerza fragmentada en otras funciones, dando paso a la idea de que un yo singular se pierda y así transformarse en un todo y sentirse desde éste, todo:

A esas alturas [después del nual] el tonal empieza a desarrollarse y llega a tener una importancia tan absoluta para nuestro funcionamiento que opaca el brillo del nual, lo avasalla; y así nos volvemos todo tonal, no hacemos otra cosa sino aumentar esa vieja sensación de estar incompletos (...) (Castaneda, 1974).

Don Juan nos desanima un poco, al plantear que cuando el mundo de lo simbólico posee demasiado poder, lo real se vuelve más enigmático, confuso y vacío aún, aunque permanezca esa sensación de incompletud: "sentimos que en nosotros hay otro lado. Pero cuando tratamos de precisar cuál es ese otro lado, el tonal se apodera de la batuta y, como director, es un fracaso" (Castaneda, 1974).

La concepción científica sobre la percepción, sobre la cognición, sobre la realidad, se toman precisamente de las hipótesis que presenta el pensamiento filosófico clásico y moderno, en la medida en que la realidad exterior, es fragmentaria, en primer lugar por las limitaciones de los sentidos y en segundo lugar, porque a los sujetos no les es posible captar los objetos en su esencia, en su sentido primario. El postulado científico se basa en el soporte de lo medible, lo observable, de lo cuantificable, y en esa vía avanza su método. Para la ciencia, la realidad de las cosas es sólo aquella que permite un reconocimiento basado en un sistema de registro que se adapte a las leyes que ésta misma propone.

Sin embargo, el objetivo del pensamiento científico es avanzar más allá de lo observable, medible o tangible, ya que las últimas teorizaciones en matemáticas, física y astronomía muestran una disponibilidad a pensar el universo desde lo absurdo, desde lo abstracto. En esa medida, el sistema de registro sólo es útil en la medida que permite conceptualizar un fenómeno determinado acercándose a él a través de la descripción.

En este orden de ideas, hablar de la realidad de lo psíquico implica partir de un momento narrativo al interior de la historia del sujeto en la locura, en la historia construida y nombrada por antepasados que dejaron huellas para describir esos fenómenos que avasallaban, que irrumpían en eso que no se podía describir, pero que se padecía, lo real de la locura.

Podríamos decir, entonces, que la historia de la salud mental y de la locura es tan antigua como la misma humanidad; Pero igual se nos hace necesario comenzar por

alguna fecha o algún indicio que nos hable de un tiempo. En la biblia podemos hallar como la locura aparece normalmente en forma de fatalidad o de castigo, en *Deuteronomio* (28, 28) se dice que “Yahvé te herirá de locura”; aparecen pensamientos e ideas erróneas que condicionan la realidad de los sujetos, aparece la fatalidad de un cuerpo que padece, que es satanizado por pensamientos y creencias, culpabilizado y por lo tanto debe sufrir, padecer de locura.

La violencia, la desesperación, el desconsuelo y el canibalismo, al igual que las alteraciones desenfrenadas en el estado de ánimo, los pensamientos, el habla y el comportamiento eran imputadas generalmente a algún poder sobrenatural, siendo estos poderes los responsables de la locura, de la enfermedad mental. Las actitudes y el conocimiento de los griegos a este respecto se pueden inferir de los mitos y los poemas épicos; en ellos no se presentan facultades como la razón y la voluntad. Pues es el designio de los dioses los que entrarían a determinar el destino y la elección del quién soy yo, el sujeto es el títere de un gran otro. Por ende, si el sujeto piensa que cae en fatalidad, es razón y voluntad de los dioses, no se puede hacer nada (Lain, 2006).

El hombre homérico (S VIII a de c) no era el ser introspectivo y consciente de sí mismo que poblaría los diálogos socráticos unos cuatro siglos más adelante, como lo podemos apreciar en *La Ilíada* o igualmente en *La Odisea*, en donde no existe un término para persona o uno mismo; la voluntad y el deseo está en los Dioses del Olimpo. La vida y la conducta, tanto lo llamado normal como lo anormal, estaban a merced de fuerzas externas y sobrenaturales; los humanos son llevados literalmente a la locura por el odio y las pasiones, voces que controlaban el devenir de los sujetos, la angustia, la desesperanza, la ansiedad o la venganza.

Los protagonistas de *La Ilíada*, de *La Odisea*, dependen de fuerzas terribles más allá de su control (dioses, demonios y furias), que castigan, se vengan y destruyen; el destino de estos humanos se decide primordialmente por un designio, un decreto superior, revelados en los sueños, en los oráculos o en la adivinación; se posee un cuerpo controlado por los dioses del Olimpo. La vida interior, con sus agonizantes dilemas de consciencia y elección, de culpa y castigo, aún no se han convertido en algo decisivo. Un héroe o una heroína atormentados son juguetes de los pensamientos de los dioses o abrumados por un destino ineludible, por las exigencias contrarias del amor y el honor, del deseo y el deber del individuo, el linaje y el Estado. En ocasiones el resultado inevitable es la pérdida de la razón y por lo tanto su ingreso a la locura.

La Edad Media trajo consigo el gran detrimento y declive intelectual de Occidente; con la caída del imperio romano, los prometedores pensamientos e ideas de las culturas griegas y latinas sufren una involución. La iglesia separó a la psiquiatría de la medicina, pero no pudo abolirla, pues encuentra su lugar bajo la demonología. Así pues, las enfermedades mentales fueron entendidas e intervenidas como posesiones demoníacas, y la demonología debía estudiar e indagar los signos o estigmas de posesión que pudiesen presentar los enfermos (Lain, 2006).

La imagen que trasmite la locura en la Edad Media se nos presenta en un juego en que se alternan fortuna y desgracia, pasiones y lujurias. Todo queda acogido y apagado en el sufrimiento de los extravíos cotidianos que acontecen en los humanos más difíciles de captar, el temor al oscurantismo, a eso innombrable de lo cual no se tiene explicación, haciéndose necesario enseñar y guiar bajo unas pautas, la razón en Dios. Esta pérdida de la razón implicaría el encuentro con la locura.

En el S. XIII se encontró en la obra de Santo Tomas de Aquino (1224-1275/1960) un punto de equilibrio con respecto a los pensamientos e ideas que suscita la locura, teniendo como base las aportaciones de las filosofías árabe y griega, intenta

dar cuenta de lo que podría ser comprendido por la razón en la fe y de lo que puede captar la razón por la fe.

Su deseo es forjar una sabiduría que saque sus lecciones tanto de la experiencia cotidiana como de la reflexión, además de pretender conducir al hombre por el camino del bien y la dicha, el goce espiritual. Para lograr este fin, la inteligencia debe ser esclarecida y la voluntad tiene que ejercerse para que se constituya un saber práctico del justo ordenamiento de los bienes del mundo.

El conocimiento del hombre y sus deseos tiene como fin primordial tornarlo más capaz de razón, inteligencia y de amor, acciones mediante las cuales el hombre hace que crezca en sí mismo la imagen de Dios, que es pureza, es perfección, pues el hombre yace sumergido en un espacio entre la materia y el espíritu, estableciéndose un lugar, un lazo entre el mundo espiritual, separado y distante de las contingencias del tiempo, y el mundo material; cuyo destino es la corrupción; su tarea es someter ante Dios el mundo material.

Santo Tomás (1224-1275/1960) plantea que el hombre es la unión en un solo individuo, la composición de lo humano en términos de cuerpo y alma: el cuerpo para Santo Tomás es el resultado de la materia, pero la forma, la determinación del cuerpo, es obra de las pasiones. Las pasiones son las que organizan el cuerpo, su vida, sus facultades sensoriales, sensitivas y motrices, adaptadas a las condiciones de la vida terrestre. En él se organizan los movimientos de aquello a lo cual se le dio el nombre de apetito sensitivo, las pasiones.

Si bien para Santo Tomás el cuerpo se constituye a partir de la materia, bajo el influjo de las pasiones, el alma es creada directamente por Dios, es el alma espiritual o *ánima*. Ésta constituye al hombre en lo que le es propio, la racionalidad. *Anima* es la sede de la razón hecha de inteligencia y voluntad. Estas facultades son espirituales y están separadas de la materialidad que impregna a las facultades sensitivas. Desprenden su saber de los objetos materiales y singulares, pero su perfección no puede realizarse más que en el reconocimiento y el deseo del ser absoluto, único bien perfectamente deseable, Dios.

De esta manera, se crea una tensión entre el deseo del *ánimus* (las pasiones del cuerpo) que persigue las satisfacciones inmediatas y la liberación de sus tensiones, y la del deseo del *Anima* (alma espiritual) a la que siempre dejan insatisfecha los bienes limitados, en busca del bien sin restricción, la fuente y la causa del ser. *Animus* y *Anima* están unidos; imágenes sensoriales, memoria y pasiones son los instrumentos del ejercicio de la inteligencia y de la voluntad, la vida humana se nos manifiesta en la unificación del espíritu y en la materia.

Este ordenamiento no está dado, sino que debe adquirirse en la investigación y la elección del bien mediante la actividad del hombre entero, la cual realiza progresivamente la armonía de *ánimus* y *ánima*. Mediante esta actividad se adquiere la virtud, esa capacidad de interiorizar, inscrita en el hombre para dirigirse hacia el bien; siempre frágil, la virtud se opone a lo que podríamos decir que es la propensión natural del *ánimus* hacia la satisfacción inmediata y primaria, cuya repetición causa en el hombre el desorden que llamamos vicio, locura.

En Santo Tomás (1960) es fundamental tratar la locura, pérdida de la razón, mediante el dominio de las pasiones; no debe ser su negación, sino la impregnación de todo su movimiento por la racionalidad. El equilibrio debe restablecerse siempre. La pasión es el movimiento mismo del *ánimus*; todo lo que siendo materia se mueve en el compuesto humano. Para Santo Tomás, la pérdida de la razón se origina cuando en el estado del hombre no puede descubrirse por parte del observador ningún dominio

racional. Tal ausencia se da bajo tres modos diferentes: La razón no se ha manifestado jamás, o bien, la razón ha desaparecido definitivamente o la razón ha desaparecido por un tiempo limitado.

En los tres casos el hombre es reducido al estado del animal; la fuente de sus actos ya no es el Anima sino el Animus. Se subraya la pérdida de la cualidad específicamente humana de estos actos; estando impedida la razón, atada, ya no hay ni libertad ni responsabilidad. Esto no significa que exista una pérdida, mejor dicho una desaparición de la razón, sino que lo acontecido produjo una paralización de la razón, está paralizada, es incapaz de manifestarse, pero se halla presente siempre, pues tan pronto como hay forma humana, hay alma espiritual y por lo tanto, razón en potencia. Existe otro rumbo que conduce a la pérdida de la razón, que es el abandono a la pasión.

Este abandono es el resultante de un proceso de pérdida del dominio racional en provecho de los apetitos inferiores, presentándose la posibilidad de un origen voluntario de la pérdida de la razón: La persecución voluntaria de satisfacciones inmediatas y desordenadas da más fuerza a las pasiones que a la razón.

En este caso la locura puede deberse a una mala acción, un pecado, un acto voluntario bajo el imperativo de la culpa. Produciendo un conflicto entre lo material y lo espiritual, entre el cuerpo deseante y el designio divino. Sin lugar a duda la historia de la locura está implícita en el camino que el hombre hace sobre su propia evolución o sobre los distintos rumbos, unas huellas indelebles que ha tenido que recorrer para seguir intentando nombrar eso que llamamos enfermedad mental, mostrándonos que este recorrido viene de tiempos inmemoriales de donde forma parte lo sacro y lo profano, lo divino y lo demoníaco (Lain, 2006).

Pero a pesar de esta antigüedad, según el modelo de Dörner Kuhn (1974) van a darse entre el S. XVII, el S. XVIII y comienzos del S. XIX cambios sustanciales con respecto a la locura, estableciéndose dos condiciones básicas: Por una parte los viejos modelos (lo sacro, el pecado, la culpa) no sirven ya para explicar la locura y por la otra es una sociedad para la que comienza la era de la razón, exigiendo una reordenación estricta de los espacios humanos.

Cualquier forma de irracionalidad, que en la Edad Media había sido incluida en un mundo divino y en el Renacimiento en uno secularizado, fue ahora desenmascarado y colocado fuera del mundo del comercio, de la moralidad y del trabajo, fue arrojado fuera del mundo de la razón (Dörner K, 1974).

De la conjugación de estos dos supuestos va a surgir la formulación de la locura como afección mental, esta se localiza en el órgano enfermo que debe ser curado. Toda una serie de alternativas que salen del supuesto de saber qué es lo que el otro padece y por lo tanto se posee y se plantea el surgimiento de un conocimiento sobre la intervención en la locura como enfermedad nerviosa, es el médico el poseedor de ese saber.

La noción de “enfermedad nerviosa” surgió en la patología inglesa del Barroco para incluir un grupo de alteraciones que no podían comprenderse a partir de la afectación de un órgano aislado, como había pretendido la patología galénico-tradicional. Sus formuladores, el neuroanatomista T. Willis y el clínico T. Sydenham, conciben a estos procesos como dependientes del regulador general del fisiologismo, es decir, del sistema nervioso (Morales, 1974).

El paradigma de Sydenham (1676) “*Todas la enfermedades pueden ser reducidas a especies ciertas y determinadas...*” (Sydenham, (1676). Citado por, López, 1994) Será el punto de apoyo, que permita tener un desarrollo en el abordaje y

pensamiento de la enfermedad mental, creando enfoques diversos, construcciones particulares, especialmente en países como Inglaterra, Francia y Alemania.

El paradigma de Sydenham es el resultado de una nueva visión del mundo, la ciencia como consecuencia de la revolución científica que supone la teoría heliocéntrica de Copérnico, resultado a su vez, de profundos cambios económicos, sociales y políticos acaecidos en el Renacimiento.

La clínica psiquiátrica construye sus cimientos en el intento de encauzar la locura clásica en la metodología propia de las ciencias de la naturaleza (López, P. 1994). Volver la locura accesible a la percepción científica es el ideal que rige el estudio y la clasificación de la “*sin razón*”. Y en esta búsqueda la clínica de las monomanías, ya apuntada por Pinel pero construida por Esquirol, introduce un debate, que se mantiene en la actualidad, en relación a la responsabilidad del sujeto psicótico.

1.1.2. Locura y Modernidad.

La mirada sobre la locura no escapará a los acontecimientos y hechos políticos, económicos y socioculturales de los países antes mencionados, marcando las diferencias conceptuales y metodológicas en la evolución de la denominada enfermedad mental. Varios hechos decisivos ocurrieron en la vida social Inglesa desde 1700 a 1785, que darán un viraje en la forma de concebir y de pensar la locura; nacimiento del capitalismo industrial, primera cumbre del Romanticismo, primer intento de Sociología en la Filosofía moral escocesa y nacimiento de la psiquiatría, teniendo como factor común en la unidad de todos estos procesos un pensamiento de liberación e integración de lo irracional, sirviendo éste de motor a un cambio radical de la estructura social (Hauser, 1969).

Estos dos componentes de liberación e integración posibilitan una toma de consciencia que suponen una liberación en el sentido de que para el Romanticismo, la razón, sinónimo de la liberación, es la que se conforma según la praxis moral, e integración que permitirá el control social de esta liberación mediante el establecimiento de unas instituciones. “El Romanticismo, que reduce la culpa en la tragedia al capricho del héroe, a su simple voluntad personal y a la existencia individual en la rebeldía contra la unidad original de todo lo existente” (Hauser, 1969) eleva el sufrimiento psíquico a una dignidad antropológica.

De esta forma, la locura no será más que el resultado de la anarquía de la conducta personal, una consecuencia de la naturaleza humana cuya causa está en las pasiones internas del hombre. Bajo esta mentalidad romántica, la locura es una forma integrable de irracionalidad.

Cullen (1710-1790) define con el término de neurosis al grupo de procesos morbosos dependientes de una alteración del sistema nervioso y los considera como una de las formas básicas del enfermar de los seres humanos. Pero la síntesis del pensamiento Ingles sobre la enfermedad mental en la época se realiza con la fundación del “Retiro” por W. Taker, creando un espacio lleno de paisajes, familiar, religioso y pedagógico, además, estos paisajes tienen la intención de colaborar en la curación por su significación de vuelta a la naturaleza, es una huida a la sociedad industrial y ciudadana. Pero, paradójicamente, la culpa de la enfermedad no se hace recaer sobre las condiciones de esta sociedad sino sobre los individuos que en ella son víctimas de sus pasiones irracionales.

La praxis romántica es contemplativa y no modifica realmente la situación al buscar sólo en los individuos la culpa de las conductas desviadas y al esforzarse por volverlos a incluir en el orden normal por la institucionalización de la llamada moral, pero no busca a la vez las causas objetivas de las perturbaciones sociales ni de la locura, no procura diferenciarlas entre sí, ni alumbrar las posibilidades de su modificación y supresión radical (Dörner, 1974).

Hacia 1820 estas ideas entran en un periodo de revisión y el carácter pedagógico del “Retiro” va a ser sustituido por el materialismo. Para la psiquiatría de la época, sus planteamientos poseen un carácter utilitarista, cambiando radicalmente la visión de los manicomios, siendo su principal misión volver a poner en situación de rendimiento al mayor número de locos posibles en el menor tiempo. La locura en estos momentos es una enfermedad corporal, es decir, localizada en el órgano que poco tiene que ver con la interioridad humana; buscando las causas corporales que permitan explicar etiológicamente la locura y su diferenciación de distintas enfermedades y los medios naturales, orgánicos, para curarlas.

En los conceptos que a partir de esta época se elaborarán sobre la locura va a tener gran relevancia el influjo francés y alemán, acentuado en la crítica sobre los aspectos sociales del entorno, al mismo tiempo que se busca la causa y la cura en lo corporal.

Para Foucault (1967):

(...) el Hôpital Général no es un establecimiento médico; es más bien una estructura semijurídica, que al lado de los poderes de antemano constituidos y fuera de los tribunales, decide juzgar y ejecutar; es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión. Los alienados que Pinel encontrará en Bicêtre y en la Salpêtrière pertenecen a este mundo.

Un mundo en el que la locura se objetiva sólo dentro del velo silencioso de la pobreza, de la incapacidad para el trabajo y la imposibilidad de integración a distintos grupos. El triunfo de la Revolución permite una nueva forma de concebir la locura, para estos hombres, los pensadores de la Ilustración, la razón se define como: todo se puede comprender, resolver y decidir con su poder, por lo tanto, la locura no es más que la pérdida de la razón (Foucault, 1967).

La creación – modelo de la Psiquiatría francesa de la época, es el “Asilo” de Pinel, diferenciándose de Toker en Inglaterra, “Retiro”, en que sus principios básicos son: el silencio, el reconocimiento de sí en el espejo y el juicio constante; el “Asilo” es un espacio judicial en el que el internado se siente perpetuamente vigilado, juzgado y condenado, mientras que en el de Toker, “Retiro”, es la concepción de libertad y vuelta a la naturaleza, basándose en preceptos religiosos, reproducir la estructura de la gran familia.

El aporte primordial del francés Philippe Pinel (1745-1826) fue modificar la posición y la actitud de una cultura y un estado que tenía una mirada hacia las afecciones mentales displicente y a si pudiesen ser considerados como miembros de la misma sociedad, humanos merecedores de una atención e intervención médica. A cargo de la *Bicêtre*, liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793; dos años después hizo lo mismo en la *Salpêtrière*.

Ph.Pinell (1801) profesor de la facultad de medicina de Paris, aportará una metodología que será el fundamento de la sistematización de la clínica psiquiátrica. Vinculado al grupo de los ideólogos, sostuvo sus mismas tesis; el conocimiento basado en la observación empírica de los fenómenos que constituyen la realidad. El científico

debe saber agrupar y clasificar estos fenómenos percibidos en función de sus analogías y diferencias. De esta manera, en su *Nosografía filosófica o aplicaciones del método analítico a la medicina*, escrita en 1798, sistematiza los fenómenos observables de la enfermedad (Guilañá, E, 1997).

Para Pinel (1798) la sintomatología de las enfermedades nerviosas son señales de una disfunción que no tiene por qué coincidir con una lesión cerebral, por lo cual es factible un tratamiento moral. En la nosografía construye un catálogo de patologías en el que incluye en el cuarto grupo, las neurosis consideradas como afecciones del Sistema Nervioso sin lesión orgánica, sin fiebre, sin inflamación y sin lesión de estructura.

En el campo de las neurosis sitúa las vesanias y dentro de éstas a la hipocondría, la melancolía, la manía y el histerismo. Esta clasificación se basa en la definición de neurosis que Cullen (1769)¹ aporta en sus *Elementos de medicina práctica*, traducidos al Francés por el mismo Pinel. La manía y la melancolía, las retoma en 1801, en su *Tratado médico filosófico de la enajenación mental o la manía*, considerada como el primer texto científico de la psiquiatría. En el Tratado Pinel (1801) se opone a los argumentos teóricos anatomopatológicos, afirmando, que no se halla ningún tipo lesión cerebral en la locura, hecho que sustenta con la práctica de numerosas autopsias. Por otra parte dará más importancia al cuadro de manía, considerada de mejor pronóstico que otras afecciones, rebatiendo la tendencia a pensar la locura como incurable y terminal.

Pinel (1801) construye cuatro agrupaciones de síndromes:

Manía: El término manía, con o sin delirio, será vinculado a la agitación y al paroxismo. La manía con delirio tramita en forma brusca o en forma gradual, con momentos de agitación violenta y con perturbación de múltiples funciones del entendimiento (percepción, memoria, juicio). La disminución del paroxismo es progresiva e indefinida. La manía sin delirio la va a nombrar posteriormente como “manía razonable”, en donde el desempeño del intelecto se mantiene intacto aunque hay exaltación y alteración de la afectividad. De este tipo de manía destaca la compulsión a cometer, sin dar ningún tipo de signo previo, pasajes al acto violento.

Melancolía: El delirio está limitado a un objeto o a una serie muy particular de objetos. Las facultades mentales permanecen intactas y las conductas dentro de la normalidad excepto en lo que atañe al núcleo delirante, describiendo la melancolía a partir de la insistencia de pensamientos; “La melancolía consiste en la extremada intensidad de una idea exclusiva, que absorbe todas las facultades del entendimiento, y de aquí nace la dificultad de destruirla” Pinel (1788), subraya dos patrones opuestos de melancolía, una con delirio y megalomanía y otra con gran depresión de espíritu y sentimientos de desesperación, pudiéndose alternar estas dos formas.

Demencia o abolición del pensamiento: Poseen discordancia en la manifestación de las facultades mentales, presentándose con un alto nivel de emotividad desordenada. **El idiotismo:** Congénito o adquirido, manifiesta la supresión más o menos completa de la actividad mental. Cabe destacar que la diferencia establecida entre manía y melancolía tendrá sus efectos en la clínica en relación a la psicosis maniaco depresiva o trastornos bipolares.

Referiremos con relación a este apartado con lo que dice Bachelard (1985) con relación a las críticas hacia Pinel por dejar de lado la paranoia o por su confusión sobre la esquizofrenia e idiotéz. “Pinel, naturalmente, vio todo, pero no con nuestra mirada; su

¹ Cullen acuño en 1769 el neologismo de neurosis con la siguiente definición: “Me propongo aquí comprender bajo el término de neurosis a todas las enfermedades del sentido y del movimiento, en las que la pírexia no constituye una parte de la enfermedad primitiva, y a todas las que no dependen de una afección local de los órganos, sino de una afección más general del sistema nervioso y de las potencias de donde dependen más especialmente el sentido y el movimiento” (citado por J.M.Lopez Piñero, 1985, p.33).

nosología apunta a crear grandes clases fenoménicas, de comportamientos, persuadido como está de que esas grandes divisiones recubren algo de la esencia de lo real”.

Esquirol (1838) discípulo de Pinel, mantiene nosográficamente los planteamientos de Pinel aunque discrepará en un punto, la existencia de un único género de locura en el que las variedades pueden desplazarse y combinarse. Entre las modificaciones a la obra de su maestro, encontramos la construcción de una nueva categoría, las monomanías, en las que agrupa todas las afecciones mentales que inciden parcialmente en la mente, dejando intactas las facultades.

Distinguirá tres tipos de monomanías, las intelectuales, las afectivas y las instintivas o sin delirio. La división está basada en trastornos de la inteligencia, de la afectividad y de la voluntad. Las monomanías tomarán su nombre del objeto del delirio en el que se sitúa todo el afecto o pensamiento, así las variedades son diversas. A destacar la monomanía erótica o erotomanía, entendida como delirio parcial amoroso.

La contribución nosográfica de Esquirol (1838) en la cual ya se diferencian los trastornos de la afectividad de los trastornos del pensamiento, puede resumirse en:

- Manía.
- Demencia: Aguda/Senil/Crónica.
- Idiotismo o Imbecilidad.
- Monomanías: Intelectuales/Afectivas o Razonantes/Instintivas o sin delirio.

Esquirol (1838) en su texto de *Enfermedades mentales; un tratado de insania*, acuñó el término "alucinación" que diferenció de la ilusión. En estos momentos la locura es concebida como algo que tiene que ver con un misterio de la naturaleza y que su variedad y complejidad están relacionadas con las diversas formas de desarrollarse la enfermedad, estas formas que se observan no son historias, sino procesos reguladores de la misma locura, comenzando a sí su posterior clasificación (López, 1994).

Dos líneas principales darán paso a la dirección de la investigación sobre la enfermedad mental, que son: la nosografía y el problema de la causalidad; en la nosografía, la descripción de entidades clínicas autónomas, es decir, la dificultad, o mejor dicho, el principal problema de esta vertiente es la excesiva atomización de las formas clínicas debido al reduccionismo del contenido clínico de las unidades nosológicas (Rodríguez. A, 2003).

En cuanto a la causalidad se plantean dos enfoques coexistentes entre sí, que son: el psicologicista, con sus teorías de las pasiones y del tratamiento moral, y el somaticista, que lleva consigo el inicio de la interpretación anatomo-clínica. Este último modelo supone que el síntoma es la expresión directa de la alteración nerviosa y, consecuentemente, el método que sigue es el del estudio anatomo-patológico del cerebro de los enfermos mentales (Dörner, 1974).

Las investigaciones en este sentido transcurrieron hasta mediados del s. XIX sin hallar resultados significativos, abriendo campo a la teoría de degeneración de Morel (1809-1873). En su *Tratado de enfermedades mentales* (Morel, 1860) el francés Morel postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad debido a la transmisión vertical repetida o bien a una activación repentina por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones.

No obstante Alemania no es ajena a los postulados franceses e ingleses sobre la locura, ni tampoco a los movimientos sociales y políticos de estos, pese a unos lineamientos teóricos coherentes sobre la locura, no aparecerán sino hasta una época posterior. Dörner (1974) señala como causas de este fenómeno entre otros a los impedimentos económicos y religiosos, decadencia de las ciudades, falta de apoyo de la

nobleza a los ciudadanos, tanto en el aspecto económico (que había sido la característica de Inglaterra) como en el literario y político (que lo había sido Francia).

Según Dörner (1974) el Romanticismo inglés penetró en Alemania a través de Rousseau, sin el filtraje previo de la Ilustración y dio origen a un pensamiento romántico-irracional.

La Ilustración fue la escuela política elemental de la burguesía y sin ella su papel en la historia cultural de los últimos siglos sería inconcebible. La desgracia de Alemania consistió en que desaprovechó a su tiempo esta escuela y después no pudo nunca ya resarcirse de ello (Hauser, 1969).

Bajo este nuevo pensamiento en Alemania (Kieser, Jahn, Hoffmann), romántico-irracional, “el hombre es una transfiguración evolutiva de la naturaleza y la enfermedad una regresión de la vida, un salto atrás, a niveles biológicos inferiores al humano” (Lain, 1950). Esta concepción del hombre permite una profunda unidad psicobiológica del organismo y de éste con la naturaleza.

Paralelamente a esta superestructura ideológica, se produce una gran actividad asistencial, permitiendo una nueva mirada, posibilitando ideas que le darán a la atención de la locura en Alemania el gran impulso de la segunda mitad del S. XIX. Durante la revolución de 1848 se produce la gran disputa de saberes y formas de abordaje de la enfermedad mental entre los psíquicos, cuyo máximo representante se encuentra Ideler, y de los somáticos que tienen como sus representantes a Jacobi, Flemming, Nasse, Zeller.

Ambas tendencias, la psíquica y la somática, proceden de situaciones sociológicas distintas y contrapuestas; la primera desarrolla un saber concebido en el quehacer universitario y académico, y la segunda, somática, confrontada con la experiencia práctica producida en el hospital. Sin embargo, pese a la oposición y contradicción aparente, para unos; la patogenia de la enfermedad mental es psíquica, mientras que para los otros; es somática, pero sólo en el sentido de que pensaban que el alma no podía enfermar.

Después de esta disputa de saberes sale airoso, triunfante, el modelo de los somáticos, que tendrá como su principal exponente y figura orientadora a Griesinger (1845) cuya combinación de psiquiatría clínica y nerviosa será la vía a seguir en la investigación de la enfermedad mental, y además será el modelo en el saber universitario, liberal y científico-natural posterior.

Su tesis fundamental es la de que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro y su método es “La fisiología en el sentido más amplio, la anatomía patológica y la crítica de lo existente” (Griesinger 1845, citado por Dörner, 1974) su objetivo es integrar las llamadas enfermedades mentales y las demás enfermedades cerebrales y nerviosas en una sola categoría. Bajo esta orientación se van a describir una serie de cuadros patológicos de la enfermedad mental tales como: Paranoia primera (Wesphal), Catatonía (Kahlbaum), Hebefrenia (Hecker), que darán paso a la síntesis de Kraepelin.

El siglo XIX fue un periodo en el cual se lucha para cumplir las recomendaciones hechas por Sydenham (1676) de aislar, describir y clasificar las “entidades morbosas” en una forma similar a la botánica, esto hace que la época se rodee de una gran incertidumbre y confusión para construir un saber de la enfermedad mental. Crear un paradigma cuyo objeto es el estudio de la enfermedad mental y que utilizara el método anatomo-clínico, y además encontrar, construir, una comunidad que fuese la encargada de elegir entre los posibles paradigmas. Se hacía necesaria una

síntesis ordenadora que descubriera dentro del caos el orden, cosa que asumió Kraepelin (1899).

La sistemática que él elaboró no supuso un nuevo paradigma sino que lo que hace es culminar el de Sydenham (1676), permitiendo comprender mejor las limitaciones del paradigma que trataba de confirmar; el hecho de fijar las “especies morbosas” permitió ver con mayor claridad su extremada variabilidad.

Kraepelin (1899) tuvo como base un saber previo: el valor analógico de los síntomas, la forma de curso, la etiología y los hallazgos anatómico-cerebrales. Su objetivo consistía en la delimitación de auténticas “unidades nosológicas naturales”, las “entidades morbosas” concebidas según el modelo anatómico-clínico, es decir, “entidades clínicas” independientes cuyo modelo sería la *Parálisis General Progresiva*.

A pesar de que el pensamiento causal en el positivismo había llegado a la formulación de dos teorías que buscarían el abordaje de las enfermedades mentales:

1) La de la correlación anatómico-clínica con dos variantes, la de la localización lesional cuyos representantes son Nissl, Alzheimer y Pink, entre otros y la de la localización funcional, los representantes son Wernicke, Meynert y otros. 2) La de la Degeneración, introducida en Alemania a través de Griesinger (1845) que busca ubicar la locura en una lesión cerebral, en el efecto de tal o cual toxina, es la monomanía particular de la escuela anatomopatológica, arropada en las investigaciones de los trastornos del lenguaje (Guilañá. E, 1997).

1.1.3. La Clínica Psiquiátrica.

A los finales del siglo XVIII y principios del XIX, la “psicosis” como entidad clínica, ha experimentado diversas modificaciones a lo largo de su historia. Considerada en su momento como una enfermedad del alma, al ser el sujeto objeto de sus pasiones, por ende pérdida de la razón, esto desde la idea más romántica del sentido que la psicosis posee, pasando por otro momento que se presenta como la pérdida del sentido, la razón, por causa de la afección orgánica, de la razón que puede ser localizable. A la par, con el término “neurosis” se investigaban las enfermedades originadas por lesiones en el sistema nervioso siguiendo la más depurada nosología inglesa, preconizada por Cullen en 1769 (López P. 1994).

Es a partir de la instrucción de Charcot y a continuación de la incursión y el desarrollo del psicoanálisis que se variarán los términos y a la neurosis se le otorgará las patologías no afectas de disfunciones en el sistema nervioso. A la psicosis por su parte pasará de la idea de una posible lesión a nivel cerebral, a una dificultad de una toxina generadora de los síntomas secundarios planteados por Bleuler (1911) hasta la idea de una predisposición genética.

No obstante es necesario considerar los momentos decisivos en la evolución de la clínica psiquiátrica en conjunto con la fisiopatología y específicamente del concepto de paranoia y su posterior cruce por la demencia precoz de Kraepelin (1899) y más adelante por el grupo de las esquizofrenias defendida por Bleuler (1911). Con ello podemos apreciar las coordenadas teóricas que nos permitirán situar las aportaciones de Freud (1911) a la clínica de las psicosis, con su estudio de Schreber principalmente.

La clínica psiquiátrica alemana, con tradición filosófica y médica, mantiene su particularidad frente al resto de la clínica europea, se desarrolla en base a sus dos escuelas con planteamientos totalmente opuestos, la “*Psychiquer*” y la “*Somatiker*”, aunque ambas inmersas en el romanticismo alemán y en la filosofía de la naturaleza.

La filosofía de la naturaleza, se cubre en la tesis de F.Schelling, según las cuales tanto la naturaleza como el espíritu nacen de la unidad absoluta, lo real, la cosa, formada e invariable de la cual la naturaleza es espíritu visible y el espíritu es naturaleza invisible, es el sentido primario de las cosas, del ser.

En la corriente “*Psychiquer*” se incluyen E.V.Feuchtersleben, el cual en su Tratado de *la ciencia médica del alma*, defiende la unidad del organismo en su vinculación cuerpo-alma e introduce el concepto de “afecciones de la personalidad” a la enfermedad mental; J.C. Reil creador del término de “*psiquiatría*”, que elaboró en su libro *Consideraciones sobre la aplicación de la cura psíquica a los trastornos mentales*, todo un programa desarrollado de atención psicológica para las enfermedades mentales y Heinroth el cual sostenía que el origen de la alienación, como enfermedad del alma, radica en el vicio y la depravación. A destacar en Heinroth, la concepción de una conciencia moral “*Gewissen*” como causa de un superno, “*Ubre-Uns*” (Gasto, C. 2007).

En cuanto al movimiento de los “*somatiker*” infundidos en los mismos axiomas que sus colegas anteriores, mantenían que el alma no podía ser objeto de enfermedad por su condición de sustancia pura. Así las cuales deberían referirse al mismo sistema nervioso y en concreto a su órgano, el cerebro. El descubrimiento de la etiología de la *parálisis general* por Bayle (1822) contribuyó a un reforzamiento de las tesis anatomoclínicas y a un relegamiento de las tesis “*Psychiquer*”.

En Alemania W.Griesinger (1817-1868) asociará las posiciones “*Psychiquer*” y “*somatiker*” dando preponderancia a la causalidad orgánica sin dejar de considerar los procesos psicológicos.

1.1.3.1. La Psicosis Única (W.Griesinger).

Griesinger, Profesor de Tubinga, Zúrich y Berlín respectivamente, tal como refiere J.Vallejo (1980, p.10) fue en 1860, el primer director del Burgzhözi. Considerado como el fundador de la psiquiatría alemana moderna, publica en 1845 *Patología y Terapia de las enfermedades psíquicas para médicos y estudiantes*, siendo la segunda edición, ampliada, la que se convierte en referencia obligada de la psiquiatría de la época.

Griesinger se basa en las producciones de la teoría asociacionista cuyas tesis plantean; las emociones captadas por los órganos de los sentidos, se constituyen por la inteligencia asociativa, en complejos que entran en pugna para llegar a la conciencia, integrando así la personalidad, el yo. La enfermedad mental introducirá pseudos-complejos patológicos que entran en disputa con el yo (Llopis, B. 2003).

Griesinger (1845) hará del modelo de *la parálisis general* de Bayle, el prototipo de las enfermedades mentales. Consecuentemente, las enfermedades mentales serán en diferentes momentos de un único proceso mórbido de origen orgánico. En este modelo único, “*Einheitspsychose*”, diferenciará cuatro fases que se encadenan unas a otras en una continuación sin rupturas:

- Fase prodrómica, anterior a la enfermedad.
- Fase inicial que se caracterizaría por alteraciones afectivas. Esta primera fase correspondería al cuadro de manía y de melancolía. Considerada como un trastorno afectivo primario, mantiene un buen pronóstico de curación.
- Fase de estado, se configura una locura sistematizada: paranoia, marcada por el delirio sistematizado en el que se incluye el delirio megalomaniaco. En esta fase los pseudos-

complejos patológicos han desplazado parcialmente al yo. Si la cronificación se intensifica, con un desplazamiento total del yo, se cursa demencia.

Como podemos advertir, la noción de psicosis unitaria sobrelleva la idea de incurabilidad con progreso hacia la demencia irreversible. También vemos, que la paranoia es pensada como un trastorno secundario, pasaje intermedio hacia la demencia. De las mutaciones que soportará este concepto de “psicosis única” surgirá el concepto de *Demencia precoz* de Kraepelin (Mur de Vú. C, 2010).

1.1.3.2. La Amencia. (Th.Meynert).

Th.Meynert (1833-1892) anatomista cerebral y psiquiatra, fue miembro de la Escuela de Medicina de Viena y maestro de Freud en sus años de formación. Él estaba considerado junto con P.Flehsig, el médico que atendió a Schreber, como una eminencia en anatomía cerebral. Junto con C.Wernicke intentó la construcción de una psiquiatría orgánica y mecanicista sustentada en la anatomía cerebral, a la que se calificó de *mitología del cerebro* (“*Hirnmythologie*”) (Gasto, C. 2007).

Th.Meynert defiende sus tesis sumido en el debate entre la clínica psiquiátrica universitaria y la clínica psiquiátrica de práctica hospitalaria. El planteamiento de la psiquiatría práctica hospitalaria salvaguarda el origen emocional de las enfermedades mentales en oposición a las teorías de Th.Meynert que las pensaba como afecciones del cerebro.

Meynert (1881) utilizó los postulados asociacionistas, reduciéndolos a una neurología de los reflejos. Piensa el sistema nervioso como un tejido de haces, de asociaciones que interrelacionan las células nerviosas y a la vez comunican la excitación. Diferenciará dos tipos de respuesta refleja, las establecidas desde el nacimiento, que siguen caminos subcorticales y las adquiridas que van por vías corticales. La corteza cerebral es un sistema de redes de imágenes, presentándose primero en blanco, en el cual se van registrando las huellas de las sensaciones y sus correspondientes asociaciones.

Meynert (1890) tomara como principio considerar al yo, como un yo-primario formado por las emociones internas del cuerpo, al que se van adhiriendo sensaciones provenientes del exterior y de las asociaciones que se van estructurando, fundando el yo-secundario en el que se sostienen las funciones de auto-conservación y socialización. Así, el instinto será una particularidad de la actividad refleja instituida a partir de una primera experiencia de satisfacción y de las agrupaciones de sensaciones conexas. Para presentar los estados fisiológicos del dormir, el soñar, los estados de confusión mental o los delirios oníricos, que denominará amencia, se servirá de la teoría del umbral de Herbart-Fechner (Llopis, B. 2003).

Meynert (1890) explica la amencia como el estado mental representado por alucinaciones y delirios ininteligibles que reproducen una fase de confusión fuera del alcance del control del yo secundario. La amencia, contiene paralelamente, la forma estuporosa, una forma delirante que recubre tanto el onirismo como las psicosis delirantes agudas.

En una conferencia sobre las formas agudas del delirio y su desarrollo. Meynert (1881), refiere a una comunicación de Westphal sobre la locura primaria, a la que presume un carácter diluido de contenido fundamentalmente alucinatorio, con un pronóstico más optimista que otros cuadros clínicos, Meynert entiende este cuadro como “*confusión alucinatoria aguda*”, cuyo eje central serán las alucinaciones causantes del estupor, de las ideas insistentes e incoherentes, de la desorientación, y de

los cambios de humor según la alucinación (Mur de Vú. C, 2010). También pondrá su atención a los delirios de grandeza y de persecución concibiéndolos como las reminiscencias de circunstancias psíquicas primarias de omnipotencia, bien como la angustia y el desamparo infantil y no los pensará como originados por procesos mórbidos.

C.Levy-Fresacher (1983) destacará en su estudio sobre la obra de Meynert la manera de enfocar los delirios. “(...) merece ser destacada en la medida en que introduce la noción de historización del sujeto, siendo un tipo de reflexión poco habitual en Meynert y que augura el pensamiento freudiano” (C.Levy-Fresacher, 1983).

1.1.3.3. Entidades Clínicas Autónomas.

J.P.Falret (1864) acogiendo al modelo de *la parálisis general*, se interesó por el curso y la evolución del delirio y sus manifestaciones, con planteamientos muy próximos a Griesinger (1845) en cuanto al origen de las enfermedades mentales. Se opondrá, no obstante, a la concepción unitaria de la psicosis, concretamente a las monomanías preconizadas por Esquirol (1838) y defenderá la descripción de entidades clínicas autónomas.

Bajo esta referencia se organizará la nueva clínica psiquiátrica francesa en el que se subrayan el “delirio de persecución” separado por Ch.Lasègue como signo determinado por la alienación parcial y el “delirio crónico de evolución sistemática” de Magnan, ante el cual no podría hallar procesos clínicos que logran amoldarse al esquema, surgiendo las descripciones que privilegian el sistema más destacado del cuadro clínico: “delirio de imaginación” de Dupré, “psicosis alucinatoria crónica” de Ballet (Espinosa, A. 2007).

En la misma dinámica y bajo los mismos parámetros, siguiendo a su maestro Falret (1864), en su discusión con las monomanías de Esquirol, pero centrado y convencido en su teoría de la degeneración Morel (1809-1873), desplegó gran influencia en la clínica psiquiatría de la segunda mitad del siglo XIX. Tuvo tal relevancia y acogida en Francia que llegó un período en que gran parte de los certificados médicos de los centros mentales principiaban con la siguiente frase; “*degeneración mental con...*” tras lo cual agregaban los síntomas presentados (Gasto, C. 2007).

Morel concentró aproximadamente todas las enfermedades crónicas bajo el rótulo “*degeneración mental*”. Tomando la noción de transmisión hereditaria de las enfermedades mentales y basándose en los argumentos darwinianos del desarrollo evolucionista postula su tesis principal: los trastornos psíquicos son expresión de la fisiología anormal del organismo de los sujetos que las presentan, a cada enfermedad pertenece una expresión típica que es la manifestación más palpable de una lesión funcional (Morel, 1860). Diferenciará dos tipologías de causalidad; una hereditaria, predisponente y otra determinante. La conjunción de ambas es necesaria para que se desarrolle la locura.

De este pensamiento se despliega una categoría de trastornos de menos a más, los fenómenos somáticos de las neurosis, las neuropsicosis y las psicosis como franja más aguda del trastorno mental. Este planteamiento también lo sostendrá R.Von Krafft-Ebing (1897), diferenciando los trastornos mentales invariables, perturbaciones determinantes y afectivos de los neuróticos, las neuropsicosis y los estados histéricos, de las psicosis que poseen como base las neurosis pero que no se distan más que por

algunos detalles de las psicosis autónomas: paranoia, temas erótico-místico y de persecución.

1.1.3.4. La Paranoia.

En cuanto a la clínica psiquiátrica alemana la referencia más significativa será la paranoia. La demarcación paranoia, se utilizó como el sinónimo de locura que congregaba indistintamente los términos “*Verrücktheit*” y “*Wahnsinn*” reapareciendo en el lenguaje médico del siglo XIX en el libro de J.Ch.Heinroth titulado Tratado de los trastornos de la vida psíquica, publicado en 1818, (*Lehrbuch der Störungen des Seelenslebens*).

En Griesinger (1845) el término “paranoia” no aparece como tal, desdibujándose entre los estados de monomanía exaltada (“*wahnsinn*”) y la locura sistematizada (“*verrücktheit*”). La obra de Kahlbaum (1828-1899) en su oposición a la “*einheitspsychose*” prepara el advenimiento de la nosología Kraepeliniana.

Se debe a Kahlbaum (1863), el primer uso del término “paranoia” en su aplicación más psiquiátrica, describiéndola como un delirio sistematizado primitivo que no se acompaña de trastornos en las funciones mentales. La división que realiza de las enfermedades mentales verdaderas, en enfermedades de evolución cíclica con estados secundarios de debilitamiento cuyo modelo es la parálisis general de Bayle y las enfermedades mentales que permanecen parciales, fijas, sin debilitamiento secundario permitirá la distinción entre la *Verrücktheit* secundaria de Griesinger (1845), en la cual la disociación está netamente marcada del delirio sistematizado primitivo (Bachelard, 1985).

Posteriormente Snell (1865) demarcará con la designación de “*Wahnsinn*” un estado delirante y alucinatorio que especifica como primitivo, en el que el contenido de persecución precede al delirio de grandeza y que normalmente no cursa en locura o lo hace tardíamente.

La clasificación y depuración teórica de Kraepelin se desarrolla en las ocho ediciones sucesivas de su tratado de psiquiatría en las que vemos aparecer, sucesivamente, la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva, pudiendo constatar la importancia que va tomando el tratado a medida que va sistematizando su nosografía. En la primera edición (1883) su clasificación mantiene una fisonomía psicologista, muy próximo a las tesis de Esquirol (1845), que será el que le permitirá cierta ruptura con las tesis anatomopatológicas.

En la segunda edición (1887) se dará más importancia a la evolución de la enfermedad como elemento de valoración de pronóstico. Así, la melancolía, la manía, los estados agudos delirantes, tienen un pronóstico de curación al contrario de las locuras periódicas o circulares y el delirio cronificado (“*verrücktheit*”), que en este momento corresponde más a la locura sistematizada con demencia, que a la simple paranoia.

En la cuarta edición (1893) aparece el grupo de los “procesos degenerativos físicos” que comprende, la demencia precoz, la catatonía y la demencia paranoide. En la quinta edición (1896) se convierten en el grupo de los “procesos demenciales”.

Referencia particular merece la sexta edición (1899) en la que el grupo de demencias pasará a denominarse grupo de la “demencia precoz” en el que se incluirán las formas hebefrenia, catatonía y paranoia, esta última incluirá la demencia paranoide y “*phantastische verrücktheit*” (que será el núcleo de las futuras parafrenias de 1913). Aquí definirá la paranoia como una enfermedad de desarrollo insidioso, que depende de

causas internas, y en la que la evolución del sistema delirante es inexorable, a pesar de la conservación completa de la claridad y orden en el pensamiento, el querer y la acción.

Cabe destacar la importancia dada a la ausencia de alucinaciones a las que sitúa del lado de las demencias.

Los casos que no se amoldan a esta versión tan restringida engrosarán la forma paranoide de la demencia precoz, la “*dementia paranoides*”. Se incluyen en ella dos sub-grupos; los delirios masivos e incoherentes asociados a excitación, y los antiguos delirios alucinatorios de la paranoia por su supuesta terminación demencial. Ya en 1913 retomando la constatación crítica de que las alucinaciones no siempre son signos de demencia, Kraepelin construirá la categoría de las parafrenias, en las que incluirá los delirios alucinatorios menos sistematizados que la paranoia, pero más que la demencia paranoide (Guilañá, 1997).

En la octava edición se añade el apartado de las “*afecciones endógenas*” que cursan con evolución terminal, en el que se incluyen la demencia precoz y sus diferentes formas y las parafrenias. En otro grupo se reúnen todas las formas de las psicosis maníaco-depresivas a las que también considera como endógenas, así como la histeria y la paranoia que aparece en solitario.

Kraepelin opone a las enfermedades mentales exógenas, adquiridas, las enfermedades mentales de origen endógeno. En este segundo grupo situará las supuestas lesiones cerebrales. En la demencia precoz es la terminación deficitaria la que hace sospechar la existencia de lesiones cerebrales, las cuales al no ser demostrables se refieren a factores tóxicos, concretamente de tipo metabólico (Bachelard, 1985).

La paranoia en su época, abarca el conjunto de estados delirantes, agudos o crónicos, alucinatorios o sin alucinaciones, que hace patente una predisposición marcada o cierta disposición, con disociación o manteniendo intacta la síntesis personal, primitiva o secundaria a una forma aguda: manía, melancolía, confusión mental (Bachelard, 1985).

La dificultad en su demarcación problematizará a otras dos entidades clínicas; la neurosis obsesiva y la confusión mental. La neurosis obsesiva es considerada por algunos autores como Westphall, como una forma rudimentaria, como una paranoia abortada. R.Von Krafft-Ebing (1897) y numerosos autores, seguirán a C.Westphall en estos planteamientos, de los cuales Freud en 1896 se hace eco en el *Manuscrito H*: “La idea delirante se encuentra situada en psiquiatría junto a las ideas obsesivas, como trastorno puramente intelectual, y la paranoia se encuentra junto a la insania obsesiva, en calidad de psicosis intelectual” (Freud, 1950, p.79).

En su *Tratado clínico de psiquiatría* de 1897, Krafft-Ebing propone reservar el término de paranoia para los delirios alucinatorios agudos que cursan con confusión, denominados “*paranoias agudas*” o agencias en la terminología de Meynert (Guilañá, 1997).

Si en una primera época la paranoia se consolida como reina de las locuras, posteriormente, a raíz de la depuración nosográfica de Kraepelin (1913), la paranoia se extingue en beneficio de la demencia precoz. En la clínica francesa, por el contrario, el término paranoia es muy tardío y su uso se relaciona, fundamentalmente, con determinados rasgos del carácter, carácter paranoico (Montassut, 1924) o constitución paranoica (Génil-Perrin, 1926).

Por otra parte hay que destacar los esfuerzos nosológicos de P.Chaslin, plasmados en *La confusión mental primitiva* (1895). En ese texto aporta el término de “confusión mental” y sustituye el término “demencia” por el de “discordancia”. Aunque

conceptualmente abre camino a la esquizofrenia de Bleuler (1911), la nomenclatura propuesta por Chaslin (1895) queda desplazada por la de esquizofrenia.

En textos posteriores incluirá bajo la “locura discordante” a la esquizofrenia, y paralelamente empleará el término “locura discordante verbal” a la “esquizoafasia” propugnada por Kraepelin, para definir las disfunciones del lenguaje en la esquizofrenia, Chaslin (1895) empleará la expresión “locura verbal discordante”. En 1912 publicará *Elements de semiologie et clinique mentales* dedicando todo un capítulo a los trastornos del lenguaje (Mur de Vü. C, 2010).

1.1.3.5. La Escuela de Zúrich, La Esquizofrenia.

En cuanto a las concepciones de E.Kraepelin y en referencia a la noción de “entidad mórbida” aparece en Alemania, hacia 1900, una fuerte reacción psicodinámica que incide ya en las últimas ediciones del Tratado de Kraepelin (Bachelard, 1985). A esta corriente se suma la denominada “Escuela de Zúrich” abanderada por E.Bleuler (1857-1939) formado en la enseñanza de Burckhardt y Schaerer en Waldau, y de Charcot y Magnan en París, trabajo en el instituto von Gudden en Múnich y en el Burghölzli con Forel, accediendo a la dirección del mismo en 1898 (Botero, B. 1998).

El Burghölzli se convierte, bajo la dirección de Bleuler (1898), en un centro de investigación de la clínica de la psicosis. Bleuler fue uno de los primeros psiquiatras que tuvo interés en aplicar los conceptos freudianos a la psicosis, interesándose –en su camino hacia una psiquiatría más atenta a los procesos psicológicos que a la anatomía cerebral- por los mecanismos explicitados en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900), así como por el concepto de regresión en la serie sueños, alucinación y delirio en la demencia precoz, en su vinculación con las teorías de H.Jackson.

El término esquizofrenia es tributario del interés de Bleuler por la aplicación del psicoanálisis a la psicosis. Bleuler había tenido conocimiento de la obra freudiana a través del estudio sobre *La afasia* de Freud en 1891. Con anterioridad a la edición de su *Tratado sobre la esquizofrenia*, (publicado en 1911, pero escrito en 1908), Bleuler investigó acerca del concepto de represión y de los mecanismos freudianos de las formaciones del inconsciente en la sintomatología de la psicosis (Guilañá. E, 1997).

Como efecto de los planteamientos freudianos, Bleuler publica en 1906, *Afectividad, sugestividad, paranoia* (Bleuler, 1969). Consecuente con la idea freudiana de represión y de los mecanismos de retorno de lo reprimido, Bleuler se interesa particularmente por el concepto de “*complejo*”, retomando la idea jungiana de “complejo emocional”.

Para Bleuler (1906) la afectividad en la esquizofrenia aparece perturbada en la característica que se ocupa por la disociación, con un debilitamiento del yo en su función de síntesis, reapareciendo intacta en algunos episodios evolutivos. Es por este preciso punto que marca una diferencia con Kraepelin en la búsqueda de una manera de incidir en la evolución terminal.

En cuanto a la paranoia Bleuler (1911) mantiene la tesis kraepeliniana, entendiéndola como una reacción afectiva, como una respuesta vigorosa del yo a una situación vital de rechazo, de humillación. Aunque en la paranoia, síntomas secundarios y afección primaria están en equilibrio, Bleuler (1969) no deja de incidir en una similar disposición esquizoide:

La esquizofrenia y la paranoia, en suma, aparecen sintomatológicamente como nacidas de una misma raíz (la esquizopatía), a la cual añade todavía, en la

esquizofrenia un proceso físico, y en la paranoia, sólo la formación delusiva psicógena, consecutiva a la combinación de un determinado carácter.

Por otra parte, considera que los “complejos de totalidad afectiva” y los complejos sexuales a los que se refiere Freud, inciden mínimamente en la paranoia. Todo el desarrollo de la psiquiatría Suiza y su influencia permite que el concepto de esquizofrenia tuviese gran resonancia en la psiquiatría de la época, además en la psiquiatría moderna, esto hacen que la predominancia del término esquizofrenia nuble la concepción de psicosis, todo ello en deterioro de los planteamientos freudianos de dar primacía al material que se produce en restitución de la realidad perdida, de considerar el delirio como producción.

Las teorizaciones de Bleuler (1969) acerca de la esquizofrenia se fueron gestando de forma gradual, hasta la construcción del denominado “grupo de las esquizofrenias” en su tratado sobre la *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias* en 1911. En este tratado, Bleuler sitúa nosológicamente a la esquizofrenia en la línea de la demencia precoz de Kraepelin:

“Con el término “demencia precoz” o “esquizofrenia” designamos a un grupo de psicosis cuyo curso a veces es crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que no puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa restitución ad integrum. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos, y la relación con el mundo exterior, que en ninguna parte aparece bajo esta forma particular” (Bleuler, 1968, p. 142).

Diferenciará la esquizofrenia de la demencia precoz a partir de la preponderancia de un mecanismo particular, la escisión:

Llamo a la demencia precoz esquizofrenia porque (como espero demostrarlo), el “desdoblamiento” (*spaltung*) de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes. Por razones de conveniencia, utilizo la palabra en el singular, aunque es evidente que el grupo incluye a varias enfermedades (Bleuler, 1968, p. 93).

Bleuler (1911) describirá una serie de síntomas fundamentales en torno a los cuales se desarrollará el grupo de las esquizofrenias. Esta metodología se puede pensar como entre dos causas, se aleja por un lado de la concepción de “psicosis única” de Griesinger y a la vez tampoco se decanta hacia la agrupación hecha por Kraepelin (Gasto, C. 2007). Distinguirá en la esquizofrenia los signos primarios como índice de un proceso mórbido de causalidad orgánica, de los síntomas secundarios entendidos como reacciones psíquicas a acontecimientos externos o internos, pero ya determinados por el proceso primario.

Esta distinción la destacará H.Ey (1926) en su conferencia, “*La concepción de E.Bleuler*”, asimilando en importancia el gesto de Pinel liberando a los alienados de sus cadenas al de Bleuler al concebir que: “Las enfermedades mentales tengan una sintomatología psíquica, (síntomas secundarios) que es del psiquismo de los enfermos que dependen en gran parte la elaboración de lo que llamamos la “parte positiva” de los síntomas” (Ey, 1993a).

Por otra parte mantendrá que la esquizofrenia puede permanecer estacionada durante un tiempo y los síntomas pueden remitir parcial o totalmente o bien evolucionar tanto crónicamente como en recaídas, con irrupciones agudas en cuyo caso, probablemente, siempre habrá un déficit sin posibilidad de restitución total.

Bleuler (1911) establecerá, en el grupo de las esquizofrenias las siguientes características esenciales:

La Spaltung: La ruptura de los vínculos asociativos sustentados por las funciones de síntesis produce una disociación de la vida psíquica, una *spaltung*. Ésta se manifiesta en la desaparición del poder regulador del yo y de la conciencia sobre el curso de los pensamientos, quedando a merced de los “complejos afectivos” de tal manera que la confusión de conceptos, la fragmentación del psiquismo en delirio, alucinaciones, reacciones psicomotrices anormales, son efecto de esta *spaltung*.

Autismo: A esta predominancia de la esfera de los “complejos emocionales” sobre la síntesis de la conciencia y la percepción de la realidad, Bleuler le llamo “autismo”.

La distinción entre síntomas primarios y secundarios; mantendrá lo dicho anteriormente, los síntomas primarios son las manifestaciones del proceso patológico y son estos trastornos, efectos directos del proceso, los que alteran la actividad asociativa de las funciones psíquicas. Los síntomas primarios no son muy aparentes en el cuadro clínico de la enfermedad. Los que sí aparecen en el cuadro clínico son los síntomas secundarios, denominados así por estar subordinados a la actividad psíquica (Mur de Vú. C, 2010).

El pensamiento de Bleuler se instaurará siguiendo las ideas de Jackson, la creencia de que en la psicosis opera una regresión en un estado subjetivo parecido a las ensoñaciones o al soñar, manteniendo la naturaleza orgánica del proceso mórbido:

Todavía no podemos resolver la cuestión de si hay causas psíquicas de la esquizofrenia. Sin embargo, probablemente se la debe contestar negativamente. En los casos en los que tenemos excelentes anamnesis, se observa con regularidad que antes de los supuestos traumas psíquicos hubo signos de la enfermedad, de modo que difícilmente se puede atribuir a tales traumas una significación causal (Bleuler, 1968).

A este doble trastorno primario y secundario aplicará el término de esquizofrenia. Esta aplicación es la que permite a H.Ey afirmar que el mérito de Bleuler más que renovar el concepto de demencia precoz, es el de haber dotado a la psiquiatría de profundidad, utilizando los estudios de Freud y Jung sobre las neurosis (Ey, 1993a).

Jung inicia su trabajo en el Burghölzli en diciembre de 1900 hasta 1909. En 1906 empieza su correspondencia con Freud y también en este año publica su primer trabajo sobre los resultados del *test de asociación de palabras* en referencia al trabajo freudiano sobre los sueños. En 1907 Jung abordará la clínica diferencial entre la paranoia y la demencia precoz, esbozada en una carta a Freud:

En la demencia precoz no hay que pensar, desde luego, primeramente, en que se trate de una pérdida de las facultades mentales (lo cual puede suceder también) sino de un delirio por complejos, con fijaciones. La paranoia está constituida exactamente como una demencia precoz, pero lo que sucede es que la fijación está limitada a unas pocas asociaciones y la claridad de los conceptos está en general conservada, con pocas excepciones. Pero existen por doquier fluidas transiciones con respecto a aquello que se denomina demencia precoz. Demencia precoz es una denominación muy desafortunada. Desde su punto de vista (refiriéndose a Freud) podría designar asimismo demencia precoz como paranoia, como de hecho se ha hecho también anteriormente (...) En la crisis de demencia precoz son siempre abreaccionados todos los complejos no resueltos, de acuerdo por completo con el esquema de la historia. Con la única diferencia de que todo cursa de modo más tempestuoso y peligroso y dejando ciertos trastornos irreparables de la capacidad de rendimiento mental y en especial una dificultad especialmente aumentada para soportar y abreaccionar emociones.

Más adelante, aparece un bloqueo más intenso y más general de los sentimientos, con un peculiar deterioro de la inteligencia. Pero el trastorno afectivo destaca siempre muchos más en primer plano y asegura el diagnóstico frente a todos los demás deterioros intelectuales² (Freud-Jung, 1978, p.69).

Una defensa fracasada, la paranoia.

Freud (1907) aborda el tema de la esquizofrenia en la carta 22, precedida de un texto con el epígrafe de “*Algunos puntos de vista teóricos sobre la paranoia*” y en la carta escritas en los inicios de la primavera de 1907 respectivamente. Tomará como ejemplo del desarrollo posterior un fragmento de un caso clínico:

En una persona f. Surge el deseo de tener relaciones sexuales con un hombre. Dicho deseo es sometido a represión y aparece de nuevo en la forma siguiente: se dice fuera que tal persona tiene tal deseo, lo cual es negado por ella (O bien: dichas relaciones se han realizado durante el descanso nocturno, en contra de su voluntad. Pero esta forma no es la primera) (Freud – Jung, 1978, p.74).

Freud resumirá el proceso del mecanismo operante de la defensa en el caso, de la siguiente forma:

Una idea- el contenido del deseo- ha surgido y ha permanecido e incluso lo inconsciente se ha tornado consciente, pero esta idea surgida interiormente es proyectada hacia fuera, retornando como percepción real, en la que la represión tan solo se puede manifestar de nuevo como contradicción. Se niega la creencia en la emoción desiderativa y en el retorno demuestra una emoción hostil contrapuesta (Freud – Jung, 1978).

Existe un retorno de la idea considerada como percepción real:

- Idea sometida a represión.
- Proyección de esta idea al exterior.
- Retorno de la misma desde el exterior.

La pregunta que se plantea Freud sobre la condición necesaria para que se cumpla este proceso ¿cómo una representación de un deseo, una fantasía. “tener relaciones sexuales con un hombre” puede retornar desde fuera, desde la realidad exterior desprovista de afecto y a la vez con connotaciones hostiles? Para responder a esta cuestión situará en la consciencia dos clases de hechos (Mur de Vú. C, 2010):

Primero, las percepciones (P) que no están investidas libidinalmente y que poseen cualidades localizadas en el exterior.

Segundo. Sensaciones, que son manifestaciones de las pulsiones parciales, son menos cualitativas y más cuantitativas. Están localizadas en el interior. Las percepciones son creídas de inmediato. Las sensaciones (interiores) están sometidas a la prueba de realidad. Este apunte es de un gran valor clínico (la certeza).

Freud (1907) arguye que en la neurosis una fantasía como la del caso puede ser sometida a la represión antes de que sea consciente, a partir de las modalidades de defensa. Sin embargo, en la paranoia el mecanismo cursa de la siguiente manera:

- Retirada de la vinculación libidinal al objeto.
- El contenido deslibidinizado, el contenido de representaciones es proyectado hacia el exterior (P). Tiene el carácter de percepción.

En la paranoia, dirá Freud, la libido se retira del objeto:

² Carta del 8-1-1907.

Aquello que la representación del objeto ha permitido en cuanto a ocupación le es sustituido en primer término por creencias. La hostilidad que surge en la paranoia, contra el objeto indica donde ha ido a parar la libido. Esta es la percepción endógena en la retirada libidinal. En la relación compensatoria entre ocupación del objeto y ocupación del yo, es probable que la ocupación retirada del objeto haya retornado al yo, es decir: que se haya hecho autoerótica. Por ello, el Yo paranoide está hiperocupado: es egoísta, ávido de grandezas (Freud – Jung, 1978, p.75).

El investimento libidinal, retirado del objeto, revierte hacia el yo, se vuelve autoerótico. En esta carta Freud también introducirá la idea de fracaso de la defensa, tomada en este caso como represión: “no hay que olvidar que en las psiconeurosis se trata, por regla general, de una defensa fracasada. La de la paranoia es la que parece fracasar con más seguridad, es decir: la libido vuelve a buscar su objeto” (Freud – Jung, 1978).

En la carta 23 Freud esclarecerá un concepto de índole estructural y de una incidencia primordial, no existe trasvase, no hay encadenamiento, linealidad neurosis/psicosis. “Sería incorrecto decir que la histeria se transforma de demencia precoz; ya que aquella más bien cesa y es sustituida por la demencia precoz”³ (Freud – Jung, 1978).

En la carta 25 del 21 de Abril de 1907, en respuesta a las dudas de Jung respecto a la retirada de la libido y a la diferencia entre proyección paranoica y otras proyecciones, y a su afirmación, a partir de un caso clínico, de que la regresión de la libido al autoerotismo es lo característico de la psicosis, Freud aclarará que no se trata de regresión sino de una inexistencia de simbolización, volviendo a insistir en los dos tiempos descritos en la carta anterior – represión de la libido y retorno de la libido- y explicará tres casos a partir del retorno de la frase “se me dice que (...)”.

Demencia precoz:

Está la frase, “se me dice que me gusta practicar el coito”, “Se dice, desde luego, pero no es verdad”. Hay un retorno de la libido, se cursa demencia precoz: “La representación proyectada del objeto surge quizás de un modo tan sólo transitorio en la “idea delirante”, la libido desemboca definitivamente en el autoerotismo, la psique se empobrece (...)” (Freud – Jung, 1978).

Demencia paranoide:

La proyección fracasa, hay un retorno de la libido. Una parte de esta libido deriva hacia el autoerotismo y la otra busca de nuevo al objeto que se encuentra desprovisto de afecto en la percepción. Este sería el curso paranoide de la demencia precoz. Freud agregará que es el caso menos puro pero el más frecuente. Aquí podríamos pensar el caso Schreber.

La paranoia:

La significación producto de la represión originaria enunciada por la expresión de su lenguaje particular, fundamental, “se me dice que me gusta practicar el coito”, fracasa, es rechazada por completo, operando otro mecanismo. La pulsión busca de nuevo al objeto perdido, el cual al ser desmentido queda desprovisto de afecto, manteniéndose como percepción pero en su función de engaño, creando escenas paralelas a la desmentida. La libido se convierte en convicción. También dirá, en relación a la psicosis alucinatoria, que en ésta se da la realización alucinatoria más pura, puesto que la imagen del objeto deseado se convierte directamente en percepción.

³ Carta del 21-04-1907.

En 1907 Jung sugiere a Freud que concede demasiada jerarquía al autoerotismo en la demencia precoz pero no acaba de tener claro sus límites:

El autoerotismo como esencia de la demencia precoz me parece cada vez más una importante profundización de nuestro conocimiento, cuyos límites no consigo aún ver, de todos modos...La demencia precoz permite tan sólo una deficiente visión en profundidad de la personalidad. Un caso tendría, por otra parte, un aspecto muy distinto según que la retirada de la libido tuviese lugar hacia un complejo accesible a la conciencia o bien a un complejo inconsciente⁴ (Freud – Jung, 1978).

El análisis y la apuesta diferencial en la evaluación diagnóstica en Jung se sitúa en el complejo afectivo y en su accesibilidad, mediante la asociación libre, a la conciencia en la demencia precoz. “El complejo constelase mucho menos a la personalidad, sobre todo los estímulos asociables, que en la histeria, de modo que tiene lugar una elaboración mucho más reducida de la personalidad por el complejo”⁵ (Freud – Jung, 1978).

Para Jung el autoerotismo, causa del alejamiento y regresión de la libido, opera como elemento de autoconservación ante una emoción no controlada e insoportable para el sujeto. Tiene como finalidad la autoafirmación del sujeto, pero para ello se hace necesario la denegación, asumiendo que el monto de afecto no se produce, nunca se produjo creando un cierto marco que crea otra realidad, para la protección frente a los acontecimientos de la realidad dolorosos para el sujeto. Comprenderá que el autoerotismo “como hipercompensación de los conflictos con la realidad sea ampliamente teleológico”⁶ (Freud – Jung, 1978).

Con estas premisas establecerá un criterio diferencial en la histeria, aparte de la represión, se realizan tentativas de vinculación con una nueva realidad; en la paranoia se renuncia a estas vinculaciones y se busca soluciones internas aspirando tan solo a mantener la defensa contra la libido, tomada como defensa contra la realidad, contra el complejo “poderoso e indiscutible”.

A estas afirmaciones dice Freud que:

Las características clínicas de la paranoia, que usted destaca, su solidez, su gravedad se explican sobradamente a partir de la proyección. Si en la histeria y en la neurosis obsesiva persiste siempre una conciencia acerca de la realidad, ello es debido a que permanece intacto el contacto con el mundo exterior, mientras que los complejos ocupados por libido desarrollan plenamente el espectáculo. En la paranoia son dichos complejos los que avanzan hacia la persona a partir del mundo exterior, como si fuesen extraños, de aquí la credibilidad, la inmodificabilidad, el dejarse absorber por los mismos (...) la paranoia responde a un desprendimiento fracasado de la libido, ya que retorna en la proyección, con lo que la intensidad de la ocupación se transforma en seguridad (...) la demencia precoz corresponde al retorno, auténticamente logrado, al autoerotismo. Ambos son, probablemente, casi paralelos. Su hermanastra demuestra que tras el más intenso desprendimiento resta, sin embargo, un elemento muy intensamente ocupado de la antigua representación libidinal⁷ (Freud-Jung).

⁴ Carta del 31-03-1907.

⁵ Carta del 11-04-1907.

⁶ Carta del 20-02-1908.

⁷ Carta del 3-03-1908.

Con las premisa teórica aparentemente distantes y las posiciones entre ambos, con respecto a sus planteamientos sobre la libido, Jung mantendrá que si para Freud el problema es la elección de la neurosis, a él le interesa “*el modo de liquidación del complejo*”⁸ (Freud-Jung, 1978). Freud no dice nada, no realiza ningún comentario al respecto, pero un mes después, incidirá otra vez en la cuestión de los fundamentos teóricos de la etiología afirmando que el texto, “*Complejos y causas de enfermedad en la demencia precoz*”, escrito con la escuela Suiza en 1908, le parece “*insatisfactorio*”. Y en su conferencia de Ámsterdam impartida en el mismo año, “*El contenido de las psicosis*” reconoce abiertamente, sin ningún problema, la etiología psíquica de las enfermedades mentales, que no desconoce su importancia en la fundamentación orgánica, pero su etiología tiene otros componentes de carácter emocional.

El análisis del caso Schreber producto de los contenidos escritos en el libro *Memorias de un Neurópata* de 1903, sumado a los avances con respecto al narcisismo, serán el inicio de la marcada distancia entre ambos. En noviembre de 1911 Jung le dirá a Freud, en referencia al desarrollo sobre el caso Schreber, en cuanto a la naturaleza de la libido y a la retirada de la misma dando lugar a la pérdida de la realidad, que es partidario de ampliar en el aspecto genético el concepto de libido construido en los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), con el fin de que la teoría de la libido pueda ser aplicada a la demencia precoz.⁹ Freud le recuerda a Jung en su respuesta, que este malentendido ya surgió en otra ocasión cuando afirmó en un trabajo que la libido era para Freud idéntica a todo género de ganas o deseo, volviéndole a definir cuál es su planteamiento sobre la libido: “Tan sólo se puede designar como libido a la energía pulsional de la pulsión sexual”¹⁰ (Freud-Jung, 1978).

A principios de diciembre de 1911 Jung volverá con la cuestión, comentando a Freud que el análisis sobre Schreber despierta de nuevo todo aquello que le ha dificultado la aplicación de la teoría de la libido a la demencia precoz. “El déficit en cuanto a la función de la realidad en la demencia precoz no se puede reducir a la regresión de la libido (definida como hambre sexual) o al menos yo no lo logro.” Por otra parte anunciará a Freud que en su segunda parte ha escrito todo cuanto ha pensado acerca del concepto de libido y que ha intentado:

(...) sustituir el concepto descriptivo de la libido por otro genético, el cual comprende, aparte de la libido sexual, aquellas otras formas de libido que están destacadas de antiguo en funciones firmemente organizadas. Aquí resultaba inevitable una pequeña dosis de biología¹¹ (Freud-Jung, 1978).

Si para Bleuler y tan bien para Jung la etiología de las psicosis viene determinada en último término por una disfunción orgánica ya sea o no activada por el complejo afectivo, por su parte, Freud seguirá manteniendo la etiología en la defensa frente a una representación inconciliable de connotación sexual.

Bleuler (1911) tomará el concepto de regresión de los planteamientos de Jackson. Entenderá el psiquismo como un conjunto de funciones jerarquizadas, según un desarrollo lineal en el tiempo. Estas funciones jerarquizadas, van desde la organización psicoide primitiva hasta el establecimiento de las funciones psíquicas superiores, implicando una subordinación dinámica de las actividades que lo constituyen. Siguiendo esta concepción evolucionista, pensará la psicosis como una

⁸ Carta del 11-03-1908.

⁹ Carta de Jung del 14-11-1911.

¹⁰ Carta del 30-11-1911.

¹¹ Carta del 11-12-1911.

regresión. Cuando, por una disfunción orgánica, esta evolución se invierte, aparecen los trastornos psicóticos que pueden considerarse trastornos de tipo regresivo.

Siguiendo esta línea de pensamiento puede equiparar la disolución de asociaciones de la esquizofrenia al estado de sueño en las neurosis. Afirmará que este estado de relajamiento asociativo no puede ser producido por un núcleo afectivo como defiende Jung, ni por una representación sexual defendida por Freud. Así, en la disolución experimentada en el dormir, la condición negativa, regresiva, es el sueño y la reacción positiva es el soñar.

Jung, por su parte, acepta la idea de una regresión libidinal al autoerotismo en la demencia precoz, sin darle la connotación sexual, será el complejo afectivo el que motivara la “introversión de la libido”.

Para Freud (1911) la retracción libidinal y su sujeción en al autoerotismo o en el narcisismo viene determinada por la libido sexual y la pérdida del objeto primario, lo que obliga a la reconstrucción de la realidad, no se vinculará con una disolución de las asociaciones sino con la regresión de la libido operando como mecanismo del desmentido, que desalojando lo cancelado dentro, retorna desde fuera. Es en este sentido que se esforzará por aislar el mecanismo propio de las psicosis, la denegación.

1.2. CAPITULO II. MIRADAS EN LA INTERVENCION DE LA PSICOSIS

1.2.1. Bases de la Teoría Psico-Dinámica de la Psicosis.

Con el recorrido y desarrollo presentado en la historia de la locura, las afecciones mentales, su determinación como enfermedades nerviosas que posibilita la localización y la medicalización, sumado a los avances de las escuelas teóricas y las argumentaciones en la forma de abordar la clínica psiquiátrica de la psicosis, permiten la mirada actual de la enfermedad mental en Colombia, las conclusiones y dificultades encontradas en el tratamiento y el abordaje de la psicosis por parte de la psiquiatría y la fisiopatología en el siglo XXI, hacen pertinente regresar a mirar, pensar y analizar los planteamientos y fundamentos teóricos psico-dinámicos en el abordaje de la psicosis.

1.2.1.1. Elaboración de una Etiología de las Psiconeurosis.

Es así como Freud (1895) en un esquema que en la última etapa de su obra volverá a retomar y que se mantendrá con gran solidez, pensará las psiconeurosis como efecto de una defensa frente a una representación sexual inconciliable. Esta defensa propiciará una perturbación del desarrollo, una fijación. En los primeros avances de su conceptualización teórica, en “*Estudios sobre la histeria*”, planteará que el instante originariamente causante de la afección mental, el instante traumático, es el momento que ante un monto de emoción no controlada que invade una representación sexual inconciliable “La contradicción se impone al yo y éste resuelve expulsar la representación contradictoria. Tal expulsión no la aniquila sino que meramente la esfuerza a lo inconsciente”.

Freud (1895) insiste en que la histeria es el resultado de un acto de apocamiento moral y un dispositivo protector del que el yo dispone. Así, el hincapié no lo hace en la

sexualidad, sino en la defensa, en un no querer saber nada, al tratar a la representación sexual como no sucedida, sin por ello separarse del exceso de excitación, cuyo índice lo encontramos en el afecto.

Si siguiendo esta teoría causal, la resolución de la neurosis pasaría por la asunción por el sujeto, del conflicto creado por el sentido sexual que la representación traumática introduce en el yo, y la construcción de una posición que hiciese innecesaria la disociación de conciencia. Freud (1896) deja al sujeto la libertad de elegir entre ideal y goce, pero no explica la dificultad de la misma. La primera tesis Freudiana mantiene que la causa sexual es determinante y que la represión es secundaria, Freud (1905) pronto empezó a constatar que la inadecuación de la satisfacción era, por estructura, imposible de resolver, ya que los afectos patológicos de la neurosis se manifestaban en un *après-co up* (Rojo. A, 2006).

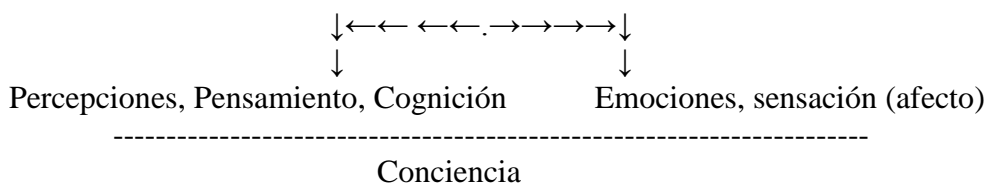
Tal como hemos ido desarrollado, el concepto de defensa se articula al de pulsión: “Todas las neurosis y psicosis tienen la misma etiología y sus orígenes pueden rastrearse en perturbaciones análogas de las mismas pulsiones. La diversidad de sus formas provienen del hecho de que recurran a mecanismos diferentes” (Nunberg-Federn, 1980).

