

Descripción de los referentes conceptuales, normativos y epidemiológicos para la construcción de una Maestría en Psicología clínica con énfasis en Infancia y Adolescencia en el contexto colombiano

Mario Ernesto Morales Martínez¹

Carlos Alberto Álvarez Palacios²

Helena M. Ardila Rodríguez³

Javier F. Quintero Olivar⁴

ARTICULO DE REVISIÓN DOCUMENTAL

Resumen

Este artículo de revisión documental presenta algunas descripciones sobre los referentes conceptuales, normativos y epidemiológicos pertinentes para el diseño de una propuesta curricular de maestría en psicología clínica con énfasis en infancia y adolescencia. De lo anterior, se deriva la prioridad de identificar desde la epidemiología y las políticas públicas nacionales en salud, las necesidades en salud mental de niños y adolescentes para ser abordadas en la maestría y aportar elementos desde lo epistémico, metodológico e instrumental para su prevención e intervención. De acuerdo con lo expuesto, el ejercicio de caracterización parte de la revisión de programas de estudios similares, así como, de las tendencias de formación en psicología clínica en función de los determinantes en salud mental de niños y adolescentes en Colombia, con el fin de delimitar los aspectos relevantes a contemplar, como elementos diferenciadores que se plantean desde lo académico, curricular y epistemológico. Finalmente se presentan las recomendaciones y sugerencias en las cuales se invita a las comunidades académicas a evaluar la necesidad emergente de una propuesta curricular de Maestría en psicología clínica con énfasis en infancia y adolescencia que

-
1. ¹ Licenciado en Ciencias Sociales-Universidad Distrital, Especialista en Gerencia de Proyectos Educativos Institucionales-Universidad Distrital, Especialista en Pedagogía-Universidad Pedagógica Nacional, Magíster en Desarrollo Educativo y Social-Universidad Pedagógica Nacional-CINDE, Candidato a Doctor en Educación y Sociedad-Universidad De La Salle, Directivo Docente de la planta de Secretaría de Educación Bogotá, Director Núcleo Social, Humanístico y Electivo de la FUCS, Director Especialización Docencia Universitaria de la FUCS
 2. Psicólogo - Coordinador de Investigación - Docente del programa de Psicología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
 3. Enfermera. Especialista en Gerencia en Salud. Coordinadora de Enfermería Hospital de San José. Docente pre-grado Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.
 4. Psicólogo. Magíster en Psicología Clínica. Docente del programa de Psicología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Jefe de Servicio de Psicología Hospital de San José. Grupo de investigación en psicología, salud, administración y docencia. Bogotá D.C. Colombia Bogotá D.C. Colombia

garantice resultados de impacto para temas decisivos en lo que respecta a la salud mental para la infancia y adolescencia, enfocados en el contexto nacional que atravesamos, abriendo el debate académico y epistémico en lo que respecta al abordaje psicológico pertinente para enfrentar eficientemente estas demandas.

Palabras Clave

Adolescencia, Contexto Nacional, Infancia, Psicología, Salud Mental.

Introducción

Colombia atraviesa una época política y social que le exige mirarse a sí misma; los colombianos están llamados a reevaluar múltiples procesos vitales en relación con el otro, con los contextos culturales, la familia, los jóvenes, los niños y el país en general. Los debates multimediales que se libran en la cotidianidad, en torno al proceso de paz y posconflicto, marcan una relevancia histórica e impacto social, que por su fuerza política, detonan en búsquedas personales y colectivas por tratar de comprender las realidades sociales en relación con los niños, niñas y adolescentes en Colombia y así también reflexiones sobre la salud mental de éstas poblaciones desde lo conceptual, lo epidemiológico y lo normativo, donde la psicología clínica ha de dar cuenta de hallazgos y nuevos desafíos que se planteen para garantizar una vida plena y feliz para las nuevas generaciones que ahora atraviesan un momento coyuntural en lo que respecta al contexto histórico, social y cultural del país.

Este escenario tan complejo, sugiere una necesidad emergente de formar talento humano en salud que esté en la capacidad académica, científica y operativa de contribuir en forma efectiva con el desarrollo social en Colombia; para lo cual, es relevante hacer una búsqueda con la intención de ofrecer un programa posgradual desde la psicología clínica, entendida como el campo de la psicología que aborda aspectos de lo psicopatológico que afecta las diferentes esferas relacionales, cognitivas, emocionales en los seres humanos, enmarcado en el panorama de ofertas que presenta actualmente el país; a través de un análisis de las siguientes categorías: Salud mental Infancia y adolescencia, Psicología clínica Contexto nacional, que permitan reflexionar posturas que debaten: la responsabilidad social de la educación superior, el papel de las instituciones educativas, la estructura del estado colombiano y el modelo de país, para comprender la vida de los niños, niñas y adolescentes en el contexto nacional. En este sentido, la academia y el proyecto innovador de una maestría fortalecida en la investigación, posibilitarán acordar los elementos diferenciadores para lograr una intervención integral en lo que se refiere al manejo biopsicosocial e integrada cuando se habla de la participación de más de un enfoque en su abordaje.

La psicología; apuesta a muchas preocupaciones, a las cuales debe hacer frente, intentando constantemente reducir las dificultades individuales y fortalecer la calidad de vida de las personas. Una de estas preocupaciones, tiene que ver con la atención a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad como es el caso de niños, niñas y adolescentes. En esa búsqueda de la estructuración académica que

atienda y resuelva algunas de las dificultades que sufre el país, es una oportunidad más para avanzar en esa transformación para el justo y solidario progreso que se requiere en Colombia.

Este artículo promueve la reflexión y se plantea la pregunta en relación a: ¿Cuáles son los referentes conceptuales, normativos y epidemiológicos para diseñar un programa de maestría en psicología clínica que soporte las necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes en el contexto nacional?

Para lo cual, a través de la búsqueda y revisión de documentos se espera abordar la información adecuada, que permita dimensionar su importancia local, nacional y regional; no solo, por la relevancia formativa de profesionales conscientes del momento histórico que atraviesa el país, sino también, por los intereses regionales e internacionales cuya articulación, deberá permitir movilidades profesionales, lazos académicos, impactos sociales de otros tipos y fortalecimiento académico de alto rigor científico e investigativo.

Esta revisión documental, aporta elementos para tomar decisiones coordinadas y acciones pertinentes para sustentar la favorabilidad de una maestría en psicología clínica enfocada en la población priorizada, y derivado de lo anterior, determinar el enfoque disciplinar del programa con el fin de garantizar una coherencia epistemológica, teórica, práctica y curricular para la comprensión de las múltiples realidades y diferentes versiones sobre los fenómenos y problemas socioculturales que impactan en la salud mental. Lo anterior configura, los desafíos que la psicología debe resolver y abordar con responsabilidad y coherencia. Esta búsqueda, también pretende develar los marcos de la formalización de una educación posgradual que le apuesta por profesionales, conscientes, reflexivos, críticos y propositivos por los contextos donde la salud mental deberá asumir preguntas y respuestas.

Métodos y materiales

En cuanto a la metodología que se aborda en esta investigación, se trata de una revisión documental, considerada tradicionalmente como “un proceso dentro del cual se busca evidenciar el contenido y forma de uno o varios documentos para flexibilizar su consulta” (García, 2007. En Vanegas Pérez, G., Barbosa González, A., & Pedraza Manuel, G., 2017, p. 162). Las revisiones documentales apuntan a recopilar información significativa en relación a un tema particular. Esta revisión documental se realiza a través de un diseño mixto siguiendo una ruta metodológica por fases, así:

FASE DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Durante esta fase se discuten las necesidades e intereses relacionados con el abordaje del tema, así como la coherencia, la profundidad de la propuesta y los posibles productos relacionados con la misma. También, se realizó la descripción del problema y su formulación; avanzando en la definición de los objetivos del proyecto.

FASE DE BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN:

En esta fase, se hizo una revisión documental para determinar y comprender los referentes: conceptual, normativo y epidemiológico, bajo las siguientes palabras de búsqueda: Infancia, Adolescencia, Salud Mental, Psicología Clínica y Contexto Nacional. Se realizaron búsquedas electrónicas en bases de datos desde el servidor de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud de Bogotá y las búsquedas fueron realizadas entre julio y septiembre de 2017. En lo relacionado con los criterios de inclusión, el procedimiento de selección, acceso y registro de la información contó con un rastreo y revisión de documentos entre los años 2013 y 2017.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se tuvo en cuenta el material que no abordara las categorías planteadas (Salud mental, Infancia y adolescencia, Psicología clínica, Contexto nacional), así como, aquella información que no tuviera como objeto de estudio la población infantil o adolescente, otras ramas de la psicología que no sea la clínica y la literatura gris.

FASE DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Una vez hecha la revisión documental, se plasmó la información en una matriz que permitió, reseñar documentos de diverso tipo: trabajos de investigación, artículos de revista, trabajos de grado de pregrado y posgrado, documentación jurídica, gubernamental, libros, entre otros. Posteriormente, se realizó una selección de citas textuales, usando los filtros que permite una herramienta como Excel. Lo anterior para realizar el respectivo análisis de las categorías y poder plantear los argumentos que soportan el diseño de la maestría desde lo conceptual, normativo y epidemiológico.

En concordancia con lo descrito, se plantea la organización de la información, en diferentes matrices que comportan la información internacional, nacional y local en relación con los programas posgraduales en psicología clínica con énfasis en infancia y adolescencia, los parámetros de constitución y demás información afín con los objetivos planteados.

