

Comprensión de la ciencia al servicio y cuidados de la salud y alteración mental

Understanding science in the service and care of mental health and disorders

Flor Ángela Tobón Marulanda¹
Cristian David Londoño Arroyave¹

Abstract *Caring for mental health and mental disorders, from primary health attention, is a prime right. The objective of this study was to examine the testimonies of health attention services users regarding the assistance attitudes and practices. This was a hermeneutic qualitative study of several cases. Findings: It can be inferred that there exists a relative crisis in the feeble application of a public policy and in the capacity to encourage meaningful learnings in function of higher or lower potentials, linked to the construction of subjectivities. Conclusions: it is necessary to make a profound reflection on the mutation of meaning and the senses of the service and care of mental health and mental disorders, especially for the re-signification of the patient's human and psychoaffective domains in behalf of the actors involved in providing services from a comprehensive and systematic perspective. This should be encompassed with the pharmaceutical service in the intersectorial team, searching for an alternative cognitive training of the brain, as an endogenous substances generator, to strengthen the balance between the mind-emotions and the organic, in favor of the individual and social well-being, while maintaining the use of psychopharmacological drugs only when strictly necessary.*

Key words *Science, Pharmaceutical care, Mental health, Public health, Health promotion*

Resumen *Los cuidados de la salud y de la alteración mental, desde la atención primaria en salud, son un derecho ineludible. El objetivo fue indagar testimonios de usuarios de servicios de atención en salud sobre la actitud y práctica asistencial. Estudio cualitativo hermenéutico de casos. Hallazgos, se infiere la crisis relativa de la falta de aplicación de la política pública y de motivar aprendizajes significativos en función de su mayor o menor potencialidad, conexas a la construcción de subjetividades. Conclusiones, se requiere reflexión profunda de la mutación del significado y sentidos del servicio y cuidados a la salud y alteración mental, máxime la re-significación de lo humano y de lo psicoafectivo del paciente por los actores involucrados del servicio asistencial de forma holística sistemática. Unido al servicio farmacéutico en equipo intersectorial, en la búsqueda de un tratamiento alternativo cognitivo de entrenar el cerebro como productor de sustancias endógenas que fortalece el equilibrio entre la mente-emociones y lo orgánico, por el bienestar individual y social; y usar psicofármaco sólo cuando sea necesario.*

Palabras clave *Ciencia, Farmacéutico, Salud mental, Políticas públicas, Promoción de la salud*

¹ Universidad de Antioquia.
Calle 67 #53 108, of.1-413.
1226 Medellín Antioquia
Colombia.
flor.tobon@udea.edu.co

Introducción

Hoy la concepción de atención de la salud y alteración mental oportuna y benévola, requiere cambios de paradigmas de todos los implicados en los servicios de atención en salud (SAS), autoridades responsables directas de educación, salud y de justicia. Ellos necesitan forjar conocimiento heurístico del significado y sentidos amplios de desarrollo de las dimensiones posibles del ser humano, como la ontológica en la instrucción de los procesos mentales complejos, desde lo cultural, político, económico, tecnológico y ambiental^{1,2}.

Una responsabilidad social con sentido humano de adquirir plasticidad mental que les permita repensar el compromiso ético de ofrecerle al paciente con trastorno neuropsiquiátrico; cuidados oportunos de promoción de la salud que le ayuden a recuperar su bienestar, desde la atención primaria en salud (APS) y una política farmacéutica beneficiosa, por la seguridad y bienestar sostenible del paciente.

En el ámbito local y global es un reto ineludible la formación de talento humano idóneo en los conocimientos teóricos y práctico de la ciencia biomédica aplicada a aspectos de tipo filosófico, humano, político, económico, social, cultural, tecnológico y ambiental. Para lo cual todos los implicados, deben entrenarse en cambios de actitudes y prácticas en la atención y cuidados de la salud mental (como capacidades y habilidades del ser humano de tener relaciones armoniosas consigo mismo e interactuar con el otro y con el todo) desde la APS, estas incluyen otros modelos potenciales de bienestar del ser humano, especialmente los servicios de urgencia³⁻⁶.

La crisis humanitaria se podría superar interviniendo los obstáculos del modelo político neoliberal de tipo cultural, social y de solidaridad deficiente de los actores involucrados; pero quienes tienen interés alto por la revolución de las tecnologías y de la electrónica de punta que soportan redes complejas, donde los pacientes son atrapados por el mercado financiero y por los medios de comunicación impersonal del equipo de salud y la Internet.

Los SAS deberían ser por talento humano que establezca nexos precisos entre los pacientes y la red de las instituciones prestadoras de atención integral de la salud y alteración mental oportuna, así podrían ofrecer otros cuidados y tratamientos benévolos coadyuvantes, no farmacológico, en cada caso particular. Se trata de hacer conciencia de las variables psicosociales (VPS) que afecta a cada ser humano en cada contexto específico,

como un problema de salud pública, conexas a la crisis humanitaria.