En el *Proyecto de Psicología* escrito en 1895, Freud (1950), pensará la pulsión a partir de los “estímulos endógenos”, siguiendo el modelo neuronal y su principio de inercia mediante el cual las neuronas tienden a la descarga de la excitación:

Con la complejidad de lo interno, el sistema de neuronas recibe estímulos desde el elemento corporal mismo, estímulos endógenos que de igual modo deben ser descargados. Estos provienen de las células del cuerpo y dan por resultado las grandes necesidades: hambre, respiración, sexualidad. De estos estímulos el organismo no se puede sustraer como de los estímulos exteriores, no puede aplicar su “Q” para huir del estímulo. Sólo cesan bajo precisas condiciones que tienen que realizarse en el mundo exterior; por ejemplo, la necesidad de alimento.

Esta tensión endógena es valorizada psíquicamente cuando alcanza cierto umbral de excitación, entrando en relación con representaciones que hacen posible la disminución de la tensión (Freud, 1950, p.75).

Freud (1907) en la carta 15 correspondiente a las Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, sustenta la imperiosa necesidad de distinguir y diferenciar entre emociones y pulsiones. Definirá la pulsión como un concepto que se refiere a la influencia dinámica, perturbadora, que las necesidades orgánicas estructurales ejercen sobre los procesos psíquicos. La pulsión configura el puente de enlace que vincula lo orgánico con lo psíquico (Nunberg-Federn, 1979). Las emociones las situará íntegramente en el ámbito psíquico. La conciencia, como sentido interior, estará regulada por dos polos equidistantes: las emociones y las percepciones:



Para Freud (1907) todo lo que llegamos a conocer del pensamiento consciente es su expresión verbal ((Nunberg-Federn, 1979). Posteriormente, en *Lo inconsciente*, publicado en 1915, Freud lo enunciará más claramente: la pulsión, en tanto tal, no tiene

ninguna representación, necesitando de representantes en el aparato psíquico o en el inconsciente:

Si la pulsión no se adhiriera a una representación ni saliera a la luz como un estado afectivo, nada podríamos saber de ella. Entonces, cada vez que pese a eso hablamos de una moción pulsional inconsciente o de una moción pulsional reprimida, no es sino por un inofensivo descuido de la expresión. No podemos aludir sino a una moción pulsional cuya agencia representante-representación es inconsciente, pues otra cosa no entra en cuenta (Nunberg-Fedem, 1979).

Lo apto de represión será el representante de la pulsión, el significante que contiene la emoción. Esta “*Vorstellungsrepräsentant*” supone ya una separación de la pulsión en tanto tal. Tenemos, entonces, dos separaciones: una entre pulsión y representación, y otra entre representación y afecto, como expresión del sentido.

Advertimos entonces que para Freud (1915) solo el representante de la pulsión es consciente o inconsciente, es la representación-representante que sustenta, que contiene la carga libidinal de la emoción, siendo susceptible de represión. En una línea semejante, distinguirá la representación-representante como huella mnémica que posee un monto de emoción, estableciéndose un componente de sentido que no contiene en primera instancia representación, permitiendo que el afecto, como característica particular de la angustia, desplazarse a otra representación que pueda negar el primer monto de emoción causando por el vacío en las relaciones representación-representante. Tenemos, pues, dos separaciones: una entre pulsión y representación, y otra entre representación y afecto.

Representación--- Significante---Sentido--- lo simbólico.

Pulsión

Afecto---emoción---enigma--- lo Real.

Para Freud (1915) este afecto siempre se puede transformar en angustia no simbolizada; en ésta, un remanente de la pulsión queda separado de la representación. Siguiendo este esquema, pensará diferentes respuestas estructurales del sujeto al exceso de excitación o a la representación inconciliable, diferentes modalidades de la defensa que se sustentan bien en la disociación entre representación y afecto (neurosis), bien en el rechazo, denegación, conjunto de representación y afecto (psicosis).

El sujeto decide denegar en un intento de olvidar estas representaciones inconciliables, mediante un acto de voluntad, quiere expulsar fuera de sus pensamientos lo cancelado dentro. Este olvido no se logra ya que las representaciones dejan una huella mnémica y una carga de afecto que produce diversas reacciones patológicas:

(...) la tarea que el yo defensor se impone, tratar como “*non arrivée*” la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se les puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr convertir esta representación intensa en una débil, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esa representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; empero, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo (Freud. 1894).

Hasta aquí, señala Freud (1894), la secuencia es común, siendo la modalidad de volver inocua la representación, una reprimiéndola y la otra desalojándola, lo que marcará la diferencia entre neurosis y psicosis. En la histeria este exceso de excitación desplazado, rechazado, afectará al cuerpo, pero opera como mecanismo fundamental la represión.

Freud (1894) utilizará para determinar esta alteración en lo corporal la palabra conversión: “En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es trasponer (*Umsetzen*) a lo corporal la suma de excitación, para lo cual yo propondría el nombre de conversión”. En la conversión, la cantidad de excitación se desliga de la representación inconciliable de la emoción, desplazando el monto, localizándose en el cuerpo (histeria de conversión) o quedando libre en la angustia (histeria de angustia o neurosis fóbica).

Freud (1905) nombrará la neurosis obsesiva como un derivado de la histeria, como un segundo movimiento lógico de ésta. La discrepancia radicará en que en la obsesión hay un inexistente enlace o desplazamiento. El afecto, afín a la representación reprimida, va a quedar fijado a las representaciones obsesivas. En la neurosis obsesiva el exceso de excitación permanecerá en el ámbito psíquico: “La representación ahora debilitada queda segregada de toda asociación dentro de la conciencia, pero su afecto, liberado, se adhiere a otras representaciones, en si no inconciliables, que en virtud de este “enlace falso” devienen representaciones obsesivas” (Freud, 1905).

Tanto en la neurosis obsesiva como en la histeria, la defensa disocia del afecto la representación inconciliable, vinculando éste último a una representación sin importancia, pero manteniendo la huella mnémica ya debilitada en la conciencia (Guilañá. E, 1997).

1.2.1.2 La Defensa en la Psicosis.

A partir del constructo teórico desarrollado para las neurosis, Freud (1894) en una carta a Fliess, establece una equivalencia entre neurosis obsesiva y paranoia, situando a ambas como perturbaciones de índole intelectual: “La representación delirante se clasifica en la psiquiatría junto a la representación obsesiva como una perturbación puramente intelectual, y la paranoia junto a la locura obsesiva como psicosis intelectual” (Freud, 1950a).

En estos primeros avances sobre su teoría de las psicosis trabajará fundamentalmente desde la paranoia. Freud (1907) nombrará en este momento, refiriéndose a las psicosis, de paranoia crónica y de psicosis alucinatoria, siguiendo en esta última la terminología de Meynert.

Para Freud la paranoia es un modo patológico de defensa que se puede poner en continuidad con la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria.

En las psicosis diferenciará una circunstancia privativa más enérgica y con más éxito en sus fines que la neurosis, aislando como mecanismo propio la “desestimación” (*Verwerfen*) y destacando como particularidad específica de la misma la proyección y en contraposición a la neurosis emplea ya dos acepciones distintas; Desestimar (*Verwerfen*), en vez del término reprimir (*Verdrängung*), y por otra parte insoportable (*Unerträglich*) en vez de inconciliable (*Unverträglich*): “El yo desestima (*Verwinft*) la representación insoportable (*Unerträglich*) junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido” (Freud 1950a).

En el *Manuscrito H*, fechado el 24 del mes de enero de 1894, dedicado a la dilucidación de la paranoia, situará la misma como un modo patológico de defensa, en la misma línea que la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria. No obstante, se preguntará por el modo particular de la defensa, su característica en la paranoia.

¿Cuál será, según Freud, la característica particular de la defensa que opera en la paranoia? Lo particular y que posee gran relevancia, es que en un principio Freud dirá

que lo reprimido retorna desde el exterior (posteriormente dirá que lo anulado en el interior retorna desde fuera) el reproche reprimido regresa en una alusión, en una crítica, un rechazo desde fuera. La ventaja que se obtiene de este cambio de posición es que el rechazo venido de fuera, del exterior, puede mantenerse separado del yo, puede ser desalojado, denegado por el yo. Entonces, la paranoia tiene “el propósito de defenderse de una representación insoportable para el yo proyectando al mundo exterior el sumario de la causa que la representación misma establece” (Freud, 1950a).

La representación delirante es protegida con la misma potencia con la que el yo se resguarda del carácter inconciliable de la pulsión, por lo cual, los paranoicos; “aman al delirio como a sí mismos” (Freud, 1950a). En la paranoia el sujeto revela con el delirio eso que yace roto, eso que ha fallado en el ámbito del lenguaje, desde donde el sujeto va a intentar situar estas irrupciones que le vienen de afuera, del exterior, es eso que cancelado dentro retorna desde fuera.

En una segunda elaboración en torno a la etiología, Freud (1895), elaborará una doble causalidad: La causa primera se encuentra en la significación del trauma sexual que determinaría una fijación en el desarrollo, y una segunda se situaría en el despertar del recuerdo del trauma, la que determinaría la represión y por consiguiente el síntoma en tanto retorno de lo reprimido.

En el *Proyecto de Psicología para neurólogos* de (Freud, 1950) texto de 1895, donde da cuenta del funcionamiento del aparato psíquico, destacará que lo importante del acontecimiento que ocasiona la afección mental, el síntoma, es la realidad psíquica inconsciente. Para Freud el significante producto de la afección está reprimido y que entorpece, rompe en la cadena representacional que acompaña al distanciamiento de pulsión y afecto.

Este punto de la significación del significante le es preciso para advertir como la satisfacción, en el desciframiento a partir de la asociación libre, adquiere un sentido, un sentido simbólico, un sentido para la psicosis. En el síntoma articulará un monto inteligible (claro), significante y una sexual, cuyo índice es el afecto, la emoción y que no es consciente.

1.2.1.3. El Aparato Psíquico, La Realidad.

En un primer instante el cuerpo ante el incremento de la emoción, intentará instaurar un desprendimiento energético correspondiente al impulso pulsional. A medida en que se va adquiriendo la experiencia, como causa de la emoción, las provocaciones que provienen del mundo exterior o de las representaciones internas, consiguen establecer precepto psíquico, nominadas como huellas mnémicas que se definen como mociones placenteras o displacenteras en el aparato psíquico.

Es desde el interior del organismo de donde surge la necesidad, es decir, la cualidad que permite el acceso a la conciencia, la logra acorde a las huellas dejadas por la sucesión placer-displacer. El displacer aparece como respuesta al incremento de excitación. Es la representación producida por un actor externo, por lo general un agente cercano de alta incidencia afectiva, instituyendo el valor de la experiencia de satisfacción.

En un momento posterior, el impulso de la necesidad ocasiona una reactivación de los vestigios libidinales producto de la gratificación gracias a las representaciones psíquicas instauradas con anterioridad. De este manera se presenta la alucinación que involucra descarga pulsional de las cotas excitatorias subversivas en el aparato psíquico.

Este mecanismo opera bajo un proceso simultáneo del ordenamiento de la lógica del deseo que procura la satisfacción y el monto de energía provenientes del aparato psíquico, que busca reactivar las marcas psíquicas logrando conseguir la identidad perceptual.

Recordemos el *Manuscrito E* (Freud, 1896), si bien, en un primer periodo de la conceptualización de la teoría tóxica de la angustia por acumulación de excitación sexual somática, que por encontrarse imposibilitada en la descarga, no puede más que percatarse de una transformación en angustia. Conforme avanza en su desarrollo teórico y en sus avances sobre la pulsión, postula que es un fragmento de la angustia automática, poniendo en funcionamiento la activación de los mecanismos defensivos, en este caso el proceso represivo.

Freud (1896) plantará que la angustia vendrá como respuesta a la emoción o al monto de afecto causado por de la represión; advertimos una conceptualización que se desarrolla en el momento que Freud indica que cuando la resistencia sexual somática aparece, puede desplegar determinado paso de intensidad, bajo el incremento de la misma, es decir adquiriendo un valor representacional de la misma instancia psíquica. Esto quiere indicar que logra tener mandato psíquico.

El Principio de Constancia expresado por Freud (1896), nos permite entender como el organismo procura mantener en un nivel bajo las cargas libidinales en el interior del sistema psíquico, buscando un estado de equilibrio. En el momento en que se origine un incremento en ese *quantum* excitatorio procurará recobrar el estado anterior recurriendo a la descarga. Lo anterior nos posibilita comprender el empuje pulsional y la meta de la pulsión.

Si bien en un principio la entidad corporal ante el incremento de excitación pretende un desalojo de todo el monto libidinal, una base propia del instinto que es una reacción por reflejo; a medida que se despliega va obteniendo concesiones, actos, es decir, representaciones adheridas de carga psíquica y de este modo nos introducimos en el aparato psíquico cuya manera de tramitación de las cargas de excitaciones finaliza en la construcción identitaria de la percepción.

Bueno, pero para que esto pueda acontecer, se ha de instalado una discrepancia con relación a la primera forma de descarga, en donde entraría la acción del principio de Nirvana, asociado de la pulsión de muerte, que procura un vaciado total de la cantidad de excitación reduciendo al cero inicial (Freud, 1896).

Lo anterior nos posibilita hallar una divergencia entre el yo real inicial y el paso de las excitaciones vía principio del placer, logrando la descarga. Por esta forma de intervenir, el principio de constancia muestra un punto de equilibrio mayor y por ende se resiste ya al descenso absoluta de tensión dentro del aparato psíquico.

En la carta 52 de 1896 Freud explica su hipótesis de retranscripción del material mnémico:

(...) en las fronteras de una fase el material es sobreinvertido de modo tal que la fase posterior que se inicia supone un modo de operar superior al producido por el estrato anterior. De este modo las ligaduras van adquiriendo mayor estabilidad, lo cual indica mayor contención de energía ligada a representación con menor grado de movilidad (Freud, 1896).

Los procesos psíquicos requieren el avance con cada fase que se inicia, el yo toma las representaciones del periodo anterior, los utiliza dándoles una variable diferente del proceder anterior, causa de la experiencia, haciéndolas más eficientes que las representaciones anteriores. Los vínculos vigentes en la fase oral constituyen el mecanismo alucinatorio, en el cual no se excluyen al yo del objeto, sino, que albergan

en el yo las mociones placenteras para imputar al objeto todo aquello que le estimule displacer.

Esto permite que en la analogía que establece el yo con la representación placentera, el yo constituya una construcción y estabilización definitiva, permitiendo a su vez una primera divergencia del yo como otro.

Como hemos dicho, el principio de Constancia permite mantener en equilibrio, pese a las divergencias del aparato psíquico, el nivel de gasto pulsional de los montos de tramitación energéticos, logrando que se establezcan de modo tal que operan intentando mantener constante con cotas superiores de retención la pulsión, que son enlazada a representación.

Freud (1917) expone que:

(...) el ser humano enferma a raíz del conflicto entre las exigencias de la vida pulsional y la resistencia que dentro de él se eleva contra ellas. [...] El yo es por cierto el sujeto más genuino [...] Ahora bien, puede tomarse a sí mismo por objeto [...] para ello, una parte del yo se contrapone al resto. El yo es entonces escindible, se escinde en el curso de muchas de sus funciones, al menos provisionalmente. Los fragmentos parcelados pueden reunificarse luego. [...] Si arrojamos un cristal al suelo se hace añicos, pero no caprichosamente, sino que se fragmenta siguiendo líneas de escisión cuyo deslinde, aunque invisible, estaba comandado ya por la estructura del cristal" (Freud, 1917).

Esto significa que el problema se caracteriza por la derivación de un acuerdo o compromiso entre dos grupos de representaciones que operan como dos vectores de sentido contrario, fuerzas energéticas contrapuestas, y ambas de forma igualmente vigentes y altivas.

1.2.1.4. El Sistema Económico de la pulsión en Freud.

Desde los primeros escritos de la teoría psicoanalítica Freud ve como elemento fundamental del desarrollo del método, el abordaje sobre la angustia, como opera, que acontece en ella, como se instaura, que relación posee con el síntoma. Por ende Freud plantea la necesidad de ocuparse de la angustia y desde esta avanzar sobre su teorización de la psicosis. Entonces tenemos que en la época pre-psicoanalítica por ejemplo dos textos escritos uno en 1894 y el otro en 1895 que hacen referencia a la "La neurosis de angustia".

Freud (1894) plantea que la neurastenia se presenta como una patología en el que prevalecían las manifestaciones sintomáticas en lo orgánico, se presenta como su eje fenomenológico lo corporal, además de presentar cuadros sintomáticos de origen orgánicos y otros caracterizados por síntomas psicóticos.

Y lo que Freud (1895) va a establecer en su texto, "*Crítica de la neurosis de angustia*", es una incisión mediante la incorporación de un complicado sistema de síntomas como la excitabilidad generalizada, la espera angustiosa y los efectos corporales de carácter emocional en un solo grupo sintomático que va a denominar como neurosis de angustia. Pone dicho nombre pues el síntoma de este cuadro que prevalece es la angustia, tiene su procedencia en un aumento de energía pulsional o un monto de angustia cuyo contenido aparece en forma de nebulosa, de experiencia no articulada. Esta angustia parece desconectada de lo simbólico, es un real.

Freud (1894) va a plantear que en la angustia existe una característica muy particular, es que ella está "libre" de representaciones y en esa medida está en todo

momento resuelta a unirse a cualquier representación que le posibilite desprenderse de la carga en forma apropiada para el yo.

Así, la angustia al no poseer una representación significativa que la contenga, no se encuentra en los registros de lo simbólico o lo imaginario, nos está planteando que su causa, monto de afecto se encuentra en un registro que no posee o no encuentra la articulación significativa, hallando allí el quiebre con el orden del lenguaje, la angustia responde desde un lugar nebuloso, enigmático y vacío, su carga representacional está en el registro de lo real, lugar de la psicosis. "Tal ataque puede consistir tan sólo en la sensación de angustia no asociada a ninguna representación, o unida a la muerte o la locura" (Freud, 1950a).

En esta medida la angustia puede mostrarse como un desajuste en los sistemas corporales del órgano que no pueden ser anudados al cuerpo simbólico, eso significa que los montos de carga libidinal que invaden al sujeto, vividos en el cuerpo orgánico, son las características propias de la agresión de la angustia, del asalto que no pudo encontrar representación, buscando en el síntoma corporal la representación donde se aloja la angustia no asociada a ninguna representación.

En el estudio sobre la histeria, Freud pretende señalar que la neurosis de angustia no es una condición de un desarrollo neurobiológico del enfermar, o es un componente residual de una falla hereditaria causada por la genética del sujeto, sino que es producto de la historicidad del sujeto, es causa de la experiencia interna del sujeto. Es así como en su apartado sobre la etiología de la neurosis recurrirá a un número de casos que permiten demostrar que la causa y la adquisición de la afección mental se deben a una dificultad en la vía de la satisfacción pulsional. Elemento causado por la desviación de la libido con respecto al objeto.

A la neurosis de angustia llegan todos aquellos factores que impiden la elaboración psíquica de la excitación sexual somática. Los síntomas de la neurosis de angustia surgen por el hecho de que la excitación sexual somática desviada de la psique se gasta subcorticalmente en reacciones nada adecuadas (Freud. 1894).

La angustia se origina en el momento que el sujeto se siente incapaz para hacer cesar una excitación endógena. Dicha fuerza, excitación, se presenta como un impulso único y como una energía constante. Por esta época Freud emplea el término excitación pero el modo en que describe a la misma, puede perfectamente modificarse por un concepto que desarrollará años más tarde: la pulsión. En estos escritos la angustia se presenta como la condición de la neurosis y principalmente de la neurosis histérica, llegando a afirmar que la neurosis de angustia es la contrapartida somática de la histeria (Zaera, J. 2007).

Las dos son producto de una incapacidad de elaboración a nivel representacional, donde no posee articulación con el monto psíquica de la excitación sexual, generando una desviación, un desplazamiento de la excitación hacia el cuerpo órgano que permite que la angustia se aloje a cualquier representación posible, en esta caso lo somático. Lo que difiere de una y otra es que la primera, la neurosis de angustia, se presenta como somática y la histeria se encuentra en un conflicto psíquico. De allí que sus formas estén estrechamente ligadas entre ambas.

En esta primera teoría de la angustia, prevalece la idea de una desviación de lo psíquico de la tensión sexual somática. Es decir que no se produce un anudamiento entre lo simbólico/ imaginario y lo real (Zaera, J. 2007).

En "*Inhibición, Síntoma y Angustia*" (Freud, 1926) la teoría de la angustia es modificada: ya no aparecerá como producto, como suceso de lo real no elaborado sino

como una señal de alarma, como una manifestación enigmática. En las explicaciones dadas en la teoría que se denominó "económica" la angustia es un resultante de lo real no simbolizado, es el producto, es la expresión de un monto de experiencia, de una representación que posee una gran cantidad de carga que no posee objeto a quien anudarse, una excitación no controlada.

En esta medida la angustia se puede presentar como el producto de un intento de respuesta a lo real no simbolizado, es el intento de la representación que habla en nombre de esa ausencia, de un vacío que pese a no presentarse se puede presentar, de tal modo que la angustia puede desatarse no como respuesta a lo real sino como un símbolo no anudado en lo real, una nebulosa de contenido. La angustia aquí aparece como la espera angustiosa, carente de significación pero plena de sentido, un sentido articulador en el orden de lo simbólico, más allá del lenguaje, la psicosis.

Freud (1895) en su *teoría económica*, reitera en que la angustia tiene un origen, tiene un objeto, que es el aumento de la carga pulsional. Dicho en otros términos: la angustia se relaciona con el goce no metaforizado, con lo real, con el vacío de la cosa. Es precisamente porque la angustia es ese enigma de lo real que nombra la psicosis, es el síntoma no anudado de todo acontecimiento de lo real. La angustia es lo real que se nombra en lo simbólico, a diferencia del síntoma la angustia dice la verdad. La angustia aparece como un mensaje, como un velo en el [sin]sentido del lenguaje, como una nebulosa de contenido.

La angustia es la falla que está ligada a todo lo que puede aparecer en el lugar de la falta, en el encuentro con la falta, con esa falla en el lenguaje que puede tornarse horroroso, vacío y hasta siniestro. La angustia se manifiesta cuando en el lugar de la falta, aparece el objeto en forma velada, en términos más precisos cuando en el lugar de la castración del Otro o del deseo del Otro se manifiesta el objeto pulsional. El deseo del Otro es un vacío, la angustia se muestra en el instante donde el vacío se hace presente, cara al enigma de la representación de deseo, el sujeto se reconoce con un objeto pulsional.

En la psicosis no aparece la defensa contra lo real, sino un desmentido pues el objeto no está prohibido, no está perdido, está denegado, ha fallado, es por ello que se manifiesta en el ámbito de lo real. En correspondencia al Otro no se trata de un Otro unificado, sino de un Otro de lo perdido, de la falta vivido como un todo, un goce sin límites, goce que halla su cauce, su plenitud solamente cuando el sujeto lo unifica, el sujeto claro está, en posición de objeto, es el caso del presidente Schreber (1903) que se ofrece como soporte para que Dios goce de su ser pasivizado.

Las revelaciones de la angustia en las psicosis son variadas y hasta las podríamos pensar paradójicas, en el caso Schreber, la angustia aparece cuando el Otro se separa de él, pero también cuando está la probabilidad de que ese completar al Otro se pueda ver realizado.

1.2.1.5. Narcisismo, Un Lugar En La Psicosis

En su estudio sobre Schreber, Freud (1911) se pregunta por la especificidad del mecanismo de proyección en la paranoia, llegando a la conclusión que éste ni es utilizado por igual en todas las formas, ni es un mecanismo específico de la misma. Aunque seguirá manteniendo la importancia de este mecanismo en la paranoia, pero será la diferenciación con la represión que permita a Freud situarla. Así, planteará que: "No era correcto decir que la sensación interiormente sofocada es proyectada hacia

fuera. Más bien inteligimos que lo cancelado adentro retorna desde fuera” (Freud, 1911).

En el estudio sobre *Las Memorias de un Neuropata* (1903), Freud (1911) mostrará la precisa relación entre el yo, el narcisismo primario y la estructura psicótica:

Puesto que en nuestro análisis hallamos que los paranoicos procuran defenderse de una sexualización así de sus investiduras pulsionales sociales, nos vemos llevados a suponer que el punto débil de su desarrollo ha de buscarse en el tramo entre el autoerotismo, narcisismo y homosexualidad, y allí se situará su predisposición patológica; quizá la podemos determinar aún con mayor exactitud. Una predisposición semejante debimos atribuir a la demencia precoz de Kraepelin o esquizofrenia según Bleuler) y esperamos obtener en lo sucesivo puntos de apoyo para fundar el distingo en la forma y desenlace de ambas afecciones por medio de unas diferencias que les correspondan en la fijación correspondiente.

Así pues, Freud (1911), regresará la serie Frustración – regresión – fijación, que ya había esquematizado en 1905, en *Tres ensayos de teoría sexual*. Una fijación libidinal en el estadio del narcisismo, predispone, a raíz de una frustración del mundo exterior, a la sexualización de las pulsiones canceladas dentro, resultado de la sublimación de las pulsiones homosexuales, afectando, por lo tanto una regresión, un retroceso libidinal.

Si en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) Freud establece el desdoblamiento entre dos cargas libidinales; la pulsión de autoconservación y pulsión de amor, en el escrito sobre el caso Schreber (1903) y más visiblemente en *Introducción del narcisismo*, va a plantear que las pulsiones de autoconservación se sexualizan, la dualidad será entre pulsiones del yo y pulsiones de objeto. Freud (1914) designa como narcisismo, la ubicación de la libido sobre el yo. El yo es objeto de la pulsión, un objeto particular del erotismo.

Freud (1914) defenderá que la vía para la dirección que posibilite la agudeza del funcionamiento del narcisismo y sus implicaciones categóricas con las perturbaciones mentales, se pueden hallar en el estudio de las parafrenias, ampliando que: “Así como las neurosis de transferencia nos permitieron rastrear las mociones pulsionales libidinosas, la demencia precoz y la paranoia nos permitirán inteligir la psicología del yo” (Freud, 1914).

Freud sustentará la presencia de una carga libidinal desde el principio de la constitución del sujeto, en la infancia, de un solo investimento libidinal de un único yo: el niño no reconoce y no ama a nadie más que a él mismo. Sin embargo, explica Freud (1914) que el ser humano tiene dos objetos sexuales, el mismo, y la madre, hay entonces un desplazamiento de esta carga libidinal hacia los objetos exteriores, el objeto materno o su representación. Este monto de libido imperceptible antes de toda visión de objeto, es de carácter sexual.

La idea de un narcisismo primario normal acabó de imponérsenos en la tentativa de aplicar la hipótesis de la teoría de la libido a la explicación de la demencia precoz (Kraepelin) o esquizofrenia (Bleuler). Estos enfermos, a los que yo he propuesto calificar de parafrénicos, muestran dos características principales: el delirio de grandeza y la falta de todo interés por el mundo exterior (personas y cosas) (Freud, 1925).

Siguiendo el desarrollo inicial que le posibilita el análisis del caso Schreber, cuyo planteamiento dirá que en la parafrenia la retirada libidinal puede ser parcial o total, Freud (1911) establece tres grupos de manifestaciones:

-Las de la normalidad: la neurosis.

-Las del proceso patológico. Desasimiento de la libido de los objetos: delirio de grandeza, hipocondría, perturbación afectiva, todas las regresiones.

-Las de restitución en sus dos vertientes, a la manera de la histeria: demencia precoz, o a la manera de la neurosis obsesiva; paranoia, en la predisposición a la neurosis obsesiva.

En *Contribución al problema de la elección de la neurosis*, Freud (1913) congregará paranoia y demencia precoz bajo la denominación de parafrenia y opondrá:

(...) que aunque estas aparezcan las últimas, normalmente en la adolescencia y en la madurez, la fijación que predispone a la misma se ha de situar en un estadio anterior a la elección de objeto, en la fase del autoerotismo y el narcisismo.

Si hay relevo libidinal en la parafrenia es la que se consagra al trabajo del delirio, el cual mantiene una representación secundaria y pertenece al intento de reconstrucción simbólica del real no anudado, de esa carga que fue desalojada, ese fallo, esa pérdida en la relación significativa que mediante el delirio intenta restablecer la carga libidinal al objeto con su tentativa de cura.

El delirio de grandeza muestra el intento de restablecimiento de la cadena articuladora del lenguaje, del inconsciente, mostrando un estado primario, anterior al narcisismo, el sentido, la experiencia. “El delirio de grandeza no es por su parte una creación nueva, sino, como sabemos, la amplificación y el despliegue de un estado que ya antes había existido” (Freud, 1925).

Freud (1914) incurre en la vinculación entre las pulsiones autoeróticas con el narcisismo, para introducir la constitución del yo, el cual “tiene que ser desarrollado”. Las cargas libidinales autoeróticas de la pulsión están desde el principio, así, “una nueva acción psíquica” debe añadirse al autoerotismo para dar forma al narcisismo. Este acontecimiento que posibilita una nueva operación psíquica es la correspondiente a la formación del yo ideal. Por una parte distinguirá a partir de la libido del yo originario, un narcisismo primario, siendo pilar de un narcisismo secundario:

Y sobre este yo ideal recae ahora el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real. El narcisismo aparece desplazado a este nuevo yo ideal que, como el infantil, se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas (Freud, 1914).

Esto muestra que el narcisismo primario, confusión de pulsiones autoeróticas, es depuesto por el narcisismo secundario, vinculado a la construcción del ideal del yo, condición igualmente de la represión. Freud (1914) dice que “La formación del ideal sería, de parte del yo, la condición de represión”. En esta explicación diferenciará sublimación de idealización. La primera es un proceso que atañe a la libido de objeto, “la pulsión se lanza a otra meta distante de la satisfacción sexual”, mientras que la segunda es un proceso que envuelve al objeto, “el objeto es engrandecido y realizado psíquicamente”.

Freud en *Introducción del narcisismo* (1914) resaltarán que los procesos de identificación como de idealización son viables tanto en el espacio de la libido yoica, como en el ámbito de la libido objeto. Esto implica que la sublimación se enlaza a la carga de la pulsión y la idealización se pone al objeto y es importante comprender estos conceptos por que se complican y se hacen falsamente semejantes. Este elemento es crucial en la caracterización de la psicosis, en sus planteamientos estructurantes ya que la sublimación vendría referida al Edipo y el ideal al narcisismo.

Será en *Duelo y melancolía* (Freud, 1917), en el apartado de las afecciones narcisistas, donde Freud hallará la aplicación clínica de su postulado sobre el

narcisismo. En el instante de la responsabilidad de la pérdida del objeto amado, en el duelo la libido se retira del objeto pues este ya no existe, en el duelo hay tristeza y represión y la percepción del mundo se ve empobrecida. Por el contrario, en la melancolía, el que se empobrece es el yo en volviendo a todo el sujeto en culpa, es todo él culpabilizado por la pérdida del objeto.

Las autoinculpaciones y los autoreproches en la melancolía proceden del súper yo, del juicio moral instaurado como la consciencia moral y si bien supuestamente se destinan al propio yo, en realidad en monto de carga van dirigidos al objeto perdido. Freud lo plantea de forma clara: hay una identificación del yo al objeto perdido y un retraimiento de la libido del yo. Este planteamiento exige que la elección de objeto inicial se haya realizado por vía narcisista. Así, la identificación narcisista es el estado preliminar de la elección de objeto y la primera manera ambivalente según la cual el yo elige un objeto.

Freud dice en "*Totem y Tabú*", texto de 1913 que:

(...) las pulsiones sexuales, en sus tempranos comienzos no se hallan aún orientadas hacia ningún objeto exterior. Cada uno de los componentes pulsionales de la sexualidad trabaja por su cuenta en busca del placer, sin preocuparse de las demás y hallan su satisfacción en el cuerpo del individuo, esta es la fase del autoerotismo a la cual sucede la de la elección de objeto (...) Un estudio más detenido ha hecho resaltar la utilidad e incluso la necesidad de intercalar entre estas dos fases, una tercera. En esta fase intermedia las tendencias sexuales antes indiferentes unas de otras, aparecen reunidas en una unidad y han hallado su objeto, el cual no es, un objeto exterior ajeno al individuo, sino su propio yo constituido ya en esta época. El sujeto se comporta como si estuviese enamorado de sí mismo, y las pulsiones del yo, y los deseos libidinosos no se revelan aun a nuestro análisis con una diferenciación suficiente (...).

En la medida que Freud (1920) avanza en los planteamientos teóricos, pareciese que aún queda algo que no colma los adelantos de su trabajo, no se encuentra especialmente complacido con el concepto de autoerotismo en dos fases: en un primer momento está como tal el autoerotismo, instancia en que el objeto pulsional se deshace a favor del cuerpo órgano que es la fuente del autoerotismo vía la pulsión y converge con esta y la segunda fase que se refiere al Narcisismo.

Dos cuestiones que nos ponen en el centro de las dificultades del tema. La primera: ¿Qué relación guarda el narcisismo, de que ahora tratamos, con el autoerotismo, que hemos descrito como estado temprano de la libido? La segunda: Si admitimos para el yo una investidura primaria con libido, ¿por qué seguiríamos forzados a separar una libido sexual de una energía no sexual de las pulsiones yoicas? Sobre la primera pregunta, hago notar: Es un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado. Ahora bien, las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya (Freud, 1920).

El yo no se logra instaurar de una vez para siempre, sino que podemos decir que se requiere de una serie de procesos que se integran como partes constantes de su estructuración. Freud (1905) considera que hay un estado primero, temprano de la libido al que denomina autoerotismo. Él piensa el autoerotismo de la siguiente manera:

Destaquemos, como el carácter más llamativo de esta práctica sexual, el hecho de que la pulsión no está dirigida a otra persona; se satisface en el cuerpo propio, es *autoerótica*, para decirlo con una feliz designación introducida por Havelock Ellis (1898) (Freud, 1905).

Para el psicoanálisis lo fundamental no es el origen de la afección como proceso del desarrollo neurobiológico sino el vínculo representacional instaurado con un objeto, esto es importante porque nos indica que aunque el autoerotismo implica alcanzar la satisfacción en el propio cuerpo, no por ello deja de ser fundamental la demanda proveniente de los otros para la erotización de ese cuerpo significante.

En el autoerotismo las regiones erógenas buscan la satisfacción libremente unas de otras, en esta medida se necesitará de la nueva tarea psíquica promovida por el proceso de identificación para que lo erógeno-placentero se subjetivice narcisísticamente.

En un segundo momento de su conceptualización, Freud propone mantener la distinción entre libido y energía no sexual de las pulsiones yóicas, aunque en el escrito de 1915 no posee los argumentos que le posibilite explicar las razones de esa distinción, eso será a partir de 1920, en donde ya ha expuestos un segundo dualismo pulsional.

Freud (1920) realiza un análisis del narcisismo y el desarrollo libidinal en torno al desarrollo de las pulsiones en su dualismo. El narcisismo estará más centrado entonces en las relaciones identificatorias, en ese juego de reflejos que es la constitución del yo. Es decir que quedaría íntimamente unido a las pulsiones yóicas o de autoconservación, las cuales estarían opuestas a la libido de objeto o pulsiones sexuales.

Nos encontramos entonces aquí un extremo propio del dualismo que defendió Freud. El dualismo presentará una concepción doble de la existencia biológica: por un lado tendremos a un ser individual, que tendría como fin a sí mismo (autoconservación) mortal y otro ser esencial, que se presentaría tan sólo como un eslabón en la cadena de la vida, un ser de la sustancia de prevalencia netamente genética.

Teniendo como base este dualismo Freud propone, a nivel del desarrollo de la libido, un primer momento que denomina narcisismo primario del niño, en donde no existe un yo establecido y por ende va a predominar el autoerotismo. Paulatinamente las pulsiones sexuales empiezan a diferenciarse de este momento primario, aunque van dirigidas al principio a la satisfacción de pulsiones yóicas.

Emprenderá en esa medida las primeras elecciones con respecto al objeto, que ya imprimen un distanciamiento con esa indiferenciación primaria. La elección de objeto puede tener dos componentes una de carácter anaclítica que involucra a la madre como objeto primordial de amor, objeto sexual y el segundo componente es de tipo narcisista, la elección está puesta sobre él mismo en una posición simbiótica con respecto al objeto.

El narcisismo primario será perdido con la constitución del ideal del yo, el cual se adquiere a través de la castración y la represión.

El infante:

No quiere privarse de la perfección narcisista de su infancia, y si no pudo mantenerla por estorbárselo las admoniciones que recibió en la época de su desarrollo y por el despertar de su juicio propio, procura recobrarla en la nueva forma del ideal del yo. Lo que él proyecta frente a sí como su ideal es el sustituto del narcisismo perdido de su infancia, en la que él fue su propio ideal (Freud, 1929).

Esto quiere decir que el infante renuncia a su posición simbiótica con el objeto, a la satisfacción plena, al goce, pero no renuncia al deseo, desplazándolo a la representación simbólica del ideal del yo. Esto es fundamental porque la pulsión buscará la satisfacción, la descarga pulsional, por otros caminos, proceso que se denominará sublimación. A demás vendrán como forma de respuesta a la renuncia la conciencia moral, que más tarde se derivará en el superyó de “*El Yo y el Ello*” (Freud, 1923).

Tenemos sabido que mociones pulsionales libidinosas sucumben al destino de la represión patógena cuando entran en conflicto con las representaciones culturales y éticas del individuo. Nunca entendimos esta condición en el sentido de que la persona tuviera un conocimiento meramente intelectual de la existencia de esas representaciones; supusimos siempre que las acepta como normativas, se somete a las exigencias que de ellas derivan. La represión, hemos dicho, parte del yo; podríamos precisar: del respeto del yo por sí mismo. Las mismas impresiones y vivencias, los mismos impulsos y mociones de deseo que un hombre tolera o al menos procesa conscientemente, son desaprobados por otro con indignación total o ahogados ya antes que devengan conscientes. Ahora bien, es fácil expresar la diferencia entre esos dos hombres, que contiene la condición de la represión, en términos que la teoría de la libido puede dominar. Podemos decir que uno ha erigido en el interior de sí un *ideal* por el cual mide su yo actual, mientras que en el otro falta esa formación de ideal. La formación de ideal, sería de parte del yo, la condición de la represión (Freud, 1920).

¿Por qué la formación del ideal promueve la represión? La explicación a este planteamiento requiere tener en cuenta que el ideal del yo está tutelado por la conciencia moral que establece las condiciones a la satisfacción libidinal con los objetos. La conciencia moral tiene como premisa la observación de sí y la autocrítica. Es la percepción de que desestima determinados deseos que no se corresponden con el ideal. La insatisfacción por el incumplimiento del ideal se muda en conciencia de culpa -en la medida en que se violan los mandamientos de la conciencia moral-. Cuando la conciencia moral despierta la señal de angustia ante los deseos transgresores, se produce el proceso represivo.

Entonces hay que tener claro que el yo emprende el proceso represivo, en el momento que las representaciones no concuerdan con el ideal del yo. Por otro lado se provoca una impresión de bienestar cuando el yo y el ideal se acercan o cuando momentáneamente se baja la guardia a la censura y se suspenden las prohibiciones que el ideal del yo impone al yo.

Sobre el yo ideal recae el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real. El narcisismo aparece desplazado a este nuevo yo ideal que, como el infantil, se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas. Aquí, como siempre ocurre en el ámbito de la libido, el hombre se ha mostrado incapaz de renunciar a la satisfacción de que gozó una vez. No quiere privarse de la perfección narcisista de su infancia, y si no pudo mantenerla por estorbárselo las admoniciones que recibió en la época de su desarrollo y por el despertar de su juicio propio, procura recobrarla en la nueva forma del ideal del yo. Lo que él proyecta frente así como su ideal es el sustituto del narcisismo perdido de su infancia, en la que él fue su propio ideal (Freud, 1920).

El yo ideal está articulado al narcisismo secundario, que sería el amor por uno mismo, por esa representación ideal con la que el sujeto se identifica construyéndola a partir de la imagen producto del nombramiento del otro, del discurso del otro, objeto de la libido.

El yo está instaurado sobre el espejo que posibilita la imagen proveniente del señalamiento del otro.

Sobre el yo ideal hay un desplazamiento porque originariamente es lo amado, por los que cumplen las funciones paternas, es el *yo infantil* (*ello* en la segunda tópica freudiana). Ese amor parental tiene particulares narcisistas primarias pues los padres reviven esa relación simbiótica en sí mismos en el hijo.

El yo ideal implica el sentimiento omnipotente de sí mismo, que depende estrechamente de la libido narcisista, es decir, de la libido vuelta desde los objetos sobre el yo. El narcisismo es entonces *el complemento libidoso del egoísmo* porque mientras el egoísmo procura aquello que es útil, el narcisismo le agrega la satisfacción libidinal. Este amor a sí mismo -narcisismo ahora secundario con relación al primario en el que revivía el de los padres- no es excepcional sino indispensable en la estructuración de todo sujeto (Bazzano, B. 2002).

En sus primeros momentos el yo es ideal porque imaginariamente completa toda falta -por lo tanto no existe más que imaginariamente una completud que deja fuera el significante de la falta- de allí proviene que la omnipotencia sea su principal característica. Esta imaginaria perfección narcisista debe abandonarse ante las prohibiciones a las que el sujeto se ve sometido. Sin embargo, aunque normalmente el yo ideal no puede mantenerse, se procura recobrarlo en la nueva forma del ideal del yo. Es por eso que al ideal del yo, Freud también lo llama “ideal narcisista del yo” (Freud, 1917). No habría mayor dicha para los hombres que ser de nuevo, como en la infancia, su propio ideal.

En el desarrollo, en los periodos de crecimiento del infante, el yo se distancia del narcisismo primario pero siempre aspira a recobrarlo, y uno de los caminos más eficaces es el cumplimiento del ideal.

Es importante destacar la continuidad existente entre el narcisismo primario, el narcisismo secundario del yo ideal y el narcisismo que procura recuperarse como ideal del yo. Esa continuidad se nos torna evidente con la siguiente apreciación: luego que el infante es investido desde el deseo de las representaciones parentales, está abierto el camino para que se produzca una subjetivización yoica idealizada porque el infante procura ser aquello que cubre la falta del Otro materno. Pero esa percepción completud tiene normalmente una ruptura por la injerencia del tercero, con lo que el yo -castración mediante- al abandonar los objetos primarios inviste libidinalmente nuevos objetos sustitutivos.

Como resultado de ese encadenamiento se origina una inestabilidad en los enlaces identificatorios en la que quedan relacionadas la identificación primaria con las secundarias, que en la estructuración del sujeto van a ir formando su yo.

La incitación para formar el ideal del yo, cuya tutela se confía a la conciencia moral, partió en efecto de la influencia crítica de los padres (...) y a la que en el curso del tiempo se sumaron los educadores, los maestros y, como enjambre indeterminado e inabarcable, todas las otras personas del medio.

(...) El desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde fuera; la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal. Simultáneamente, el yo ha emitido las investiduras libidinosas de objeto. El yo se empobrece a favor de estas investiduras así como del ideal del yo, y vuelve a enriquecerse por las satisfacciones de objeto y por el cumplimiento del ideal. Una parte del sentimiento de sí es primaria, el residuo del narcisismo infantil;

otra parte brota de la omnipotencia corroborada por la experiencia (el cumplimiento del ideal del yo), y una tercera, de la satisfacción de la libido de objeto (Freud, 1920).

Normalmente la libido va del yo a los objetos y de éstos al yo; circula de tal modo que el amor a sí mismo ya no es una constante. Demanda el carácter de alcanzar ideales y en esa ida y vuelta rescata momentáneamente el narcisismo que ahora sólo presenta aquél que no pudo mantener como yo ideal. Esto acontece porque el ideal del yo se instituye mediado por el orden de la cultura, Otro simbólico que pone condiciones al narcisismo.

La crítica al principio económico fundamental de su teoría lo lleva a desarrollar hasta último término un dualismo que ya venía figurándose anteriormente. “Nuestra concepción es dualista, y lo es de manera más tajante hoy, cuando hemos de llamar a los opuestos pulsiones yoicas y pulsiones sexuales, para darles el nombre de pulsiones de vida y pulsiones de muerte” (Freud, 1923).

En este dualismo Freud (1923) desarrolla su escrito, *más allá del principio del placer*, un mecanismo aún más primario que se presentaría a lo largo del proceso de desarrollo libidinal en forma moderada e incluso regresiva. Este mecanismo que opera sería el de la compulsión a la repetición, predisposición de la vida de los sujetos a buscar una serie de componentes similares, de cargas libidinales que poseen como fin la repetir de los eventos anteriores, en una forma de sustitución representacional y de ese enlace recobrar la superioridad sobre determinados estímulos.

Hagamos memoria del juego que realiza y que Freud pone de ejemplo del niño y el carretel, donde el juego está representando la instancia simbólica efecto del desplazamiento del monto de angustia que asume el objeto con su objeto amado, el de aparecer y desaparecer. Dicha repetición en el juego posibilitaría que el niño encuentre huellas representacionales que pueda asociar y elaborar la angustia, asumiendo que un principio su lugar pasivo que luego con la representación pasa a un dominio controlando los momentos de la acción, su posición es de superioridad con respecto al objeto. Asunto este que le permitirá la elaboración.

La dificultad que se presente en el desarrollo de *la pulsión de vida y la pulsión de muerte* es decir en la compulsión a la repetición, estaría en la supremacía de la compulsión que impediría el desarrollo de las cargas de la pulsión sexual. Por ello es preponderante la función que ocupa las pulsiones de muerte en la instauración de la conciencia moral, del superyó:

El yo no se conduce imparcialmente con respecto a las dos clases de pulsiones. Mediante su labor de identificación y sublimación auxilia a las pulsiones de muerte del ello en el sojuzgamiento de la libido, pero al obrar así se expone al peligro de ser tomado como objeto de tales pulsiones y sucumbir víctima de ellas (Freud, 1923).

Las características de las pulsiones, muerte y vida, serían en primer lugar que la pulsión de muerte, que es de autoconservación, son pulsiones fragmentarias que aseguran el sistema orgánico de los seres vivos “(...) morir a su manera... así se engendra la paradoja de que el organismo vivo lucha con la máxima energía contra influencias (peligros) que podrían ayudarlo a alcanzar su meta vital por el camino más corto (...)” (Freud, 1923).

Luego en la segunda característica de la pulsión es la de vida, contraria a la de muerte, estas serían las pulsiones sexuales que tienen como fin ligar y cohesionar la sustancia viva.

Ahora bien, el asunto vincular entre las pulsiones con el narcisismo y el principio de placer no es claro. Freud (1923) en esta medida piensa la compulsión a la repetición como un más allá del principio del placer, este último hace un llamado

directo a la injerencia que presta las pulsiones de muerte (autoconservación), de repetición.

La otra relación que tiene que ver con el narcisismo, sería que la obtención del ideal del yo no significa que el sujeto no siga pretendiendo la búsqueda narcisista, eso significa que el ideal del yo pasaría a ser el sucesor del narcisismo primario en el que el yo infantil se contentaba a sí mismo. Teniendo en cuenta, claro está, que la percepción de completud y autoerotismo son remplazados por mociones sexuales inhibidas en procesos de sublimación, permitiendo el ingreso al orden de lo simbólico, a lo cultural.

La transformación de la libido de objeto en libido narcisista, que aquí tiene efecto, trae consigo un abandono de los fines sexuales, una desexualización, o sea, una especie de sublimación... realizándose siempre todo proceso de este género por la mediación del yo, que transforma primero la libido objetiva en libido narcisista, para ponerle luego un nuevo fin; Esta modificación del yo conserva su significación especial y se opone al contenido restante del yo en calidad de ideal del yo o super- yo (Freud, 1923).

En esta forma se hace imposible una búsqueda de las adecuaciones y formulaciones matemáticas que nos permitan establecer reglas, condiciones generales del desarrollo neurobiológico de la pulsión, no tenemos forma de hallar formulas referentes a su interacción con las pulsiones de vida o las contradicciones con la pulsión de muerte, pues ellas cumplen un papel fundante no específico, sino articulador.

1.2.1.6. La Psicosis Un Trastorno de Índole Intelectual, Freud.

En *Neurosis y Psicosis*, Freud (1924) orienta la disertación de las psicosis a partir de la segunda tópica instaurando que: “Las neurosis es el resultado del conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior”. En la psicosis la perturbación se halla entre el yo y la realidad, entendiendo la misma como el mundo exterior.

En la esquizofrenia, esta perturbación tiende a desembocar en la perdida afectiva de toda participación con el mundo exterior. En las formaciones delirantes, el delirio se sitúa como si fuera un escenario artificioso que construye sus trampantojos representacionales que intentan rehacer la realidad perdida, arreglar ese fallo en el sentido, el delirio aparece como un velo vacío que retorna desde fuera, del exterior, desde el lenguaje. Si el conflicto con el mundo exterior no es patente es porque se superponen varios intentos de reconstrucción. En este punto Freud (1924) se referirá a Schreber en los dos tiempos ya marcados:

Desastre libidinal.

Reconstrucción del mundo mediante el delirio.

Para Freud (1924) en la psicosis lo que se debe estudiar y lo que reviste de importancia no es tanto la pérdida de la realidad, ni la falla en la realidad que se da tanto en la neurosis como en la psicosis con características particulares, sino lo que reemplaza a la misma, lo que sustituye, el velo que marca el vacío para crear otra realidad artificiosa. “Así, para ambas –neurosis y psicosis-, no sólo cuenta el problema de la pérdida de realidad, sino el de sustituto de la realidad” (Freud, 1924).

En la neurosis el yo se protege de una carga pulsional irresistible en el ello vía el mecanismo de defensa, en este caso primaria la represión, lo reprimido vuelve mediante un relevo de compromiso, una sustitución, el síntoma. Entonces la represión no es la neurosis, sino que la neurosis es el retorno de lo reprimido. Así, en un primer tiempo,

tenemos un sacrificio pulsional al servicio de la realidad, en la neurosis el vínculo con la realidad se establece a expensas del ello, habría un menos pulsional en pro de un más realidad.

En la neurosis se establece un segundo momento al cual Freud (1924) le da la particularidad de reparación, caracterizándose por que el retorno de lo reprimido imprimiría un exceso pulsional, introduciendo en la neurosis un fracaso de la defensa frente a la pulsión.

En la psicosis se establece un más de realidad, pero no a expensas del ello, sino por la creación de una realidad nueva que ya no ofrece el mecanismo motivado de rechazo que la ha abandonado. Para la construcción de esta nueva realidad la psicosis debe acogerse a percepciones que correspondan con la misma, así Freud (1924) situará las alucinaciones y las construcciones delirantes, en el intento de reconstrucción de esa realidad perdida o fallada.

Freud (1911) emplea el término “*Verleugnung*” para hablar de “desmentida”, de denegación al referirse a la relación del sujeto con la realidad en la psicosis. La “desmentida” envuelve necesariamente una ruptura en el yo del sujeto. Concepto que ampliará en *La escisión del yo en el proceso defensivo* (1940).

Si la represión se dirige al destino del afecto, la desmentida tiene que ver con el destino de la representación rechazada, denegada en la psicosis, habría un extrañamiento de la realidad, un engaño vacío, pero del sentido, que construye una realidad artificiosa, trampantojos que ocultan bajo el velo del [sin]sentido la realidad rechazada que falla en la psicosis.

Si en 1923 Freud asignaba a la frustración de un deseo por parte de la realidad, la causa para la psicosis, su perspectiva en 1938 no había variado mucho. Dice en *Esquema del psicoanálisis* que:

(...) la ocasión para el estallido de una psicosis es que la realidad objetiva se haya vuelto insoportablemente dolorosa, o bien que las pulsiones hayan cobrado un refuerzo extraordinario, lo cual, a raíz de las demandas rivales del ello y el mundo exterior, no puede menos que producir el mismo efecto en el yo (Freud, 1940).

Está diciendo que esto acontece por una ruptura psíquica (la escisión del yo), con preexistencia de dos posiciones: La que logra tener en presente a la realidad y la que desaloja el monto de realidad como si nunca hubiese existido por influencia de lo pulsional. Toda esta explicación no le impide decir inmediatamente después que "(...) de numerosas observaciones no se puede menos que inferir que el delirio estaba formado y listo desde largo tiempo atrás, antes de advenir a la irrupción manifiesta" (Freud, 1940).

Supone Freud que el deseo propio de una organización primitiva del desarrollo - la primera etapa autoerótica, sin objeto, subyaciendo a una elección de objeto homosexual, narcisista - incompatible con la estructura actual del yo, conduce a la formación y proyección de ciertos sistemas delirantes cuyo contenido está determinado por la denegación de la proposición que expresa el antiguo deseo (“Yo no amo a nadie”; “yo le amo a él”). El significado, en los delirios del paranoico, aquello equivalente a su deseo, obedece aquí a la estructura, y esta estructura es la del lenguaje.

En la lectura del texto *Memorias de un Neurópata* (1903), Freud (1911) dirá con respecto al sentido del delirio del psicótico, de ese mundo delirante que lo envuelve que:

(...) el paranoico vuelve, en efecto, a construirlo, en un fallido intento la realidad, no precisamente con mayor magnificencia, pero al menos en forma que pueda volver a vivir en él. Lo reconstruye con la labor de su delirio. El delirio, en el cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de

curación, la reconstrucción. Ésta es conseguida mejor o peor después de la catástrofe, pero nunca completamente (Freud, 1911)

Los procesos psicóticos ponen de manifiesto una falla en la estructuración representacional del lenguaje en el sujeto, una pérdida de la realidad, que procura inducir a su vez a una reconstrucción delirante de esta realidad, a través de representaciones simbólicas, no codificadas, vacías, pero llenas de contenido y por ende de sentido, un sentido fundador, un lenguaje primitivo. Por ello, el analista debe operar sobre lo que el sujeto le dice, explícita para el sujeto mismo, el vacío que se está más allá de su enunciado, a nivel del sujeto de la enunciación. Se trata de descubrir bajo el decir del consciente eso que subyace como velo inconsciente, el orden de lo simbólico.

La importancia de este recorrido es la búsqueda del sentido en la psicosis a través de ese real no anudado, de esa profunda relación entre el lenguaje producto de la experiencia y la experiencia delirante de la cual no se puede decir, lo real con las construcciones de un sentido primario en el orden de lo simbólico.

Es así como Freud (1900) al pensar la articulación del lenguaje con las características estructurales del sueño, se ve conducido a meditar sobre el funcionamiento del lenguaje en su correlación con las formaciones del inconsciente y a interrogarse sobre lo inconscientes y la estructura del lenguaje. Sus cavilaciones le llevaron a recurrir a la lingüística y a la filología de su tiempo.

El problema en cuestión que se presenta en la psicosis sería el del [sin]sentido; la lejanía de las manifestaciones que acompañan a la psicosis y su falta de relación con el contexto cotidiano. Sus diversas formas de atentar en contra del mundo biológico y social, constituye la materia que definiría, fenoménicamente hablando a la locura. Freud nos enseña que la psicosis posee razones que la misma razón no comprende, no entiende, y solo bajo el análisis de la experiencia psicótica, se puede evidenciar el trampantojo donde habita el [sin]sentido de quien la padece.

1.2.1.7. Aportación Kleiniana a la Teoría de la Psicosis.

Para entender el aporte Kleiniano al estudio psico-dinámico de la psicosis es necesario remitirse a su elaboración del concepto de posición, elaborado en 1935, en el artículo “*Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos*”. En este artículo Klein toma dos fase del desarrollo, dos ideas que le permitirá conceptualizar su teorización sobre la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva.

En esta medida Klein da relevancia al concepto de posición y no al de fase para destacar que no se trata de etapas aisladas en un momento del desarrollo, que se tienen que superar totalmente para pasar a la siguiente, sino que se trata de “Una configuración específica de relaciones objétales, ansiedades y defensas a lo largo de la vida” (Segal, 1984).

Lo central en este planteamiento (Doménech. B, 2008) es que nos presenta una estructura a la que se van a articular, sincrónicamente, cuatro elementos:

El tipo de angustia: paranoide o depresiva. Definiendo la angustia como “la percepción interna de la acción de la pulsión de muerte”.

El tipo de relaciones objétales: objeto parcial – objeto total.

La estructura del yo: yo precoz – yo integrador.

Las defensas específicas en relación a los tres puntos anteriores.

Se trata de una combinación de elementos que marcarán, a partir de las dos posiciones (La posición esquizo-paranoide y La posición depresiva), la vida psíquica del sujeto.

Para Klein, la circunstancia desencadenante de la psicosis es la pérdida real de un objeto. Esta pérdida entrañará una regresión, en la que la intensidad y el punto de fijación que va a poder tener dependerán de los avatares de la evolución. La puesta en juego de los mecanismos de defensa relativos a la angustia producida por esta regresión, será diferente según el punto de fijación.

1.2.1.7.1. La Formación del yo.

Centrándose en el desarrollo psicológico del niño en el primer año de vida, y basándose en los postulados freudianos, Melanie Klein (1952) establece las posiciones esquizo-paranoide y depresiva. Allí dirá, que en los primeros meses de vida, los mecanismos de defensa que operan son la escisión y la proyección, y a su vez serán los que caracterizan la posición esquizo-paranoide con relaciones objétales parciales (pecho bueno/pecho malo).

El niño en los primeros meses de vida introyectaría los aspectos buenos, gratificantes del objeto materno y proyectaría los frustrantes, los amenazantes. Esto implicaría que el yo primitivo se formaría así mediante mecanismos tempranos de identificación (introyectiva, proyectiva) con los que el niño maneja las pulsiones de vida y muerte.

Durante el segundo semestre de vida, los objetos parciales, fragmentados en bueno y malo, se reintegran, dando lugar a la posición depresiva. Entrando en escena como objeto regulador la culpa y la reparación, con las que el niño contiene la agresión de la pulsión de muerte sobre el objeto. Si la culpa fuera demasiado intensa, el niño podría utilizar como defensa la negación maníaca, o bien retornar a la escisión de la etapa anterior.

La teoría kleiniana ha derivado desde una orientación centrada en los distintos estadios de la evolución del Yo temprano hacia una explicación funcional: la implicación de la psicosis como un modo que coexiste con otros modos de estructuración psíquica que se denominaría normal, no patológica, es decir, los sujetos pasan por una instancia psicótica según Klein y estarían mediados por los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva, escisión y proyección, en donde la vida psíquica estaría regida por la pulsión de muerte, la representación simbólica suplantada por la identificación.

Klein (1952) piensa a partir de los textos freudianos, los posteriores a la formulación de la pulsión de muerte, que ella traduce como agresión y también como temor al aniquilamiento; que la función de la muerte es soberana, el motor primero del sujeto. Klein estableció como fundamental la función del duelo por el objeto perdido, aunque su problema fue no diferenciar la pérdida como fenómeno de la pérdida estructural, que es la formulación freudiana: es decir, el objeto está ya perdido en la estructura.

Klein, en su texto *el psicoanálisis de niños*, nos muestra una serie de descripciones del mundo imaginario del niño, entrando en contradicción con el planteamiento clásico de las fases de la libido: primero oral, luego anal y finaliza con la fálica. Ella los mezcla y subvierte el encadenamiento cronológico, tanto en términos de desarrollo como en lo temporal. Planteando que las fases coexisten o se intercambien entre sí.

Además plantea la acción de las tendencias edípicas al final del primer año y final del tercero, así como un superyó temprano de gran severidad; son conflictos primarios que afectan a la relación con la madre. En los escritos kleinianos se observa

una oscilación entre dos puntos referenciales: por un lado, el concepto de fase y de estadio, provenientes de un marco referencial de orden genético-evolutivo; y, por otro, un concepto que corresponde a un marco de tipo estructural, que es el de “posición”.

En 1926 Klein plantea su idea psicoanalíticas de forma clara. Klein nos dice que los fenómenos descritos por Freud como complejo de Edipo, señalan la consecuencia de un largo proceso, cuyas primeras fases se remontan ya a los primeros momentos de la organización libidinal. Esta reflexión sobre los estadios del complejo de Edipo, distingue dos etapas, tanto en la fase oral como en la anal: una primera etapa pre-ambiente y una segunda sádica; ambas ampliamente dependientes del desarrollo corporal que le sirve al sujeto de base (Rabinovich, D. 1988).

Estadios	Libido	Pulsión destructiva
Oral de succión	Placer de succión	Chupar, vaciar
Oral-Sádico	Placer de morder	Devorar
Anal- 1ª etapa	Placer de expulsar	Aniquilar
Anal- 2ª etapa	Placer de retener	Controlar, dominar.

La llegada del complejo de Edipo, durante los estadios Oral Sádico y Anal Sádico, dice Klein (1927), es vivido por el niño bajo el signo de intensas pulsiones destructivas, que se orientan, de entrada, hacia los objetos, alrededor de los cuales se elabora este complejo.

Para Klein, lo que caracteriza los estadios pregenitales de la organización psicosexual, es una solidaridad estrecha entre las tendencias libidinales –Eros- y las correlativas pulsiones destructivas –Tánatos-. Señalando como fundamental la simetría de dos, una simetría que aparece como una oposición del par pulsional.

También hay simetría en la disociación, tanto del yo como del objeto: clivaje del yo y del objeto; el destino de ambas es totalmente solidario. Esto se entiende como resultado de la determinación que ambos, el yo y el sujeto, sufren por parte del par pulsional, que estaría determinada de este modo:

-Tánatos, como fuente de la angustia; la acción del Tánatos interfiere desde el principio la relación con los objetos;

-Y Eros, como fuente de amor.

En el texto “*Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante*”, Klein (1952) expone que eligió el término “posición” en tanto que se diferencia de los conceptos de “fase” o “estadios” para designar la “fase” paranoide o depresiva, porque esos agrupamientos de angustia y defensas, aunque surjan en los estadios primitivos, no se restringen a éstos, sino que reaparecen en los primeros años de la infancia y, en determinadas circunstancias, también en la vida ulterior.

Son dos posiciones, la esquizo – paranoide y la depresiva, que configuran la vida psíquica del sujeto. Estas dos posiciones se presentan como las guías que organizan toda la vida psíquica. Es fundamental, en el concepto de “posición”, el modo particular en que se articulan cuatro elementos, en cada una de las dos posiciones. Siendo fundamental dicha articulación, y no la existencia de cada una de ellas por separado, estos elementos son (Doménech. B, 2008):

-Angustia.

-Las relaciones objétales.

-La estructura del yo.

-Las defensas en relación con cada una de las tres anteriores.

-La posición esquizo-paranoide reúne en un único término el tipo de angustia Paranoide o persecutoria y la defensa fundamental que está en juego es la disociación, ambas, la angustia y la defensa caracterizan la posición entre los primeros tres o cuatro meses de vida.

Klein (1952) acepta en principio la causa externa de angustia que indica Freud por la experiencia del nacimiento. Añadiendo que: “La pérdida del estado intrauterino es sentida como un ataque de fuerzas hostiles, es decir, como persecución”, aunque en seguida afirma, en cuanto a la noción de angustia persecutoria que caracteriza esta posición: “(...) la acción interna de la pulsión de muerte produce el temor al aniquilamiento y ésta es la causa primaria de la angustia persecutoria (...)”.

La angustia se plantea como forma de expresión directa de la pulsión, que se caracteriza como un temor; temor a la aniquilación. La acción de la pulsión de muerte, de entrada interfiere en la relación con los objetos, es una dialéctica entre lo interno y lo externo. En cuanto a la relación de objeto Klein plantea que:

(...) desde las primeras experiencias del lactante con el alimento y la madre se inicia una relación de objeto con ella (...) Esta relación es primeramente con un objeto parcial, (se refiere al pecho, y no a la madre percibida como un todo), las pulsiones oral – libidinal y oral – destructiva están dirigidas desde el principio de la vida a la madre en particular (Klein, 1952).

Las vivencias de gratificación y frustración son estímulos para las pulsiones gratificantes y destructivas. Cuando gratifica, el pecho es sentido como “bueno” y amado, y cuando frustra, como “malo” y odiado, agresivo y peligroso, por ende persecutorio. Antítesis que resulta muy marcada tanto por la falta de integración del yo como por los procesos de disociación en el yo y el objeto. En la fase oral, la relación del sujeto con el objeto tiene como característica el deseo voraz de ilimitada gratificación.

Al referirse al objeto bueno, Klein comenta que se le confunde con un objeto, el pecho ideal, que el sujeto de forma imaginaria reactiva en su interior. De ahí que ese pecho ideal tenga una cualidad de inagotable; y es esa cualidad la que a su vez determina lo particular del deseo: la voracidad. Como existe una oposición entre pecho idealizado y pecho persecutorio, Klein (1952) deduce una función de idealización “(...) la idealización deriva de la necesidad de protección contra los objetos perseguidores, es un medio de defensa contra la angustia”.

El pecho ideal conformará el núcleo del superyó precoz en su dimensión protectora y benigna, porque la idealización aparece como una defensa contra la angustia y la defensa, en la medida en que proviene de Eros; mientras que la perturbación proveniente de tánatos, agresión, apunta a la desintegración del sujeto (Rabinovich, D, 1988).

Gratificación y Frustración, al tiempo que proyección e introyección, será la doble relación con el objeto primario. Esa primera relación con el objeto culmina por medio de la introyección, en la constitución de los primeros núcleos del superyó que son el pecho idealizado y protector, y el pecho persecutorio.

Es necesario ahora articular el concepto de objeto parcial, con los mecanismos de proyección e introyección. Klein (1952) caracteriza ese mecanismo como un fantasma que tiene el objeto de tomar posesión del objeto oral:

(...) en la fantasía, el yo se posesiona por proyección de un objeto externo – la madre en primer lugar- y lo transforma en una extensión de su propio yo. El objeto se transforma en representante del yo y estos procesos constituyen a mi entender la base de la identificación proyectiva (...) que comienza simultáneamente con la voraz introyección sádico-oral del pecho (Klein, 1952).

Klein (1946) en *notas sobre algunos mecanismos esquizoides*, habla sobre la identificación proyectiva, dice que es el prototipo de una relación agresiva que tiene sus fuentes en pulsiones parciales, uretrales y anales. Aclara que ese mecanismo se relaciona con los modos anales de la pulsión y apunta a la noción de un amor objeto puro, independiente del narcisismo.

En dicho artículo alude a la introyección del pecho bueno como precondition del desarrollo normal. La no asimilación del objeto bueno en el yo aparece dando lugar a una nueva patología del yo, porque ese objeto bueno idealizado no asimilado se transforma en un nuevo perseguidor y el yo cae en un estado de desvalorización.

La segunda posición es la depresiva, que implica una superación de lo anterior, un progreso cuyo inicio tiene lugar durante el segundo trimestre del primer año. Ese progreso gira, por un lado, en torno al paso desde el objeto parcial al objeto total, la madre ya como persona, con lo cual la importancia de la disociación disminuye, por otro, el progreso de una posición a la otra se relaciona con el proceso de integración por un desarrollo gradual del yo, así como de la relación con el mundo externo.

También hay cambios importantes en la naturaleza de las defensas. Estos procesos de integración y síntesis hacen que el conflicto entre amor y odio aparezca y que la angustia concomitante sea la depresión. Se caracteriza por el temor de perder a la madre, el objeto primario, y por la culpa.

Al integrar a la madre como objeto total, aparece la relación amor – odio hacia el mismo objeto, lo que produce la angustia depresiva. Las mismas defensas omnipotentes de la posición anterior; idealización, identificación, negación, disociación y potestad sobre los objetos internos y externos, se conservan en la posición depresiva, transformadas en defensas maníacas (Klein, 1952).

La angustia depresiva conducirá a lo que constituye la función más importante para Klein (1946) el duelo, con la importancia de la culpa y la reparación. La culpa, coherente con el concepto kleiniano del núcleo temprano del superyó, conserva la tensión entre yo y superyó.

Klein (1952) plantea que si las pulsiones canibalísticas son excesivas, se lleva a término la introyección del objeto bueno perdido, y eso conduce a la enfermedad. En el duelo normal, el sujeto es llevado también a instalar al objeto amado y perdido en el yo, pero en este caso el proceso tiene éxito.

La posición depresiva está ligada a cambios en la organización libidinal del lactante, porque durante ese periodo, alrededor del final del primer año, comienza lo que Klein (1952) denomina los estados tempranos del complejo de Edipo, positivos y negativos:

(...) predomina aún la libido oral. Poderosos deseos orales, incrementados por la frustración con la madre, son transferidos del pecho materno al pene del padre (...) los deseos del pene paterno está ligado a los celos, pues el lactante siente que la madre recibe el objeto codiciado.... Otro aspecto de este periodo está ligado al papel fundamental que en la mente del lactante tiene el “interior” de la madre(...) el deseo de penetrar en el cuerpo materno y posesionarse de la madre, se dirige fundamentalmente al pene paterno que el bebé supone contenido dentro del cuerpo de la madre (Klein, 1952).

En el texto *Envidia y Gratitud* Klein (1957) dirá que en la posición depresiva aparece un sentimiento nuevo, caracterizado por los celos. Celos que se derivan del miedo a perder lo que se posee. En la posición esquizo – paranoide se había señalado que la envidia, relacionada con la voracidad oral, se dirigía fundamentalmente al pecho nutricio.

Dirá además, que en la posición depresiva, Klein (1957), la envidia primitiva se agregan los celos y la rivalidad que provienen de la situación edípico precoz, en la cual las representaciones fantasmáticas refieren a los padres combinados; esas son “teorías sexuales en las que la madre contiene el pene del padre o al padre en su totalidad; o los padres fusionados”.

Klein plantea que la envidia es innata, y se relaciona con la pulsión de muerte, es la expresión de la agresión innata, la envidia primaria del pecho materno, y además dice que la gratitud, en el desarrollo ideal, ampliaría la capacidad de amor, absorbiendo la envidia en el yo integrado.

1.2.1.7.2. La formación de símbolos en la estructuración de la esquizofrenia.

Melanie Klein dice en 1930 que hay un periodo temprano del desarrollo psíquico del infante en que se moviliza el sadismo, que da comienzo con el deseo oral sádico de devorar el pecho de la madre (pecho que unifica a todo el objeto, es la madre como un todo total representado en el pecho) y desaparece con la entrada a la etapa anal; el fin del sujeto es apoderarse del contenido del cuerpo de la madre y destruirla; esta fase constituye la introducción del complejo de Edipo, por lo tanto el complejo de Edipo comienza en un período en el que predomina el sadismo.

El exceso del sadismo despierta angustia y moviliza los mecanismos de defensa más primitivos del yo. La primera defensa está en relación con dos fuentes de peligro: el propio sadismo del sujeto y el objeto que es atacado. Ésta es de carácter violento e implica expulsión, sadismo del sujeto, y en relación con el objeto atacado implica destrucción.

El objeto atacado se convierte en un fuerte peligro, porque el sujeto teme de él ataques retaliatorios. El simbolismo es el fundamento de toda sublimación y de todo talento, ya que a través de la ecuación simbólica, las cosas, actividades e intereses se convierten en tema de fantasías libidinosas. La primera realidad del niño es fantástica (Klein, 1930).

Lo que pone en marcha el mecanismo de identificación, es el interés libidinoso y la angustia que surge. El niño desea destruir los órganos (pene- vagina –pecho) que representan los objetos, comienza a temer a estos últimos. Esta angustia hace que equipare dichos órganos con otras cosas y por eso los objetos se convierten también en fuente de angustia. “El simbolismo no sólo es el fundamento de toda fantasía y sublimación, sino que sobre él se construye la relación del sujeto con el mundo externo y con la realidad en general” (Klein, 1930).

Las fantasías sádicas dirigidas contra el interior del cuerpo materno, construyen la relación primaria y básica con el mundo externo y con la construcción de la realidad. Por lo tanto, la primera realidad del niño es totalmente fantástica, imaginaria, está rodeado de objetos simbólicos que le causan angustia, y en este sentido excrementos, órganos, objetos, cosas animadas e inanimadas son equivalente entre sí.

Es decir que por lo tanto:

(...) el desarrollo del yo y la relación con la realidad, dependerán de la capacidad del yo, en una etapa muy temprana, para tolerar la presión de las primeras situaciones de angustia; una cantidad suficiente de angustia es una base necesaria para la abundante formación de símbolos, y de fantasías, es esencial que el yo tenga adecuada capacidad para tolerar la angustia, para que el yo pueda desarrollarse extensamente. El simbolismo no solo es el fundamento de toda fantasía y sublimación, sino que sobre él se construye la relación del sujeto con

la realidad externa y la realidad. Las fantasías sádicas constituyen la relación primaria (...) (Klein, 1930).

En la Psicosis según Klein, el punto de fijación en la demencia precoz es en el período inicial de la fase de sadismo, en que los ataques tienen carácter violento. En la segunda parte de esta fase los ataques fantaseados son imaginados como enamoramientos, y predominan los impulsos uretrales y anales. M. Klein (1952) dice que este es el punto de fijación de la paranoia, es decir que los puntos de fijación de la demencia precoz y de la paranoia, deben buscarse en la etapa narcisista, el de la demencia precoz precedería al de la paranoia.

Una prematura y excesiva defensa del yo contra el sadismo, impide el establecimiento de la relación con la realidad y el desarrollo de la vida de fantasía. La posesión y exploración del cuerpo de la madre y del mundo exterior, quedan detenidas y esto produce la suspensión más o menos completa de la relación simbólica con cosas y objetos, que representan el cuerpo de la madre y por ende del contacto con el ambiente y con la realidad en general (Klein, 1952).

Este retraimiento forma la base de la falta de afecto y de angustia, que es uno de los síntomas de la demencia precoz, donde la regresión iría directamente a la fase temprana del desarrollo, en que la apropiación y destrucción sádica del interior del cuerpo de la madre y el establecimiento de una relación con la realidad han sido impedidos o refrenados por la madre.

Para M. Klein (1928): (...) hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, usar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objétales en la fantasía y en la realidad. Esto no significa que el yo al nacer se parezca mucho al de un bebé bien integrado y mucho menos al de un niño o un adulto plenamente desarrollado. Al principio el yo está muy desorganizado, pero tiene desde el comienzo la tendencia a integrarse.

En un principio el yo es frágil, se halla en un proceso persistente de desarrollo, su nivel de unificación varía de día en día hasta de momento en momento. El yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento (instinto de vida – instinto de muerte) y también está exhibido al impacto de las construcciones de la realidad externa, como por ejemplo el trauma en el nacimiento, el calor, el amor y el alimento provenientes del otro. Cuando se enfrenta con la ansiedad, le produce el instinto de muerte, el YO DEFLEXIONA, que consiste en parte en una proyección, en parte en la conversión del instinto de muerte en agresión (Segal. H, 1982).

El yo se escinde y proyecta fuera el instinto de muerte y lo tiene en el objeto externo original, el pecho. Es así como éste, llega a sentirse, verse como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento de persecución. Así el miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor. Parte del instinto de muerte que queda en el objeto, se convierte en agresión y se dirige contra los perseguidores (Klein, 1928).

Este yo insipiente, frágil, requiere al mismo instante instaurar una relación con el objeto ideal, proyectándose la libido a fin de crear un objeto que gratifique el impulso primario del yo a proteger la vida, (al igual que con la pulsión de muerte), es decir que el yo establece una relación libidinal con ese objeto ideal. Por lo tanto:

(...) el yo tiene relación con dos objetos: el objeto primario; el pecho que en esta etapa está disociado en dos partes, el pecho ideal y el persecutorio. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamentado por la madre, que a su vez confirman dicha fantasía (Klein, 1928).

La fantasía de persecución se identifica y se asocian con las experiencias de la realidad del infante como; angustia, dolor, ansiedad y frustración asignadas por el bebé a los objetos persecutorios, la privación se convierte no sólo en falta de gratificación, sino también en amenaza de ser aniquilado por los perseguidores.

El objetivo del bebé es guardar, conservar dentro de sí al objeto ideal, identificarse con él, que es para él el que da vida y protege, y mantiene fuera el objeto malo y las partes del yo que contienen el instinto de muerte, puesto que la ansiedad que predomina en el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el yo, y aniquilarán tanto el objeto ideal, como al yo.

En la posición esquizo-paranoide, la ansiedad predominante es paranoide y el estado del yo y de sus objetos se caracteriza por la escisión que es esquizoide. El yo ante la ansiedad de ser aniquilado desarrolla mecanismos de defensa, como la introyección y la proyección: el yo se esfuerza por introyectar lo bueno y proyectar lo malo (Domènech, B. 2008).

El rasgo constante de situaciones de mucha ansiedad, aumenta la disociación y usan la proyección y la introyección indiscriminadamente para mantener a los objetos persecutorios alejados de los objetos ideales, a la vez que se mantienen a ambos bajo control. “La escisión se relaciona con la idealización del objeto, ideal, para mantenerlo alejado del objeto persecutorio y hacerlo invulnerable. Esta idealización extrema se vincula con la negación mágica omnipotente como defensa contra la persecución excesiva” (Klein, 1957).

Otro mecanismo que surge de la proyección original del instinto de muerte es la identificación proyectiva, donde se escinden y apartan partes del yo y objetos internos y se los proyecta en los objetos externos, quedando así poseído y controlado por las partes proyectadas e identificado con ellas. “La identificación proyectiva tiene varios propósitos; se la puede dirigir al objeto ideal para evitar la separación o hacia el objeto malo para controlar la fuente de peligro” (Klein, 1957).