Por lo tanto, para la observación de los documentos se tienen los siguientes descriptores (Categorías):

- Título del documento.
- Tipo de documento.
- Entidad o autores que elaboran el documento.
- Campo de estudio desde el cual se aborda el documento.
- Área de la psicología desde la que se aborda el documento.
- Objetivos de la producción del documento.
- Teorías de la psicología desde la que se aborda el documento.
- Correspondencia con los lineamientos y demás documentos estatales actuales sobre la educación, la epidemiología y la psicología posgradual en Colombia 2013 – 2017.
- Metodología utilizada para la elaboración del documento.
- Actores relevantes en la producción documental.

- Población a la que va dirigida el documento.
- Resultados del documento.
- Pertinencia con el mercado y la epidemiología actual.
- Referencia bibliográfica de los documentos.

Dichas categorías son flexibles, dado que durante el proceso de selección de la información y categorización podían ser modificadas, excluidas o dar cabida a la emergencia de otras. El objetivo de las categorías es permitir acercarse a los textos para observarlos y analizarlos desde la modalidad de investigación propuesta y así tener un panorama interesante de la producción intelectual.

Para caracterizar la oferta de programas similares, se llevó a cabo una identificación en el SNIES con el fin de caracterizar los programas posgraduales con énfasis en Niñez y Adolescencia: teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Ingreso de SNIES (Sistema Nacional de Información de la Educación Nacional):
- Ingresar al Módulo de Consultas y filtrar de acuerdo a los siguientes criterios: (Denominación del programa, con estados activos de las Instituciones y de los programas, con nivel de formación posgradual, a nivel Nacional inicialmente y después se filtró a nivel local - Bogotá, tanto presencial y virtual, duración semestral, niveles básicos de conocimiento.
- Se elabora una matriz en Excel en donde se realizan los correspondientes filtros y posteriores análisis.

Fase de elaboración del informe:

Durante esta fase, se empezó a incorporar en la estructura del texto la información analizada, con el propósito de construir un texto descriptivo que diera cuenta del cumplimiento de los objetivos y contara con los elementos planteados en los objetivos.

RESULTADOS

Para este proyecto, es fue muy importante la búsqueda de toda información que pudiera develar oportunidades y límites de un programa posgradual en psicología clínica, que comprenda poblaciones en condición de vulnerabilidad con un énfasis en infancia y adolescencia; quienes, desde su realidad, viven las dificultades de la salud mental sin posibilidades para sanar sus dolores y sufrimientos. Teniendo en cuenta la revisión documental, se plantean los elementos comunes y explícitos derivados del cruce de las categorías de análisis con los referentes abordados, desde los cuales se describen los requerimientos para la maestría en psicología con énfasis en infancia y adolescencia. La importancia de realizar una revisión documental sobre las posibilidades de diseñar un programa posgradual en psicología clínica con énfasis en infancia y adolescencia, surge de la necesidad por mejorar las competencias profesionales para la atención a poblaciones que requieran de más soporte para el

mejoramiento de la calidad de vida. Lo anterior se articula con una apuesta específica que responde a tres referentes: Normativo, epidemiológico y conceptual, éste último que se presentan a continuación:

REFERENTE CONCEPTUAL

En el ámbito de la salud mental es indispensable contar con enfoques que evidencien la necesidad de abordar la importancia de crear estrategias que permitan garantizar el bienestar de los niños niñas y adolescentes como población en una edad de grandes cambios y trasformaciones que requiere de una atención preferencial y ajustada al contexto en el cual se desenvuelven y que afecta su habilidad y capacidad para enfrentar situaciones de la vida cotidiana así como aquellos eventos traumáticos que emergen de entornos de violencia y maltrato como el que enfrentan actualmente.

Por lo que la Psicología clínica se concibe como el campo disciplinar que mejor puede abordar estos temas de interés social, no solo desde la prevención y educación sino en el abordaje de los trastornos más recurrentes hasta la rehabilitación y tratamiento para facilitar los procesos de reconstrucción y transformación desde el fortalecer conductas de afrontamiento y desarrollo eficaz del individuo en las comunidades, hasta impactar en la construcción de sociedades más justas y productivas.

SALUD MENTAL

La salud mental se ha convertido en uno de los temas más relevantes dentro de la salud pública (OMS, 2001, p. 17); así lo refieren diversas investigaciones de tipo epidemiológico que indican que los trastornos mentales representan una alta carga global de enfermedad en el mundo (OMS, 2001, p. 3). Uno de los Informes de la Organización mundial de la salud, refiere que es urgente incluir el tema de la salud mental en todos los ejes de la salud y la política social (OMS, 2001, p. 4), como también es necesario vincularla a la investigación desde el lente de la salud pública.

De esta manera Barrero (2017), hace una exposición crítica sobre el concepto de salud mental, desde el enfoque de salud-enfermedad que se construye a partir del estilo biomédico, dado que, desde allí se vienen reclamando una serie de consideraciones, que dificultan la comprensión de un estado de salud que pueda obtenerse. Por lo tanto, se busca definir que la salud y la salud mental, no se deben entender como con una definición elemental, que establece consideraciones estáticas, sino que emerge como resultados de dinámicas sociales y constantes interacciones con los demás.

Debido a lo anterior, según Barreto “las concepciones de salud mental – se configuran a partir de experiencias, vivencias, relaciones y dinámicas individuales y sociales que se establecen en un contexto sociocultural determinado”

Para resaltar esta conexión y la importancia de lo psicológico dentro del concepto de salud, es posible señalar, por ejemplo, las correlaciones encontradas entre el surgimiento y manifestación de

enfermedades tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, y los estados mentales alterados. Respecto de ello Benedetto Saraceno, director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, de la Organización Mundial de la Salud - OMS afirma que: los desafíos complejos que presenta la comorbilidad de las enfermedades mentales y físicas estarían mucho mejor atendidos en todo el mundo con mecanismos de atención que se enfocaran a los pacientes y a la comunidad, allí los expertos tienen que articularse dado que la comorbilidad entre lo físico y lo mental exige una intervención vertical, no horizontal (Ministerio de salud y protección social, 2013). El llamado acá es claro, es necesario que lo psicológico y los profesionales en este campo entren a trabajar mancomunadamente con todos los demás profesionales de las áreas médicas y formar un solo gran campo correspondiente y responsable de la salud general de las personas.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cuando se habla de psicología y el campo de la salud tradicionalmente se asocia el tema a la atención clínica de todas aquellas manifestaciones consideradas como trastornos y enfermedades del orden de lo psíquico. Por ello es importante precisar el sentido con el cual se va aborda desde la propuesta de una idea de postgrado relacionado con la salud mental y la idea de salud con énfasis en Infancia y Adolescencia.

Desde esta idea se orientará la formación y el trabajo de lo psicológico en concordancia con lo establecido por la OMS en cuya constitución se define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde las políticas e intencionalidades de dicha institución se señala la conexión mente cuerpo y se establece la necesidad de atender los dos aspectos para lograr “el máximo nivel de salud que se pueda proporcionar”

En este sentido, la comprensión del ser humano y la conceptualización de sus diversos recursos y manifestaciones, implica una visión flexible de las distintas vivencias, experiencias, relaciones y conexiones que se establecen en un contexto cultural y social determinado. Entender la salud con sus múltiples dimensiones, da cabida a ampliar el espectro y generar una mayor justicia y exigibilidad de la salud (Liboro, s.f).

De acuerdo con lo anterior, un aspecto que influye y determina las condiciones de salud de una población es el derivado de las condiciones sociales, es así como la violencia en cualquiera de sus formas (familiar, social, política) lleva a desajustes emocionales, a discapacidades, a lesiones y enfermedades múltiples, pero también en sus formas más dramáticas, conduce a desplazamientos forzados, creando problemas en el desarrollo de los pueblos, obstaculizando los planes de inversión, afectando las posibilidades de gobernabilidad misma de los países.

Por ende, si la salud es una práctica orientada a brindar la mayor posibilidad de bienestar a los pueblos, no puede ser separada de las condiciones sociales de las cuales depende y sobre las cuales influye. Por ello se propone que el trabajo de los profesionales también se focalice en el mejoramiento de las condiciones sociales que favorecen el desarrollo de conductas y comportamientos violentos y no tolerantes, dicha meta podría enfocarse desde el mejoramiento de pautas de interacción, el entrenamiento en prácticas de conciliación, en la búsqueda de cambio de las ideaciones y preconcepciones que apoyan y propician la violencia en los núcleos primarios de la sociedad (familia, escuela, comunidad).

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Concepto de Infancia

La definición conceptual de infancia tiene una importancia histórica y cultural dado que ha tenido diferentes apreciaciones; su concepción depende del contexto cultural de cada momento. Un recorrido histórico sobre el concepto nos muestra los cambios que han configurado este concepto. De acuerdo con José Puerto Santos (2002. En Jaramillo, 2007), en los años 350 - 430 hasta el siglo IV se concibe al infante como dependiente e indefenso y algunas veces como un obstáculo para la vida precisamente durante el siglo XV en la concepción de infancia se observa cómo los niños son malos de nacimiento. A lo largo del tiempo varios han variado las formas como se concibe al niño estos han transcurrido entre percibir al niño como propiedad o un adulto pequeño. Pero en los siglos XVI y XVII se reconoce a los niños con una condición innata de bondad e inocencia y se asocia como un ángel, el niño como un sujeto de bondad innata, esto le da paso a la categoría de infante que emerge en el siglo XVIII, pero con la condición de que aún le falta para ser alguien (Santos, 2002. En Jaramillo, 2007).