La comunicación impersonal con los pacientes requiere ser superada mediante la renovación de las subjetividades del significado y sentidos de la salud mental, en la cual se conciba otros tratamientos alternativos preventivos no farmacológicos; menos tóxicos que los psicofármacos sintéticos. Aquellos que busquen equilibrio de la transmisión nerviosa que determina armonía o desbalance entre las emociones positivas (felicidad, alegría, amor, solidaridad) y las emociones negativas (tristeza, ira, dolor, odio, venganza, pobreza extrema), entre la mente y las emociones con los actos.

El desequilibrio de las emociones influye en el estado de la salud física, social, mental y ambiental e incide en un comportamiento estimulado (rápido y razonado), atenuado o lento en el tiempo, en cada caso particular. Así la búsqueda de la homeostasis del estado de salud integral mediante un modelo de intervención educativa temprana. En el cual tiene importancia, posibles reacciones adversas medicamentosas (RAM) de los psicofármacos y que existen otras alternativas por la seguridad y benevolencia con el paciente psiquiátrico.

Se trata de buscar el mejor tratamiento integral que regule la energía vital y el estado psicoafectivo, entrenando al cerebro a que convierta en oportunidades y retos las VSP hostiles que inciden en el proceso complejo de la salud-enfermedad. Otra actitud y práctica permanente de conductas de vida saludables que ayude al paciente a procesar su problema y problemáticas y lo hagan resiliente en el tiempo, a través de técnicas lúdicas cognitivas psicopedagógicas^{1,7-11}.

Este requiere de presupuesto, talento humano idóneo y gestión organizacional suficiente en el marco de los mundos diferentes que origina controversia o conflictos, exigiendo de los académicos junto con todos los actores involucrados, acordar intereses comunes públicos y privados. Lo que beneficia el desarrollo humano armónico, diverso y equitativo para el progreso económico territorial¹²⁻¹⁵.

Esta exploración cualitativa plantea la necesidad hoy de hacer conciencia de la crisis del servicio y cuidados de la atención en salud integral y alteración mental, en la perspectiva de la práctica cotidiana de la función social de la promoción de la salud integral que trascienda fronteras mediante la creación de políticas públicas construidas por acuerdos democráticos comunes, conforme a las necesidades insatisfechas y el análisis de

la diferenciación de la concepción de bienestar en los sitios distintos en el mundo, acorde a la magnitud del problema^{2,16,17}. Se concibe como el grado de desarrollo holístico sistemático de un ser humano único, aquel con funciones ejecutivas significativas y avanza hacia su concientización de cambios ontológicos (procesos mentales complejos) y evoluciona las VPS de tipo cultural, político-económico, tecnológico y ambiental, para adaptarse a los cambios sociales.

El propósito fue la indagación de los SAS desde una visión de los alcances y las limitaciones en torno a lo todo lo expuesto y se plantearon dos interrogantes:

¿Cuál es la percepción de usuarios con trastorno mental, acerca del acceso al SAS, la información recibida sobre su diagnóstico y acciones de tratamientos promovidos frente a su estado de salud y grado de satisfacción?

¿Cómo aplica los profesionales sanitarios la definición de salud y alteración mental en el ideal del tratamiento integral? Desde lo cognitivo del significado y sentidos del *saber-hacer específico en el deber ser*, según la necesidad del trastorno psiquiátrico del paciente.

alguna dificultad psicosocial que trastornaba su estabilidad emocional. El objetivo fue indagar la concepción de usuarios de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y Empresa Promotora de Salud (EPS) sobre el servicio recibido, cuyo proceso fue¹⁸⁻²⁰:

1) Revisión documental del estado del arte en los 10 últimos años de la atención en salud mental y alteración mental en la ciudad de Medellín.

2) Estudio de 30 casos con alteración mental durante 2011-2013, seleccionados a conveniencia, previo consentimiento informado y comprendido de los consultados y el principio ético de la confidencialidad.

3) La técnica de recolección de la información fue una entrevista semi-estructura y el diario de campo.

4) La creación de una unidad explicativa denominada lo ideal de un servicio de atención y cuidados de la salud mental y la alteración mental, articulado con el servicio de urgencias, la atención domiciliaria y el servicio farmacéutico.

5) El análisis se realizó por categorías a partir de los siguientes referentes conceptuales en la siguiente Figura 1.

Metodología

Exploración cualitativa hermenéutica de casos, apoyados en el testimonio de usuarios de algunos SAS en Medellín-Colombia, quienes presentaban alguna alteración en su salud mental o

Hallazgos

Se presentan en las siguientes categorías, que permitieron inferir las siguientes pesquisas de mayor frecuencia e importancia, desde la percepción de los consultados:

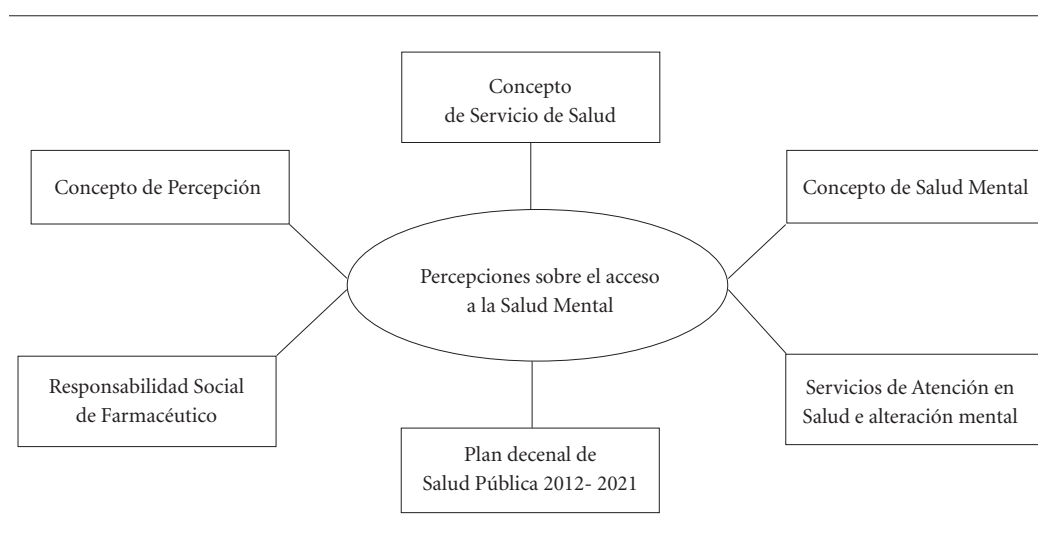


Figura 1. Referentes conceptuales como categorías de análisis

Primera, el acceso al servicio de atención en salud y alteración mental (SASAM) es muy restringido y poco oportuno, en la mayoría de los casos, no se le da el valor de vulnerabilidad ni la atención integral suficiente, como a cualquier otra alteración orgánica urgente o de emergencia (infarto, accidente cerebro vascular, entre otras), principalmente al servicio de urgencias y al domiciliario.

Segunda, 28 de los 30 participantes opinaron que las IPS y EPS no prestaron asistencia psiquiátrica y psicológica holística sistemática, según el trastorno neuropsiquiátrico del paciente de forma persistente. Ellos señalaron: el médico se limitó a solicitarles que firmaran el consentimiento, sin la información comprendida suficiente por parte del paciente e involucrar a la familia. El médico se limitó a prescribirles psicofármacos por períodos prolongados entre 6 meses a 10 años o enviarlos a la consulta psicológica individual (promedio de cinco sesiones). Además que la infraestructura de las instituciones y las redes de servicios asistenciales de las EPS e IPS locales es reducida para la derivación de los pacientes al psiquiatra, psicólogo o ambos; el número de citas son escasas y muy demoradas, entre 1-4 meses.

Tercera, la mayoría de las EPS e IPS no suministran los medicamentos de costo alto para tratamiento crónico, máxime de aquellos casos que solo están cubiertos por el plan obligatorio de salud (POS) del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

Cuarta, los 30 casos, refieren una actitud y práctica del SAS de no asistir el trastorno mental en el entorno domiciliario, desde lo humano, en aquellos casos que sea posible. Dos profesionales explicaron a los familiares que no tienen las condiciones adecuadas, la formación integral ni la capacidad suficiente para prestar el servicio domiciliario, en ciertos casos críticos, como cualquier otra urgencia.

Aunque algunos familiares y aún el paciente lo solicite con vehemencia en ciertos episodios mentales en condiciones críticas, se encontraron tres casos que llegaron al suicidio, sin acceder al derecho del SASAM frente a la impotencia de los familiares; a quienes les indicaron la solución de llamar a la policía para trasladar el paciente al SASAM.

Análisis y discusión

Los hallazgos obtenidos ameritan referirse que hoy el objetivo prioritario es la premura de otra

educación en aprendizajes en salud integral de las autoridades responsables directas (educación, salud y justicia; estudiantes, profesionales, comunidades y representantes de la industria farmacéutica), en el episteme dialéctico de la resiliencia, hincada a principios y valores; enfocada al aumento de la plasticidad mental en el *saber-hacer del deber ser* significativo, centrada en el espíritu humano en virtud de la responsabilidad social.

El análisis de los hallazgos indica que todos los involucrados, deberían hacer mayor conciencia de los significados de la responsabilidad social de las crisis de los servicios de atención y cuidados de la salud y la alteración mental, procediendo en forma oportuna en el tiempo en equipo intersectorial, se re-piense cómo forjar actitudes y prácticas cotidianas de respeto, reconocimiento por el otro, seguridad y bienestar del paciente, desde las siguientes reflexiones²¹⁻²⁵:

1. Entender la variabilidad biológica inter-individuos e intra-individuos en un entorno y medio ambiente inhóspito de origen multifactorial, que induce trastorno mental, desequilibrio en la interrelación entre lo orgánico-mental-emocional y al sufrimiento de un ser humano.