Para salir normalmente de la posición esquizo-paranoide, es condición que las experiencias buenas predominen sobre las malas, cuanto esto sucede el yo, llega a creer que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios y que el instinto de vida predomina sobre el de muerte, entonces disminuye el miedo a los perseguidores y también disminuye la escisión entre objetos persecutorios e ideales y así se logra una integración y las partes buenas y malas pueden entrar en mayor contacto y así puede distinguir cada vez mejor entre lo que es yo y lo que es objeto.

Si el desarrollo se efectúa favorablemente, el sujeto siente que cada vez más su objeto ideal y sus propios impulsos libidinales, son más fuertes que el objeto malo y así siente que su yo es fuerte, tolera mejor la pulsión de muerte dentro de sí y decrecen sus temores paranoides y gradualmente puede predominar el impulso a la integración del yo y del objeto, así surge la posición depresiva que Klein (1957) la define como “la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto”.

La posición depresiva marca un progreso crucial en el desarrollo y durante su elaboración, el bebé cambia radicalmente, su concepción de la realidad es decir que descubre su propia realidad psíquica, advierte su propia existencia y la de sus objetos como seres diferentes y separados de él. Comienza a distinguir entre fantasías y realidad externa (Klein, 1957).

El punto de fijación de las psicosis yace en la posición esquizo-paranoide y en los comienzos de la posición depresiva, pero si se alcanzó y elaboró la posición depresiva, las dificultades que aparecerán en el desarrollo posterior son de carácter neurótico.

La posición depresiva nunca se elabora completamente, siempre tenemos ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdidas que reavivan experiencias depresivas. Los objetos externos buenos de la vida adulta, siempre simbolizan y contienen aspectos del primer objeto bueno, interno y externo, de modo que cualquier pérdida de la vida posterior, reaviva las ansiedades sentidas durante la posición depresiva.

Ahora bien, en el momento que no se ha elaborado adecuadamente la posición depresiva y no se ha consolidado las creencias en el amor y la capacidad de recuperación interna del yo, su creatividad, el desarrollo posterior es desfavorable. El yo se siente acosado por la ansiedad constante de perder totalmente las situaciones internas buenas, está empobrecido y debilitado, su relación con la realidad es frágil y hay un temor y a veces una verdadera amenaza de hacer una regresión a la psicosis.

1.2.1.8. Lacan en la Clínica de la Psicosis.

Lacan (1956) plantea que “el sujeto encuentra su lugar en un aparato simbólico preformado que instauro la ley en la sexualidad. Y esta ley sólo le permite al sujeto realizar su sexualidad en el plano simbólico. El Edipo quiere decir esto.”

En un primer momento del Edipo no existe una diferenciación entre la madre y el niño, pues el niño allí se encuentra identificado al objeto de deseo del otro, o sea, que el niño se encuentra “sujeto” al deseo materno, el niño se cree el Fallo, pues el Fallo es el objeto de deseo de la madre; este Fallo es el Fallo imaginario. El Fallo es un significante destinado a designar en su conjunto los efectos del significado, en cuanto el significante lo condiciona, es el deseo del Otro como tal lo que al sujeto se le impone, el otro en cuanto que es el mismo sujeto dividido.

En este instante hay una mediación, podría decirse directamente de lo simbólico; así el niño cree ser el Fallo y la madre cree poseerlo, poseyendo al niño, lo que la convierte en una madre fálica; y si la madre tiene Fallo es porque el niño sujeta, su deseo, dándole por esta condición un carácter de perfección absoluta, momento en el que se revela al sujeto una imagen corporal unificada, que es la identificación imaginaria del cuerpo proporcionado por la imagen del otro.

La madre fálica es una mujer que encarna la Ley para el niño, ella la representa en la medida que opera una transferencia del lugar simbólico. Es decir, la función paterna en tanto que función simbólica existe, pero está delegada a la madre produciendo un equívoco ya que la ley para el niño no se inscribe como una ley que frustré su deseo, posibilitando que éste transgreda la ley.

En un segundo momento por medio de la dimensión paterna se introduce el registro de la castración; porque es el padre quien priva a la madre de su objeto de deseo, pero el niño siente esta intervención paterna como una frustración o una prohibición, en cuanto es la prohibición de la satisfacción y frustra al hijo de la madre. Podemos decir que el niño vive esta intervención paterna como una frustración (a nivel imaginario), sobre un objeto real encarnado en la madre.

La intervención paterna instauro la acción de lo simbólico al prohibir los deseos incestuosos entre madre e hijo; allí se señala a la madre el lugar de su deseo, que se encuentra situado en otro lugar que no es el hijo, lo que la somete a la ley del Nombre del Padre; así pues, la función del nombre del padre es la de escindir esa amalgama de deseo que circula entre madre e hijo por medio de la ley, marcando una incisión en el sujeto al pasar de un sujeto completo a un sujeto carente, que es producido por la castración (Lacan, 1956).

En este segundo tiempo del Edipo, el niño no es el Falo, la madre tampoco, lo que hace que el niño mire al padre como poseedor de éste; así en el segundo momento el niño percibe al padre no como referente de la ley, sino como siendo la ley. Es la presencia de un tercero la que rompe esta ilusión e introduce una pregunta por el significado del deseo de la madre, qué quiere el Otro de mí, La respuesta a esta pregunta siempre es enigmática. Esto es lo que el psicoanálisis nombra como significación fálica.

La operación en cuestión, posibilita un juego que genera un sentido nuevo que no se remite a los significantes inicialmente jugados en el deseo materno. Complejo de Edipo y metáfora paterna se convierten así en semejantes del proceso que posibilita una ruptura del niño con su progenitora, que garantiza en un significante llamado Nombre del Padre, eso que para el niño representa el extrañamiento con aquello de lo que fue carne y luego se hizo cuerpo.

El deseo de la Madre puesto sobre el hijo únicamente, se traduce en el empuje al vacío, a un abismo sin fondo, que consagra una relación imaginaria: a' - a (esquema L). El límite impuesto por la función paterna (P® A® f)(esquema R), da un sentido al comportamiento de esa Madre, deteniendo el desvío del deseo en la función fálica (Lacan, 1955).

Al existir la madre deseante significa que ese ser se declara en falta, que no tiene la posibilidad de complacerse, de satisfacerse a sí misma, esto empuja a una búsqueda que encuentra como respuesta formal imaginaria, el órgano del hombre. Así será el padre el poseedor de lo que la madre desea, posibilitándose el quiebre de ese producto llamado niño y su matriz.

En un momento posterior, el chico comprenderá que su única salida consiste en identificarse a ese rival. Así accederá a la salida normal del Edipo, que lo llevará a entrar en relación con la Ley de prohibición del incesto y el ejercicio de la exogamia (Lacan 1957).

El falo es también la síntesis de la sinrazón del deseo, como significante, es la detención de la búsqueda de sentido e impide la prosecución de una búsqueda infinita en pos de responder al deseo materno. Sin embargo, su instauración como significante Amo, sitúa al Padre siempre por debajo de las expectativas mismas de aquello que supuestamente el portaría (Milot, 1984).

El esquema L y el esquema R, propuestos por Lacan (1955) dan cuenta de la constitución del sujeto bajo el imperio de la Ley. Cuando el significante primordial llamado Nombre del Padre no ocupa su lugar, es obturado, hablamos entonces de forclusión, quedando el sujeto fuera de la inscripción simbólica.

Esto implica, que nada en los significantes de los que dispone el psicótico va a simbolizarlo. De esta manera, el sujeto en estas condiciones se las ve ante la incertidumbre de lo Real, para utilizar el nombre de uno de esos tres registros que componen las coordenadas fundamentales en las que nos situamos todos los seres humanos (Imaginario, Simbólico y Real).

Desligado de dicho nexo simbólico, el psicótico se precipita en el goce narcisista de una imago fracturada y a la enajenación de su palabra en una incesante metonimia (con imposibilidad para la sustitución metafórica), puesto que el Ideal del Yo, ha tomado el lugar del Otro simbólico (Lacan, 1957).

La adecuación a la realidad del psicótico, como ya hemos observado, no es prueba de que se encuentre situado en las coordenadas de lo Simbólico; su vida está ligada a la voluptuosidad del goce, de lo real, punto en el que se sitúa el más allá del principio del placer. Pero también, se denota la cercanía de los procesos de odio y amor - matriz del concepto de odio-enamoramiento, idea que confronta la concepción

psicoanalítica de que el psicótico construye una realidad propia, marcada por la denegación de un monto de emoción que es puesta afuera, desalojada, pero en realidad es un intento de resignificar ese mundo propio, donde la relación de los objetos externos es imposible.

Agreguemos a esta, un obstáculo hasta ahora incomprensible, a la falta del nombre del Padre se da lugar a la psicosis. (Lacan, 1957). La ley es la función del Nombre del Padre que separa a la madre del hijo por medio de la instauración en la cultura de la prohibición del incesto.

En un tercer momento puede observarse como el Edipo empieza a declinar, se pone fin a la rivalidad fálica que ha sido característica durante todo este periodo. En este momento ocurre la simbolización de la ley, donde el niño es capaz de realizar la ubicación correcta del deseo de la madre, allí se hace referencia a la instauración de la ley y del Falo como instancia no personificada por nadie, así el Falo es referido a la cultura; esto es el Falo simbólico, el cual es una condición para los efectos del significante.

Para Lacan (1958) el complejo de Edipo se desarrolla en tres tiempos, de los que el estadio del espejo constituye el primero. El devenir psíquico transcurre desde la identificación narcisista, en el orden imaginario, a la identificación simbólica con la Ley del padre, al concluir el Edipo.

Entre estos dos puntos se sitúa un momento en que la relación diádica con la madre marca al niño y define su identificación con el otro, o mejor dicho, con el deseo del otro. En el estadio del espejo la criatura se identifica, es nombrado con una imago anticipatoria de sí misma. En un segundo momento lo hace con el deseo de la madre.

Finalmente al asumir la castración y comprender que ni su padre ni él mismo son el falo, que sólo pueden transmitirlo de generación en generación, ingresará al orden simbólico, aceptará la ley. Este último paso constituiría lo que tradicionalmente se denomina disolución del complejo de Edipo, aunque en realidad los tres estilos de identificación coexisten, entremezclándose a lo largo de toda la vida.

La concepción teórica que Lacan (1957) propone de la psicosis, parte de indagar en primer lugar la relación del sujeto con el lenguaje. Es a partir de pensar el lenguaje y su relación con los trastornos que plantea retomar el concepto de “automatismo mental” de Clérambault, para distinguir esas particularidades sintomáticas en que el lenguaje se pone a hablar por sí solo, y que se identifican por ser fundamentalmente [sin] sentido, es decir, no conformes a una sucesión de ideas.

En relación a este tema, en el Seminario 3 dedicado a *Las Psicosis*, Lacan dice lo siguiente:

Precisamente, porque es llamado en el terreno donde no puede responder, el único modo de reaccionar que puede vincularlo a la humanización que tiende a perder, es presentificarse perpetuamente en ese comentario trivial de la corriente de la vida que constituye el texto del automatismo mental (Lacan, 1975).

La fenomenología clínica de la psicosis se caracteriza por lo que Lacan llama inercia dialéctica y dan cuenta de un déficit, de una ruptura en el polo metafórico del lenguaje, en la instancia de la posibilidad de la representación, quedando anudado en una desestimación. El significante del síntoma ha fallado, perdiendo sus lazos con el resto de la cadena significante, se ha separado y permanece aislado, como un significante en lo real.

Un ejemplo claro de esto lo encontramos en el neologismo. Este se caracteriza por ser un término indescifrable, enigmático, que no entra en correspondencia con otros términos perdiendo su función comunicadora, siempre está como fuera de contexto, un

dejar su texto, la experiencia, como un significante portado de lo simbólico que solo halla refugio en lo real. Otro elemento propio de la psicosis es la certeza, lo que hace suponer con firmeza que algo de lo que sucede le concierne, se refiere a él, se dirige a él, lo contiene a él.

La relación que el lenguaje sostiene con la psicosis implica, para el sujeto, sentir una advertencia perpetua, una demanda, incluso una amenaza a manifestarse en ese plano del lenguaje, pues contiene un discurso no cifrado, vacío pero del lenguaje. El sujeto psicótico debe testimoniar que él está presente, que es capaz de responder. No estarlo sería la señal del encuentro con lo real.

La manifestación de la psicosis se originaría cuando el sujeto toma, desde el vacío del Otro, un llamado a nombrarse desde un significante que no posee. En el *Seminario 3* Lacan (1975) utiliza, tomándolo de Freud, la palabra alemana *verwerfung* para distinguir el mecanismo operante de la psicosis. En un primer momento da a entender que el causante de la psicosis sería un rechazo, un engaño de un significante que quedaría por fuera de lo simbólico, posteriormente alude a una falla en lo real en la naturaleza misma de lo simbólico, a una insuficiencia básica de un significante primordial.

En éste *seminario 3* Lacan dice lo siguiente:

La noción de *verwerfung* indica que previamente ya debe haber algo que falta en la relación con el significante, en la primera introducción, a los significantes fundamentales. Esta es, evidentemente, una ausencia irreparable para toda búsqueda experimental. No hay ningún medio de captar, en el momento en que falta, algo que falta. En el caso del presidente Schreber sería la ausencia del significante masculino primordial, al que pudo parecer igualarse durante años: parecía sostener su papel de hombre, y ser alguien, igual a todo el mundo (Lacan, 1975).

Lacan habla en diferentes seminarios que existen diversos significantes primordiales, pero con su ejemplificación de la carretera, muestra como esa avenida principal posee varias bifurcaciones, diversas vías menores que confluyen en la primera, todas convergen a la principal, es decir, que para Lacan hay un significante primordial, que no es cualquier significante, es el significante del nombre del padre, el significante en tanto significante primordial, agarra, agrupa en un haz a las significaciones.

La presencia del significante del padre introduce de entrada una disposición en la familia. Esta es una de las facetas más importante de la función del padre, la introducción de un orden, un orden simbólico, cuya estructura es diferente a la del orden de lo real.

Para Lacan:

(...) el presidente Schreber carece de ese significante fundamental que se llama ser padre. Por eso tuvo que cometer un error, de enredarse, hasta pensar llevar él mismo su peso como mujer. Tuvo que imaginarse a sí mismo mujer, y efectuar a través de un embarazo la segunda parte del camino necesario para que, sumándose una a otra, la función de ser padre quede realizada (Lacan, 1975).

El sujeto psíquico es un efecto del significante: “un significante representa un sujeto para otro significante” (Lacan, 1960). Es importante comprobar que el delirante no comprende lo que dice, no se sabe en tanto que sujeto de su lenguaje: *Ello habla en él*. También se le imposibilita recibir los significantes oriundos de otro como palabras procediendo de un legítimo sujeto. No pudiendo situar su palabra con la palabra del otro, lo simbólico que es el gran Otro, la comunicación se desarrolla en un registro del orden de lo real. Las señales lingüísticas se desarticulan, de manera que los significantes

derivan, se alojan en cualquier representación. Privado del [sin]sentido, el sujeto es llevado, a pesar suyo, a introducir símbolos por todos lados.

En el caso de las esquizofrenias, el esquizofrénico está tomado, envuelto todo él en el gran Otro. Por esta razón todo conduce [sin]sentido, sin mediación, vacío que nombra y cubre todo el cuerpo. Cercenado de la representación, el esquizofrénico ya no tiene un lugar posible para la relación con los significantes. Toda su relación con el otro es vivida en una construcción artificiosa vacía con ausencia de identificación imaginaria: se encuentra, de alguna manera, “privado de moi”.

[...] es el eje $S \rightarrow A$ el que es valorizado a expensas del desvío contingente a a' [...] parece ser que el esquizofrénico descuida el aspecto imaginario y formal para no ver más que valores simbólicos en cada cosa. Es al modo de una subjetividad atrincherada en una negación primitiva de toda identificación imaginaria, que el esquizofrénico vive su relación con el “otro”, quien no merece en el seno de su subjetividad radical [...] siquiera el nombre de otro (Lacan, 1955).

La demanda del psicótico no es que le quiten las ideas extrañas o el delirio, sino que, realmente lo desalojen de ese lugar infernal de ser objeto, de ser objeto de desecho, del vacío que anuda lo real imposibilitado el lazo con lo simbólico, con lo social. El psicótico busca atreves de su delirio ordenar ese parapeto que se incorpora en lo real como un artificio en el [sin]sentido del lenguaje, en lo simbólico provistos de sentido, como un más allá del lenguaje.

La psicosis, como estructura psíquica para la teoría psicoanalítica y la psicodinámica, es un reto clínico fundamental, reviste una importancia teórica decisiva para responder a los angustiantes enfrentamientos psíquicos del sujeto, a los avatares de la cultura, a los cambios sociales producto de sus complejidades internas y a los avances de la ciencia moderna, en cuanto que su característica fundamental es la separación entre la experiencia pulsional, corporal y real; además, es esencial identificar un lenguaje particular en la psicosis, un el lenguaje como herramienta de representación simbólica (dotándole de sentido) que es incapaz de articularla, obstaculizando su significación, impidiendo nombrar ese real.

En línea con lo anterior, la psicosis ha sido definida por el psicoanálisis (Freud, 1891; 1911; Lacan, 1953) y la psicología cognitivo-conductual (Rivière, 1981) como un trastorno del lenguaje; en la neuropsicología cognitiva se entendería como la dificultad para mantener un discurso unitario donde la atribución de la intencionalidad está alterada (Rivière, 1981). Para Lacan (1953) el lenguaje puede dar cuenta de la fenomenología del cuadro: condensación y desplazamiento como neologismo y “estribillo” o lenguaje vacío, respectivamente. En la psicosis hay una ruptura con el lenguaje, con el lazo significativo, es decir, un fallo en la articulación del lenguaje.

1.2.2. Elementos Para la Intervención De La Psicosis Desde La Psicología Cognitivo-Conductual.

En esta medida, siguiendo este recorrido diremos que al igual que para la psicología psico-dinámica y el psicoanálisis, como para la psicología cognitivo-conductual, indagar sobre la construcción de la estructuración psíquica de la psicosis implica investigar sobre las teorizaciones hechas acerca de los conceptos como *realidad, representación, lenguaje, símbolo, verdad, razón, pensamiento o locura*. Estas categorías de análisis, cruciales para entender nuestra forma de vida, de comunicarnos,

de comportarnos, fueron elaboradas formalmente, como categorías abstractas, por primera vez en el seno de los movimientos filosóficos de la Grecia clásica, articulando internamente los sistemas de producción de sentidos, logrando establecer puntos de encuentro y desencuentro de pensadores tan importantes como Sócrates, Platón, Aristóteles o Hipócrates.

Entonces hablar de un origen de la psicología cognitivo-conductual nos lleva a pensar en las antiguas civilizaciones que tenían una concepción mágico-animista o demonológica de la gran mayoría de las enfermedades, en especial de los trastornos psíquicos. Según Laín Entralgo (2006) los primeros en ocuparse de las enfermedades mentales y sus comportamientos, fueron sacerdotes; éstos eran los encargados de curar las afecciones internas y del comportamiento, especialmente, las que poseen un carácter mental, que eran consideradas como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.

Las enfermedades se consideraban un castigo divino; por tanto, su práctica estaba en manos de los religiosos; para conseguir la curación se debía descubrir cuál era la causa del pecado, cuál era la falta cometida examinando a la vez su conducta.

La violencia, la aflicción y el canibalismo, al igual que las alteraciones desenfrenadas en el estado de ánimo, del habla y del comportamiento, eran imputadas generalmente a algún poder sobrenatural, siendo estos poderes los responsables de la conducta y por ende de la locura. La vida y la conducta humana, tanto lo llamado normal como lo anormal, estaban a merced de fuerzas desconocidas, externas y sobrenaturales. Los humanos eran llevados literalmente a la locura por el odio, el miedo, la angustia, las ideas, por las pasiones o voces que controlaban, que condicionaban el devenir de los sujetos.

En la época dorada de Atenas comienza a surgir un pensamiento en torno a la psique desarrollado en los siglos V y IV a. C. y se establece el patrón del razonamiento sobre el par mente-locura. Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. Es decir, atribuyeron las enfermedades psíquicas a un origen natural, lo cual subsistió hasta finales del siglo XVIII en Occidente (Alexander & Selesnick, 1996).

Es relevante como antecedente en la construcción de la teoría cognitivo conductual citar a Epíteto, cuyo rastro lo podemos encontrar en el Siglo I, planteando con respecto a las afecciones humanas, a su malestar y enfermedad del alma, que (...) “No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas”, base epistolar de lo que será la psicología cognitivo-conductual. Es decir, es el sentido, la representación que se le atribuyen a las cosas, y en esa medida la construcción de la realidad que le asigna el sujeto a la experiencia vivida y por ende una razón que permite visualizar el porqué de su comportamiento.

Así los griegos buscaron leyes universales que pudieran constituir la base de una descripción de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto.

Este saber filosófico pensaba el conocimiento de las cosas como un proceso de recapitulación simbólica, por el que el sujeto, al apreciar la realidad sensible mediante su conocimiento de los sentidos, sabe de las cosas, de lo no sabido, lo real qué es la cosa y como se origina la cosa misma, el pensamiento, gracias a que el alma, lugar de la experiencia, contiene el recuerdo de las ideas como espacio simbólico que nombra a cada objeto, integrando sentido y razón, como construcción de verdad y la razón de la conducta humana.

Platón (1972) en el libro VII de *La República*, indaga sobre los planteamientos concernientes a la búsqueda de la verdad, de las preguntas que nombran al ser, a su comportamiento, a la concepción y la representación humana a partir de la experiencia, del sujeto temeroso en cuanto sujeto de los sentidos y las sensaciones, la construcción de lo real y la realidad humana en cuanto sujeto de la razón erigido e interpelado por enigmas provenientes de las ideas, de los pensamientos.

En *el mito de la caverna*, Platón realiza un acercamiento al tema de la cognición, en la construcción del sentido que nos muestra cómo en la representación de las sombras se nombra esa verdad imposible de enunciar, pero sí de pensar, de atrapar, de ver, sin embargo, tiene presencia en la ausencia, en la imposibilidad de nombrarla (lo real), pero contenido en el pensamiento, en la forma de representación, en la cognición.

Según Platón (1972) "(...) el mundo en que vivimos, es ese mundo de oscuridad y apariencias que a su vez impide el acceso al mundo de la luz". Sus conceptos parten de la distinción del conocimiento, de la idea entre percepción sensible *-doxa-*, los sentidos, pensados como aquel conocimiento relativo de la realidad y el saber científico y racional *-episteme-*, que se nombra como el verdadero ser de las cosas, la razón: las ideas. Éstas son entidades de un mundo fuera del de las cosas, del sentido primero, que no son más que reproducciones o sombras de las ideas. Gracias a las ideas las cosas son y pueden ser conocidas.

Es esta búsqueda filosófica de los pensamientos que permitirán el desarrollo de la teorización cognitiva-conductual y el lugar de la cognición en la emoción y en la conducta. Es pertinente echar una mirada al siglo XVII con Descartes, Locke, Bacon, en donde sobresalen elementos como que las emociones provienen de las asociaciones de ideas, y cuyo deber ser sería lograr un nuevo conocimiento, y así poner límites y librarse de los prejuicios, de las concepciones morales, es decir de percepciones inexactos preestablecidos y así hallar la razón de las cosas.

Con Descartes (1980/1637) se establece una reelaboración o podríamos decir un replanteamiento de los conceptos establecidos concernientes al sentido y la razón, con un principio, "*la duda metódica*", interesado en la búsqueda de la verdad bajo el empleo de la razón. El saber verdadero y el poseedor de la verdad sobre la realidad no es producto, ni viene de los sentidos, sino de la razón, del conocimiento real de las cosas. Buscando así el sendero hacia una construcción de la verdad independiente del conocimiento del alma, encontrando la verdad en el hecho mismo del ser de la duda y para la duda, planteado en el aforismo "*cogito ergo sum*": pienso luego existo.

El planteamiento de verdad, su conocimiento y la percepción sensorial le permite establecer, junto al núcleo de la sustancia pensante en que se da la visión del cogito, la objetividad de la sustancia extensa. Con ésta afirmación queda fundada la dualidad cartesiana, bosquejando el problema sobre la existencia real de la "*res cogitans*".

Según Döner (1974), van a darse entre los siglos XVII, XVIII y comienzos del siglo XIX, cambios sustanciales con respecto a la forma de abordar la locura, estableciéndose dos condiciones básicas: por una parte, los viejos modelos -lo sacro, el pecado, la culpa- no sirven ya para explicar la locura, y, por la otra, es una sociedad para la que comienza la era de la razón, exigiendo una reordenación estricta de los espacios humanos:

Cualquier forma de irracionalidad, que en la Edad Media había sido incluida en un mundo divino y en el Renacimiento en uno secularizado, fue ahora desenmascarado y colocado fuera del mundo del comercio, de la moralidad y del trabajo, fue arrojado fuera del mundo de la razón (Döner, 1974).

De la conjugación de estas dos condiciones básicas va a surgir la conceptualización de la locura como “enfermedad nerviosa”; ésta se localiza en el órgano enfermo que debe ser curado; emerge la idea de saber qué es lo que el otro padece y, por tanto, se posee y se plantea el surgimiento de un conocimiento sobre la intervención de la enfermedad nerviosa. Es el médico el poseedor de dicho saber.

En este periodo, la noción de enfermedad nerviosa permitió incluir un grupo de alteraciones que no podían comprenderse a partir de la afectación de un órgano aislado, concibiendo “la clasificación de la sintomatología de la enfermedad nerviosa como dependiente del regulador general del fisiologismo, es decir, del sistema nervioso” (Morales, 1974).

Presentando bajo la búsqueda de responder al paradigma de Sydenham, “Todas las enfermedades pueden ser reducidas a especies ciertas y determinadas...” (Sydenham, 1676, citado por López, 1969), dos aspectos importantes y relevantes en el posterior desarrollo de la psicología cognitivo-conductual, la psiquiatría y la fisiopatología moderna: uno que hace referencia a la existencia de “entidades morbosas” que pueden ser clasificadas como las plantas y que estará en la base de toda la nosología moderna, y otro que explica la locura como enfermedad nerviosa permitiendo así la investigación de la cognición, la conducta, la medicalización y la ubicación de la afección mental.

El paradigma de Sydenham será la base que posibilite el desarrollo en el abordaje y pensamiento de la enfermedad mental, creando enfoques diversos, construcciones particulares. La locura en estos momentos es considerada como una enfermedad corporal, es decir, localizada en el órgano y que poco tiene que ver con la interioridad humana, con los sentidos o emociones internas, buscando y ubicando la sintomatología en la interioridad del órgano, las causas corporales que permitan explicarla etiológicamente.

Con Kant (1724-1804) en su texto "Crítica de la razón pura" (1781), va a resaltar el lugar de las representaciones, los significados y los pensamientos, en otras palabras la cognición humana. Kant piensa la naturaleza del conocimiento bajo la integración de dos aspectos, en la capacidad natural humana y en las asociaciones sensoriales, originando una recapitulación que pretende zanjar los problemas explicativos que conllevan a argumentar el origen del conocimiento. Él piensa que las representaciones de las experiencias de los sujetos, son construcciones de la mente humana, que permite entender el mundo real de los objetos y la lógica profunda de las condiciones que la mente impone a la experiencia.

El ocaso del siglo XIX y los albores del XX marcan una apertura hacia una consciencia analítica asentada en el ideal de un saber objetivo sobre la locura. Este saber objetivo se concreta a través de la clasificación exhaustiva de sus fenómenos y de la localización causal en la anatomía corporal.

Todos estos planteamientos tendrán un influjo decisivo en Freud (como fue mencionado en el capítulo anterior), pero para el desarrollo de la psicología cognitivo-conductual será Alfred Adler (1928) en su texto "*Breves anotaciones sobre razón, inteligencia y debilidad mental*", quien abre un modelo cognitivo alejándose de los planteamientos freudianos de la pulsión. Adler (1924, 1927, 1933) utiliza términos como "opinión", "idea de ficción" y "esquema a-perceptivo", para nombrar las creencias inconscientes aprendidas en la época infantil, bajo el influjo del entorno familiar, que son constituidas en las etapas pre-verbales del desarrollo y que junto a las "opiniones secundarias" (creencias adquiridas en la etapa de socialización y verbal del

desarrollo) gobiernan la conducta de todo individuo. Dando paso a la concepción general de la psicología cognitivo-conductual.

Aportes De Aaron Beck, Y Albert Ellis A La Intervención De La Esquizofrenia.

La Psicología Cognitivo-Conductual emprende su recorrido como respuesta a dos postulados que marcan la época, el primero es el Psicoanálisis, todo el desarrollo que se viene dando en el distanciamiento de sus postulados básicos entre los que se encuentran Ellis (1962) y Beck (1967) con toda la influencia de la teoría Alderiana, y otros autores que se encargan de investigar las funciones cognitivas; el aporte de Wunt (1896), con su laboratorio psicología experimental, Piaget (1896-1980) en su argumentación con las etapas del desarrollo, todo el proceso psicoevolutivo, los avances de Paulov sobre las bases neurobiológicas de la actividad psíquica, dan paso a la construcción de esta teoría psicológica, poniendo un especial acento en la evidencia, en la comprobación y en el análisis, buscando la validación e indagación de sus fundamentos teóricos.

Pero quien presenta un desarrollo contundente de lo que va a ser la psicología cognitivo-conductual y a quien se le nombra como uno de los primeros en el ámbito de la teoría cognitiva-conductual es G. Kelly. En sus dos textos de 1955 y 1966, “La Teoría de los Constructos Personales” y “La Teoría de la Personalidad”, respectivamente, plantea que los seres humanos observan al mundo, al entorno y a sí mismos, a través de modelos o condiciones cognitivas que permiten evaluar los acontecimientos de forma tal que posibilita mirar las características personales de los seres humanos y como representan y se comportan en el mundo (Beck, 1987).

Después de Kelly serán Ellis y Beck quienes darán los fundamentos epistolares de lo que es la psicología cognitivo-conductual. Ellis (1962) crea La Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, para Ellis (1980) “La emoción no es un proceso que pueda apartarse del resto de las actividades humanas y es a través de la cognición que estas adquieren una representación significativa” y Beck (1979) en el texto cardinal para la teoría cognitivo-conductual, “*Terapia Cognitiva de la Depresión*”, él considera que la base primordial de análisis de los sujetos es examinar las formas de los afectos y las conductas de los individuos, para hallar una razón de cómo estructuran el mundo.

Estos dos autores darán las herramientas fundamentales para el desarrollo de la teoría cognitivo-conductual.

La Psicología cognitivo-conductual se enfocada en un primer momento en el abordaje del tratamiento de los trastornos afectivos. Quien fue el abanderado en la aplicación e intervención del modelo y del posterior análisis y tratamiento de los síntomas psicóticos fue de Beck (1952), él al encontrar resistencia a los tratamientos farmacológicos por parte del paciente en su padecimiento delirante, en el cual el paciente creer ser espiado por el FBI, durante treinta sesiones, ideó estrategias cognitivas que posibilito al sujeto la capacidad de interrogarse y pensar sobre sus creencias erróneas de ser perseguido por el FBI.

Beck, A.T., Freeman, A. (1990) Afirman que.

Las personalidades paranoides se consideran justas y maltratadas por los demás. Consideran que los otros son básicamente engañosos, falaces, traicioneros y claramente manipuladores. Piensan que quieren interferirles, humillarles, darles un trato inferior, pero todo bajo un talante de inocencia. El afecto principal es la ira por presunto abuso. Sin embargo, algunas personalidades paranoides experimentan además una ansiedad constante por las amenazas que perciben.

Beck y otros en 1979, describieron y argumentaron un análisis que se les efectuó a ocho pacientes con ideas delirantes desde la intervención cognitivo-conductual. Luego del procedimiento psicológico, ellos comenzaron a asumir sus ideas delirantes como configuraciones sobre el significado de ciertos acontecimientos, en lugar de ser verdades exactas, concluyentes y absolutas. El objetivo del tratamiento cognitivo conductual es que el paciente comprenda la forma en que los pensamientos influyen en sus emociones y conductas disfuncionales, facilitando prácticas correctivas o nuevos aprendizajes que fomenten, a su vez, cogniciones y habilidades más adaptativas Beck, AT.(2000).

Según Caballo (1997) la intervención cognitivo conductual en la esquizofrenia debe abordar la dificultad en cuanto a la gravedad del trastorno, la trayectoria que posee en la historia del padecimiento, en su curso y la predicción en cuanto a lo que se espera en el proceso, el pronóstico. Lo anterior sería el producto en la interacción de tres factores fundamentales que acontecen en la esquizofrenia, que son; la vulnerabilidad, el estrés y las habilidades de afrontamiento. El primero se refiere a la predisposición biológica para desarrollar la enfermedad, y está determinado por la interacción de influencias genéticas y ambientales. El segundo sería la influencia socio ambiental que se deriva de escenarios o acontecimientos que pueden exacerbar la sintomatología a partir de la experiencia. La tercera sería la capacidad de resistencia que posee los sujetos para reducir al mínimo las consecuencias negativas del estrés.

Los elementos fundamentales en la intervención cognitivo-conductual de la esquizofrenia serían:

El entrenamiento en habilidades sociales que se basa en una serie de herramientas que posibilitan el aprendizaje social, permitiendo que el individuo esquizofrénico aprenda de forma metódica nuevas habilidades interpersonales.

La terapia familiar conductual que consiste en minimizar lo máximo posible las experiencias familiares estresantes, que puedan empeorar el recorrido de la enfermedad, posibilitando mejorar la comunicación en el entorno y la resolución de los conflictos al interior de la familia.

El entrenamiento de habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales, busca la evaluación, el análisis y descripción funcional del síntoma psicótico y las condiciones que posibilitaron que el síntoma se detonara, al igual que evidenciar las reacciones del paciente, para así identificar las destrezas de afrontamiento que se han utilizado con el sujeto, además del entrenamiento de las alucinaciones y del entrenamiento de los delirios, que consiste en comprender las cogniciones y la forma de enfrentarlo.

En el proceso de entrenamiento en habilidades sociales con esquizofrénicos, se busca que el paciente aprenda de forma continua habilidades que le permitan la interacción con otros sujetos, desde una conversación, hasta la posibilidad de manifestar y articular sentimientos negativos o positivos, responsabilidades y privaciones, todo esto con el fin de alcanzar un buen desempeño y conservación de las interacciones personales, elemento muy importante para la integración social y la adaptación a largo plazo de los pacientes esquizofrénicos.

Lo anterior significa que el entrenamiento en habilidades sociales consistiría en preparar, formar y educar en capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que posibiliten la convivencia y el intercambio social, pues, uno de los elementos más preponderantes del trastorno es el déficit en el funcionamiento social, en las relaciones interpersonales, esta intervención con el fin de combatir la angustia que genera este

factor, provocando la exacerbación sintomática (Bellack, Morrison, & Mueser, 1989; Liberman, 1993).

Esta técnica es fundamental para rectificar el bajo funcionamiento social de los esquizofrénicos (Brady, 1984; Haldford & Hayes, 1992) y para aumentar y fortalecer las capacidades de afrontamiento individual y las habilidades de interacción como forma de apoyo social; con el objetivo de disminuir o prescindir de los elementos estresores del entorno e individuales que pueden perturbar el inconsistente equilibrio o vulnerabilidad subyacente (Bellack & Mueser, 1993).

Las habilidades sociales se piensan como las herramientas conductuales o experiencias cognitivo-perceptivas que facilitan un adecuado funcionamiento interaccional, como el proceso por el cual el sujeto se permite asumir e identificar las resistencias, obteniendo la capacidad social; viéndose fortalecidas las capacidades de comunicación verbal y no verbal, la expresión y diferenciación de sentimientos internos y externos, permitiendo una lectura de las representaciones sociales, de las actitudes y percepciones de los distintos escenarios y contexto de interacción (Mueser & Sayers, 1992).

De acuerdo a Mueser y Sayers (1992) hay unas características fundamentales que posibilitan la intervención bajo el influjo de las habilidades sociales: Una de ellas es que estas habilidades pueden ser aprendidas por personas con déficit o deterioro. También las habilidades sociales realizan una evaluación, análisis e interpretación del contexto de modo que permita ver la situación particular del individuo con respecto a su interacción social, familiar y los niveles de ansiedad que este genera o que es generada por el entorno. Las habilidades sociales son un dispositivo que permite la protección del sujeto en sus relaciones interpersonales e individuales.

Para Bedell y Lennox (1994), el entrenamiento en habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos, plantean dos componentes esenciales, el cognitivo y el conductual, que permiten distinguir con precisión la información derivada de un contexto interpersonal; convertir esta información en un proyecto conductual viable; y ejecutar este proyecto a través de conductas verbales y no verbales que maximicen la posibilidad de lograr las metas y de conservar una buena relación con los demás. Todos estos componentes de las habilidades se organizan en torno a una serie de campos habituales de las interacciones interpersonales que serán examinadas y evaluadas en cada caso; como las habilidades de conversación, de comunicación, argumentaciones tanto negativas como positivas, resolución de conflictos, relaciones interpersonales afectivas, de amistad y del entorno y las capacidades laborales.

En el tratamiento cognitivo-conductual para los delirios y las alucinaciones, según Norman y Townsend (1999), es por la evidencia de los logros obtenidos con la intervención de la psicología cognitivo-conductual en las esferas como la depresión y la ansiedad, que se permitió la aproximación de la técnica al tratamiento de la psicosis; logrando demostrar que los sujetos aprenden, adquieren y amplían sus propias habilidades de afrontamiento para reducir la frecuencia, gravedad y/o exacerbación de los síntomas psicóticos.

Los procesos que se implementaron en la intervención psicosocial de la psicosis y la esquizofrenia, no posibilitaban la resolución de dificultades concernientes a la sintomatología presentada en los mismos trastornos, desconociendo a su vez las experiencias subjetivas y representacional que se evidencia en la psicosis, sin tomar en cuenta en muchos momentos cuadros que acompañan, que presentan y que agudizan el problema como la depresión, la ansiedad, la desesperanza y riesgo de suicidio (Fowler, 1996).

Sin embargo el desarrollo de la teoría cognitiva conductual, posibilitó técnicas asistenciales que permitieron a los pacientes manejar mejor sus experiencias psicóticas, interrogando y enseñando a identificar las ideas erróneas, los pensamientos confusos, procurando modificar las creencias sobre la naturaleza de las experiencias psicóticas, dándole sentido psicológico a la sintomatología presentada (Yusupoff, Haddock, Sellwood, & Tarrier, 1996).

Con relación a las alucinaciones, tanto su intervención como su explicación teórica o argumentación en el procedimiento deben integrarse diversas investigaciones, como la frecuencia en períodos agudos de angustia, el nivel de intensidad de la ansiedad y estrés y su oscilación con la activación psicofisiológica; las características que se presentan cuando aparecen ciertos contextos ambientales, escenarios que complejizan la experiencia alucinatoria que son ambiguas y poco estructuradas, percepciones internas y externas.

Hoffman (1994), plantea que la causa de las alucinaciones se debe a alteraciones en los procesos de programación que articula el discurso y en la elaboración verbal, provocando alteraciones en la experiencia del lenguaje de forma no intencional. Para David (1994), la alteración en el lenguaje, dependen de fallos neuropsicológicos en las vías responsables de la producción verbal o es causada por un déficit en los dispositivos internos de monitorización que codifican el lenguaje interno, pensamientos intrusivos.

La psicología cognitivo-conductual investiga la forma, el contenido y las características de las ideas delirantes. Entonces se plantea que el contenido de los delirios puede poseer un origen emocional, en los que el sujeto en un intento de representación busca dar sentido a experiencias previas anormales, el delirio aparece como un intento de clarificación, de resolución de la experiencia verbal, un intento de explicación comunicacional o bien puede tener un origen defectuoso, un fallo en el lenguaje, derivándose de la interpretación distorsionada de la realidad.

Es importante profundizar y analizar como el contenido representacional del delirio constituye las experiencias a las que el sujeto psicótico debe dar sentido, la forma representa los posibles fallos, distorsiones en el orden del lenguaje, vacíos o limitaciones en los modos en que el sujeto ha sido capaz de dar sentido a esas experiencias (Fowler, Garety, & Kuipers, 1998).

En esta medida el objetivo de la intervención cognitivo conductual es identificar los pensamientos, ideas y creencias, examinar e indagar las evidencias que cimientan esas afirmaciones rotundas, promover la autoobservación y control de las cogniciones, relacionar los pensamientos con el afecto y la conducta, e identificar los fallos y sesgos de pensamiento (Chadwick, Birchwood, & Trower, 1996).

Lo que pretende la psicología cognitivo-conductual en el tratamiento e intervención en la psicosis como principio básico es reducir el nivel de angustia y la interrupción, el fallo en el funcionamiento normal producidos por la sintomatología psicótica residual, disminuir el trastorno emocional y fomentar en el sujeto un reconocimiento y comprensión de la psicosis que posibilite la participación activa en la regulación del riesgo de recaída y de la incapacidad social que habitualmente genera la esquizofrenia.

El trastorno psicótico puede deber su origen a diferentes mixturas, disposiciones y predisposiciones de acontecimientos endógenos y exógenos. Las investigaciones realizadas con rigurosidad y metódicas, no son concluyentes sobre la causa, no brindan suficientes datos para poder tener una tesis clara que nos permita establecer las causas, el origen genético o constitucional de la esquizofrenia y la psicosis.

1.2.3. La Psicofarmacología, En El tratamiento De La Psicosis.

Los sujetos humanos desde épocas inmemoriales han requerido de estratos vegetales para soportar el agotamiento del cuerpo, las dolencias, las enfermedades, el hambre, el frío, el malestar. En la época precolombina los Amerindios mascaban hoja de coca procurando disminuir la fatiga, el hambre, el dolor, toman hierbas alucinógenas, yagé, ayahuasca, también la chicha, que les permitían el encuentro con sus ancestros, les permitían escuchar las directrices dadas para su pueblo y sacar los malos espíritus de la naturaleza que se habían apoderado de sus almas, los chamanes las utilizaban para curar las enfermedades del cuerpo y los males de ojo, que podrían ocasionar la locura o cambios en el comportamiento. Desde tiempos ancestrales las hojas, los tallos y las raíces de las plantas, por sus efectos psicoactivos han sido empleados para rituales mítico religioso, de dominio o posesión, de enfermedad o locura, de angustia o de placer.

Esta variedad de usos en las diversas culturas y épocas han hecho difícil distinguir en los primeros tiempos entre una terapéutica empírica basada en la racionalidad y ciertas prácticas con un evidente contenido mágico-mítico-religioso. (Torres, C. & Escarabajal, M. 2005).

La utilización de los estratos naturales con fines medicinales, rituales mítico-religioso constituyeron un ferviente reflejo de un inconsciente colectivo que nombra, que muestran las huellas e indican los pasos de las ideas y creencias de cada época, de cada región, que les permitía construir, pensar y definir la locura, la enfermedad, la salud, el bienestar, el sentido de lo humano, su ser, su origen, brindando también respuestas a las causas de sus malestares, de sus patologías, ya sean físicas o mentales, o posiciones demoniacas relativas a la salud, a la enfermedad, a los dioses, a la naturaleza.

Pero no podemos dejar de decir que con el paradigma de Sydenham (1624-1689), en donde planteó que las enfermedades mentales deben ser clasificadas como las plantas, permitiendo realizar un arduo proceso que buscó la clasificación, localización y medicalización de las enfermedades mentales, que tardó hasta comienzos del siglo XIX dando paso a la cimentación de la historia de los psicofármacos. Pues hasta este momento la lectura de la afección mental era relativamente inmutable en lo referente a la reserva y falta de interés sobre el malestar mental, sobre su conocimiento y saber, sus vías de intervención, la concepción y localización de la patología y los recursos terapéuticos disponibles no se desarrollaban, sumado al juicio socio-culturales en torno a la locura, proporcionaban pocos recursos de análisis y de profundidad con respecto a la enfermedad mental.

Estas prácticas mítico religiosas sobre la enfermedad mental, la utilización de plantas para la locura, las posesiones demoniacas, revelan que la historia de la psicofarmacología tienen mucho que ver con la historia de la locura y las afecciones mentales, con la enfermedad del cuerpo y el modo en que éstas se han intentado resolver desde planteamientos culturales distintos (Barcia, 1998).

Las primeras evidencias con las que se tienen en occidente que dan cuenta de las representaciones e ideas sobre el origen de las plantas como uso psicoactivo y sus conceptualizaciones filosóficas para la salud y la enfermedad física y mental fueron las de los pensadores Griegos en el período presocrático (Torres, C. & Escarabajal, M. 2005).

La hipótesis humoral de las afecciones del cuerpo será desarrollada por Hipócrates quien recurrió a la observación directa de los signos de la enfermedad, ve como se desarrollaba la patología y el tiempo de la duración, la frecuencia y empleando

la práctica empírica, plantea que la causa de la enfermedad mental va a estar asociada con un desequilibrio humoral, por ejemplo; un exceso de bilis amarilla podía conducir a la locura, un exceso de bilis negra, podrían ocasionar Melancolía (Moreno, 1998a).

Con Galeno (129-199), periodo romano, quien retoma los lineamientos hipocráticos y es conocido como el padre de la farmacología, se plantea que la localización del alma racional se encuentra ubicada en el encéfalo, donde llegaba el aire vital tras su tramitación, tras su tránsito por el corazón. Galeno desde el conocimiento que retoma del saber hipocrático, entendió que un exceso de humor lograba ocasionar una sintomatología cuyas tipologías obedecerían al humor afectado y por ende puede hallarse su localización. Tales características de la afección o de la patología serían decisivas para optar por el procedimiento adecuado (sangrías, cataplasmas, purgantes y vomitivos), proporcionando la cantidad y la dosis requerida para la administración, buscando lograr la normalización del humor, neutralizando las alteraciones humorales que ocasionaron la afección, la patología. Este procedimiento se mantuvo y se desarrolló hasta la edad media (Moreno, 1998b).

Ya a partir del siglo XVII, una movilidad entorno a las concepciones de las entidades morbosas y las hipótesis sobre la locura, van a dar paso a la visión de una medicina empirista, dejando atrás la erudición galénica, cuyo principal representante es Thomas Sydenham (1679), quien busca desarrollar un procedimiento de intervención de la enfermedad mental, a partir de la clasificación y observación clínica de cada una de las características que las afecciones mentales presentan. Esta nueva visión de la enfermedad mental no alcanzó su pleno auge sino hasta finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX con la clasificación Kraepeliana (Escotado, 1999).

De este modo, aunque se sigan empleando hasta esta época de forma generalizada vomitivos, purgantes, sangrías, debilitantes y refrigerantes como procedimiento en la intervención y tratamiento de las enfermedades mentales, se retoman añejos remedios como el opio, la coca, cuyos principios activos cobrarán un verdadero protagonismo en el desarrollo posterior de la psicofarmacología, pues los galenos estaban convencidos de sus efectos beneficiosos en diferentes enfermedades nerviosas y trastornos mentales.

No obstante, se tardará todavía un siglo en aclarar el fundamento científico de la acción terapéutica de muchas de estas sustancias, que se inicia en el siglo XIX con el aislamiento de sus principios químicos activos (Torres, C. & Escarabajal, M. 2005).

Según Torres & Escarabajalo (2005) durante el recorrido del siglo XIX y hasta los primeros treinta años del siglo XX se presentaron una serie de sucesos disímiles que van a contribuir en la construcción de elementos fundacionales básicos sobre los cuales se erigirá la psicofarmacología actual. Planteando que en este periodo se comienza a sentir la necesidad de saber sobre las verdaderas bases etiológicas de los efectos curativos que contienen las plantas psicoactivas, lo que marca el comienzo de una nueva era científica enmarcada en la investigación que busca la utilidad real de los remedios terapéuticos clásicos, sus componentes, sus principios activos y las alteraciones bioquímicas inscritos en el fisiologismo humano. Esto permite la creación de los primeros laboratorios de tipo experimental de características psicobiológicas.

Con todo este conocimiento el siglo XIX va a ser testigo de los primeros laboratorios y estudios experimentales, desarrollados y abanderados principalmente por Wilhelm Wundt (1892), dedicados a estudiar los procesos intelectuales humanos, observan el comportamiento y analizan de forma metódica los efectos de la ingesta controlada de sustancias psicoactivas para el estudio de la psique, dando paso al estudio y al inicio de la psicofarmacología actual.

Paralelo a esto, los trabajos conductuales que se vienen desarrollando con animales también adquieren una especial notabilidad en este periodo del siglo XIX, en cabeza del farmacólogo Match, se utilizaron diversas pruebas experimentales para examinar y ahondar en las modificaciones, efectos y variabilidades conductuales de numerosas sustancias psicoactivas, destacándose la observación de la conducta de un individuo en un laberinto, o el estudio de diversas modalidades de respuesta condicionada asociadas con recompensa. Sus investigaciones experimentales fueron nombradas por el autor con el término de psicofarmacología (Torres, C. & Escarabajal, M. 2005).

Ahora bien, tras los limitantes e interrogantes del tratamiento moral que tiene su mayor auge y popularidad en los siglos XVIII y XIX se asiste a una nueva visión con respecto a la enfermedad mental cuyo carácter es localizacionista y a la vez a un cambio en la comprensión del estudio de las psicopatologías con un abordaje positivista que hace lectura de la fisiología de la mente a las funciones cerebrales. Esta nueva línea de investigación postula que la enfermedad mental debe contener un correlato asociado a alguna alteración, daños o lecciones cerebrales.

Con esta hipótesis las intervenciones buscan la manipulación directa de dicha alteración, pese a que se tenía pocos hallazgos, o una información poco precisa. Con este panorama emergerán nuevas formas de evaluación de la enfermedad mental donde predominarán las intervenciones de un carácter más biológico, abriendo paso a una mirada somática de la afección, facilitando el futuro de la psicofarmacología como una nueva forma de terapia. Con un mayor impulso en la mitad del siglo XX.

De esta manera se realizaron prescripciones de opiáceos, que se ingerían en forma de tabletas o como un preparado de vino blanco, azafrán, clavos, canela y otras sustancias además del opio. También se suministraron metales pesados en la terapéutica, destacando el uso del litio como estabilizador del humor y el estaño como sedante eficaz para ciertas enfermedades mentales. La investigación farmacológica también condujo al descubrimiento de los alcaloides que poseen una gran capacidad de sedación, sin perder los niveles de consciencia como la sarpaganga (*Rawolfia serpentina*) es un arbusto que crece principalmente en los Himalayas, es una planta de tradición curativa para los pueblos orientales.

Contiguo a las terapias con narcóticos, había terapias de choque que al igual que la narcosis ocuparon un terreno sobresaliente en los tratamientos de la época, como el tratamiento con alcanfor, una sustancia que fue estudiada por Brown, a quien le llamo la atención por sus efectos estimulantes y convulsivos. Hacia 1930 Ladislav Von Meduna, médico Húngaro, observo casos crónicos de esquizofrenia que fuera de eso padecían de ataques epilépticos, lo que le llamo la atención es que los pacientes mejoraban en ocasiones sus síntomas después de sufrir las crisis. L. Von Meduna implemento una técnica de inducción a las convulsiones a través de una inyección intravenosa de cardiazol que generaban una serie de crisis (Choques). Siendo pionero en la inducción convulsiva con drogas para tratar la esquizofrenia.

También, tomando una lógica similar, M. Sakel introduce el tratamiento de choque insulínico, tras descubrir de forma casual que una dosis excesiva de insulina ingerida por un enfermo mental diabético le había provocado un estado de coma con convulsiones que había mejorado las condiciones de su estado psicótico (Torres, C. & Escarabajal, M. 2005).

Estos tratamientos de inducción de crisis convulsiva con drogas (choques), quedaran un poco relegadas tras la introducción de la terapia electroconvulsiva, implementada por Cerletti y Bini en 1938, y que será el tratamiento bandera para la

intervención de la esquizofrenia. El apogeo de este procedimiento y de la lobotomía prefrontal, sólo empezó a menguarse tras el hallazgo de los primeros agentes antipsicóticos (Barcia, 1998), sin desconocer que la intervención con la terapia electroconvulsiva se continuó empleando en casos de psicosis maníaco-depresiva. Pero debemos tener presente que todos estos tratamientos han presentado efectos poco sólidos en el alivio de las distintas psicopatologías.

Todo este procesos de choques posibilitó la aceptación de clínicos, dándole la bienvenida al desarrollo de los psicofármacos a partir de la década de los cincuenta, y que supondrían un claro punto de inflexión en el desarrollo de la farmacología (Torres, C. & Escarabajal, M. 2005).

Los Primeros Psicofármacos, En Búsqueda De Una Enfermedad.

Desde el año 1950 se van a dar una serie de hallazgos experimentales, algunos de los cuales casuales y fueron adquiridos por la clínica a partir de accidentes que iban a tener una influencia decisiva en el surgimiento y desarrollo de los psicofármacos. En consecuencia, el develamiento de los efectos terapéuticos de algunos elementos psicoactivos, posibilitó ahondar en una vía de investigación centrada en la búsqueda de sustancias, agentes neurolépticos para la intervención y el tratamiento de las enfermedades mentales, permitiendo elaborar hipótesis sobre la psicopatología.

Según Torres C. (2005), para muchos autores la historia de la psicofarmacología moderna se inicia con el descubrimiento de la clorpromacina y el haloperidol a comienzos de los años cincuenta. El descubrimiento de este psicofármaco tiene su origen en los hallazgos accidentales realizados por H. Dale, quien observó que la histamina era un constituyente natural del cuerpo animal, y comprobó su implicación en condiciones patológicas como el asma, la alergia o el shock anafiláctico.

Pero en sí, el hallazgo del primer grupo de agentes neurolépticos se debe al amplio interés que despertó la investigación sobre sustancias antihistamínicas que se generó en Francia luego de la segunda Guerra Mundial, con los estudios realizados con las fenotiazinas. La fenotiazina fue sintetizada en 1803, en esta época no se encontró que tuviese acciones terapéuticas que pudiesen ser empleada en la clínica. Esta se encuentra relacionado con colorantes sulfurosos del tipo del azul de metileno, siendo empleadas por la industria de los colorantes, además, se advirtió que poseía acciones antisépticas en árbol urinario y aparato digestivo. Por dicha razón la fenotiazina, ha sido utilizada a partir de 1934 como antihelmíntico y antiséptico urinario, con resultados nada halagüeños, muy escasos.

Sin embargo, la investigación para la síntesis de nuevos derivados fenotiazínicos se estimuló en esos años, y como resultado se obtuvieron algunos agentes con interesantes propiedades farmacológicas, como la prometazina y la piritiazina (potentes antihistamínicos), la dietazina y etopropazina (antiparkinsonianos). Finalmente, en la segunda mitad de la década de los 40 se estudiaban sus propiedades antihistamínicas, aunque las manifestaciones tóxicas de estos agentes imposibilitaron su uso clínico.

Pero esta toxicidad de la fenotiazina según el trabajo de Ehrlich permitió observar que la sustancia posee capacidad bactericida, el objeto del estudio era hallar una sustancia derivada de la fenotiazina capaz de destruir agentes patógenos y respetar las células humanas. Debido a estos logros el grupo de investigación dirigido por P. Charpentier, en Francia, desarrolló derivados fenotiazínicos con una cadena aminada, similar a la existente en las moléculas dotadas de actividad antimalárica. El resultado de este proceso de desarrollo fue la síntesis, entre 1946 y 1948, de la prometazina (RP-

3277) y de la dietazina, posteriormente comercializada con el nombre de Diparcol® (López-Muñoz, Álamo y Cuenca, 2002).

Paralelamente el italiano Daniel Bovet, siguiendo la misma línea investigativa que había tomado Charpentier en Francia, describió las propiedades antihistamínicas del maleato de pirilamina en 1944, y posteriormente estudió los efectos antihistamínicos de las fenotiazinas sintetizadas por E. Fourneau, lo que posibilitó, la introducción de los derivados al ámbito clínico; la fenbenzamina (Antergan®), la difenhidramina (Benadril®), y en 1946, la prometazina (Fenergan®).

Entre los fármacos antihistamínicos investigados, Laborit 1947, se encontró que la prometazina, cuya capacidad para prolongar el sueño inducido por barbitúricos, poseía una actividad anti-shock aceptable, por lo que la adicionó a otra sustancia de tipo morfínico, la dolantina (Dolosal®), creando el llamado «cócktel lítico», evento que, en la historia de la anestesia, supondría el origen de la neuroleptoanalgesia. Posteriormente, el cócktel de Laborit sufriría numerosas modificaciones, incluyendo la adición de dietazina (cócktel Dip-Dol, Diparcol-Dolosal) o, incluso, más tarde, clorpromazina. El nuevo fármaco, calificado por numerosos autores del momento como «la droga de Laborit», se denominó clorpromazina y fue comercializado en Francia por Rhône-Poulenc en 1952. El nombre comercial, Largactil®, pretendió reflejar su amplio abanico de actividades; gangliolíticas, adrenolíticas, antifibrilatorias, antiedema, antipépticas, anti-shock, anticonvulsivantes, antieméticas (López-Muñoz, Álamo y Cuenca, 2002).

Laborit (1952) a partir de los efectos quirúrgicos de la clorpromazina, dice que los hechos observados pueden anticipar ciertas predicciones para el uso en psiquiatría. Esto llama la atención de algunos médicos psiquiatras como Delay y P. Deniker, quienes resolvieron indagar la capacidad de esta sustancia para apaciguar a pacientes con enfermedades mentales. Obteniendo que la sustancia presenta una eficacia terapéutica como agente antipsicótico suministrada de forma continua, con una mayor relevancia en los estados maníacos y confusionales, y no tanto, pues presenta una respuesta muy pobre en casos de depresión y en casos de esquizofrenia crónica (López-Muñoz, Álamo y Cuenca, 2002).

La influencia de Delay y Deniker fue decisiva en el futuro de la psiquiatría y la psicofarmacología, ya que, no solamente evaluaron la importancia terapéutica de la clorpromazina, sino que la propagaron ampliamente y desarrollaron las primeras pautas para la administración de este primer psicofármaco. No obstante, la figura de Henri Laborit debería ser reconsiderada, desde el punto de vista histórico, pues sentó las bases indispensables para el posterior trabajo de los psiquiatras del Sainte-Anne (López-Muñoz, Álamo y Cuenca, 2002).

Según Torres C (2005), el conocimiento de tales resultados se iba a extender con rapidez entre la comunidad científica, acelerando el desarrollo de nuevas fenotiacinas a partir de la modificación de la estructura básica de la clorpromacina como trifluoperacina, flupenacina, tiotixeno, clozapina, olanzapina.

Otro acontecimiento importante que tiene lugar en la década de los años cincuenta es el descubrimiento del haloperidol, que se inicia en 1953 con los trabajos de Janssen con derivados anticolinérgicos. Uno de los derivados de la normeperidina, una butirofenona, mostraba potentes efectos narcóticos en animales, lo que estimuló el desarrollo de nuevos compuestos, entre los cuales se encontraba el haloperidol (R1625 o butirofenona nº 45). Los estudios con animales y seres humanos se iniciaron de forma casi simultánea, y pronto se

comprobó la efectividad de esta sustancia en el tratamiento del *delirium tremens* y de la agitación motora con independencia de su etiología (Torres, C. & Escarabajal, M. 2005).

El desarrollo y las pruebas investigativas a partir de la década de los años 60, confirmaba la eficacia de la clorpromazina en el abordaje de diferentes trastornos mentales, aunque es importante y se hace necesario y pertinente desarrollar e implementar aún más nuevos procesos de intervención psicoterapéutica, no solo como soporte sino como tratamiento de estabilización sintomática de los cuadros psicopatológicos, aportando también en la readaptación psicosocial del paciente.

La clorpromazina inicia una nueva etapa en el control de algunos síntomas de las enfermedades mentales, mostrando ventajas frente a los procedimientos biológicos existentes, sobre todo frente a las terapias de choque, la clorpromazina aportaba una serie de ventajas sobre la reserpina, como un inicio de acción más rápido y un efecto antipsicótico más potente. También se debe tener presente que no se ha establecido claridad que permita la aceptación sobre la posológica que debía ser suministrada, entonces los análisis están dependiendo de la dosis de administración, de la susceptibilidad individual al producto, de la naturaleza de la patología y de la técnica empleada. Asuntos complicados que no permiten dar una línea precisa sobre el abordaje con la clorpromazina y el haloperidol (López-Muñoz, Álamo y Cuenca, 2002).

En esta década se investigó la eficacia del neuroléptico en los cuadros maníacos depresivos, sobre todo en las fases maníacas, los procesos agudos asociados a las psicosis y los estados de confusión mental. Los resultados de los estudios de la época presentaban que los pacientes mostraban mejoría y además los pacientes reducían la frecuencia y la duración de los ataques. Pero para los cuadros depresivos y melancólicos, los estudios mostraron que la eficacia de la clorpromazina era habitualmente nula, siendo necesario el recurso de la terapia electroconvulsiva. Es pertinente tener en cuenta que los neurolépticos sólo atenúan el curso morbo de la enfermedad mental y ocasionan efectos adversos.

Los primeros síntomas desfavorables ocasionados por el uso de los neurolépticos hallados en las investigaciones fueron letargia, hipotensión ortostática, ictericia, inflamaciones dolorosas en los lugares de inyección, sequedad de boca y el desarrollo de un síndrome con características similares al Parkinson. También en algunos casos presentaban; flebitis, con riesgo de infarto cardíaco o pulmonar, artritis reumatoide, dermatitis, galactorrea, visión borrosa y aparición de cuadros depresivos.

Pero una de las particularidades más preponderantes de los efectos adversos de los neurolépticos clásicos, es la inducción de síntomas motores de tipo extrapiramidal (temblor y bradicinesia). Los pacientes relatados en los estudios presentaban una inhibición motora, con un caminar inestable y una ausencia de expresión facial, movimientos estereotipados similares a los que presentan los enfermos de Parkinson, pero sin la rigidez muscular (López-Muñoz, Álamo y Cuenca, 2002).

Pero entre los efectos más desfavorables de los agentes psicofarmacológicos típicos, se destaca el trastorno denominado Síndrome Neuroléptico, siendo muy grave y con consecuencias que pueden conducir a la muerte. Las características clínicas que presenta el Síndrome Neuroléptico son el aumento de la temperatura corporal, alteraciones vegetativas, rigidez muscular y afectaciones neurológicas de tipo extrapiramidal.

En la historia de la psicofarmacología se podría hablar de tres hechos fundamentales que le darían el avance a la psiquiatría biológica, serían tres momentos que marcan el abordaje de la esquizofrenia, que sería en primer lugar la introducción de

la clorpromazina en la clínica de la psicosis, el segundo hecho la síntesis del fármaco hasta llegar al Haloperidol y el tercero sería en los años ochenta con el hallazgo de las propiedades atípicas de la clozapina. Estos tres hechos muestran el camino y posibilitan el avance farmacológico en la intervención de la esquizofrenia (López-Muñoz, Álamo y Cuenca, 2002).

La introducción de la clozapina es, probablemente, el evento más importante, después del descubrimiento de la clorpromazina, dentro del campo de la psicofarmacología antipsicótica. Además, este fármaco presenta unas características farmacológicas diferenciales, que permitieron acuñar el término de "antipsicótico atípico" (Alamo, C. López-Muñoz, F. Cuenca, E, 2000)

Es claro que con la reintroducción de la Clozapina, se establece en la psicofarmacología un punto de inflexión muy importante en el conocimiento de la etiopatología de los trastornos mentales y en el tratamiento de la enfermedad mental, en particular de la esquizofrenia, posibilitando líneas de investigación de agentes antipsicóticos atípicos, denominados de segunda generación como la risperidona o la olanzapina, encontrando en estos psicofármacos menores efectos extrapiramidales que los medicamentos de primera generación como el Haloperidol.

1.2.4. La Intervención De La Psicosis Desde La Psiquiatría Biológica

En la explicación psiquiátrica del siglo XXI, referida a la psicosis, no hay una delimitación conceptual rigurosa que permita diferenciarla de la esquizofrenia. En la mayoría de la nosología refería a estos conceptos, clasificada en los manuales psiquiátricos, aparece de una forma indistinta, e incluso reseñada al mismo conjunto de signos y síntomas descritos a estos síndromes. La psicosis aparece como el síndrome cuyas características y síntomas son compartidas por otras enfermedades.

De acuerdo a la definición dadas por el DSM IV TR (2010) sobre la psicosis plantean que:

(...) el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Los trastornos de esta sección hacen énfasis en diferentes aspectos de las definiciones del término psicótico. En la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante (DSM IV TR, 2010).

En esta medida el término psicótico se establece como fundamento sintomático que posibilita clasificar un conjunto de trastornos que comparten la sintomatología psicótica. En los manuales no aparece una descripción específica de la psicosis, Solo aparece de forma clara y específico en el trastorno psicosis breve que se refiere y comparte la misma sintomatología de la esquizofrenia, pero la diferencia reside en el tiempo, la psicosis tendría una fase activa de menos duración.

No obstante en las prácticas discursivas de la psiquiatría actual, no solo reduce su conocimiento, su experticia aun proceso descriptivos nosológicamente dados de los

trastornos mentales realizados por la Asociación Americana de Psiquiatría, y clasificados en el DSM IV TR, y por la OMS, clasificados en CIE 10, que facilitan un proceso de diagnósticos, sino que necesitan recurrir a otras disciplinas que permitan tener una posibilidad en el tratamiento de estos trastornos, como los procesos bioquímicos por alteraciones de la estructura y por la parte genética por funcionamiento del encéfalo.

Ambos procesos disciplinarios son importantes en la psiquiatría biológica en la medida que la nosología le permite describir de forma hipotética y tener un referente en el proceso de diagnóstico, y como segunda medida la necesidad de construir un proceso explicativo que permitiría un acercamiento en el tratamiento de la psicosis, dado que para todas las ciencias dedicadas al tratamiento de esta enfermedad aún aparece como un misterio, aun no explicado de forma certera, dado que las explicaciones se quedan solo en hipótesis que no han alcanzado a ser verificadas de forma contundente y clara.

Como por ejemplo la etiología de los trastornos desde el punto de vista genético y molecular permanece sin ser aclarada completamente. En los estudios más recientes, se intenta encontrar una vía común que explicara, al mismo tiempo, las causas moleculares de la esquizofrenia y de la paranoia, hallando polimorfismos génicos comunes a ambos trastornos. Actualmente se toma de forma casi universal la hipótesis dopaminérgica como explicación biológica de la aparición de la esquizofrenia (Carlsson, 1988). Esta argumentación se sostiene en parte por el hecho de que la acción de los neurolepticos, quienes bloquean los receptores dopaminérgicos, disminuyen los síntomas de la psicosis y de la esquizofrenia.

Esta hipótesis se apoya en un axioma indirecto que plantea que al ingerir de forma frecuente contrarios dopaminérgicos (anfetaminas, cocaína) produce el desarrollo de síntomas paranoides, como las ideas delirantes las más frecuentes (Sato et al., 1992).

En tanto a la clasificación la psicosis y la esquizofrenia dentro de un mismo cuadro sintomático, ambas comparten los síntomas positivos (alucinación, delirios, catatonía, y lenguaje desorganizado) y los negativos (pobreza afectiva, elogia, abulia, anhedonia, problemas cognitivos y de pensamiento) y de otro lado se encuentra la explicación de la psicosis y la esquizofrenia.

DSM IV TR (2010): La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

Mientras que:

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (Criterio A). Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad (Criterio B). La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (un alucinógeno) o a enfermedad médica (hematoma subdural) (Criterio C) (DSM IV TR, 2010).

La forma más plausible de explicación y tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia, es a través de los fundamentos de la fisiopatología la cual sostiene la hipótesis de que el problema de la psicosis es causada por factores bioquímicos o neuroquímicos. La explicación en esta medida está fundamentada en problemas en el mecanismo de acción neuronal en la transmisión postsináptica principalmente de un aumento de la dopamina, especialmente en las vías de conducción mesolímbicas y en los receptores D2, que serían los causantes de los síntomas positivos de la psicosis y esquizofrenia descritos anteriormente, y una hiperactividad del receptor D1 del lóbulo frontal, ubicado específicamente en el prefrontal.

No obstante, esta hipótesis ha sido revisada por la investigación de fisiopatólogos, en la que demuestran que los fármacos utilizados para el tratamiento de la psicosis, (antipsicóticos) tienen un efecto más relevante en la acción serotoninérgica, que no darían cuenta de los síntomas positivos.

Por ello de acuerdo a Roca et al (2010) llevaría a una reformulación de la hipótesis inicial sobre la hiperactividad dopaminérgica:

(...) la última reformulación de la hipótesis dopaminérgica dominante en la actualidad, es la denominada hipótesis glutamatérgica. Esta hipótesis defiende que factores genéticos y ambientales en el desarrollo inicial provoca un desequilibrio en el sistema (antagonista) glutamatérgica, sobre todo en el córtex frontal, que actuaría, como el factor causal del posterior dopaminérgico, tanto de la hiperactividad del D1 en el córtex frontal como de la hiperactividad D2 límbica (Roca et al, 2010, pag 189).

La primera forma posible para el tratamiento de la psicosis y de la esquizofrenia consistían en fármacos que actúan como bloqueadores de dopamina, llamados antipsicóticos o antes considerados como neurolépticos, que buscan el mejoramiento de los síntomas positivos de la psicosis, y con la última hipótesis se pretendían utilizar conjunto con los antipsicóticos, fármacos glutamatérgicos como la glicina, D-serenia, ampacina, que posibilitaría el mejoramiento de los síntomas negativos.

Los primeros fármacos utilizados en el tratamiento de las psicosis, era los neurolépticos típicos o clásicos, la Clorpromazina y el Haloperidol, que tienen su efecto sobre la dopamina, pero su potencial de acción tienen efectos secundarios muy fuertes en los pacientes que la consumen, por ello fueron dejados a un lado como la forma más posible de tratamiento. No obstante en la actualidad aún se siguen utilizando un tipo de antipsicótico típico como estrategia de tratamiento más viable para la psicosis, el más utilizado en Colombia es el Haloperidol.

En la actualidad, hay una nueva generación de antipsicóticos denominados atípicos, cuya función es más eficaz que los neurolépticos clásicos. Estos tienen menos efectos secundarios, e impactos neuroquímicos, dado que tienen un potencial de acción más potente, generan menos deterioro cerebral y afecta muy poco áreas del cerebro que puedan alterar sus funciones, en el bloqueo de los espacios neuronales dopaminérgicos, como la Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Clozapina.

El desarrollo de los neurolépticos atípicos, con perfiles receptoriales más específicos que los antipsicóticos de primera generación, ha ampliado las posibilidades terapéuticas de este trastorno. Además, los antidepresivos pueden estar indicados en este trastorno, especialmente en las formas hiposténicas de los delirios crónicos donde las complicaciones depresivas son especialmente frecuentes (delirio sensitivo de referencia).

La utilización de los antipsicóticos de acuerdo al artículo científico *farmacología de la psicosis*, (2010):

(...) la atipicidad similar a los ya existentes (bloqueo de múltiples receptores, agonismo parcial dopaminérgico), fármacos atípicos ya conocidos con nuevas presentaciones, principalmente de acción retardada que puede favorecer la adherencia y nuevas dianas, especialmente la acción sobre la vía glutamatérgica (p.271).

Con ello se espera la aparición de nuevos fármacos que actúan bloqueando múltiples receptores, algunos ya comercializados en otros países, como iloperidona o arsenapina, otros muchos en distintas fases de investigación (C. A. Jones y McCreary, 2008). Otro mecanismo de acción que confiere atipicidad a los fármacos antipsicóticos es el agonismo parcial D2, que modularía la función dopaminérgica según el nivel de actividad de la vía, es decir actuaría como antagonista en la hiperactividad mesolímbica y como agonista en vías hipodopaminérgicas, mejorando tanto sintomatología positiva como negativa (Costentin, 2009).

Pero aunque estos han servido para el mejoramiento sustancial de los síntomas positivos, no tienen efecto en los síntomas negativos. Los antipsicóticos atípicos tienen más un potencial de acción serotoninérgico que dopaminérgico, por ello también actúa sobre la agresividad. Por ello Roca et al. (2010) arguye que “Sin embargo, los intentos para demostrar una hiperactividad dopaminérgica primaria en la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos han dado resultados tan contradictorios como inconsistentes” (Roca et al. 2010).

También se está buscando fármacos que actúen sobre los circuitos glutamatérgicos. A partir de observaciones clínicas donde antagonistas del receptor NMDA, como fenilciclidina (PCP) o ketamina, empeoran la sintomatología de pacientes esquizofrénicos o inducen sintomatología psicótica en sujetos sanos, planteado hipótesis de una hipofunción glutamatérgica corticolímbica en el origen de la esquizofrenia. “Fármacos agonistas del receptor glutamatérgico NMDA, como glicina y D-Serina, han mostrado cierta eficacia como tratamiento coadyuvante, aunque no están comercializados para uso clínico (Hui, Wardwell y Tsai, 2009; Tuominen, Tiihonen y Wahlbeck, 2006)” (Pérez et al, 2010).

No obstante, esta vía etiológica común no explicaría completamente el origen de ninguno de los dos trastornos, puesto que existen importantes diferencias sintomáticas entre ellos, especialmente en lo relativo al deterioro cognitivo (inexistente en la psicosis y acusado en la esquizofrenia). Por otra parte, la psiquiatría biológica busca formas que le permitan contrastar y verificar empíricamente las causas que generan la psicosis, para ello la psiquiatría actual se fundamenta en la neuroimagen, como técnica que le está posibilitado sentar bases teóricas en la hipótesis en donde la psicosis es explicado como estructural y funcional del cerebro.

Los resultados obtenidos en el artículo *paradigma auditivo emocional en neuroimagen* (2005) dice que “En los análisis preliminares se observa una clara diferenciación según el estímulo sea emocional o no emocional, tanto en la intensidad de la activación (corteza temporal derecha e izquierda) como en la activación de áreas específicas (precentral y supramarginal derecha)” (Sanjuán, 2005).

Los mapas de activación para cada paradigma no emocional/ emocional se obtuvieron a partir de las imágenes del grupo de 10 sujetos controles, se puede observar cómo la activación, cuando se utilizan estímulos mediante palabras sin contenido emocional, se sitúa, principalmente, en la circunvolución temporal superior. Cuando el estímulo auditivo se realizó mediante palabras con un alto contenido emocional se obtuvieron áreas de activación en regiones similares,

pero con una mayor extensión que en el caso del paradigma no emocional, principalmente en la circunvolución temporal superior y temporal media.

Cuando se utilizaron estímulos auditivos con contenido emocional se evidenció una activación suplementaria estadísticamente significativa en el área poscentral derecha y en el giro supramarginal derecho que no se dio en el caso de los estímulos sin contenido emocional (Sanjuán, 2005).

Las conclusiones a las que llegaron fueron que “El paradigma presentado permite observar una diferenciación en la activación cerebral de la respuesta a estímulos auditivos emocionales y podría ser de utilidad en pacientes psicóticos” (Sanjuán, 2005).

En lo estructural, se piensa la hipótesis de que “se trata de delimitar en qué áreas específicas se produce una reducción del tamaño. En un reciente metaanálisis de los estudios morfométricos se pone en evidencia que prácticamente todas las áreas del cerebro se han visto implicadas. Sin embargo, el lóbulo temporal izquierdo aparece como la región cerebral más frecuentemente afectada” (Roca et al. 2010).

En las técnicas funcionales como: la resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computarizada por emisiones de fotones simples (ESPECT) han posibilitado las hipótesis como posible explicación causal de la psicosis “la hipoactivación de diversas áreas cerebrales (sobre todo frontales), tanto ante tareas cognitivas como ante estímulos emocionales. La anormal actividad en áreas del lenguaje asociadas a las alucinaciones auditivas” (Roca et al, 2010).

Pero las expectativas de los investigadores en el tema de la psicosis no han sido tan esperanzadoras ya que la psicosis aparece como un misterio, una nebulosa de contenidos múltiples. Roca et al (2010) menciona al respecto “Sin embargo, aunque hemos avanzado, estamos muy lejos de resolver los principales enigmas; más bien, estas técnicas han facilitado que surjan nuevos interrogantes. Los estudios se deben dividir, según las técnicas, en estructurales y funcionales”.

La disciplina psiquiatría está buscando una explicación genética en la causa de la esquizofrenia, a través del análisis del fenotipo alternativo y endofenotipo:

En cualquier caso, muchos investigadores, estamos tratando de abordar el tema buscando lo que se ha denominado fenotipos alternativos y endofenotipos; en nuestra opinión existe cierta confusión en lo que se ha denominado endofenotipos, primero debemos definir y diferenciar que entendemos por fenotipo alternativo que por endofenotipos (Pérez, 2010).

Todavía los investigadores no saben que hay problemas en la relación endofenotipos y fenotipos, pero no se sabe aún con precisión qué tipo o cuáles de ellos son los que actúan específicamente como causantes de la esquizofrenia y la psicosis; hay consenso en general sobre la necesidad de fenotipos alternativos a las esquizofrenias y enlazarlos a los diferentes fenotipos, sobre lo que no hay consenso es en cuáles son los fenotipos alternativos, los endofenotipos más apropiados (Pérez, 2010).

Otro de los factores relevantes como causal de la psicosis se fundamenta en la hipótesis dada por National Comorbidity Survey, en su artículo *Trauma y psicosis* (2007), que plantea que “Los malos tratos físicos infantiles fueron el único factor predictivo significativo de psicosis en toda la muestra después de controlar la depresión.”