A partir del siglo XX con la emergencia de movimientos a favor de la niñez y las investigaciones realizadas, se reconoce una nueva categoría que impacta en las políticas públicas; el niño como sujeto social de derecho. Esta reinención moderna de la infancia se inicia desde el siglo XVIII en las sociedades democráticas y muy especialmente a través de Rousseau, quien advertía las características especiales de la infancia (Santos, 2002. En Jaramillo, 2007). Algunos autores de la época entendieron que la infancia tiene formas diferentes de ser vista, de comprender y de sentir y por tal motivo debían existir otras formas específicas para educar. Es fundamental comprender que el concepto de infancia carga una consciencia social por las relaciones que se tejen con los distintos agentes que intervienen; familia, escuela, etc. Todo esto cumple un papel importante en la consolidación y reproducción del concepto de infancia dado que "la educación infantil complementa al hogar proporcionando la asistencia y educación adecuadas para la promoción del desarrollo total del niño" (Sánchez, 1997. En Jaramillo, 2007, p. 111). Esto implica que cada escenario ha de ser referente de formación no sólo del niño, sino del entorno familiar.

Según la Ley 1098 de Infancia y Adolescencia (2006), el concepto de niño y la niña se aborda desde sus primeras edades, sin distinción de género o raza, tampoco etnia o estrato socioeconómico dado que el concepto “se define como ser social activo y sujeto pleno de derechos; es concebido como un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural en expansión” (Jaramillo, 2007, p. 121).

Se entiende por primera infancia aquel periodo de la vida que va desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente y que se caracteriza por la rapidez de los cambios que ocurren. Por otra parte, “la segunda infancia concierne a las edades entre los 8 y los 10 años, y corresponde, de acuerdo con la Ley 115, a la educación básica en los grados de 3 a 5” (Jaramillo, 2007, p. 110). La educación básica es el momento que le permite a los niños y niñas de 6 a 10 años desarrollar sus competencias y capacidades en aras de integrarse a la comunidad con diversos sentidos constructivos para sí y los demás, lo que supone un proceso de socialización cargada de contenidos culturales y una actitud responsable frente a la vida.

Concepto de Adolescencia y Juventud

Por otro lado, para algunos autores existen diferentes formas de concebir la adolescencia y la juventud, dado que pueden revelarse en torno a la adolescencia una perspectiva clásica y otra contemporánea, donde pueden encontrarse diferencias en lo biológico y fisiológico, en las cuáles las etapas del crecimiento y la capacidad de reproducción impactan en las formas como se construyen las identidades, pudiendo decirse que: la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa y de acuerdo con Ramón Florenzano, no se completa la adolescencia hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactancia no han terminado de madurar (Florenzano, 1997, p.16).

Para Jean Piaget a la par del desarrollo cognitivo, comienza con la adolescencia la configuración de un razonamiento social que se articulan con procesos identitarios individuales, colectivos y sociales, los cuales aportan para entender la colectividad, las relaciones interpersonales, las instituciones y costumbres sociales; donde el razonamiento social del adolescente se vincula con la adquisición de las habilidades sociales, el conocimiento y aceptación/negación de los principios del orden social y el desarrollo moral y de valores de los adolescentes (Moreno y Del Barrio, 2000).

Así entonces, la concepción de la adolescencia es atravesada por construcciones sociales que hacen más intensas las transformaciones que caracterizan esa fase de la vida, emergen elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y al interior de una misma sociedad, de un colectivo a otro, precisamente es a través de las representaciones que cada sociedad construye alrededor de la adolescencia, que se definen responsabilidades y derechos que son atribuidos a las personas en esa franja etaria y el modo como tales derechos deben ser protegidos (Ação Educativa et al., 2002).

Estas formas de conceptualizar y revisar miradas comprensivas hacia la adolescencia, pueden ser comprendidos desde una multiplicidad de factores, característica y dimensiones, unos más revelados que otros, pero que transitan. Para Delval (1998) estas concepciones sobre la adolescencia pueden sintetizarse en tres teorías o posiciones teóricas sobre la adolescencia: la teoría psicoanalítica, la teoría sociológica y la teoría de Piaget.

La teoría psicoanalítica comprende la adolescencia como resultado del desarrollo que se produce en la pubertad e impacta en una modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. Del mismo modo, ocurre un resurgir de la experiencia erótica y sexualidad y una modificación en los lazos con la familia de origen, pudiendo aparecer una desvinculación con la familia y de oposición a las normas, construyéndose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia la construcción de una identidad y la crisis de identidad asociada con ella (Erikson, 1971. En Delval, 1998). Desde esta perspectiva, la adolescencia es atribuida principalmente a causas internas, allí la teoría de Piaget, considera que los cambios en el pensamiento durante la adolescencia, van unidas a cambios en el pensamiento, y a la interacción entre factores sociales e individuales (Delval, 1998)

De otro parte las poblaciones más jóvenes no se escapan de las consecuencias que en su salud generan las situaciones socio-económicas culturales y políticas del país enmarcada en situaciones de violencia, conflicto armado, desplazamiento forzado y vulneración de derechos. Por lo anterior las intervenciones psicológicas deben propender por medidas de capacitación a padres y cuidadores a fin de que puedan propiciar ambientes resilientes que contribuyan a mantener y/o mejorar las condiciones generales de salud de las poblaciones infantiles y adolescenciales.

En fin como se puede observar a nivel general con los pocos ejemplos presentados la salud está lejos de ser un fenómeno estrictamente biológico y de orden médico y supone la necesidad de ser promocionada, evaluada e intervenida de una forma integral en la cual el profesional de la psicología tiene una gran responsabilidad en el fomento de prácticas, comportamientos y culturas orientadas a no solo mejorar las condiciones actuales sino generar altos estándares de salud y bienestar.

Esta iniciativa ya ha sido explicitada por la OMS cuando afirma en su proyecto de política de salud mental que dado que por lo menos el 40% de los países del mundo (entre ellos Colombia) no poseen planes de atención a la Salud Mental y solo se centran en el aspecto médico de la misma, habrá que modificar las capacitaciones de los profesionales en salud basados en lo mórbido y adoptar conceptos psicosociales de salud y aumentar la calidad de la atención de manera integral. En donde es necesaria la colaboración entre la salud mental, la salud general y el sector ajeno a la salud para desarrollar intervenciones psicosociales apropiadas (Organización Mundial de Salud, 2001)

CONTEXTO NACIONAL

Conflicto y Postconflicto

Según la Universidad del Rosario se describe post-conflicto como: el periodo de tiempo que sigue a la superación total o parcial de los conflictos armados. “Puede entenderse como un concepto de un único atributo que es la reducción del número de homicidios relacionados con el conflicto por debajo de cierto umbral determinado” (Ugarriza, 2013, p. 145), que le otorga o le niega el estatus de conflicto armado activo; de acuerdo al paradigma social del posconflicto en Colombia, lo que se esperaría posteriormente al tratado de paz es, en primer lugar la búsqueda de un nuevo rol a ocupar para los desmovilizados de los diferentes bloques de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo (FARC-EP) que decidan acogerse bajo los beneficios que brinda el Estado, ya que son precisamente los individuos que hacen parte de estas guerrillas los que después de un eventual tratado en el proceso de paz deben resocializarse, lo que implicaría cambiar toda la estructura mental que previamente habían adquirido, ya sea por voluntad propia en dicho momento o por presión de los jefes guerrilleros (Ugarriza, 2013)

Cárdenas Rivera (2003) entiende por posconflicto armado el periodo que inicia desde el momento mismo en que los diálogos de concertación y negociación del conflicto armado interno adquieren un carácter de inalterabilidad, hasta cuando se llevan a cabo comicios sujetos a los distintos acuerdos y condiciones pactados en la negociación. De esta manera surge el reconocimiento institucional de los actores armados irregulares, y el gobierno promueve el diseño y la ejecución de políticas públicas dirigidas a la reconciliación de toda la sociedad.

Para Gómez-Restrepo (2003), el posconflicto se entiende como la fase que viene después de los acuerdos de paz bilaterales, y se resalta que es necesario que la construcción de esta fase se dé dentro del marco del conflicto, lo que supone un proceso de reconstrucción social, incluyendo factores como la desmovilización de los integrantes de grupos armados, el tema de la seguridad ciudadana, la reinserción y el mismo desarrollo de los acuerdos de paz

Por otra parte, de acuerdo con lo planteado por la Fundación Ideas para la Paz (citada por Garzón, J., et al., 2003), se entiende por posconflicto el periodo de tiempo que se da entre el cese de hostilidades y las partes afectadas. En esta afirmación, el posconflicto es un proceso de construcción gradual, secuencial, en el cual es importante la participación de todas las personas (jurídicas y naturales) para obtener un estado ideal de paz en el interior de una nación. Con base en esta afirmación, el autor señala que es necesario identificar una lista de hechos para poder delimitar bien el inicio del posconflicto, como lo son, por ejemplo, la variable temporal (cuándo) y espacial (dónde), el tipo de guerra (de qué) y a quiénes afecta (para quién). Y por último es importante resaltar lo planteado por (Garzón, J., Parra, A., Pineda, A. y San Pedro, J. 2003), cuando afirman que los cuatro conceptos cruciales para entender las características del posconflicto son: construcción, rehabilitación, asistencia humanitaria y construcción de paz.

REFERENTE NORMATIVO

En cuanto a las políticas y programas estatales que marquen el derrotero de las acciones relacionadas con la atención integral de la salud mental se puede resaltar la política de atención en salud mental, el plan decenal y el nuevo modelo de atención integral en salud estructurado por rutas de atención integral que permite la interacción de los diferentes actores del sistema de salud en pro del beneficio de las poblaciones más vulnerables y que requieren de mayor atención por parte de los entes nacionales, como es el caso de la atención en salud mental para los niños , niñas y adolescentes.