2. En el marco de la Ley del Arte, entrenar a los profesionales de la salud en el enfoque de riesgo de las VSP diversos, fomentando la promoción de la salud al paciente, desde un cambio profundo de conductas y práctica cotidiana de FP. Un reto para lograr equilibrio entre los ecosistemas complejos bio-psico-social humano, inmerso en un mega-sistema ambiental complicado que influye en las formas de tener salud, enfermarse y en los tipos de alteración mental, como cometer ilícitos. Se entiende como la educación-formación práctica en capacidades y habilidades para el desarrollo humano de los profesionales sanitarios que brinde un servicio integral de salud a la alteración mental, basado en el espíritu humanista de los principios éticos de no maleficencia (beneficio, oportunidad, justicia, autonomía). En la actuación diligente y sistemática diaria del saber-hacer en el deber ser significativo por el bienestar del paciente hacia el desarrollo humano y el progreso del país y el mundo.

3. La re-significación y sentidos conceptuales del ser humano en el marco de las ciencias biomédica, social y la filosofía de la promoción de la salud, en equipo intersectorial transdisciplinar multicultural; como una ruta de acercamiento de la teoría a la práctica habitual con el ejemplo.

4. El farmacéutico unido al equipo de salud, tiene la responsabilidad social de acompañar al equipo de salud y al paciente en la terapia far-

macológica y en terapias alternativas óptimas acordadas. Este puede aportar en la inspección, vigilancia y control en la cadena de los medicamentos y afines de calidad, según indicadores de seguridad, eficacia, costo y acceso.

5. El perfeccionamiento del manejo adecuado de la tecnología, la red de información y la comunicación confiable entre los agentes sociales involucrados, el paciente y el núcleo familiar; son herramientas que la evolución de dificultades y se conviertan en oportunidades y desafíos que logren la salud mental, física, social y ambiental.

Se encontró que los psicofármacos más utilizados en el estado crítico y crónico del trastorno mental, sin explorar otras alternativas menos tóxicas; están la Fluoxetina, Sertralina, Imipramina, Carbonato de Litio; Haloperidol, Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Diazepam, Alprazolam, Lorazepam, Buspirona. Estos ayudan a mejorar la salud, pero a la vez, pueden inducir síntomas, signos hasta enfermedad medicamentosa y en algunos casos a agravar la enfermedad de base.

La probabilidad de RAM depende de FR múltiples, relacionados en forma de triada farmacoepidemiológica con cada ser humano único, asociados al fármaco y al entorno-medioambiental, afectando de forma negativa o positiva cualquier tratamiento farmacológico del trastorno mental de base y del equilibrio entre la relación estrecha de la mente-emociones-organismo. Entre las RAM (riesgo) reportadas están²⁶⁻²⁸:

1. La Fluoxetina y la Olanzapina de uso frecuente, en varios casos sin un diagnóstico claro, para tratar la depresión, ansiedad y psicosis, puede producir RAM de diferente grado de severidad, como arritmia, síndrome metabólico y en el SNC (temblor, ansiedad, manía e inducir un efecto paradójico de irritabilidad e insomnio) hasta Síndrome Serotoninérgico. Un estado clínico grave que incluye aumento excesivo de la temperatura, rigidez muscular, cambios del estado mental y de los signos vitales, hasta la muerte.

2. La Fluoxetina usada junto con la Tranilcipromina utilizada en pacientes con antecedentes de trastorno afectivo bipolar, ambos fármacos interactúan, pudiendo exacerbar un episodio de manía e inducir un Síndrome Serotoninérgico.

3. La Fluoxetina usada junto con otro fármaco que actúe sobre el SNC (Haloperidol, APST (bebidas etílicas, Nicotina), una cultura arraigada, aumenta los efectos neurotóxicos. También su uso simultáneo con Propranolol, Metoprolol (antihipertensivos), esta interacción aumenta RAM eventual o crónica neurotóxica, cardiotoxicidad de grado variable.

4. El Diazepam, Triazolam, Clonazepam, provocan efecto neurotóxico en el Sistema Límbico, allí perturban la memoria reciente, la voluntad, la actitud, la conducta y el descanso reparador (insomnio) hasta la farmacodependencia física, psicológica o ambas. Estos psicofármacos exógenos como los endógenos enlentecen o inhiben la transmisión nerviosa de las sustancias mensajeras que regulan la actitud hacia un comportamiento resiliente hacia búsqueda de otros caminos que transforme las realidades.

El enfoque de FR de la RAM posibles por el uso de un psicofármaco por prescripción o automedicación como un régimen terapéutico simple, aumenta con la dosis y frecuencia de uso en el tiempo, sumado a la actitud cultural de lo fácil, afectando la armonía entre el pensamiento-emociones y lo orgánico. Cualquier APST, modula actitudes y conductas alteradas, ayudando al restablecimiento de la salud mental; pero, por otro lado, inhibe el ritmo biológico, altera las propiedades cognitivas y la función ejecutiva, entre otras funciones cerebrales. Estos trastornos cerebrales se agravan con el uso crónico e impiden al ser humano el control, planificación, organización del conocimiento y el tener una mejor plasticidad mental; para acogerse a un círculo virtuoso de otras conductas saludables no tradicionales, diferentes al consumismo de un fármaco para cada síntoma y signo clínico, con el agravante, que en varios casos, lo prescriben sin un diagnóstico preciso.