Read et al. (2010) aseguraban que más que la diátesis de que las enfermedades psicóticas estén relacionadas únicamente con un factor de vulnerabilidad biológico-genético, en algunos pueden estar relacionadas con alteraciones neuroevolutivas tempranas a causa del maltrato infantil. Los resultados actuales confirman la idea de que:

(...) los malos tratos físicos infantiles pueden ser una experiencia que altera el desarrollo neurobiológico e incrementa el riesgo de enfermedad psicótica. Además, es posible que el trauma acumulado también potencie el riesgo, dada la asociación positiva entre el número de tipos de experiencias traumáticas y el riesgo de una enfermedad psicótica (Read et al. 2010).

La psiquiatría biológica del siglo veintiuno es una práctica discursiva que se fundamenta en la investigación, práctica e intervención de la esquizofrenia, la psicosis, en hipótesis, algunas contrastadas y otras sin contrastar, pero lo cierto es que ninguna de ellas han sido verificadas de tal forma que de una certeza clara de la causa de la psicosis. Por ahora aparece como una enfermedad multicausal o como un enigma dado la intangibilidad en la que se presenta el trastorno.

Roca (2010) retoma dos proposiciones planteadas por Heinimaa en donde la psicosis marca límite absoluto de la inteligibilidad, dado que la intervención clínica al denominador cuadro de psicosis no alcanza a eliminar el problema de la imposibilidad de captar positivamente la realidad de ese otro y por otro lado plantea que el otro problema de la psicosis es que no se presentan características establecidas y confiables para la labor de la ciencia, en donde, los síntomas generen programas de detención temprana.

En esta medida la psicosis en la actualidad para la labor clínica e investigativa aún aparece como un enigma a descifrar, como un misterio en el que las causas son inexplicables y multicausales, no se tiene certeza alguna de lo que la causa en realidad.

La ciencia en estos momentos no puede dar una verdad argumentativa en sus explicaciones, y muchos menos en decir cuales son la forma más posible en el tratamiento de la psicosis, dado que la misma psiquiatría biológica admite que es uno de los trastornos inexplicables ya que en él no solo suceden alteraciones de tipo biológico, incluso la misma psiquiatría biológica actual piensa que es más plausible una posible explicación más psicológica que biológicas. De acuerdo a Roca (2010) “la psicosis se define como un concepto fenomenológico – psicológico que no tiene (probablemente no pueda tener) una definición biológica que cubra el término. No hay marcadores biológicos para la psicosis”.

Podemos decir, pues, que la aproximación actual al hecho y al fenómeno de los psicóticos supone un esfuerzo de integración de datos y pruebas que proceden de campos muy variados del conocimiento. Queda en suspenso la pretensión de la psiquiatría de establecer enfermedades discretas sobre la única base de la investigación neurocientífica, pero tampoco podemos abandonarnos acríticamente a la idea de que lo psicótico supone mecanismos psicopatológicos únicos, que se inscriba en la mente y, por tanto, no sólo un cerebro vulnerable a determinados acontecimientos que desencadenarían la enfermedad. La psicosis es un camino aún abierto (Roca et al, 2010).

1.2.5. La Psiquiatría En Colombia.

Hablar de la psiquiatría en Colombia, sobre la enfermedad mental y la concepción de locura, es emprender un recorrido por la historicidad de un país de tres grandes cordilleras que unen y al mismo tiempo separan, tres historias juntas para una sola nación, es ahondar en su multiculturalidad y permitirnos un camino sobre el pensamiento y creencias de los amerindios que vivían y viven en territorio Colombiano, de los Afrocolombianos que desembarcaron forzosamente en nuestras playas y de las

creencias occidentales que traían los españoles. Los amerindios poseen una concepción mística-naturalista en la forma de concebir a lo humano, su comportamiento y dolencias. Los afrocolombianos con sus rituales místicos y deseo de retorno a su tierra ancestral, pensaban sus dioses y el cosmos como prolongación del mundo natural y no como un mundo sobrenatural, ni espiritual propio de occidente.

Ambos poseían características en donde se entre mezclan elementos y saberes de la tierra, naturalistas, místicos y mágicos en la concepción del hombre. Es decir, que lo que los sujetos hacen es consecuencia de lo que el hombre ha hecho en su historia, o como razón y causa de los que otros hombres han hecho, ya sea por la elaboración de magia, conjuros, hechizos, o por las características particulares de estos sujetos. Sumado a las creencias religiosas (judeo-cristiana) y espirituales que traían los españoles. Lo anterior es pertinente pues la salud mental, el concepto de enfermedad y locura van a estar determinada por la concepción del hombre de estos tres pueblos.

Por ejemplo, para algunos pueblos precolombinos del centro del país, creían que *"la locura se debe a la presencia de mariposas nocturnas en la cabeza, cuyo aleteo incesante desequilibra al individuo"*. La forma de intervención y prevención de la locura y otras afecciones consistía en el uso de amuletos y la toma de yerbas medicinales. Para otros pueblos indígenas del norte de Antioquia, utilizaban jaulas adornadas con mezclas mágicas, pinturas o rituales, para encerrar los sujetos agitados, con el objetivo de desterrar de ellos la locura (Rosselli, 1968).

Pero el primer registro que se tiene de una intervención a un enfermo mental fue en el periodo de la colonia en 1653, siglo XVII, a un gobernador de Antioquia, afectado de psicosis, quien fue atendido por un curandero llamado José Rendón quien utilizó: (...) *la primera y principal (medicina) fue el agua de azahar con la piedra bezoar, nueve días a tarde y a mañana baños de leche, y otros nueve baños de vino con romero y más el romero puesto entre dos paños en la cabeza, y otros nueve días la altamisa a tarde y a mañana; y cinco gallinazos: los tres sacados con alquitara y los dos cocidos con plumas y todo, y luego la yenda de la persona y la del lagarto y luego el defensible en todas las especies de la cabeza(...)* (Rosselli, 1968).

Ya para el siglo XVIII y principios del XIX encontramos en los trabajos de Mutis y Caldas estudios importante en el abordaje y conceptualización de las afecciones mentales. José Celestino Mutis (1732-1808) considerado como el Padre de la medicina colombiana, escribe un pequeño texto sobre la Hipocondría, en donde plantea que hay hipocondrías cuya raíz es orgánica y en su mayoría se deben a causas relacionadas con pasiones dominantes, causas emocionales, psicológicas. Dicha enfermedad la consideraba de mal pronóstico, recomendando "el uso dilatadísimo de los baños de agua fría; el alimento blando y humectante; la bebida de la misma naturaleza; las lavativas frecuentes de agua y un ejercicio moderado a pie o a caballo", pero sobre todo la influencia de "un buen consejero", la sujeción de las pasiones, la heroica resignación cristiana, el desembarazo de todos los cuidados domésticos y la lectura de libros como El Quijote (Mutis, 1983).

En la obra de Francisco José de Caldas (1768 - 1816) se encuentran hipótesis, análisis y contribuciones originales al conocimiento de las causas de las afecciones psíquicas. En 1808 escribe un texto titulado *Del influjo del clima sobre los seres organizados*, en donde estudia cómo afecta el ambiente físico (clima, ambiente y alimentos) la conducta humana.

Ahora bien, después del periodo de independencia y con un incipiente modelo de gobernabilidad, ante el nacimiento de la república de Colombia, se comienzan un periodo de institucionalidad dando origen entre otras a centros de formación superior y

con ellos retornaron los intereses científicos, muestra de ello es la fundación en 1826 de la primera Escuela de Medicina y el responsable del área de psiquiatría fue el médico José Félix Merizalde (1786 - 1868) que enseñaba en la cátedra de medicina legal nociones de psiquiatría. Él postulaba que las enfermedades eran producidas por causas morales (sentimientos, vicios, pasiones) y ambientales (climas, aguas y alimentos), retomando los planteamientos del sabio Caldas. Estos factores, según él, influyen principalmente en los desórdenes nerviosos, tales como el histerismo, la hipocondría y la epilepsia (Rosselli, 1968).

Estos intereses científicos van a posibilitar que en 1844 Andrés María Pardo publicara un programa de fisiología para las universidades, planteando al interior del programa temas sobre el cuerpo y su funcionamiento agregando conceptos de índole psicológico como la percepción, la inteligencia, la sensibilidad, la memoria, el juicio, la voluntad, las pasiones. También, encontramos una obra de 1851 que posee un carácter más filosófico, en donde instala a la psicología como un tratado filosófico de Dios, *Lecciones de Psicología* escrito por Manuel Ancizar, en 1872, Alejandro Agudelo escribe *Filosofía fisiológica*, siendo un libro al parecer de psicofisiología. Pero el texto que muestra un interés científico por la psicopatología y su tratamiento, marcando un desarrollo de la psiquiatría en ese momento en Colombia es el artículo de Proto Gómez de 1888 titulado *Inconvenientes y Peligros del Hipnotismo*, que iban acorde a los movimientos europeos de la época.

Dice Humberto Rosselli en su texto sobre la *Historia de la Psiquiatría en Colombia* (1968), que en el recorrido histórico que la psiquiatría hace en Colombia se destacan tres hechos de importancia que son como los jalones que señalan el proceso de desarrollo de esta rama de la medicina. El primero, comprende la década 1870-80, lo establece la fundación de las entidades para enfermos mentales. El segundo, entre 1913 y 1926 lo representa la creación de las cátedras de enfermedades mentales. El tercero, hacia 1950, lo marcan la introducción de la psicoterapia científica, la orientación y formación psico-dinámica de la psiquiatría (psicoanálisis) y el comienzo de la psicofarmacología.

En Colombia aparecen los centros para enfermos mentales en 1870 con la creación de la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca, entidad del gobierno cuyo objetivo es administrar todo el procedimiento de internación de los enfermos mentales del centro del país, las características es de una entidad, ASILO, de caridad, benefactora. En 1874 aparece el primer asilo de carácter femenino. Estos centros posibilitan durante más de un siglo la formación, investigación y estudio de psiquiatras quienes introducían las teorías predominantes en Europa.

Es importante mencionar que estos centros estaban atravesados, fuera del discurso médico, por otros contextos predominantes en el medio social colombiano y que influirían en el diagnóstico de la enfermedad mental, como lo eran las creencias religiosas, sus credos, las leyes, los estigmas de una sociedad convulsa que se está reordenando o creando, intentando casar estos aspectos con la medicina científica del momento en el mundo.

Pero es a partir de 1875 que los médicos colombianos comienzan a mostrar un verdadero interés científico por las causas y los problemas de las enfermedades mentales, presentándose este año el primer estudio sobre psicosis escrito en Colombia en la Revista Médica de Bogotá, llamado: *Locura curada con inyecciones hipodérmicas de morfina: Observación tomada de la Clínica del Dr. Plata Azuero por Florentino Ángulo*. Trata del caso de una mujer de 23 años con diagnóstico de Manía de Tercer grado. En 1888 se presentó en Bogotá el texto *Tratado de Terapéutica General* y

Especial del médico Manuel Plata Azuero (1823-1899), en donde enseña ciertas ideas sobre la terapéutica psiquiátrica como los Modificadores de la Inervación y entre ellos los Excitomotrices como la estriquina y la brucina y los Moderadores Reflejos como la valeriana, los Moderadores Hipnóticos o Narcóticos como el opio, la morfina, el hidrato de cloral y la narceína (Rosselli, 1968).

Las pocas herramientas disponibles para el tratamiento de las enfermedades mentales fueron un obstáculo por varios años en el país, pero el interés no desfalleció, haciendo que médicos como Carlos Putnam (1850 - 1915) publicara en 1896 el primer volumen del *Tratado de Medicina Legal* y en 1908 el *Tratado Práctico de Medicina Legal*. Tomo II. Obra que fue tributada a la psiquiatría legal. Según Rosselli (1968), Putnam en su segundo tomo, desiste de hacer señalamiento y de darle suma importancia a aspectos espiritualistas de las instancias psíquicas, de la afección mental y se permite unos postulados más localizacionista, organicista, teniendo como la base fundamental de las perturbaciones psiquiátricas, la concepción de los procesos psicológicos, planteando lo siguiente sobre el origen de la locura:

La vida psíquica del individuo comprende cuatro operaciones: las sensaciones, el pensamiento, el sentimiento y la acción. Cuando estas operaciones se suceden con orden y regularidad, el individuo goza de su razón. En el caso contrario, es decir, cuando estas operaciones se perturban, el individuo está loco, o falto de razón, se encuentra en un estado anormal o patológico del cerebro (Putnam, 1908: 31) citado en Rosselli (1968).

Todo este movimiento de la época permite la llegada de tratamientos biológicos aprendidos en el viejo continente. Uno de ellos fue la aplicación del absceso de fijación para las psicosis agitadas, provocado por la inyección subcutánea de una mezcla de trementina y éter en la región glútea que provocaba un absceso aséptico con gran inflamación, altas temperaturas y la inmovilización forzada del paciente por el dolor y el estado febril, con el fin de inducir un choque proteínico para calmar la agitación. En Colombia tiene una alta aplicación y fue introducido en 1910 por el médico Antonio Gómez Calvo (1853-1926) que hacia 1914 publica un trabajo llamado *Tratamiento de algunas formas de enajenación mental por los abscesos de fijación*. Con la llegada del electrochoque y posteriormente de los neurolépticos, el absceso de fijación cayó en desuso y luego desapareció completamente.

Antonio Gómez Calvo se convierte en el abanderado de la psiquiatría en Colombia, quien en 1907 demostró en un informe estadístico sobre los pacientes tratados en el Asilo de San Diego, que el problema más frecuentemente tratado en Colombia es el alcoholismo y considera que este problema es una de las principales causas de las enfermedades mentales del país, asunto que hoy en día sigue siendo una de las principales problemáticas de salud mental en Colombia.

Gómez Calvo plantea que las causas del comportamiento de los colombianos, la afección y problemas mental de los mismos son de índole externa, predominado entre ellas el tipo de gobierno y la raza como factor importantes. Por ejemplo, en el Cauca predominan las formas expansivas de locura, mientras que en Boyacá predominan las depresivas (Rosselli, 1968).

Ya en 1913 ocurre el segundo hecho fundamental para el desarrollo de la psiquiatría en Colombia según Rosselli; la creación por ley de la Nación, la enseñanza de medicina mental y nerviosa en la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina. Inaugurándose la primera cátedra dictado en agosto de 1916 por el médico Miguel Jiménez López (1875 - 1955), con el tema *La locura en Colombia y sus Causas*.

Jiménez imprimía la necesidad de que en Colombia se conocieran las causas autóctonas de nuestra patología. Él postula las siguientes causas: la herencia, la educación, el alcoholismo y la alimentación. Hace énfasis en la raza, piensa que el cruce entre español e indígena no es un cruce afortunado: describe a los conquistadores como anormales y perversos y a los indígenas como deficientes. En un escrito de 1944, Jiménez López se muestra un tanto decepcionado con la psiquiatría de su época porque "a pesar de los intentos de la ciencia, el concepto profundo de locura sigue siendo un misterio (...) la variedad de concepciones (neurológicas, somáticas, psicológicas, psicoanalíticas, etc.) pueden no ser inconciliables" (Rosselli, 1968).

Paralelo al proceso de formación que se viene implementando en el país, en Antioquia en 1914, se había reconstituido el Manicomio Departamental con una junta de médicos que lo administraba, posibilitando a la vez la enseñanza de la psiquiatría en el departamento de Antioquia encabeza del médico Juan B. Londoño (1860 - 1951).

Los Asilos de locos albergaban un heterogéneo conjunto de alterados cuadros mentales, que se trataron de estudiar y buscar una clasificación clínica, dirigida principalmente por el médico Gómez Calvo, encontrando una preponderancia de los cuadros de alcoholismo, las locuras propiamente dichas, la Parálisis General Progresiva y el Idiotismo, cuyos tratamientos consistían en usar diuréticos y purgantes de forma repetida, baños tibios y/o fríos de forma prolongada, se suministraba bromuros y cloral en altas dosis, además se presentaba una tasa de mortalidad muy alta por los edemas carenciales y las diarreas (Rosselli, 1968).

En 1927 Maximiliano Rueda (1886 - 1943), asume la asignatura de psiquiatría que fue interrumpida en 1917, el médico Rueda aportó al impulso de la psiquiatría colombiana, introduciendo métodos modernos en el tratamiento e intervención de las afecciones mentales como el electrochoque y la lobulotomía. Con la malarioterapia para la parálisis general, implantada por von Jauregg en 1917, en Colombia fue Maximiliano Rueda (1886-1944) en 1925 quien la introduce. Antes este Profesor había preconizado la extracción masiva del líquido céfalo-raquídeo para el tratamiento de algunas demencias, en especial la Parálisis General (Rosselli, 2000).

Rueda posibilitó la transición de los Asilos, de la concepción de los manicomios como una condición de refugio y lugar marginal, a la de un centro hospitalario con una base neuropsiquiátrica, con las herramientas disponibles en la época, dándole un enfoque de especialidad en la práctica clínica, dejando un poco de lado la mirada que se tenía de un lugar de beneficencia con los más pobres y necesitados, procedentes de los discursos idealistas y de la compasión religiosa. Los asilos antes de esta otra visión, acogían indistintamente a los marginales y estigmatizados, en especial a los enfermos locos, inválidos, leprosos, tiñosos, epilépticos, retardados mentales, sarnosos, sifilíticos, tuberculosos, vagabundos, huérfanos, ancianos, prostitutas y delincuentes "en recuperación". Ahora el Asilo como "hospital neuropsiquiátrico" trascendía la idea del refugio y ubicaba al establecimiento en el terreno "superior" de la clínica, de la salud mental (Castañeda, 2005).

Este viraje permitió que los Asilos, en forma particular el Asilo de mujeres, se convirtiesen en espacios elegidos durante el periodo comprendido entre de 1930 y 1940 para la entrada de los enfoques psiquiátricos de vanguardia en otros lugares del mundo, principalmente de Francia y Alemania. En un primer momento se emplearon orientaciones alienistas, higienistas, degeneracionistas y eugenésicas, que trajeron a colación el vínculo entre la locura como mal moral y, por ende, social y las cuestiones sobre la impureza racial (Rosselli, 1968).

Este interés científico de la psiquiatría colombiana, hizo que en 1937 se introdujera en el país el tratamiento insulínico para el abordaje de la esquizofrenia, a cargo de los médicos Julio Manrique (1873-1942) y Alfonso Agusti Pastor (1910-1982). También el médico Julio Manrique en conjunto con Jaime Sánchez en 1938 fueron los que introdujeron al país la intervención con cardiazol, tratamiento utilizado para la agitación psicótica de la esquizofrenia, que fue sustituido posteriormente por el electrochoque, método introducido por Julio Asuad (1907-1985) en 1941, pues los resultados obtenidos con cardiazol en el Asilo de Mujeres no presento grandes esperanzas y la eficacia en el tratamiento mostraron poca fiabilidad, los galenos atribuían el fracaso a la falta de continuidad en el tratamiento y a las condiciones de vida de las enfermas, una clase social que no posibilitaba medios higiénicos para el restablecimiento de la salud mental.

El higienismo que se implementaba en el Asilo de Mujeres, examinaba los componentes sanitarios en el tratamiento de las enfermedades mentales. Con este enfoque las características de pobreza de la población femenina y masculina, era considerado como elemento desencadenante de los estados de locura, jugando un binomio particular en el diagnóstico la pobreza y la locura, como factores de simultaneidad.

Ya a estas alturas las hipótesis sobre la enfermedad mental pasaban por el abordaje del cuerpo, como un órgano enfermo, un órgano alterado que causaba la locura, este enfoque legitima y aproxima a la psiquiatría al orden de la especialidad médica, buscando la localización orgánica del síntoma en la afección mental, el organicismo, instancia que piensa la cura de la enfermedad mental vía el control y la injerencia médica en el cuerpo atravesado por la enfermedad, significando esta forma de abordaje en el punto límite entre lo terapéutico y el experimento.

En Colombia, las intervenciones de este orden se implantaron en 1942 cuando se realizó la primera lobotomía en una paciente del Asilo de Mujeres, entrando en desuso a los pocos años. Cabe resaltar que en el país todo modelo psiquiátrico a experimentar, primero se probaba en el Asilo de Mujeres, y después de un periodo de tiempo, estos tratamientos se aplicaban en el Hospital Neuropsiquiátrico Masculino (Rosselli, 1968).

A partir de 1947 se hace evidente las distancias conceptuales al interior de la psiquiatría, marcando a la vez las lecturas que se establecían en los asilos, sus cortes y orientaciones en la mirada y abordaje de la enfermedad mental. Teniendo en Colombia una gran influencia la aplicación del método psicoterapéutico del modelo psicodinámico, que se refería concretamente a las bases epistemológicas del psicoanálisis, teniendo un abordaje individual y grupal. Dicho abordaje era acompañado también por las concepciones farmacológicas.

Al mismo tiempo que la psicofarmacología, el auge y desarrollo del psicoanálisis, de la psico-dinámica, aportó varias consecuencias para la psiquiatría y psicología colombiana, como la de posibilitar una opción diferente en las prácticas psiquiátricas que prevalecieron en el país hasta 1950. Tanto la psiquiatría, como la psicología tomaron como fundamento epistemológico y conceptual el método psicodinámico, psicoanálisis, con una gran fuerza e importancia hasta mediados de 1980, muestra de ello es que en Colombia se utilizó la clasificación nosológica psiquiátrica de los EEUU que poseía un marcado lineamiento psicoanalítico y se estableció como base predominante de la práctica clínica la psicoterapia psico-dinámica en el país. Es de anotar que la influencia del psicoanálisis ha marcado de forma notoria los niveles de la formación teórica de los psiquiatras y psicólogos colombianos.

La era neuroléptica ingreso a Colombia en la década de los años cincuenta coincidiendo con los movimientos científicos y corrientes de la psiquiatría del momento, concordando con la instauración en Colombia del psicoanálisis y la psicoterapia psico-dinámica. Ambos eventos dieron una nueva fisonomía teórica que se implanto en la psiquiatría colombiana que entró así a la era actual. En forma simultánea a estos dos sucesos, los psicofármacos y la psico-dinámica, ingresan los planteamientos de la psiquiatría, dejando un poco atrás la influencia europea, particularmente la francesa y Alemania.

Cabe anotar que los primeros que utilizaron los psicofármacos en el país fueron Julio Asuad y Andrés Didier y los primeros estudios presentados sobre neurolépticos en Colombia fueron en el VI Congreso Nacional (Grupo de Psiquiatría) en 1959 y sobre timolépticos o antidepresivos en el Simposio Nacional sobre Estados Depresivos (Bogotá, 25 de junio de 1960) y en las Primeras Jornadas Psiquiátricas de Cartagena (1961) (Rosselli, 1968).



2. METODOLOGÍA.

2.1. Justificación.

Dado los diversos estudios y los consensos hallados en los análisis de la enfermedad a nivel mundial, se le atribuyen a los trastornos mentales un gran valor de la carga global de la enfermedad (OMS, 2011), sumado a los altos costos que genera la atención de los trastornos mentales tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, equivalentes a 3-4% del PIB de los países más desarrollados de acuerdo a datos de la OMS. En Colombia la inversión en salud es del 6% del PIB de 2013.

Lo anterior apunta a saber, que una de las áreas más importantes en la investigación donde se han desarrollado los análisis costo-efectivos son los estudios sobre la salud mental, suministrando datos importantes como que en Latino America y el Caribe el costo anual total de la esquizofrenia, según Rangel et al (2011), es de 1.81 millones de dólares por cada mil habitantes y para Europa es de 1.32 millones de dólares por cada mil.

El análisis costo-efectividad constituye una valiosa herramienta para facilitar la toma de decisiones en las políticas de salud colombianas y permitirá a la primera Ley de Salud Mental en Colombia, la Ley 1616 del 21 de enero de 2013 una mejor asignación de recursos y avanzar en la implementación y ejecución de modelos de intervención psicoterapéuticas costo-efectivas más viables para las afecciones mentales en el país.

En el caso de Colombia para realizar un estudio costo-efectivo de la esquizofrenia, debemos tener en cuenta tres planteamientos importantes a analizar, que estarían enmarcados en lo siguiente:

- La Carga en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e importancia e incidencia de la afección mental en el país.
- La Cobertura en el Plan Obligatorio de Salud (POS), disponibilidad de modelos de intervenciones eficaces y potencialmente costo-efectivas.
- La Disponibilidad de datos sobre epidemiología, costes y financiación del sistema de salud, cobertura de los regímenes de salud, efectividad clínica, tecnologías cubiertas por el POS.

Además, Colombia presenta unos índices altos de carga de discapacidad de enfermedad mental, que deberían considerarse de gran incidencia y preocupación en el alto costo que generan al sistema, como lo son la esquizofrenia, los trastornos bipolares y la depresión mayor unipolar. Los estudios basados en evidencias sobre la salud mental, la efectividad de las intervenciones psiquiátricas y psico-dinámicas y los análisis costo-efectivos, son muy escasos en el país, por no decir que nulos.

Por ello, se hace necesario que cada uno de estos trastornos se indaguen, se investiguen e identifiquen procesos psicoterapéuticos, intervenciones específicas que tienen cobertura en el SGSSS (incluyendo tanto tratamiento farmacológico como psico-dinámico), estimando su eficacia mediante ensayos clínicos en el país y revisiones de la literatura publicada al respecto y las disposiciones legales al interior del sistema de salud para la intervención de las mismas.

El análisis costo-efectivo de la intervención de la psicosis se hace necesario porque la cobertura en salud mental es limitada, no se poseen parámetros claros en la inversión en la prevención, promoción e intervención de la enfermedad mental, las políticas en salud no responden en gran medida a estudios basados en evidencias

médicas, si no a intereses económicos particulares que no apuntan a las necesidades y bien/estar de la población.

Es conveniente decir y además no desconocer que en el ámbito de la salud a Colombia le queda un gran recorrido, estamos en desarrollo y por lo tanto es necesario aumentar las medidas de diseño y control para la sostenibilidad del sistema, la financiación y aumentar la calidad de la intervención en cobertura, ampliar tecnología dispuestas en el POS, pues la oferta en salud es una atención básica.

Este análisis costo-efectividad en la intervención de la psicosis en Colombia aportará al SGSSS y a la nueva Ley de Salud Mental, la 1616 del 21 de enero de 2013, la información relevante para la elaboración de estudios de prácticas clínicas de intervención psico-dinámica y psiquiátricas disponibles en el país y políticas de salud mental que pueden guiar pasos, dar la hoja de ruta en la asignación de recursos y brindar estrategias de tratamiento más eficiente que permita disminuir la carga asociada a los trastornos mentales.

Dada la complejidad del SGSSS y de la incidencia de la enfermedad mental como la esquizofrenia, la valoración de los costes asociados al mismo resulta complicado, pues las tecnologías aplicadas en algunos momentos responden a políticas particulares, a intereses de uno de los entes administradores del sistema o a las empresas prestadoras del servicio, o a las farmacéuticas, o a la corrupción. La intervención disponible en momentos dista del interés de atenuar la enfermedad y establecer condiciones coste-efectivos más convenientes para el paciente, teniendo en cuenta que Colombia invirtió en salud el 5.1% del PIB en el 2012 y el 6.0 % del PIB en el 2013.

Un análisis costo-efectivo se hace necesario para idear las formas adecuadas en la toma de decisiones en cualquier política de asignación de recursos, en el caso de la esquizofrenia de alta carga de discapacidad y por lo tanto su elevados costes. No podemos desconocer que en la literatura publicada se extrae conclusiones de ensayos clínicos, que pueden poseer sesgos o inducir a sobredimensionar la respuesta favorable de los antipsicóticos respecto a su efectividad real. Por ello se hace pertinente regresar a la importancia del análisis de los estudios propios de la práctica clínica, Inisistentes en el país.

Los estudios coste-efectivos en la intervención psicoterapéutica de la enfermedad mental en Colombia son muy escasos, por no decir nulos, los recursos destinados son limitados, pues no había una Ley de salud mental, la cobertura es básica, el Plan Obligatorio de Salud es restringido, las necesidades sanitarias de la población son altas (carga y prevalencia de la enfermedad), además de la desviación de recursos de la salud a otros fines, el alto coste de los medicamentos patentados, pues no se posee una política que posibilite la adquisición en el SGSSS de medicamentos genéricos para las enfermedades mentales y por la demanda de la atención de enfermedad y no tener una política de prevención, por el alto índice de violencia y el conflicto armado que sufre el país hace que los recursos sean muy pocos. Por lo anterior se hace necesario aplicar estudios de intervenciones no farmacológicas a la esquizofrenia y desarrollar estudios también costo-efectivos de aplicaciones psicoterapéuticas y mixtas.

2.1.1. Importancia De La Aplicación Del Análisis Coste-Efectividad Para La Esquizofrenia En Colombia.

El Análisis del coste requieren que la metodología implique una aproximación por pasos al cálculo del coste de las intervenciones aprobadas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el nivel de cobertura en el SGSSS de Colombia que necesitan de la

identificación y evaluación por separado de la cantidad de entradas de recursos en cada uno de los regímenes que componen el sistema de salud (como las cifras en cobertura, el costo en atención y en el personal disponible en la atención en la IPS y en la EPS) y la Unidad de Pago por Captación (UPC) para cada periodo, con las bases y disposiciones mínimas de cobertura, el precio o coste unitario de los recursos tecnológicos aprobados para la atención de la psicosis.

Esto implica dos condiciones de entradas de recursos y de costes: costes por paciente, el coste en la cobertura disponible, recursos consumidos básicos que cubre el POS, limitaciones de la cobertura (tipo de atención, días de ingreso, visitas ambulatorias, medicaciones, pruebas de laboratorio, intervenciones autorizadas.) y costes de programa, que se refieren a los recursos utilizados para la implementación de una intervención o que dichos recursos estén por encima del nivel de cobertura autorizado para el paciente (No POS) o del proveedor; tales recursos incluyen cuestiones de planificación SGSSS, las políticas de salud y administración de funciones y controles a los administradores de salud, así como el diseño y control de recursos dedicados al funcionamiento del sistema y los servicios de salud mental obligatorios.

El acercamiento a la epidemiología de la psicosis en Colombia puede abordarse mediante los estudios de prevalencia, como la de la incidencia en la carga de la enfermedad mental, el lugar que ocupa en el global de las principales enfermedades presentes en el país.

El cálculo de la tasa de prevalencia y de incidencia de la carga de la enfermedad mental implica aproximaciones metodológicas diferentes. El rigor metodológico de la mayor parte de los estudios de incidencia y prevalencia de la enfermedad mental, dan cuenta de la consistencia de sus resultados. Con el fin de beneficiarnos de tal ventaja, en la investigación se ha realizado una estimación de la prevalencia de la esquizofrenia, el trastorno del estado de ánimo (la depresión mayor unipolar y los trastornos bipolares) en la población colombiana a partir de los datos hallados de prevalencia de la enfermedad mental en los estudios nacional de salud mental de 2003 y el primer estudio de salud mental de 2012 que se realizó en la ciudad de Medellín y en el estudio de carga de la enfermedad mental en Colombia de 2008, sumado a las disposiciones legales y políticas de salud mental del SGSSS.

En el análisis se han considerado los costos de los modelos (Psiquiatría biológica y Psico-dinámica) de intervención farmacológico y psicoterapéutico, sumado al costo de hospitalización que se encuentran aprobados en el Plan Obligatorio de Salud para el régimen contributivo para el tratamiento de la enfermedad mental en Colombia.

2.1.2. OBJETIVOS:

1. Describir en síntesis los principales modelos de intervención terapéutica que actualmente conviven en el tratamiento de la psicosis en Colombia.
2. Establecer las bases para llevar a cabo un análisis de coste-efectividad de la intervención terapéutica de la psicosis en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.
3. Aplicar el análisis de coste-efectividad a la terapéutica de la psicosis en SGSSS de Colombia.

2.2. El Método, Aspectos Generales De La Búsqueda Científica.

La búsqueda de datos objetivos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, que posibiliten fundamentar y analizar las decisiones clínicas tomadas en la intervención en la psicosis, basándose en uno de las premisas esenciales que ha constituido uno de los aspectos primordiales de la medicina psiquiátrica y la psico-dinámica desde sus orígenes la *M.B.E.*

El florecimiento e importancia actual que ha cobrado la llamada *Medicina Basada en Evidencias* no significaría sino un elemento más en esta larga evolución y desarrollo histórico de la nosología de la psiquiatría biológica y de la psico-dinámica como ciencias que intervienen y que dicen sobre la enfermedad mental, posibilitando diseñar procesos que permitan entender la ciencia de la enfermedad mental y la comprensión de los hechos que componen la patología, buscando una mayor fiabilidad en el tratamiento y efectividad en la intervención, fortaleciéndose con los datos que permiten la toma de decisiones clínicas.

Los trazos de la *Medicina Basada en Evidencias* se han forjado en la gran variedad de estudios clínicos que buscan ofrecer al profesional de la salud y en nuestro caso en la salud mental, información objetiva y fiable que permitan tomar disposiciones respecto a la intervención más pertinente para pacientes con enfermedad mental. Si bien los estudios de revisión científica aportan datos que orientan la toma de decisiones clínicas en Colombia, existen algunas en lo relativo al análisis de los costes que el sistemas de salud y las políticas del Estado asumen en el tratamiento de la enfermedad mental que deben ser tomadas en cuenta, pues influyen en la toma de decisiones.

Es por ello que una vez obtenido de la literatura los parámetros sobre efectividad clínica en la intervención (psico-dinámica y psiquiatría biológica) de la esquizofrenia, datos suministrados de los ensayos clínicos en el periodo de 2005 a 2013, se deben estimar los costos correspondientes al SGSSS y se procede a su valoración de acuerdo al plan de beneficios, a la cobertura disponible en salud, sumado a los costos médicos asumidos por el SGSSS que se miden a nivel de la EPS (la compra de los servicios médicos). Se regulan a nivel del código CUPS (o CUM, para medicamentos) y su valor corresponde al valor pagado al prestador IPS.

Los costos se expresan en unidades monetarias, el peso, y se refieren al período 2013. Dado que con el CRES de 2012 las intervenciones contempladas para la esquizofrenia se encuentran dentro de las alternativas clínicas inmersas en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Las fuentes principales que se estimaron para el **Análisis Coste-Efectividad En El Tratamiento De La Psicosis En Colombia: Modelos De Intervención Desde La Psiquiatría Biológica A La Psicología Psico-dinámica** son: Base de datos POS-UPC, que contiene la información enviada anualmente por las EPS al Ministerio de Protección Social a efectos de calcular la UPC de 2013. Para ello se tomó los precios de las intervenciones registradas en la base de datos (SOAT), los costos de personal médico, el costo de infraestructura e insumos y aquellos recursos empleados para brindar la atención e intervención de los procedimientos clínicos. Ya que dichos precios son los reportados por las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud y reflejan en principio la realidad del mercado.

Dichas intervenciones están clasificadas por CUPS, donde cada código corresponde a una intervención determinada. En el caso de los medicamentos se debe emplear el sistema SISMED del MPS por clasificación CUM, del cual se debe tomar el

precio promedio al mercado institucional. Se desarrolló la búsqueda que permitió identificar la evidencias en la atención de la psicosis entre el 2005 al 2013, en las bases de datos consultadas: COCHRANE; NCBI; PUBMED/MEDLINE; THE INTERNATIONAL JOURNAL OF NEUROPSYCHOPHARCOLOGY; SCIELO PUBLIC HEALTH; BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (BVS); LABOME; REDALYC.ORG; DOAJ (Directory of Open Access Journals); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Tabla 1. Resumen general de búsqueda científica.

	BASE DE BUSQUEDA	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS DESCARTADOS	ARTICULOS PRESELECCIONADOS
1	COCHRANE	83	56	27
2	NCBI	136	120	16
3	THE INTERNATIONAL JOURNAL OF NEUROPSYCHOPHARCOLOGY	30	26	4
4	SCIELO PUBLIC HEALTH (Scientific Electronic Library Online)	43	34	9
5	BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (BVS)	71	50	21 (5)
6	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	18	16	2
7	PUBMED/MEDLINE	66	55	11
8	LABOME	50	45	5
9	REDALYC.ORG	24	21	3
10	DOAJ (Directory of Open Access Journals)	30	27	3
		551	450	101

La elección de los estudios fue determinada por la metodología y el diseño, la evidencia disponible desde la configuración de los diferentes escenarios clínicos, para establecer grados de recomendación para el ejercicio de procedimientos psicoterapéuticos, médicos, preventivos y económicos en salud, y la forma de valoración efectiva en función del quehacer. Los resultados obtenidos de las evidencias científicas (resúmenes y textos completos) en las bases de datos sobre los temas de Reglamentación y financiación del sistema de salud en Colombia, Trastorno mental y prevalencia de la enfermedad y tecnologías de intervención en la psicosis. Arrojaron un total de 551 publicaciones de los que se excluyeron 450 y se pre-seleccionaron 101, para finalmente por mayor calidad contar con 16 publicaciones así:

Tabla 2. Búsqueda científica seleccionada, publicaciones que cumplen con un mayor criterio de calidad.

TEMA	Tipo de Publicación	Fuente	Cantidad
Tecnología Farmacológica.	RS	NCBI	2
Tecnología Farmacológica.	5RS y 4ECA	COCHRANE	9
Salud Mental y Prevalencia de la Enfermedad en Colombia	ESTUDIOS	BVS	3
Efectividad de la Intervención	RS	COCHRANE	1

Psicoterapeutica.			
Reglamentación Y Financiación Del Sistema De Salud En Colombia.	ESTUDIO	BVS	1

2.2.1. Metodología De La Revisión Por Temáticas: Reglamentación Y Financiación Del Sistema De Salud En Colombia.

Se realizó la búsqueda en bases de datos en forma sistemática de las reglamentaciones constitucionales, jurídicas y legales del sistema de salud colombiano, relacionada con la aprobación de leyes, acuerdos o reformas vigentes que posibilitaran evidencias de la cobertura en salud y salud mental a la que tienen derecho los colombianos, el costo de los procedimientos, la financiación y funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud. Se obtuvo lo siguiente:

Tabla 3. Búsqueda científica: Reglamentación Y Financiación Del Sistema De Salud En Colombia.

Base de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos descartados	Artículos pre-seleccionados
BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (BVS)	40	30	8
REDALYC.ORG	9	9	0
SCIELO PUBLIC HEALTH (Scientific Electronic Library Online)	17	15	2
LABOME	13	13	0
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	8	7	1

Los resultados obtenidos en las bases de datos científica (BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (BVS); SCIELO PUBLIC HEALTH; REDALYC.ORG; LABOME; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) sobre los temas de Reglamentación, cobertura, coste de los procedimientos y la financiación del Sistema General de la Seguridad Social en Salud en Colombia. Arrojaron un total de 87 publicaciones, se pre-seleccionaron 11 publicaciones y finalmente se elige uno que posee una mayor calidad.

Tabla 4. Resumen Tema: Reglamentación Y Financiación Del Sistema De Salud En Colombia. 1 Elegidos

Título Completo	Resumen	Análisis de Resultados
La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano -Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro- Castañeda, Carlos; Fonseca, Milena; Núñez, Jairo; Ramírez,	La puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se convirtió en uno de los principales hitos de la política pública colombiana. El gran paso para que el sector de la salud se administrara en	En casi dos décadas, el desarrollo del modelo de aseguramiento en Colombia muestra unas tendencias generales que ratifican la validez de éste y de la creación del Sistema General de Seguridad

<p>Jaime; Zapata, Juan Gonzalo. Bogotá, D.C., 2012</p>	<p>forma radicalmente distinta a como se ejecutó a lo largo del siglo XX representó una modificación sin precedentes para este importante sector dentro del gasto social. La reforma era muy ambiciosa pues buscaba crear un Sistema General de Seguridad Social en el cual primara un enfoque de demanda que buscaba dejar de lado el tradicional modelo de oferta de la salud. El nuevo Sistema de Salud representaba un cambio radical en la medida que obligaba a la creación de nuevas entidades promotoras de salud (EPS) y la modificación de anteriores hospitales públicos y privados en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), al mismo tiempo que se buscaba incorporar a los entes territoriales en su gestión. La radicalidad de la reforma fue objeto de un profundo y largo debate público. Los detractores, más que defender el anterior modelo, se concentraron en deslegitimar el nuevo argumentando que la participación activa de los privados en el manejo de los recursos de la salud se traduciría en una privatización de la misma. Los defensores de la reforma, respaldados en los malos resultados del anterior modelo, defendían su necesaria implementación con el fin de mejorar la gestión de los recursos y, en especial, aumentar la cobertura del sistema, uno de los mayores limitantes del modelo de oferta utilizado en Colombia.</p>	<p>Social en Salud. Dos elementos estructurales son concluyentes: la expansión de la cobertura del sistema en muy pocos años y, relacionado con lo anterior, la gran capacidad que ha mostrado la sociedad colombiana para arbitrar recursos a favor del sector. Baste mencionar que en el 2011 se destinaron alrededor de \$45 billones para la salud, equivalentes a más de 9 puntos del PIB. Este monto de recursos representa cerca de \$1 millón per cápita (US\$ 550), es decir, alrededor del 10% del ingreso de cada colombiano. Como vimos, estos promedios esconden grandes diferencias según el modo en que participa cada ciudadano en el sistema de salud por su tipo de afiliación. Igualmente, las cifras nos permiten afirmar que la meta de universalización es prácticamente una realidad. El sistema además dispone de los recursos para afiliar a más de un millón de vinculados que aún existen.</p> <p>El estudio mostró que los numerosos esfuerzos por arbitrar nuevos recursos para el sistema serán siempre insuficientes si no se hacen ajustes básicos que garanticen su funcionamiento a largo plazo. El problema del sector no es de recursos, pues estos han crecido en forma sostenida muy por encima de la inflación, sino que están relacionados con el diseño y la gestión de los mismos. Ahora bien, es necesario precisar que a pesar de la difícil coyuntura, el debate no se debe centrar en cuestionar la validez del modelo de aseguramiento; sino por el contrario, en diseñar los ajustes para consolidarlo. El sistema actual debe continuar, ya que sus resultados han sido positivos y demuestran un avance para la salud de los colombianos, no tan sólo en</p>
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>cobertura y disponibilidad de recursos. Así mismo, el acceso a los servicios de salud se ha expandido, al tiempo que éstos se han hecho de mejor calidad. Sin embargo, es necesario precisar que el desarrollo del SGSSS se alejó en parte de los objetivos iniciales de la Ley 100. De una parte, no se logró el aumento esperado de la afiliación al régimen contributivo, por lo que gran parte de la expansión en cobertura de la última década se dio en el régimen subsidiado. Dado lo anterior, la expansión en cobertura fue además más lenta de lo esperado, pues se esperaba llegar a la universalización en diez años, y el proceso de nivelación del POS de los dos grandes regímenes también se pospuso. Igualmente, el aumento de la cobertura se financió en su mayoría con recursos públicos del presupuesto general de la nación, regalías y recursos propios de las entidades, entre los más importantes (de hecho, el 54% del gasto en salud se financió con recursos públicos durante 2011).</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2.2. Metodología De La Revisión Temática: Salud Mental En Colombia.

Se realizó la búsqueda en bases de datos de los estudios realizados sobre la salud mental, la prevalencia y la carga de la enfermedad, la cobertura, la seguridad, la financiación y el costo del tratamiento de los trastornos mentales al sistema general de la seguridad social en salud de Colombia. Se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 5.

Base de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos descartados	Artículos pre-seleccionados
BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (BVS)	31	18	13
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	10	9	1
REDALYC.ORG	15	12	3
SCIELO PUBLIC	26	19	7

HEALTH (Scientific Electronic Library Online)			
DOAJ (Directory of Open Access Journals)	30	27	3

Los resultados obtenidos en las bases de datos científica (BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (BVS); SCIELO PUBLIC HEALTH; REDALYC.ORG; DOAJ (Directory of Open Access Journals); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) sobre los temas de Salud mental, prevalencia y carga de la enfermedad en Colombia. Arrojaron un total de 112 publicaciones, se pre-seleccionaron 27 publicaciones y finalmente se elige tres que respondían a estudios con claridad en los datos y rigurosidad metodológica y respondían a estándares de mayor calidad.

Tabla 6. Resumen Tema: Salud Mental Y Prevalencia De La Enfermedad en Colombia. Elegidos 3

Titulo Completo	Resumen	Análisis De Resultados
Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 2003	<p>En el Estudio Nacional De Salud Mental Colombia 2003, El ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES – Social, durante los años 2003 – 2004 desarrolló el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. Para la ejecución de dicho estudio, el instrumento utilizado fue la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CEDI – CAPI, versión certificada 15).</p> <p>En esta encuesta se presentan los diagnósticos de acuerdo con el DSM – IV y el CIE-10. En esta medida, bajo este criterio se llevó a cabo un estudio de prevalencia en una muestra probabilística de 4.544 adultos entre 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del país. Cabe anotar que en el país no se había hecho una investigación global sobre Salud Mental en Colombia.</p>	<p>Los resultados que arrojó la encuesta muestran que alrededor de ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastorno, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%).</p> <p>Por regiones se encontró que la prevalencia de cualquier trastorno, alguna vez en la vida, la región Bogotá D.C es la que presenta la prevalencia más elevada: 46.7% en contraste con 40.1% que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el resto del país. Además, sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica. El grupo clasificado como Otros trastornos son los diagnósticos que generaron más uso de servicios psiquiátricos (4.2%).</p>

<p>Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Universidad CES, Universidad de Harvard</p>	<p>La investigación se puede definir como un estudio poblacional de prevalencia, que permite estimar como principales indicadores de resultado, la frecuencia para los trastornos mentales estudiados mediante las proporciones de prevalencia de vida, prevalencia para los últimos 12 meses y prevalencia reciente, de los trastornos mentales según los criterios DSM-IV, la información se obtuvo mediante entrevista cara a cara, aplicada en el hogar. El estudio se basa en un diseño probabilístico, multietapico cuya población objetivo es la población general no institucionalizada, que tiene hogar fijo, adolescentes y adultos hasta los 65 años seleccionados al azar, residentes en Medellín en el total de las comunas y los corregimientos. El estudio tiene como base la metodología aplicada en el Estudio Mundial de Salud Mental, iniciativa internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamada Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI). Esta iniciativa busca evaluar el estado de los trastornos mentales y las patologías sociales en países con diferentes grados de desarrollo, así como determinar las necesidades en materia de atención en salud y orientar las diferentes políticas de salud.</p>	<p>En dicho estudio se encontró que la prevalencia de uno o más trastornos mentales durante la vida, aproximadamente 27% han padecido uno o más trastornos mentales durante la vida. En cuanto a la prevalencia de los últimos doce meses, el Estudio Poblacional de Salud Mental, muestra que el 14,7% de la población de Medellín sufrió de uno o más trastornos mentales en los 12 meses anteriores al estudio, lo cual sustenta la necesidad de considerar a los trastornos mentales como una importante prioridad de salud pública.</p> <p>Es importante resaltar en el estudio del CES que 14.7% de las personas estudiadas presentaron uno o más trastornos y el 6% sufrieron dos o más trastornos, lo cual llama poderosamente la atención como indicador de severidad, con la probable explicación de alta comorbilidad psiquiátrica. Los principales trastornos hallados fueron los trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo y trastornos por uso de sustancias.</p>
<p>Carga De Enfermedad Colombia 2005, Jesús Rodríguez García. Pontificia Universidad Javeriana; Cendex, Bogotá 2008</p>	<p>Los años de vida ajustados por discapacidad -AVISA- estiman la carga de la enfermedad, de acuerdo a las distintas causas o problemas de salud consideradas, en años vividos con discapacidad más los perdidos por muerte prematura. Un AVISA correspondería a un año de vida sana perdido y la medición de la carga de enfermedad por este indicador significaría la brecha existente</p>	<p>En total, Colombia pierde 280 AVISAS Totales por mil personas, el 74% de los cuales se deben a pérdidas por discapacidad. La cardiopatía hipertensiva se presenta como la principal causa de años saludables perdidos con 54 AVISAS Totales perdidos por cada mil personas (19% del total de años saludables perdidos por cada mil personas). Los problemas neurosiquiátricos como la depresión mayor</p>

	<p>entre la situación actual de salud de los colombianos y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad.</p> <p>Para la construcción de la esperanza de vida saludable -EVISA- se integran, por edad y sexo, las prevalencias de condiciones de salud discapacitantes que se incorporan en la construcción de una tabla de vida para modificar una de las funciones de la misma, generando estimaciones de los años que se espera vivir, en condiciones que tienen en cuenta el nivel de discapacidad de la población colombiana.</p> <p>En el trabajo que resultó de la estimación actual se tomó como referencia el año 2005 para la mayoría de las fuentes de datos, principalmente la mortalidad, y se han hecho estimaciones de AVISAS y EVISAS (por primera vez en el país) siguiendo la metodología que se empleó por Cendex en un proyecto realizado en México en el año 2002 para el Instituto Mexicano de Seguros Sociales -IMSS-</p>	<p>unipolar (47 AVISAS Totales), los trastornos bipolares (5 AVISAS Totales), la esquizofrenia (3 AVISAS Totales) y la epilepsia (2 AVISAS Totales) son responsables del 21% de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia.</p> <p>Las lesiones, representadas por las agresiones (15 AVISAS Totales), los accidentes de tránsito (4 AVISAS Totales) y otras lesiones no intencionales (2 AVISAS Totales) responden por el 8% de los años saludables perdidos.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2.3. Metodología De La Revisión Temática: Tecnologías De Intervención De La Psiquiatría Biológica.

Se realizó la búsqueda de evidencia de eficacia y seguridad de los fármacos para la intervención de la psicosis en las bases de datos en forma sistemática, relacionada con la tecnología aprobada por el CRES de 2012 para el tratamiento de la esquizofrenia, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Aripiprazol y Paliperidona comparada con el neurolépticos de primera generación (Haloperidol), los costos del medicamento en Colombia y la viabilidad para el sistema.

Tabla 7.

Base de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos descartados	Artículos pre-seleccionados
COCHRANE SUMMARIES	60	42	18
NCBI	131	116	15
THE INTERNATIONAL	30	26	4

JOURNAL OF NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY			
PUBMED/MEDLINE	56	49	7
LABOME	30	27	3

Los resultados obtenidos en las bases de datos científica (COCHRANE; NCBI; PUBMED/MEDLINE; THE INTERNATIONAL JOURNAL OF NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY; LABOME) sobre los temas de las Tecnologías de Intervención Farmacológicas para la esquizofrenia en el POS y la tecnología aceptada por el CRES 2012 para la atención de la esquizofrenia en Colombia (Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Aripiprazol y Paliperidona comparado con la neurolépticos de primera generación (Haloperidol)). Arrojaron un total de 307 publicaciones, se pre-seleccionaron 47 publicaciones y finalmente se elige once que presentan una mayor calidad.

Tabla 8. Resumen Tema: Tecnologías de Intervención Farmacológicas Para la Esquizofrenia en Colombia. Elegidos 11

Titulo completo	Resumen	Análisis de resultados
<p>El aripiprazol versus placebo para la esquizofrenia <i>Belgamwar RB, El-Sayeh HGG</i> Publicado en línea: 10 de agosto 2011, Evaluado como hasta la fecha: 20 de septiembre 2010</p>	<p>El aripiprazol es uno de los medicamentos antipsicóticos más recientes introducidos para el tratamiento de la esquizofrenia.</p> <p>En comparación con placebo, las personas que toman aripiprazol tuvieron menos recaídas, un número menor de participantes abandonaron el estudio temprano, y necesitaban menos medicación antipsicótica adicional.</p> <p>El insomnio y dolor de cabeza fueron los efectos secundarios más comúnmente reportados, pero no hay mucha diferencia con placebo.</p> <p>Los efectos secundarios como la acatisia, náuseas y aumento de peso producido más en el grupo aripiprazole en comparación con el placebo. No ha habido una preocupación con medicamentos antipsicóticos más recientes y su efecto sobre los problemas de conductancia en el corazón, los niveles de alteración de la glucosa y la producción excesiva de prolactina (que puede causar dolor de pecho desagradable y secreción). En la escasa evidencia disponible (debido a los participantes que abandonaron</p>	<p>2585 personas participaron en nueve estudios aleatorios con aripiprazol, en general, el estudio desgaste era muy grande para todos los estudios de más de cuatro semanas de duración. Hubo gran desgaste en la mayoría de los estudios incluidos.</p> <p>Menos personas abandonaron el grupo de aripiprazol en comparación con los del placebo grupo (n = 2585, 9 ECA, RR 0,73 IC: 0,60 a 0,87). Comparado con placebo, el aripiprazol disminuyó significativamente la recaída, tanto a corto (n = 310, 1 ECA, RR 0,59 IC del plazo 0,45 a 0,77) y la media (n = 310, 1 ECA, RR 0,66 IC: 0,53 a 0,81). También produjo un mejor cumplimiento de estudio del protocolo (n = 2275, 8 ECA, RR 0,74 IC: 0,59 a 0,93). El aripiprazol puede reducir los niveles de prolactina por debajo de los esperados de placebo (n = 305, 2 ECA, RR 0,21 IC 0,11-0,37). Insomnio (~ 23%) y dolor de cabeza (~ 15%) se notificaron con frecuencia en ambos grupos, sin diferencias significativas.</p>

	<p>los estudios iniciales y menos) aripiprazol parece tener un efecto similar a la de placebo.</p>	
<p>Aripiprazol versus antipsicóticos típicos para la esquizofrenia. <i>Bhattacharjee Jayanti, El-Sayeh Hany George G</i> Publicado en línea: enero 20, 2010 Evaluado como hasta la fecha: 22 de abril 2008</p>	<p>Los antipsicóticos "típicos" de primera generación como la clorpromazina y el haloperidol han sido los pilares del tratamiento y han proporcionado una respuesta al tratamiento para la mayoría de las personas con esquizofrenia, en forma de reducción de los episodios psicóticos o de disminución en la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, una proporción de personas aún no responde adecuadamente a la medicación antipsicótica. Adicionalmente, los antipsicóticos se asocian con efectos adversos graves que a menudo pueden comprometer el cumplimiento con la medicación e incrementar la incidencia de recaídas.</p> <p>El aripiprazol es uno de los nuevos fármacos antipsicóticos de tercera generación, los denominados estabilizadores del sistema dopamina-serotonina. El aripiprazol no es significativamente diferente de los fármacos típicos (haloperidol, perfenacina, clorpromazina) con respecto a la eficacia.</p>	<p>Se incluyeron nueve ensayos aleatorios que incluyeron 3122 personas y compararon aripiprazol con fármacos antipsicóticos típicos. Ningún estudio informó recaída, la medida de resultado primaria de interés de esta revisión. La deserción fue alta en los estudios y el informe de los datos fue deficiente. Los participantes que recibieron aripiprazol fueron comparables a los que recibieron fármacos típicos en cuanto a la mejoría del estado global y el estado mental. El aripiprazol proporcionó un beneficio significativo sobre los antipsicóticos típicos en cuanto a una menor ocurrencia de síntomas extrapiramidales (n = 968, tres ECA; RR 0,46; IC: 0,3 a 0,9; NNT 13; IC: 17 a 10), y particularmente sobre la acatisia (n = 897, tres ECA; RR 0,39; IC: 0,3 a 0,6; NNT 11; IC: 14 a 9). Un número menor de pacientes del grupo que recibió aripiprazol presentó hiperprolactinemia (n = 300; un ECA; RR 0,07; IC: 0,03 a 0,2; NNT 2; IC: 3 a 1). El aripiprazol presentó un riesgo menor de taquicardia sinusal (n = 289, un ECA; RR 0,09; IC: 0,01 a 0,8; NNT 22; IC: 63 a 13) y visión borrosa (n = 308, un ECA; RR 0,19; IC: 0,1 a 0,7; NNT 14; IC: 25 a 10); pero aumentó el riesgo de ocurrencia de mareos (n = 957, tres ECA; RR 1,88; IC: 1,1 a 3,2; NNT 20; IC: 33 a 14) y náuseas (n = 957; tres ECA; RR 3,03; IC: 1,5 a 6,1; NNT 17; IC: 25 a 13). Las tasas de deserción fueron altas en ambos grupos, aunque significativamente más participantes del grupo aripiprazol completaron el estudio a largo plazo (n = 1294, un ECA; RR 0,81; IC: 0,8 a 0,9; NNT 8; IC: 5 a 14).</p> <p>El aripiprazol no difiere mucho de los fármacos antipsicóticos típicos con respecto a la eficacia; sin embargo, presenta ventajas</p>

<p>Olanzapina versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, L Duggan, W Kissling, Leucht S Publicado en línea: 08 de diciembre 2010 Evaluado como hasta la fecha: 21 de mayo 2007 RS</p>	<p>Esta revisión examinó los efectos de la olanzapina en comparación con otros antipsicóticos de segunda generación para la esquizofrenia. Se identificaron 50 estudios relevantes con 9476 participantes, comparó la olanzapina con amisulprida, aripiprazol, clozapina, quetiapina, risperidona y ziprasidona. Las comparaciones de la olanzapina con la segunda generación de fármacos antipsicóticos sertindol o zotepina no están actualmente disponibles. La olanzapina fue ligeramente más eficaz que el aripiprazol, quetiapina, risperidona y ziprasidona, mientras que no hubo eficacia diferencia en comparación con la amisulprida y la clozapina. La principal desventaja de la olanzapina a su mayor ganancia de peso y problemas metabólicos asociados en comparación con todos los otros antipsicóticos de segunda generación, excepto para la clozapina.</p>	<p>significativas en cuanto a la tolerabilidad.</p> <p>La revisión incluye 50 estudios y 9.476 participantes que proporcionaron datos para seis comparaciones (olanzapina en comparación con amisulprida, aripiprazol, clozapina, quetiapina, risperidona o ziprasidona). El desgaste general de los estudios incluidos fue considerable (49,2%), dejando la interpretación de los resultados problemáticos.</p> <p>La olanzapina mejora el estado mental general (puntuación total de la PANSS) más que el aripiprazol (2 ECA, n = 794, DMP -4,96 IC-8,06 a -1,85), quetiapina (10 ECA, n = 1449, DMP -3,66 IC -5,39 a -1,93), risperidona (15 ECA, n = 2390, DMP -1,94 IC: -3,31 a -0,58) y ziprasidona (4 ECA, n = 1291, DMP -8,32 IC: -10,99 a -5,64), pero no más que la amisulprida o clozapina. Está un poco mejor eficacia fue confirmada por un menor número de participantes en los grupos de olanzapina dejan los estudios antes debido a la ineficacia del tratamiento en comparación con quetiapina (8 ECA, n = 1563, RR 0,56 IC 0,44 a 0,70, NNT 11 IC 6 a 50), risperidona (14 ECA, n = 2744, RR 0,78 IC: 0,62 a 0,98, NNT 50 IC: 17 a 100) y ziprasidona (5 ECA, n = 1937, RR 0,64 IC 0,51 a 0,79, NNT 17, IC 11 a 33).</p> <p>Menos participantes en el grupo de olanzapina que en la quetiapina (2 ECAs, n = 876, RR 0,56 IC 0,41 a 0,77, NNT 11 IC 7 a 25) y ziprasidona (2 ECAs, n = 766, RR 0,65 IC: 0,45 a 0,93, NNT 17 CI 9 a 100) grupos de tratamiento, pero no en el grupo con clozapina (1 ECA, n = 980, RR 1,28 IC: 1,02 a 1,61; NND no estimable), tuvo que ser hospitalizado de nuevo en los ensayos.</p> <p>A excepción de la clozapina, todos los comparadores inducido menos</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>aumento de peso que la olanzapina (olanzapina en comparación con amisulprida: 3 ECA, n = 671, DMP 2.11kg CI para 1.29kg 2.94kg; aripiprazol: 1 ECA, n = 90, DMP 5.60kg CI 2.15kg para 9.05kg; quetiapina: 7 ECA, n = 1173, ADM 2.68kg CI para 1.10kg 4.26kg; risperidona: 13 ECA, n = 2116, ADM 2.61kg CI para 1.48kg 3.74kg; ziprasidona: 5 ECA, n = 1659, DMP 3.82kg CI para 2.96kg 4.69kg). Problemas asociados, tales como la glucosa y el aumento del colesterol eran generalmente también más frecuente en el grupo de olanzapina.</p> <p>Otras diferencias en los efectos adversos fueron menos bien documentada. Sin embargo, la olanzapina puede estar asociado con efectos secundarios extrapiramidales que ligeramente más quetiapina (uso de medicación antiparkinsoniana (6 ECA, n = 1090, RR2,05 CI 1,26 a 3,32, NND 25 IC 14 a 100), pero menos que la risperidona (uso de antiparkinsoniana medicamentos 13 ECA, n = 2599, RR 0.78 IC 0,65 a 0,95; NND 17 IC 9-100) y ziprasidona (uso de medicación antiparkinsoniana cuatro ECA, n = 1732, RR 0.70 IC 0.50-0.97, NNH no estimable). Esto puede también aumenta la prolactina algo más que el aripiprazol, clozapina y la quetiapina, pero claramente menos que la risperidona (6 ECA, n = 1291; DMP -22,84 IC -27,98 a -17,69).</p> <p>La Olanzapina puede ser un fármaco poco más eficaz que algunos otros antipsicóticos de segunda generación.</p>
<p>La Olanzapina para la esquizofrenia <i>Duggan L, M Fenton, Rathbone J, R Dardenne, El-Dosoky A, S Indran</i> Publicado en línea: 31 de enero 2013 RS</p>	<p>Desde la década de 1950 el pilar del tratamiento para la esquizofrenia ha sido los antipsicóticos típicos como la clorpromazina y haloperidol. Aunque son efectivos en el control de voces y delirios para muchas personas con esquizofrenia, tienen un menor</p>	<p>55 ensayos incluidos (total n > 10000 personas con esquizofrenia). Desgaste de olanzapina versus placebo estudios fue > 50% a las seis semanas, dejando a la interpretación de los resultados problemáticos. La olanzapina pareció ser superior al placebo a</p>

	<p>efecto sobre los síntomas tales como apatía y retraimiento social. Ellos también han deshabilitar efectos adversos tales como temblor, rigidez y lentitud de movimiento.</p> <p>Los medicamentos más nuevos, como la olanzapina, tienen fama de tener menos efectos adversos motores y son tan efectivos, si no más, que los medicamentos más antiguos. Esta revisión examina los ensayos controlados aleatorios de olanzapina en comparación con placebo, típicos y los fármacos atípicos.</p> <p>La mayoría de los estudios en esta revisión fueron patrocinados por o dirigido por las compañías farmacéuticas responsables de la comercialización de estos medicamentos. La olanzapina parece ser un antipsicótico eficaz que produce menos efectos adversos para el movimiento. Sin embargo, sí tienden a causar más aumento de peso que los medicamentos más antiguos.</p> <p>Su eficacia es similar a otros fármacos atípicos y no es notablemente beneficiosa para la apatía, desmotivación y el aislamiento social.</p>	<p>las seis semanas para el resultado de "ninguna respuesta clínica importante" (cualquier dosis, 2 ECA n = 418, RR 0,88 IC: 0,8 a 0,1, NNT 8 CI 5 a 27). A pesar de mareo y sequedad de boca fueron más frecuentes en el grupo tratado con olanzapina, esto no alcanzó significación estadística.</p> <p>El grupo de olanzapina ganaron más peso.</p> <p>En comparación con los antipsicóticos típicos, los datos de varios ensayos pequeños están incompletos. Con la alta deserción en ambos grupos (14 ECA, n = 3344, 38% de deserción por seis semanas, RR 0,81 IC: 0,65 a 1,02) los supuestos incluidos en todos los datos son considerables. En el corto plazo el resultado de "ninguna respuesta clínica importante", la olanzapina parece ser tan efectiva como los antipsicóticos típicos (4 ECA, n = 2778, RR 0,90 IC 0,76 a 1,06). Las personas asignadas olanzapina experimentaron menos extrapiramidales, efectos adversos que los que recibieron antipsicóticos típicos. Cambio de peso datos para el corto plazo no son estadísticamente significativas, pero los resultados entre los tres y 12 meses sugieren una ganancia promedio clínicamente importante de cuatro kilogramos para las personas que recibieron olanzapina (4 ECA, n = 186, DMP 4,62, IC 0,6 a 8,64).</p> <p>Veintitrés por ciento de las personas en los ensayos de olanzapina y otros fármacos atípicos que dejan ocho semanas, 48% de tres a 12 meses (11 ECA, n = 1847, RR 0,91 IC: 0,82 a 1,00).</p> <p>Hay poca diferencia entre los antipsicóticos atípicos, aunque la olanzapina puede causar menos extrapiramidales, efectos adversos que otros fármacos de esta categoría. La olanzapina produce más aumento de peso que otros atípicos con algunas diferencias que alcanzan los</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>niveles convencionales de significación estadística (1 ECA, n = 980, RR ganancia a los 2 años 1,73 IC 1,49 a 2,00; NND 5 CI 4 a 7). Hay muy pocos datos sobre las personas con enfermedades primer episodio (1 ECA, duración 6 semanas, n = 42). Para las personas con enfermedad resistente al tratamiento no hubo diferencias claras entre la olanzapina y la clozapina (4 ECA, n = 457).</p>
<p>Risperidona versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. <i>Komossa K, C Rummel-Kluge, S Schwarz, Schmid F, H hambre, W Kissling, Leucht S</i> Publicado en línea: 31 de enero 2013, Evaluado como hasta la fecha: 21 de mayo 2008 RS</p>	<p>Esta revisión examina los efectos de la risperidona en comparación con otros antipsicóticos de segunda generación (SGA) medicamentos para la esquizofrenia. Se identificaron 45 estudios relevantes con 7760 participantes compararon la risperidona con amisulprida, aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina, sertindol y ziprasidona. La comparación de la risperidona con zotepina no está actualmente disponible. Risperidona fue de algo más de éxito que la quetiapina y ziprasidona, pero algo menos exitosa que la clozapina y la olanzapina. La principal desventaja de la risperidona fueron los trastornos del movimiento más frecuentes y más aumento de prolactina en comparación con la mayoría de otras drogas SGA.</p>	<p>La revisión incluye actualmente 45 cegados ECA con 7760 participantes. El número de ECAs disponibles para cada comparación variado: cuatro estudios en comparación con la risperidona amisulprida, dos con aripiprazol, clozapina con 11, 23 con olanzapina, quetiapina, con once, dos con sertindol, ziprasidona y tres con ninguno con zotepina. Desgaste de estos estudios fue alta (46,9%), dejando la interpretación de los resultados problemáticos. Además, el 60% eran industria patrocinada, que puede ser una fuente de sesgo. Hubo pocas diferencias significativas en la aceptabilidad general del tratamiento, medida por dejar los estudios antes. La risperidona fue ligeramente menos aceptable que la olanzapina, y un poco más aceptable que la ziprasidona en este sentido.</p> <p>La risperidona mejoró el estado mental general (puntuación total de la PANSS) ligeramente menor que la olanzapina (15 ECA, n = 2390, DM 1,94 IC 0,58 a 3,31), pero poco más de la quetiapina (9 ECA, n = 1953, DM -3,09 IC -5,16 a -1,01) y ziprasidona (3 ECA, n = 1016, DM -3,91 IC -7,55 a -0,27). Las comparaciones con los otros fármacos SGA fueron equívocos. La risperidona también fue menos eficaz que la olanzapina y la clozapina en términos de dejar los estudios temprano debido a</p>

		<p>ineficacia, pero es más eficaz que la ziprasidona en el mismo resultado.</p> <p>La risperidona produce efectos secundarios extrapiramidales algo más que un número de otros ASG (uso de medicación antiparkinsoniana clozapina frente a 6 ECA, n = 304, RR 2,57 IC: 1,47 a 4,48; NND 6 CI 33 a 3, frente a olanzapina 13 ECA, n = 2599, RR 1,28 IC: 1,06 a 1,55; NND 17 IC: 9 a 100, en comparación con quetiapina 6 ECA, n = 1715, RR 1,98 IC: 1,16 a 3,39; NND 20 IC: 10 a 100, en comparación con ziprasidona 2 ECA, n = 822, RR 1,42 IC: 1,03 a 1,96; NND no estimable; parkinsonismo en comparación con sertindol 1 ECA, n = 321, RR 4,11 IC: 1,44 a 11,73; NND 14 IC 100-8). Risperidona también aumento de los niveles de prolactina claramente más que todos los comparadores, a excepción de la amisulprida y sertindol para los que no los datos estaban disponibles.</p> <p>Otros eventos adversos fueron menos reportado consistentemente, pero risperidona podría producir un mayor aumento de peso y / o asociados a problemas metabólicos que amisulprida (ganancia de peso: 3 ECA, n = 585, MD 0,99 IC 0,37 hasta 1,61), el aripiprazol (colesterol aumento: un ECA, n = 83, MD 22,30 IC 4,91 a 39,69) y ziprasidona (aumento de colesterol 2 ECA, n = 767, MD 8,58 IC: 1,11 a 16,04), pero menos que la clozapina (aumento de peso 3 ECA n = 373, MD -3,30 IC: -5,65 a -0,95), olanzapina (aumento de peso 13 ECA, n = 2116, MD -2,61 IC: -3,74 a -1,48), quetiapina (colesterol incremento: 5 ECA, n = 1433, MD -8,49 IC . -12 23 a -4,75) y sertralina (aumento de peso: 2 ECA, n = 328, MD -0,99 IC -1,86 a -0,12). Puede ser menos sedante que la clozapina y la quetiapina, prolongar el intervalo QTc menos</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>de sertindol (QTc cambio: dos ECA, n = 495, MD -18.60 IC -22,37 a 14,83), producen un menor número de ataques que la clozapina (2 ECA, n = 354, RR 0,22 IC: 0,07 a 0,70, NNT 14 IC: 8 a 33) y menos disfunción sexual en los hombres que sertindol (2 ECA, n = 437, RR 0,34 IC 0,16 a 0,76, NNT 13 IC 8 a 33). La risperidona parece producir efectos secundarios extrapiramidales algo más y con mayor claridad aumento de la prolactina que la mayoría de otros ASG.</p>
<p>La Clozapina frente a la medicación neuroléptica típica para la esquizofrenia. <i>Essali A, Al-Haj Haasan N, Li C, Rathbone J</i> Publicado en línea: 20 de enero 2010, Evaluado como hasta la fecha: 16 de marzo 2009. RS</p>	<p>Las personas que no responden adecuadamente a la medicación antipsicótica se dan a veces el "atípico" antipsicótico clozapina, que ha demostrado ser eficaz para algunas personas con esquizofrenia resistente al tratamiento. La clozapina se asocia también con tener menos trastornos del movimiento que la clorpromazina, pero puede inducir potencialmente mortales disminuye en las células blancas de la sangre (agranulocitosis). Se revisaron los efectos de la clozapina en personas con esquizofrenia en comparación con los típicos medicamentos antipsicóticos.</p> <p>Esta revisión apoya la idea de que la clozapina es más eficaz que los fármacos antipsicóticos típicos en personas con esquizofrenia en general, y para los que no mejoran en los fármacos antipsicóticos típicos en particular. La clozapina se asocia con el movimiento menos efectos adversos que los fármacos antipsicóticos típicos, pero puede causar graves relacionados con la sangre efectos adversos. Glóbulos blancos de vigilancia cuenta es obligatoria para todas las personas que toman clozapina. Hay una preocupación, sin embargo, que</p>	<p>Se han incluido 52 ensayos (4746 participantes) en esta revisión. Cuarenta y cuatro de los estudios incluidos son menos de 13 semanas de duración, y, en general, los ensayos tenían un significativo riesgo de sesgo. No se encontraron diferencias significativas en los efectos de la clozapina y los neurolépticos típicos para los resultados generales, como la mortalidad, la capacidad de trabajar o de idoneidad para el alta al final del estudio. Las mejoras clínicas se observaron con mayor frecuencia en aquellos tomando clozapina (n = 1119, 14 ECA, RR 0,72 IC: 0,7 a 0,8, NNT 6 IC 5 a 8). Además, los participantes que recibieron clozapina tuvieron menos recaídas que los de los fármacos antipsicóticos típicos (n = 1303, RR 0,62 IC: 0,5 a 0,8; NNT 21 IC: 15 a 49). Puntuaciones de la BPRS mostraron una mayor reducción de los síntomas en los participantes tratados con clozapina (n = 1205, 17 ECA, DMP -3,79 IC: -4,9 a -2,7), aunque los datos fueron heterogéneos (I² = 69%). A corto plazo, los datos de las puntuaciones de los síntomas negativos SANS favorecieron la clozapina (n = 196, 6 ECA, DMP -7,21 IC: -8,9 a -5,6). Encontramos clozapina a ser más aceptable en</p>

	<p>los estudios son - por lo menos - moderadamente propensos a sesgo que favorece la clozapina. Mejor realización e informes de los ensayos en gran medida podría haber aumentado nuestra confianza en los resultados.</p>	<p>tratamiento a largo plazo de los fármacos antipsicóticos convencionales (n = 982, 6 ECA, RR 0,60 IC 0,5 a 0,7, NNT 15 IC: 12 a 20). Trastornos de la sangre fueron más frecuentes en los participantes que recibieron clozapina (3,2%) en comparación con los fármacos antipsicóticos típicos (0%) (n = 1031, 13 ECA, RR 7,09 IC 2,0 a 25,6). Clozapina participantes experimentaron mayor incremento somnolencia, hipersalivación o la temperatura, dado que los neurolépticos convencionales. Sin embargo, los que reciben clozapina experimentaron menos motoras efectos adversos (n = 1495, 19 ECA, RR0,57 IC: 0,5 a 0,7, NNT 5 IC 4 a 6). Los efectos clínicos de la clozapina fue más pronunciado en los participantes resistentes a los neurolépticos típicos en términos de mejoría clínica (n = 370, 4 ECA, RR 0,71 IC: 0,6 a 0,8; NNT 4 IC: 3 a 6) y la reducción de los síntomas. Treinta y cuatro por ciento de los tratamientos resistentes a los participantes tuvieron una mejoría clínica con el tratamiento con clozapina. La clozapina puede ser más eficaz para reducir los síntomas de la esquizofrenia, produciendo mejorías clínicamente significativas y el aplazamiento de la recaída, que los fármacos antipsicóticos típicos - pero los datos son débiles y propensos a sesgo.</p>
<p>La Quetiapina versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia Komossa K, C Rummel-Kluge, Schmid F, H Hambre, S Schwarz, Srisurapanont M, W Kissling, Leucht S Publicado en línea: 20 de enero 2010, Evaluado como hasta la fecha: 01 de mayo 2007</p>	<p>Este estudio compara los efectos de la quetiapina en comparación con otros antipsicóticos de segunda generación. Había un gran número de participantes que abandonaron los estudios temprano y se identificaron ensayos controlados aleatorios para sólo la mitad de las comparaciones de fármacos posibles. Esto limita la</p>	<p>El estudio incluyó 21 ensayos de control aleatorios (ECA) con 4101 participantes. Estos ensayos proporcionaron datos sobre cuatro comparaciones - quetiapina versus clozapina, olanzapina, risperidona o ziprasidona. Una limitación importante de todos los resultados es el elevado número de participantes que abandonaron los estudios antes de tiempo (57,6%) y</p>

	<p>interpretación de los efectos relativos de la quetiapina en comparación con otros antipsicóticos de segunda generación. Sin embargo, la quetiapina puede ser ligeramente menos eficaz que la olanzapina y risperidona. Se produce síntomas extrapiramidales comparativamente pocos, y el aumento de la prolactina. Se produce menos aumento de peso que la olanzapina pero más que la risperidona y ziprasidona.</p>	<p>el considerable riesgo de sesgo en los estudios.</p> <p>Eficacia datos favorecido la olanzapina y la risperidona en comparación con quetiapina (puntuación PANSS total versus olanzapina: 10 ECA, n = 1449, DMP 3,66 IC: 1,93 a 5,39; frente a risperidona: 9 ECA, n = 1953; DMP 3,09 IC: 1,01 a 5,16), pero clínica significado no está claro. No hubo diferencias claras del estado mental cuando se comparó la quetiapina o ziprasidona con clozapina.</p> <p>En comparación con la olanzapina, la quetiapina produjo un poco menos trastornos del movimiento (6 ECA, n = 1090, RR uso de medicación antiparkinsoniana 0,49 IC: 0,3 a 0,79; NND 25 IC: 14 a 100) y menos aumento de peso (7 ECA, n = 1173; DMP - 2,81 IC: -4,38 a -1,24) y la glucosa elevación, pero la prolongación del intervalo QTc más (3 ECA, n = 643, DMP 4,81 IC: 0,34 a 9,28). En comparación con la risperidona, la quetiapina induce un poco menos trastornos del movimiento (6 ECA, n = 1715, RR uso de medicación antiparkinsoniana 0,5 IC 0,3 a 0,86; NND 20 IC: 10 a 100), menor aumento de la prolactina (6 ECA, n = 1731; DMP - 35,28 IC -44,36 a -26,19) y algunas relacionadas con los efectos adversos, pero más el aumento del colesterol (5 ECA, n = 1433; DMP 8,61 IC: 4,66 a 12,56). En comparación con ziprasidona, quetiapina induce un poco menos extrapiramidales, efectos adversos (1 ECA, n = 522, RR uso de medicación antiparkinsoniana 0,43 IC: 0,2 a 0,93, NNH no estimable) y el aumento de la prolactina. En la quetiapina otro lado era más sedante y dio lugar a un aumento de peso más (2 ECA, n = 754, RR 2,22 IC 1,35 a 3,63; NND 13 IC8 a 33) y el aumento de colesterol que la ziprasidona.</p>
La Amisulprida versus otros	Este estudio comparó los efectos	La revisión actualmente incluye