Quienes son considerados como seres sociales, únicos y garantes de la protección de derechos por parte del estado por distinguirse por su particularidad biológica, conductual y cultural que les permite conformarse como potenciales aportantes de las más significativas transformaciones sociales, donde la Psicología clínica a través de su código deontológico 1616 resalta un espacio relevante para la atención preferencial de este tipo de población, por el valioso y amplio potencial de trabajo desde el interés en salud pública y la marca que se puedan dejar en las estructuras más vulneradas dentro del contexto nacional y el momento histórico que atraviesa el país.

Salud mental

En el ámbito de lo normativo se puede señalar que "Las políticas públicas de salud mental constituyen un instrumento con el cual se puede mejorar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano" (Henao, Quintero, Echeverri, Hernández, Rivera & López, 2016, p. 185). Por lo tanto, las políticas varían en función de las características poblacionales y socioeconómicas de cada país y en la percepción que cada pueblo concibe de la calidad de vida, donde de manera integral se garantice el goce de una vida plena.

En Colombia, será posible ver el cumplimiento de la política de salud mental, siempre y cuando se responda asertivamente a "las problemáticas de salud que actualmente enfrenta el país, al reconocer las necesidades que en materia de salud mental tienen los niños y los adolescentes, la población desplazada y las víctimas de la violencia" (Henao et al, 2016, p. 191). De esta manera, lo que el reconocimiento de estas necesidades de atención plantea es un desafío importante en el abordaje de la población vulnerable, pues responde al momento histórico por el que atraviesa el país y a las necesidades normativas en materia de intervenciones individuales y colectivas en salud mental.

Estructura Colombiana del Plan de Acción Integral 2013-2020.

"La visión del plan de acción es un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación" (OMS, 2013, pág.12). Todo esto, tiene la

finalidad de conseguir mejores condiciones de salud, la participación ciudadana, sin discriminación ni prejuicios.

El plan de acción (2013, pág. 12) tiene los siguientes objetivos:

1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental; las respuestas serán más sólidas y eficaces si las intervenciones de salud mental están firmemente integradas en las políticas y los planes nacionales de salud.
2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completo, integrado y con capacidad de respuesta; la prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de tener un enfoque basado en la recuperación que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales alcancen sus propias aspiraciones y metas.
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; utilizar los datos sobre los factores de riesgo y de protección para emprender acciones destinadas a prevenir los trastornos mentales y a proteger y promover la salud mental en todas las etapas de la vida. Los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas de carácter no farmacológico, ya sean psicosociales o de otra índole, dispensadas desde el ámbito comunitario, evitando la institucionalización y la medicalización.
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

A modo de reflexión es posible decir que la salud mental en relación con la atención integral hace hincapié no solo a las dimensiones de los problemas con la enfermedad mental y por los valores que carga, sino además por su impacto en lo personal, lo familiar, y lo social, en términos de un sufrimiento que trasciende las cifras.

Esto sugiere que para comprender la salud mental se debe incluir y no discriminar los diferentes enfoques que no son excluyentes sino complementarios, descritos así: “uno biomédico como la manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico” (Restrepo O, Diego A.; Jaramillo E., Juan C., 2012, p. 204).

Otro, el segundo, desde el ámbito conductual donde las intervenciones están orientadas al entrenamiento de las personas para reemplazar los comportamientos que no son adaptativos, por un repertorio comportamental más saludable y adaptativo, a través de técnicas de ingeniería conductual. “En la concepción cognitivista, por su parte, la intervención tiene una orientación fundamentalmente educativa-instruccionista, cuya finalidad es lograr que los sujetos corrijan las formas de pensamiento disfuncionales...y aprendan a pensar y en consecuencia a comportarse de una manera adaptativa” (Restrepo O, Diego A.; Jaramillo E., Juan C., 2012, p. 205).

Por su parte, un tercer enfoque es la perspectiva socioeconómica, la situación de salud mental se define dialécticamente a partir de la estrecha relación entre las personas y las estructuras socioeconómicas, el ambiente material y la cultura (Restrepo O, Diego A.; Jaramillo E., Juan C., 2012).

Las condiciones particulares en las que un individuo se localiza, son causa y no resultado de sus propios estilos subjetivos de ser y de pensar. Por lo tanto, la salud mental se considera como un capital global dentro de un escenario de derechos y desarrollo humano; para lo cual “se requieren políticas y programas de carácter multisectorial, incluyendo educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y asistencia social, además de las actividades específicas del campo de la salud relacionadas con la prevención y promoción” (Restrepo O, Diego A.; Jaramillo E., Juan C., 2012, p. 207). Lo anterior es parte fundamental del sistema de atención integral en salud mental desde la mirada moderna de prevención del riesgo.

Así entonces, para abordar la salud mental, habrá que revisar que es también un asunto de problema público y habrá que tener en cuenta los referentes epistemológicos, metodológicos y prácticos propios para la investigación y la intervención y no solamente la transposición de miradas individualistas importadas de múltiples disciplinas como la psiquiatría (Restrepo O, Diego A.; Jaramillo E., Juan C., 2012).

Es importante que a través de un marco referencial se propicien acciones en salud mental que impactan decididamente el bienestar de las personas y grupos objeto de intervención en la salud pública, que disminuyan significativamente las condiciones que los aqueja, en pocas palabras, todas aquellas condiciones que, de una u otra manera, afectan la salud mental (Restrepo O, Diego A.; Jaramillo E., Juan C., 2012).

Para considerar la relación existente y potencial entre el pensamiento/acción de la medicina social/salud colectiva y el subcampo de la Salud Mental, tomaremos los ejes que hemos delineado previamente: la conceptualización del proceso de salud-enfermedad-cuidado, el enfoque de derechos y la perspectiva de integralidad en las prácticas (Stolkiner, A. Ardila Gómez, S., 2012). Donde se le conceda un espacio exclusivo y particular a la salud mental en la ENSM-2015 permitirá, en primer término, incluir de manera explícita y relevante resultados acerca de toda la población y no insistir solo en los concernientes a quienes sufren algún trastorno mental; en esta misma línea, permite identificar necesidades, posibilidades y recursos individuales y colectivos para vivir mejor y para solucionar las problemáticas que nos aquejan.

En segundo lugar, facilita un análisis integral centrado en esta perspectiva saludable, y no a la manera de resultados subsidiarios, cuya razón es la asociación con factores de riesgo o de protección contra la enfermedad. Y en último término, pero tal vez el más importante, permite pensar la salud mental

desde la «buena vida» personal y colectiva, que hace énfasis en valorar la salud mental desde criterios éticos que orienten la acción permanente de su promoción y cuidado de salud.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

La “noción de salud mental que subyace a cada Política Nacional hace énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, desde una concepción positiva del bienestar que resalta el papel activo de los sujetos y poblaciones, las capacidades y libertades disponibles” (Henao et al, 2016); sin embargo, los distintos recursos, mecanismos y metas relacionadas están articulados sobre la base de un modelo biomédico que le da prioridad al diagnóstico y el tratamiento de trastornos mentales.

Esta concepción biologicista de la atención en salud mental, tiende a la parcialidad y no responde al abordaje de atención integral que plantean los nuevos modelos de salud para la población colombiana, por lo que se hace necesario plantear las intervenciones en salud mental pensadas desde un referente normativo para definir los lineamientos que garanticen el abordaje de todos los determinantes en salud mental con un enfoque más integrador.

Con este panorama cada vez más exigente es necesario conocer las necesidades de salud mental en Colombia, para lo que se llevó a cabo un estudio de prevalencia que “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 trastornos, 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%)”.

Estos resultados fueron tenidos en cuenta en la definición de los lineamientos para una política de salud mental en Colombia. En este proceso se siguieron los pasos fundamentales que la OMS ha indicado para el diseño de políticas de salud mental, en los cuales se tiene en cuenta las necesidades de la población, la búsqueda de evidencias de políticas efectivas, las consultas con diferentes sectores y el establecimiento de objetivos y áreas estratégicas de intervención”

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Enfocados entonces en la atención integral y preferente en salud mental para niños, niñas y adolescentes con el fin 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 en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, ley 1098 de 2006 y los artículos 17,18,19,20 Y 21 de la ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.

Así definida “La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. Por lo que se hace necesario proveer a los niños, niñas y adolescentes de herramientas individuales y colectivas que les permita la expresión libre y consciente de su personalidad y su desarrollo social significativo y pleno que promuevan la felicidad y el bienestar.

Para lo cual “los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios deberán disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental en los términos previstos en la presente ley y sus reglamentos”.

Por lo anterior “Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna” en concordancia con lo descrito en la atención integral de la salud mental en Colombia.

Para lo que se requiere “Diseñar y desarrollar programas especializados para asegurar la detección temprana y adecuada de las alteraciones físicas, mentales, emocionales y sensoriales en el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes; para lo cual capacitará al personal de salud en el manejo y aplicación de técnicas específicas para su prevención, detección y manejo, y establecerá mecanismos de seguimiento, control y vigilancia de los casos”. A través de intervenciones ajustadas a los contextos y requerimientos encontrados en la práctica profesional.

CONTEXTO NACIONAL

Desde esos referentes normativos se proyecta la salud mental desde una prioridad nacional y un derecho fundamental como un tema “ prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas”³, enmarcado en la “estrategia de Atención Primaria en Salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental”.

Con este escenario es indispensable reflexionar acerca del panorama de salud mental y la necesidad emergente de “Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima”, como la responsabilidad social que debe caracterizar al profesional de salud en el restablecimiento de derechos de esta población vulnerable de especial protección por parte del estado.