El análisis anterior permite plantear las siguientes reflexiones cuando se opta por el uso de psicofármacos por períodos prolongados, este debe ser bien analizados en la *deber ser* de la certeza de un diagnóstico preciso y estudios epidemiológicos del psicofármaco seleccionado, basados en la evidencia de indicadores de impacto social^{26-27,29-31}:

En la depresión reactiva usar psicofármaco como única opción de tratamiento, sin considerar las VPS posibles que influyen en el entorno particular, es un tratamiento sintomático y no resuelve el origen de la alteración mental. Debido a que la acción y efecto farmacológico de los APST, es enlentecer o antagonizar la conducta del paciente; en este caso, la elaboración del duelo por VPS que intervienen en el trastorno mental, mediante:

1) El objetivo prioritario del SAS público y privado sea ofrecer cuidados integrales a las comunidades más vulnerables, expuestas a los riesgos del abandono, condiciones inhóspitas, la discapacidad y la discriminación social.

2) La caracterización de los tipos de exclusión del SAS por urgencia y en familia, se asocie al estigma e impacto de los efectos.

3) Las redes de servicios de salud y alteración mental tengan responsabilidad social con sentido humano, coordinados por profesionales bien formados y comprometidos.

4) La construcción de un conjunto de indicadores midan la relación de las VPS diversas con la salud y la alteración mental en cada contexto.

5) El riesgo/utilidad de la prescripción y su uso beneficioso razonado a largo plazo, debe considerar los siguientes aspectos:

Uno, los ensayos de la mayoría de psicofármacos cada vez más potentes, se realizan en muestras poblaciones estadísticamente no representativa de la población mundial, controladas en condiciones diferentes a las colombianas. Por tanto, la extrapolación de los datos no corresponde a las condiciones del contexto, con base en la evidencia preclínica, clínica y pos-mercadeo de beneficio/riesgo mínimo.

Dos, la mayoría de los estudios clínicos sobre psicofármacos son desarrollados por la industria farmacéutica y esta tiene conflicto de intereses particulares. Estos son la principal fuente de información y educación más accesible al médico por los visitantes médicos y la publicidad de los medios de comunicación, no regulada ni controlada por académicos.

Tres, la información de la industria farmacéutica resalta las bondades de los medicamentos, mientras que las RAM e interacciones medicamentosas de impacto clínico, se minimiza (información sesgada). Lo que se opone a la Ley del Arte en el uso correcto del APST hasta donde sea posible monoterapia, cuando sea realmente necesaria; conforme al diagnóstico preciso junto con otras alternativas no farmacológicas.

Cuatro, algunos médicos tienen muy poca disposición de acompañamiento psicoafectivo, psicosocial en familia persistente o la actitud de no derivar el paciente al psicólogo o trabajador social. Un reto de alcanzar la salud integral y la prevención de trastorno mental, desde la familia gestante, desde la promoción temprana de la construcción de un plan de vida personal y colectiva.

Aunque se entiende que el tratamiento alternativo tiene un efecto de cambio de actitud y prácticas cotidianas más lento, este tiene efectos más sostenibles a largo plazo y menos probabilidad de producir RAM de tipo neurotóxico, cardiopatóxico, hepatopatóxico, entre otros. El uso sintomático no curativo de cualquier APST implica la

incertidumbre latente de una RAM idiosincrática o iatrogénica, que puede ser de leve a muy grave, dependiente las variables múltiples mencionadas.

En esta visión, se presume que una bio-política pública que supere los dilemas de salud desde la APS en familia, como el acompañamiento social mediante prácticas lúdicas que estimula reacciones y funciones biológicas por neurotransmisoras, hormonas y neuropéptidos; en el SNC originan efectos específicos de tipo psíquico y emocional hacia lo orgánico; estos pueden ser de enlentecimiento, estimulación o antagonismo del estado de ánimo que induce a una conducta emocional impredecible de vida particular y colectiva; dependiente la fisiopatología de cada ser humano único y las VPS^{12,13,18,23,32-34}.

Las sustancias endógenas son de dos tipos principales: uno, la Adrenalina, la Noradrenalina, la Dopamina y el Ácido Glutámico (neurotransmisores endógenos estimulantes). Dos, el L-Glutamato es el neurotransmisor excitador principal del SNC y la Glutamina inicia la estimulación de la energía y es mediadora en la regulación de la actividad del Ácido Glutámico. Ellos incitan al comportamiento activo y a las reacciones emocionales fuertes (velocidad de pensamiento y lenguaje), haciendo que el ser humano sea consciente, atento y tenga movimientos complejos coordinados.

La Acetilcolina, interviene en la excitación, la memoria, el aprendizaje y en la coordinación de la actividad motora. Está relacionado con el origen neurológico de patologías como la enfermedad de Parkinson, la Corea de Huntington y la enfermedad de Alzheimer.

La Serotonina, el Ácido Gama Amino Butírico (GABA) y la Glicina son neurotransmisores inhibidores de las funciones fisiopatológicas.

La Histamina, actúa como neurotransmisor o autacoide, cuyas neuronas histaminérgicas parece que permanecen activas durante la noche, dependiendo del tipo de receptor, pueden estimular o inhibir células del SNC y del SNP como en el estómago (células de Secretina); piel, pulmones y en los músculos.