<p>antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, Silveira da Mota Neto JI, W Kissling, Leucht S Publicado en línea: 28 de febrero 2013 Evaluado como hasta la fecha: 07 de mayo 2007 RS</p>	<p>de la amisulprida con los de otra generación los llamados atípicos, fármacos antipsicóticos. Para la mitad de las comparaciones posibles, no solo se identificó un importante estudio. Basado en lo muy limitado de los datos no hubo diferencia en eficacia, compararon la amisulprida con la olanzapina y risperidona, pero una cierta ventaja en comparación con ziprasidona. La amisulprida se asoció con un aumento de peso menor que la risperidona y la olanzapina.</p>	<p>diez ensayos a corto y mediano con 1549 participantes en tres comparaciones: amisulprida versus olanzapina, risperidona y ziprasidona. La tasa general de deserción fue considerable (34,7%), sin diferencias significativas entre los grupos. La amisulprida fue igualmente eficaz que la olanzapina y la risperidona y más eficaz que la ziprasidona (dejando el estudio temprano debido a ineficacia: n = 123, 1 ECA, RR 0,21 IC: 0,05 a 0,94, NNT 8 CI 5 a 50). Amisulprida inducido menos aumento de peso que la risperidona (n = 585, 3 ECA, MD -0,99 IC -1,61 a -0,37) y olanzapina (n = 671, 3 ECA, MD -2,11 IC: -2,94 a -1,29). La olanzapina se asoció con un mayor aumento de la glucosa (n = 406, 2 ECA, DM -7,30 IC: -7,62 a -6,99). No hubo diferencias en cuanto a los efectos cardíacos adicionales y síntomas piramidales (EPS) en comparación con la olanzapina (acatisia: n = 587, 2 ECA, RR 0,66 IC: 0,36 a 1,21), en comparación con la risperidona (acatisia: n = 586, 3 ECA, RR 0,80 IC: 0,58 a 1,11) y en comparación con ziprasidona (acatisia: n = 123, 1 ECA, RR 0,63, IC 0,11 a 3,67). Hay pocas pruebas de estudios aleatorios que compararon la amisulprida con otros antipsicóticos de segunda generación. Sólo pudimos encontrar ensayos que compararon la amisulprida con la olanzapina, risperidona y ziprasidona. Hemos encontrado amisulprida puede ser algo más eficaz que la ziprasidona, y más tolerable en términos de aumento de peso y otros problemas asociados que la olanzapina y risperidona.</p>
<p>La clorpromazina dosis para las personas con esquizofrenia Liu X, De Haan S Publicado en línea: 20 de enero 2010, Evaluado como</p>	<p>Esta revisión examina los ensayos que tratan de encontrar la dosis óptima de la clorpromazina para las personas con esquizofrenia. Se</p>	<p>Se incluyeron cuatro estudios pertinentes (1012 participantes) en esta revisión. Son todos los ensayos en los hospitales, tienen una duración de menos de seis</p>

<p>hasta la fecha: 08 de diciembre 2008 RS</p>	<p>identificaron cuatro ensayos, que incluyeron un total de 1012 personas. Todos ellos se llevaron a cabo antes de 1980, los participantes estaban en el hospital, y no el juicio fue más largo de 26 semanas - de hecho dos eran sólo 12 semanas. Tres ensayos compararon dosis bajas de clorpromazina en dosis medias (174 personas) y un ensayo comparó dosis bajas a muy altas dosis (838 personas). Al comparar una dosis baja a una dosis media, la dosis baja fue significativamente mejor en la detención de las personas de retirar socialmente (retirada / retraso). También era menos probable que cause la gente a adoptar posturas extrañas (disonía) y permitir que la gente tenga un mejor estado general de la vida en el mediano plazo (hasta 26 semanas). Sin embargo estos ensayos tenían un número relativamente pequeño de personas. Cuando las dosis bajas se compararon con lo que hoy sería una dosis muy alta, aquellos en el grupo de dosis alta tuvieron significativamente más efectos adversos, pero mostró una mejoría pequeña pero significativa en el funcionamiento general. La clorpromazina ha estado disponible desde la década de 1950 y es uno de los tres fármacos antipsicóticos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. Todavía es ampliamente utilizado para tratar a muchas personas con esquizofrenia, especialmente en el mundo en desarrollo. Por lo tanto, es sorprendente que tan pocos estudios se han realizado para determinar la dosis óptima. Con el tiempo, la dosis máxima recomendada se ha reducido considerablemente, presumiblemente en respuesta a la observación de los médicos y la experiencia personal de los</p>	<p>meses y son de moderado riesgo de sesgo. Cuando la dosis baja ($\leq 400\text{mg/día}$) se comparó con la dosis media (401 a 800 mg / día) del estado mental datos eran muy escasos y difíciles de interpretar (n = 22, 1 ECA, DMP "retraso retirada" -2,00 IC: -3,76 a -0,24). Más personas faltan para el ineficacia del tratamiento en el grupo de dosis baja (n = 48, 1 ECA, RR4, 24 IC: 0,24 a 74,01). En el corto plazo, todas las medidas extrapiramidales, efectos adversos tienden a ser más bajos en el grupo de dosis baja (n = 70, 2 ECA, RR 0,20 distonía IC 0,04 a 0,97). Cuando la dosis baja se comparó con altas ($> 800\text{mg/día}$) los datos fueron tomados de un solo estudio (2gms clorpromazina / día). Los resultados del estado tendido a favorecer el grupo de dosis alta (n = 416, 1 ECA, RR "ninguna mejoría clínicamente importante 1,12 IC: 1,01 a 1,23). Uno de los casos de muerte se registró en el grupo de dosis alta (n = 416, RR 0,33 IC: 0,01 a 8,14) y un número significativamente mayor de personas en el grupo de dosis alta se fue temprano debido a desactivar los efectos adversos (n = 416, RR 0,10 IC 0,04 a 0,27). Significativamente menos distonía y extrapiramidales no especificados efectos adversos se informaron en el grupo de dosis baja (n = 416, distonía RR 0,11 IC: 0,02 a 0,45, sin especificar extrapiramidales, efectos adversos RR 0,43 IC 0,32 a 0,59). Las personas de ambos grupos experimentaron acatisia (n = 416, RR1.00 IC 0,55 a 1,83). La dosis promedio de clorpromazina dada a las personas con esquizofrenia ha disminuido a través del tiempo, pero esto ha ocurrido por largo tiempo - la experiencia más que de dirección de alto grado - y, a veces duro juicio basado en</p>
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	que tomaron la misma. Por lo tanto, un buen ensayo aleatorio controlado de dosis bajas y medias de la clorpromazina para personas de la comunidad (concentrándose en los efectos adversos y la aceptabilidad a largo plazo) se beneficiarían los pacientes con esquizofrenia que toman este medicamento.	evidencia. Esta progresión hacia niveles más suaves de dosificación ha tardado seis décadas.
<p>La relación coste-eficacia de los antipsicóticos long-acting/extended-release para el tratamiento de la esquizofrenia: una revisión sistemática de evaluaciones económicas.</p> <p>Achilla E , P McCrone 2013</p>	La medicación antipsicótica es el pilar del tratamiento en la esquizofrenia. Los medicamentos de acción prolongada tienen ventajas potenciales sobre la medicación diaria para mejorar el cumplimiento y reducir así la hospitalización y las tasas de recaída. La adquisición de altura y los costos de administración de las formulaciones que planteen la necesidad de evaluación farmacoeconómica. Este estudio proporciona una revisión exhaustiva de la evidencia disponible sobre la efectividad del costo de la medicación antipsicótica long-acting/extended-release y evaluar críticamente la solidez de los datos reportados en los estudios de un punto de vista metodológico.	Después de aplicar los criterios de selección, la muestra final estuvo compuesta por 28 estudios. La mayoría de los estudios demostraron que la risperidona inyectable de acción prolongada, con relación a los orales u otros fármacos de acción prolongada inyectable, se asoció con un ahorro de costes y beneficios clínicos adicionales y fue la estrategia dominante en términos de rentabilidad. Sin embargo, la olanzapina, ya sea oral o formulación inyectable de acción prolongada risperidona inyectable de acción prolongada en un esloveno y un estudio de los EE.UU. Además, en dos estudios del Reino Unido, el uso de risperidona de larga duración aumentó los días de hospitalización y los costos generales de la salud, en relación con otros atípicos o típicos de acción prolongada antipsicóticos. Por último, la paliperidona de liberación prolongada fue el tratamiento más rentable en comparación con atípicos orales o típico formulaciones de acción prolongada. Desde un punto de vista metodológico, la mayoría de los estudios emplearon modelos de análisis de decisión, presentó los resultados utilizando medios coste-efectividad y llevaron a cabo exhaustivos análisis de sensibilidad para probar la solidez de los resultados.
Farmacocinéticos-farmacodinámicos modelado	Los datos de 12 ensayos clínicos en la esquizofrenia, se utilizaron pacientes para cuantificar los	El efecto del fármaco máximo (Emax) fue mayor para la olanzapina, mientras que el más

<p>de los fármacos antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia Parte I y II: El uso de la puntuación PANSS total y utilidad clínica.</p> <p>Pilla Reddy V , Kozielska M , Suleiman AA , Johnson M , A Vermeulen , Liu J , de Greef R , Groothuis GM , Danhof M , Proost JH . 2013</p>	<p>efectos de los fármacos antipsicóticos (AP), a saber, haloperidol, risperidona, olanzapina, ziprasidona y paliperidona. Modelos compartimentales PK se utiliza para describir la evolución en el tiempo de las concentraciones plasmáticas del fármaco. La combinación de un Emax y el modelo de Weibull se usan para describir los efectos de la droga y el placebo. Las concentraciones del fármaco en estado estacionario se supone que es el motor de la relación exposición-respuesta. Un modelo exponencial se utilizó para identificar los predictores de la probabilidad de deserción. Las simulaciones se realizaron para comprobar la predicción del modelo, y para calcular los CU de los medicamentos basados en las puntuaciones PANSS y las tasas de deserción escolar.</p> <p>Para desarrollar una farmacocinética-farmacodinámica (PK-PD) modelo utilizando datos a nivel individual de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) puntuación total para caracterizar el efecto antipsicótico teniendo en cuenta el efecto placebo y la tasa de deserción escolar. Además, una utilidad clínica (CU) criterio que describe la utilidad de una terapia con medicamentos se calculó utilizando la eficacia del fármaco y las tasas de abandono.</p> <p>En la segunda parte, la superioridad de los antipsicóticos atípicos (también conocidos como antipsicóticos de segunda generación (ASG)) sobre los antipsicóticos típicos (antipsicóticos primera generación (APG)) para el control de los síntomas negativos en los pacientes esquizofrénicos se discute extensamente. El objetivo de este estudio fue</p>	<p>bajo para la ziprasidona. Las puntuaciones más altas observadas PANSS dado lugar a una mayor probabilidad de deserción. Teniendo en cuenta la eficacia y la tasa de deserción escolar, todos los puntos de acceso posee una CU comparable a las dosis terapéuticas. Los resultantes PK-PD parámetros del modelo se utilizaron para calcular la concentración efectiva y la dosis requerida para producir una caída clínicamente significativo 30% en la puntuación PANSS desde la línea de base.</p> <p>Los síntomas positivos de la esquizofrenia responden bien a todos los antipsicóticos. La olanzapina mostró un mejor efecto para los síntomas negativos que los otros ASG y haloperidol. Resultados de deserción de modelado mostró que la probabilidad de un paciente abandono de un ensayo se asoció con todas las subescalas, pero fue más fuertemente correlacionada con la subescala positiva que con el negativo o las subescalas generales. Nuestros resultados sugieren que diferentes niveles de D2 o 5-HT2A ocupación del receptor se requiere para lograr una mejora en las subescalas de la PANSS.</p> <p>El desarrollado modelo PK-PD y la puntuación asociada CU permiten la evaluación de la evolución en el tiempo de las puntuaciones PANSS de los puntos de acceso diferentes y una comparación adecuada de los efectos de los tratamientos clínicamente relevantes.</p> <p>Este enfoque de modelado PKPD puede ser útil para diferenciar el efecto de los antipsicóticos a través de los dominios de síntomas diferentes de la esquizofrenia. Nuestro análisis reveló que la olanzapina parece ser superior en el tratamiento de los síntomas negativos en comparación con otros no-ASG</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>caracterizar la evolución temporal de las puntuaciones de los tres subescalas (positivo, negativo, general) de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) después del tratamiento de los pacientes con antipsicóticos, y para comparar el control de los síntomas negativos por ASG frente a un Ti (haloperidol) usando farmacocinética y farmacodinámica (PKPD) modelado. Además, para obtener una visión de la relación entre la eficacia clínica y la in vitro e in vivo en los perfiles de farmacología del receptor, los niveles de los receptores D2 y 5-HT2A de ocupación de los antipsicóticos se relacionaron con las concentraciones eficaces.</p>	<p>clozapina. La relación entre los perfiles farmacológicos de los receptores de los antipsicóticos y su eficacia clínica no es aun completamente comprendida.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2.4. Metodología De La Revisión Temática: Tecnologías De Intervención Psico-dinamicas en la Psicosis.

Se realizó la búsqueda de evidencia de efectividad de las intervenciones Psico-dinámicas en la psicosis, en las bases de datos en forma sistemática relacionada con la tecnología aprobada el POS (datos de costos disponibles en el manual tarifario SOAT y el SISMED de 2013) para el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos mentales y la viabilidad para el sistema Colombiano.

Tabla 9.

Base de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos descartados	Artículos pre-seleccionados
COCHRANE	23	14	9
NCBI	5	4	1
PUBMED/MEDLINE	10	6	4
LABOME	7	5	2

Los resultados obtenidos efectividad de la terapia psico-dinámica en las bases de datos (COCHRANE; NCBI; PUBMED/MEDLINE; LABOME) relacionada con la tecnología aprobada de Intervención psicoterapéuticas para la enfermedad mental cubiertas por POS y los manuales tarifarios bajo la figura del tercer pagador. Arrojaron un total de 45 publicaciones, se pre-seleccionaron 16 publicaciones y finalmente se elige una que respondía metodológicamente a las evidencias de la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos de la psico-dinámica en los trastornos mentales.

Tabla 10. Resumen Tema: Tecnologías de Intervención Psicoterapéutica Para la Esquizofrenia en Colombia. Elegidos 1.

Título Completo	Resumen	Análisis de Resultados
<p>Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. <i>American Psychologist</i></p>	<p>En este texto se recogen los resultados de varias literaturas empíricas que tienen que ver con la eficacia del tratamiento psicodinámico. La evidencia empírica encontrada apoya la eficacia y efectividad de la terapia psicodinámica, los tamaños del efecto de la terapia psicodinámica son tan grandes como los reportados para otras terapias que han sido promovidas activamente como "empíricamente apoyado" y "basada en la evidencia." Además, los pacientes que reciben la terapia psicodinámica mantienen los beneficios terapéuticos y parecen seguir mejorando después de terminado el tratamiento. Por último, las terapias no psicodinámicas pueden ser eficaces en parte debido a que el los profesionales más calificados utilizan técnicas que tienen su cimiento y fundamento en la teoría y la práctica psicodinámica.</p>	<p>Se encontró que el número de ensayos controlados aleatorios estudiados para otras formas de psicoterapia, en particular, la TCC, son considerablemente mayor que el de la terapia psicodinámica, tal vez en un orden de magnitud. Muchos de estos ensayos, los más nuevos, son más rigurosos metodológicamente (aunque algunos de los más nuevos ensayos controlados aleatorios en psicodinámica por ejemplo, Clarkin et al., 2007, también cumplen con los más altos estándares de rigor metodológico). Estos y otras limitaciones de la literatura de investigación psicodinámica deben ser abordados por la investigación futura. La intención de la investigación revisar la evidencia empírica existente en los tratamientos y procesos de terapia psicodinámica.</p> <p>La evidencia disponible indica que los tamaños del efecto de las terapias psicodinámicas son tan grandes como los reportados para otros tratamientos que se han promovido activamente como "empíricamente apoyado" y "Basada en la evidencia." La evidencia indica que los beneficios del tratamiento psicodinámico son duraderos y no sólo transitorios y parecen ampliar mucho más allá la remisión de los síntomas, incluyendo evidencias de que los pacientes que reciben la terapia psicodinámica no sólo mantenían los beneficios terapéuticos sino que seguían mejorando con el tiempo</p> <p>Un meta-análisis examinó la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos (terapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual) para trastornos de la personalidad. El meta-análisis</p>

		informó que para la terapia psicodinámica (longitud media del tratamiento fue de 37 semanas), el significa el período de seguimiento fue de 1,5 años y el tratamiento previo a la postratamiento tamaño del efecto fue 1,46. Para TCC (longitud media del tratamiento fue de 16 semanas), el período medio de seguimiento fue de 13 semanas y el tamaño del efecto fue 1,0. Los autores concluyeron que ambos tratamientos demostraron eficacia.
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2.5. Evaluación De Calidad De Los Estudios Incluidos.

The *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), según Manterola, C. et al. (2009), Es un sistema de evaluación científica, que hace énfasis en el análisis cuantitativo que involucra a las revisiones sistemáticas (RS), considerando la calidad metodológica y de diseño de los estudios que las componen, otorgado importancia a la reducción del error sistemático. Se compone de niveles de evidencia y grados de recomendación según esos niveles:

<p>Niveles de evidencia para estudio de tratamiento con análisis cuantitativo (SIGN).</p> <p>Nivel de Interpretación evidencia</p> <p>1++ Meta-análisis de alta calidad, RS de EC o EC de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo</p> <p>1+ Meta-análisis bien realizados, RS de EC o EC bien realizados con poco riesgo de sesgos</p> <p>1- Meta-análisis, RS de EC o EC con alto riesgo de sesgos.</p> <p>2++ RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal</p> <p>2+ Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal</p> <p>2- Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal</p> <p>3 Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos</p> <p>4 Opinión de expertos</p> <p>Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.</p> <p>Grados de recomendación para estudios de tratamiento con análisis cuantitativo (SIGN).</p> <p>Grados de Interpretación y recomendación</p> <p>A - Al menos un meta-análisis, RS o EC clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos</p> <p>B - Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+</p> <p>C - Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++</p> <p>D - Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+</p>

La calificación de las publicaciones se realizó teniendo en cuenta los niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN para estudios de intervención.

Tabla 11.

	Título Completo	Evaluación De Calidad
1	La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano-Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro- Castañeda, Carlos; Fonseca, Milena; Núñez, Jairo; Ramírez, Jaime; Zapata, Juan Gonzalo. Bogotá, D.C., 2012	C2+
2	Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 2003	B2++
3	Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Universidad CES, Universidad de Harvard.	B2++
4	Carga De Enfermedad Colombia 2005, Jesús Rodríguez García. Pontificia Universidad Javeriana; Cendex, Bogotá 2008	B2++
5	El Aripiprazol versus placebo para la esquizofrenia. <i>Belgamwar RB, El-Sayeh HGG</i> 2011.	A1++
6	Aripiprazol versus antipsicóticos típicos para la esquizofrenia <i>Bhattacharjee Jayanti, El-Sayeh Hany George G.</i> 2010	A1++
7	Olanzapina versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia <i>Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, L Duggan, W Kissling, Leucht S.</i> 2010	A1++
8	La Olanzapina para la esquizofrenia. <i>Duggan L, M Fenton, Rathbone J, R Dardenne, El-Dosoky A, S Indran.</i> 2013	A1-
9	Risperidona versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. <i>Komossa K, C Rummel-Kluge, S Schwarz, Schmid F, H hambre, W Kissling, Leucht S.</i> 2013	A1-
10	La Clozapina frente a la medicación neuroléptica típica para la esquizofrenia. <i>Essali A, Al-Haj Haasan N, Li C, Rathbone J</i> 2010.	A1-
11	La Quetiapina versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia <i>Komossa K, C Rummel-Kluge, Schmid F, H Hambre, S Schwarz, Srisurapanont M, W Kissling, Leucht S.</i> 2010	A1++
12	La Amisulprida versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia <i>Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, Silveira da Mota Neto JI, W Kissling, Leucht S.</i> 2013	A1++
13	La clorpromazina dosis para las personas con esquizofrenia <i>Liu X, De Haan S.</i> 2010	A1+
14	La relación coste-eficacia de los antipsicóticos long-acting/ extended-release	A1++

	para el tratamiento de la esquizofrenia: una revisión sistemática de evaluaciones económicas. Achilla E , P McCrone. 2013	
15	Farmacocinéticos-farmacodinámicos modelado de los fármacos antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia Parte I y II: El uso de la puntuación PANSS total y utilidad clínica. Pilla Reddy V , Kozielska M , Suleiman AA , Johnson M , A Vermeulen , Liu J , de Greef R , Groothuis GM , Danhof M , Proost JH . 2013	A1++
16	The efficacy of psychodynamic psychotherapy. <i>American Psychologist</i> , Shedler, J. (2010).	A1+

Los estudios sobre la salud mental y la prevalencia de la enfermedad en Colombia y las revisiones sistemáticas de los ensayos clínicos y los casos de ensayos clínicos que tiene como objeto la evaluación sobre tratamientos farmacológicos de las psicosis, se dirigen principalmente al análisis de la eficacia del fármaco (buscando hallar una hipótesis del efecto fármaco como acción terapéutico en condiciones teóricas experimentales o ideales) que por lo general se aleja de la efectividad terapéutica en condiciones reales de la afección mental, asunto que crea una gran distancia entre conceptos, haciendo de estos conceptos elementos opuestos, asunto importante que nos permite observar con cuidado los análisis de resultados obtenidos en la intervención farmacológica de la esquizofrenia, y ver de forma más adecuada las interpretaciones del tratamiento y la calidad de los estudios costo-efectividad de la Psico-dinámicos y así ahondar en la práctica clínica del sujeto, los estudios deben de hacer una mirada profunda en la eficacia clínica y su particularidad, buscando que el psicofármaco tenga significado clínico.

2.3. CAPITULO III BASES LEGALES, ECONOMICAS Y EPIDEMIOLOGICAS PARA EL ANALISIS DE COSTO – EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION EN LA PSICOSIS EN COLOMBIA.

2.3.1. Antecedentes Del Sistema De Salud En Colombia.

Para hablar de cómo se desarrolló el Sistema de Salud en Colombia, tendremos que remontarnos a la Ley 57 de 1915, considerada como la fundadora en materia de seguridad social para los empleados del sector privado, en ella se legisla y se establecen los parámetros de regulación que permite establecer la obligatoriedad y responsabilidad por parte de empleadores y empresas, de proporcionar la asistencia médica y la indemnización por accidente o muerte. Se puede considerar como la primera ley en Colombia que habló de accidentes de trabajo y a partir de esta, se crea la Ley 37 de 1921 encargada de implementar el seguro de vida obligatorio.

La promulgación de dicha Ley generó una serie de movimientos que permitieron un avance importante en el sistema de seguridad social, conduciendo en forma paulatina a una serie de sucesos pertinentes que desembocaron en la reforma constitucional de 1936, que trajo consigo diversos cambios de tipo social e intervención en la política laboral del país. Así, el Estado colombiano asume que “la salud es un deber del Estado y la base del progreso nacional” y acude a dos fórmulas: la salud como una política del Estado y el manejo técnico de la organización sanitaria.

Con esta reforma y con el carácter que el país asume en la política de salud, en la organización y en la legislación de la sanidad, se promovieron y se expidieron varias leyes, como la Ley 53 de 1938 que reconoce la protección a la maternidad, también la Ley 96 de 1938 por la cual se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Protección Social y la Ley 6 de 1945 por la cual se creó la Caja Nacional de Previsión Social. (Arroyave-Zuluaga, I. 2009).

Con esta Ley, la Ley 6ª de 1945, Colombia consagra los derechos a la pensión, salud y riesgos profesionales de los empleados, posteriormente con la Ley 90 de 1946 se creó la necesidad de establecer un Sistema de Seguro Social en Colombia y por lo tanto se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) cuya responsabilidad estaba en manos del gobierno, bajo la administración, veeduría y control del Ministerio de Trabajo, Higiene y Protección Social, y creando a su vez el seguro social obligatorio que debería cubrir los riesgos de enfermedades no profesionales y maternidad; accidentes de trabajo y enfermedad profesional; invalidez, vejez y muerte. La Caja Nacional de Previsión Social CAJANAL fue fundada meses más tarde para los trabajadores gubernamentales del nivel central. Y en el mismo año el Ministerio de Trabajo, Higiene y Protección Social se escinde en Ministerio de Higiene y Ministerio de Trabajo.

Por esta época se amplía la oferta de Previsión Social para garantizar los beneficios de las cesantías, auxilios por enfermedad y gastos de entierro a otros trabajadores públicos: Fuerzas Militares, Policía, Banco de la República, Magisterio, Ecopetrol, además de las diferentes Cajas departamentales y municipales, y otras entidades estatales. Pero es importante tener en cuenta que antes, bajo la ley 82 de 1912 se había creado la primera “Caja de Auxilios de los Ramos Postal y Telegráfico”, pero sólo hasta 1960 ésta se transformaría en la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (CAPRECOM), entidad pública adscrita al ministerio de comunicaciones, que en 1995 pasaría a adscribirse al Ministerio de Salud.

Ya en 1964 con el decreto 3170 se reglamentan los seguros de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Se crea el ICSS como un establecimiento privado para los empleados particulares con régimen económico tripartito con aporte de los empleadores, de los trabajadores y del Estado. En 1967, se constituyeron los seguros económicos de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP). Y tan solo 9 años después del Decreto Ley 3170, en 1973 el gobierno cambió el aporte al ICSS en bipartito y se exoneró de la deuda adquirida hasta esa fecha, pero conservando todo su poder.

El Decreto Ley 433 de 1971 modificó la Ley 90 de 1946. En razón del advenimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) por medio del decreto Ley 148 de 1976 el ICSS tendría que acogerse a las nuevas reglas del juego, por lo que en 1977 se expidieron los decretos legislativos 1650 y siguientes, los cuales reorganizan el ICSS para crear el Instituto de los Seguros Sociales (ISS) como un establecimiento público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.

El Decreto 2148 de 1992 cambia la naturaleza jurídica del ISS a Empresa Industrial y Comercial del Estado, figura que se conservaría con la Ley 100 de 1993, además esta empresa social del Estado adquiere triple función de asegurador: Entidad Promotora de Salud (EPS), Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) y Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), fuera de contar con prestación de servicios de salud con una amplia red de IPS (Arroyave-Zuluaga, I. (2009).

De las 1.039 cajas de Previsión Social existentes en el momento de ponerse en firme la ley 100 de 1993, casi la totalidad no encontraron lugar bajo el nuevo modelo y decidieron liquidarse, pero otras tuvieron diferentes destinos. Algunas quedarían con privilegios y pasarían a ser regímenes de excepción (Magisterio, Ecopetrol, Fuerzas Armadas). Otras 31 se convertirían al régimen especial de las universidades públicas (ley 647 de 2001) y casi todas las otras 21 se han ido liquidando.

Sólo cuatro cajas de previsión hicieron su tránsito a establecerse como EPS, dos de ellas nacionales: Cajanal, como EPS-C y Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) y Caprecom, que se convierte en 1995 en AFP y en EPS para ambos regímenes (deja el régimen contributivo en 2005), y actualmente es la única EPS-S nacional de carácter público y la EPS-S con mayor número de afiliados en el país.

En 1998 la Superintendencia de Salud impone una sanción a la EPS-C del ISS en la cual le prohibía realizar nuevas afiliaciones y realizar acciones de mercadeo e inversión, con lo que obliga un flujo en un solo sentido: Salen usuarios, pero no se reponen y envejecen los afiliados, pero no hay recambio con las nuevas generaciones, ocasionando un desbalance en el número de afiliados que posee y que se retiran, sumado a la carga pensional que genera la responsabilidad que posee por las pensiones, es decir, de 10.2 millones de afiliados compensados por el ISS en 1996, se pasó a 7.5 en 1998 y a 2.8 en 2003, creando un enorme agujero, haciendo la empresa inviable.

En los inicios del siglo XXI se apreciaba un ambiente ruidoso con relación al futuro de las EPS públicas. Ya en 2002 el gobierno del presidente Álvaro Uribe recién posesionado, además quien fue el ponente de la Ley 100 de 1993 en salud planteaba que:

(...) a pesar de los innegables progresos en cobertura y equidad, la operación del aseguramiento [...] enfrenta deficiencias que deben corregirse. Estas afectan en especial al ISS: Gastos insostenibles, insuficiencia en los sistemas de información y control que afectan el recaudo por afiliaciones y favorecen los sobrecostos en la prestación de los servicios de salud y en la facturación de las IPS propias y controladas. Estos problemas no sólo hacen inviable la operación del ISS, sino que afectan la del mercado de aseguramiento, la situación financiera de su red de prestaciones y la garantía en la prestación de los servicios a los afiliados. Se han identificado problemas de solvencia para cumplir compromisos con proveedores, deficiencias en los sistemas de información, en los procesos administrativos dirigidos al usuario y en su capacidad para organizar los procesos de atención incluida las acciones de promoción y prevención. Un comportamiento similar exhiben Cajanal y Caprecom, las otras dos grandes EPS públicas.”

Bajo los planteamientos anteriores se crea la Ley 790 de diciembre 27 del 2002 que le concedió facultades extraordinarias al presidente para reestructurar el Estado, aclarando que “no se puede suprimir, liquidar, ni fusionar el Sena, el ICBF y el ISS.” En uso de las facultades se promulga el Decreto 1750 de 26 de junio de 2003 “(...) por el cual se escinde el ISS y se crean unas Empresas Sociales del Estado ESE.” Esta disgregación implicó la separación de la prestación de servicios de salud de los negocios de

aseguramiento (salud, pensiones y riesgos profesionales) del ISS de tal manera que la red propia del ISS conformada por 234 Centros de Atención Ambulatoria (CAA) y 37 clínicas en todo el país queda dividida en siete ESE regionales de orden nacional. (Que en los años siguientes han ido liquidándose).

A su vez, el Decreto 4409 de 2004 ordena la disolución de Cajanal EPS apoyado en las facultades dadas al presidente por la Ley 489 de 1998 para liquidar empresas que hayan perdido su razón de ser o cuando los resultados de las evaluaciones de la gestión administrativa efectuados por el Gobierno así lo aconsejen.

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, las EPS-C de naturaleza pública deben contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutoria y se cumpla con indicadores de calidad y resultado, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

De modo casi simultáneo, fueron promulgados a principios de 2007 tres fuentes de derecho que abonan el camino para la desaparición del ISS EPS-C: El documento del Consejo Nacional de Política Pública y Social (CONPES) número 3456 “Estrategia para garantizar la continuidad en la prestación pública de los servicios de aseguramiento en salud, aseguramiento en pensiones de régimen de prima media con prestación definida y aseguramiento en riesgos laborales”, en el cual se señala que el ISS debe dejar sus negocios; La Resolución 028 de 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud que cancela la licencia de funcionamiento a la EPS del ISS; y el Decreto 055 de 2007 del Ministerio de la Protección Social en el cual se reglamenta el traslado de los afiliados de la EPS del ISS a la actualmente denominada “Nueva EPS” que, según el Conpes, ha quedado conformada una nueva sociedad, Nueva EPS, constituida por la aseguradora pública Previsora Vida S.A. como socio minorista y, como socio mayoritario, seis cajas de compensación familiar [Caja de Subsidio Familiar{Colsubsidio}, Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca{Comfenalco Valle}, Caja de Compensación Familiar{Comfenalco Antioquia}, Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca{Comfamiliar Andi}, Caja de Compensación Familiar{Cafam}, Caja de Compensación Familiar{Compensar}].

Caprecom EPS en 2005, abandonó voluntariamente sus pocos usuarios del régimen contributivo y entró en un plan de restructuración. La EPS-S de Caprecom es de hecho la mayor del país actualmente, cubre 32 departamentos y más de 450 municipios. Y, tras otras varias medidas protectoras como el control al traslado de usuarios del régimen subsidiado durante el periodo 2003-2006, la Ley 1122 de 2007 prescribe que la afiliación inicial de desplazados y desmovilizados a cargo del FOSYGA se hará a una EPS-S de naturaleza pública del orden nacional (Caprecom) y por último tenemos la reforma a la salud con la Ley 1439 de 2011.

Esta Ley pretende defender el Sistema General de Seguridad Social de Salud por medio del establecimiento de un modelo de prestación del servicio público en salud, donde pueda existir una acción conjunta y coordinada entre el Estado y las instituciones públicas y privadas responsables de la salud, administración, control y servicios con el objetivo de lograr un mejoramiento de la salud, promoviendo ambientes saludables y ofreciendo servicios de mayor calidad costo-efectivos que incluyan la equidad y el aseguramiento universal en salud a todos los colombianos.

2.3.1.1. Reseña De La Enfermedad Mental En Colombia.

En cuanto a lo que concierne a la salud mental en Colombia, se van a dar tres momentos importantes que buscaban el reconocimiento de la enfermedad mental y a su vez posibilitar el tratamiento de las afecciones. Con este interés se construyeron centros para la atención mental entre los años 1870 y 1880, es decir que se crearon los primeros establecimientos para enfermos mentales. Otro momento de marcada relevancia fue la que comprendió el periodo de 1913 a 1926, donde se establecieron cátedras de carácter obligatorio sobre la enfermedad y el último momento que marca la mirada sobre la enfermedad mental es la introducción en 1950 de la psicoterapia y en particular de la corriente psico-dinámica, el psicoanálisis como base fundamental de la psiquiatría en Colombia, en conjunto con los neurolépticos.

Este tercer momento posibilitó la gran influencia del psicoanálisis, de las teorizaciones psico-dinámicas en el discurso de la sociedad psiquiátrica de la época, creando en 1961 la Sociedad Colombiana del Psicoanálisis. En Colombia la Psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología han sido el referente teórico y práctico desde donde se han mirado, leído y se han desarrollado los conceptos estructurales en la atención de la enfermedad mental y las que han establecidos los parámetros, lineamientos de lo que se concibe como Salud Mental en Colombia, además de la implementación de programas para favorecer la salud de la población.

Hasta 1989 el sistema de salud colombiano respondía a un modelo de subsidio a la oferta, en donde los recursos del Estado iban a la red de hospitales de la nación, la atención de la enfermedad mental estaba orientada a la atención de urgencias, sólo al tratamiento farmacológico. Ya para 1990 se crea la Ley 10 del mismo año, que pretende reordenar el Sistema Nacional de Salud que reconoce como derechos de los colombianos; la salud, el bienestar, aun ambiente saludable y la seguridad social, teniendo presente que la salud mental como tal no es nombrada y por lo tanto no se le asigna un rubro y más aun no se establece una política sobre la salud mental. Bajo este sistema la atención de los trastornos mentales le corresponde a instituciones privadas y de beneficencia que atendían de forma deficiente por causa de los pocos recursos asignados por el Estado.

Solo hasta el año 2013 es aprobada en Colombia la primera Ley de Salud Mental. Dicha Ley 1616 del 21 De Enero de 2013 De Salud Mental, en su primer artículo tiene como principio fundamental y como objetivo base el de garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales, en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Según lo dispuesto por la Ley de Salud Mental en el Artículo 13; La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Prehospitalaria.

4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad
10. Unidades de Salud Mental.
11. Urgencia de Psiquiatría.

Para esto, según el artículo 18 de la Ley 1616 de 2013 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud.

Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Este equipo Interdisciplinario garantizará la prevención y atención integral e integrada de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes, a fin de garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas, familias y colectivos sujetos de atención, asegurando la integralidad y los estándares de calidad. Esta Ley de Salud Mental cuenta a partir la fecha de divulgación (21 de enero de 2013) con 18 meses para su completa implementación.

2.3.1.2. Marco Legislativo De La Salud En La Constitución Colombiana De 1991.

La base del modelo en salud de Colombia posee una serie de lineamientos constitucionales que permiten su desarrollo, presentando una serie de normas como la columna vertebral del sistema, son las bases, las fuentes legislativas de la Organización de la Salud en Colombia.

Eje normativo	Norma base	Reformas
“Código Sanitario Nacional”	Ley 9ª de 1979	En trámite.
Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS	Ley 100 de 1993, Libro II	Ley 1122 de 2007 y Ley 1439 de 2011
Sistema General de Riesgos Profesionales – SGRP (Componente Salud)	Ley 100 de 1993, Decreto legislativo 1295 de 1994	Ley 776 de 2002 En trámite.
SGP-S: Sistema General de Participaciones – SGP (en salud) Recursos y competencias Territoriales en salud	Ley 715 de 2001, Título II	Ley 1122 de 2007 Ley 1176 de 2007

Otras Normas:

Ley 10 de 1990 Reorganiza el Sistema Nacional de Salud.

Ley 643 de 2001 Monopolio rentístico de juegos de suerte azar (Para la salud).

Ley 789 de 2003 Sistema de Protección Social (SPS)

Ley 1151 de 2007 Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006 – 2010, 2010 - 2015: Estado Comunitario: Desarrollo para todos.

La base fundamental de estos cuatro cimientos y demás normas enunciadas es, evidentemente, la Constitución Nacional de la República de Colombia. Cada una de las leyes formuladas carga con sus pertinentes reformas y toda su reglamentación.

Con respecto a las normas expuestas, cabe anotar que todos corresponden a políticas de Estado, y sólo una es política de gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo. Además, las leyes sobre SGSSS, transferencias y PND comprenden otros aspectos diferentes al de la salud, pero se toman las concernientes a la salud.

Es pertinente nombrar que muchas otras leyes tienen vínculos, enlaces que se direccionan con el sistema de salud, nexos directos, pero ya no como pilares, sino que marcaran ciertas influencias en el devenir del funcionamiento, de la financiación, del control y de la regulación del sistema de manera concurrente. Algunas de estas leyes se relacionan directamente con el sistema de salud, como:

Ley 361 de 1997 Integración Social de la personas con limitación.

Ley 647 de 2001 Régimen especial de las universidades públicas.

Ley 691 de 2001 Grupos Étnicos en SGSSS.

Ley 972 de 2005 Ley de alto costo.

Ley 1023 de 2006 Sobre madres comunitarias.

Según el Ministerio de la Protección Social (2007), “(...) la seguridad social, entendida como un derecho inalienable que procura la garantía para la consecución del bienestar de la población y como factor de desarrollo de la sociedad, constituye un principio fundamental del Estado y una prioridad en el ordenamiento jurídico Colombiano (artículo 48 de la Constitución Política y artículos 1,2,10,35 y siguientes de la Convención Iberoamericana de Seguridad Social, aprobada en Colombia por la Ley 516 de 1999).

La trascendencia de ese derecho conlleva a la consagración constitucional de la seguridad social en salud como un servicio público esencial de carácter obligatorio, que se presenta bajo la dirección, organización, regulación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Artículos 48, 49, y 365 Constitución Política y Sentencias Corte Constitucional C – 616 y C – 130 de 2002).

Para la protección del derecho inalienable y la adecuada prestación del servicio, la Constitución Política refirió al legislador la responsabilidad de establecer una organización integral, que se concretó en el conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que constituyen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que involucra un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

para todas las patologías, en óptimas condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia (Artículos 48 y 49 de la Constitución Política y 1º, 2º, 3º, 4º, 152, 153, 155, 156, 157, 174, 202 y 211 de la Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1439 de 2011).

La Constitución Política de 1991 establece que la atención en salud, el saneamiento ambiental y la seguridad social son servicios públicos prestado bajo la dirección del Estado (Artículo 48) y consagra la salud como derecho fundamental para los niños (Artículo 44), además, formula que debe ser garantizado a los ancianos e indígenas (Artículo 46) y desde una perspectiva más general, lo considera un “derecho irrenunciable” para todos en el marco de un “Estado Social de Derecho”.

El Ministerio de la Protección Social, tomando como base los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y los artículos 1º, 2º, 3º, 4º, 152, 153, 155, 156, 157, 174, 202 y 211 de la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1439 de 2011, concluye que:

(...) para la protección del derecho inalienable y la adecuada prestación del servicio, la Constitución Política refirió al legislador la responsabilidad de establecer una organización integral, que se concretó en el conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que constituyen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que involucra un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, en óptimas condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.”

En el Título I de la Constitución de 1991 “De los principios fundamentales”, dicta en su Artículo 1º dice que:

“Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia de interés general, (...)”

Según el Estado Colombiano y como lo consagra la Constitución Política de 1991, un Estado Social de Derecho, es una forma de organización estatal encaminada a “realizar la justicia social y la dignidad humana mediante la sujeción de las autoridades públicas a los principios, derechos y deberes sociales de orden constitucional.” (Corte Constitucional, República de Colombia, Sentencia C – 1064 de 2001).

En esa medida, el presupuesto central sobre el cual se construye este tipo de organización política es el de una íntima e inescindible interrelación entre las esferas del “Estado” y la “Sociedad”, la cual se visualiza ya no como un ente compuesto de sujetos libres e iguales, sino como un conglomerado de personas y grupos en condiciones de desigualdad real (Corte Constitucional, República de Colombia, Sentencia C – 566 de 1995).

Esto quiere decir que:

(...) con el término “social” se señala que la acción del Estado debe dirigirse a garantizarle a los asociados condiciones de vida digna. Es decir, con este concepto se resalta que la voluntad del Constituyente en torno al Estado no se reduce a exigir de éste que no interfiera o recorte las libertades de las personas, sino que también exige que el mismo se ponga en movimiento para contrarrestar

las desigualdades sociales existentes y para ofrecerle a todos las oportunidades necesarias para desarrollar sus aptitudes y para superar los apremios materiales. (Corte Constitucional, República de Colombia, Sentencia Su – 747 de 1998).

La Carta Constitucional consagra una segunda generación de derechos (Derechos sociales, económicos y culturales), tras los fundamentales, que destacan la solidaridad humana y la obligación del Estado de ir más allá de respetar al ciudadano, de protegerlo, especialmente cuando se encuentra en condiciones de especial vulnerabilidad (mujeres, niños, en especial menores de un año, tercera edad, discapacitados), protegiendo la célula básica de la sociedad, la familia, y ofreciendo algunas herramientas para el logro de estos derechos (como seguridad social, atención en salud, recreación, trabajo, derecho a la huelga, educación y cultura).

A su vez, según el Ministerio de la Protección Social (2007), plantea que:

La seguridad social, entendida como un derecho inalienable que procura la garantía para la consecución del bienestar de la población y como factor de desarrollo de la sociedad, constituye un principio fundamental del Estado y una prioridad en el ordenamiento jurídico Colombiano (Artículo 48 de la Constitución Política y artículos 1, 2, 10, 35 y siguientes de la Convención Iberoamericana de Seguridad Social, aprobada en Colombia por la Ley 516 de 1999).

La trascendencia de ese derecho conlleva a la consagración constitucional de la seguridad social en salud como servicio público esencial de carácter obligatorio, que se presta bajo la dirección, organización, regulación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Artículos 48, 49 y 365 Constitución Política y Sentencias Corte Constitucional C – 616 de 2001 y C – 130 de 2002).

La constitución política de 1991 establece que la atención en salud, el saneamiento ambiental y la seguridad social son servicios públicos prestados bajo la dirección del Estado (artículo 48), consagra la salud como derecho fundamental para los niños (artículo 44); formula que debe ser garantizada a los ancianos en indigentes (artículo 46) y desde una perspectiva más general, lo considera un “derecho irrenunciable” para todos en el marco de un “Estado Social de Derecho”.

Y hasta allí, el discurso coincide perfectamente con el ofrecido desde el ámbito constitucionalista. Sin embargo agrega el documento anterior de 2007 que:

Para la protección del derecho inalienable y la adecuada prestación del servicio, la Constitución Política refirió al legislador la responsabilidad de establecer una organización integral, que se concretó en el conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que constituyen el Sistema General de seguridad Social en Salud, que involucra un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fija condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población en sus fases de educación, información, fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, en óptimas condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficacia (Artículos 48 y 49 de la Constitución Política y 1º, 2º, 3º, 4º, 152, 153, 155, 156, 157, 174, 202 y 211 de la Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007).

Es allí donde se formula el gran dilema, ya que sí existen dos sistemas conceptuales que parecen no concurrir: El de la Salud desde el Estado Social de Derecho y el del Sistema

General de la Seguridad Social en Salud. A su vez, la Corte Constitucional plantearía la dualidad desde esta perspectiva, en la Sentencia C – 130 de 2002, que dice:

Para efectos del desarrollo legislativo de estas atribuciones, el Congreso no goza de una capacidad de configuración total, por cuanto la Carta establece unos principios básicos que obligatoriamente orientan la seguridad social, y que por ende limitan la libertad de configuración del Legislador. Dichos límites están señalados en la misma Constitución Política, y son tanto de carácter formal (competencia, procedimiento y forma), como de carácter sustancial, que están determinados por los valores y principios en que se funda el Estado Social de Derecho (dignidad de la persona humana) y en las cláusulas propias del modelo económico de la Constitución (intervención del Estado y planificación económica, propiedad privada y libertad de empresa e iniciativa privada).

Es muy importante observar que la Corte Constitucional viene dando línea buscando claridad sobre los posibles alcances de la legislación y la normatividad con relación al tema de la salud, y reiterando que estos están subordinados al interés del Estado Social de Derecho.

2.3.2. El Sistema General De Seguridad Social En Salud De Colombia. (SGSSS).

El imparable crecimiento del costo de la atención médica, su inminente colapso por décadas de negligencias y abusos de un sistema de salud insuficiente y caduco, que requiere de una política nacional de salud, sumado a las políticas inadecuadas y la misma corrupción, la falta de control estatal, más el incremento del número de personas que no pueden pagar el actual sistema, más la incapacidad del estado para responder a la demanda en la sanidad de la población, ponen en peligro la salud, la economía e incrementa el deterioro social con el innumerable costo en la sanidad pública de los colombianos.

Con este panorama de consecuencias sociales y económicas de un modelo desgastado e ilógico y la falta de una política clara de Estado coherente que lea y analice las problemáticas sociales y las necesidades de salud de los colombianos, además de poseer un deficiente plan nacional de salud pública y un olvido total de la salud mental de los colombianos, se aprueba la Ley 100 de 1993.

En el marco del Plan General de la Seguridad Social, el cual es financiado a través de impuestos sobre los salarios y subsidios del gobierno, toda la población colombiana recibe un paquete de servicios básicos de salud prestados a través de un plan de salud. La participación en estos planes cae en uno de los dos regímenes en función a los niveles de ingresos, a la actividad laboral y a la condición socio económica de los miembros, entonces , está el “Régimen Contributivo” para aquellos que pueda pagar y contribuir al sistema (trabajadores del sector formal y personas por cuenta propia), la cobertura se financia con una contribución del 11% de los ingresos de cada miembro al régimen, además de contribuir con un 1.5% de su salario al financiamiento al sistema de solidaridad introduciendo así un elemento de redistribución buscando la equidad con la población más vulnerable, proclamando dos de los derechos fundamentales de la constitución de 1991, derecho a la vida y derecho a la salud, aportando al aseguramiento del “Régimen Subsidiado” para la población más pobre y de bajos ingresos. Este régimen se financia a través de los municipios y el presupuesto que

asigna el gobierno central al subsidios en salud y el 1.5% de la contribución salarial de los miembros del régimen contributivo.

Con la Ley 100 se busca crear y diseñar formas de abordar la atención en salud, construyendo dos paquetes de salud (Contributivo y Subsidiado), que a largo plazo el Estado pretende que sea un sistema unificado y con los mismos beneficios. En primera instancia se espera que el sistema se afiance y tenga un financiamiento adecuado en pos de la solidaridad y la igualdad, estos son el Plan Obligatorio de Salud (POS) para la población cotizante, que será el POSC del régimen contributivo y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) para la población subsidiada. El POSS conlleva un paquete más limitado que el POSC (Inicialmente) hasta el año 2000, sin embargo ambos, según el Estado, garantizan la atención básica, la promoción y la prevención de la salud.

Para mejorar la eficiencia y la calidad del servicio en salud, se determina que cada ciudadano elija y se inscriba en un plan de salud o Entidad Promotora de Salud (EPS) o Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) creada para atender las necesidades de los miembros subsidiados. Ellos pueden ser entidades de salud estatales de carácter público o las organizaciones privadas y pueden prestar servicios directamente o a través de otras instituciones y son los responsables de la provisión de beneficios de salud estándar.

Bajo este parámetro se establece un pago fijo pensado para cubrir las necesidades básicas en la cobertura en salud, creando así una prima fija, llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC), ajustada a los riesgos, con base en la edad y el sexo de cada sujeto.

Los planes de salud buscan que los proveedores presten los servicios en salud sobre la base de la calidad y la competencia por los afiliados, ya que no pueden cambiar los precios de la prima.

Con el fin de alcanzar los objetivos de proporcionar un mayor acceso y cobertura a los servicios en salud, los regímenes deben garantizar los suministros adecuado en recursos humanos y físicos, por lo tanto, es necesario que los hospitales y las clínicas se distribuyan apropiadamente para que la distancia no sea el principal obstáculo para acceder al sistema sin incurrir en gastos extras y asegurar la solidez financiera del modelo de salud y la mejora de la eficiencia, además de responder a los mandatos constitucionales.

El mecanismo de pago prevalente en Colombia ha sido tradicionalmente el sistema de pago por servicios de salud que fomenta el aumento del uso de los servicios curativos y los resultados de la inflación de costos. El nuevo sistema de salud debe moverse lejos de eso y poner en práctica métodos de pago alternativos, como la capitación por admisión y los pagos combinados. El desarrollo exitoso depende de la evolución del pago correspondiente a los procesos clínicos y a los procedimientos en la atención, además de calcular el costo del sistema con el fin de asignar correctamente las tarifas de pago y co-pagos.

El POS fue concebido como un instrumento que permite alcanzar la cobertura básica universal, garantizar la asistencia básica sanitaria en forma equitativa y promover la solidaridad. Para alcanzar estas metas el POS no podía racionar los servicios de cualquier manera, por lo tanto, al definir el POS fue necesario ser racional en su contenido y financiación, de lo contrario, simplemente se convierte en una lista de derechos inasumibles, en lugar de ser reales servicios prestados en salud para la población.

El punto de equilibrio y venta del servicio en salud colombiana debe pretender establecer bases equitativas en cuanto a procedimientos e intervenciones a fin de

responder a los patrones de discapacidad, morbilidad y mortalidad según la edad y el sexo. Adicionalmente, los procedimientos vinculados a intervenciones deben basarse en la tecnología apropiada disponible en el país según su costo-efectividad y de acuerdo a los estudios de prevalencia de la enfermedad, sumado a las realidades económicas del país.

Modelo De La Seguridad Social En Colombia.

Modelo Mixto Regulado De Aseguramiento En Salud En Colombia.

Sistema.	Equivalente en Régimen Contributivo	Equivalente en Régimen Subsidiado
Asegurador	Entidad Promotora de Salud del régimen Contributivo (EPS – C)	Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado (EPS – S)
Asegurado	Afiliado con su grupo familiar	Beneficiario del subsidio con Su grupo familiar dado el caso
Prima	Cotización obrero patronal	Subsidio a la demanda
Riesgo	Enfermedad general y maternidad (EGM)	
Siniestro	Incidencia/prevalencia de la enfermedad y mortalidad Frecuencia de usos del servicio	
Cobertura	Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C)	Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S)
Ajuste de Riesgo	Unidad de Pago por Capitación régimen contributivo (UPC-C)	Unidad de Pago por Capitación régimen subsidiado (UPS-S)
Carencia	Periodos mínimos de cotización. (Tomado de Arroyave-Zuluaga, I. (2009).	

En Colombia se puede establecer un modelo desde los tres pilares “clásicos” de la seguridad social (salud, pensiones y mercado laboral), que cobijan un número variable de riesgos y prestaciones (asistenciales o económicas).

Las prestaciones asistenciales en salud, desde una mirada más integral, abarca la cobertura de los riesgos por maternidad, enfermedad general (por aparte se aseguran de manera suplementaria eventos catastróficos y accidentes de tránsito), todo ello enmarcado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de manera complementaria los riesgos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, por el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), tanto prestaciones económicas como asistenciales.

A su vez, el Sistema General de Seguridad Social en Pensiones (SGSSP), cobija los riesgos de invalidez, vejez y muerte, pero es pertinente aclarar que para los riesgos invalidez y muerte sólo se ampara aquellos eventos derivados de la enfermedad no profesional. Es el SGRP el que cubre de manera complementaria las prestaciones económicas pensionales en los casos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (Riesgos Profesionales).

El diseño de SGSSS (Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1439 de 2011) se basa en el aseguramiento de individuos y familias ante el riesgo de Enfermedad General y Maternidad (EGM), e incorpora mecanismos de solidaridad financiera, competencia en la administración y prestación de servicios, y libertad de

elección, entre otros. El aseguramiento es administrado por Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) por medio de dos regímenes excluyentes: Régimen Contributivo (RC), obligatorio para todos los trabajadores formales y personas con capacidad de pago, y el Régimen Subsidiado (RS), para aquellas personas más pobres y vulnerables.

Las herramientas de focalización de los afiliados al Régimen Subsidiado (identificación de la población pobre y vulnerable) empleada por el SGSSS es el SISBEN, cuyo objetivo es lograr la caracterización del nivel socioeconómico y que se aplica en los municipios y departamentos. Esta encuesta es el principal medio para identificar a la población potencialmente beneficiaria del RS y a las personas sin capacidad de pago que inicialmente no hacen parte de ninguno de los dos regímenes, que deben gradualmente sumarse al sistema de aseguramiento y cuya atención se presta fundamentalmente a través de la red pública por medio de contratos con los entes territoriales, bajo el modelo conocido como subsidio a la oferta.

Ahora bien, el financiamiento para el RC es compartido entre el empleado y el empleador; en el caso de los trabajadores independientes y los pensionados, éstos asumen la totalidad de su aporte. La equidad en el SGSSS se procura principalmente por dos medios: El primero, sería la transferencia por compensación de recursos entre las EPS, de acuerdo a la captura o selectividad en la afiliación de la población por parte de estas entidades, a través del reconocimiento de unidades de pago por capitación (UPC) diferenciales por riesgos y niveles de ingresos de los afiliados; la Subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) efectúa esta labor (solidaridad intra-régimen contributivo).

Y la segunda por la contribución de una proporción de la cotización del régimen contributivo al financiamiento del régimen subsidiado y de una cantidad variable (hasta un punto de la cotización) para la salud pública (promoción de la salud), (solidaridad extra-régimen contributivo).

El RS (población cubierta por subsidio a la demanda) se financia por distintas fuentes fiscales y parafiscales (nacionales y subnacionales) e incluyen el mencionado aporte solidario proveniente del RC y recursos del presupuesto nacional.

La cobertura del aseguramiento es familiar y garantiza un plan de beneficios básicos en salud bien definidos por el Plan Obligatorio de Salud (POS), estableciendo diferencias entre los elementos componentes del POS para el RC y el RS, (POS-C Y POS-S), respectivamente. Este plan no permite preexistencias, ni renunciaciones, aunque sí se aplican periodos mínimos de cotización y pagos compartidos para acceder a los servicios.

Los cotizantes y beneficiarios inscritos en una EPS reciben los beneficios del POS en cada régimen: Urgencias; atención de primer nivel correspondiente a las citas médicas, odontológicas, medicamentos, hospitalización y cirugía; atención de mediana complejidad, salud de alto costo. Hay además prestaciones económicas en caso de incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad para los afiliados al régimen contributivo.

La población pobre no asegurada recibe atención de la red hospitalaria por la modalidad de subsidio a la oferta. También se emplean recursos de oferta para complementar a la población pobre el POS – C en los periodos de carencia y el POS – S en las acciones que no tiene contempladas.

Las personas que aportan al régimen contributivo deben aportar al Sistema General de Riesgos Profesionales que brinda prestaciones asistenciales y económicas

más integrales para el Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional que los contemplados para Enfermedad General.

Se garantiza a todas las personas (independiente de su afiliación) la atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) y la atención de urgencias vitales a todo lo largo del territorio nacional, así como los beneficios del Plan Nacional de Salud Pública, que cuenta con dos componentes: salud pública de intervenciones individuales y familiares a cargo de las EPS (articulado al POS) y Salud pública de intervención colectiva a cargo de la nación y de las entidades territoriales (complementario y suplementario respecto al POS).

En la prestación de servicios de salud concurren de manera regulada entidades públicas y privadas. Además de la existencia de un régimen tarifario, el sistema promueve mecanismos de contratación de servicios entre EPS y las IPS que permitan controlar los costos ajustados a las UPC disponibles.

El direccionamiento del Sistema, incluyendo su vigilancia, seguimiento y control, es responsabilidad del Estado a través del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud (que coordina el sistema de Inspección Vigilancia y Control del SGSSS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) que funge como Autoridad Sanitaria Nacional, y el Instituto Nacional de Salud (INS), a cargo de la Vigilancia y Control en Salud Pública y laboratorio de referencia nacional. Como reguladores aparecen el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (con amplia participación de todos los actores del sector), la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y las autoridades públicas de los niveles departamental y municipal.

2.3.3. Regulación Del SGSSS. Plan Obligatorio De Salud POS.

No cabe duda que el más relevante modulador del SGSSS es la unificación de un plan de beneficios para todos los afiliados que se desarrolló bajo el Plan Obligatorio de Salud (POS) y consecuentemente el diseño de un ajuste de riesgo que es la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), pues han sido estos componentes los que, a diferencia de los sistemas de aseguramiento privado, brindan más equilibrio entre los ciudadanos al disminuir la incertidumbre de los actores menos favorecidos, con condiciones de incertidumbre, modulando el abuso de posiciones dominantes, buscando en la atención en el servicio una mayor igualdad, sin distinción.

El capítulo III de la Ley 100 de 1993 (artículo 162 y siguientes) trata acerca de los regímenes de beneficios del SGSSS y dicta que el Plan Obligatorio de Salud POS debe permitir la protección integral de las familias (cotizantes y beneficiarias de SGSSS) a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas la patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Sus contenidos debían ser definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) pero a partir de 2008 lo hará la Comisión de Regulación en Salud (CRES) según dispone la Ley 1122 de 2007.

Según el decreto 806 de 1998, que reglamenta la afiliación al régimen contributivo, el Plan Obligatorio de Salud (POS), es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que están obligadas a garantizar a sus afiliados las EPS-C y EAS. Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de

Seguridad Social en Salud (CNSSS), de acuerdo a lo prescrito por la Ley 100 de 1993, pero actualmente lo hace la Comisión de Regulación en Salud (CRES) según Ley 1122 de 2007, e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

En la nomenclatura empleada en la Ley 100 de 1993 la expresión Plan Obligatorio de Salud del régimen Contributivo POS-C equivale a Plan Obligatorio de Salud POS por excelencia, la meta superior que da alcance al principio base de integralidad (amparo de todas las contingencias que afectan las condiciones de salud de la población). Así, el Plan Obligatorio de Salud para el régimen Subsidiado POS-S es un estado transitorio entretanto se igualan los dos planes de beneficios o en tanto el régimen contributivo alcanza la cobertura universal de la población.

EL POS-C

El acuerdo 008 de 1994 establece el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo POS-C, sujeto a las condiciones financieras del Sistema y a la economía del país para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en el Plan con su respectiva disponibilidad de recursos, a la vez que ordena al entonces Ministerio de Salud la expedición de un Manual con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de la salud como garantía de acceso, calidad y eficiencia. Con este fundamento se promulga la Resolución 5261 de 1994 “Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud” (MAPIPOS).

Están excluidas de manera explícita en el MAPIPOS las actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el CNSSS (actualmente CRES). Incluyendo lo que se describen a continuación:

Cirugía estética, tratamiento para varices o tratamiento nutricionales con fines estéticos.

Tratamiento para la infertilidad.

Tratamientos, medicamentos o sustancias experimentales o no reconocido por las asociaciones medico científicas a nivel mundial.

Tratamiento o curas de reposo o del sueño.

Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto.

Trasplante de órganos. No se excluyen aquellos como el trasplante renal, de medula ósea, de córnea y el de corazón, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías Integrales de Atención.

Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada.

No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y sólo durante la fase inicial (tres días); tampoco se excluyen las terapias grupales.

Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte

psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías Integrales de Atención.

Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.

Prótesis, ortodoncia y tratamiento periodontal en la atención odontológica.

Actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente considerados.

Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.

Los lentes se suministran una vez cada cinco años en los adultos y en los niños una vez cada año, siempre por prescripción médica y para defectos que disminuyan la agudeza visual.

Todas las EPS deben contar con un sistema de referencia y contra/referencia para garantizar el acceso a los servicios de alta complejidad.

El decreto 806 de 1998 (que deroga expresamente al decreto 1938 de 1994), reglamenta el plan de beneficios en el SGSSS de acuerdo con las recomendaciones del Acuerdo 008 de 1994, según el cual, el Plan Obligatorio de Salud de Régimen Contributivo (POS-C), es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tienen derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que están obligadas a garantizar a sus afiliados las Empresas Promotoras de Salud de Régimen Contributivo EPS-C y Empresas Adaptadas de Salud EAS.

El Acuerdo 228 de 2002 del CNSSS establece y actualiza el Manual de Medicamentos y Terapéutica del SGSSS (válidos para ambos regímenes), que había sido inicialmente fijado en el derogado Acuerdo 83 de 1997. Ahora bien, el POS también incluye las actividades de salud pública de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, establecidas en el cuerpo normativo dado por el Acuerdo 117 de 1998 (con el conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas) y la Resolución 412 de 2000, teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 3384 de 2000.

El Régimen contributivo incluye, finalmente, dos tipos de prestaciones: económicas y asistenciales. Las prestaciones asistenciales son las que brinda el POS-C a todo los afiliados (cotizantes y beneficiarios) y pueden ser entendidas como la sumatoria de los contenidos de:

Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud MAPIPOS.

Manual de Medicamentos y Terapéutica (Acuerdo CNSSS 228 de 2002).

Actividades de salud pública de intervenciones individuales y familiares (Acuerdo 117 de 1998 y su cuerpo reglamentario).

Además los cotizantes del régimen contributivo reciben las siguientes prestaciones económicas, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 167, 206 y 207 de la Ley 100 de 1993, el Decreto 806 de 1998 y los Decretos 1486 de 1999 y 047 de 2000 modificados por Decreto 783 de 2000:

Subsidio por incapacidad temporal por enfermedad general o accidente, de origen no profesional.

Subsidio por licencia de maternidad.

Los pensionados cotizantes reciben únicamente las prestaciones asistenciales.

POS-S

Ahora bien, el contenido del POS-C contempla un conjunto de beneficios superior al del POS-S, especialmente en actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del segundo nivel de complejidad (tratamiento quirúrgicos y hospitalarios generales). Esta diferencia es definida como transitoria pues se prescribe que debe igualarse progresivamente el POS-S al POS-C (Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007) entretanto, la población del régimen subsidiado solicita los servicios contemplados en el POS-S a través de la red pública y financiada por el departamento (complementación de servicios con cargo a recursos de subsidio a la oferta). Los beneficiarios del régimen subsidiado no reciben prestaciones económicas.

Según lo prescrito en la Ley 1122 de 2007, la ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del SISBEN y se aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del SISBEN. También están pendientes de reglamentación los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del SISBEN pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado.

De acuerdo a la Ley 100 de 1993, los servicios de salud incluidos en el POS son actualizados según los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Varios acuerdos del CNSSS actualizan y aclaran el POS, tanto en lo referente al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS) como al Manual de Medicamentos y terapéutica:

El acuerdo 226 de 2002 incluye en el POS el uso de Acelerador Lineal para teleterapia con fotones.

El Acuerdo 232 de 2002 contempla el análisis por parte del Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología, acerca de la eficacia, la efectividad clínica y la seguridad de uso del medicamento o procedimientos, revisando entre otros los estudios clínicos, económicos (costo – efectividad, costo – beneficio, costo – utilidad y costo – oportunidad) y bibliografía en general y el costo o ahorro que el medicamento o servicio tiene en la UPC.

El Acuerdo 236 de 2002, modifica la concentración del medicamento Factor Antihemofílico Complejo del Factor IX (para hemofilia).

Los Acuerdos 254 y 259 de 2003, incluyen en el POS-C la prueba de ayuda diagnóstica de laboratorio Carga Viral y la prótesis endovascular Stent Coronario Convencional, no recubierto, por cuanto generan la mayor proporción de recobros al FOSYGA.

EL Acuerdo 263 de 2004, acatando un fallo del Consejo de Estado, incluye el Ácido Zoledrónico (para oncología) en el POS, para usar según guías que elabore el Instituto Nacional de Cancerología adoptadas por el Ministerio de la Protección Social, también se resuelve:

Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica con notificación obligatoria de tipo pasivo de los aspectos clínicos, farmacológicos y económicos que permita hacer un seguimiento al impacto económico y de la salud de la inclusión de este medicamento en el POS.

Los Acuerdos 267 y 269 de 2004 reglamentan los subsidios parciales en el Régimen Subsidiado.

El Acuerdo 282 de 2004 adiciona al POS: Trasplante hepático; Examen de carga viral para los pacientes de VIH/SIDA; Procedimientos de colposcopia y biopsia consecuentes con la detección temprana de cáncer de cuello uterino; el dispositivo stent intracoronario no recubierto y su inserción; y 11 nuevos medicamentos dentro del manual respectivo.

El Acuerdo 289 de 2005 aclara la cobertura de servicios en el POS de ambos regímenes, estableciendo que están incluidas las actividades de cirugía plástica, maxilofacial y de otras especialidades siempre que tengan fines reconstructivos funcionales (cirugías reparadoras de seno, tratamiento para paladar hendido y labio figurado, tratamiento para gran quemado).

El Acuerdo 302 de 2005 incluye en el POS de ambos regímenes, la cobertura de las mallas de polipropileno no recubiertas, usadas en los procedimientos de herniorrafia o hernioplastia.

El Acuerdo 313 de 2005 incluye en el POS de ambos regímenes la Colectectomía por vía laparoscópica.

El Acuerdo 306 de 2005 aclara, precisa y compila los contenidos del POS-S en los esquemas de subsidio pleno y de subsidios parciales.

El Acuerdo 322 de 2006 estableció que dentro de los primeros cuatro meses de 2006, el Ministerio de la Protección Social, presentaría una propuesta de ajuste de los Planes Obligatorios de Salud.

El 336 de 2006, por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones. Adiciona 8 medicamentos para ser prescritos de acuerdo con las guías de práctica clínica de Enfermedad Renal Crónica (ERC y VIH/SIDA); la fórmula Láctea para suministrar a los lactantes hijos de madres VIH (+); la prueba de Genotipificación para el VIH; 3 nuevos medicamentos para oncología y otros 8 medicamentos para diversas aplicaciones.

El Acuerdo 350 de 2006 incluye en el POS de ambos regímenes la atención para la interrupción voluntaria de embarazo (IVE de acuerdo a la sentencia de la Corte Constitucional C-355/06, el Decreto 4444 de 2006 que reglamenta la atención para IVE como parte de las acciones de la salud sexual y reproductiva y la Resolución 4905 de 2006 que adoptó la norma técnica sobre el IVE.

El Acuerdo 356 de 2007 incluye en el POS, la vasectomía o esterilización masculina, como método definitivo de planificación familiar (no genera pagos compartidos por ser “P. y P.”). No hay incremento de la UPC-S.

El Acuerdo 368 de 2007 incluye la Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg tabletas (sin excluir la concentración y forma farmacéutica existente) para el tratamiento del VIH/SIDA.

El Acuerdo 380 de 2007 incluye medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. No hay incremento de la UPC.

El Acuerdo 395 de 2008 incluye servicios ambulatorios especializados en el POS para Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial en los adultos de 45 años o más, con el fin de promover acciones de manejo temprano de la Enfermedad Renal Crónica, y ajusta la UPC-S para 2008 de modo que se financien estas actividades.

2.3.4. Bases Económicas Del Sistema De Salud.

2.3.4.1. La Financiación Del SGSSS De Colombia.

Es pertinente antes de hablar y plantear la forma de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, decir que la salud mental en el momento actual en Colombia no cuenta con un presupuesto destinado para el mismo, por tal motivo los cálculos se realizará en base a los presupuestos generales de la nación asignados a la salud, que para el 2012 correspondientes al 5.1% del PIB, a los datos sobre la Prevalencia de la enfermedad mental según las investigaciones del 2003, 2008 y 2012 , de la investigación sobre discapacidad por enfermedad de 2008 AVISAs y de la UPC asignado por Estado para el 2012 y 2013.

Entonces diremos que antes de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud de 1993 con la Ley 100, Colombia se encuentra en un momento coyuntural, la poca cobertura en salud, su alto costo e insostenibilidad, la corrupción y el desvío de los recursos, con una afiliación al sistema vigente en la década de los noventa (ISS) que no supera el 18% de la población activa, las cajas de compensación logran cubrir sólo el 12% de la población más desfavorecida.

Es decir una cobertura que apenas alcanza al 30%, sin contar que la población con un poder adquisitivo alto, paga al sistema de salud prepagada, cubiertas por entidades privadas, llega a un máximo del 7%. En esta medida el panorama que presenta el sistema de salud en Colombia en los años noventa es preocupante, pues posee una cobertura en salud que no supera el 37% de la población y los recursos necesarios para cubrir el restante 63% de la población eran desmedidos de acuerdo con la realidad fiscal del país.

El exministro de salud Londoño, J. (2003) dice:

En términos generales, la reducida cobertura y el alto costo de los servicios para los sectores más pobres de la población eran esencialmente el resultado de la ineficacia e inequidad general del sistema público de salud. El Ministerio de Salud se concentraba en el financiamiento directo y en la administración de un sistema de hospitales de atención secundaria y terciaria, pero estas instituciones tenían una tasa de ocupación de menos del 50 por ciento y unos niveles muy bajo de productividad. El ministerio también había desarrollado una extensa cadena de centros y puestos de salud que no eran utilizados ni aceptados por un gran porcentaje de la población. Los doctores, laboratorios y farmacias del sector privado proveían muchos servicios y medicinas para los pacientes ambulatorios más pobres. Además, los recursos públicos no se orientaban hacia la población más pobre: alrededor del 40 por ciento de los subsidios oficiales para los hospitales públicos beneficiaban al 50 por ciento más próspero de la población. (Londoño, J. 2003)

Los cambios al sistema se hacían necesarios y la transformación era inaplazable, la reforma a la salud pretende de acuerdo a la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 establecer un Sistema General de Seguridad Social en el cual primara un enfoque de demanda de la salud y no el de la oferta de la salud, que era la razón del antiguo modelo instaurado en Colombia, un modelo que además era centralizado Fedesarrollo (2012).

La Ley 100 trae consigo y crea un nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, que posibilita y exige la creación de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y

la reorientación de los hospitales públicos y privados ya existentes en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), tanto para el subsidiado como para el contributivo, asignándole además responsabilidades a los entes territoriales en la gestión de los recursos destinados a los servicios en salud, buscando aumentar la cobertura, especialmente a la población más desprotegida y de menores recursos económicos, uno de los puntos débiles del anterior sistema.

Además el nuevo sistema acepto los convenios colectivos ganados por los trabajadores del sector público, permitiendo la construcción de un régimen especial, que se caracteriza por los beneficios y mayor cobertura de sus procedimientos y la medicalización comparado con el régimen contributivo y ni que hablar con el régimen subsidiado.

Al régimen especial pertenecen los trabajadores de: Las Fuerzas Militares y de Policía de la Nación, El Magisterio, El banco de la República, Los Docentes de Universidades Públicas, EPM, Ecopetrol, entre otras, siendo estas las más representativas y cuenta con alrededor de 2,3 millones de afiliados que son financiados con los recursos del presupuesto nacional o empresas estatales donde laboran con su respectiva contribución a la salud.

Glassman et. al. (2009) dicen que después de la implementación del nuevo sistema que promulga la Ley 100 de 1993:

(...) en materia de atención de la salud en Colombia, los resultados muestran una notable mejora en el nivel, la distribución y la composición relativa del financiamiento de la salud. En promedio, todos los grupos de la población se beneficiaron de la reforma, pero los más beneficiados fueron los pobres. La evidencia apoya la teoría de que la ingeniería financiera del sistema de salud colombiano ha tenido un importante efecto redistributivo, que tanto permitió reducir la desigualdad del ingreso como proveyó de protección financiera a una vasta porción de la población. La experiencia colombiana pone de manifiesto que cambiar de un sistema de subsidios a la oferta a un sistema de subsidios a la demanda es beneficioso para los pobres, dada la capacidad redistributiva del sistema y su metodología de asignaciones (Glassman et. Al, 2009).

El avance en el modelo de seguridad social le permitió a Colombia pensarse en la posibilidad de la universalización en la cobertura en salud, tal como lo dicta la Constitución Política de 1991 y poco probable al aprobarse la Ley 100 de 1993. Para ello se hizo necesario que el propio modelo se fuese desarrollado e implementar algunas normas y reformas que permitiera organizar el marco legal apropiado para canalizar los recursos necesarios para financiar desde el Estado, desde los Departamentos, los Municipios y los entes territoriales el incremento del gasto en salud; Aprobando desde el Congreso de la República leyes que buscan generar más y nuevos recursos, a saber la Ley 1122 de 2007, la Ley 1393 y la 1438 de 2011.

En la actualidad de acuerdo a datos del DANE 2012 la cobertura en salud alcanza el 91% de la población, gran parte de los colombianos, son beneficiarios de alguno de los tres Regímenes (Sudsiado, Contributivo y Regímenes Especiales), mostrando una relativa estabilidad en la cobertura, la búsqueda de la igualación del POS en el régimen subsidiado y contributivo, los recursos con un incremento anual superior a los 45 billones de pesos en los últimos años, sumados a los ajustes fiscales, parafiscales y financieros del sistema de salud posibilitan esta aparente calma, sin desconocer que aun el sistema tiene muchas falencias, como el gasto, el agujero financiero que produce el NO POS, la no asignación de un recurso propio para la salud

mental, asuntos a los cual se viene tomando medida o por lo menos son asunto de discusión.

Lo anterior, a pesar que se demostró cómo el sector público logró movilizar los recursos adicionales para financiar la ampliación del régimen subsidiado e inclusive para financiar gran parte del aumento del gasto No POS de los últimos años. En el subsidiado, el esfuerzo de los entes territoriales fue notable puesto que se destinaron, además de los recursos propios y las rentas cedidas, parte de las regalías (Fedesarrollo 2012).

Tabla 12. COBERTURA EN AFILIACIÓN EN SALUD (2004-2011).

AÑO	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total General	DANE (Estimación y Proyección)	COBERTURA
2004	11.199.073	15.553.474	26.752.547	42.368.489	63,14%
2005	14.270.698	18.438.013	32.708.711	42.888.592	76,26%
2006	17.996.635	20.125.263	38.121.898	43.405.956	87,83%
2007	17.423.153	21.606.812	39.029.965	43.926.929	88,85%
2008	18.405.579	23.601.000	42.006.579	44.451.147	94,50%
2009	18.046.744	23.373.913	41.420.657	44.978.832	92,09%
2010	18.462.916	21.840.891	40.303.807	45.509.584	88,56%
2011	19.620.393	22.295.140	41.915.533	46.044.601	91,03%

Fuente: BDUA Régimen Contributivo - Subsidiado Oficina TIC Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla 13.

DEPARTAMENTO	AFILIADOS CARGADOS EN BDUA JUNIO 30 DE 2012		Total general	DANE (Estimación y Proyección)	COBERTURA
	Contributivo	Subsidiado			
ANTIOQUIA	3.218.514	2.353.137	5.571.651	6.221.817	89,55%
ATLANTICO	1.072.896	1.268.197	2.341.093	2.373.550	98,63%
BOGOTA D.C.	5.457.332	1.286.353	6.743.685	7.571.345	89,07%
BOLIVAR	618.936	1.329.891	1.948.827	2.025.573	96,21%
BOYACA	410.399	694.829	1.105.228	1.271.133	86,95%
CALDAS	404.287	457.057	861.344	982.207	87,69%
CAQUETA	66.798	288.969	355.767	459.515	77,42%
CAUCA	251.236	961.352	1.212.588	1.342.650	90,31%
CESAR	308.105	796.734	1.104.839	991.584	100,00%
CORDOBA	311.372	1.323.909	1.635.281	1.632.637	100,00%
CUNDINAMARCA	1.016.073	927.166	1.943.239	2.557.623	75,98%
CHOCO	47.952	395.024	442.976	485.543	91,23%
HUILA	293.642	730.842	1.024.484	1.111.947	92,13%
LA GUAJIRA	154.794	660.066	814.860	874.532	93,18%
MAGDALENA	372.360	972.755	1.345.115	1.223.875	100,00%
META	391.498	384.892	776.390	906.805	85,62%
NARIÑO	249.894	1.122.168	1.372.062	1.680.795	81,63%

NORTE DE SANTANDER	422.530	806.977	1.229.507	1.320.777	93,09%
QUINDIO	223.210	254.634	477.844	555.836	85,97%
RISARALDA	473.659	355.801	829.460	935.910	88,63%
SANTANDER	1.006.323	859.837	1.866.160	2.030.775	91,89%
SUCRE	159.278	763.312	922.590	826.780	100,00%
TOLIMA	446.633	748.648	1.195.281	1.396.038	85,62%
VALLE	2.291.616	1.826.237	4.117.853	4.474.369	92,03%
ARAUCA	35.522	177.950	213.472	253.565	84,19%
CASANARE	133.007	199.887	332.894	337.886	98,52%
PUTUMAYO	41.669	261.082	302.751	333.247	90,85%
AN ANDRES	31.136	21.511	52.647	74.541	70,63%
AMAZONAS	12.543	51.330	63.873	73.699	86,67%
GUAINIA	3.543	37.651	41.194	39.574	100,00%
GUAVIARE	11.492	63.959	75.451	106.386	70,92%
VAUPES	2.456	24.313	26.769	42.392	63,15%
VICHADA	5.215	47.584	52.799	66.917	78,90%
TOTAL	19.945.920	22.454.054	42.399.974	46.581.823	91,02%

Fuente: BDU A a Junio de 2012, Cobertura por Departamento 2012

Para llegar a estas cifras en cobertura del 91% que no eran pensadas ni antes ni después de la Ley 100, hubo que contar con un largo recorrido que aún no ha terminado, en lo normativo, en la vigilancia, en el control, en la cobertura y en lo financiero del sistema, por ello desde la mencionada Ley 100 de 1993 se establecieron las condiciones para el flujo de los recursos al sistema de salud en Colombia, pretendiendo como lo plantea la constitución de 1991 la cobertura del 100% de la población. Dichos procesos normativos que apuntan al control y al financiamiento dicen según:

Decreto 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”; el Decreto 050 de 2003 “Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”; el Decreto 3260 de 2004 “Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”; así como el Decreto 4747 de 2007 “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones” que regula las relaciones entre aseguradores y prestadores.