Esta priorización en lo se refiere a la atención de niños, niñas y adolescentes debe hacer énfasis en que “Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente”. Entendiendo que “La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano”.

Para dar cumplimiento a estos requerimientos de atención prioritaria se da soporte desde “la Ley 1098 de 2006 donde se lanza el Código de Infancia y Adolescencia, el cual identifica necesidades específicas, no solo por ciclo vital, sino también apuntando a la defensa de derechos de este grupo vulnerable. Por su parte, la Ley 1146 de 2007 expide normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de niños y adolescentes abusados sexualmente, además de la creación del Comité Consultivo Interinstitucional de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual, adscrito al Ministerio de la Protección Social” (28- 29).⁵ brindando una herramienta legal que permita garantizar los mecanismos de protección de derechos y acciones punitivas derivadas de su vulneración.

Por todo lo anterior el reto desde lo prescrito en la normatividad vigente es garantizar todos los mecanismos necesarios ofrecer una atención integral en salud mental entendida “como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos”.

“Orientada a dar respuesta a las necesidades de atención en salud individuales y colectivas con el fin de proveer talento humano en salud especializado que contribuya a los procesos de atención integrales con el uso de las tecnologías y la suficiencia de la red , fortaleciendo la participación comunitaria” como “un instrumento que contribuye a que las personas familias y comunidades alcancen resultados en salud teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se

desarrollan.”6. como elemento constitutivo del abordaje desde la intervención del profesional especializado en el manejo de la salud mental para niños, niñas y adolescentes.

REFERENTE EPIDEMIOLÓGICO

En relación con el ámbito del diagnóstico inicial desde los determinantes en salud mental, existe una alta prevalencia de los trastornos anímicos, relacionados con la depresión y la ansiedad tanto en niños, niñas y adolescentes, así como un aumento significativo de las tasas de suicidio e intento suicida. Para lo cual será pertinente pensar que una disciplina como deben generar acciones desde la psicología clínica con el fin de prevenir las conductas de riesgo e impactar en mejorar las condiciones del entorno que favorecen este tipo de situaciones.

Dado el alarmante panorama se plantea un abordaje desde el enfoque socio- humanístico en el ámbito comunitario, con base en las políticas públicas para garantizar una disminución en los índices antes descritos.

SALUD MENTAL

La salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

“La encuesta del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, un trabajo integrado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Harvard University*, *University of Michigan* y 38 países..., genera información que es una fuente invaluable para los tomadores de decisiones y todos los interesados, tanto de los dominios de la salud pública como de la salud mental” (Ministerio de salud y protección social, 2015, p. 98). En Colombia las proyecciones estadísticas muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas detonarán en el apareamiento de la depresión unipolar como la primera causa general de consulta en el año 2015 y adelante.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003, el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, o está sufriendo o quizá sufrirá un trastorno psiquiátrico con diagnóstico. “Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %)” (Instituto Nacional de Salud, 2013, p. 1).

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales. Estos trastornos se inician entre los 9 y los 23 años. La mediana en la edad para las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos, como el episodio depresivo mayor, se sitúa en los 24 años, para la manía, en los 20 años, y para la hipomanía, en los 27 años. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años, y la de los trastornos por uso de sustancias, entre los 20 y los 27 años, con un promedio a los 22 años. La edad de inicio de otros trastornos, como el de ansiedad de separación en la infancia, el de déficit de atención, el de conducta, el negativista desafiante, el de ansiedad de separación del adulto y la bulimia nerviosa, se encuentra entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años.

En este componente se contemplan las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno y alteran las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad; igualmente incluye la prevención de las violencias en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales y la atención del impacto de las diferentes formas de la violencia sobre la salud mental (Ministerio de salud y protección social, 2015, p.101).

A continuación, se presenta los datos reportados en la última encuesta de salud mental del año 2015 donde se evidencia los principales trastornos mentales de la población infantil relacionados con los factores predisponentes.

Tabla1. TRASTORNOS MENTALES DE LA POBLACIÓN INFANTIL RELACIONADOS CON LOS FACTORES PREDISPONENTES.

Tabla 5.88. Factores asociados a trastornos mentales en población infantil

Trastornos	Factores Asociados
Depresivos (7,26-28)	• Historia familiar de depresión • Enfermedades no psiquiátricas o mentales • Obesidad • Dependencia psicológica • Antecedentes de intento de suicidio • Baja autoestima • Pensamientos negativos • Disminución de la actividad física • Pobreza • Eventos traumáticos (abuso sexual o físico) • Duelo por muerte de pariente • Antecedente de depresión en padres • Aislamiento social
Ansiedad por separación (12,29)	• Antecedentes en los padres o cuidador de algún tipo de trastorno de ansiedad o depresión • Eventos traumáticos (duelos por muerte, enfermedad o cambios en estructura familiar) • Vivencia de abandono e intrusión en relación con las necesidades de separación del niño y la actitud de los cuidadores
Trastornos de ansiedad (30)	• Depresión materna • Comorbilidad médica • Disfunción familiar
Hiperactividad con déficit de atención (31,32)	• Factores genéticos, ambientales y psicosociales • Exposición al cigarrillo y alcohol durante embarazo • Problemas perinatales
Negativista desafiante (33,34)	• Dificultades con pautas de crianza • Tensión o conflictos de familia • Factores biológicos: antecedentes familiares de depresión, ansiedad o del aprendizaje • Habitar en contextos con: – Alto índice de criminalidad y delincuencia – Problemas económicos – Hacinamiento
De conducta (18)	• Historia de maltrato • Alteración en relación parental • Débil establecimiento de normas • Complicaciones perinatales • Déficit en habilidades verbales y de comunicación • Disfunción ejecutiva

Fuente: Encuesta nacional de salud mental tomo I.

De acuerdo a lo anterior y “A diferencia de los adultos, el impacto de la enfermedad mental en niños reviste una gravedad particular, debido a que impacta en el desarrollo de su sistema nervioso. Se ha descrito que alteraciones en los procesos de desarrollo cerebral pueden condicionar la aparición de enfermedades mentales en la edad adulta o ser el origen de una enfermedad mental temprana (24,25,42). En el estudio de carga de enfermedad mental y abusos de sustancias realizado en 2010, se encontró que la proporción de años de vida ajustados por enfermedad de las enfermedades mentales en niños era muy baja (43); sin embargo, los costos para la sociedad no se verán incrementados de manera inmediata, sino cuando los niños que sufrían de esas enfermedades sean adultos en capacidad de producir (44)”.

A continuación, se presentan los trastornos más relevantes en adolescentes y sus factores asociados según la encuesta nacional de salud mental del año 2015.

Tabla2: TRASTORNOS MENTALES DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTES RELACIONADOS CON LOS FACTORES PREDISPONENTES.

Tabla 5.97. Factores asociados a trastornos mentales en adolescentes

Trastorno	Factores asociados
Trastornos depresivos (89)	• Factores genéticos • Historia de trastorno afectivo en los padres • Sexo femenino • Edad pospuberal • Antecedentes síntomas depresivos • Antecedentes abuso físico y sexual en la infancia • Afectividad negativa • Pensamiento de tipo rumiativo • Conflictos conyugales • Desestructuración familiar • Acoso o humillación • Abuso emocional • Consumo de tóxicos
Trastorno afectivo bipolar (103-105)	• Factores genéticos • Antecedente de trastorno de ansiedad • Antecedente trastorno por déficit de atención o hiperactividad • Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas
Cualquier trastorno de ansiedad (29,106)	• Sexo femenino • Bajo nivel educativo • Bajo nivel socioeconómico • Antecedentes familiares de algún trastorno de ansiedad • Experiencias traumáticas en la niñez • Sobreprotección de pares
Fobia social (65)	• Baja autoestima • Miedo a la crítica • Persistencia de episodios depresivos • Comportamientos disruptivos • Consumo de sustancias psicoactivas • Trastornos de la alimentación

Fuente: Encuesta nacional de salud mental_tomol.2015pdf pag.219

Es así como el estudio de salud mental señala que “El impacto de la enfermedad no solo es el referido en las estadísticas, los trastornos mentales tienen impacto en la calidad de vida de las personas de las padecen por en múltiples aspectos. Los adolescentes enfermos están en riesgo de ser estigmatizados y discriminados, por lo que tienden a consultar menos y a tener una menor adherencia a los tratamientos, y esto a la vez impacta de forma negativa el pronóstico de los diferentes trastornos mentales”. tienen impacto en la calidad de vida de las personas de las padecen por en múltiples aspectos tienen impacto en la calidad de vida de las personas de las padecen por en múltiples aspectos.

Por otra parte, se evidencia que “Las tasas de suicidio en adolescentes aumentan con la edad, son una de las causas de muerte más frecuente en este grupo y se ha constituido en un problema de salud pública en el mundo. A pesar de las variaciones de cifras en los diferentes países, es la tercera causa de muerte en jóvenes estadounidenses.

Por otro lado, el trastorno depresivo mayor se puede presentar desde la adolescencia e incrementa el riesgo de alteraciones en la conducta y suicidio. Colombia presenta unas tasas de suicidio menores a

las de Chile y Argentina, y bastante menores a las de países de Norteamérica y Europa. En general, representa la cuarta causa de muerte violenta (en comparación a otros lugares donde es segunda o tercera); sin embargo, es importante tener en cuenta que esto puede estar relacionado con una mayor tasa de homicidios.