También las hormonas como los estrógenos, progestágenos y los andrógenos (hormonas sexuales), el Cortisol y la Insulina (hormonas suprarrenales), la Tiroxina y la Melatonina (hormonas circulantes); participan en la regulación de la actividad mental. La secreción de esta última, depende de la menor intensidad de luz en la noche y regula el reloj biológico o ritmo circadiano que influye en los efectos del tratamiento farmacológico.

El organismo también neuropéptidos endógenos, semejantes al Diazepam y las Endorfinas que intervienen en la mediación de reacciones del GABA en el SCN, modulando mecanismos de relajación, descanso y bienestar de los tratamientos alternativos no farmacológicos. Los neuropéptidos (endorfinas, autacoides, sustancia P, entre otras), son vitales en cierta cantidad para la modulación y regulación del equilibrio emocional, bioquímico, fisiológico y patológico^{12,35,36}.

Las sustancias endógenas pueden ser estimuladas o antagonizadas por factores múltiples de origen endógeno y exógeno, como VPS y APST, modulando en ciertos casos, la retroalimentación entre los ejes hormonales, desde el hipotálamo a la hipófisis, ovarios, testículos o glándula suprarrenal; desencadenando interacciones bioquímicas endógenas complejas en secuencia con efecto favorable y desfavorable, desde el SNC al sistema nervioso autónomo simpático y parasimpático; y, al sistema nervioso periférico.

Esta red nerviosa muy compleja se intercomunica con las áreas cerebrales de la amígdala, corteza cerebral, pre-frontal y el sistema límbico y se acoplan al estado clínico característico de cada ser humano único y están involucradas en los mecanismos de defensa, en el comportamiento emocional estructurado y organizado o desorganizado; y, a la vez, incide el origen de reacciones de tipo neuro-psico-endocrino-inmunológico, que afectan el estado fisio-patológico neurológico y neuropsiquiátrico del ser humano.

La neurociencia avanza en la investigación sobre homeostasis natural, una posibilidad de fortalecer a un ser humano único, desde las ciencias de la neuro-psico-endocrino-inmunología, determinantes en las interrelaciones dinámicas en forma de triada entre la mente-emociones-organismo. Esta homeostasis natural del ser humano, le permite avanzar en capacidad y habilidad para contribuir a la transformación continua de las realidades psicoafectiva, socio-cultural y psicosocial en contexto y circunstancia dada.

La neurociencia plantea el desarrollo de tratamientos alternativos cognitivos que contribuyen a la ampliación del pensamiento para que el paciente entienda las características individuales del estado de salud y alteración mental, según las problemáticas sociales en contexto; las transforme en otras formas de pensar y actuar positiva, que le ayude a evolucionar situaciones críticas de subsistencia con calidad de vida.

Las alternativas de salud desde el arte y la cultura lúdica, el ocio, el tiempo libre y la recreación, forja plasticidad del cerebro de autocuidado

y bienestar del paciente con trastorno en la salud mental. Esto se logra con acompañamiento psicoafectivo y psicosocial de manera holística sistemática, tratamientos alternativos, centrados hacia la renovación humana para que comprenda la complejidad de la psiquis, conexas a las realidades y busque la satisfacción de las necesidades de tipo ontológico, socio-cultural, político-económico, psicoafectivo, tecnológico y ambiental^{12,34-36}.

La implementación de los tratamientos alternativos como una política pública educativa y de salud que sensibilice y aumente conciencia de la responsabilidad social intersectorial de entrenar otra generación con otra forma de pensar en los cuidados y en el bienestar del paciente con trastorno mental, entendida desde la reflexión de cuatro pilares fundamentales:

Uno, el currículo desde la familia, el preescolar hasta la educación superior, en especial las facultades del área de la salud.

Dos, el clima organizacional de una comunicación fluida, en todas las instituciones educativas e instituciones de salud y por todas las escuela que transite el ser humano.

Tres, la ética y la gestión integral en lo académico, investigativo, administrativo, coherente entre la teoría y la práctica; para la promoción de la educación en salud integral de todos los involucrados: la familia, profesionales de la salud, científicos, académicos, legisladores gubernamentales de salud, educación, justicia y a la industria farmacéutica.

Los interrogantes planteados por el estudio se respondieron con una tendencia más negativa que positiva, por el contrario surgieron más inquietudes sobre la atención a la salud y la alteración mental, por la seguridad y una mejor calidad de vida del paciente y el bienestar colectivo. Las cuales deberían responderlas otras investigaciones más profundas intersectoriales, considerando los estudios de diagnósticos en la ciudad de Medellín, Colombia y en el mundo, tales como:

¿Será que la fuerza pública está más capacitada que un profesional o un auxiliar de la salud integral para transportar un enfermo mental?
¿El servicio de salud que ofrece el modelo político-económico neoliberal global, a alguien que necesita atención en salud integral de forma urgente, es coherente entre la retórica y la práctica de los gobernantes?