Esto sumado a las reformas a la Ley de salud como lo son la Ley 1122 de 2007 con sus dos artículos 12 y 13 y la Ley 1438 de 2011 la cual fija los plazos en el pago de la facturación por prestación de servicios en salud y además que le permite al Ministerio de Salud girar directamente a las EPS del régimen subsidiado.

El flujo de los recursos de la salud en Colombia cuenta con un amplio número de entidades, de Empresas Promotoras de Salud (Empresas privadas y cooperativas), fondos, cajas de compensación, entes territoriales y agencias en salud, que son las encargadas de regularizar y administrar los recursos.

El principal fondo que canaliza los recursos es el Fosyga, éste regula y controla los recursos del presupuesto nacional en salud, es la encargada de garantizar la financiación de los afiliados a las EPS del sistema contributivo, además administra tres subcuentas más: la de solidaridad (para el régimen subsidiado), la de promoción/prevenición y la de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT).

Luego vienen los departamentos y municipios los que canalizan un alto monto de recursos propios y transferidos para financiar la salud en los territorios; estos incluyen las rentas cedidas, las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) para la salud, las regalías directas y recursos propios de estas entidades territoriales (Fedesarrollo 2012).

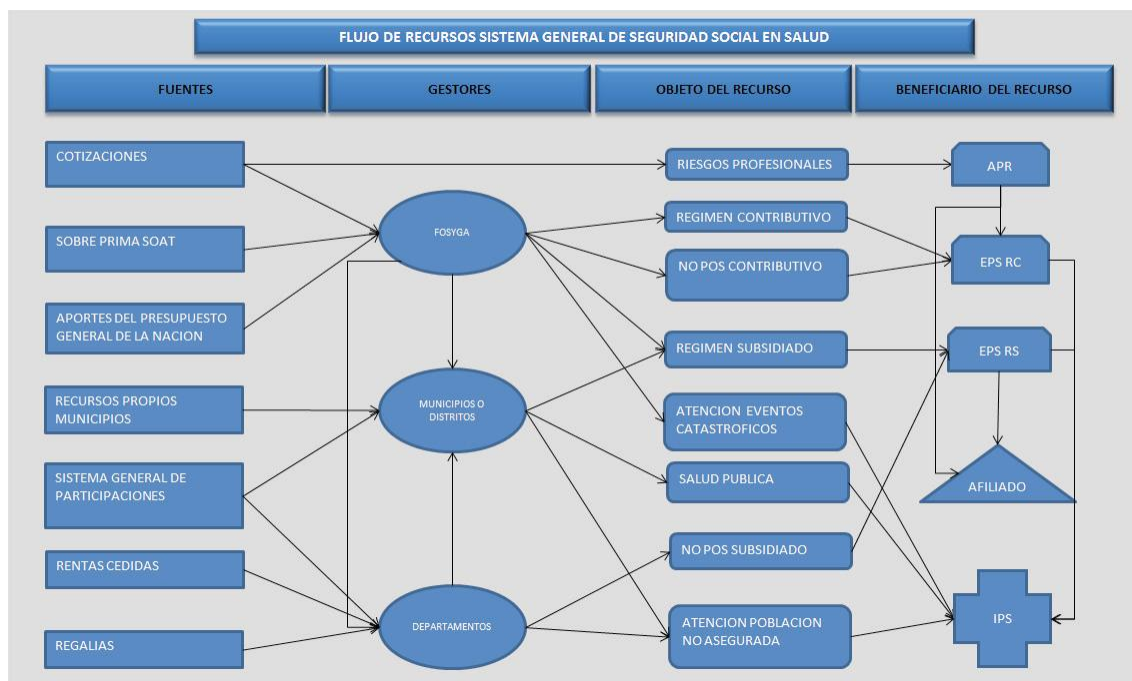
Debemos tener en cuenta que la fuente cardinal de los recursos de la salud son públicos; ya que la cotización correspondiente a los regímenes especiales que cubren alrededor de 2,3 millones de afiliados son trabajadores del Estado en su gran mayoría o empresas estatales, departamentales, municipales o entes territoriales, también los recursos correspondientes a las cotizaciones de afiliación del régimen contributivo por trabajadores y los aportes patronales, además los recursos del presupuesto nacional y a las rentas cedidas.

Igualmente, se encuentran aportes de otras cargas parafiscales, como los de las Cajas de Compensación Familiar para financiar el régimen subsidiado, fuera de los recursos propios que se le asignan al régimen subsidiado por los departamentos, los municipios, las regalías y otros recursos de libre destinación de las entidades territoriales, además de la contribución del régimen contributivo del 1.5% que realiza al sistema de solidaridad que se destina a financiar el subsidiado.

El Presupuesto Nacional canaliza la mayoría de los recursos del sector a través de los Ministerios de Protección Social, Educación y Defensa. El Ministerio de la Protección Social en Salud administra los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, recursos destinados a la ampliación del POS subsidiado para menores de 18 años y mayores de 60 años a nivel nacional, la ampliación en la cobertura del régimen subsidiado en la subcuenta de solidaridad del Fosyga, las transferencias a los departamentos, municipios y FONPET, los provenientes de juegos de suerte y azar (Ley 643 de 2001), el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), la implantación de proyectos para la atención prioritaria en salud nacional y la protección de la salud pública en el ámbito estatal.

A su vez, el Ministerio de Educación tiene a su cargo las cuentas de salud que están dirigidas al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, que se dividen entre los aportes patronales de la Nación, los aportes de los afiliados, los aportes de los afiliados provenientes del SGP y otros. Mientras tanto, el Ministerio de Defensa Nacional maneja los recursos que van al Sistema de Salud de las Fuerzas Públicas y de la Policía Nacional (SSMP) y las transferencias al Hospital Militar, principalmente.

Por su parte, las fuentes privadas son el gasto privado o propio de empresas y familias (hogares) en salud. Los hogares pueden comprar pólizas de salud, planes complementarios y/o planes de medicina prepagada adicional a la afiliación obligatoria que exige la Ley 100. Igualmente, efectúan gasto en salud con sus recursos, lo que se conoce como gasto de bolsillo que Fedesarrollo estimo en el 2008 en 6.5 billones de pesos, cifra constante hasta 2010 y resulta de gran importancia, pues de acuerdo con estimaciones a través de las Encuestas de Hogares y Calidad de vida en 1997 llegó a representar cerca del 30% del total del gasto de bolsillo en salud de la población colombiana (Fedesarrollos, 2012).



Grafica tomada de la investigación de la Procuraduría General de la Nación (2012).

Como se mencionó anteriormente el principal ente administrador de los recursos en salud equivalentes al 50 %, mostrando un incremento de los ingresos desde el 2007 promedio anual del 14,9% es el Fosyga, éste destina el 66,4% de los ingresos a la atención del régimen contributivo. Ahora bien, hay que tener en cuenta que este porcentaje aumento en el periodo 2012, puesto que en el 2011 se resolvió la disminución del porcentaje del 1.5% para el 2012 al 0.017 % de transferencias de las cotizaciones a la subcuenta de solidaridad que sale del aporte que el régimen contributivo realiza al subsidiado.

Los ingresos del Fosyga tienen diversas fuentes, siendo las principales los recaudos de cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo y al régimen especial, los recursos de la nación y los rendimientos financieros de las subcuentas, que en 2010 ascendió a \$20 billones, mientras que para el año 2003 correspondía apenas a un total de \$10,18 billones (a precios constantes de 2010) (Fedesarrollo, 2012).

Así mismo, los recursos que destinan las entidades territoriales (que corresponden a las regalías, los recursos propios y el endeudamiento), aparte de lo girado por el gobierno mediante el SGP (con un crecimiento del 9,5% en el periodo 2007 – 2011, con un repunte importante en el 2009 equivalente a 5,15 billones de pesos), son un poco menos del 10% de la financiación de la salud. Igualmente, la destinación de recursos a medicina prepagada ha aumentado en los últimos años, pero aún es una proporción pequeña del total del gasto. (Fedesarrollo, 2012).

Según el Ministerio de la Protección Social, los recursos asignados en el 2011 fueron de \$17,1 billones, distribuidos en el pago de pensiones a cargo del Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional - FOPEP, del Instituto de Seguros Sociales y Caprecom por \$15,2 billones; Sistema General de Participaciones (SGP) en Salud, \$0,7 billones, y otros proyectos de inversión, aproximadamente \$1,2 billones, de los cuales para el Fondo de Solidaridad Pensional fueron \$787,3 mm. Mostrando un crecimiento del 35% real en el periodo 2007 – 2011, el incremento está dado por las transferencias

para la Red Pública Hospitalaria y por gastos que van dirigidos a la unificación y ampliación del POS del régimen subsidiado y los gastos generados por el No POS.

De otra parte, el Ministerio de Defensa destinó \$1,3 billones para los programas de salud del ejército, la policía nacional y el hospital militar. Adicionalmente, El Ministerio de Educación Nacional asigna un presupuesto \$6,4 billones, de los cuales \$3,6 billones son aportes para pensiones, salud y cesantías del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, \$685,3 mm para atención a la familia, la niñez y la adolescencia, \$867,9 mm del SGP para pagar pensiones de docentes a través de las cajas de previsión de los entes territoriales, \$1,0 billón para cesantías de los cuales \$674,2 mm son recursos del SGP, \$225,2 mm para pago de pensiones en las universidades nacionales, y \$21,6 mm en asistencia a comunidades indígenas y comunidades negras.

Si bien parte de este gasto se financia con los recursos de la Ley 1393 de 2011, igualmente son necesarios recursos adicionales que se deben arbitrar. Por su parte, el Ministerio de Educación tiene como apropiaciones para salud \$237 mil millones como aporte patronal para el FOMAG, \$144 mil millones como aporte de los afiliados al Magisterio y \$134 mil millones del SGP para los afiliados al Magisterio, de acuerdo con cifras del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Para el año 2011 las apropiaciones del Ministerio de Protección Social llegaron a los \$5 billones para el componente de salud del SGP, \$812 mil millones para la ampliación del POS subsidiado para menores de 12 años, \$724 mil millones de pesos para la renovación de la afiliación del régimen subsidiado de la subcuenta de solidaridad del Fosyga y para los demás programas mencionados anteriormente se destinaron recursos por \$1,26 billones de pesos. (Procuraduría, 2012).

2.3.4.2. Presupuesto En Salud Para El Periodo 2012-2013.

Para el año fiscal 2012 el recurso asignado para el sistema de salud fue de \$ 46.4 billones de pesos, alimentando e irrigando el flujo de recursos para todo el SGSSS, en total fueron \$46.439.450.219.781 de pesos. Siendo una cifra superioridad a la asignada en los periodos anteriores en el sistema de salud colombiano en un 6%. Estos recursos son administrados por los dos principales fondos así: \$25.6 billones presupuestados al Ministerio de la Protección Social según el PGE y de \$20.8 billones del Fosyga-, monto equivalente al 28% del total del presupuesto de la Nación para dicho período y al 8% respecto del Producto Interno Bruto en Colombia. Esta cifra fue aprobada por el Congreso de la República con la Ley 1485 del 14 de diciembre de 2011.

El Presupuesto General de la Nación y los recursos de capital que fueron aprobados para el periodo fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012, fue aforado en \$165.4 billones, con diferencia de \$18 billones respecto del de 2011, el cual fue de \$147.2 billones y menor del 12,2% del presupuesto para el periodo fiscal aprobado para el 2013 que es de \$185,5 billones, teniendo un incremento del 9,4% con respecto al 2012. De ese total \$97,8 billones (52,7%) corresponden a gastos de funcionamiento, lo que representa un incremento de 8,8% frente a los 89,9 billones de 2012 equivalente al 54,23% del presupuesto; \$47 billones (25,3%) al pago del servicio de la deuda, para el 2012 fue de \$38.7 billones (23.43%) y \$40,7 billones (22%) a inversión; en el 2012 la inversión fue de \$36.9 billones de pesos (22,34%) del presupuesto.

Tabla 14.

Composición Presupuesto General de la Nación 2012-2013 en miles de millones de pesos.					
Concepto	2012	2013	Variación Porcentual 13/12	Porcentaje del PIB.	
	(1)	(2)	(3)= (2/1)	2012 (4)	2013 (5)
FUNCIONAMIENTO	89.879	97.810	8,8	13,5	13,6
Gastos de personal	18.895	20.462	8,3	2,8	2,8
Gastos generales	6.299	6.432	2,1	0,9	0,9
Transferencias	63.070	69.321	9,9	9,5	9,6
SGP	26.000	28.242	8,6	3,9	3,9
Pago de Mesadas					
Pensionales sin SGP	22.905	24.881	8,6	3,4	3,5
Universidades sin pensiones	2.118	2.194	3,6	0,3	0,3
Fondo Prestaciones					
Magisterio sin pensiones	2.337	2.569	9,9	0,4	0,4
FONPET	207	213	3,0	0,0	0,0
Resto de transferencias	9.503	11.221	18,1	1,4	1,6
Operación comercial	1.615	1.594	(1,3)	0,2	0,2
DEUDA	38.715	46.967	21,3	5,8	6,5
INVERSIÓN	36.808	40.748	10,7	5,5	5,7
TOTAL	165.402	185.525	12,2	24,9	25,7
TOTAL SIN DEUDA	126.687	138.558	9,4	19,1	19,2

Fuente: Dirección General del Presupuesto Público Nacional

Es importante destacar la cantidad de recursos que se le asigna al sector de la protección social, con \$32.7 billones; Defensa y Seguridad \$23.8 billones; Educación \$23.1 billones, cuya participación respecto del presupuesto es del 13.97%. Para la Rama Judicial se destinarán \$2.4 billones, con aumento del 13.5% frente a 2011 y participación del 1.45%. Para el caso específico de salud, en la Sección 3601 - Ministerio de la Protección Social, se aforó un presupuesto de \$25.5 billones, con incremento en términos corrientes de 3.86% y en valores reales de 0.13%, de los cuales \$21.6 billones corresponden a gastos de Funcionamiento y \$3.9 billones a Inversión, con participación total del 15.43%, siendo el rubro de mayor apropiación de todo el presupuesto de 2012.

Con la aprobación del presupuesto del Fosyga para 2012, la subcuenta de Compensación contó con \$15.7 billones, recursos que administraron las EPS del país y que deberá reflejarse en sus estados financieros y flujo de caja. Además, las EPS del régimen subsidiado dispusieron de \$3.4 billones, mostrando una cifra récord de \$19.2 billones en el 2012.

En la ley de presupuesto de 2012 se apropiaron recursos por \$15.833 millones, para la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Asimismo, para la Superintendencia Nacional de Salud se estimaron unos ingresos para 2012 de \$112.117 millones, con los que deberá acometer las funciones de inspección, vigilancia y control, dado que tradicionalmente es considerada la cenicienta del sistema de salud y sumado a la baja eficiencia, la mala gestión y el bajo impacto en las medidas tomadas, más aún con los retos que en tal sentido le plantea la Ley 1438 de 2011 que su función vea la luz. Para el Instituto Nacional de Salud (INS) se presupuestaron \$68.390 millones, entre aportes nacionales y recursos propios.

Con la cantidad de recursos asignados y presupuestados para el sector salud que rondan los \$46.4 billones para el periodo 2012, teniendo en cuenta las fuentes fiscales y parafiscales, y haciendo un ejercicio práctico de reconocérsele teóricamente a los 47 millones de colombianos el valor promedio de la UPC definida para el régimen contributivo por el CRES de 2012 en \$547.639.20 pesos, se presupuestaría un gasto total de acuerdo con la prima fija en salud de \$25.7 billones de pesos.

Es decir que con el 55.4% del total de recursos presupuestados para 2012 para el sector salud, es posible teóricamente hablando la cobertura y la atención en salud del 100% de la población colombiana, asumiendo esa UPC promedio del régimen contributivo, sin contar con otras fuentes de recursos de los Departamentos, los Municipios y los entes territoriales y los dispuestos con la Ley 1393/10.

En términos generales podríamos decir teóricamente que el SGSSS en Colombia cuenta con los recursos financieros suficientes para garantizarle una cobertura básica en salud para todos los colombianos, pero cuestiones de la mala administración, corrupción, ineficiencias técnicas y económicas, costosa intermediación, barreras de acceso por parte de las EPS, debilidades en inspección, vigilancia y control expresados en una evidente judicialización de los servicios de salud, son un claro obstáculo para lograr las metas y anhelos en salud de los colombianos; Además debemos tener en cuenta que Colombia invierte en gasto público en salud en el 2012 el 5.1% del PIB y para el 2013 el 6.0% del PIB, uno de los más altos de América Latina.

Con lo anterior se hace pertinente describir la financiación de los tres regímenes: Contributivo, Subsidiado y Regímenes Especiales.

2.3.4.2.1. Financiamiento De Los Regímenes Especiales.

Los regímenes especiales son contemplados por el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, que trata de las excepciones dentro del Sistema General de Seguridad Social Integral. En el mismo artículo se establece que las poblaciones que se encuentran exceptuadas son los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, EPM, el Magisterio, los trabajadores y pensionados de Ecopetrol, los trabajadores de las empresas que en el momento de entrar en vigencia la Ley 100 se encontraban en concordato preventivo y obligatorio que pactaban sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones.

Las mayores apropiaciones para la salud del Presupuesto General de la Nación corresponden a los gastos de los sistemas de salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. También se observa que el presupuesto de 2011 administrado por la Empresa Colombia de Petróleos, para la atención de salud de sus trabajadores, ha crecido en un 61% en términos reales desde el 2007; mientras que entre 2008 y 2009 el presupuesto aumentó el 24%, con un promedio de crecimiento anual del 13% en los tres años.

Por su parte, los recursos que destina el Ministerio de educación mediante el FOMAG para salud están regidos por la Ley 813 de 2003, según el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 y por el Decreto 2341 de 2003. Esta ley estipulaba que las contribuciones que se hagan a salud desde el fondo deberían igualarse a las del Sistema General progresivamente y a partir de 2008 serían iguales. Actualmente, los trabajadores adscritos cotizan el 4% de su ingreso básico mensual y el aporte patronal del Estado es de 8,5%, que es girado a través del Sistema General de Participaciones (SGP); para el año 2011 la proyección de ingresos por cotizaciones y aporte patronal era de \$859.693 millones.

Vale la pena mencionar que el sistema se financia exclusivamente de las cotizaciones y en general en los regímenes especiales no existen cuotas moderadoras o copagos. Para 2011, el Presupuesto General de la Nación apropió para este fondo \$237 mil millones, el aporte de los afiliados al fondo fue de \$144 mil millones y el aporte de los docentes que proviene del SGP fue de \$134 mil millones.

Así mismo, los ingresos del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional tienen como principal fuente el Presupuesto Público Nacional, que es programado cada año en el Presupuesto General de la Nación. De una parte, el presupuesto de salud del Ministerio de Defensa Nacional para el año 2011 fue de \$598 mil millones. A su vez, el presupuesto de la Policía ha tenido un crecimiento de 44,8% entre el 2007 y 2010 con un crecimiento promedio anual de 8,9%. Por su parte, los gastos de funcionamiento presentaron un crecimiento de 32,5% en el período 2007-2010; mientras que los gastos de inversión han crecido 19,9% en el mismo período.

En Unisalud, la unidad prestadora de salud para los Docentes Universitarios, el presupuesto disponible para la atención de todos los afiliados en 2011 fue de casi \$60.000 millones, su crecimiento en términos reales, fue del 11,5% con respecto al 2010 y de 12,9% el año inmediatamente anterior, tasas muy superiores al crecimiento del IPC que fue de 3,2% para 2010 y 2% para 2009. (Dirección General del Presupuesto Público Nacional, 2012).

Por otra parte, Unisalud es responsable de administrar la prestación de servicios a todos sus afiliados y el financiamiento se realiza mediante las cotizaciones del mismo sistema, que representa en promedio un 64% de los ingresos y el excedente corresponde a los rendimientos de los excedentes financieros. En particular, el mecanismo de cotización es igual al del régimen contributivo, puesto que un 4% de la base de cotización lo aporta el empleado y el 8,5% de la base de cotización la aporta el empleador, en este caso la Universidad Nacional.

En general, se observa un alto crecimiento de los recursos disponibles año a año en términos reales, con un crecimiento anual del 7%, estas entidades tienen que destinar una mayor proporción de sus cotizaciones, que provienen del Presupuesto Nacional, a la prestación de servicios médicos, en parte explicado por el aumento de la población de alto costo y el incremento de las tarifas de los prestadores del servicio (Fedesarrollo, 2012).

Ahora bien, el gasto Per Cápita por Afiliados de todos los regímenes especiales ofrecen un plan de beneficios más amplio que el del régimen contributivo, esto significa que necesariamente tienen un gasto per cápita mucho mayor (teniendo en cuenta que la UPC promedio del régimen contributivo para el año 2011 fue de \$505.627 y para el régimen subsidiado fue de \$302.040), la UPC para el 2012 fue de \$ 547.639,20 (incremento correspondiente al 9,4%) en el régimen contributivo y UPC de 352.339,20 (incremento del 11%) en el régimen subsidiado para el 2012. A continuación se describen los gastos per cápita y el total de usuarios de los distintos regímenes especiales tomado de Fedesarrollo 2012.

En primer lugar, los usuarios en Ecopetrol en el año 2010 llegaron a 61.329, que se dividen en 12.905 pensionados y 7.140 trabajadores afiliados y el resto, más de 41 mil personas, corresponde a la población beneficiaria. Al estimar el costo per cápita de un usuario del sistema de salud de Ecopetrol es de \$4.600.000.

En el FOMAG, tal y como está establecido en los pliegos de la licitación, la UPC del Magisterio debe ser por lo menos un 48,3% mayor que la UPC del contributivo, y en el 2011 esta diferencia fue de 61,3%. En el año 2011, el fondo cuenta con 405.000 cotizantes de los cuales 60.000 son pensionados, 279.000 son activos y

66.000 son activos pensionados. El fondo también cubre los gastos de salud del grupo familiar de los afiliados entre los que se incluyen los hijos que no hayan cumplido los 19 años de edad, los hijos que no hayan cumplido 26 años de edad y que se encuentren estudiando, los hijos discapacitados de los afiliados, el hijo de la hija hasta el primer mes de nacido, los padres del afiliado sin hijos y los padres que no estén trabajando o no pertenezcan al sistema general.

Igualmente, hay otras figuras como la del matrimonio pedagógico que se compone de una pareja de maestros, donde uno afilia a los hijos y el otro a sus padres. La UPC efectiva del magisterio fue de \$68.000 mensuales en el 2011, lo que equivale a un total de \$816.000 anuales. El sistema se financia exclusivamente de los aportes patronales y las cotizaciones; adicionalmente, se observa que no existen cuotas moderadoras o copagos.

En las Fuerzas Militares y Policía Nacional, por cada afiliado y beneficiario el sistema de sanidad militar paga una unidad UPC, llamada Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD), que debe ser como mínimo un 20% mayor a la UPC del contributivo. El número de cotizantes en el 2011 fue de 472.548 de los cuales 225.360 pertenecen a las Fuerzas Armadas y 247.188 a la Policía Nacional. Por cada cotizante hay 1,42 beneficiarios en el subsistema de las Fuerzas Armadas, 1,45 beneficiarios en el subsistema de la Policía Nacional y 1,44 beneficiarios en el sistema total. Con lo anterior se llega a 1,3 millones de beneficiarios en el sector Defensa.

Así mismo, al analizar los afiliados que atiende el sistema de Salud del Banco de la República y su clasificación por grupo etario se encuentran resultados interesantes. El número de personas que tienen más de 65 años corresponden a un 21% de la población afiliada al plan de salud del Banco, lo que adquiere gran relevancia si se tiene en cuenta que la UPC de una persona de este grupo poblacional puede ser 3,9 veces superior al beneficiario promedio. Además, cerca del 30% es mayor de 45 años con lo cual, a mediano plazo el sistema de salud del Banco tendrá un alto número de mayores de 60 años (Fedesarrollo, 2012).

Finalmente, el gasto per cápita del Banco de la República; los gastos totales han crecido un 36% en el período 2006-2010, lo que equivale a un crecimiento real anual promedio de 7,6%. Hay que resaltar en este punto que el incremento en el gasto per cápita fue 49,8% desde el 2006.

Actualmente los regímenes especiales poseen alrededor de 2,3 millones de afiliados entre pensionados, cotizantes y beneficiarios que hacen parte de alguno de los regímenes especiales que se encuentran vigentes en Colombia. Cada uno posee diferencias y características muy particulares.

Las diferencias se explican en su mayoría por la cobertura de los medicamentos incluidos y de las prestaciones médicas a que tienen derecho, entre las más importantes. En este punto se encuentra una desigualdad en el sistema de salud, pues mientras un grupo de población, como la de estos regímenes, recibe los mejores tratamientos financiados con recursos públicos, otros apenas reciben subsidios parciales para la atención prioritaria (Procuraduría, 2012).

Como consecuencia, la destinación de recursos per cápita es superior a la UPC del régimen contributivo (\$4.763.918 para el Banco de la República, \$4.600.045 para Ecopetrol, \$ 2.944.444 para Unisalud.) y su única conexión con el resto del sistema es la destinación de 1,5 puntos de las cotizaciones (de sus afiliados y los aportes patronales, que en este caso vienen del Presupuesto Nacional) a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

2.3.4.2.2. Financiamiento Del Régimen Subsidiado.

De acuerdo con la Ley 100 de 1993, la finalidad del régimen subsidiado es la promoción de la afiliación a la salud, garantizando el acceso a los servicios de salud para toda la población, especialmente aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, bajos recursos económicos, aquellos que se encuentran en la pobreza.

En este sentido, la ley buscaba aumentar la cobertura del aseguramiento individual de la población más vulnerable mediante su afiliación al SGSSS. Para tal fin era necesario definir de una manera técnica la población que podía acceder a este subsidio de salud, lo que condujo a la creación del SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales) en el año 1993.

El SISBEN busca focalizar los subsidios de salud, mediante la identificación de las familias que requieren el subsidio total o parcial para recibir el servicio de salud. De acuerdo con la ley, son beneficiarios del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, clasificada en los niveles I y II del SISBEN, siempre y cuando no estén afiliados en el régimen contributivo; también hace parte de este grupo la población clasificada en el nivel III del SISBEN, en los términos de la ley, así como las poblaciones especiales registradas en los listados censales y las prioritarias que defina el gobierno nacional, según lo establece el literal a) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

Existen varios hechos que necesariamente conducirán a la homologación o nivelación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado. El más importante quizás sea el conjunto de fallos emitidos por la Corte Constitucional, de los cuales el de mayor relevancia es la sentencia T-760 de 2008, que explícitamente y con fechas de cumplimiento obliga a nivelar los POS de ambos regímenes. Esto con el fin de garantizar el cumplimiento de las metas planteadas en la Ley 100 de 1993, en relación con la igualdad en los servicios de salud ofrecidos a toda la población.

De una parte, la nivelación por grupos poblacionales ya se hizo para los grupos etarios de mayor costo; en el 2010 para los menores de 18 años y a finales de 2011 para los hombres y mujeres mayores de 60 años. De otra, se debe dar el paso final para lograr que todos los colombianos estén afiliados al SGSSS, pues se estima que tan sólo el 4% de la población colombiana no tenía ningún tipo de afiliación hasta finales de 2011.

A su vez, la Ley 1438 que reformó el SGSSS, declara nuevos principios del sistema, adicionales a los planteados en la Ley 100 y del mismo modo, introduce los mecanismos de transición hacia un escenario de igualación de los POS del régimen subsidiado y contributivo, como la desaparición de los planes de beneficios parciales y nuevos mecanismos de administración de recursos como el pago directo a las EPS-S desde el Gobierno Central a nombre de las entidades territoriales (artículo 29).

De tal forma, la igualación o nivelación de los planes de beneficio junto con la cercanía a la universalización en la cobertura son metas importantes que se deben consolidar en los próximos años, teniendo en cuenta que los retos son financieros y de gestión.

El régimen subsidiado cubre actualmente a 21 millones de afiliados activos, es decir, casi el 60% del mercado de la salud en Colombia, siendo Caprecom la entidad que posee el mayor número de afiliados activos, con el 16% de la población total subsidiada. Posteriormente, se encuentran algunas cooperativas o empresas solidarias, seguidas por cajas de compensación familiar, que en conjunto participan con el 46% del mercado.

Las EPS del régimen subsidiado está compuesto por tres tipos de empresas: aquellas de carácter privado pertenecientes tanto al régimen contributivo como al subsidiado, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.

Un caso especial es Caprecom, que actualmente cubre al 16% de la población a nivel nacional y tiene presencia en 32 departamentos y 720 municipios. Es una empresa industrial y comercial del Estado, vinculada al MPS y establecida como promotora de salud en el marco de la Ley 100. Igualmente, Caprecom ha ampliado su red de servicios a muchas actividades, además de ser EPS del subsidiado. En general, las EPS de este régimen son empresas sociales del estado que se desarrollaron a partir de la Ley 100, seguidas en importancia por las Cajas de compensación.

El régimen subsidiado posee numerosas fuentes de financiamiento, a nivel nacional, es pertinente nombrar las transferencias del sistema general de participaciones y las transferencias del Fosyga, correspondientes al presupuesto que administra el fondo o subcuenta de solidaridad. Estos recursos son canalizados a través de las entidades territoriales, las cuales a su vez contratan con estos recursos a las EPS o directamente a las IPS. El papel fundamental lo desempeñan las 973 IPS públicas, dado que estas son las que contratan los servicios con las EPS y los gobernantes de alcaldías y departamentos.

Los recursos destinados para el periodo 2011 que financian el régimen subsidiado fue de 6,9 billones de pesos en el año, observándose a nivel regional que los departamentos y ciudades que destinan más recursos al suministro de subsidios para la salud son Antioquia, Valle, Atlántico, Bolívar y Bogotá D.C. Para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados, las EPS recibieron una UPC-S de \$302.040 en el 2011 y para el periodo 2012 una UPC-S de \$352.339,20 con un incremento del 11% respecto al año anterior. Esta cifra ha venido aumentando por efecto de la nivelación con el régimen contributivo, en donde el valor de la UPC se ha incrementado para los grupos etarios en donde se efectuó la igualación.

La última gran decisión fue el Acuerdo 27 de la CRES de 2011, en donde se nivelan los planes de beneficio de los mayores de 60 años. La homologación completa de planes de beneficios representa importantes retos financieros y de gestión en los próximos meses (Fedesarrollo, 2012).

Aunque no se conoce todavía el valor de la nivelación para las poblaciones pendientes, es posible que este gasto adicional a ejecutarse en los dos años siguientes sea de unos \$1,5 billones al año, con lo cual el gasto para atender esta población llegue a los \$8,5 billones anuales. Esto significa que la UPC promedio para esta población sea de \$420 mil anuales, es decir un 20% menos que el valor de la UPC del régimen contributivo.

Tabla 15. Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Aseguramiento en salud, riesgos profesionales y pensiones
Fuente: SISBEN Metodología III. BD certificada DNP_Nov 2011
Base de datos Unica de Afiliados - Consorcio SAYP

DEPARTAMENTO	POBLACION SISBEN 1 y 2	POBLACION INDIGENA ABRIL DE 2011	TOTAL SISBEN 1 Y 2 MAS POBLACION INDIGENA	POBLACION SISBEN 1 y 2 AFILIADA AL REGIMEN CONTRIBUTIVO	SISBEN 1 Y 2 MAS POBLACION INDIGENA MENOS POBLACION 1 Y 2 SISBEN AFILIADA AL REGIMEN CONTRIBUTIVO (Población susceptible de ser afiliada al Régimen Subsidiado)	AFILIADOS CARGADOS EN BDUA CORTE DICIEMBRE DE 2011	DEFICIT DE COBERTURA TOTAL NIVELES 1 y 2 DE SISBEN	% DEFICIT DE COBERTURA	% COBERTURA
AMAZONAS	16.066	28.224	44.290	4.146	40.144	50.455	2.797	6,97%	93,03%
ANTIOQUIA	2.989.760	19.238	3.008.998	1.036.009	1.975.119	2.336.614	84.522	4,28%	95,72%
ARAUCA	144.668	4.410	149.078	21.875	127.203	176.586	0	0,00%	100,00%
ATLANTICO	849.264	0	849.264	359.236	494.730	1.244.365	0	0,00%	100,00%
BOGOTA	1.717.216	0	1.717.216	1.062.876	654.340	1.304.355	0	0,00%	100,00%
BOLIVAR	1.253.183	0	1.253.183	292.742	960.441	1.298.135	2.389	0,25%	99,75%
BOYACA	546.549	4.700	551.249	150.305	401.504	702.397	878	0,22%	99,78%
CALDAS	362.959	49.031	411.990	104.753	307.237	458.141	352	0,11%	99,89%
CAQUETA	285.367	7.742	293.109	30.390	262.719	285.215	13.884	5,28%	94,72%
CASANARE	197.097	6.691	203.788	60.353	143.435	204.261	1.783	1,24%	98,76%
CAUCA	630.594	233.135	863.729	121.992	741.737	948.775	15.813	2,13%	97,87%
CESAR	630.175	42.987	673.162	108.446	564.716	780.900	1.609	0,28%	99,72%
CHOCO	246.153	54.461	300.614	32.785	267.829	375.729	176	0,07%	99,93%
CORDOBA	1.162.611	51.859	1.214.470	156.306	1.058.164	1.291.926	30.691	2,90%	97,10%
CUNDINAMARCA	760.256	0	760.256	401.095	371.544	937.844	0	0,00%	100,00%
GUAINIA	7.422	16.800	24.222	1.698	22.524	37.653	0	0,00%	100,00%
GUAVIARE	55.525	10.267	65.792	10.315	55.477	65.973	2.181	3,93%	96,07%
HUILA	647.691	6.699	654.390	88.791	565.599	723.259	514	0,09%	99,91%
LA GUAJIRA	321.512	241.516	563.028	59.176	503.852	618.880	35.738	7,09%	92,91%
MAGDALENA	846.181	8.421	854.602	175.376	679.226	940.208	8.551	1,26%	98,74%
META	411.505	11.034	422.539	119.262	303.277	373.811	4.911	1,62%	98,38%
NARIÑO	968.158	126.892	1.095.050	134.621	960.429	1.115.408	32.006	3,33%	96,67%
NORTE DE SANTANDER	867.122	4.865	871.987	196.283	675.704	814.823	2.424	0,36%	99,64%
PUTUMAYO	193.717	26.906	220.623	25.835	194.788	256.390	0	0,00%	100,00%
QUINDIO	185.702	226	185.928	56.442	129.486	256.748	0	0,00%	100,00%
RISARALDA	362.532	10.506	373.038	146.981	226.057	355.116	0	0,00%	100,00%
SAN ANDRES	27.289	0	27.289	16.213	11.076	22.566	0	0,00%	100,00%
SANTANDER	822.763	919	823.682	318.179	505.503	874.149	0	0,00%	100,00%
SUCRE	529.222	17.823	547.045	66.823	480.222	773.027	6.745	1,40%	98,60%
TOLIMA	786.336	24.731	811.067	181.666	629.401	737.986	2.333	0,37%	99,63%
VALLE DEL CAUCA	1.634.991	9.903	1.644.894	651.224	993.670	1.764.010	0	0,00%	100,00%
VAUPES	4.690	19.533	24.223	987	23.236	24.246	2.656	11,43%	88,57%
VICHADA	18.060	30.063	48.123	4.023	44.100	69.352	0	0,00%	100,00%
TOTAL NACIONAL	20.482.336	1.069.582	21.551.918	6.197.204	15.374.489	22.219.303	252.953	1,65%	98,35%

Los principales aportes al sistema de financiamiento del régimen subsidiado los destina El Sistema General de Participaciones (SGP) con el 69% del total de los recursos, seguido por el Fosyga cuya inversión corresponde al 24%; teniendo presente que dentro de este rubro se encuentran las transferencias del régimen contributivo.

El plan de beneficios para el régimen subsidiado incluye los servicios de atención básica o de baja complejidad (nivel 1), urgencias, promoción y prevención en salud, atención en crisis, atención del proceso de gestación, parto y puerperio,

oftalmología, ortopedia, traumatología, procesos quirúrgicos de complejidad baja o moderada, rehabilitación funcional y atención de algunos servicios de alto costo.

Las atenciones adicionales que requieran los pacientes subsidiados, se cobran en el sistema como servicios No POS-S y el departamento o entidad territorial correspondiente debe responder por el pago a los hospitales o instituciones prestadoras de servicios de salud.

En relación a la cobertura del plan básico de atención en el régimen contributivo y en el régimen especial, es claro que el plan de beneficios del subsidiado tiene una menor cobertura y, en algunos casos, una menor calidad en la prestación de servicios o menor acceso a éstos, lo que viola los principios de universalidad e igualdad, promulgados en la Ley 100 de 1993 y por la Constitución del 91. (Procuraduría, 2012).

En concordancia con la Ley 100 y junto con la Ley 1438 de 2011, buscan promover una mayor integralidad en el sistema, garantizando igualdad de acceso, calidad y cobertura entre los diferentes regímenes.

2.3.4.2.3. Financiamiento Del Régimen Contributivo.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano funciona bajo un diseño donde interactúan diversos actores, en gran parte articulados por la Entidad Promotora de Salud (EPS), la cual recibe un pago por cada afiliado al sistema, llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC) y con estos recursos tiene como objetivo la administración de los riesgos en salud de sus afiliados.

Los afiliados al régimen contributivo son los trabajadores formales de empresas privadas, los empleados públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago y sus respectivas familias, que en este caso son los beneficiarios del servicio. Una de las funciones de las EPS en el régimen contributivo es recaudar los aportes a la cotización por parte del empleador y/o del empleado, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

Para este proceso, mensualmente se realiza una liquidación individual a partir del Ingreso Base de Cotización (IBC). En específico, el monto total de la cotización corresponde a 12,5% del Ingreso Base de Cotización (IBC), el cual se distribuye entre el patrono (8,5%) y el trabajador afiliado (4%). Su liquidación debe hacerse como mínimo con base en el salario mínimo legal vigente.

Para su funcionamiento, las EPS reciben una cuota fija mensual por cada miembro del grupo familiar del cotizante, la cual constituye una prima de seguro (UPC), la cual depende de los diferentes grupos etarios y de características adicionales como la ubicación y la dispersión geográfica. Este valor diferenciado busca cubrir los costos adicionales de acuerdo a las vulnerabilidades y los riesgos de cada grupo. Una vez liquidados tanto las cotizaciones y las UPC de los afiliados, las EPS superavitarias le consignan a las subcuentas de compensación, solidaridad y pari passu del Fosyga, mientras que las deficitarias reciben recursos de la cuenta de compensación.

Es así como el financiamiento del régimen contributivo se hace a través de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y de los aportes de sus patronos, pero la disponibilidad del gasto para la prestación de servicios de salud es independiente de los ingresos de cada afiliado, respondiendo a un principio de equidad al menos dentro del mismo régimen.

Así pues, los aportes de los cotizantes son destinados a pagar los gastos en salud de sus afiliados, los gastos administrativos de las EPS y a financiar las subcuentas del

Fosyga de Promoción y Prevención y parcialmente la subcuenta de Solidaridad. Para esta última subcuenta, en un principio se había establecido que se destinarían 1,5 puntos de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.

No obstante, recientemente se modificó dicha normatividad y se decidió que a partir del 1 de Marzo de 2011 según *Resolución 0477 de 2011 del MPS* y por un plazo de un año, la fracción de la cotización que se consigna en la subcuenta de solidaridad, es de tan sólo 0,017 puntos porcentuales, mientras que es de 1 punto porcentual de la cotización de los pensionados.

Esta disminución representó cerca de \$1,5 billones en el 2011 para la subcuenta de Solidaridad. Por último, la ley 100 propuso que de manera transitoria, sí un colombiano no estaba afiliado a una EPS del régimen contributivo, subsidiado o especial tenía derecho a cobertura a través del Estado colombiano quien responde por su atención en urgencias y otras prestaciones.

Tanto el Fosyga como los entes territoriales disponen de los recursos para financiar el gasto de la salud de este grupo (Población pobre no asegurada). Este gasto tiene características distintas a las de los afiliados a una EPS, puesto que no tienen como tal un plan de beneficios y su atención responde a la demanda de salud que generen.

Está previsto eliminar por completo este gasto, una vez que las medidas de portabilidad nacional y cobertura universal sean efectivas, lo cual quiere decir que todas las personas deben estar cobijadas bajo el esquema de aseguramiento en cualquier parte del país (Fedesarrollo, 2012).

Es importante mencionar que el mercado contributivo ha tenido un crecimiento moderado en su afiliación, y su tasa de crecimiento se ha desacelerado de manera importante como consecuencia del incremento en la informalidad laboral durante la última década. Aun así, se presentó un repunte importante en los años 2009 y 2010 por efecto de la PILA que controló parte de la evasión y la elusión de los aportes y, en el 2011, por el mejor desempeño de la economía y el interés del Gobierno Nacional por fomentar los contratos de trabajo formales. A finales del 2010 el mercado o régimen contributivo cobijaba 18,3 millones de afiliados de acuerdo con el Registro Único de Afiliados (RUAF).

2.3.5. Bases Epidemiológicas: Prevalencias Y Carga De La Enfermedad Mental En Colombia.

2.3.5.1. Estudios Sobre La Salud Mental En Colombia.

Los estudios más recientes que se tienen sobre la Salud Mental de los colombianos son los realizados en el 2003 por el Ministerio de la Protección Social, el realizado por la Defensoría del Pueblo de 2008 y el Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012 de la Universidad CES y el Ministerio de la Protección Social.

En el Estudio Nacional De Salud Mental Colombia 2003, El Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES – Social, durante los años 2003 – 2004 desarrolló el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. Para la ejecución de

dicho estudio, el instrumento utilizado fue la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CEDI – CAPI, versión certificada 15).

En esta encuesta se presentan los diagnósticos de acuerdo con el DSM – IV y el CIE-10. En esta medida, bajo este criterio se llevó a cabo un estudio de prevalencia en una muestra probabilística de 4.544 adultos entre 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del país. Cabe anotar que en el país no se había hecho una investigación global sobre Salud Mental.

Los resultados que arrojó la encuesta muestran que alrededor de ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastorno, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%).

En general, los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres para cualquier trastorno alguna vez en la vida (41% y 39.5%, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales un poco más elevadas que los hombres para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (16.3% y 15.6%) y en los últimos 30 días. Esto permitió observar que los trastornos del estado de ánimo (T. Depresivo Mayor 14.9%, T. Depresivo Menor 2.0%, T. Bipolar I. 1.5%, T. Bipolar II. 0.2%, T. Distímico 0.7% y cualquier trastorno del estado de ánimo 17.5%) y de ansiedad (T. de Angustia 1.7%, Agorafobia sin trastorno de angustia 3.3%, Fobia social 5.1%, Fobia específica 13.9%, T. de Ansiedad Generalizada 1.2%, T. de Estrés Postraumático 2.5% y cualquier trastorno de ansiedad 21.8%) son más frecuentes en las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en los hombres.

Al analizar los trastornos individuales, se puede observar que en la población total las fobias específicas fueron las más comunes (12.6% alguna vez en la vida), seguido de trastorno depresivo mayor (5.3%), trastorno de ansiedad de separación del adulto y abuso de alcohol. Este orden es muy diferente al analizar los trastornos específicos por sexo. Los tres principales trastornos para las mujeres fueron: episodio depresivo mayor, fobia específica y trastorno de ansiedad por separación del adulto. Para los hombres, estos tres trastornos fueron abuso de alcohol, fobia específica y trastorno de conducta.

En general, al pasar al análisis de los trastornos individuales en los periodos de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, se observó que en las mujeres el episodio depresivo mayor, las fobias y el trastorno de ansiedad de separación del adulto tienen un gran peso, mientras que en los hombres las fobias, el abuso y dependencia al alcohol y el trastorno depresivo mayor pesan más.

Por regiones se encontró que la prevalencia de cualquier trastorno, alguna vez en la vida, la región Bogotá D.C es la que presenta la prevalencia más elevada: 46.7% en contraste con 40.1% que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el resto del país. Además, sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica. El grupo clasificado como Otros trastornos son los diagnósticos que generaron más uso de servicios psiquiátricos (4.2%).

La prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias es de 10.6% en el país. El abuso de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para abuso de estas sustancias es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa

del alcohol. La diferencia por sexo es marcada, si tenemos en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres.

Ahora bien de acuerdo al estudio que realizó la Defensoría del Pueblo en 2008 sobre La Salud Mental En Colombia, un estudio preliminar, determino que el 30% de la población Colombiana padece de algún tipo de trastorno psiquiátrico que es causa frecuente de morbimortalidad. Los más comunes de ellos son los trastornos depresivos, los trastornos del sueño y la dependencia de sustancias. El estudio arroja las siguientes cifras con respecto a la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos en Colombia, que no se aleja a lo encontrado en la del Ministerio de la Protección Social de 2003: Depresión 19.6%, Trastornos del sueño 15.0%, Dependencia de sustancias psicoactivas 12.0%, Déficit de atención 12.0%, Demencias 10.0%, Estrés postraumático 6.0%, Pánico 3.0%, Obsesión compulsiva (TOC) 3.0%, Bipolaridad 2.5%, Esquizofrenia 1.0 %.

Ya en el 2011-2012 se realiza en la ciudad de Medellín, el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental, dirigido por la Universidad CES, toma un rango de edad de 13 a 65 años, haciendo parte del Estudio Mundial liderado por el Consorcio Harvard-OMS. En dicho estudio se encontró que la prevalencia de uno o más trastornos mentales durante la vida, aproximadamente 27% han padecido uno o más trastornos mentales durante la vida. Es importante mirar que en el Estudio Nacional de 2003, la prevalencia presentada es superior 36,4% a nivel nacional.

En cuanto a la prevalencia de los últimos doce meses, el Estudio Poblacional de Salud Metal, muestra que el 14,7% de la población de Medellín sufrió de uno o más trastornos mentales en los 12 meses anteriores al estudio, lo cual sustenta la necesidad de considerar a los trastornos mentales como una importante prioridad de salud pública.

Es importante resaltar en el estudio del CES que 14.7% de las personas estudiadas presentaron uno o más trastornos y el 6% sufrieron dos o más trastornos, lo cual llama poderosamente la atención como indicador de severidad, con la probable explicación de alta comorbilidad psiquiátrica. Los principales trastornos hallados fueron los trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo y trastornos por uso de sustancias. En el Estudio Nacional de 2003, la prevalencia encontrada para los últimos doce meses en Colombia es de 17.8%

Al analizar el comportamiento de los resultados de los últimos 12 meses según grupos de trastornos, los de ansiedad, presentaron el primer lugar con prevalencia anual (10,3%), de acuerdo al Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, que aplico la misma metodología, la prevalencia fue de 11,7%, teniendo en cuenta además que la población escogida por el Estudio Nacional de 2003 poseía un rango de edad de 18 a 65 años.

La prevalencia anual para los trastornos del estado de ánimo, para el total de la población fue de 4,9%, con relación al Estudio Nacional de 2003 la prevalencia presentada es de 6,8% siendo nuevamente superior que la que presenta Medellín.

La Prevalencia anual de los Trastornos Mentales de Adultos según el Estudio Poblacional de Salud Mental – Medellín 2011-2012:

Trastornos de Ansiedad: Trastorno de Pánico 0,81%, Ansiedad Generalizada 1,27%, Fobia Especifica 6,02%, Fobia Social 3,20%, Agorafobia 0,95%, Estrés Postraumático 1,05%, Ansiedad por separación 1,09%, Obsesivo Compulsivo 5,18% Cualquier trastorno de Ansiedad 10,70%.

Trastornos del estado del ánimo: Depresión Mayor 4,39%, Distimia 0,55%, Bipolar I y II 0,72%, Cualquier trastorno del estado de ánimo 5,14%

Trastornos por uso de sustancias: Abuso de Alcohol 3,63%, Dependencia de Alcohol 1,91%, Abuso de Drogas 1,43%, Dependencia de Drogas 0,60%, Cualquier Trastorno por consumo de sustancias 4,89%.

Con estos datos haremos un cuadro del costo de la enfermedad mental en Colombia con respecto a la UPC del Régimen Contributivo y el PIB asignado a la Salud, en donde tenemos que el costo anual total de la esquizofrenia en Colombia es de 385.635.000.000 millones de pesos

Ahora realicemos un ejercicio de costo, con los datos que tenemos sobre la prevalencia de los Trastornos Mentales en Colombia y en Medellín, tomando los resultados arrojados en las investigaciones en Salud Mental del 2003, del 2008 y la más reciente la del 2012 mencionadas en páginas anteriores, con los datos del gasto en salud asignado para el 2013.

Tabla 16.

COSTO DE LAS EMFERMEDADES MENTALES, UPC-C 2013, DEL PRESUPUESTO EN SALUD EQUIVALENTE AL 6% DEL PIB.			
GASTO EN MILES DE MILLONES (mm)			
Prevalencia de los trastornos mentales, estudio de la Defensoría del Pueblo en 2008			
	Prevalencia	Gasto UPC-C 2013 en mm	% Presupuesto en Salud PIB
Depresión	19.6%	5.038.964	10.86%
Trastornos del sueño	15.0%,	3.856.350	8.3%
Dependencia de sustancias			
Psicoactivas.	12.0%,	3.085.080	6.65%
Déficit de atención	12.0%,	3.085.080	6.65%
Demencias	10.0%,	2.570.900	5.54%
Estrés postraumático	6.0%,	1.542.540	3.32%
Pánico	3.0%,	771.270	1.66%
Obsesión compulsiva (TOC)	3.0%,	771.270	1.66%
Bipolaridad	2.5%,	642.725	1.39%
Esquizofrenia	1.0 %.	257.090	0.55%
Estudios de Salud Mental, 2012 Medellín, 2003 Colombia.			
	Prevalencia	Gasto UPC-C 2013 en mm	% Presupuesto en Salud PIB
Prevalencia durante la vida, uno o más trastornos mentales.			
Medellín, prevalencia	27%	6.941.430	14.96%
Colombia, prevalencia	40,1%.	10.309.309	22.22%
Prevalencia de los últimos doce meses, uno o más trastornos mentales.			
Medellín, prevalencia	14,7%	3.779.223	8.24%
Colombia, prevalencia	17.8%	4.576.202	9.86%
Prevalencia últimos 12 meses de trastornos mentales.			
	Prevalencia	Gasto UPC-C 2013 en mm	% Presupuesto en Salud PIB
T. ansiedad, prevalencia	10,3%, Medellín.	2.648.027	5.71%
T. ansiedad, prevalencia	11,7%, Colombia.	3.007.953	6.48%
T. del estado de ánimo, prevalencia 4,9%, Medellín.		1.259.741	2.72%
T. del estado de ánimo, prevalencia 6,8%, Colombia.		1.748.212	3.77%
Esquizofrenia	1.5 %.	385.635	0.84%
La Prevalencia anual de los Trastornos Mentales de Adultos según el Estudio Poblacional de Salud Mental – Medellín 2011-2012:			
	Prevalencia	Gasto UPC-C 2013 en mm	% Presupuesto en Salud PIB
Trastornos de Ansiedad			
Trastorno de Pánico	0,81%,	208.242.9	0.45%
Ansiedad Generalizada	1,27%,	326.504.3	0.70%
Fobia Específica	6,02%,	1.547.681.8	3.33%

Fobia Social	3,20%,	822.688	1.77%
Agorafobia	0,95%,	244.235.5	0.53%
Estrés Postraumático	1,05%,	269.944.5	0.58%
Ansiedad por separación	1,09%,	290.228.1	0.60%
Obsesivo Compulsivo	5,18%	1.331.726.2	2.87%
Cualquier trastorno de Ansiedad	10,70%.	2.750.863	5.93%
	Prevalencia	Gasto UPC-C 2013 en mm	% Presupuesto en Salud PIB
Trastornos del estado del ánimo.			
Depresión Mayor	4,39%,	1.128.625.1	2.43%
Distimia	0,55%,	141.399.5	0.31%
Bipolar I y II	0,72%,	185.104.8	0.40%
Cualquier trastorno del Estado de ánimo	5,14%	1.321.442.6	2.85%
Esquizofrenia	1.3 %.	379.635	0.81%
	Prevalencia	Gasto UPC-C 2013 en mm	% Presupuesto en Salud PIB
Trastornos por uso de sustancias:			
Abuso de Alcohol	3,63%,	933.236.7	2.01%
Dependencia de Alcohol	1,91%,	491.041.9	1.06%
Abuso de Drogas	1,43%,	367.638.7	0.79%
Dependencia de Drogas	0,60%,	154.254	0.33%
Cualquier Trastorno por Consumo de sustancias	4,89%.	1.257.170.1	2.71%

2.3.5.2. La Enfermedad Mental, Un Alto Costo Al Sistema.

Para continuar analizando la actual situación de la salud de Colombia y principalmente de la salud mental de los colombianos, respecto a los trastornos mentales tomaremos como referente la investigación realizada por un equipo de salud de la Universidad Javeriana de Bogotá y el Centro de proyectos para el desarrollo (Cendex), coordinada por el epidemiólogo Jesús Rodríguez García llamada “Carga de Enfermedad Colombia 2005”, empleando como indicador de la dimensión de la carga el sistema AVISA (un año de vida saludable perdido por muerte prematura o por vivir con discapacidad).

Tomamos este estudio con el fin de evaluar el costo-efectividad en la intervención de los trastornos mentales, específicamente de la esquizofrenia y la psicosis del DSM IV TR tomando como lecturas teóricas la psico-dinámica y la psiquiatría biológica apoyados igualmente de los datos adicionales que hemos obtenido en esta tesis. En este trabajo investigativo de 2008, se encuentra además la medición EVISA (Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad o Esperanza de Vida Saludable) en Colombia, que permiten identificar los problemas de salud que afectan a los colombianos, por edad, por sexo, a nivel de ambos géneros y principalmente podemos examinar la prevalencia de la salud mental y los complejos problemas de salud mental, mediante el cálculo de AVISAs y EVISAs.

Un elemento para destacar, que nos parece relevante y de suma importancia en la investigación es que en Colombia hay una proporción muy alta de años de vida que se esperan vivir con discapacidad, ya sea desde el nacimiento o desde las afecciones que se presentan en el transcurso de la vida, en cuanto a los trastornos mentales que muestra un importante nivel de discapacidad, particularmente en la edad productiva, entre los 18 y hasta los 55 años, un índice de discapacidad que se hace pertinente seguirle la pista, dichos trastornos son la Depresión mayor, los trastornos bipolares y la esquizofrenia, acompañado de trastornos por la ingesta de alcohol.

Enfermedades que requieren seguimiento de equipo multidisciplinario, que actualmente no lo hay, la atención en Colombia es sobre la demanda de la enfermedad, no posee un sistema de prevención y control. El paciente con enfermedad mental es

atendido en primera instancia, en el ingreso hospitalario de urgencias y consulta externa es por médico general, que no posee una claridad en la evaluación, en el diagnóstico, y por lo tanto posee deficiencias en la intervención y en el tratamiento.

Además si miramos los dos extremos a mencionar que es el de las mujeres de la franja de 15 a 29 con un índice muy muy alto, ocupando la primera causa de las AVISAs entre las primeras veinte enfermedades y en los hombre la franja de los 60 a 69 con un alto índice de esquizofrenia. Trayendo consigo que la población colombiana logra alcanzar mayor esperanza de vida, pero con acumulación de un porcentaje importante de personas que viven discapacitadas por padecer crónicamente de un grupo importante de enfermedad como la esquizofrenia, la Depresión Mayor y los trastornos bipolares principalmente.

Según la investigación de la Universidad Javeriana, que sale publicada en el 2008 la distribución por edad y sexo de los Años de Vida Saludable Perdidos por Mortalidad Prematura (APMP) y Años Perdidos por Vivir con Discapacidad (AVD), la carga global de enfermedad se estimó para Colombia en 2005 en 280 AVISAs totales por cada mil personas, 207 atribuibles a discapacidad, y 73 por mil personas a AVISAs de mortalidad.

En la tabla a continuación veremos los años vividos por discapacidad en la franja de los 5 a los 59 años, en donde se superan ampliamente el 74% que en su mayoría son enfermedades mentales, contra el 26%, a los años perdidos por muerte prematura. Por sexo, entre las mujeres la diferencia es aún más marcada, pues el 79% de los AVISAs totales corresponden a AVD, mientras que en hombres es del orden del 70%.

Tabla 17. Distribución Por Causas, Edad Y Sexo De Los Años Saludables Perdidos Por Vivir Con Discapacidad AVD, Por Trastorno Mental Mujeres/Hombre

Causa.	AVISA 55/1000 P. Discapacidad. 5-14 M. (#/20).	AVISA 120/1000 P. Discapacidad. 5-14 H. (#/20).	AVISA 326/1000 P. Discapacidad. 15-29 M. (#/20).	AVISA 453/1000 P. Discapacidad. 15-29 H. (#/20).	AVISA 207/1000 P. Discapacidad. 30-44 años. M. (#/20).	AVISA 248/1000 P. Discapacidad. 30-44 años. H. (#/20).	AVISA 320/1000 P. Discapacidad 45-59 años. M. (#/20).	AVISA 335/1000 P. Discapacidad. 44-59 años. H. (#/20).
Depresión Mayor Unipolar.	6,528 (3).	55,671 (1).	188,680 (1).	106,963 (2).	3,679 (8).	8,909 (6)		5,573 (12)
Esquizofrenia.	1,377 (7).	11,575 (3).	10,945 (5).	1,753 (16).		8,000 (8)		
Trastornos Bipolares.	1,734 (6).		5,374 (7).	9,908 (7).	4,038 (6).		2,651 (17).	5,117 (14).
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debido al Uso de Alcohol.			1,039 (16).	6,875 (8).		5,402 (11).		3,553 (17).

En el grupo de 5 a 14 años, aparece una baja de carga de enfermedad en mujeres (55 AVISAs totales por mil personas), aparecen la depresión mayor unipolar en tercer lugar con 6.5 AVISAs, la esquizofrenia con 1.4 en séptimo lugar y en un sexto puesto de las veinte primeras causas de enfermedad, los trastornos Bipolares con 1.7, mostrándonos un incremento paulatino en la prevalencia de las enfermedades mentales en las mujeres.

En los hombres del mismo grupo de edad encontramos que la perdida por discapacidad corresponde a 120 AVISAs por mil, se encuentra en el primer lugar la Depresión Mayor con 56 AVISAs Totales perdidos por cada mil hombres y la Esquizofrenia 12 AVISAs en un tercer lugar de las principales causas de enfermedad por discapacidad.

Una edad preocupante es la que corresponde a las franjas de 15- 29 y 30-44 en ambos géneros, en las mujeres de las 326 AVISAs por cada mil personas asciende la magnitud de carga de enfermedad del grupo de 15 a 29 años de edad presentándose en primer lugar, responsable de la pérdida de 189 años saludables totales, está la Depresión Mayor unipolar, con 11 AVISAs por Esquizofrenia y 5 por Trastorno Bipolar.

En los hombres de 15 a 29 años encontramos la mayor exposición a la pérdida del mayor número de años saludables de todos los grupos de edades, 453 AVISAs totales por cada mil hombres. En el puesto dos encontramos la Depresión Mayor con 107 AVISAs totales perdidos por mil hombres a expensas fundamentalmente de la pérdida de años saludables por discapacidad, la Esquizofrenia presenta dos AVISAs, los Trastornos Bipolares se encuentra con 10 AVISAs ocupando el séptimo lugar.

Tabla 18. Causas Según AVISAs (X 1000 Personas) En Mujeres Y Hombre De Todas Las Edades, Carga De Enfermedad. Trastorno Mental

Causa.	AVISA 313/1000 Discapacidad. Total General Todas las Edades H. (#/20).	AVISA 247/1000 Discapacidad. Total General Todas las Edades M. (#/20).
Depresión Mayor Unipolar.	43,372 (2).	51,133 (1).
Esquizofrenia.		3,312 (11).
Trastornos Bipolares.	7,844 (9).	3,061 (13)
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debido al Uso de Alcohol.	3,466 (14).	

Mirando el total de la perdida por discapacidad en todas la edades, haciendo énfasis las enfermedades mentales, encontramos que las mujeres pierden 247 AVISAs Totales por cada mil personas de los cuales 51 AVISAs son años saludables perdidos por discapacidad por causa de la Depresión Mayor Unipolar ocupando el primer puesto en años de vida por discapacidad, la Esquizofrenia ocupa el décimo primer lugar con 3 AVISAs, la mismas que los Trastornos Bipolar.

En los hombres encontramos que se pierden 313 AVISAs totales por cada mil, de las cuales 44 AVISAs corresponde a la Depresión Mayor Unipolar, 8 AVISAs a los Trastornos Bipolares en un noveno lugar y con 4 AVISAs por Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Uso de Alcohol, perdidos por cada mil hombres.

Tabla 19. Carga De Enfermedad Por Edades En Ambos Sexos De Los Trastornos Mentales.						
Causa.	AVISA 83/1000 P. Discapacidad. 5-14 (#/20).	AVISA 390/1000 P. Discapacidad. 15-29 (#/20).	AVISA 227/1000 P. Discapacidad. 30-44 (#/20).	AVISA 327/1000 P. Discapacidad. 45-59 (#/20).	AVISA 367/1000 P. Discapacidad. 60-69 (#/20).	AVISA 280/1000 P. Todas las edades (#/20).
Depresión Mayor Unipolar.	31,665 (1).	147,879 (1).	6,200 (7).	2,708 (18).	3,397 (17).	47,302 (2).
Esquizofrenia.	0,674 (17).	6,120 (8).	4,509 (10).			2,650 (17).
	6,768 (4)	7,638 (6).	2,125 (17).	3,834 (13).	21,230 (5).	5,422 (11).

Trastornos Bipolares.						
Trastornos Mentales y del Comportamiento Debido al Uso de Alcohol.	3,953 (9).					

En Ambos sexos encontramos que la carga de enfermedad por años saludables perdidos en todas las edades es de 280 AVISAs totales por cada mil, de las cuales 47 AVISAs corresponden a Depresión Mayor Unipolar en el segundo lugar, en los Trastornos Bipolares se presentan 6 AVISAs en el sexto puesto del total y con 3 AVISAs la Esquizofrenia con una prevalencia del 1.4%.

Con los datos anteriormente mencionados de acuerdo a los estudios de salud mental, los resultados arrojados de la prevalencia de la enfermedad mental, el producto interno bruto, el presupuesto asignado a la salud por la nación, la UPC acordada para el periodo 2012 y la cobertura en el POS para la salud mental, se plantea un análisis costo-efectivo para los trastornos mentales (Psicosis) en Colombia.

Para emprender este camino debemos tener presente que entre las enfermedades de salud mental, según el DSM IV TR se encuentra la esquizofrenia y psicosis que de acuerdo a la literatura encontrada se nombra como una enfermedad mental grave, crónica y recurrente, que presenta una prevalencia a nivel mundial del 1% y en Colombia es del orden del 1,4% y de acuerdo al estudio del 2008 presenta una carga de enfermedad de 3,4 AVISAs, ocupando el lugar 11 entre las veinte principales enfermedades con mayor índice de mortalidad y discapacidad del país y en cuanto a la prevalencia de la enfermedad según el estudio de salud mental del 2003 los trastornos del estado de ánimo en los últimos doce meses en Colombia es del 6,8% y la esquizofrenia presenta una prevalencia del 1.5%, en el estudio del 2012 sobre salud mental se presenta en Medellín una prevalencia en el trastorno del estado de ánimo es de 4,9% en los últimos doce meses y la esquizofrenia presenta 1.3%.

Se hace pertinente decir que en Colombia los trastornos del estado de ánimo, son los que presentan una mayor discapacidad en ambos sexos, mostrando los siguientes resultados en hombres de 313 AVISAs por mil, 43,372 AVISAs son por Depresión Mayor Unipolar, ocupando el segundo puesto entre la veinte principales enfermedades y 7,844 AVISAs por Trastornos Bipolares, ocupando el noveno lugar, en cuanto a las mujeres, de 247 AVISAs por mil, 51,133 AVISAs son por Depresión Mayor Unipolar, presentando el primer lugar entre las veinte primeras enfermedades, con 3,312 AVISAs, sumado a lo encontrado por Esquizofrenia en el décimo primer lugar y 3,061 AVISAs de Trastornos Bipolares en el décimo tercer lugar. Razones por las cuales se ase oportuno realizar un análisis del costo de la enfermedad y de su tratamiento que en Colombia es netamente farmacológico, con enormes dificultades y generando una enorme carga al sistema, fuera de que los trastornos producen una alta discapacidad y mortalidad.

El tratamiento actual aceptado por el POS para el tratamiento de estos trastornos mentales son los medicamentos antipsicóticos de Primera generación denominados "típicos", que ha sido el pilar de la atención en urgencia en el sistema colombiano, principalmente el Haloperidol, la base y el único tratamiento hasta la introducción de los medicamentos antipsicóticos "atípicos" de segunda generación en el 2012 que eran medicamentos No POS tales como la Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol y Paliperidona, que son medicamentos de un costo muy alto.

2.4. CAPÍTULO IV. ANALISIS COSTO-EFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN COLOMBIA.

2.4.1. La Cobertura Del POS En Salud Mental.

Es importante mencionar que hasta el CRES de marzo de 2011, según lo dispuesto por el POS, la EPS debe cubrir la hospitalización durante las primeras 24 horas de la urgencia psiquiátrica y 30 días más si el médico tratante considera que el paciente sigue en un estado que pone en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y su comunidad, teniendo presente que los costos de medicamentos, procedimientos médicos, intervenciones, hospitalización y exámenes presentados están regidos por los manuales tarifarios del SOAT y el SISMED.

Posterior a este tiempo y si el paciente ha superado esta etapa de la enfermedad, puede ser manejado en el programa denominado “Hospital Día”, en el cual duerme en su casa y va al hospital o clínica durante el día (el tiempo que ordene el médico). Si el paciente no se puede atender de esta forma, el médico tratante solicitará a la EPS la autorización para la continuación de la hospitalización como servicio no incluido en el Plan Obligatorio de Salud. La EPS lo llevará al Comité Técnico Científico donde se estudiará el caso y se decidirá si se autoriza o no. En el CRES de marzo de 2011, la consulta psiquiátrica está incluida en el POS en la fase aguda de la enfermedad y posterior a esta, solo sí el objetivo es diferente al tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada.

Ahora bien, la atención de la enfermedad mental, según lo dispuesto por el CRES en su boletín de Enero y Junio de 2012 y dentro de la evidencia científica y del perfil epidemiológico colombiano, es decir, el análisis de las causas de enfermedad y muerte en Colombia, se encontraron cifras bastante importantes de trastorno y enfermedad mental.

En ese sentido, se hizo un esfuerzo importante por introducir en el POS, no solamente medicamentos específicos sino terapias de carácter psicológico y psiquiátrico que estarían regulados por los manuales tarifarios establecidos y regulados por el gobierno SOAT. Asimismo, debe mencionarse que mientras en el POS anterior no había cobertura en psicoterapia individual o psicoterapia prolongada, (excepto la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial, 24 horas), con esta actualización del POS esta restricción se elimina y se aumenta a 30 sesiones de carácter individual y 30 sesiones de carácter grupal, familiar o de pareja. Igualmente hay un aumento en el tiempo de hospitalización hasta 90 días. Tengamos en cuenta que esto es lo que se dispone, pero en la realidad esto posee muchos limitantes, trabas y obstáculos que son puestos en mucho de los casos por las mismas EPS para la atención pertinente a los usuarios.

Estas atenciones se duplican cuando se trata de atención a la mujer víctima de violencia intrafamiliar o de atención a menores de 18 años en diversas patologías. De manera más específica puede mencionarse que las actividades incluidas en el POS son:

Internación en Unidad de Salud Mental de Mediana Complejidad y Alta Complejidad.

Está cubierta para las situaciones en las que el trastorno o la enfermedad mental pongan en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante. El Plan Obligatorio de Salud cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del

paciente. Sin perjuicio del criterio del médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en salud mental se manejará de preferencia en el programa de “internación parcial”, según la normatividad vigente. Los noventa (90) días podrán sumarse en una o más hospitalizaciones por año calendario.

Psicoterapia individual, de pareja, grupal y familiar por psicología y psiquiatría.

Cubre la psicoterapia ambulatoria individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

- Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicología o psiquiatría durante el año calendario.
- Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicología o psiquiatría durante el año calendario.

Atención psicológica y/o psiquiátrica de mujeres víctimas de la violencia.

Cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente, a criterio del médico tratante, de la siguiente manera: hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario; hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario y en el caso de la internación (hospitalización), hasta por 180 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Los ciento ochenta (180) días podrán sumarse en una o más hospitalizaciones por año calendario.

Entre los principales resultados se encontraron los siguientes: Consulta de urgencias tiene un costo de \$17.489 pesos. El costo hospitalización: Habitación bipersonal \$165.060 (día), \$4.951.800 (30 días); la permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio del paciente comprendidos los mismos servicios de la estancia psiquiátrica, excepto la pernoctada \$ 68.382 y en Atención intrahospitalaria especializada de psiquiatría (semanal) \$81.351 pesos.

El costo diario para los procedimientos de Psiquiatría y Psicología, son: Psicoterapia individual por Psiquiatra, sesión \$32.030, 30 sesiones \$960.900; Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión \$ 14.541, 30 sesiones \$436.230; Psicoterapia de grupo por Psiquiatra, sesión \$ 36.353, 30 sesiones \$1.090.590; Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión \$18.864, 30 sesiones \$565.920; Sesión terapia electroconvulsiva \$ 80.369. Las evaluaciones diagnósticas: Test de Rorschach \$ 51.287; Inventario de personalidad (MMPI) \$ 21.222; Pruebas de percepción temática (CAT o TAC) \$ 25.545; Escala de Weschler para niños y adultos \$ 29.672 pesos colombianos.

Tabla 20.

SOAT, MANUAL TARIFARIO DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL POS DE 2013.				
<p>Actualizado teniendo en cuenta Salario mínimo legal vigente para el 2013- Valor diario \$19.650. La tarifa promedio anual (UPC) en el contributivo para el año 2013 será de 568.944 pesos y de 508.993 pesos en el subsidiado. Así, el Sistema de Salud reconocerá por afiliado al contributivo 47.412 pesos mensuales (1.558 pesos diarios), mientras que en el subsidiado 42.216 pesos al mes, y 1.394 pesos al día.</p>				
DECRETO 2423 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1996.				
Artículo 37: Tarifas establecidas en salarios mínimos legales diarios.				
CÓDIGO CUPS	PSIQUIATRÍA- PSICOLOGÍA (tarifas vigentes)	PUNTOS	V/DÍA	V/30 DÍAS
35102	Valoración por Psicólogo	0,82	\$ 16.113	X
35103	Psicoterapia individual por Psiquiatra, sesión	1,63	\$ 32.030	\$960.900
35104	Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión	0,74	\$ 14.541	\$436.230
35105	Psicoterapia de grupo por Psiquiatra, sesión	1,85	\$ 36.353	\$1.090.590
35106	Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión	0,96	\$ 18.864	\$565.920
35107	Psicoterapia de pareja por Psiquiatra, sesión	1,85	\$ 36.353	X
35108	Psicoterapia de pareja por Psicólogo, sesión	0,98	\$ 19.257	X
35109	Psicoterapia de familia, sesión	2,16	\$ 42.444	\$1.273.320
35110	Examen Psicopedagógico	0,87	\$ 17.096	
35111	Test de Rorschach	2,61	\$ 51.287	
35112	Inventario de personalidad (MMPI)	1,08	\$ 21.222	
35113	Pruebas de percepción temática (CAT o TAC)	1,3	\$ 25.545	
35114	Escala de Weschler para niños y adultos	1,51	\$ 29.672	
35115	Escala infantil de inteligencia Therman	1,51	\$ 29.672	
35116	Terapia electroconvulsiva, sesión (sin anestesia ni relajante)	1,04	\$ 20.436	
NIVEL II DE INTERVENCIÓN. PSIQUIATRÍA.				
CÓDIGO CUPS	INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL DEDICADAS EXCLUSIVAMENTE A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	PUNTO	VALOR DÍA.	VALOR 30 DÍAS.
38221	Habitación unipersonal	9,23	\$ 181.370	\$5.441.100
38222	Habitación bipersonal	8,4	\$ 165.060	\$4.951.800
38223	Habitación de tres camas	7,14	\$ 140.301	\$4.209.030
38224	Habitación de cuatro ó más camas	5,87	\$ 115.346	\$3.460.380
INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL DEDICADAS EXCLUSIVAMENTE A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA.				
38231	Habitación unipersonal	12,89	\$ 253.289	\$7.598.670
38232	Habitación bipersonal	11,03	\$ 216.740	\$6.502.200
38233	Habitación de tres camas	9,17	\$ 180.191	\$5.405.730
38234	Habitación de cuatro o más camas	8,26	\$ 162.309	\$4.869.270
INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL DEDICADAS A LA ATENCIÓN DE VARIAS ESPECIALIDADES INCLUIDA LA PSIQUIATRÍA.				
38261	Habitación unipersonal	9,23	\$ 181.370	\$5.441.100
38262	Habitación bipersonal	8,4	\$ 165.060	\$4.951.800
38263	Habitación de tres camas	7,14	\$ 140.301	\$4.209.030
38264	Habitación de cuatro o más camas	5,87	\$ 115.346	\$3.460.380

CÓDIGO CUPS	INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL DEDICADAS A LA ATENCIÓN DE VARIAS ESPECIALIDADES INCLUIDA LA PSIQUIATRÍA.	PUNTO	VALOR X DÍA.	VALOR X 30 DÍAS.
38271	Habitación unipersonal	12,89	\$ 253.289	\$7.598.670
38272	Habitación bipersonal	11,03	\$ 216.740	\$6.502.200
38273	Habitación de tres camas	9,17	\$ 180.191	\$5.405.730
38274	Habitación de cuatro ó mas camas	8,26	\$ 162.309	\$4.869.270
38271	Habitación unipersonal	12,89	\$ 253.289	\$7.598.670
39136	Atención intrahospitalaria especializada de psiquiatría (semanal)	4,14	\$ 81.351	
39150	Sesión terapia electroconvulsiva	4,09	\$ 80.369	
ARTÍCULO 62: Señálese para la atención paciente psiquiátrico en Programa de "Hospital de Día", las siguientes tarifas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes				
CÓDIGO CUPS	INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL.	PUNTO	VALOR X DÍA.	VALOR X 30 DÍAS.
38225	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio del paciente comprendidos los mismos servicios de la estancia siquiátrica, excepto la pernoctada	3,48	\$ 68.382	
	INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL.			
38235	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio del paciente, comprendidos los mismos servicios de la estancia siquiátrica, excepto la pernoctada	4,54	\$ 89.211	
	NIVEL I DE ATENCIÓN. ACTIVIDADES DIAGNÓSTICA Y DE URGENCIA.			
36100	Consulta especializada	1,41	\$ 27.707	
36101	Examen clínico de primera vez	0,82	\$ 16.113	
36102	Consulta de urgencias (para solución de problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos)	0,89	\$ 17.489	
36103	Radiografías intraorales (periapicales y/o coronales)	0,37	\$ 7.271	
36104	Radiografías intraorales (oclusales)	0,68	\$ 13.362	
36105	Radiografías intraorales (perfil de cara con cefalostato)	2,24	\$ 44.016	
36108	Impresión de arco dentario superior o inferior, con modelo de estudio y concepto	1,29	\$ 25.349	
36109	Fotografía clínica extraoral en blanco y negro, frontal o lateral	0,83	\$ 16.310	
36110	Examen y estudio para cirugía ortognática comprende: registros, cefalometría estudio de fotos	2,9	\$ 56.985	
36111	Estudio de oclusión y ATM	2,9	\$ 56.985	

Los medicamentos incluidos en la atención de salud mental en el nuevo POS aumentó la tabla de opciones en el tratamiento de los trastornos Esquizofrenicos, pero es pertinente preguntarnos si la aprobación responde realmente a un análisis profundo de la necesidad en la intervención de la patología, pues una de los elementos que se presentan, es que estos medicamentos eran lo que tenían un alto costo por no estar incluidos en el POS.