Estudios de autopsias psicológicas han encontrado que entre el 81% y el 95% de los niños y adolescentes que fallecieron por suicidio tenían una patología mental. Otros estudios que comparan individuos jóvenes con enfermedades mentales con la población general han logrado establecer que la razón de disparidad para suicidio va desde el 12% hasta el 35% si hay patología. Algunos estudios de seguimiento de adolescentes con intento de suicidio plantean que el 10% de los individuos que han realizado intentos de suicidio se suicidarán en los siguientes 10 años. Adicionalmente, la mayoría de adolescentes y niños con intento de suicidio no solo presentan patología mental e intentos previos, sino que se ha encontrado que no han recibido tratamiento ni seguimiento adecuado.

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

De acuerdo a la Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental se describe el perfil epidemiológico encontrando que: Se perciben carencias afectivas y económicas en la población infantil, solo el 51,5% de los niños de 7 a 11 años viven con sus padres biológicos. En lo que se refiere a la exposición a diferentes formas de violencia, se encontró que el 13,7% (IC95%:10,6-17,4) de la población infantil entre 7 y 11 años, el 18,3% (IC95%:14,9-22,4) de los jóvenes entre 12 y 18 años y el 18,7% (IC95%: 17,1- 20,4) de la población entre 18 y 44 años ha sufrido desplazamiento forzado por algún tipo de violencia. (Ministerio de la Protección Social, 2017).

En el estudio de los problemas en salud mental la ENSM, se exploran los síntomas más relevantes en la población de 7 a 11 años, mediante Cuestionario de Reporte de Niños (RQC- por sus siglas en inglés), es importante aclarar que las respuestas son dadas por la cuidadora, en su mayoría la madre; los síntomas que se presentan con mayor frecuencia corresponden a: lenguaje anormal 19,6% (IC95%:17,6%-21,9%), asustarse o ponerse nervioso sin razón con 12,4% (IC95%:10,7%-14,3%), presentar dolores frecuentes de cabeza en el 9,7% (IC95%:8,3%-11,4%) y jugar poco con otros niños, 9,5% (IC95%:8%-11,3%). El 6,7% (IC95%: 5,5%-8%) de los niños ha sufrido abuso, maltrato físico o psicológico por compañeros de la escuela. El 11,7% (IC95%: 10,4%-13,2%) ha vivido al menos un evento traumático a lo largo de su vida. Se indagó sobre consumo de tabaco, alcohol y otras SPA, pero los resultados fueron imprecisos dada su baja prevalencia y no fueron publicados (Ministerio de la Protección Social, 2017).

Los investigadores concluyen, entre otras cosas, que por lo menos un 44,7% de la población infantil de 7 a 11 años requieren de evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para

descartar problemas o posibles trastornos y que, en los pocos casos detectados, la edad de inicio del consumo de SPA está alrededor de los 11 años (Ministerio de la Protección Social, 2017).

En los adolescentes (de 12 a 17 años) la prevalencia de los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental de los explorados es de 4,4% (IC95%:3,3%- 5,7%), siendo más frecuentes en mujeres que en hombres. El trastorno de ansiedad es el más prevalente con 3,5% (IC95%: 2,5%-4,7%). El 43% de las personas de este grupo con enfermedades mentales, no recibe tratamiento (Ministerio de la Protección Social, 2017).

La conducta suicida también es estudiada en la ENSM en adolescentes y adultos. En los adolescentes se observa que el 6,6% (IC95%:5%-8,6%) tiene ideación suicida. En los adultos mayores de 18 años se evidencia que el 7,4% la ha tenido, esto se presenta más en las mujeres que en los hombres, y 2,57% (IC95%: 2,1%-3,1%) ha intentado suicidarse. Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental 23 Con relación a lo anterior, el Instituto Nacional de Salud reporta que entre la semana epidemiológica 1 a la 52 de 2016, se notificaron 18.910 casos de intento de suicidio, (Boletín epidemiológico No 52, INS), 62,7% de los casos registrados en el sexo femenino y 29,4% en el grupo de 15 a 19 años (Ministerio de la Protección Social, 2017).

CONTEXTO NACIONAL

En cuanto a los Datos Epidemiológicos relacionados con la niñez y adolescencia enmarcada en situaciones de violencia y post-conflicto, por la cual atraviesa nuestro país, es indispensable ubicarnos desde una caracterización que permita el análisis crítico de las necesidades emergentes.

Características Epidemiológicas de la Niñez con la Desvinculación

Las características sociales y culturales de los Niños, Niñas y Adolescentes desvinculados de GAOML (Grupos Armados Organizados al Margen de la Ley, programa de Atención Especializado cuyo proceso de restablecimiento de derechos ha sido realizado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) entre 1999 y 2013, sugieren factores de riesgo en torno a este crimen de guerra y de lesa humanidad (United Nations Office of Legal Affairs, 2002; CONPES 3673, 2010; Instituto de Bienestar Familiar – ICBF, 2013).

Para el año 2003, la UNICEF estimó que 5 entre 250.000 y 300.000 Niños, Niñas y Adolescentes participaban en aproximadamente 30 países con conflictos armados en el mundo. Un tercio de estos Niños, Niñas y Adolescentes estarían en África siendo la República del Congo el país con mayor número de Niños, Niñas y Adolescentes reclutados (UNICEF, 2003; ACNUR, 2012; Instituto de Bienestar Familiar – ICBF, 2013).

Otros datos relevantes en relacionados con la desvinculación, que vulneran los derechos en la niñez con alto impacto psicológico, social, sexual y político, tiene ver con la situación de reclutamiento a los cuales se ven enfrentada esta población en medio del conflicto armado, como se menciona el informe del Instituto de Bienestar Familiar en el año 2013.

Los Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de reclutamiento son utilizados no sólo como combatientes sino también en labores logísticas y de servicio (OIT, 1999), y muchas veces son víctimas de delitos contra la libertad, integridad y formación sexual en marco del conflicto armado, esto expresa además que con víctimas sometidas emocional y físicamente por los GAOML, aprovechándose de sus situaciones de vulnerabilidad, como la pobreza y el abandono para ser manipulados (PNUD, 2008; Instituto de Bienestar Familiar – ICBF, 2013).

Muchas veces esta población se halla en las FARC - EP (UNICEF 2002), según algunas fuentes oficiales a través del Programa Especializado de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de GAOML el ICBF ha atendido a 5.181 Niños, Niñas y Adolescentes desvinculados de GAOML desde 1999 hasta abril de 2013 (Instituto de Bienestar Familiar – ICBF, 2013).

La población infantil, víctima del conflicto armado (Senado de Colombia, 2011) proviene de las guerrillas, de grupos paramilitares y de Bandas Criminales (BACRIM) según la siguiente distribución:

Según los cálculos del Observatorio del Bienestar de la Niñez – ICBF, es notable la desvinculación de Niños, Niñas y Adolescentes provenientes de las FARC “con un 59% y de las AUC con un 20%. La proporción de Niños, Niñas y Adolescentes provenientes de la guerrilla es de un 76%, es decir tres cuartos del total de la población de desvinculados” (Instituto de Bienestar Familiar – ICBF, 2013, p. 6). Si bien no se cuenta con una cifra definitiva, es evidente que esta población es víctima de guerra y lesa humanidad sufren diversas vulneraciones durante su permanencia en los GAOML

Un estudio liderado por la Defensoría del Pueblo, UNICEF e ICBF en 2006 visibilizó la violación de los derechos a la vida y la integridad de los Niños, Niñas y Adolescentes reclutados: un 84,3% fue usado en combates, 74,8% en emboscadas y 61,5% en tomas armadas” (Defensoría del Pueblo et al. 2006; Instituto de Bienestar Familiar – ICBF, 2013, p. 6).

Dada la problemática descrita se hace necesario la presencia estatal para minimizar los riesgos derivados de la inclusión de los Niños, Niñas y Adolescentes víctimas del conflicto armado en nuestro país para lo cual el documento CONPES 3673 de 2010, da orientaciones sobre normativas relacionadas con la prevención del riesgo del reclutamiento y participación de Niños, Niñas y Adolescentes en la guerra.

De acuerdo con el documento CONPES 3673 de 2010, los lineamientos de política pública para prevenir el reclutamiento y utilización de Niños, Niñas y Adolescentes por parte de los GAOML ayuda

a la protección integral como plataforma para la prevención; y esto tiene un efecto en la disminución de riesgos de reclutamiento. En este marco, “el ICBF atiende a las víctimas del reclutamiento y utilización por GAOML y a su vez aporta a las bases técnicas y operativas para la prevención del mismo mediante su participación en el Comité Intersectorial para la Prevención del Reclutamiento y Utilización de Niños, Niñas y Adolescentes por GAOML (CIPRUNA)” (Instituto de Bienestar Familiar – ICBF, 2013, p. 6).

En Colombia, el ICBF ha atendido a 5.005 NNA desvinculados de GAOML desde 1999 hasta septiembre de 2012, registrándose 194 desvinculaciones en lo corrido del presente año. Los NNA desvinculados provienen principalmente de la guerrilla, de grupos paramilitares y de Bandas Criminales (BACRIM) según la siguiente distribución: Es notable la desvinculación de NNA de las FARC, no solamente por contar con el máximo de desvinculaciones en un año (2003), sino por la continuidad en la mayoría de las mismas entre 2006 y 2012, comparada con los otros GAOML. Asimismo, se destaca la magnitud de las desvinculaciones de los NNA de los grupos paramilitares entre los años 2003 a 2006, durante su proceso de desmovilización, y el inicio de las desvinculaciones de BACRIM a partir de 2007.

Por otra parte, este escenario sugiere que las FARC y el ELN, grupos que aún operan, continúan con sus prácticas de reclutamiento y utilización de NNA a 2012, tal como lo afirma la ONU (2012a). Así, es necesario establecer los tipos de NNA que tanto la BACRIM como la guerrilla reclutan y utilizan en su accionar delictivo, con el fin de identificar la población de NNA que podría presentar riesgos frente al flagelo, y así continuar su priorización en materia de prevención.