¿Cómo lograr a través de una reflexión profunda que los entes gubernamentales en salud educación y justicia desarrollen una bio-política pública que se practique en el quehacer cotidiano académico y profesional? ¿Cuál es el impacto

de la educación en la formación integral de los estudiantes de psiquiatría y demás profesionales de la salud en el cumplimiento de la función social? ¿Cuál es la formación de talento humano en salud mental que requiere la sociedad actual? ¿Qué capacidad y habilidad manifiestas en el *saber-hacer del deber ser* están desarrollando los estudiantes y los profesionales en salud y alteración mental? ¿Cómo promueve las Universidades el desarrollo humano integral sostenible, diverso y equitativo, como eje trasversal de los programas curriculares? ¿Qué tipo de formación académica en liderazgo, biopolítica pública, realidad social, cultura, medio ambiental y en valores, entre otros, se ofrece a los estudiantes y profesionales en general en las universidades, EPS e IPS?

Conclusiones

Esta investigación hace pensar en la urgencia ineludible de re-estructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el SASAM, estos demandan de acciones conjuntas oportunas de los responsables directos, paralelo a la construcción de otro sistema educativo de aprendizajes con mayor calidad, centrado en la primacía del significado humano.

Los testimonios de los consultados consienten inferir que en la crisis del servicio y cuidados de la atención en salud y alteración mental, está asociada al poco compromiso de la responsabilidad social de todos los involucrados de la educación y formación del ser humano, desde nonato, en los primeros siete años de vida y por todas las escuelas que transite el ser humano. Etapas determinantes en el desarrollo positivo de otra generación renovadora (re-ingeniería humana), aquella que forje otra cultura de conductas de vida saludables en el entorno inmediato y en el medio ambiente.

El desafío y la oportunidad de la implementación de una bio-política pública que ayude a satisfacer las necesidades humanas, propias de la crisis humanitaria global. A través de acciones y procedimientos ejemplares preventivos, holísticos y sistemáticos, que fomente el autocuidado,

los cuidados, el bienestar y la seguridad del paciente con trastorno mental, un problema crítico de salud pública desde la APS en familia, máxime de las poblaciones en condiciones críticas, como las violencias.

Por ejemplo, la prevención de los FR exógenos causantes de alteración mental e impacto muy negativo en la población más vulnerable expuesta a estresores extremos por violencias diversas, como el uso, consumo y abuso de APST, por prescripción o automedicación; ya que existe la incertidumbre de inducir al paciente a un círculo vicioso de un estado clínico de pseudo-relajación y agravarlo. Le disminuye la capacidad de observación, análisis de su entorno como un todo y asumir el reto de buscar otros caminos que le satisfaga las necesidades básicas y construya otra vida resiliente: practicar factores protectores y evitar FR que ocasione o agrave un trastorno mental.

En muchos casos, las alternativas cognitivas conforme a la Ley del Arte, podría ser más favorable que el tratamiento con psicofármaco; considerando que *El cerebro tiene fuerzas tan enormes, tantas reservas de finísimas uniones y asociaciones de células nerviosas con los fenómenos del mundo exterior, el cerebro es tan rico y plástico, que ningún hombre, aunque viviera cien años, podría aprovechar ni la mitad de los reflejos condicionados, que la naturaleza nos ha dado.*

El estudio señaló desigualdades y pocas oportunidades en el SASAM de hoy, un factor determinante que justifica construir otro modelo bio-político de aprendizajes que evite los FR (efectos negativos) y promueve los FP (mejore las condiciones de vida del paciente). A través del estímulo de la educación y formación integral lúdica, desde nonato, en forma positiva (autocuidado-salud) o negativa (enfermedad).

Se resalta que existen en el papel el sentido de armonía entre mente-emociones-organismo, educación y formación integral, pero se percibe en la realidad pocas actitudes y prácticas cotidianas de promoción de la salud e intervención integral sostenible orientadas al desafío de lograr la homeostasis de los seres vivos, que ayude a la evolución de las causas estructurales de las necesidades insatisfechas del ser humano y de las comunidades.

Colaboraciones

FAT Marulanda y CDL Arroyave han participado igualmente en cada una de las etapas de elaboración de este artículo.