El estudio presentado al CRES y que fue aprobado para el tratamiento medicamentoso de la Esquizofrenia, tenía como objetivo, por parte de los evaluadores, efectuar una revisión de las evidencia concernientes a la efectividad, seguridad y costo-efectividad de antipsicóticos atípicos nombrados también como de segunda generación en el manejo de Esquizofrenia, tomando como elemento comparativo al Haloperidol que pertenece al grupo de antipsicóticos de primera generación actualmente incluidos en el POS; de acuerdo con registro INVIMA está específicamente indicado para el tratamiento de esquizofrenia y trastornos bipolares, la evaluación de comparación no se

efectúa con la Clozapina que también está incluida en el POS, pues esta se reserva para casos de esquizofrenia resistente.

Este análisis busco hallar y aportar conceptos técnicos-científicos desde la evidencia para que la Unidad Administrativa de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) decidiera ingresarlos en la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS). Los medicamentos evaluados, aprobados e incluidos por el CRES al POS para el tratamiento de la Esquizofrenia de segunda generación son Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Aripiprazol y/o Paliperidona comparados con Haloperidol.

La metodología implementada por el equipo evaluador fue la revisión de literatura científica utilizando como descriptor principal:

“Esquizofrenia/Haloperidol/Olanzapina”

“Esquizofrenia/Haloperidol/Quetiapina”

“Esquizofrenia/Haloperidol/Risperidona”

“Esquizofrenia/Haloperidol/Aripiprazol”

“Esquizofrenia/Haloperidol/Paliperidona”

y

Con el fin de identificar evidencia sobre efectividad, seguridad y evaluaciones económicas disponibles. Igualmente en el proceso de análisis seleccionaron 13 publicaciones (1 guía, 4 revisiones sistemáticas, 2 Ensayos clínicos, 1 estudio descriptivo, 3 análisis de costo-efectividad, 1 análisis de costo-utilidad y 1 Evaluación económica).

El análisis que se presentó al CRES y fue aprobado en noviembre de 2011 muestra los siguientes datos:

Tabla 21.

Tecnología evaluada	Efectividad	Seguridad
Haloperidol (comparador)	Reducción de PANSS2	Desarrollo de síntomas extrapiramidales
Olanzapina (vía oral)	La evidencia sugiere que no hay diferencias de efectividad frente al uso de Haloperidol (2 ESTUDIOS A1+), aunque con reducción de PANSS y BPRS3, además de menor probabilidad de recaída e intento de suicidio (1 ESTUDIO A1-).	Diferencias significativas que favorecen a Olanzapina frente a Haloperidol, por reducción de la presencia de efectos secundarios (1 ESTUDIOS A1+), síntomas extrapiramidales y acatisia, además menor abandono del tratamiento por efectos adversos (y menor uso de anticolinérgicos y benzodicepinas. Desfavorable por mayor aumento de peso y de prolactina.
Quetiapina (vía oral)	No hay datos disponibles que relacionen a Quetiapina con Haloperidol	No hay datos disponibles que relacionen a Quetiapina con Haloperidol
Risperidona (Inyectable de liberación prolongada)	No hay diferencias significativas entre Risperidona y haloperidol en resultados de PANSS, CGI y BPRS. Tiene Hay ventaja con Risperidona inyectable por la menor presentación de recaídas, atribuida a la continuidad en el tratamiento.	Diferencias significativas que favorecen a Risperidona en cuanto a la presentación de eventos adversos, evidenciado por el menor uso de anticolinérgicos, menor probabilidad de abandono del tratamiento atribuible a eventos adversos, menores síntomas extrapiramidales.
Aripiprazol (vía oral)	Diferencias significativas que favorecen a Aripiprazol por menor probabilidad de recaídas, comparado con Haloperidol y menor frecuencia de pacientes que no responden al tratamiento.	Diferencias significativas que favorecen a Aripiprazol, por menor probabilidad de abandono del tratamiento por eventos adversos, menor uso de anticolinérgico y reducción en la escala de Barnes4.
Paliperidona de liberación prolongada	Menor probabilidad de recaída, estadísticamente significativa con Paliperidona en comparación con Haloperidol.	Menor probabilidad de suspender el tratamiento atribuible a eventos adversos.

Tomado del CRES del 19 de noviembre de 2011.

En la revisión de la investigación realizada en el apartado de la psiquiatría biológica y de acuerdo a la literatura científica disponible que en párrafos siguientes escribiremos se puede leer que los antipsicóticos atípicos tienen similares resultados en cuanto a la eficiencia para el control de la esquizofrenia en primer episodio y agudizaciones o recaídas que los medicamentos de primera generación.

En los estudios que se han realizado sobre la eficacia de los tratamientos medicamentosos de los trastornos mentales que miden la capacidad de una intervención para producir un efecto deseado en un estudio controlado hemos encontrado resultados importantes y que nos permiten mirar con lupa los resultados que fueron aprobados por el POS, pensando e interrogando cuales fueron los parámetros para su aprobación.

Debemos tener presente que la intervención en Colombia a la esquizofrenia, la psicosis, los trastornos del Estado de Ánimo y en general a todas las afecciones mentales, es netamente medicamentosa y se realizan en el nivel de urgencia por médico general, por lo cual la atención de urgencias será sostenible con el Haloperidol, teniendo en cuenta claro está, que el porcentaje de eventos adversos es menor en los de segunda generación comparados con Haloperidol, entre los que se destaca el menor riesgo de desencadenar efectos extrapiramidales o acatisia, con algunas diferencias entre ellos, teniendo una menor deserción, sumado a que el promedio de hospitalización en Colombia por trastornos mentales, cuando se da, es de máximo 12 días.

El concepto final que dan los evaluadores para la posterior aprobación de estos medicamentos al POS fue:

Tabla 22.

Tecnología	Concepto	Criterios
Olanzapina (vía oral)	Favorable	Seguridad: Mejor Efectividad: Similar Análisis económico: Cuenta con Evaluación económica aplicable a Colombia con resultado costo/efectivo o dominante.
Quetiapina (vía oral)	No se puede dar concepto de favorabilidad o no favorabilidad	Seguridad: No se cuenta con evidencia suficiente. Y Efectividad: No se cuenta con evidencia suficiente.
Risperidona (Inyectable de liberación prolongada)	Favorable condicionado	Seguridad igual o mejor Efectividad Mejor Análisis económico: No favorable

Tomado de la evaluación efectuada por el CRES del 19 de noviembre de 2011.

2.4.2. Hallazgos De La Tecnología Disponible En El POS, Para La Intervención De La Esquizofrenia En Colombia.

En la revisión de la literatura que tiene como base fundamental la evaluación de la tecnología disponible en el POS de acuerdo al CRES de 2012 para la atención de la esquizofrenia en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud de Colombia y su coste y efectividad en la intervención y teniendo como base el nivel de cobertura básica del Régimen Contributivo que posee el sistema correspondiente a la atención en salud mental, que es una atención de emergencia y que tan sólo el 16 de enero de 2013 se aprobó la Ley de Salud Mental en Colombia por el congreso de la república (estará en plena aplicación en 16 meses contados desde el momento de la aprobación de la Ley).

Se considera que el Haloperidol es la opción costo-efectivo más pertinente para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, se encontró en los estudios que el Haloperidol y los antipsicóticos de segunda generación tienen similares resultados en cuanto a efectividad para el control de la esquizofrenia en primer episodio y agudizaciones o recaídas y su costo con respecto a los de segunda generación es notoriamente muy bajo, los medicamentos atípicos poseen un elevado costo económico para el sistema de salud en Colombia y si hacemos eco de los estudios de salud mental y la prevalencia de la enfermedad mental, el costo y la financiación para los colombianos y para el sistema de salud es inasumible. En otras palabras y desde el punto de vista económico el tratamiento de la esquizofrenia con Haloperidol es el de menor costo y mayor efectividad por precio, seguido por Olanzapina, para el sistema de salud en Colombia.

Ahora bien, pese a que los antipsicóticos atípicos son considerados como el tratamiento de base en otros países, los estudios con los medicamentos atípicos para el control de esquizofrenia, es limitado por la insuficiente evidencia clínica de efectividad y seguridad en comparación con Haloperidol, siendo frecuentes los artículos que relacionan los antipsicóticos de segunda generación entre sí o con placebo. La evidencia concluye en términos generales que no hay diferencias ente el tratamiento con antipsicóticos de segunda generación y Haloperidol en cuanto a eficacia.

El tratamiento de la esquizofrenia con medicamentos antipsicóticos de primera generación (Clorpromazina y Haloperidol), ha sido el pilar del tratamiento hasta la llegada de los psicofármacos denominados atípicos o de segunda generación (Risperidona, Olanzapina, Paliperidona y Aripiprazol). Ambos antipsicóticos (típicos y atípicos) dan una respuesta al tratamiento para algunas de las personas con esquizofrenia, reduciendo los síntomas psicóticos o una disminución en la gravedad de su enfermedad, sin embargo, hay una alta proporción de personas que no responden adecuadamente a la medicación antipsicótica. Además, ambos grupos de antipsicóticos se asocian con efectos adversos graves que a menudo pueden poner en peligro el cumplimiento del tratamiento y por lo tanto aumentar la incidencia de recaídas.

Es pertinente señalar que hasta el momento ninguno de los psicofármacos de primera o segunda generación, han logrado que los agentes inherentes a la esquizofrenia tramiten, remitan o cesen.

Miremos a continuación las conclusiones del estudio de cada una de las tecnologías farmacológicas disponibles en el sistema general de la seguridad social en salud para la intervención de la esquizofrenia en Colombia y que fueron aprobadas por el CRES de 2012.

La Olanzapina.

En las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos la Olanzapina no muestra diferencias sustanciales de eficacia frente al uso de Haloperidol, pero ante los antipsicóticos de segunda generación, la Olanzapina puede ser un medicamento poco más eficaz que algunos otros antipsicóticos de segunda generación. Esta superioridad, pequeño eficacia, debe sopesarse frente a un aumento de peso mayor y los problemas metabólicos asociados a la mayoría de los otros antipsicóticos de segunda generación, con excepción de la clozapina.

Es importante decir que en los ensayos clínicos de tratamiento de Olanzapina vs Haloperidol se reportan reducciones estadísticamente significativa en la escala PANSS y al igual que en las recaídas. En cuanto a seguridad se encuentran diferencias

significativas que favorecen a Olanzapina frente a Haloperidol, con respecto a la presencia de efectos secundarios, muestra menos síntomas extrapiramidales y acatisia, pero mayor aumento de peso. Los síntomas como ansiedad, nerviosismo, astenia, mareo o alteraciones del sueño no presentan diferencias entre los dos medicamentos.

Es pertinente señalar que estas conclusiones poseen grandes limitantes debido a la gran cantidad de personas que abandonan de forma temprana los estudios de estos ensayos iniciales, haciendo difícil extraer conclusiones firmes sobre los efectos clínicos del medicamento, restringiendo la validez de los hallazgos.

La Quetiapina.

La revisión de los estudio, presento que la quetiapina es efectiva para el tratamiento de la esquizofrenia, pero no es muy diferente de la primera generación de antipsicóticos y la risperidona con respecto a la suspensión del tratamiento y la eficacia. En comparación con los antipsicóticos de primera generación y la risperidona, la quetiapina tiene un menor riesgo de trastornos del movimiento, pero un mayor riesgo de mareos, sequedad de boca y somnolencia. Es pertinente realizar ensayos a corto, mediano y largo plazo, pues la evidencia es insuficiente para una conclusión firme. Las comparaciones con amisulprida, aripiprazol, sertindol y zotepina no fueron halladas. La mayoría de los datos que se ha informado en las comparaciones existentes tienen un valor muy limitado debido a suposiciones y prejuicios dentro de ellos.

La Risperidona.

Al igual que en los hallazgos encontrados con la Quetiapina, los estudios dieron como resultados de la evidencia que la evaluación de efectividad de Risperidona no se encontró diferencias estadísticamente significativas frente a Haloperidol en resultados de PANSS, CGI y BPRS. Con respecto a la seguridad hay evidencia significativa estadísticamente de menor presentación de eventos adversos y síntomas extrapiramidales, con algunos reportes de casos aislados de otros síntomas.

La risperidona parece producir efectos secundarios extrapiramidales algo más y con mayor claridad aumento de la prolactina que la mayoría de otros ASG. También pueden diferir de otros compuestos en la eficacia y en la aparición de otros efectos adversos tales como aumento de peso, problemas metabólicos, los efectos cardíacos, sedación y convulsiones. Sin embargo, la gran proporción de participantes que abandonaron temprano los estudios y de informes incompletos de los resultados hace que sea difícil sacar conclusiones firmes.

El Aripiprazol.

De acuerdo con las publicaciones revisadas el aripiprazol puede ser eficaz para el tratamiento de la esquizofrenia, pero que no difiere mucho de los antipsicóticos típicos Haloperidol y atípicos con respecto a la respuesta al tratamiento, la eficacia o la tolerabilidad. En comparación con los antipsicóticos típicos, aripiprazol puede tener un menor riesgo de acatisia, y en comparación con los antipsicóticos atípicos, menos riesgo de prolactina elevada y una prolongación del intervalo QTc. Se requiere de ensayos controlados aleatorios a corto, medio y largo plazo, para tener conclusiones firmes y tener una posición en la práctica clínica.

Con lo anterior, no podemos olvidar que el fin del tratamiento de la esquizofrenia es el alivio y mejora de los síntomas presentes en la psicosis, posibilitando la disminución de las recaídas, facilitando además la adaptación nuevamente al entorno social, buscando renovar la calidad de vida del sujeto psicótico, teniendo presente que los medicamentos de segunda generación poseen de acuerdo a los estudios obtenidos un efecto sobre los síntomas psicóticos similar a los psicofármacos típicos, haloperidol, y que hasta el momento ninguno de los psicofármacos de primera o segunda generación han logrado que los agentes propios de la esquizofrenia remitan.

2.4.3. Eficacia Y Coste De Los Tratamientos En Colombia.

2.4.3.1. Eficacia de la Intervención Farmacológica.

De acuerdo con el estudio realizado por Bola J, D Kao, H Soydan, Adams CE. Sobre los *Fármacos antipsicóticos para la esquizofrenia de los primeros episodios* (2011), dice que el patrón preliminar de la evidencia sugiere que las personas con esquizofrenia en los primeros episodios tratados con medicamentos antipsicóticos típicos son menos propensas a abandonar el estudio temprano, pero poseen más probabilidades de experimentar relacionados con la medicación efectos secundarios.

En la revisión de la eficacia en la intervención de los trastornos mentales con fármacos de primera generación, típicos, Haloperidol comparado con los medicamentos de segunda generación atípicos en particular con el Aripiprazol hemos encontrado en la investigación de Bhattacharjee J, El-Sayeh HGG (2008), sobre Aripiprazol versus los fármacos antipsicóticos típicos Haloperidol para el tratamiento de la esquizofrenia y psicosis, datos sobre el estudio, revisiones sistemática de literatura y de ensayos que nombran las diferencias en la eficacia de los medicamentos.

En el estudio de Bhattacharjee J, El-Sayeh HGG (2008) Se incluyeron nueve ensayos aleatorios con 3122 pacientes en donde se comparó la eficacia del aripiprazol, medicamento antipsicótico atípico con Haloperidol, fármacos antipsicóticos típicos. Los resultados encontrados en el estudio fue que ninguno de los ensayos presento recaídas, o por lo menos no se informó, otro de los resultados más relevantes es un nivel muy alto de deserción afectando la validez del estudio.

De igual forma los hallazgos arrojados por los investigadores Bhattacharjee J, El-Sayeh HGG (2008) dicen que según los datos las personas que tomaron aripiprazol fue comparable con los que recibieron fármacos típicos Haloperidol para mejorar el estado general y el estado mental, mostrando una ventaja significativa sobre los antipsicóticos típicos en términos de menor ocurrencia de síntomas extrapiramidales (n = 968, 3 ECA, RR 0,46 IC 0,3 a 0,9, NNT 13 IC 17 a 10), y en particular la acatisia (n = 897, 3 ECA, RR 0,39 IC: 0,3 a 0,6, NNT 11 IC: 14 a 9). Para los investigadores la Aripiprazol difiere poco del Haloperidol con respecto a la eficacia, sin embargo, presenta ventajas significativas en términos de tolerabilidad.

Según Belgamwar RB, El-Sayeh HGG (2011), el Aripiprazol puede ser eficaz para el tratamiento de la esquizofrenia. El Aripiprazol tiene un menor riesgo de prolactina elevada y una prolongación del intervalo QTc.

En la investigación de Komossa K, C Rummel-Kluge, Schmid F, H Hambre, S Schwarz, HGG El-Sayeh, W Kissling, Leucht S. (2009) sobre los efectos del medicamento antipsicótico, atípico, para el tratamiento de la esquizofrenia y psicosis similares, se desarrolló una revisión sistemática de datos, de ensayos y de literatura

sobre la evidencia de eficacia de la Aripiprazol oral comparado con otros medicamentos orales de segunda generación, tales como; Amisulprida, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Sertindol, Ziprasidona o Zotepina. Tengamos en cuenta que el aripiprazol es un fármaco antipsicótico relativamente nuevo, se dice que es el prototipo de una nueva generación tercera de antipsicóticos, llamados dopamina-serotonina estabilizadores del sistema nervioso central

Los principales hallazgos de la investigación en base a la revisión sistemática efectuada, incluyeron cuatro ensayos con 1404 participantes en dos de las ocho comparaciones posibles que fueron Aripiprazol versus Olanzapina y Aripiprazol en comparación con la Risperidona.

Los resultados mostraron que un gran número de participantes 38% del total abandonaron el proceso, lo que limita la validez del resultado obtenido. Pese a esto los datos dicen que el aripiprazol fue menos eficaz que la olanzapina en términos del estado mental general (puntuación total de la PANSS: $n = 794$, 2 ECA, DM 4,96 IC: 1,85 a 8,06), pero al parecer presentó y se relacionó con menos efectos secundarios, como el aumento del colesterol, aumento de peso, sedación y la prolactina asociados efectos secundarios. (Komossa K y otros, 2009)

Lo arrojado en la revisión con respecto a la Aripiprazol versus la Risperidona no se halló divergencia en la eficacia obteniendo como resultado la siguiente (puntuación total de la PANSS: $n = 372$, 2 ECA, DM 1,50 IC: -2,96 a 5,96). En cuanto a la distonía, alteraciones del QTc, prolactina y aumento de colesterol fueron menos frecuentes en el grupo que tomaba Aripiprazol, mientras que el temblor fue más frecuente en el grupo que se le suministraba Aripiprazol en comparación con los Risperidona asignado. Los investigadores concluyeron que el Aripiprazol puede ser algo menos eficaz que la Olanzapina, pero más tolerable en términos de efectos metabólicos y sedación. Sin embargo no encontraron diferencia en la eficacia en comparación con la Risperidona.

De acuerdo con los estudios de Komossa K, C Rummel-Kluge, S Schwarz, Schmid F, H Hambre, W Kissling, Leucht S. (2011), la Risperidona parece producir efectos secundarios extrapiramidales algo más y con mayor claridad aumento de la prolactina que la mayoría de otros antipsicóticos de segunda generación. También pueden diferir de otros compuestos en la eficacia y en la aparición de otros efectos adversos tales como aumento de peso, problemas metabólicos, los efectos cardíacos, sedación y convulsiones. Claro está que es pertinente decir que en esta investigación la gran proporción de participantes que abandonaron temprano los estudios y de informes incompletos de los resultados hace que sea difícil sacar conclusiones firmes.

En otro estudio de la eficacia de los medicamentos de segunda generación encontramos una investigación que examinó los efectos de la Olanzapina en comparación con otros antipsicóticos atípicos para el tratamiento de la esquizofrenia.

Según la investigación de Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, L Duggan, W Kissling, Leucht S. (2010), se incluyeron 50 estudios y 9.476 personas que posibilitaron datos para la comparación de la Olanzapina con seis medicamentos atípicos (Amisulprida, Aripiprazol, Clozapina, Quetiapina, Risperidona y Ziprasidona). Encontrando que la Olanzapina fue levemente más eficaz que el Aripiprazol, Quetiapina, Risperidona y Ziprasidona, mientras que no presentó discrepancia en cuanto a la eficacia en comparación con la Amisulprida y la Clozapina.

Lo que presenta como desventaja principal de la ingesta de Olanzapina es su mayor ganancia de peso y los problemas metabólicos asociados en comparación con todos los otros antipsicóticos de segunda generación, excepto con la Clozapina. Estos

datos arrojados son provisionales pues el número de personas que desertaron fue muy alto del orden del 49% afectando la validez del estudio.

Pese a esto, los datos arrojados por la investigación fueron que la Olanzapina mejora el estado mental general (puntuación total de la PANSS) más que el Aripiprazol (2 ECA, n = 794, DMP -4,96 IC: -8,06 a -1,85), Quetiapina (10 ECA, n = 1449, DMP -3,66 IC: -5,39 a -1,93), Risperidona (15 ECA, n = 2390, DMP -1,94 IC: -3,31 a -0,58) y Ziprasidona (4 ECA, n = 1291, DMP -8,32 IC: -10,99 a -5,64), pero no más que la Amisulprida o Clozapina.

Con respecto a la revisión comparada de la Quetiapina en comparación con otros antipsicóticos atípicos según el estudio de Komossa K, C Rummel-Kluge, Schmid F, H Hambre, S Schwarz, Srisurapanont M, W Kissling, Leucht S. (2010), a pesar de que hubo un gran número de participantes que abandonaron los estudios temprano y se identificaron ensayos controlados aleatorios para sólo la mitad de las comparaciones de fármacos posibles, limitando la interpretación de los efectos relativos de la Quetiapina en comparación con otros antipsicóticos de segunda generación.

Sin embargo, los resultados arrojaron en la revisión de 21 ensayos aleatorios con 4101 participantes, datos sobre las comparaciones de la Quetiapina versus clozapina, olanzapina, risperidona o ziprasidona. Los investigadores nombran el gran limitante en el resultado debido al número de personas que abandonaron el estudio del orden del 57,6% y por ende el considerable riesgo en la validez de los resultados del estudio.

Los datos de la Eficacia presento mejor a la Olanzapina y la Risperidona en comparación con Quetiapina (puntuación PANSS total versus Olanzapina: 10 ECA, n = 1449, DMP 3,66 IC: 1,93 a 5,39; frente a Risperidona: 9 ECA, n = 1953; DMP 3,09 IC: 1,01 a 5,16), pero clínica significado no está claro. No hubo diferencias claras del estado mental cuando se comparó la quetiapina o ziprasidona con clozapina.

En comparación con la olanzapina, la investigación encontró que la quetiapina produjo un poco menos trastornos del movimiento (6 ECA, n = 1090, RR uso de medicación antiparkinsoniana 0,49 IC: 0,3 a 0,79; NND 25 IC: 14 a 100) y menos aumento de peso (7 ECA, n = 1173; DMP -2,81 IC: -4,38 a -1,24) y el aumento en glucosa, pero la prolongación del intervalo QTc más (3 ECA, n = 643, DMP 4,81 IC: 0,34 a 9,28).

Con respecto a la risperidona versus la quetiapina provoca un poco menos trastornos del movimiento (6 ECA, n = 1715, RR uso de medicación antiparkinsoniana 0,5 IC: 0,3 a 0,86; NND 20 IC: 10 a 100), menor aumento de la prolactina (6 ECA, n = 1731; DMP -35,28 IC: -44,36 a -26,19) y algunas relacionadas con los efectos adversos, aumento del colesterol (5 ECA, n = 1433; DMP 8,61 IC: 4,66 a 12,56). En comparación con ziprasidona, quetiapina induce un poco menos extrapiramidales efectos adversos (1 ECA, n = 522, RR uso de medicación antiparkinsoniana 0,43 IC: 0,2 a 0,93, NNH no estimable) y el aumento de la prolactina. En la quetiapina otro lado era más sedante y dio lugar a un aumento de peso más (2 ECA, n = 754, RR 2,22 IC: 1,35 a 3,63; NND 13 IC: 8 a 33) y el aumento de colesterol que la ziprasidona.

De acuerdo con los investigadores las mejores pruebas disponibles de los ensayos indican que la mayoría de las personas que comienzan Quetiapina dejan de tomarla dentro de unas semanas. Las comparaciones con amisulprida, aripiprazol, sertindol y zotepina no existen. La mayoría de los datos que se ha informado en las comparaciones existentes tienen un valor muy limitado debido a suposiciones y prejuicios dentro de ellos. (Komossa K, & otros, 2010)

La Ziprasidona pertenece a los medicamentos atípicos de segunda generación para tratar la esquizofrenia. El estudio de Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, S

Schwarz, PS Bhoopathi, W Kissling, Leucht S. (2009), comparó la ziprasidona con otros fármacos atípicos como la olanzapina, la risperidona y amisulprida. Los resultados incluyeron nueve ensayos controlados aleatoriamente con 3361 personas, teniendo en cuenta que la interrupción del estudio por parte de los participantes fue muy alta del orden del 59,1%.

Pero los datos arrojados para la comparación de la ziprasidona con amisulprida, clozapina, olanzapina, quetiapina y risperidona, encontraron que la ziprasidona es un tratamiento menos aceptable que la olanzapina (dejando los primeros estudios por cualquier razón: 5 ECA, n = 1937, RR 1,26 IC: 1,18 a 1,35; NND 7 CI 5 a 10) y la risperidona (3ECA, n = 1029, RR 1,11 CI 1,02 a 1,20; NND 14 IC 8 a 50), pero no de los otros antipsicóticos de segunda generación. La ziprasidona fue menos eficaz que la amisulprida (dejando el estudio temprano debido a ineficacia: 1 ECA, n = 123, RR 4,72 IC: 1,06 a 20,98; NND 8 CI 5 a 50) olanzapina (puntuación PANSS total: 4 ECA, n = 1291, MD 8,32 IC: 5,64 a 10,99) y la risperidona (puntuación PANSS total: 3 ECA, n = 1016, MD 3,91 IC: 0,27 a 7,55).

De acuerdo a los escasos datos, no hubo diferencias significativas en cuanto a tolerancia entre ziprasidona y amisulprida o clozapina. Ziprasidona produce menos aumento de peso que la olanzapina (5 ECA, n = 1659, MD -3,82 IC: -4,69 a -2,96), quetiapina (2 ECAs, n = 754, RR 0,45 IC 0,28 a 0,74) o risperidona (3ECA, n = 1063, RR 0,49 IC: 0,33 a 0,74). Se asocia con aumento de colesterol a menos de la olanzapina, la quetiapina y la risperidona. Por el contrario ziprasidona produjo un poco más de efectos secundarios extrapiramidales que la olanzapina (4 ECA, n = 1732, RR 1,43 IC 1,03 a 1,99, NNH no estimable) y más aumento de prolactina que la quetiapina (2 ECAs, n = 754, DM 4,77 IC 1,37 a 8,16), pero menos trastornos del movimiento (2 ECA, n = 822, RR 0,70 IC: 0,51 a 0,97, NNT no estimable) y menor aumento de la prolactina (2 ECA, n = 767, DM -21,97 IC -27,34 a -16,60) que la risperidona. (Komossa K, & otros, 2009).

Los estudios concluyeron que la ziprasidona puede ser un fármaco antipsicótico ligeramente menos eficaz que la amisulprida, olanzapina y risperidona, su principal ventaja es la baja propensión para inducir el aumento de peso y los correspondientes efectos adversos. Sin embargo, la alta tasa global de participantes que abandonaron los estudios, limita la validez de los resultados.

En la revisión sistemática que compara la Zotepina con otros medicamentos atípicos de segunda generación, según el estudio realizado por Subramanian S, Rummel-Kluge C, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, W Kissling, Leucht S, Komossa K. Zotepina (2010), que incluyeron tres estudios (total n = 289, 2 ECA zotepina vs clozapina; 1 ECA . zotepina vs clozapina frente a la risperidona (a 4 mg, 8 mg de dosis) versus remoxiprida, teniendo presente que los resultados de los estudios presentados con los datos obtenidos fueron de calidad metodológica limitada. Pese a ello los datos arrojaron lo siguiente:

Cuando la Zotepina se comparó con la clozapina, fue la clozapina la que presentó ser más eficaz en términos de estado global (n = 59, 1 ECA, RR Ninguna respuesta clínicamente significativa 8,23 IC: 1,14 a 59,17) puntuaciones del estado mental también favorecieron la clozapina (n = 59, 1 ECA, MD puntaje promedio (BPRS total, alta = malo) 6,00 IC 2,17 a 9,83) y no hubo un menor uso de medicación antiparkinsoniana en el grupo con clozapina (n = 116, 2 ECA, RR 20,96 IC 2,89 a 151,90). En la comparación de zotepina y risperidona, la puntuación del estado mental no encontró diferencias significativas entre los grupos (frente a 4 mg: n = 40, 1 ECA, MD puntuación final promedio (total BPRS, alta = malo) 1,40 IC -9,82 a 12,62; frente a

8 mg: $n = 40$, 1 ECA, DM -1,30 IC: -12,95 a 10,35) y el uso de medicación antiparkinsoniana fue equívoca (frente a 4 mg: $n = 40$, 1 ECA, DM 1,80 IC: -0,64 a 4,24; frente a 8 mg: $n = 40$, 1 ECA , MD 2,50 IC . -0,05 a 5,05) Por último, cuando se comparó zotepina con remoxiprida, una vez más no se encontró efecto en el estado mental ($n = 58$, 1 ECA, MD puntuación final promedio (BPRS total, alta = malo) 5,70 IC - 4,13 a 15,53) y no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al uso de medicación antiparkinsoniana ($n = 49$, 1 ECA, RR 0,97 IC: 0,41 a 2,29).

Subramanian S, & otros (2010) concluyen que la base de las pruebas en torno a la zotepina es insuficiente para llegar a conclusiones firmes sobre los efectos absolutos o relativos.

Con respecto a los estudios comparativos de los efectos clínicos de la Clozapina con otros medicamentos de segunda generación (amisulprida, aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, sertindol, ziprasidona y zotepina) en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis similares, se halló en la selección de los 27 ensayos con 3099 sujetos y en la extracción de datos

La revisión incluyó 12 ensayos aleatorios de control que compararon la clozapina con olanzapina, quetiapina, con cinco, nueve con risperidona, ziprasidona con una y dos con zotepina. Al igual que en las investigaciones anteriores la deserción fue alta (30,1% total), dejando la interpretación de los resultados problemáticos.

La clozapina presentó una tasa de deserción más alta debido a los efectos adversos que la olanzapina (9 ECA, $n = 1674$, RR 1,60 IC 1,07 a 2,40, NNT 25 IC 15 a 73) y la risperidona (6 ECA, $n = 627$, RR 1,88 IC 1,11 a 3,21 , NNT 16 IC 9 a 59). Menos participantes en los grupos de clozapina dejaron los estudios temprano debido a la ineficacia de la risperidona (6 ECA, $n = 627$, RR 0,40 IC 0,23 a 0,70, NNT 11 IC 7 a 21), lo que sugiere una cierta mayor eficacia de la clozapina.

La clozapina fue más eficaz que la zotepina en la mejora general de los participantes en el estado mental (BPRS puntuación total: 1ECA, $n = 59$, MD -6,00 IC: -9,83 a -2,17), pero no siempre más que la olanzapina, quetiapina, risperidona y ziprasidona. No hubo diferencia significativa entre la clozapina y la olanzapina o risperidona en términos de síntomas positivos o negativos de la esquizofrenia.

La clozapina produce efectos secundarios extrapiramidales algo menos que la risperidona (uso de medicamentos antiparkinsonianos: 6 ECA, $n = 304$, RR 0,39 IC 0,22 a 0,68, NNT 7 CI 5 a 18) y zotepina ($n = 59$, RR 0,05 IC: 0,00 a 0,86, NNT 3 CI 2 a 5). Más participantes en el grupo con clozapina mostraron disminución de los glóbulos blancos que los que tomaban olanzapina, más hipersalivación y sedación que los de la olanzapina, risperidona y quetiapina y más ataques que las personas con olanzapina y risperidona. También la clozapina produjo un importante aumento de peso que no se ve con risperidona.

Asenjo Lobos C & otros (2010) concluyen en su estudio que la clozapina puede ser un poco más eficaz que la zotepina y la risperidona, pero se necesitan estudios adicionales para confirmar estos hallazgos. La clozapina se diferencia más claramente en los efectos adversos de otros antipsicóticos de segunda generación y el perfil de efectos secundarios podría ser clave en la selección del tratamiento dependiendo de la situación clínica y las preferencias del paciente.

Y para culminar con este estudio de la eficacia de los medicamentos aceptados por el POS, miraremos la revisión de Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, Silveira da Mota Neto JI, W Kissling, Leucht S (2010), con los datos que presenta la comparación de los efectos de la amisulprida con otros fármacos atípicos. La revisión incluyó diez ensayos a corto y mediano plazo con 1549

participantes en tres comparaciones: amisulprida versus olanzapina, risperidona y ziprasidona. La tasa general de deserción fue considerable (34,7%), sin diferencias significativas entre los grupos.

La amisulprida fue igualmente eficaz que la olanzapina y la risperidona y más eficaz que la ziprasidona (dejando el estudio temprano debido a ineficacia: n = 123, 1 ECA, RR 0,21 IC: 0,05 a 0,94, NNT 8 CI 5 a 50). Amisulprida inducido menos aumento de peso que la risperidona (n = 585, 3 ECA, MD -0,99 IC -1,61 a -0,37) y olanzapina (n = 671, 3 ECA, MD -2,11 IC: -2,94 a -1,29). La olanzapina se asoció con un mayor aumento de la glucosa (n = 406, 2 ECA, DM -7,30 IC: -7,62 a -6,99). No hubo diferencias en cuanto a los efectos cardíacos adicionales y síntomas piramidales (EPS) en comparación con la olanzapina (acatisia: n = 587, 2 ECA, RR 0,66 IC: 0,36 a 1,21), en comparación con la risperidona (acatisia: n = 586, 3 ECA, RR 0,80 IC: 0,58 a 1,11) y en comparación con ziprasidona (acatisia: n = 123, 1 ECA, RR 0,63, IC 0,11 a 3,67).

Los investigadores Komossa, K & otros (2010) plantean que hay pocas pruebas de estudios aleatorios que compararon la amisulprida con otros antipsicóticos de segunda generación. Ellos sólo encontraron ensayos que compararon la amisulprida con la olanzapina, risperidona y ziprasidona, encontrando que la amisulprida puede ser algo más eficaz que la ziprasidona, y más tolerable en términos de aumento de peso y otros problemas asociados que la olanzapina y risperidona.

En conclusión diremos que de acuerdo a la literatura vigente los antipsicóticos típicos y atípicos no proporcionan una respuesta de tratamiento para la mayoría de las personas con esquizofrenia, en algunos casos si pueden presentar un descenso en los episodios psicóticos o una disminución en la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, existe un porcentaje muy alto de personas que aún no responden adecuadamente a la medicación antipsicótica.

Además, los antipsicóticos atípicos y típicos especialmente están asociados con el desarrollo de graves efectos adversos que a menudo pueden comprometer el cumplimiento con la medicación, por lo tanto aumentar la incidencia de recaída y por lo tanto incrementar el costo en el sistema de salud, afectando la sostenibilidad financiera que se encuentra resquebrajada.

2.4.3.2. Costo de la Intervención Farmacológica en Colombia.

Al mirar el concepto final de los evaluadores, se demuestra que la Olanzapina presenta una Eficacia similar y seguridad mejor frente a Haloperidol, presentando el concepto de favorable. En cuanto al tratamiento de mantenimiento en dosis mínima tiene un costo del orden del 33229% más que con Haloperidol y en dosis máxima el costo es 6646% mayor, como lo veremos más adelante con respecto a la prevalencia del trastorno, el costo es inasumible por el sistema de salud colombiano, al igual que los otros medicamentos de segunda generación que presentan un costo mucho mayor al Olanzapina y con respecto al Haloperidol inalcanzable.

Además, llama la atención con respecto a la Risperidona que es el tratamiento de más alto costo entre los antipsicóticos evaluados y no presenta diferencias significativas frente a efectividad comparada con Haloperidol a corto plazo, y fue incluida en el POS, esta inclusión nos permite pensar que el criterio que primó fue el número y valor de recobros al FOSYGA sin tener en cuenta su eficacia, seguridad y costo-efectividad, pues para el FOSYGA representa el medicamento más recobrado ocupando el puesto 25

en los medicamentos NO POS y además es el de mayor peso referente al valor recobrado y el otro criterio puede ser una falta de transparencia, pues su evaluación fue llevada por la casa farmacéutica.

Si bien estos medicamentos aprobados representan una grande carga económica para el SGSSS debido a recobros al FOSYGA por ser medicamentos No POS. Sin embargo, este no puede ser el criterio de evaluación y factor decisivo para la incorporación de tecnología al sistema de salud, sin ser evaluado por criterios de seguridad, eficacia y costo-efectividad para el SGSSS.

Es importante mencionar que si el paciente está afiliado al Régimen Contributivo y requiere mayor tiempo de internación, el médico tratante debe solicitarlo y justificarlo ante la EPS para que la entidad realice el respectivo Comité Técnico Científico y decida sobre su aprobación, pero tenemos que decir que la atención que recibe por primera vez un paciente psiquiátrico es por urgencias, asunto que dificulta la intervención, pues el médico tratante, es un médico general.

El costo del tratamiento farmacológico, basado en el Sismed 2012 que rige para el 2013, de acuerdo al estudio aprobado de costo-efectividad de los medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia que no pertenecían al POS y eran medicamentos NO POS:

Tabla 23.

Evaluación económica, para tratamiento de la esquizofrenia año.				Costo de medicamentos. Aprobado por el CRES 2012				
Tecnología	Presentación	Dosis	Dosis Mínima			Dosis Máxima		
			Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana
Haloperidol	Gotas x 30ml, tabletas 5mg, 10mg, solución oral 10mg/ml, 2mg/ml (vía oral), solución inyectable 5mg/1ml (iv.).	Primer episodio o fase aguda: 5-10 mg IV o IM, repetida cada hora hasta obtener un suficiente control sintomático o hasta un máximo de 60 mg/día. Mínima: 5 mg/día Máxima: 60 mg/día	\$ 1.529	\$ 5.000	\$ 3.370,6	\$ 10.430,19	\$ 75.302,73	\$ 36.741,11
					VALOR/DÍAS. \$3.1118			VALOR/30 DÍAS. \$19.233,3
			Dosis Mínima			Dosis Máxima		
Mantenimiento Con Haloperidol:			Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana
1 – 3 mg 3 veces por día por vía oral, pudiendo incrementarse a 10 – 20 mg 3 veces por día, dependiendo de la respuesta.			\$ 997,03	\$ 61.394,12	\$ 1.668,97	\$ 19.940,64	\$ 1.227.882,34	\$ 33.379,37

Mínima: 3 mg/día Máxima: 60 mg/día					VALOR/ DÍAS. \$22.769,1			VALOR/30 DÍAS. \$100.138,11
<i>Tecnología.</i>	<i>Presentación</i>	<i>Dosis</i>	<i>Dosis Mínima/ Día</i>			<i>Dosis Máxima/</i>		
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mediana</i>
Olanzapina	Tableta 5mg y 10 mg, tabletas recubierta s de 5mg y 10mg	Fase inicial: 10 mg/día Mantenimien to: ajuste en el rango de 5 mg a 20 mg por día Mínima: 5 mg/día Máxima: 20 mg/día	\$ 248.107,81	\$ 1.999.480,3 8	\$ 554.577,36	\$ 992.431,23	\$ 7.997.921,53	\$ 2.218.309,46
					VALOR/ DÍAS. \$ 166.3732,08			VALOR/30 DÍAS. \$ 666.498,38

<i>Tecnología.</i>	<i>Presentación</i>	<i>Dosis</i>	<i>Dosis Mínima/ Día</i>			<i>Dosis Máxima/</i>		
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mediana</i>
Quetiapina	Tabletas de 25 mg, 100mg, 300mg y 400mg	Fase inicial: 300 mg (1° día), 600mg (2° día) y hasta 800mg Mantenimiento: después del día 2. La dosis debe ajustarse dentro del rango de Mínima: 400 mg/día Máxima: 800 mg/día	\$ 1.919.269,56	\$ 3.503.404,02	\$ 2.600.774,63	\$ 3.838.539,12	\$ 7.006.808,05	\$ 5.201.549,26
					VALOR/ DÍAS. \$583.900,68			VALOR/30 DÍAS. \$2.560.464,78

<i>Tecnología.</i>	<i>Presentación</i>	<i>Dosis</i>	<i>Dosis Mínima/ Día</i>			<i>Dosis Máxima/</i>		
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mediana</i>
Risperidona	Solución inyectable de 25mg y de 37,5mg, y 50 mg de polvo	Cada 2 semanas de 25 a 50mg, Intramuscular. Mínima: 25 mg/día Máxima: 50 mg/día	\$ 6.483.933,60	\$ 9.680.347,68	\$ 8.284.194,31	\$ 12.967.867,20	\$ 19.360.695,37	\$ 16.568.388,63
					VALOR/ DÍAS. \$1.380.699,1			VALOR/30 DÍAS. \$9.051.658,9

Aripiprazol	Tableta de 20 mg y 10mg	Inicio: iniciado con 2mg día titulando con 5mg cada 2 días hasta llegar un máximo de 20mg/día Mínima: 10 mg/día	\$ 520.612,41	\$ 3.092.353,04	\$ 1.778.852,21	\$ 1.041.224,82	\$ 6.184.706,09	\$ 3.557.704,42
					VALOR/ DÍAS. \$533.655,67			VALOR/30 DÍAS. \$2.431.132,6
Paliperidona	(Tabletas de 3mg, 6mg, 9mg y 12mg; 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg).	Mínima: 3mg/día Máxima: 12 mg/día	\$ 515.257,83	\$ 2.095.534,93	\$ 1.305.396,38	\$ 2.061.031,30	\$ 8.382.139,72	\$ 5.221.585,51
					VALOR/ DÍAS. \$698.511,65			VALOR/30 DÍAS. \$1.566.475,65

Listado de Precios Promedio y Unidades en la cadena de comercialización de Medicamentos - Enero a Septiembre de 2012
Esquizofrenia CRES 2012

La intervención en Colombia es netamente medicamentosa, aclarando que para que se llegue al especialista debe ser remitido por el médico general, luego se va y se busca la autorización en la EPS que por lo general dilata la atención y posteriormente el paciente debe llamar a solicitar la cita con el especialista asunto que puede tardar y en muchas ocasiones el paciente desiste en su gran mayoría.

Además pese a los estudios aprobados de costo – efectividad para el tratamiento de la Esquizofrenia, es preocupante que con el nivel de prevalencia de los trastornos mentales en Colombia, y el presupuesto en salud que el Estado invirtió para el 2012 que es de 46.4 billones de pesos para todo el sistema de salud, equivalente al 5.1% del PIB y para el 2013 fue el 6.0% del PIB, un incremento del 8% con respecto al 2012, las cifras que alcanza el medicamento en el tratamiento a un año son insostenible para el sistema.

Tabla 24. Costo De Las Tecnologías Farmacológicas Para Un Año (2013) De Tratamiento/ Prevalencia Esquizofrenia 1.4%, Costo en miles de millones de pesos (mm)

DOSIS		Costo UPC-C 2013	Costo Prevalencia En mm/año	Costo Preva/Medi Base	DOSIS	COSTO BASE	COSTO MÍNIMO	COSTO MÁXIMO
Aripiprazol	Inicio: Iniciar con 2mg día titulando con 5mg cada 2 días hasta llegar a la dosis recomendada, hasta un máximo de 20mg/día	\$ 568,944	\$ 374.366	\$ 2.340.970	DOSIS MÁXIMA	\$ 1.599.685	\$ 685.126	\$ 4.069.537
Mínima: 10 mg/día Máxima: 20 mg/día, en algunos casos hasta 30 mg/día. ARIPIPRAZOL					DOSIS MÍNIMA	\$ 1.170.485	\$ 342.563	\$ 2.034.769

DOSIS		Costo UPC-C 2013	Costo Prevalencia En mm/año	Costo Preva/Me di Base	DOSIS	COSTO BASE	COSTO MÍNIMO	COSTO MÁXIMO
Haloperidol	Mantenimiento: 1 – 3 mg 3 veces por día por vía oral, pudiendo incrementarse a 10 – 20 mg 3 veces por día, dependiendo de la respuesta.	\$ 568.944	\$ 374.366	\$ 24.176	DOSIS MÁXIMA	\$ 12.655	\$ 6.863	\$ 49.549
Mínima: 3 mg/día Máxima: 60 mg/día. HALOPERIDOL					DOSIS MÍNIMA	\$ 2.218	\$ 1.006	\$ 3.290
DOSIS		Costo UPC-C 2013	Costo Prevalencia En mm/año	Costo Preva/Me di Base	DOSIS	COSTO BASE	COSTO MÍNIMO	COSTO MÁXIMO
Quetiapina	Fase inicial: 300 mg (1° día), 600mg (2° día) y hasta 800mg	\$ 568.944	\$ 374.366	\$ 1.684.786	DOSIS MÍNIMA	\$ 1.711.310	\$ 1.262.880	\$ 2.305.240
Mantenimiento: después del día 2. La dosis debe ajustarse dentro del rango de Mínima: 400 mg/día Máxima: 800 mg/día. QUETIAPINA					DOSIS MÁXIMA	\$3.422.620	\$2.226.353	\$4.610.480
DOSIS		Costo UPC-C 2013	Costo Prevalencia En mm/año	Costo Preva/Me di Base	DOSIS	COSTO BASE	COSTO MÍNIMO	COSTO MÁXIMO
Olanzapina	Fase inicial: 10 mg/día Mantenimiento: ajuste en el rango de 5 mg a 20 mg por día	\$ 568.944	\$ 374.366	\$ 1.684.085	DOSIS MÍNIMA	\$ 364.912	\$ 163.255	\$ 1.315.658
Mínima: 5 mg/día Máxima: 20 mg/día. OLANZAPINA					DOSIS MÁXIMA	\$ 1.459.648	\$ 653.020	\$ 5.262.632
DOSIS		Costo UPC-C 2013	Costo Prevalencia En mm/año	Costo Preva/Me di Base	DOSIS	COSTO BASE	COSTO MÍNIMO	COSTO MÁXIMO
Risperidona	Cada 2 semanas de 25 a 50mg, Intramuscular.	\$ 568.944	\$ 374.366	\$ 5.955.992	DOSIS MÍNIMA	\$ 5.451.000	\$ 4.266.428	\$ 6.369.690
Mínima: 25 mg/día Máxima: 50 mg/día. RISPERIDONA					DOSIS MÁXIMA	\$ 10.902.000	\$ 8.532.857	\$ 12.739.338

Es preocupante de acuerdo con la tabla anterior el costo de la intervención con los medicamentos que superan el calculado de acuerdo a lo presupuestado con la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia de acuerdo con la UPC.

Ahora bien, el medicamento que tiene un costo importante pero que no es igual o no supera el cálculo de el costo de la prevalencia de la enfermedad mental, es el

Haloperidol \$49.549.000.000 millones de pesos costo año (US\$25.673.057 millones de dólares), con respecto al Risperidona que era un medicamento No POS y fue ingresado de acuerdo al CRES de 2012, el costo según la prevalencia de la ESQUIZOFRENIA año base sería \$12.739.338.000.000 billones de pesos (US\$6.600.693.265 billones de dólares), sólo por este medicamento, equivalentes a un 23% del presupuesto para la salud de acuerdo a la prevalencia y la UPC. En México, el costo anual promedio de atención médica de la esquizofrenia es de \$1,230 millones de dólares por millón de personas. Rangel et al (2011). Tengamos presente que para agosto de 2013 un dólar equivale a \$1.930 pesos colombianos.

2.4.3.3. Costo de la Intervención Psicoterapéutica y Hospitalización.

El interés del estudio, también se encamina a mostrar y buscar solución a la crítica dificultad en la atención de los pacientes con síntomas psicóticos en el SGSSS y a los trastornos mentales en general, que presentan un grave deterioro y complicaciones producto de una atención parcializada y limitada a la utilización farmacológico sin un abordaje psicoterapéutico completo que asegure la adherencia al tratamiento integral y al mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes como lo exige la nueva ley de salud mental en Colombia. Invitando a ahondar más en la investigación e intervención de costo-efectividad de la psicología con base en evidencia clínica en el abordaje de la psicosis.

Ahora bien, retomamos las cifras anteriores que dan cuenta del costo tan alto para el SGSSS la atención de de la enfermedad mental y que sólo hacen referencia al costo de la intervención medicamentosa, sin calcular los costos por hospitalización, Especialistas (Psicólogo, Psiquiatra), exámenes de laboratorio, e intervención psicoterapéutica, que según las evidencias deben ser tomadas en cuenta por el SGSSS.

Con respecto al costo en otros países, tenemos que en Estados Unidos de Norte América hay 87 000 hospitalizaciones anuales de pacientes con esquizofrenia, que representan 93 0000 días hospital con un costo de US\$806 billones anuales, en la Unión Europea, 25% de los gastos en discapacidad se destinan a los ocasionados por enfermedad mental. Sólo en la atención de la depresión, que afecta a 4.5% de la población en la Unión Europea, destina €118 billones (€42 billones en costos directos y €76 billones en costos indirectos) y en México el costo anual promedio de la atención médica de la esquizofrenia es de \$1,230.00, excluyendo estudios de laboratorio y medicación. Rangel et al. (2011).

En el caso de Colombia, para realizar el análisis del costo de otras intervenciones en la esquizofrenia, tomaremos la cobertura del POS para el 2013 y que posee los costos bajo la figura del tercer pagador en el SGSSS, los costos del manual tarifario SOAT. Actualizado teniendo en cuenta el salario mínimo legal vigente para el 2013- Valor diario \$19.650. La tarifa promedio anual (UPC) en el contributivo para el año 2013 será de 568.944 pesos y de 508.993 pesos en el subsidiado. Así, el Sistema de Salud reconocerá por afiliado al contributivo 47.412 pesos mensuales (1.558 pesos diarios), mientras que en el subsidiado 42.216 pesos al mes, y 1.394 pesos al día.

Tenemos que el costo diario para los procedimientos de Psiquiatría y Psicología, son: Psicoterapia individual por Psiquiatra, sesión \$32.030, 30 sesiones \$960.900; Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión \$ 14.541, 30 sesiones \$436.230; Psicoterapia de grupo por Psiquiatra, sesión \$ 36.353, 30 sesiones \$1.090.590;

Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión \$18.864, 30 sesiones \$565.920; Sesión terapia electroconvulsiva \$ 80.369. Las evaluaciones diagnósticas: Test de Rorschach \$ 51.287; Inventario de personalidad (MMPI) \$ 21.222; Pruebas de percepción temática (CAT o TAC) \$ 25.545; Escala de Weschler para niños y adultos \$ 29.672 pesos colombianos. El costo estimado de la intervención psicoterapéutica individual por psicología en un año es de \$1.308.690 pesos (90 sesiones, dos por semana).

La consulta de urgencias tiene un costo de \$17.489 pesos. El costo hospitalización en el segundo nivel de atención: Habitación bipersonal \$165.060 (día), \$4.951.800 (30 días); la permanencia diurna para tratamiento ambulatorio del paciente comprende los mismos servicios de la estancia psiquiátrica, excepto la pernoctada \$ 68.382 y en Atención intrahospitalaria especializada de psiquiatría (semanal) \$81.351 pesos. De acuerdo con las Guías de Manejo en Psiquiatría de Gómez-Restrepo et al (2012), el número de días de hospitalización en trastornos mentales en Colombia es de 12 días promedio, con un costo de \$2.176.440 en instituciones de segundo nivel de atención y de \$3.039.468 en el tercer nivel.

Dentro de las políticas internas de cada institución hospitalaria se establece los tiempos de atención; en consulta individual debe ser de media hora, amén que sea una atención en crisis, las consultas con la familia y con los grupos, el tiempo previamente determinado es de 45 minutos o una hora; y finalmente, para terapia con la pareja del paciente se estableció una duración de 30 ó 45 minutos, los pacientes que se encuentran hospitalizados reciben sesiones de terapia de media hora, en los hospitales día y para pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos se realizan aproximadamente cinco o seis sesiones en intervención. Gómez, M. (2010).

Tabla 25. Costo de Intervenciones (Hospitalización, Intervención, Dx) valor en pesos colombianos y en dolares:

POS 2013 (Tarifas Vigentes). PSICOLOGÍA – PSIQUIATRÍA	V/Año	V/Día. Una sesión	V/ 30 Días o 30 sesiones.
Valoración por Psicología.	X	\$16.113/ US8.35	X
Psicoterapia Individual por Psiquiatría.	X	\$32.030/ US16.6	\$960.900 / US\$498
Psicoterapia Individual por Psicología.	\$1.308.690/ US678.1	\$14.541/ US7.54	\$436.230/ US226.03
Psicoterapia grupal por Psiquiatría.	X	\$36.353/ US18.84	\$1.090.590/ US565.07
Psicoterapia grupal por Psicología.	X	\$18.864/ US9.77	\$565.920/ US293.22
Psicoterapia de Familia.	X	\$42.444/ US21.99	\$1.273.320 US659.75
Test de Rorschach.	X	\$51.287/ US26.57	X
Inventario de personalidad (MMPI).	X	\$21.222/ US10.99	X
Pruebas de percepción temática (CAT o TAC).	X	\$25.545/ US13.24	X
Escala de Weschler para niños y adultos.	X	\$29.672/ US15.37	X
Escala infantil de inteligencia Therman.	X	\$29.672/ US15.37	X
Terapia electroconvulsiva, sesión (sin anestesia ni relajante).	X	\$20.436/ US10.58	X

NIVEL II DE INTERVENCIÓN. PSIQUIATRÍA.	SOAT, MANUAL TARIFARIO DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL POS DE 2013.			
INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL DEDICADAS EXCLUSIVAMENTE A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA				
		V12 días/P.H	V/DÍA	V/30 DÍAS
	Habitación unipersonal	\$2.176.440/ US1.127,69	\$ 181.370/ US93.97	\$5.441.100/ US2.819,22
	Habitación bipersonal	\$1.980.720/ US1.026,28	\$ 165.060/ US85.52	\$4.951.800/ US2.565,70
	Habitación de tres camas	\$1.683.612/ US872.33	\$ 140.301/ US72.69	\$4.209.030/ US2.180,84
	Habitación de cuatro ó más camas	\$1.384.152/ US717.17	\$ 115.346/ US59.76	\$3.460.380/ US1.792,94
INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL DEDICADAS EXCLUSIVAMENTE A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA				
		V/12 días/P.H	V/DÍA	V/30DÍAS
	Habitación unipersonal	\$3.039.468/ US1.574,85	\$ 253.289/ US131.23	\$7.598.670/ US3.937,13
	Habitación bipersonal	\$2.600.880/ US1.347,60	\$ 216.740/ US112.30	\$6.502.200/ US3.369,01
	Habitación de tres camas	\$2.162.292/ US1.120,35	\$ 180.191/ US93.36	\$5.405.730/ US2.800,89
	Habitación de cuatro o más camas	\$1.947.708/ US1.009,17	\$ 162.309/ US84.09	\$4.869.270/ US2.522,93
			V/SESIÓN	
	Atención intrahospitalaria especializada de psiquiatría (semanal)		\$ 81.351/ US42.15	
	Sesión terapia electroconvulsiva		\$ 80.369/ US41.64	
ARTÍCULO 62: Señálese para la atención paciente psiquiátrico en Programa de "Hospital de Día", las siguientes tarifas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes:				
INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL			V/DÍA	
	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio del paciente comprendidos los mismos servicios de la estancia siquiátrica, excepto la pernoctada		\$ 68.382/ US35.43	
INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL				
	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio del paciente, comprendidos los mismos servicios de la estancia siquiátrica, excepto la pernoctada		\$ 89.211/ US46.22	
NIVEL I DE ATENCIÓN. ACTIVIDADES DIAGNÓSTICA Y DE URGENCIA				
			V/DÍA	
	Consulta especializada		\$ 27.707/ US14.35	
	Examen clínico de primera vez		\$ 16.113/ US8.35	
	Consulta de urgencias (para solución de problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos)		\$ 17.489/ US9.01	

En el análisis costo-efectividad de intervenciones para la esquizofrenia en México, Rangel et al. (2011), los resultados arrojados fueron que los costos de hospitalización en urgencias son de \$1,715.00 (US136.00) en cuidados intensivos \$2,052.00 (US162.72) y en hospitalización continua \$868.00 (US68.83). El costo del médico especialista en urgencias es de \$104.00 (US8.24), En cuidados especiales es de \$156.00 (US12.37) y en hospitalización continua es de \$124.00 (US9.83); para el caso de enfermería en hospitalización continua \$297.45 (US23.58) diarios, en cuidados especiales \$938.22 (US74.40) y en urgencias \$578.00 (US45.83) diarios; El costo de estudios de laboratorio de rutina obligatorios en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica es de \$200.00 (US15.86) (EGO, QS, BH \$100.00, \$69.00 y \$31, respectivamente).

Los costos de hospitalización, 20 días en hospitalización continua es \$17,560.00 (US1392.5); tres días en urgencias \$5,145.00 (US408.00) y ocho días en cuidados intensivos \$16,416.00 (US1301.82). El costo diario en hospital de día es \$436.00 (US34.57), clínica de adherencia terapéutica (CAT) \$869.00 (US68.91) y consulta externa \$122.00 (US9.67) por consulta.

El costo semestral del tratamiento ambulatorio depende de las consultas otorgadas en ese periodo en consulta externa, hospital de día y CAT, que recibieron 2.3, 23.5 y 7.5 consultas en promedio, respectivamente. El costo promedio para consulta externa es de \$280.00 (US22.20), CAT \$6,517.50 (US516.85) y hospital de día \$10,206.00 (US809.35) Rangel et al. (2011).

2.4.3.4. Costos de las Intervenciones En Colombia.

Con los resultados anteriores, se describirá de una forma breve los costos principales de los modelos de intervención terapéutica que actualmente conviven en el tratamiento de la psicosis en Colombia. Se retoman los hallazgos de la búsqueda en el sistema de salud colombiano resaltando los indicadores de prevalencia, de carga de la enfermedad y de costo de las intervenciones, sumado a los estudios de efectividad y de costo-efectividad para cada intervención arrojados en las evidencias empíricas y poder establecer las bases para llevar a cabo el **Análisis Coste-Efectividad En El Tratamiento De La Psicosis En Colombia: Modelos De Intervención Desde La Psiquiatría Biológica A La Psicología Psico-dinámica.**

En Colombia la pérdida total por discapacidad, producto de las enfermedades mental año son muy altos, en hombres se pierden 313 AVISAs (años de vida saludables) por mil, de los cuales 43,372 AVISAs son por Depresión Mayor Unipolar, ocupando el segundo puesto entre la veinte principales enfermedades en el país y 7,844 AVISAs por Trastornos Bipolares, ocupando el noveno lugar. En cuanto a las mujeres, la pérdida total año por discapacidad por enfermedad mental es de 247 AVISAs por mil, de los cuales 51,133 AVISAs son por Depresión Mayor Unipolar, presentando el primer lugar entre las veinte primeras enfermedades, con 3,312 AVISAs por Esquizofrenia en el décimo primer lugar y 3,061 AVISAs de Trastornos Bipolares en el décimo tercer lugar.

En Ambos sexos encontramos que la carga de enfermedad mental por años saludables perdidos es de 280 AVISAs totales por cada mil, de las cuales 47 AVISAs corresponden a Depresión Mayor Unipolar en el segundo lugar, en los Trastornos Bipolares se presentan 6 AVISAs en el sexto puesto del total y con 3 AVISAs la Esquizofrenia con una prevalencia del 1.4%.

Antes de continuar con cifras, tengamos presente que para agosto de 2013 un dólar es equivalente a 12.92 pesos mexicanos y a 1930 pesos colombianos, con respecto al cambio del euro a pesos colombianos, por un euro se pagan 2520 pesos colombianos y por un peso mexicano equivale a 148.40 pesos colombianos.

En Colombia el costo medio anual asociado a las intervenciones medicamentosas con neuroléptico típico (Haloperidol) costo año es de \$100.138,11 pesos (US\$51.86), el costo base año de acuerdo al 1.4% de prevalencia de la esquizofrenia en Colombia, tratamiento con haloperidol es de \$12.655.000.000 pesos (US\$6.556.994,81).

Con neurolépticos atípicos el costo año con Olanzapina es de \$ 2.218.309,46 pesos (US\$1.149,38), con la prevalencia el costo base año es de \$ 1.459.648.000.000 billones de pesos (US\$756.294.300,51), con Quetiapina es de \$ 5.201.549,26 pesos (US\$2.695,10), con la prevalencia el costo base año es de \$3.422.620.000.000 billones de pesos (US\$1.773.378.238), con Risperidona es de \$ 16.568.388,63 pesos (US\$8.584,65), con la prevalencia el costo base año es de \$ 10.902.000.000.000 billones de pesos (US\$5.648.704.663,21), con Aripiprazol es de \$ 3.557.704,42 pesos (US\$1.843,37), con la prevalencia el costo base año es de \$ 1.599.685.000.000 billones de pesos (US\$828.852.331,60), con Paliperidona \$ 5.221.585,51 pesos (US\$2.705,48).

La intervención que sólo considera la farmacoterapia y que genera un menor costo año en el tratamiento de la esquizofrenia en Colombia es el Haloperidol con \$100.138,11 pesos (US\$51.86), el costo base año de acuerdo a la de prevalencia de la esquizofrenia, tratamiento con Haloperidol es de \$12.655.000.000 pesos (US\$6.556.994,81). Y la intervención con mayor costo año base es la Risperidona con \$ 16.568.388,63 pesos (US\$8.584,65), con la prevalencia el costo base año es de \$ 10.902.000.000.000 billones de pesos (US\$5.648.704.663,21).

El costo año base del tratamiento de la esquizofrenia con neuroléptico típico (Haloperidol) + hospitalización + psicoterapia + terapia de familia es de \$7.105.368,11/ US\$3.681,53. El costo base año de la prevalencia de la enfermedad es de \$4.675.332.216.380 billones de pesos (US\$2.422.451.925,58).

Tabla. 26

Haloperidol Año	Hospitalización. 30 días/año	Psiquiatría. 10 sesión	Psicología. 90 sesión	Terapia Familiar.	Año base/Total
\$100.138,11/ US\$51.86	\$4.951.800/ US2.565,70	\$320.300/ US166	\$1.308.690/ US678.1	\$424.440/ US219.9	\$7.105.368,11/ US\$3.681,53
Risperidona Año	Hospitalización. 30 días/año	Psiquiatría. 10 sesión	Psicología. 90 sesión	Terapia Familiar.	Año base/Total
\$16.568.388,63/ US\$8.584,65	\$4.951.800/ US2.565,70	\$320.300/ US166	\$1.308.690/ US678.1	\$424.440/ US219.9	\$23.573.618,63/ US\$12.214,31

Y el costo año base del tratamiento de la esquizofrenia con neuroléptico atípico (Risperidona) + hospitalización + psicoterapia + terapia de familia es de 23.573.618,63/ US\$12.214,31. El costo base año de la prevalencia de la enfermedad es de \$15.511.441.058.540 billones de pesos (US\$8.037.016.092,50). Siendo esta la intervención más cara que la que utiliza tratamiento con haloperidol y psicoterapia en Colombia.

Ahora bien, según el estudio realizado se encontró que en las intervenciones evaluadas, la que posee una mayor proporción de los costos corresponde a los

tratamientos con medicamentos atípicos (Risperidona) y la intervención que combina antipsicótico nuevo o atípico con atención individual de psiquiatría y psicología, hospitalización y terapia familiar es la más cara.

En Colombia el costo del tratamiento de la psicosis año sólo con Risperidona duplica el costo del tratamiento año con Haloperidol + Hospitalización + psiquiatría individual + psicología individual y terapia familiares.

Tratamiento sólo con Risperidona Costo año \$16.568.388,63 (US\$8.584,65).

Tratamiento de la esquizofrenia con Haloperidol + hospitalización + psiquiatría + psicoterapia + terapia de familia es de \$7.105.368,11 (US\$3.681,53).

De acuerdo con el análisis realizado y con los estudios internacionales basados en evidencia, el tratamiento más costo-efectivo para el tratamiento de la psicosis en Colombia es la intervención con medicamento típico, con intervención psicoterapéutica individual y familiar, sumado a hospitalización, equivalente al 43% del costo con Risperidona año.

De acuerdo con Lara-Muñoz et al. (2010) en el estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México, la efectividad de las intervenciones de la esquizofrenia en México, con una cobertura de 50%, evita 68 222 AVISAs. Al aumentar la cobertura a 80%, el número de AVISAs evitados se duplica casi con el empleo de antipsicóticos típicos. El efecto de las intervenciones psicosociales hace que el número de AVISAs evitados sea tres a cuatro veces mayor.

Concluyendo Lara-Muñoz et al (2010) que respecto al costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México, la combinación de antipsicóticos típicos (Haloperidol), intervención psicosocial y manejo proactivo de caso, fue el tratamiento con la mejor relación costo-efectiva. El costo por AVISA evitado fue de \$390,892 que corresponde a un tercio del costo de AVISA evitado (\$1,313,120).

Shahid-Salles et al. (2012) en un estudio de costo-efectividad de las intervenciones en EEUU, plantea que el tratamiento farmacológico (Haloperidol), combinado con un tratamiento psicosocial, resultó ser la medida más costo-efectiva para los trastornos mentales graves como la esquizofrenia. Dice que la intervención psico-educativa de la familia era mucho más costo-efectiva combinada con el haloperidol (US\$ 1 743 a \$4 847 por AVAD evitado) que un medicamento antipsicótico más reciente (la risperidona) para el tratamiento de la esquizofrenia (US\$ 10 232 a \$14 481 por AVAD evitado).

En el análisis que realiza Gutiérrez R. (2006) de Coste-efectividad de las intervenciones terapéuticas en la esquizofrenia en España, encuentra que el costo asociado a las intervenciones fluctuaron entre los 161 millones de euros (neurolepticos típicos con una cobertura del 90%) y los 323 millones de euros (risperidona e intervención psicosocial con programa de continuidad de cuidados). En cuanto a efectividad de las distintas intervenciones quedan determinadas por la inclusión o no de tratamiento psicosocial y programas de continuidad de cuidados. La adición de tratamiento psicosocial duplica la cantidad de DALYs ahorrados (aumento del 97% con antipsicóticos tradicionales (Haloperidol) y del 90% si el fármaco administrado es risperidona) y la suma de un programa de continuidad de cuidados (incluyendo tratamiento psicosocial) hace que el incremento en la efectividad alcance el 150% (antipsicóticos tradicionales) y el 113% (risperidona) respecto las intervenciones que sólo consideran farmacoterapia.

Para Gutiérrez (2006) la intervención más costo-efectiva es la correspondiente al tratamiento con antipsicóticos típicos (Haloperidol) más tratamiento psicosocial sin o con programa de continuidad de cuidados (que generarían, respectivamente, un coste

por DALY evitado anualmente de 26343 y 26713 euros). Y el menos costo-efectivo es la administración exclusiva de risperidona (72552 euros por DALY evitado).

2.4.3.5. Efectividad de la Intervención Psico-dinámica En Colombia.

En Colombia tenemos pocos estudios publicados en donde se dé cuenta del trabajo de intervención, atención y efectos psicológicos a pacientes con psicosis, mucho menos, estudios de su efectividad y su costo, las evidencias clínicas brillan por su ausencia, no porque no las haya, sino, por la misma resistencia de los psicólogos colombianos en exponer su experiencia en análisis de casos, en la evaluación de la disciplina o el índice bajo en investigaciones en el país, además porque en la mayoría de la atención en centros hospitalarios, en el área de la salud mental, la función del psicólogo se centra en la evaluación.

Como lo dice Gómez, M. (2010). *Estudio Descriptivo Sobre Las Prácticas De Atención Psicológica En Pacientes Con Psicosis Tratados En Instituciones De Salud Mental De Bogotá:*

La evaluación por psicología resulta ser un aporte de la disciplina en el trabajo interdisciplinario con el paciente, que permite corroborar hipótesis, diseñar el plan de intervención, así como establecer las diferencias del trabajo de cada profesional y los criterios de acción desde el equipo terapéutico. En algunas instituciones, al final de la evaluación, los residentes de psiquiatras, en conjunto con el psiquiatra de la institución, generan una impresión diagnóstica con base en la evaluación integral realizada por los miembros del equipo interdisciplinario, que permite la presentación de los resultados.

En algunas instituciones no se realiza un informe clínico propiamente dicho. Se obtiene una impresión diagnóstica que queda consignada en la historia clínica; igualmente allí se registra la aplicación de pruebas diagnósticas y se adjuntan sus resultados, pero no se realizan informes de aplicación ni resultados de la evaluación.

Sin lugar a duda, el trabajo interdisciplinario en centros de salud mental es primordial, donde la labor del psicólogo clínico debe ser protagónico, pues debe asumir las responsabilidades que tiene no sólo para realizar un proceso de evaluación, sino de diagnóstico e intervención psicoterapéutica, como de registro, promoción y prevención de las enfermedades mentales, es un profesional responsable de la salud mental de la población, por lo tanto debe asumir su lugar; sin embargo, en Colombia el diagnóstico de las afecciones mentales y la responsabilidad directa de la intervención es dado en la mayoría de los casos por el médico psiquiatra o el médico responsable de la unidad, razón por la que se evidencia, que inicialmente un proceso de intervención psicológica en unidades de salud, está supeditado al diagnóstico psiquiátrico y remisión a psicología, asunto que es muy limitado y poco efectuado.

Es fundamental que la psicología clínica en Colombia promueva y organice la labor investigativa de registro, escritura sistemática de los procesos, control de las evidencias en la intervención psicológica, la socialización y la exposición de las acciones clínicas de atención con pacientes psicóticos o con trastornos mentales, ya que se constituye en la base de los estudios empíricos, basados en la evidencia psicológica de las intervenciones en Colombia necesarios y útiles para abordar pacientes con alternativas psicoterapéuticas más costo-efectivas.

La problemática en las evidencias de las prácticas clínicas en psicología alcanzan importancia en tanto que en el área de la salud mental en Colombia, las alternativas y los escenarios de trabajo con pacientes poseen múltiples características, individuales, grupales, comunitarios, sociales, pero lo más preocupante es que son pocas las que han sido documentadas, por lo que no se encuentra información acerca de la efectividad y eficacia de las terapias psicológicas en este tipo de población, pues se reporta muy poco en los escenarios científicos en Colombia, a diferencia de los estudios y los reportes costo-efectividad de evidencias sobre prácticas clínicas, el tamaño del efecto en el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos mentales en otros países.

Para examinar el costo-efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas, la psicología, tanto como en la medicina, toman el meta-análisis como método que permite resumir y sintetizar los resultados de estudios independientes, haciendo que los resultados comparables establezcan una métrica común, agrupando y agregándose entre los distintos estudios. Un marcador manejado para determinar la eficacia de los procedimientos, es el tamaño del efecto, que es la diferencia entre los grupos de tratamiento y control, expresado en unidades de desviación estándar.

Un tamaño del efecto de 1,0 significa que el paciente tratado promedio es una desviación estándar más saludable en la distribución normal o curva de campana que el promedio paciente no tratado. Un tamaño del efecto de 0,8 se considera un gran efecto en la investigación psicológica y médica, un tamaño del efecto de 0,5 se considera un efecto moderado, y un tamaño del efecto de 0,2 se considera un pequeño efecto (Cohen, 1988). Shedler, J. (2010).

Shedler, J. (2010) cita unos meta-análisis donde muestra la importancia de los estudios y los efectos de la eficacia de la psicoterapia obtenidos en los procesos de intervención e investigación de la evidencia clínica en el tratamiento de las enfermedades mentales que incluyeron 475 estudios, con resultados totales de 0,85 del tamaño del efecto para los consultantes que recibieron intervención psicoterapéutica en comparación con los controles no tratados con psicoterapia. Como punto de referencia Shedler (2010) toma algunos estudios que encontraron en la intervención con antidepresivos una media del tamaño del efecto de 0,31.

En el estudio sobre la intervención psicológica en Colombia, donde realizan unos análisis descriptivos de las prácticas de atención psicológica en pacientes con psicosis tratados en centros de salud mental, Gómez, M. (2010), los resultados obtenidos evidenciaron que los procedimientos, las técnicas y la intervención psicológica en las instituciones de salud mental, demuestran la efectividad de los tratamientos psicológicos en pacientes psicóticos sin diferenciación de la corriente teórica, el efecto de la intervención estaba más mediada a la experticia del clínico más que de la orientación teórica. Teniendo presente que la práctica psicológica se ve limitada por las políticas de salud gubernamentales, condiciones sociales e institucionales y en momentos por la misma disciplina psicológica en Colombia.

En cuanto a la efectividad de la intervención psico-dinámica, las investigaciones actuales dan cuenta de la efectividad de la terapéutica con pacientes que presentan sintomatología psicótica, como el caso del estudio de Narrativas de vida, referenciadas por Lysaker y Cols (2003) en el trabajo psicoterapéutico de la esquizofrenia con un enfoque psico-dinámico.

El artículo *The efficacy of psychodynamic psychotherapy* de Shedler, J. (2010), recoge los resultados de varias estudios empíricos basados en evidencias clínicas que analizan la eficacia y la efectividad del tratamiento psicodinámico en la intervención de las enfermedades mentales, mostrando además las características y rasgos diferenciales

de la psicodinámico con otras terapéuticas, incluyendo evidencia de que los pacientes que reciben la terapia psico-dinámica no sólo mantenían los beneficios terapéuticos sino que seguían mejorando con el tiempo.

Las características diferenciales que refieren a procesos y la técnica de la clínica psicodinámica con otras terapias según Shedler, J. (2010) son:

1. Centrarse en el afecto y la expresión de la emoción.
2. Exploración de los intentos por evitar pensamientos y sentimientos angustiantes.
3. Identificación de los temas recurrentes y patrones.
4. Discusión de la experiencia pasada (enfoque evolutivo).
5. Centrarse en las relaciones interpersonales.
6. Centrarse en la relación terapéutica.
7. La exploración de la vida de fantasía.

En el artículo de Shedler, J. (2010) sobre la eficacia de la terapia psico-dinámica toma varios meta-análisis rigurosos que analizan y evalúan con evidencias clínicas la eficacia del tratamiento psico-dinámico, psicoanalítico en el abordaje de los trastornos mentales y de personalidad publicados por Cochrane Library (2006), Archives of General Psychiatry (2004), la revista American Journal of Psiquiatría (2009), revista de la Asociación Médica Americana (2008), Revista de la Universidad de Harvard Psiquiatría (2009).

Los estudios del tratamiento con la terapia psico-dinámica en los servicios de salud a corto plazo (40 horas) de trastornos mentales arrojaron un tamaño del efecto total de 0,97 en la recuperación general de los síntomas, observándose un incremento del tamaño del efecto a 1,51 en pacientes que tuvieron un proceso a largo plazo. Con respecto a los síntomas psicósomáticos se halló efecto tamaño de 0,81, aumentado a 2,21 en el largo plazo con la intervención psico-dinámica. Los estudios también reportaron una reducción de los servicios de salud en un 77,8%, debido a la eficacia de la terapia psico-dinámica. Asunto para tener en cuenta y muy presente en el SGSSS con la nueva Ley de Salud Mental en Colombia.

Shedler, J. (2010) también examinó en los meta-análisis la eficacia de la terapia TCC y la terapia psico-dinámica para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, publicados en la revista American Journal of Psiquiatría (2009), revista de la Asociación Médica Americana (2008), Revista de la Universidad de Harvard Psiquiatría (2009).

Los resultados presentados fueron que Para la terapia psicodinámica (longitud media de tratamiento, 37 semanas), con un seguimiento de 1,5 años, el tamaño del efecto fue 1,46. Para TCC (longitud media del tratamiento, 16 semanas), con seguimiento de 13 semanas, el tamaño del efecto fue 1,0. Los estudios demostraron en los dos procesos psicoterapéuticos eficacia en la intervención psicológica de los trastornos mentales.

Uno de los resultados más importantes que nombra Shedler, J. (2010) en su estudio es que los beneficios de la terapia psico-dinámica no sólo perduran, sino que se incrementan con el tiempo. En estos estudios se demostró los beneficios del tratamiento basado en evidencias clínicas de la psico-dinámico que igualo o mostro superioridad a otros tratamientos como la TCC.

Para concluir diremos que en la psicología clínica en general conviven diversos enfoques teóricos, epistemologías diferentes, con visiones distintas en los procesos de abordar los trastornos mentales, los problemas humanos y formas psicoterapéuticas particulares en la líneas de lectura de las afecciones mentales y muchas veces con

conflictos de comunicación entre las formas de abordaje. Sin embargo, aparte de la orientación teórica, entre los objetivos básicos y comunes de todo tipo de psicoterapia se incluyen el logro de la efectividad, y la adherencia en los tratamientos en salud y por ende responsables de la salud mental de los colombianos.

Con los lineamientos anteriores y los datos recolectados en el SGSSS, se podrían estructurar investigaciones en salud mental basadas en evidencias clínicas para la implementación de estudios en tratamiento psicoterapéutico de los trastornos mentales en Colombia, tomando y adaptando a los procedimientos ya encontrados en la literatura, que se podrían constituir en el punto de apoyo de estudios basados en evidencias que profundicen en cada estrategia particular, buscando el tratamiento costo-efectivo más acorde para las necesidades de los pacientes y la población. Tener presentes las circunstancias y las necesidades de los pacientes, para poder efectuar la intervención en términos reales y partir de las políticas de salud, los modelos y las variaciones que se han realizado anteriormente y que han tenido éxito, se pueden estructurar protocolos de intervención y evaluación de procedimientos médicos adecuados a la salud mental en el contexto colombiano.