Panorama Actual de la Niñez y la Adolescencia en Colombia

El fenómeno de la desaparición de niños y adolescentes, es una realidad que se vive como efecto de la postguerra en nuestro país, lo anterior lo demuestra el Instituto de Medicina Legal con las siguientes cifras descritas por Guillermo Rodríguez en su reportaje en el periódico El Tiempo titulado “*Cada día se dan por desaparecidos siete menores de edad*”:

Entre enero del 2014 y mayo del 2017, se perdió el rastro de 24.378 personas entre niños, jóvenes y adultos, de acuerdo con el documento Forensis 2016 del Instituto de Medicina Legal. Pero el año pasado, por primera vez, los reportes de desaparecidos cayeron, al pasar de 7.419 casos en el 2015 a 6.855 en el 2016, y hasta mayo pasado –según el Observatorio de la entidad– se contabilizaban 2.719, para un promedio de 18 por día.

De ese total, finalmente, 200 aparecieron muertos y 949 vivos, pero aún queda la incertidumbre sobre 1.570. No obstante, este fenómeno en los niños y adolescentes entre 10 y 17 años no cede y es altamente preocupante, según las autoridades y ONG que trabajan con menores de edad. Los registros de Medicina Legal indica

n que por cada 10 desaparecidos al menos cuatro son menores de 18 años.

En los últimos tres años, 9.548 niños y adolescentes fueron declarados desaparecidos. En el 2016 la cifra fue de 2.788 (de los cuales aparecieron 1.329 y no se sabe nada de 1.459) y a mayo de este año ya se registran 1.041 casos (casi 7 por día) en los que se desconoce el paradero de esos jóvenes. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015)

De acuerdo con Guillermo Rodríguez en su reportaje en el periódico El Tiempo titulado “*Cada día se dan por desaparecidos siete menores de edad*”, la población infantil fue la más afectada por el conflicto armado colombiano y explica que de los 8’100.000 víctimas registradas en la Unidad de Atención Integral a las Víctimas, el 40 por ciento son niños, niñas, adolescentes y jóvenes (Rodríguez, 2017)

Otras cifras importantes:

De acuerdo con el Informe: La niñez colombiana en cifras de la Unicef se señalan los siguientes datos:

- Situación de la Educación
- Diferentes iniciativas y servicios en nivel local y, más recientemente, programas nacionales de movilización como “Haz Paz” dirigidos a todos los ciudadanos y familias del país se han esforzado en promover la construcción de autoestima sobre la base de principios de convivencia armoniosa desde la edad más temprana.
- Con relación a los servicios de educación preescolar, entre 1993 y 2000 la proporción de niños y niñas de 5 y 6 años que frecuentaban este tipo de servicios aumentó de 31,6% a 40,5%.
- En 2000 se registraron 68.585 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 10.900 fueron por maltrato infantil, 43.210 por maltrato conyugal y los restantes involucraron a ambos.
- 2 millones de niños y niñas son maltratados al año en sus hogares, 850 mil de ellos, en forma severa. 361 niños y niñas de cada 1.000 sufren de algún tipo de maltrato.
- En promedio, mueren 7 niños y niñas por homicidio diariamente
- Se estima entre 6.000 y 7.000 la cifra de los niños y niñas vinculados a los grupos armados irregulares, en su mayoría entre los 15 y 17 años de edad.
- La guerrilla de las FARC es la organización que más niños mantienen en su poder, seguida por el ELN y después por las Autodefensas ilegales.
- En los últimos 4 años el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ha atendido a 752 menores de 18 años desvinculados de los grupos alzados en armas, 92 de ellos huyeron y se entregaron a las autoridades;

- El Ejército Nacional ha informado que en 2001 murieron, huyeron o se entregaron, 101 menores de edad, 33 mujeres y 68 hombres entre 9 y 17 años de edad. Del total de desmovilizados en Colombia en el año 2000, el 48% eran menores de 18 años.
- Solamente el 14% de los menores de 18 años se vinculan forzosamente a los grupos armados ilegales. Sin embargo, en su gran mayoría estos declaran que después del ingreso no hay libertad para dejar el grupo.
- De los que reportan vincularse voluntariamente, 33.3% lo hacen por atracción a las armas y uniformes, otro 33.3% por pobreza, un 16.6% por relación cotidiana con los grupos armados y un 8.3% por enamoramiento o decepción amorosa-

(UNICEF, 2002 P. 38,42-43).

Rastreo de programas posgraduales en Colombia

- Ofertas presenciales, virtuales, temáticas y elementos diferenciadores.

Los programas de Psicología se remontan en el país a 1939 con la fundación de la sección de Psicotécnica de la Universidad Nacional que dará origen al Instituto de Psicología Aplicada en 1948 en la misma Universidad. A partir de allí se ha venido incrementando la oferta de universidades que ofrecen la carrera.

En la actualidad el organismo que agrupa a las facultades de Psicología del país La Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI) cuenta con un total de 34 instituciones afiliadas teniendo en cuenta que a este organismo solo se ingresa una vez el programa tiene registro calificado y cohortes de egresados. Esto implica que además de las 34 instituciones registradas se calcula un total aproximado de 75 Instituciones de Educación Superior que ofrecen Psicología a nivel profesional. Adicionalmente estas instituciones pueden tener extensiones en diversas ciudades, por lo que no es exagerado pensar que el número total programas ofrecidos a nivel país sobrepasa los 117.

A nivel Bogotá existen aproximadamente 21 (31%) universidades con programas de psicología de la aproximadas 66 Instituciones de Educación superior en el país; tiene 33 programas (25%) de los aproximados 131 programas del país. La mayoría de las universidades dan título de psicólogo (95%) con excepción de una universidad que otorga el título en Psicología Social Comunitaria (5%). La mayoría de las universidades ofrecen programas presenciales (90%), distancia (5%) y presencial y distancia (5%). Las universidades ofertan jornada diurna con el 48%, diurna y nocturnas con el 52%. Los énfasis de los programas se mantienen en la tradición de los enfoques psicológicos (14%), en campos profesionales (28%) y sin Información (58%). La gran mayoría de los programas diurnos son de 10 semestres (95%) con excepción de una de 8 semestres (5%) y los programas nocturnos la mayoría son de 10 semestres (95%) con excepción de uno de 11 semestres (5%). Todos los programas ofrecen 16 semanas de clases y 15 días de exámenes (100%). Los programas mantienen créditos en un rango entre 137 a 185, entre 160 y 180 están el 52% y Sin Información el 38%.

Sin embargo, el hecho de que a la psicología como profesión sólo se le hubiese reconocido y legalizado formalmente en la última década, hace difícil realizar un seguimiento y tener datos precisos acerca de la ocupación y número de psicólogos en el país a la fecha.

A nivel local, se encuentran muchas propuestas que apuntan a formar profesionales que busquen en la psicología clínica posibilidades de intervención y acción a distintas poblaciones afectadas por la salud mental. En Colombia, dadas las condiciones históricas del conflicto armado, del narcotráfico y otras delincuencias que han afectado la calidad de vida de los ciudadanos, los programas posgraduales en psicología apuntan a responder intereses históricos, uno de estos, ha sido la incidencia de la depresión resultado de los problemas anteriormente mencionados. Así entonces, éste, como otros aspectos de la salud mental en Colombia han tenido mayor preeminencia en la atención a la población colombiana.

En el caso particular de Psicología es un hecho que la demanda del mercado ha propiciado un incremento en el número de estudiantes y es así como a pesar de que se han incrementado los programas, la demanda de estudiantes es constante y con tendencia al incremento. Esto posiblemente deviene de la ampliación de los campos de trabajo (en las últimas décadas por ejemplo han generado un impacto importante los campos de la jurídica y criminalística, así como el fortalecimiento del área de lo social comunitario), de la inclusión del psicólogo en los Programas del Estado orientados al mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes, al mayor conocimiento que de la labor del psicólogo existe lo cual permite que se le consulte con mayor frecuencia y desde múltiples ámbitos, de igual manera la incursión del Psicólogo en los mercados labores con la creación de empresas asesoras de servicios ha generado nuevos puestos de trabajo para los profesionales de este campo y ha brindado la posibilidad de acceder a sectores que si bien es cierto no desean vincular directamente a este profesional, si requieren de manera puntual y en circunstancias especiales de sus servicios. En últimas es válido afirmar que la Psicología como disciplina y como profesión ha tenido un posicionamiento gradual y se ha convertido en una perspectiva atractiva para los aspirantes a ingresar al mundo universitario y ha logrado mantener una tendencia progresiva a incrementar sus plazas.

Conclusiones y Sugerencias

De acuerdo a lo encontrado en la bibliografía podemos describir y analizar desde las diferentes referentes lo que respecta al panorama conceptual, normativo y epidemiológico en lo que respecta a las dimensiones de salud mental, infancia y adolescencia para sugerir el abordaje desde la psicología clínica con las siguientes reflexiones derivadas de lo analizado en el contexto nacional.

En un primer momento, se propone reafirmar la importancia que tiene para Colombia, la construcción de programas posgraduales en psicología que respondan a condiciones históricas que sugieren mirar de diferentes formas la salud mental y la calidad de vida de las personas, particularmente de quienes

pudieran ser impactados por el ejercicio profesional, más aún en una época política y social tan compleja como lo es la coexistencia del conflicto y el posconflicto.

Al revisar los distintos documentos sobre la salud mental en Colombia, es notable considerar que la población infantil y adolescente, tiene que ser protegida y apoyada con otras posibilidades que les permita mejorar sus condiciones de salud mental, más aún cuando muchos de ellos y ellas, conviven en escenarios de alta vulnerabilidad como aquellos atravesados por el conflicto armado y las tensiones cotidianas de las ciudades.