Referencias

1. Max-Neef M. *Desarrollo a escala Humana: una opción para el futuro*. Medellín: Edita y Distribuye Proyecto 20 Editores; 2000.
2. Rojas F. Determinantes sociales de la salud y la acción política. *Humanidades Médicas* 2013; 13(2):279-291.
3. Franco Z. *Desarrollo Humano y de Valores para la salud*. 2ª ed. Manizales: Editorial Universidad de Caldas, Colombia; 2004.
4. Franco Z. *La evaluación ética en la educación para el Desarrollo Humano*. Manizales: Universidad de Caldas, Colombia; 2006.
5. Suárez R. *Educación. Condición de humanización*. Manizales: Universidad de Caldas-Colombia; 2008.
6. World Health Organization (WHO). *Integrating of Mental Health into Primary Care. A Global Perspective*. Melbourne: WHO; 2008. [consultado 2015 Nov 5]. Disponible en: <http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codch=739#>
7. República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) *Política Farmacéutica Nacional*. Bogotá: CONPES y Departamento Nacional de Planeación; 2012. [consultado 2015 Abr 17]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Politicac%20Farmaceuticas/Pol%C3%ADtica%20farmac%C3%A9utica/Documentos%20soporte/23042012%20CONPES%20POLIITCA%20FARMACEUTICA%20PROYECTO.pdf>
8. Vázquez J. El modelo de intervención temprana en la enfermedad mental. *El Médico Interactivo Diario Electrónico de la Sanidad Interpsiquis*; 2009. [consultado 2014 Mar 1]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/2009/adicciones/articulos/38015/>
9. Kohn R. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panamericana Salud Pública* 2005; 18(4/5):229-240.
10. Tobón F, González C. Percepciones de usuarios del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia sobre el servicio de atención en salud mental. *Rev Lectiva Asociación de profesores de la Universidad de Antioquia, Colombia* 2009; 18:59-70.
11. World Health Organizations (WHO). *Countries in Action for Mental Health*. Ginebra: WHO; 2009. [consultado 2014 Mar 1]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/country/en/index.html
12. Zehentbauer J. *Drogas Endógenas. Las drogas que produce nuestro cerebro*. Barcelona: Ediciones Obelisco; 1995.
13. Londoño J, Frenk J. Structured pluralism towards an innovative and innovative model for health system reform in Latin America health Policy. *Health Policy* 1997; 41(1):1-36.
14. Sáinz F, Talarn A. Prevención cuaternaria en salud mental. [consultado 2016 Ene 28]. Disponible en: http://intercanvis.es/pdf/23/23_art_08.pdf
15. Albuquerque T, Pereira R, Amaral J. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):695-1706.

16. Torres Y, Posada J, Mejía R, Barreño J, Sierra G, Montoya L, Martínez AA. *Primer estudio de salud mental Medellín-Colombia, 2011-2012*. Secretaria de Salud Medellín-Grupo Salud Mental Universidad CES: L Vieco e Hijas Ltda; 2012.
17. Tobón F, Gaviria N, Ramírez J. La lúdica como método psicopedagógico: una experiencia para prevenir la farmacodependencia en jóvenes. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2012; 30(1):81-92.
18. Bonilla E, Rodríguez S. El proceso de investigación cualitativa. In: *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Editorial Norma; 1997. p. 119-145.
19. Moustakas C. *Phenomenological research methods*. London: Sage publications; 1994.
20. Nussbaum M. *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Editorial Paidós; 2012.
21. Ardila S. La salud mental a la luz de la Constitución colombiana: análisis de algunas sentencias de la Corte Constitucional 1992-2009. *Rev Colomb Psiquiat* 2010; 39(3):492-509.
22. Le Tourneau P, López M, Bello D, Ballesteros J, Carillo R, Cesano J. *Tratado de responsabilidad médica: responsabilidad civil, penal y hospitalaria. Deber de actuación diligente (Lex Artis)*. Buenos Aires: Legis Argentina; 2007.
23. Arias B. Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Rev Colomb Psiquiat* 2013; 42(3):276-282.
24. Chetley A. *Medicamentos problema*. Saarbrücken: Acción internacional por la salud. América Latina y el caribe-Europa; 1995.
25. Appiani F. *Efectos adversos y seguridad de psicofármacos*. Buenos Aires: Editorial Librería Akadia; 2009.
26. Asociación Colombiana de Neurología. *Neurotoxicología*. Bogotá: Editorial Producción Exlibris Editores S.A.; 2001.
27. Carvalho J. *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
28. Barroso J, León M. Funciones ejecutivas: control, planificación y organización del conocimiento. *Rev Psicol Gral y Aplic* 2002; 55(1):27-44.
29. Rang H, Dale M, Ritter J. El sistema nervioso. En: *Farmacología*. 5ª ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2004. p. 496-552.
30. Grup D'ètica Societat Catalana de Medicina Familiar I Comunitaria. La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña". *Atención Primaria* 2004; 34(1):6-14.
31. Tobón F, López L, Ramírez J. Acompañamiento psicosocial a jóvenes marginados para prevención de la farmacodependencia. *Humanidades Médicas* 2013; 13(2):348-371.
32. Tobón F, Mejía M, Gutiérrez P. *Un mundo Mejor es Posible. Educación humanista hacia la búsqueda del ser humano en la Atención Farmacéutica y en la ciudadanía*. Saarbrücken: Editorial Académica Española; 2012.
33. González C, Paniagua R. Las problemáticas psicosociales en Medellín: una reflexión desde las experiencias institucionales. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(1):26-31.
34. Belmonte M. Emociones y cerebro. *Rev. R. Acad. Cienc. Exact. Fis. Nat.* 2007; 101(1):59-68.
35. Girona L, Rovira J, Homedes N, editores. *Federación de Asociaciones para la defensa de la salud pública*. Barcelona: Icaria editorial; 2009.
36. Ruales, J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2004; 22(n. esp.):33-39.

Artigo apresentado em 26/10/2016

Aprovado em 09/02/2017

Versão final apresentada em 11/02/2017