DISCUSIÓN.

- En Colombia se cuenta con pocos estudios publicados en donde se dé cuenta de los modelos de intervención terapéutica en el tratamiento de la psicosis, a partir del trabajo de intervención, atención y efectos psicológicos, mucho menos con estudios de su costo y efectividad, así como de evidencias clínicas documentadas, posiblemente debido a la resistencia de los psicólogos colombianos en exponer su experiencia en análisis de casos, en la evaluación de la disciplina o el bajo nivel de investigaciones en el país en esta área, además porque la atención psicológica en centros hospitalarios, la función del psicólogo se centra en la evaluación.

Como lo dice Gómez, M. (2010). La evaluación por psicología resulta ser un aporte de la disciplina en el trabajo interdisciplinario con el paciente, que permite corroborar hipótesis, diseñar el plan de intervención, así como establecer las diferencias del trabajo de cada profesional y los criterios de acción desde el equipo terapéutico. En algunas instituciones no se realiza un informe clínico riguroso. Se obtiene una impresión diagnóstica que queda consignada en la historia clínica; igualmente allí se registra la aplicación de pruebas diagnósticas y se adjuntan sus resultados, pero no se realizan informes de aplicación ni resultados de la evaluación.

Sin lugar a duda, el trabajo interdisciplinario en centros de salud mental es primordial, donde la labor del psicólogo clínico debe ser protagónico, pues debe asumir la responsabilidad que tiene no sólo para realizar un proceso de evaluación, sino de diagnóstico e intervención psicoterapéutica, como de registro, promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales, sin embargo, en Colombia el diagnóstico de las afecciones mentales se realiza a partir de la mirada psiquiátrica y una remisión a psicología, y la responsabilidad directa de la intervención farmacológica, es dado al médico psiquiatra o el médico responsable de la unidad.

Por lo anterior, es fundamental que la psicología clínica en Colombia promueva la labor investigativa de registro, escritura sistemática de los procesos, control de las evidencias en la intervención psicológica, la socialización y la exposición de las acciones clínicas de atención en el ámbito investigativo con pacientes psicóticos o con trastornos mentales, ya que se constituye en la base para los estudios empíricos, basados

en la evidencia psicológica de las intervenciones en Colombia necesarios y útiles para abordar pacientes con alternativas psicoterapéuticas más costo-efectivas.

En el estudio descriptivo sobre las prácticas de atención psicológica en pacientes con psicosis, Gómez, M. (2010), los resultados obtenidos evidenciaron que los procedimientos, las técnicas y la intervención psicológica en las instituciones de salud mental, demuestran la efectividad de los tratamientos psicológicos en pacientes psicóticos sin diferenciación de la corriente teórica, el efecto de la intervención estaba más mediada por la experticia del clínico más que por la orientación teórica. Teniendo presente que la práctica psicológica se ve limitada por las políticas de salud gubernamentales, condiciones sociales e institucionales.

La psicología, tanto como en la medicina, toman meta-análisis como método que permite resumir y sintetizar los resultados de estudios independientes, haciendo que los resultados comparables establezcan una métrica común, agrupando y agregándose entre los distintos estudios. Un marcador manejado para determinar la eficacia de los procedimientos, es el tamaño del efecto, que es la diferencia entre los grupos de tratamiento y control, expresado en unidades de desviación estándar (Leichsenring et al. 2006).

Un tamaño del efecto de 1,0 significa que el paciente tratado promedio es una desviación estándar más saludable en la distribución normal o curva de campana que el promedio paciente no tratado. Un tamaño del efecto de 0,8 se considera un gran efecto en la investigación psicológica y médica, un tamaño del efecto de 0,5 se considera un efecto moderado, y un tamaño del efecto de 0,2 se considera un pequeño efecto (Cohen, 1988). Shedler, J. (2010).

Shedler, J. (2010) cita unos meta-análisis donde muestra la importancia de los estudios y los efectos de la eficacia de la psicoterapia obtenidos en los procesos de intervención e investigación de la evidencia clínica en el tratamiento de las enfermedades mentales que incluyeron 475 estudios, con resultados totales de 0,85 del tamaño del efecto para los consultantes que recibieron intervención psicoterapéutica en comparación con los controles no tratados con psicoterapia. Como punto de referencia Shedler (2010) toma algunos estudios que encontraron en la intervención con medicamentos una media del tamaño del efecto de 0,31.

En cuanto a la intervención del modelo psico-dinámico, las investigaciones actuales norteamericanas dan cuenta de la efectividad de la terapéutica con pacientes que presentan sintomatología psicótica, como el caso de los estudios que utilizan la técnica de narrativas de vida, referenciadas por Lysaker y Cols (2003), el estudio de Rosenbaum, B. (2008) del tratamiento psicodinámico en los trastornos psicóticos, el trabajo de intervención psicoterapéutica orientado al reconocimiento y mentalización de la psicosis de Brent, B. (2009), la evidencia halladas en la investigación de Urlic I. (2010).

Por su parte, J. Shedler en su artículo *The efficacy of psychodynamic psychotherapy* (2010), recoge los resultados de varias estudios empíricos basados en evidencias clínicas que analizan la eficacia y la efectividad del tratamiento psicodinámico en la intervención de las enfermedades mentales, mostrando además las características y rasgos diferenciales de la psico-dinámica con otras terapéuticas, incluyendo evidencia de que los pacientes que reciben la terapia psico-dinámica no sólo mantenían los beneficios terapéuticos sino que seguían mejorando con el tiempo.

Los estudios del tratamiento con la terapia psico-dinámica en los servicios de salud a corto plazo (40 horas) de trastornos mentales arrojaron un tamaño del efecto total de 0,97 en la recuperación general de los síntomas, observándose un incremento

del tamaño del efecto a 1,51 en pacientes que tuvieron un proceso a largo plazo. Con respecto a los síntomas psicosomáticos se halló efecto tamaño de 0,81, aumentado a 2,21 en el largo plazo con la intervención psico-dinámica. Los estudios también reportaron una reducción en la demanda de los servicios de salud en un 77,8%, debido a la eficacia de la terapia psico-dinámica; dichos estudios ofrecen elementos importantes de análisis para ser tenidos en cuenta en el SGSSS con la nueva ley de salud mental en Colombia.

Shedler, J. (2010) también examinó en los meta-análisis la eficacia de la terapia TCC y la terapia psico-dinámica para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, publicados en la revista *American Journal of Psiquiatría* (2009), revista de la Asociación Médica Americana (2008), *Revista de la Universidad de Harvard Psiquiatría* (2009). Los resultados presentados muestran que la terapia psico-dinámica (longitud media de tratamiento, 37 semanas), con un seguimiento de 1,5 años, el tamaño del efecto fue 1,46. Para TCC (longitud media del tratamiento, 16 semanas), con seguimiento de 13 semanas, el tamaño del efecto fue 1,0. Los estudios demostraron en los dos procesos psicoterapéuticos eficacia en la intervención psicológica de los trastornos mentales.

Uno de los resultados más importantes que nombra Shedler, J. (2010) en su estudio es que los beneficios de la terapia psico-dinámica no sólo perduran, sino que se incrementan con el tiempo. En estos estudios se demostró los beneficios del tratamiento basado en evidencias clínicas de la psico-dinámica que igualó o mostró superioridad a otros tratamientos como la TCC.

- Para realizar el análisis de coste-efectividad de la intervención terapéutica de la psicosis en SGSSS de Colombia, se parte de las siguientes bases: en primer lugar, el análisis de la financiación del sistema de salud, es de anotar que el sistema no cuenta con un rubro específico para la atención de la enfermedad mental, además, es un sistema que se financia con la demanda en salud, por tal motivo requiere una cuota fija mensual llamada UPC (unidad per cápita de captación). En segundo lugar, la prevalencia de la enfermedad mental en Colombia, partiendo de la esquizofrenia, teniendo en cuenta la alta carga de enfermedad y la discapacidad generada por ésta y en tercer lugar, los manuales del costo de las intervenciones médicas y farmacológicas.

Se estiman los costos correspondientes al SGSSS en la base de datos POS-UPC, que contiene la información enviada anualmente por las EPS al Ministerio de Protección Social a efectos de calcular la UPC, que para el 2013 es 568.944 pesos costo año por persona y se procede a su valoración de acuerdo al plan de beneficios POS, al presupuesto de la nación en salud, a la cobertura disponible en salud, a los estudios sobre salud mental y la prevalencia de la enfermedad, sumado a los costos médicos que se regulan a nivel del código CUPS, en el caso de los medicamentos se debe emplear el sistema SISMED del MPS por clasificación CUM. Para ello se tomó los precios de las intervenciones registradas en la base de datos (SOAT), los costos de personal médico, el costo de infraestructura e insumos y aquellos recursos empleados para brindar la atención e intervención de los procedimientos clínicos.

Los cálculos se realizaron en base a los presupuestos generales de la nación asignados a la salud para el 2013 que es el 6.0% del PIB, los recursos asignados y presupuestados para el sector salud rondan los \$50.1 billones de pesos para el periodo 2013, teniendo en cuenta las fuentes fiscales y parafiscales, y haciendo un ejercicio con los 47 millones de colombianos y el valor de la UPC (2013) definida para el régimen contributivo de \$568.944 pesos, se presupuestaría un gasto total de acuerdo con la prima fija en salud de 26.740.368.000.000 billones de pesos.

Es decir que con el 53.4% del total de recursos presupuestados para 2013 para el sector salud, es posible teóricamente hablando la cobertura y la atención en salud del 100% de la población colombiana, asumiendo esa UPC promedio del régimen contributivo, sin contar con otras fuentes de recursos de los Departamentos, los Municipios y los entes territoriales.

En cuanto al presupuesto para la cobertura de atención de la enfermedad mental, la esquizofrenia, de acuerdo con la UPC y la prevalencia de la enfermedad el costo es \$374.365.152.000 pesos equivalente al 1.4% del presupuesto destinado a la salud.

Para continuar analizando la actual situación de la salud mental de los colombianos, tomaremos como referente la investigación realizada por un equipo de salud de la Universidad Javeriana de Bogotá y el Centro de proyectos para el desarrollo (Cendex), coordinada por el epidemiólogo Jesús Rodríguez García (2008) llamada “Carga de Enfermedad Colombia 2005”, empleando como indicador de la dimensión de la carga el sistema AVISA (un año de vida saludable perdido por muerte prematura o por vivir con discapacidad).

Un elemento para destacar, que es relevante y de suma importancia en la investigación es que en Colombia hay una proporción de carga de la enfermedad muy alta de años de vida que se esperan vivir con discapacidad, ya sea desde el nacimiento o desde las afecciones que se presentan en el transcurso de la vida, en cuanto a los trastornos mentales que muestra un importante nivel de discapacidad, particularmente en la edad productiva, entre los 18 y hasta los 55 años, un índice de discapacidad que se hace pertinente seguirle la pista, dichos trastornos son la Depresión mayor, los trastornos bipolares y la esquizofrenia, acompañado de trastornos por la ingesta de alcohol.

Además si miramos los dos extremos a mencionar que es el de las mujeres de la franja de 15 a 29 con un índice muy alto de Depresión Mayor, ocupando la primera causa de las AVISAs entre las primeras veinte enfermedades y en los hombre la franja de los 60 a 69 con un alto índice de esquizofrenia. Trayendo consigo que la población colombiana logra alcanzar mayor esperanza de vida, pero con acumulación de un porcentaje importante de personas que viven discapacitadas por padecer crónicamente de un grupo importante de enfermedad como la esquizofrenia, la Depresión Mayor y los trastornos bipolares principalmente.

Según la investigación de la Universidad Javeriana (2008) la distribución por edad y sexo de los Años de Vida Saludable Perdidos por Mortalidad Prematura (APMP) y Años Perdidos por Vivir con Discapacidad (AVD), la carga global de enfermedad se estimó para Colombia en 2005 en 280 AVISAS totales por cada mil personas, 207 atribuibles a discapacidad, y 73 por mil personas a AVISAS de mortalidad.

Mirando el total de la pérdida por discapacidad en todas la edades, haciendo énfasis en las enfermedades mentales, encontramos que las mujeres pierden 247 AVISAs totales por cada mil personas, de los cuales 51 AVISAs son años saludables perdidos por discapacidad por causa de la Depresión Mayor Unipolar ocupando el primer puesto en años de vida por discapacidad, la Esquizofrenia ocupa el décimo primer lugar con 3 AVISAs, la mismas que los Trastornos Bipolar.

En los hombres encontramos que se pierden 313 AVISAs totales por cada mil, de las cuales 44 AVISAs corresponde a la Depresión Mayor Unipolar, 8 AVISAs a los Trastornos Bipolares en un noveno lugar y con 4 AVISAs por Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Uso de Alcohol, perdidos por cada mil hombres.

En Ambos sexos encontramos que la carga de enfermedad por años saludables perdidos en todas las edades es de 280 AVISAs totales por cada mil, de las cuales 47

AVISAs corresponden a Depresión Mayor Unipolar en el segundo lugar, en los Trastornos Bipolares se presentan 6 AVISAs en el sexto puesto del total y con 3,4 AVISAs la Esquizofrenia con una prevalencia del 1.4%.

Ahora bien, el tratamiento actual de los trastornos mentales aceptado por el POS son los medicamentos antipsicóticos de primera generación denominados "típicos", que ha sido el pilar de la atención en urgencia de la enfermedad mental en el sistema colombiano, principalmente el Haloperidol, la base y el único tratamiento hasta la introducción de los medicamentos antipsicóticos "atípicos" de segunda generación en el 2012 que eran medicamentos No POS tales como la Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol y Paliperidona, que son medicamentos de alto costo.

Se encontró en los estudios que el Haloperidol y los antipsicóticos de segunda generación tienen similares resultados en cuanto a efectividad para el control de la esquizofrenia en primer episodio y agudizaciones o recaídas y su costo con respecto a los de segunda generación es notoriamente muy bajo (Bola, J. & otros, 2011, Achilla E, P McCrone, 2013), los medicamentos atípicos poseen un elevado costo económico para el sistema de salud en Colombia y si hacemos eco de los estudios de salud mental y la prevalencia de la enfermedad mental, el costo y la financiación para los usuarios y para el sistema de salud es inasumible.

Ahora bien, pese a que los antipsicóticos atípicos son considerados como el tratamiento de base en otros países, los estudios con los medicamentos atípicos para el control de esquizofrenia, es limitado por la insuficiente evidencia clínica de efectividad y seguridad en comparación con Haloperidol (Harvey, & otros, 2005), siendo frecuentes los artículos que relacionan los antipsicóticos de segunda generación entre sí o con placebo (Komossa K y cols, 2011; Rummel-Kluge, & otros, 2013). La evidencia concluye en términos generales que no hay diferencias entre el tratamiento con antipsicóticos de segunda generación y Haloperidol en cuanto a eficacia (Belgamwar RB, El-Sayeh HGG, 2011).

Ambos antipsicóticos (típicos y atípicos) dan una respuesta al tratamiento para algunas de las personas con esquizofrenia, reduciendo los síntomas psicóticos o una disminución en la gravedad de su enfermedad, sin embargo, hay una alta proporción de personas que no responden adecuadamente a la medicación antipsicótica. Además, ambos grupos de antipsicóticos se asocian con efectos adversos graves que a menudo pueden poner en peligro el cumplimiento del tratamiento y por lo tanto aumentar la incidencia de recaídas (Komossa, K & otros, 2013; Harvey PD, & otros, 2005; Shelly L Babin, & otros, 2011).

Es pertinente señalar que hasta el momento ninguno de los psicofármacos de primera o segunda generación, han logrado que los agentes inherentes a la esquizofrenia tramiten, remitan o cesen.

Con lo anterior, no se puede olvidar que el fin del tratamiento de la esquizofrenia es el alivio y mejora de los síntomas presentes en la psicosis, posibilitando la disminución de las recaídas, facilitando además la adaptación nuevamente al entorno social, buscando renovar la calidad de vida del sujeto psicótico, teniendo presente que los medicamentos de segunda generación poseen de acuerdo a los estudios obtenidos un efecto sobre los síntomas psicóticos similar a los psicofármacos típicos, haloperidol, y que hasta el momento ninguno de los psicofármacos de primera o segunda generación han logrado que los agentes propios de la esquizofrenia remitan.

De acuerdo a la literatura vigente los antipsicóticos típicos y atípicos no proporcionan una respuesta clara de tratamiento, en algunos casos si pueden presentar un descenso en los episodios psicóticos o una disminución en la gravedad de la

enfermedad. Sin embargo, existe un porcentaje muy alto de personas que aún no responden adecuadamente a la medicación antipsicótica (Achilla E, P McCrone, 2013)

Además, los antipsicóticos atípicos y típicos especialmente están asociados con el desarrollo de graves efectos adversos que a menudo pueden comprometer el cumplimiento con la medicación, por lo tanto aumentar la incidencia de recaída e incrementar el costo en el sistema de salud, afectando la sostenibilidad financiera que se encuentra resquebrajada.

Medicamento	Costo año (en pesos) por persona	prevalencia 1.4% el costo base año
Haloperidol	\$100.138,11 (US\$51.86)	\$12.655.000.000 (US\$6.556.994,81)
Olanzapina	\$ 2.218.309,46 (US\$1.149,38)	\$1.459.648.000.000 (US\$756.294.300,51)
Quetiapina	\$ 5.201.549,26 (US\$2.695,10)	\$3.422.620.000.000 (US\$1.773.378.238)
Aripiprazol	\$3.557.704,42 (US\$1.843,37)	\$1.599.685.000.000 (US\$828.852.331,60)
Paliperidona	\$5.221.585,51 (US\$2.705,48).	\$3.435.803.265.580 (US\$1.780.208.945,90)
Risperidona	\$16.568.388,63 (US\$8.584,65)	10.902.000.000.000 (US\$5.648.704.663,21)

La intervención que sólo considera la farmacoterapia y que genera un menor costo año en el tratamiento de la esquizofrenia en Colombia es el Haloperidol con \$100.138,11 pesos (US\$51.86), el costo base año de acuerdo a la de prevalencia de la esquizofrenia, tratamiento con Haloperidol es de \$12.655.000.000 pesos (US\$6.556.994,81). Y la intervención con mayor costo año base es la Risperidona con \$ 16.568.388,63 pesos (US\$8.584,65), con la prevalencia el costo base año es de \$ 10.902.000.000.000 billones de pesos (US\$5.648.704.663,21). Tengamos presente que para agosto de 2013 un dólar equivale a \$1.930 pesos colombianos.

En México, el costo anual promedio de atención médica de la esquizofrenia es de \$1,230 millones de dólares por millón de personas, en Estados Unidos de Norte América hay 87 000 hospitalizaciones anuales de pacientes con esquizofrenia, que representan 93 0000 días hospital con un costo de US806 billones anuales, en la Unión Europea, 25% de los gastos en discapacidad se destinan a los ocasionados por enfermedad mental. Sólo en la atención de la depresión, que afecta a 4.5% de la población en la Unión Europea, destina €118 billones (€42 billones en costos directos y €76 billones en costos indirectos) y en México el costo anual promedio de la atención médica de la esquizofrenia es de \$1,230.00, excluyendo estudios de laboratorio y medicación. Rangel et al. (2011).

En Colombia el costo de los procedimientos médicos y de hospitalización para la intervención de la psicosis aprobados por el POS para el 2013 es:

POS 2013 (Tarifas Vigentes). PSICOLOGÍA – PSIQUIATRÍA	V/Año	V/Día. Una sesión	V/ 30 Días o 30 sesiones.
Valoración por Psicología.	X	\$16.113/ US8.35	X
Psicoterapia Individual por Psiquiatría.	X	\$32.030/ US16.6	\$960.900 / US\$498
Psicoterapia Individual por Psicología.	\$1.308.690/ US678.1	\$14.541/ US7.54	\$436.230/ US226.03
Psicoterapia grupal por Psiquiatría.	X	\$36.353/ US18.84	\$1.090.590/ US565.07

Psicoterapia grupal por Psicología.	X	\$18.864/ US9.77	\$565.920/ US293.22
Psicoterapia de Familia.	X	\$42.444/ US21.99	\$1.273.320 US659.75
Test de Rorschach.	X	\$51.287/ US26.57	X
Inventario de personalidad (MMPI).	X	\$21.222/ US10.99	X
Pruebas de percepción temática (CAT o TAC).	X	\$25.545/ US13.24	X
Escala de Weschler para niños y adultos.	X	\$29.672/ US15.37	X
Escala infantil de inteligencia Therman.	X	\$29.672/ US15.37	X
Terapia electroconvulsiva, sesión (sin anestesia ni relajante).	X	\$20.436/ US10.58	X
	V12 días/P.H	V/DÍA	V/30 DÍAS
Habitación unipersonal	\$2.176.440/ US1.127,69	\$ 181.370/ US93.97	\$5.441.100/ US2.819,22
Habitación bipersonal	\$1.980.720/ US1.026,28	\$ 165.060/ US85.52	\$4.951.800/ US2.565,70
Habitación de tres camas	\$1.683.612/ US872.33	\$ 140.301/ US72.69	\$4.209.030/ US2.180,84
Habitación de cuatro ó más camas	\$1.384.152/ US717.17	\$ 115.346/ US59.76	\$3.460.380/ US1.792,94
			V/SESIÓN
Atención intrahospitalaria especializada de psiquiatría (semanal)			\$ 81.351/ US42.15
Sesión terapia electroconvulsiva			\$ 80.369/ US41.64
			V/DÍA
Instituciones de Segundo Nivel	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio del paciente comprendidos los mismos servicios de la estancia psiquiátrica, excepto la pernoctada		\$ 68.382/ US35.43
Instituciones de Tercer Nivel	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio del paciente, comprendidos los mismos servicios de la estancia psiquiátrica, excepto la pernoctada		\$ 89.211/ US46.22
Nivel Uno de Atención	ACTIVIDADES DIAGNÓSTICA Y DE URGENCIA.		V/DÍA
	Consulta especializada		\$ 27.707/ US14.35
	Examen clínico de primera vez		\$ 16.113/ US8.35
	Consulta de urgencias (para solución de problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos)		\$ 17.489/ US9.01

En el análisis costo-efectividad de intervenciones para la esquizofrenia en México, Rangel et al. (2011), los resultados arrojados fueron que los costos de hospitalización en urgencias son de \$1,715.00 (US136.00) en cuidados intensivos \$2,052.00 (US162.72) y en hospitalización continua \$868.00 (US68.83). El costo del médico especialista en urgencias es de \$104.00 (US8.24), En cuidados especiales es de \$156.00 (US12.37) y en hospitalización continua es de \$124.00 (US9.83); para el caso de enfermería en hospitalización continua \$297.45 (US23.58) diarios, en cuidados especiales \$938.22 (US74.40) y en urgencias \$578.00 (US45.83) diarios; El costo de estudios de laboratorio de rutina obligatorios en unidades de atención integral

hospitalaria médico-psiquiátrica es de \$200.00 (US15.86) (EGO, QS, BH \$100.00, \$69.00 y \$31, respectivamente).

De acuerdo con el análisis realizado y con los estudios internacionales basados en evidencia, el tratamiento más costo-efectivo para el tratamiento de la psicosis en Colombia es la intervención con medicamento típico, con intervención psicoterapéutica individual y familiar/grupal, sumado a hospitalización en el periodo de crisis, equivalente al 43% del costo con Risperidona año.

Lara-Muñoz et al (2010), respecto al costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México, la combinación de antipsicóticos típicos (Haloperidol), intervención psicosocial y manejo proactivo de caso, fue el tratamiento con la mejor relación costo-efectiva. El costo por AVISA evitado fue de \$390,892 que corresponde a un tercio del costo de AVISA evitado (\$1,313,120).

Shahid-Salles et al. (2012) en un estudio de costo-efectividad de las intervenciones en EEUU, plantea que el tratamiento farmacológico (Haloperidol), combinado con un tratamiento psicosocial, resultó ser la medida más costo-efectiva para los trastornos mentales graves como la esquizofrenia.

- En cuanto al análisis coste-efectividad realizado en SGSSS de Colombia, los resultados obtenidos permiten tres comparaciones: antipsicóticos típico (Haloperidol) vs antipsicótico atípico (Risperidona) principalmente; psicofármaco típico (Haloperidol) más tratamiento psicoterapéutico (individual y familiar/grupal), más hospitalización durante el periodo de crisis frente a sólo tratamiento psicofármaco típico o atípico; y psicofármaco típico (haloperidol) más tratamiento psicoterapéutico (individual y familiar/grupal), más hospitalización durante el periodo de crisis frente a psicofármaco atípico (Risperidona) más tratamiento psicoterapéutico (individual y familiar/grupal), más hospitalización durante el periodo de crisis.

Además se podría nombrar un cuarto elemento de comparación que es la asignación del recurso asignado por el estado UPC más la prevalencia de la esquizofrenia, frente psicofármaco típico más tratamiento psicoterapéutico (individual y familiar/grupal), más hospitalización.

Medicamento	Costo año del medicamento	Hospitalización. 30 días/año	Psiquiatría. 10 sesión	Psicología. 90 sesión	Terapia Familiar.	Año base/Total	Prevalencia 1.4%
Haloperidol Año	\$100.138,11/ US\$51.86	\$4.951.800/ US2.565,70	\$320.300/ US166	\$1.308.690/ US678.1	\$424.440/ US219.9	\$7.105.368,11/ US\$3.681,53	\$4.675.332.216.380 (US\$2.422.451.925,58)
Risperidona Año	\$16.568.388,63/ US\$8.584,65	\$4.951.800/ US2.565,70	\$320.300/ US166	\$1.308.690/ US678.1	\$424.440/ US219.9	\$23.573.618,63/ US\$12.214,31	\$15.511.441.058.540 (US\$8.037.016.092,50)

*UPC más Prevalencia de la esquizofrenia costo año es de 374.365.152.000 pesos.

Es necesario destacar que los meta-análisis se basan en los resultados de ensayos clínicos, en donde la efectividad de las distintas intervenciones ha sido evaluada a partir de medidas de eficacia, en donde no se destaca la superioridad de los antipsicóticos atípicos frente a los neurolépticos tradicionales.

Los estudios no han demostrado una efectividad contundente entre medicamentos atípicos y típicos, no sea ha hallado una alta superioridad en el tratamiento con Haloperidol frente a la Risperidona, sin desconocer que la Risperidona reduce el riesgo de recaída y presenta una reducción en la aparición de efectos extrapiramidales. Dado el alto costo de los antipsicóticos atípicos en general (y en particular los de la risperidona), además que en el país no se es permitido la comercialización de estos medicamentos como genéricos, se plantea de acuerdo a lo obtenido que las intervenciones que involucran los psicofármacos de primera generación (haloperidol) resultan más costo-efectivas.

La inclusión del tratamiento psicoterapéutica (individual, familiar/grupal) más hospitalización en episodios de crisis, junto al uso de medicación antipsicótica típica se traslada en una mejora de la intervención en términos de coste-efectividad, la intervención psicoterapéutica garantiza una mejor adherencia al psicofármaco y en una disminución en los gastos adicionales por recaídas.

Con las evidencias encontradas, el tratamiento de la esquizofrenia que incluya intervención psicoterapéutica junto al uso de medicación antipsicótica (típica), presenta una mejora de la intervención en términos de coste-efectividad. La psicoterapia posibilita una mejor adherencia al tratamiento medicamentoso, produciendo una reducción de los gastos adicionales que se generan por recaídas. La psicoterapia (individual, familiar/grupal) permite un uso más eficiente de los recursos del SGSSS y proporciona una mejora en términos de coste-efectividad en el tratamiento de las enfermedades mentales en Colombia.

El tercer factor de comparación tratamiento psicoterapéutica (individual, familiar) más hospitalización en episodios de crisis, junto al uso de medicación antipsicótica atípica proporcionan un resultado eficiente en la intervención, pero un muy alto costo que es inasumible.

El tratamiento sólo con Risperidona y de Risperidona más intervención psicoterapéutica (individual, grupal/familiar), mas hospitalización en el periodo de crisis, son intervenciones no costo efectivas, pues poseen un costo muy alto para la población y para el sistema de salud del país. La inclusión del tratamiento psicoterapéutico (individual, Familiar/grupal) en los trastornos mentales permite una mejora de costo-efectividad en la intervención de la esquizofrenia y al sistema, posibilitando además una alta disminución del costo que posee el uso de medicamentos atípicos como tratamiento de primera elección y que generan el mayor número de tutelas y gasto del FOSYGA.

El cuarto elemento comparativo es la intervención basada en la atención sólo con risperidona, y el tratamiento psicoterapéutica (individual, familiar) más hospitalización en episodios de crisis, junto al uso de medicación antipsicótica atípica (risperidona) son no costo-efectivas pues superan la asignación del presupuesto de inversión en salud y el calculado por la UPC más la prevalencia.

Debido al alto costo de los antipsicóticos atípicos (en particular la risperidona), hemos obtenido que las intervenciones que implican la administración de neurolepticos típicos (Haloperidol) resulten más costo-efectivas. Es pertinente tener en cuenta que en Colombia no se es permitido la distribución y comercialización de estos medicamentos genéricos.

El ingreso de tratamientos psicoterapéuticos al SGSSS, ya sea de forma individual, grupal o como parte de un programa interdisciplinario y con adherencia al procedimiento psicofarmacológicos (típico) va a favor de los resultados costo-efectividad de las intervenciones de las enfermedades mentales en el país. En suma que los resultados abogan a favor de la conveniencia de implementar estrategias de intervención psicoterapéutica como complemento a las actuales tratamientos medicamentosos, pues presentan mayor y mejor beneficio que los derivados del estricto canje en la administración de antipsicóticos típicos a atípicos.

El interés del estudio Costo-efectividad de la intervención de la Psicosis en Colombia se encamina a mostrar la situación actual de la atención y buscar solución a la crítica dificultad por la que atraviesan los pacientes con síntomas psicóticos en el SGSSS y a los trastornos mentales en general, que presentan un grave deterioro y complicaciones producto de una atención parcializada y limitada a la utilización

farmacológica sin un abordaje psicoterapéutico que asegure la adherencia al tratamiento integral y al mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes como lo exige la nueva ley de salud mental en Colombia.

Además, es pertinente que el Sistema General de Seguridad Social en Salud propenda y este orientado en la búsqueda del bienestar de los usuarios, no al beneficio económico de una de las partes en detrimento de la atención, en donde debe primar el interés general del usuario del sistema, no una guerra de intereses económicos y políticos que motiva a que muchos de sus actores opten por defender sus intereses o los de sus gremios. Pues el alto nivel de precios guarda estrecha relación con la competencia en el mercado de estos medicamentos, ya que en Colombia hasta el momento, hay un fuerte dominio por parte de los innovadores (farmacéuticas poseedoras de las patentes) y una muy baja participación de los medicamentos genéricos. Ocasionando recobros al FOSYGA por los medicamentos de muy alto costo, produciendo un gran impacto marginal en tiempo y en la calidad de vida sobre la salud de los pacientes y un agujero inmenso en la financiación y sostenibilidad del sistema.

CONCLUSIÓN.

- En el Sistema General de Seguridad Social en Salud el abordaje terapéutico de la enfermedad mental es fundamentalmente farmacológico, la atención psicológica en los servicios de salud se centra en la evaluación, además, el diagnóstico de las afecciones mentales se realiza desde la mirada psiquiátrica y la responsabilidad directa de la atención es del médico psiquiatra o el médico responsable de la unidad. El tratamiento sólo medicamentoso para la psicosis señala las limitaciones de las intervenciones actualmente disponibles y apunta a la necesidad de desarrollar nuevas aproximaciones farmacológicas y psicológicas conjuntas capaces de mejorar el funcionamiento a mediano y largo plazo de los sujetos con trastornos mentales.

- Es fundamental que en el SGSSS de Colombia se promueva en la atención psicológica la labor investigativa de registro, escritura sistemática de los procesos, control de las evidencias en la intervención psicológica, la socialización y la exposición de las acciones clínicas con pacientes psicóticos o con otros trastornos mentales, ya que se constituye en la base para los estudios empíricos, basados en la evidencia psicológica de las intervenciones en Colombia necesarios y útiles para abordar pacientes con alternativas psicoterapéuticas de las cuales se pueda dar cuenta de su costo efectividad.

- El sistema de salud en Colombia cuenta con pocos estudios en donde se evidencie los costos y la efectividad de las intervenciones farmacológicas y psicológicas disponibles para la atención de la psicosis, por ello, para establecer la base para el análisis costo-efectividad de la intervención terapéutica de la psicosis en el SGSSS, se toman de la literatura internacional estudios realizado sobre efectividad y costes en el tratamiento de la psicosis, datos suministrados de los ensayos clínicos en el periodo de 2005 a 2013 y los informes técnicos vigentes en Colombia para la actualización del POS de 2013 para la cobertura de las enfermedades mentales.

Con base en lo anterior se estimaron los costos correspondientes al presupuesto asignado al SGSSS y se procede a su valoración de acuerdo al plan de beneficios POS-

UPC, a la cobertura disponible en salud, a la prevalencia y a la carga de la enfermedad mental en el país, sumado a los costos médicos asumidos que se miden a nivel de la EPS (la compra de los servicios médicos) y su valor corresponde al valor pagado al prestador IPS.

Para ello se tomaron los precios de las intervenciones registradas en la base de datos (SOAT 2013), que contienen los costos de personal médico, el costo de infraestructura e insumos y aquellos recursos empleados para brindar la atención de los procedimientos clínicos. Dichos costos están clasificados por código corresponde a los costes de cada una de las intervenciones aprobadas en el sistema (CUPS). En el caso de los medicamentos se debe emplear el sistema SISMED del Ministerio de la Protección Social por la clasificación del coste unitario de medicamento CUM, estos precios son los reportados por las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud al SGSSS.

- De acuerdo con el análisis realizado, con los estudios internacionales basados en evidencia científica y a los procesos disponibles en el POS para la atención de las enfermedades mentales, el tratamiento más costo-efectivo en el sistema de salud colombiano para la psicosis, sería la intervención con neurolépticos típicos (haloperidol), psicológica (individual, familiar/grupal) y hospitalización durante la estabilización.

La implementación del tratamiento psicológico (individual, Familiar/grupal) como parte de un programa interdisciplinario de intervención y acompañamiento con psicofármacos típicos, mejora sensiblemente el costo-efectividad de las intervenciones de los trastornos mentales. Por lo tanto, es importante realizar estudios basados en evidencias clínicas en psicología como complemento a las actuales intervenciones farmacológicas, pues los beneficios emanados de la intervención psicológica de la enfermedad mental parecen ser más manifiestos que los resultados del intercambio en la administración de antipsicóticos típicos a atípicos. Lo cual permitirá hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles en el SGSSS en Colombia, además, la intervención psicológica garantiza una mejor adherencia al psicofármaco y por ende en una disminución en los gastos adicionales por recaídas. Por lo tanto, el haloperidol en la mayoría de los casos junto a un abordaje terapéutico, trabajo en conjunto entre la psiquiatría y psicología, es la opción a recomendar en el SGSSS.

- La atención en el SGSSS de Colombia es sobre la demanda de la enfermedad, no posee un sistema de promoción de la salud mental, tampoco, de prevención, intervención, control y rehabilitación de las enfermedades mentales. El personal de primer nivel de atención no suele tener la formación en el manejo de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental que permitiría la atención adecuada de pacientes con psicosis en este contexto. Esto supone la necesidad de implementar programas que permitan que psiquiatras y psicólogos clínicos puedan interactuar.

Teniendo en cuenta que la esquizofrenia es la primera causa de carga de enfermedad en adultos, y es uno de los trastornos mentales que genera mayor incapacidad, acompañada por la depresión mayor unipolar y los trastornos bipolares, se hace necesario proponer y evaluar investigaciones de experiencias psicoterapéuticas bajo el amparo de la reciente Ley 1616 del 21 de enero de 2013 que muestren y acompañen la evidencia científica.

REFERENCIAS:

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Article No. CD004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274. doi:10.1159/000228247
- Acosta N; Peñaloza R; Rodríguez J. (2008). Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados. Pontificia Universidad Javeriana, Cendex. Bogotá, Colombia.
- Adam, T., Koopmanschap, M. A., and Evans, D. B. (2003) Cost-effectiveness analysis: can we reduce variability in costing methods? *Int.J Technol.Assess.Health Care*, 19, 407-420.
- Adler. A. (1933), *El Sentido de la Vida*. Ed. Espasa_Calpe. Madrid.
- (1927), *El Conocimiento del Hombre*. Espasa_Calpe. Madrid.
- Achilla E , P McCrone. (2013). La relación coste-eficacia de los antipsicóticos long-acting/ extended-release para el tratamiento de la esquizofrenia: una revisión sistemática de evaluaciones económicas. Base de datos Cochrane.
- Alamo, C., López-Muñoz, F., Cuenca, E. (2000), El desarrollo de la clozapina y su papel en la conceptualización de la atipicidad antipsicótica, *Psiquiatria.com*.
- Aleman, A., Kahn, R., and Selten, J., (2003) Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 565-571.
- Álvarez, R. (1998). Las terapéuticas mágica y racionalizada de la alteración mental en las sociedades precolombinas. En D. Barcia (Ed.), *Historia de la Psicofarmacología* (pp. 87-112). Madrid: You & Us.
- American Psychiatric Association (2010). *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Másson.
- Andrews, G., Sanderson, K., Corry, J., *et al* (2003) Cost-effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *Br.J Psychiatry*, 183, 427-435.
- Arnould, B., Ingham, M., Lehman, A. F., *et al* (2002) Antipsychotics and quality of life among stable schizophrenia patients. *European Neuropsychopharmacology*, 12, S310.
- Arroyave-Zuluaga I. (2009), *La Organización de la Salud en Colombia*. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl; Disponible en: www.periodicoelpulso.com.
- Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Nutrición H, F Schmid, Schwarz S, S. Leucht clozapina frente a otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2010, Número 11. Art. No.: CD006633. Doi: 10.1002/14651858.CD006633.pub2.
- Baca, E. (1998). La industria farmacéutica y su papel en la investigación psicofarmacológica y en el desarrollo de la psiquiatría. En D. Barcia (Ed.), *Historia de la Psicofarmacología* (pp. 621-653). Madrid: You & Us.
- Bachelard, G. (1985). *La formación del espíritu científico*, Buenos Aires. Siglo XXI.
- Barber, J., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619–622. doi:10.1037/0022-006X.64.3.619
- Bartko, G. Feher, L. (2005) [Pharmacoeconomic review of the use of injectable long-acting risperidone]. *Neuropsychopharmacol.* 7, 199-207.
- Basu, A. (2004). Cost-effectiveness analysis of pharmacological treatments in schizophrenia: critical review of results and methodological issues. *Schizophr.Res.* 71, 445-462.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Beck, A., Freeman, A. y otros. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Beck, A. T: (1967), *Depresión: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York. Hoeber.
- , (1976), *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York. International Universities Pss.
- Belgamwar RB, El-Sayeh HGG. El aripiprazol versus placebo para la esquizofrenia. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2011, Número 8. Art. No.: CD006622. Doi: 10.1002/14651858.CD006622.pub2.
- Bellino, S., Rocca, P., Patria, L., *et al* (2004) Relationships of age at onset with clinical features and cognitive functions in a sample of schizophrenia patients. *J Clin.Psychiatry*, 65, 908-914.
- Bernal-Acevedo, O. Forero-Camacho, J. Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 10, núm. 21, julio-diciembre, 2011, pp. 85-100, Pontificia Universidad Javeriana. Colombia
- Bhar. S., Thombs, B., Pignotti, M., Bassel, M., Jewett, L., Coyne, J., & Beck, A. (2010) Is Longer-Term Psychodynamic Psychotherapy More Effective than Shorter-Term Therapies? Review and Critique of the Evidence. *Psychother psychosom* (79) 208–216.
- Bhattacharjee J, El-Sayeh HGG. Aripiprazol versus antipsicóticos típicos para la esquizofrenia. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2008, Número 3. Art. No.: CD006617. Doi: 10.1002/14651858.CD006617.pub3
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive–behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671–706. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00117-9
- Blanco, F. (2002). *El Cultivo de la Mente*. Madrid. Antonio Machado.
- , *Psicología y experiencia estética: trampantojos para pensar*. Comunicación presentada al I Seminario Internacional de Psicología y Estética, Miraflores de la Sierra, Enero de 2002. Revisado.
- , *Miserere mei, Deus. La psicología de la música y el debate sobre la naturaleza humana*. Saccom, sociedad Argentina.
- Blanco, F. Rosa, A. y Travieso, D. *Arte, mediación y cultura*. Comunicación presentada al II Symposium Internacional de Psicología y Estética, Miraflores de la Sierra, 31 octubre – 2 noviembre de 2003.

- Blatt, S. J., & Auerbach, J. S. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268–307.
- Bleuler, E. (1924). *Tratado de Psiquiatría*, Madrid, Espasa Calpe.
- .(1968). *Síndromes psíquicos agudos en las enfermedades somáticas*. Madrid. Morata.
- .(1911/1969). *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Paidós-Hormé.
- Bola J, D Kao, H Soydan, Adams CE. Fármacos antipsicóticos para la esquizofrenia de los primeros episodios. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2011, Número 6. Art. No.: CD006374. Doi: 10.1002/14651858.CD006374.pub2.
- Bornhauser, N. (2003). *Das Unheimliche [Lo Ominoso]: Implicaciones para el des-centramiento del sujeto moderno*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Botero, B. (1998). *La angustia del sujeto en la literatura fantástica a través de la obra novelada de Carlos Fuentes*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Botella, C. (1986). Introducción a los tratamientos psicológicos. Promolibro. Valencia.
- Bunge, M. y Ardila, R. (1988). *Filosofía de la psicología*. Barcelona. Ariel.
- Bradshaw, W., Roseborough, D., Pahwa, R., & Jordan, J. (2009) Evaluation of Psychodynamic Psychotherapy in a Community Mental Health Center. *Psychodynamic Psychiatry*. 37, 4; ProQuest pg. 665.
- Brent, B. (2009) Mentalization-Based Psychodynamic Psychotherapy for Psychosis. *Journal Of Clinical Psychology: In Session Massachusetts Mental Health Center*. 65(8), 803—814.
- Broerse A, Holthausen EA, van den Bosch RJ, den Boer JA. Does frontal normality exist in schizophrenia? A saccadic eye movement study. *Psychiatry Res*. 2001; 103(2–3):167–178. [PubMed: 11549405]
- Casas, Myrta.: (1999) *En el Camino de la Simbolización. Producción del sujeto Psíquico*. Buenos Aires. Paidós.
- Cassirer, E. (1971), *Filosofía de las formas Simbólicas*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Castaneda, Carlos.: (1974) *Relatos de poder*. Santa Fe de Bogotá. Fondo de cultura Económica.
- , (1977), *Una realidad aparte*. Santa Fe de Bogotá. Fondo de cultura Económica.
- Castañeda, C; Fonseca, M; Núñez, J; Ramírez, J; Zapata, J. (2012). La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano -Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro- Bogotá, D.C., ISBN: 978-958-57092-3-2.
- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2005). Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 78, 235–248.
- Colombia. Comisión de Regulación en Salud Acuerdo 028 del 28 de diciembre de 2011. Disponible <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo29de2011.pdf>
- Colombia. Comisión de Regulación en Salud Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011. Listado de Medicamentos del POS. Disponible <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo29de2011.pdf>
- Colombia. Comisión de Regulación en Salud Acuerdo 030 del 28 de diciembre de 2011. Se Fija el Valor de la UPC del POS. Disponible <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo29de2011.pdf>

- Colombia, El Congreso de Colombia (1993) Ley 100. Bogotá.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2005) Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 2003. Bogotá.
- Colombia, El Congreso de Colombia (2007) Ley 1122. Bogotá.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007) Decreto 3039 Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: República de Colombia.
- Colombia, El Congreso de Colombia (2011) Ley 1438. Bogotá.
- Conrad, K. (1997). *La esquizofrenia incipiente: ensayo de un análisis gestáltico del delirio*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología.
- Coto, E. Gómez-Fontanil Y, Belloch A. (1995) Historia de la psicopatología. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, eds. *Manual de psicopatología*. V. I. Madrid: McGraw-Hill;:3-44.
- Cottet, S. (1987). “*Lectura de las cartas de Freud a Jung*”, en Seminario de Jacques-Alain Miller. Clínica Diferencial de las Psicosis. Cuaderno de resúmenes, Enero 1987- Marzo 1988, Buenos Aires, Instituto del Campo Freudiano.
- (1988a), Freud y el deseo del psicoanalista, Buenos Aires, Manantial.
- (1988b), “pienso donde no soy, soy donde no pienso”, en Miller, G. Presentación de Lacan, pp.13-27.
- CRES 2011. Evaluación de tecnología “Eficacia, seguridad, efectividad y análisis económico del uso de antipsicóticos de segunda generación Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Aripiprazol y Paliperidona en el manejo de Esquizofrenia. Bogotá, Colombia.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–922. doi:10.1037/a0013075
- Cuevas, C., Perona, S., & Martínez, M. J. (2003) Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema*, 15, 1, 120-126.
- Cunillera, M. (2010). *Metáforas de la Voracidad del Arte del Siglo XX*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Chalamat, M., Mihalopoulos, C., Carter, R., et al (2005) Assessing costeffectiveness in mental health: vocational rehabilitation for schizophrenia and related conditions. *Aust.N.Z.J Psychiatry*, 39, 693-700.
- Chudasama Y, Robbins TW. Dopaminergic modulation of visual attention and working memory in the rodent prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*. 2004; 29(9):1628–1636. [PubMed: 15138446]
- Damasio, A. (2001). *La sensación de lo que ocurre*, Barcelona, Debate.
- (2005). *En busca de Spinoza*, Barcelona, Crítica.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & de Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 562–572. doi:10.1080/10503300600756402
- De Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1–23. doi: 10.1080/16073220902742476
- Descartes, René. (1965). *Las Pasiones del Alma*, Argentina. Aguilar.
- (1968). *Discurso del método*. Barcelona. Bruguera.
- De Klerambault.(1987), *Capítulos II (1920), III (1923), IV (1924) de: Les édifices du délire*. De Klerambault, Magnan et al. Paris. Navarin Editeur.
- Del Valle, E. (1979) *La obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Kargieman.

- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936–941. doi:10.1176/ appi.ajp.164.6.936
- Doménech, Bl. (2008). *El Deseo de un Hijo en la Literatura Psicoanalítica*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Dörner, K.: (1974), *Ciudadanos y locos*. Madrid. Tauros,
- Duggan L, M Fenton, Rathbone J, R Dardenne, El-Dosoky A, S Indran. La Olanzapina para la esquizofrenia. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2013. CD006727. Doi: 10.1002/14641853.CD006626.pub1
- Eco, Umberto. (1976). “*Signo*”. Barcelona. Editorial Labor,
- (1985). *Tratado de Semiótica General*. Barcelona. Lumen, 3 ed.
- (1990). *Semiótica y Filosofía del Lenguaje*. Barcelona. Lumen.
- (1992). *Los Límites de la Interpretación*. Barcelona. Lumen
- (1993). *Las Poéticas de Joyce*. Barcelona. Lumen.
- Edwards, N. C., Rupnow, M. F., Pashos, C. L., et al (2005) Cost-effectiveness model of long-acting risperidone in schizophrenia in the US. *Pharmacoeconomics*, 23, 299-314.
- Eliade, M. (1952). *Images et Symboles*. Essais sur le symbolisme magico-religieux. Paris. Gallimard.
- (1963). *Aspects du Mythe*. Paris. Gallimard.
- (1969). *Mefistófeles y el Andrógino*. Madrid. Guadarrama.
- (1972). *El Mito del Eterno Retorno*. Madrid. Alianza.
- (1973). *Lo Sagrado y lo Profano*. Guadarrama, 2ºed, Madrid.
- (1981). *Tratado de Historia de las Religiones*. México. Ediciones Era, 4ºed.
- Ellis. A. (1975), *Razón Y Emoción en Psicoterapia*. Ed. D.D.B. Bilbao
- Ellis, A. y Grieger, R. (1977). *Manual de terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Essali A, Al-Haj Haasan N, Li C, Rathbone J. La Clozapina frente a la medicación neuroléptica típica para la esquizofrenia. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas Publicado en línea: 20 de enero 2010, Evaluado como hasta la fecha: 16 de marzo 2009.
- Espinosa, A. (2007). *Psicoanálisis y Modernidad: Paradojas sobre un saber que no se sabe*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Evans, R. (1968). *Conversaciones con Jung*. Madrid. Guadarrama.
- Falades, S. (1964). *Sobre lo real*, En: Actas de la Escuela Freudiana de Paris VII, Pretel, Roma.
- Ferenczi, S. (1981). *Síntomas transitorios en el desarrollo de un psicoanálisis*. Madrid. Espasa-Calpe Editores.
- Fine, P. & Fine, S. (2011), Psychodynamic Psychiatry, Psychotherapy, and Community Psychiatry. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39 (1) 93–110
- Focault, M. (1967) *Historia de la locura en la época clásica*. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- (1967). *Historia de la sexualidad*, Vol 1. *La voluntad de saber*. España. Ed. Siglo XIX,
- (1976). *El nacimiento de la clínica*. Madrid. Siglo XIX.
- (1976). *Vigilar y Castigar*. México. Siglo XX.
- Freud. S. *Obras Completas*, T.I – XXIV. Buenos Aires, Amorrortu.

- .(1950/1986a). *Carta 52, Fragmentos de la Correspondencia con Fliess*. T. I. [1892-1899].
- .(1886/1986b). *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico*. T.I.
- .(1956/1986c). *Informe sobre mis estudios en París y Berlin*. T.I. [1886]
- .(1893/1986f). *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*.
- .(1950/1986g). *Proyecto de Psicología para neurólogos*. T.I. [1895]
- .(1894/1986h). *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)*. T.III.
- .(1896/1986i). *La herencia y la etiología de las neurosis*, T.III.
- .(1896/1986j). *Nuevas puntualizaciones sobre las neurosis de defensa*, T.III.
- .(1913/1988c). *Tótem y Tabú*. Amorrortu, T.XIII.
- .(1905/1989d). *Tres ensayos de teoría sexual*, T. VII.
- .(1907/1989g). *El delirio y los sueños en la "Gradia" de W. Jensen*, T.IX.
- .(1914/1989k). *Introducción del Narcisismo*, T. XIV.
- .(1915/1989l). *Pulsiones y destinos de la pulsión*, T.XIV.
- .(1917/1989n). *Duelo y melancolía*, T.XIV.
- .(1915/1989o). *Lo inconsciente*, T.XIV.
- .(1923/1989p). *El yo y el ello*, T.XIX.
- .(1924/1989q). *Neurosis y psicosis*, T.XIX.
- .(1925/1989v). *La negación*, T.XIX.
- .(1940/1989y). *Esquema del psicoanálisis*, T.XXIII.
- .(1900/1990b). *La interpretación de los sueños*, T.IV-V.
- .(1911/1990d). *Formulaciones de los dos principios de acaecer psíquico*, T.XII.
- .(1911/1990e). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, T.XII.
- .(1923/1990j). *Más allá del principio del placer*, T.XVIII.
- .(1926/1990l). *Inhibición, síntoma y angustia*, T.XX.
- .(1924/1990n). *La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis*, T.XIX.
- Freud, S.-Jung, C. (1978). *Correspondencia <1906-1923>*, Madrid, Taurus.
- Freud, S.- Abraham, K. (1979). *Correspondencia<1907-1926>*, Barcelona, Gedisa.
- Furiak N. y cols. (2010). *Cost-effectiveness model comparing olanzapine and other oral atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia in the United States*. EEUU, 2009. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2009; 7(1):4
- Galán, C. (1999). *La inserción de lo imaginario en la estructura simbólica de la sociedad: una visión psicoanalítica*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- García, J; Valencia, A; Páez, A; Kremeyer, B; Arbeláez M; Ruiz, A; Palacio, C; Ospina, J; Bedoya, G. (2012), *Asociación de esquizofrenia y sus dimensiones clínicas con el gen NOS1AP en población colombiana*. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, vol. 41 / No. 2
- García J., Miranda A., López C., Palacio C., Gómez J., Ospina J. (2005). *Esquizofrenia y neurodesarrollo*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV / No. 1.
- Gasto, C., (2007). *Esquizofrenia Y Trastornos Afectivos*. Madrid. Ed. Panamerican.
- Gerber, A. , Kocsis, J. , Milrod, B. , Roose, S. , Barber, J. , Thase, M. , Perkins, P. y León, A. (2011) . "Una revisión basada en la calidad de los ensayos

- controlados aleatorios de psicoterapia psicodinámica. *Revista Americana de Psiquiatría*, 168: 19-28 [PubMed]
- Goffman, E. (1993). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrourtu.
- Gómez, M. (2010). *Estudio Descriptivo Sobre Las Prácticas De Atención Psicológica En Pacientes Con Psicosis Tratados En Instituciones De Salud Mental De Bogotá*. *Acta Colombiana De Psicología* 13 (1): 43-53.
- Gonzalez-Blanch C, Rodriguez-Sanchez JM, Perez-Iglesias R, Pardo-Garcia G, Martinez-Garcia O, Vazquez-Barquero JL, et al. First-episode schizophrenia patients neuropsychologically within the normal limits: evidence of deterioration in speed of processing. *Schizophr Res*. 2010; 119(1–3): 18–26. [PubMed: 20335007].
- Gooding DC, Mohapatra L, Shea HB. Temporal stability of saccadic task performance in schizophrenia and bipolar patients. *Psychol Med*. 2004; 34(5):921–932. [PubMed: 15500312]
- Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. (2011), Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica México* 2011;53 supl 2:S144-S155.
- Guilana, E (1997). *De una Cuestión Preliminar a todo Tratamiento Posible de la Psicosis: una Lectura a través del Caso Schreber*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Gutiérrez, P. (2006), Análisis Comparativo A Nivel Poblacional Del Costeefectividad De Las Intervenciones Terapéuticas En La Esquizofrenia En España.
- Gutiérrez, A. et al. (2012), Guías de Manejo en Psiquiatría, Bogotá Colombia.
- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 9–19.
- Hafner, H. (2003) Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28 Suppl 2, 17-54.
- Harris MS, Reilly JL, Keshavan MS, Sweeney JA. Longitudinal studies of antisaccades in antipsychotic-naive first-episode schizophrenia. *Psychol Med*. 2006; 36(4):485–494. [PubMed: 16388703]
- Harvey PD, Rabinowitz J, Eerdekens M, Davidson M. Treatment of cognitive impairment in early psychosis: a comparison of risperidone and haloperidol in a large long-term trial. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(10):1888–1895. [PubMed: 16199835]
- Hauser, A. (1969). *Historia Social de la Literatura y el Arte*. Madrid. Guadarrama.
- Hayes, A., & Strauss, J. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of cognitive change in psychotherapy: An application of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 939–947. doi:10.1037/0022-006X.66.6.939
- Heidegger, M. (1968), *El ser y El tiempo*, Mejico, F.C.E.
- Heidegger, M. (1969), *Sendas perdidas*. Buenos Aires. Losada.
- Hegel, G.: (1969), *La filosofía del espíritu*, Buenos Aires. Losada.
- Hernández, V. (2008). *Las Psicosis*. Barcelona. Paidós.
- Hinshelwood, R. (1999). *Clínica kleiniana*. Valencia. Promolibro.
- Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, Nakabayashi T, Omori M, Takahashi S, et al. Antipsychotic medication and cognitive function in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2006; 86(1–3):138–146. [PubMed: 16793238]

- Husserl, E. (1913/1985a). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Madrid.
- Ibañez, N. (2007). *Paranoia y creación: sobre las relaciones entre la paranoia de autocastigo según Lacan y la paranoia-crítica dalidiana*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Ibañez, J. (1985).: Las Terapias Biológicas en la Psiquiatría de la primera mitad del siglo XX. Edic. del A. Caracas.
- Jaspers, K. (1966/1977). *Escritos psicopatológicos*, Madrid, Gredos.
- Jerusalink, Alfredo. (1988) *Psicoanálisis en los problemas del desarrollo infantil*, Buenos Aires. Nueva Visión.
- Jayaram, M. B., Hosalli, P., and Stroup, S. (2006) Risperidone versus olanzapine for schizophrenia. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* CD005237.
- Jimeno, M. (2004) Crimen pasional. Contribución a una antropología de las emociones, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Jung, C. (1950a). *El Yo y el Inconsciente*. Barcelona. Luis Miracle, 2° ed.
- (1950b). “*L’Homme à la decouverte de son âme: structure et fonctionnement de l’inconscient*”. Geneve. Editions du mont-blanc, 3 Ed.
- (1957). *Psicología y Alquimia*. Buenos Aires. Santiago Rueda Editor.
- (1962). *Símbolos de Transformación*. Buenos Aires. Paidós, 2° edición.
- (1964). *Tipos Psicológicos*. Buenos Aires. Suramericana, 9° edición.
- (1966). *El Hombre y sus Símbolos*. Madrid. Aguilar.
- (1970). *Arquetipos e Inconsciente Colectivo*. Buenos Aires. Paidós.
- (1982). *Energética Psíquica y Esencia del Sueño*. Buenos Aires. Paidós.
- (1989). *Aion. Contribución a los Simbolismos del Sí-mismo*. Buenos Aires. Paidós.
- (1991). *La Interpretación de la Naturaleza y la Psique*. Buenos Aires. Paidós.
- (1992). *Lo Inconsciente*. En la Vida Psíquica Normal y Patológica. Buenos Aires. Losada, 9° edición.
- (1999). *Sobre el fenómeno del espíritu en el Arte y en la Ciencia*. Ed Trotta. S.A.
- Kaplan, H., Saddock, B. y Grebb, J. (1996). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Kawai N, Yamakawa Y, Baba A, Nemoto K, Tachikawa H, Hori T, et al. High-dose of multiple antipsychotics and cognitive function in schizophrenia: the effect of dose-reduction. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006; 30(6):1009–1014. [PubMed: 16644082].
- Keefe RS, Young CA, Rock SL, Purdon SE, Gold JM, Breier A. One-year double-blind study of the neurocognitive efficacy of olanzapine, risperidone, and haloperidol in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2006; 81(1):1–15. [PubMed: 16202565]
- Kelly. G. (1966), *Teoría de la Personalidad*. Ed. Troquel.
- Kern RS, Glynn SM, Horan WP, Marder SR. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009; 35(2):347–361. [PubMed: 19176470].
- King D y cols. (2012). Cost-effectiveness analysis of aripiprazole vs standard-of-care in the management of community-treated patients with schizophrenia: STAR study. *Current Medical Research and Opinion* 2011; 27(2): 365-374 Reino Unido.
- Klein, Melanie.: (1980) *Obras Completas*. Buenos Aires. Paidos.
- , (1952) *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebe*. Buenos Aires. Paidos.

- Komossa K y cols. Risperidone versus other atypical antipsychotics for schizophrenia, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011. John Wiley & Sons, Ltd. München, Alemania 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD006626.pub2
- Komossa K, C Rummel-Kluge, S Schwarz, Schmid F, H hambre, W Kissling, Leucht S. Risperidona versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2013, Número 1. Art. No.: CD006626. Doi: 10.1002/14651858.CD006626.pub2
- Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, Silveira da Mota Neto JI, W Kissling, Leucht S. amisulprida versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2010, Número 1. Art. No.: CD006624. Doi: 10.1002/14651858.CD006624.pub2
- Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, L Duggan, W Kissling, Leucht S. Olanzapina versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2010, Número 3. Art. No.: CD006654. Doi: 10.1002/14651858.CD006654.pub2
- Komossa K, C Rummel-Kluge, Schmid F, H Hambre, S Schwarz, Srisurapanont M, W Kissling, Leucht S. quetiapina versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2010, Número 1. Art. No.: CD006625. Doi: 10.1002/14651858.CD006625.pub2.
- Komossa K, C Rummel-Kluge, Schmid F, H Hambre, S Schwarz, HGG El-Sayeh, W Kissling, Leucht S. Aripiprazol versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009, Número 4. Art. No.: CD006569. Doi: 10.1002/14651858.CD006569.pub3
- Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, Silveira da Mota Neto JI, W Kissling, Leucht S. La Amisulprida versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas Publicado en línea: 28 de febrero 2013.
- Komossa K, C Rummel-Kluge, H Hambre, S Schwarz, PS Bhoopathi, W Kissling, Leucht S. ziprasidona versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009, Número 4. Art. No.: CD006627. Doi: 10.1002/14651858.CD006627.pub2
- Kraepelin, E. (1899/1987), *La psicose irréversible*. Navarin Editeur. Paris. Analytica.
- Kraepelin, E. (1968), "Sobre la influencia ejercida sobre procesos psíquicos sencillos por algunos medicamentos". Citado en M. Bleuler, J, Willi Y HR. Buffer: *Síndromes psíquicos agudos en las enfermedades somáticas*. Madrid. Morata.
- Kuhn, T.S. (1971). *La estructura de la revolución científica*. México. F.C. Económica,
- Lacan, Jacques. (1932/1979) *De la psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad*, Siglo XXI Editores. México.
- .(1953/1984). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis*. Escritos 1, México. Siglo XXI Editores. 10a. Ed.
- .(1955-56/1981), *La psicosis*, Seminario libro 3, Barcelona. Paidós
- .(1956), *Mas allá del principio de realidad*, en Escritos I, Buenos Aires. Siglo XXI.
- .(1956/1972), *EL estadio del espejo como formación del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*, Escritos I. México. Siglo XXI.
- .(1956/1975), Citando a San Agustín en la Tesis IV de *La agresividad en psicoanálisis*, en Escritos II. México. Siglo XXI.
- .(1957-58b/1988) *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Escritos 2, Siglo XXI Editores. !4a. Edición. México.

- .(1958/1988). *La significación del Falo*. En: Escritos 2. México. Siglo XXI Editores. 4a. Edición.
- .(1958/1977). *En La familia*, Buenos Aires. Ediciones Homo Sapiens.
- .(1962-63/2004). *Seminario de la Angustia*, Capítulo IV "Au-Delà de l'angoisse de castration". París. Éditions du Seuil.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York, NY: Wiley.
- Lara-Muñoz et al. (2010), Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental* 2010;33:211-218
- Laín, P. (2006). *La Historia Clínica*. Madrid. CSIC.
- .(1953). *El romanticismo y la ciencia de la naturaleza*. Jano.
- Lebsky, A. (1973). *Die griechische tragödie*, Verlag, Stuggart.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401–419.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223–1232.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841–868.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565.
- Leichsenring F, Rabung S. psicoterapia psicodinámica a largo plazo en los complejos trastornos mentales: la actualización de un meta-análisis. *Br J Psychiatry*. 2011 Julio, 199 (1) :15-22. doi: 10.1192/bjp.bp.110.082776. Revisar. Errata en: *Br J Psychiatry*. Mayo de 2012; 200 (5): 430. PubMed PMID: 21719877.
- Lévi-Strauss, C. (1949/1977) *La eficacia simbólica*. En: Antropología Estructural. Argentina. Ed. Eudeba.
- .(1964). *El pensamiento salvaje*. México, F.C.E.
- .(1968). *Antropología estructural*. Buenos Aires, Eudeba.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., et al (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N.Engl.J.Med.*, 353, 1209-1223.
- López-Muñoz, F. Alamo, C. & Cuenca, E. (2002). Aspectos Históricos Del Descubrimiento Y De La Introducción Clínica De La Clorpromazina: Medio Siglo De Psicofarmacología. *FRENIA*, Vol. II-1-2002
- López-Muñoz, F., Alamo, C., Cuenca, E. (2000), La «Década De Oro» De La Psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia Histórica De La Introducción Clínica De Los Psicofármacos Clásicos, *Psiquiatría.com* (Revista Electrónica).
- López-Muñoz, F., Álamo, C. y Cuenca, E. (2003). Aportación de la clorpromacina al desarrollo de la psiquiatría. *Archivos de Psiquiatría*, 66, 15-34.
- López-Muñoz, F., Alamo, C. (1998), Historia de la Neuropsicofarmacología. Una nueva aportación a la terapéutica farmacológica de los trastornos del Sistema Nervioso Central, Madrid, Ediciones Eurobook, S. L.
- López, P. (1994). *Los nacimientos de la clínica*, Buenos Aire. lapsus.
- Lopez, R. (1985). *La concepción freudiana sobre el mundo exterior*, Medellín. Lealon.

- Lopez, S. (2004). *“El pensamiento”*. Granada. Conferencia en el Ateneo de Psiquiatría.
- Liu X, De Haan S. La clorpromazina dosis para las personas con esquizofrenia. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. Publicado en línea: 20 de enero 2010.
- Lysaker, P., Lancaster, R. & Lysaker, J. (2003) Transformación narrativa como resultado en la psicoterapia de la esquizofrenia. *Psychology and Psychotherapy*, 7, 285-299
- Llopis, B. (2003), *La psicosis única*, Escritos escogidos, Madrid, Tricastela.
- Mahoney, J. (1998). *Cognición y Psicoterapia*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Maleval, J.(1989). *“El campo pasional de la psicosis”*. Buenos Aires. En: Apertura. Cuadernos de Psicoanálisis. No. 4. .
- .(1998). *Lógica del delirio*. Barcelona. Ediciones del Serbal.
- Maldonado, T.(1994), *Lo real y lo virtual*. Barcelona. Gedisa.
- Malmberg L. Fenton M., & Rathbone, J. (2012), Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Review). The Cochrane Library: UK
- Manterola, C. et al. (2009). Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 61 - N° 6, Diciembre 2009; pág. 582-595
- Milano, J.:(1993) “Topología y cuerpo”, En: *El cuerpo, el psicoanálisis frente al orden biológico*, Argentina. Kliné,
- Miller, J. (1973) *“Los graficos de Jacques Lacan”*, en *Significante y sutura en psicoanálisis*, Buenos Aires, S.XXI.
- .(1985). *Esquizofrenia y paranoia*. En: *Psicosis y Psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed. Manantial.
- .(1991). *Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático en Matemáticas II*, Editorial Manantial, Buenos Aires.
- Millot, C. (1983/1984). *Exsexo (Ensayo sobre el transexualismo)*, Barcelona, Paradiso.
- Miranda, A.; López, C.; García, J.; Ospina, J. (2003). El uso de endofenotipos en el estudio del componente genético de la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXII / No. 3.
- Morales, J.(1974). *Historia Universal de la Medicina*, Tomo VI, Barcelona. Salvat.
- Morín, E. (1974). *El paradigma perdido: el paraíso olvidado*. Barcelona. Kairós.
- Mould-Quevedoa, J. et al, (2009). Análisis de simulación de coste-efectividad en el tratamiento de la esquizofrenia en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación de antipsicóticos típicos y atípicos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*;2(3):108-118.
- Muñoz, F. J. & Ruiz, S. L. (2007). Terapia Cognitivo-Conductual en la Esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 1, 98-110
- Mur de Vú, C. (2010). *El Trastorno Delirante Crónico: Hipótesis Etiológicas y Nuevas Terapéuticas*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Mutis, José Celestino. (1983), "Sobre los hipocondríacos". En *Escritos científicos de Don José Celestino Mutis*. Compilación, prólogo y notas de Guillermo Hernández de Alba. Inst. Colombiano de Cultura Hispánica. Edit. Kelly, Bogotá.
- Nasrallah HA, Targum SD, Tandon R, McCombs JS, Ross R. Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2005; 56(3):273–282. [PubMed: 15746501].

- Niemeyer, H., Musch, J. & Pietrowsky, R. (2012) Publication bias in meta-analyses of the efficacy of psychotherapeutic interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Research* :10.1016/j.03.023.
- Norcross, J. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy. *American Psychologist*, 60(8):840-850.
- Ocampo, M; Ramírez, C; Franco, J; Gómez, L; Cardona, G; Restrepo, C. (2012), Características clínicas de 276 pacientes tratados con terapia electroconvulsiva en una clínica universitaria de Medellín, Colombia. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, vol. 41 / No. 2.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010), Estadística sobre la Salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2009), Estadística de Salud mental: Informe Sobre la Salud en el Mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization. (2009). "Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care". ISBN 978 92 4 154769 7.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010), "Perfil Sistema de salud en Colombia" Washington, D.C.: OPS, ISBN: 978-92-75-33106-4 SPA- (Impreso). 978-92-75-13206-7 SPA- (Electrónico).
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005
- Paz Octavio, (1990). *Obra Poética*. México. Siex Barral.
- Peirce, C.(1986). *La Ciencia de la Semiótica*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Piñero, L.: (1962). *Los orígenes del concepto contemporáneo de constitución*. Medellín. Arch. Iberoamer. De Hist. Med. Y Antrop..
- Platón, (1972), *La Republica*. Madrid. Aguilar.
- .(1983), *Diálogos: Apología de Sócrates banquete o del amor*, Bogotá. Fondo editorial progreso.
- Pérez, A., Molina, S., Pina, L., & García, I. (2010). Psicofarmacología de la Psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes. (Español). *Clínica y Salud*, 21 (3), 271-283. doi: 10.5093/cl2010v21n3a5.
- Pérez, R. (2009). *Presencia de lo Religioso en la Sociedad Secularizada, una Reflexión a partir de las Tesis de Nietzsche, Eliade y Ricoeur*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Pinto D, Muñoz Al. (2010), Colombia Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011 – 2014. BID Nota Técnica IDB-TN-246.
- Pilla Reddy V , Kozielska M , Suleiman AA , Johnson M , A Vermeulen , Liu J , de Greef R , Groothuis GM , Danhof M , Proost JH . (2013). Farmacocinéticos-farmacodinámicos modelado de los fármacos antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia Parte I y II: El uso de la puntuación PANSS total y utilidad clínica. Base de datos Cochrane.
- Pinto D., Gómez-Restrepo C., Uribe M., Miranda C., Pérez A., De la Espriella M., Novoa J., Chauz A., Arenas Á., Torres N., Suárez M., Rondón M. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 3 / 2010.
- Polo, L. (2003). *Técnicas Plásticas del Arte Moderno y la Posibilidad de su Aplicación en el Arte Terapia*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

- Pope, A. (1961). *Brain enzymes in mental disease, chemical pathology of the nervous system*. Press, Oxford.
- Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Universidad CES, Universidad de Harvard. 2012. ISBN: 978-958-8674-15-5
- Quintero J; Barbudo E; López M. (2011). La evolución del concepto de esquizofrenia resistente al tratamiento. Madrid, España. Actas de psiquiatría. Vol. 39 No. 4.
- Rabinovich, D. (1988). *El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica*. Argentina. Manantial.
- Rangel, H. et al, (2011). Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. Salud Mental;34:95-102.
- Reichel G. (1991). *Indios de Colombia. Momentos vividos y Mundos Concebidos*. Colombia. Editorial Carvajal S.A.
- Reilly JL, Lencer R, Bishop JR, Keedy S, Sweeney JA. Pharmacological treatment effects on eye movement control. Brain Cogn. 2008; 68(3):415–435. [PubMed: 19028266]
- Ricoeur, P. (1960a) *Philosophie de la Volonté. L'homme faillible, Livre I*. Ed. Aubier, París. Editions Montaigne.
- .(1960b). *Philosophie de la Volonté. La Symbolique du Mal*. Livre II. París. Ed. Aubier, Editions Montaigne,
- .(1965). *De L'Interprétation. Essai sur Freud*. París. Editions du Seuil.
- .(1969). *Le Conflit des Interprétations Essais d'herméneutique*. Editions du seuil, Paris.
- ,(1969). *Finitud y Culpabilidad*. Madrid. Tauros.
- ,(1987), *Hermenéutica y estructuralismo*. Buenos Aires. Megápolis.
- Rivière, A. (2003). Dialogos sobre psicología: *De los cómputos mentales al significado de la conciencia*. V.I, Obras escogidas. Madrid. Ed Panamericana,
- .(2003). *Lenguaje, simbolización y alteraciones del desarrollo*. V. II, Obras escogidas. Madrid. Ed Panamericana,
- ,(2003). *Metarrepresentación y Semiosis*. V. III, Obras escogidas. Madrid. Ed Panamericana,
- Roca, M. Baca, E. Cervera, S. Cuenca, E. Giner, J. Leal, C. Vallejo, J. (2010). *Trastornos psicóticos*. Sociedad Española de psiquiatría. Madrid, Lexus.
- Robledo, E. (1954), "La medicina indígena y la medicina en la Colonia". Rev. Unidia, Bogotá, Año II, Vol. II, No. 7, abril de 1954.
- Rodríguez, A. (2003). Psicología médica y psiquiatría, universidad de Santiago de Compostela, publicaciones.
- Rojo, Á. (2006). *El Concepto "Disociación" en el Fin-De-Siècle: P. Janet y S. Freud*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Rosselli, H. IN MEMORIAM: Terapias Psiquiátricas En Colombia Antes De La Era Psicofarmacológica. PSIMONART 2(1) 111-121-2009
- Rosselli, H. (1968), Historia de la Psiquiatría en Colombia, Bogotá, Horizontes.
- Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. (2009), Recursos Humanos de la Salud en Colombia – 2008. Balance, competencias y perspectiva. Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana, Cendex. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. Bogotá.
- Saeedi H, Remington G, Christensen BK. Impact of haloperidol, a dopamine D2 antagonist, on cognition and mood. Schizophr Res. 2006; 85(1–3):222–231. [PubMed: 16679001]
- San Agustín.(2002). *La ciudad de Dios*., Folio, Barcelona.

- Sanjuán, JJ, Lull, JJ, Martí-Bonmatí, LL, Aguilar, EJ, Gadea, MM, Moratal Pérez, DD, y Robles, MM (2005). Paradigma auditivo Emocional en neuroimagen: Una base de Para El Estudio de la psicosis. (Español). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (6), 383-389.
- Schreber, D.(1903/1985). *Memorias de un Neuropata*, Barcelona. 2ª ed. Argot,
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Shelly L Babin, Ashley J Hood, Adel A Wassef, Nina G. Williams, Saumil S Patel, and Anne B Sereno. Effects of Haloperidol on Cognition in Schizophrenia Patients Depend on Baseline Performance: A Saccadic Eye Movement Study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011 August 15; 35(7): 1753–1764.
- Shevlin, M., Dorahy, m. J., & Adamson, G. (2007). Trauma y psicosis: un Análisis del Estudio de Comorbilidad Nacional. . (Español) *American Journal of Psychiatry - Española Edición*.
- Subramanian S, Rummel-Kluge C, H Hambre, F Schmid, S Schwarz, W Kissling, Leucht S, Komossa K. Zotepina versus otros antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2010, Número 10. Art. No.: CD006628. Doi: 10.1002/14651858.CD006628.pub3
- Sydenham, T.:(1699),“Observationes medicae circa morborum historiam et curationem”. 1676. En: J.M. López Piñero, Medicina, Historia y Sociedad, Barcelona.
- Thombs, B. D., Bassel, M., & Jewett, L. R. (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *Journal of the American Medical Association*, 301, 930.
- Todorov, T. (1991). *Teorías del Símbolo*. Caracas. Monte Avila.
- (1992). *Simbolismo e Interpretación*. Caracas. Monte Avila.
- Torres, C., y Escarabajal, M. Psicofarmacología: Una aproximación histórica. *Universidad de Jaén*, anales de psicología 2005, vol. 21, nº 2 (diciembre), 199-212, © Copyright 2005: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (www.um.es/analesps): 1695-2294
- Trevi, M. (1996). *Metáforas del símbolo*. Barcelona. Antropos.
- Urlic I. The group psychodynamic psychotherapy approach to patients with psychosis. *Psychiatr Danub*. 2010 Nov;22 Suppl 1:S10-4. PubMed PMID: 21057393.
- Urrego, Z, (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI/ No. 2. ISSN 0034-7450.
- Vega, M. (2003). *Las Pulsiones: entre el mito y el logos: una sabiduría poética – Freud y los griegos*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Vera, D; Rubiano, S. (2012), *Revisión De Lineamientos Y Estrategias En Salud Mental En Colombia Y Chile*. Universidad Nacional De Colombia. Bogotá, Colombia.
- Vélez Saldarriaga, Marta Cecilia. (1995). “Consideraciones Sobre la Sincronicidad”. Conferencia dictada en el foro “Ciencia y Conocimiento”, realizado en el ciclo foros de la ciencia, con motivo del XV aniversario de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad de Antioquia, Medellín.
- (1999). *Los Hijos de la Gran Diosa. Psicología Analítica, Mito y Violencia*. Medellín. Ed. Universidad de Antioquia.

- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, *130*, 631–663.
doi:10.1037/00332909.130.4.631
- Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 810–822.
doi:10.1037/0021843X.116.4.810
- Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, Zald DH. A meta-analysis of cognitive change with haloperidol in clinical trials of atypical antipsychotics: dose effects and comparison to practice effects. *Schizophr Res.* 2007; 89(1–3):211–224. [PubMed: 17059880].
- Wolfgang Gaebel, W; Schreiner, A; Bergmans, P; De Arce, R; Rouillon, F; Cordes, J; Eriksson, L. and Smeraldi, E. Relapse Prevention in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder with Risperidone Long-Acting Injectable vs Quetiapine: Results of a Long-Term, Open-Label, Randomized Clinical Trial. *Neuropsychopharmacology* (2010) 35, 2367–2377 & 2010 Nature Publishing Group All rights reserved 0893-133X/10.
- Zaera, J. (2007). *Estudio de la representación del cuerpo y su relación con diferentes entidades clínicas. [Manuscrito] Una perspectiva Biológica y Psicoanalítica.* Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Zandomenghi, D. (2003). *Culpa: Un obstáculo para la salud; influencia que ejerce la culpa en el origen y agravación de una enfermedad.* Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.