De esta manera, las apuestas curriculares tienen una obligación no solo del ámbito institucional sino, y más importante aún, del ámbito social y cultural, pues es allí donde se tejen las significaciones necesarias para comprender la vida y así los entornos educativos. Esto nos permite sugerir, además, que sea necesario abordar currículos que revelen la multidiversidad como paradigma y que consoliden modelos pedagógicos a fin con el respeto ciudadano, los contextos y los procesos de aprendizaje de cada sujeto, en aras de fortalecer a esos profesionales con las competencias necesarias para la atención en salud.

Así entonces, habrá que decir; que, desde lo normativo, uno de los retos que plantean los requerimientos del modelo de atención integral es formar talento humano en salud; psicólogos, que fomenten acciones e intervenciones ajustadas a los desafíos del sistema.

Un sistema que nos exige contribuir desde la formación de nuevos profesionales y garantizar la investigación e innovación como recurso para la gestión del conocimiento, que impacte en los problemas de salud mental, haciendo un énfasis en considerar este entorno como un grupo de riesgo para la población, cuya vulnerabilidad se refleja en niños, niñas y adolescentes. Para ello, es importante comprender conceptualmente las consideraciones que se tiene de la salud mental, pues de esta manera se puede determinar las distintas formas de ver las problemáticas y las soluciones para la vida, así como la misma condición de enfermedad. Existen miradas biologicistas que consideran a la salud mental farmacológicamente, con pautas estrictamente métricas y que olvidan otros componentes sustanciales de la comprensión de la salud, esto es una dificultad cuando se piensa en lo que se ha expuesto anteriormente sobre el reconocimiento de aspectos más complejos sobre la vida y que impactan más allá de la presencia de una enfermedad. Dado que no es solamente es un debate conductual clásico o relacional, sino una composición de factores en los que la salud se ve afectada.

Por otra parte, y precisamente relacionado con las formas como se construye el conocimiento, en la actualidad, hay una creciente necesidad y demanda del medio social por proyectos de investigación e intervención en el campo de la salud mental, debido a la presencia de una alta prevalencia de trastornos mentales (Henao et al, 2016). Lo que confirma un interés por atender a una población vulnerable en Colombia y que exige la formación de profesionales que impacten en la mejora de la salud mental,

conscientes de los distintos ámbitos en el cual los eventos naturales, la pobreza y la violencia tienen una repercusión psicosocial directa sobre las poblaciones.

En el ámbito epidemiológico, hay que mencionar que, según las estadísticas de la encuesta nacional de salud mental en Colombia 2015, son justamente los niños, niñas y adolescentes, junto con las mujeres, quienes mayormente padecen problemas de salud mental, esto fuertemente relacionado con las tensiones históricas suscitadas por las formas de la violencia como mecanismo de interpelación del poder y la guerra en el contexto colombiano. Las secuelas de todas las ausencias estatales, las dificultades de crianza, el desconocimiento de modos adecuados para afrontar la vida y relacionarse con los demás, afirman un escenario epidemiológico patológico, pero al mismo tiempo potencialmente oportuno, para la apertura de programa posgraduales que permitan a más profesionales responder atentamente a estas dificultades.

En medio de estas condiciones históricas, hay asuntos como el consumo de sustancias psicoactivas, la emergencia de enfermedades como aquellos relacionados con los trastornos del ánimo (depresión, ansiedad, bipolaridad, suicidio, estrés postraumático) que develan una nación que requiere atención en salud mental, pero además de acompañamiento psicológico con una perspectiva integral, que reconozca los distintos sistemas de vida, las relaciones que se tejen en cada área vital y cómo ello se refleja en la salud mental. Por ello, se considera pertinente, apostarle a una perspectiva sistémica, que logre avances a través de un modelo constructivista para asumir las dinámicas mismas de las personas en sus diferentes territorios, tanto lo rural como lo urbano.

Por otra parte, para la psicología, las condiciones poblacionales son fundamentales para definir los alcances interventivos y sugerir programas o actividades que impactan su salud mental. Sin embargo, no solamente es la salud mental entendida como un asunto estadístico la que se toma en cuenta, sino las relaciones que se construyen y que inciden en la constitución de ambientes patológicos haciendo difícil la resolución de problemas cognitivos, conductuales, relacionales y de concienciación sobre la vida. Por ello, se considera clave, lograr una articulación entre ámbitos de lo clínico, la salud y el área social-comunitaria de la psicología, dado que esta articulación permitirá un reconocimiento desde la complejidad de los procesos que incurran en las enfermedades mentales.

Esta condición de salud, es un escenario muy importante para la docencia universitaria que se enmarque en escenarios de la salud, puesto que es la oportunidad para desentrañar los marcos en los que lo curricular se devela en el reto de proponer programas que formen talento humano de calidad, cuya integralidad y competencias de cada sujeto les permita a los profesionales abordar problemáticas con la celeridad que los eventos de salud mental exigen.

No es indiferente entonces, como sugiere Shirley Grundy (1998), pensar que la educación debería ser una construcción social y cultural donde todas las partes puedan ser potencialmente visibilizadas e

integradas en los procesos de constitución de contenido programáticos coherentes con los contextos de las poblaciones y sus condiciones de vida.

Esta revisión es una oportunidad para valorar lo construido por la FUCS en relación con la atención en salud para la población colombiana, donde los profesionales se ven exigidos por responder con celeridad y excelencia a las poblaciones vulnerables. A sí mismo, el proceso consultivo será una herramienta documental para fortalecer los argumentos por los cuales, la facultad de ciencias sociales, administrativas y económicas forma y se construye con miras a mejorar el bienestar psicológico y la salud mental cuya línea de investigación es la que hace parte de ésta investigación.

Finalmente, con la información recolectada desde el SNIES y el cruce de datos sobre los programas posgraduales Colombia, existen programas cuyos núcleos básicos de formación no son la psicología sino la educación o el derecho, por consiguiente, es muy importante, continuar con la búsqueda y mejoramiento de la información que permita consolidar la construcción de una maestría en psicología con énfasis en infancia y adolescencia. Por lo que se han identificado diferentes referentes que nos dan respuesta favorable a la creación de esta maestría dado que la oferta corresponde a un mercado que carece de esa propuesta curricular cuyo impacto social, cultural e histórico es pertinente y necesario.

Referencias:

1. Stolkiner, A. Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XXIII. pp. 57 - 67
2. Ação Educativa et al. (2002). Adolescência. Escolaridade, profissionalização e renda. Propostas de políticas públicas para adolescentes de baixa escolaridades e baixa renda. São Paulo.
3. Barrero Plazas, A. M. (2017). Concepciones de salud mental a partir de la visión dominante de salud-enfermedad. Revista Poiésis, (32), 127-134.
4. Cárdenas Rivera, M. (2003). La construcción del posconflicto en Colombia: enfoques desde la pluralidad. Bogotá. FESCOL– CEREC. ISBN 8101166
5. Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>
6. Colombia Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 45, núm. 1, diciembre, 2016, pp. 19-25 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia
7. COLOMBIA POR LA PRIMERA INFANCIA (2006) Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. En: <http://www.accionambiental>.

org/principal/secciones/documentos/ Doctos%20Ni%C3%B1ez/politica%20de%20primera%20infancia.pdf

8. Delval, J. (2002). *El desarrollo humano*. Madrid. Siglo XXI.
9. Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.
10. GARZÓN, J. D., PARRA, A. P., PINEDA, A. S. & San Pedro, J. A. (2003). El posconflicto en Colombia: coordenadas para la paz. Tesis de pregrado, Facultad de Ciencias Jurídicas, Departamento de Derecho Procesal, Centro de Estudios de Criminología y Victimología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
11. GÓMEZ-RESTREPO, C. (2003). El posconflicto en Colombia: desafío para la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (2), 130-132. Recuperado el 18 Noviembre de 2017 , de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502003000200001&script=sci_arttext&tlng=es.
12. Henao, S., & Quintero, S., & Echeverri, J., & Hernández, J., & Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (2), 184-192. Recuperado el 27 de Junio de 2017 en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12045638007.pdf>
13. Instituto de Bienestar Familiar – ICBF. (2013). Observatorio del Bienestar de la Niñez No 9. Reclutamiento de Niños, Niñas y Adolescentes por GAOML: una mirada a sus factores de riesgo según género. Bogotá. Encontrado en <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Observatorio1/Archivo/2013/publicacion-39.pdf>
14. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). Comportamiento del fenómeno de la desaparición. Colombia, 2015. Grupo Red Nacional de Cadáveres en Condición de No Identificados y Personas Desaparecidas. Recuperado el 30 de septiembre de 2017, en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/10.+DESAPARECIDOS.pdf/e9a8d4f4-35e1-4227-bed7-fd46f8cf5b99>
15. Instituto Nacional de Salud. (2013). La salud mental en Colombia. Editorial. Revista Biomédica. Volumen 33, No. 4, Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>
16. Jaramillo, L. (2007). Concepción de infancia. *Revista zona próxima*. ISSN electrónico: 2145-9444. La nueva educación infantil. España: Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/viewFile/1687/1096>
17. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA .<https://drive.google.com/drive/folders/0By30AyHP3ajfcGphNzRrbGluaEE>
18. Ley 1616 21 de enero de 2013, POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" , <https://drive.google.com/drive/folders/0By30AyHP3ajfcGphNzRrbGluaEE>

19. LEY 1098 DE 2006 (Noviembre 8) Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.El Congreso de Colombia,
<File:///C:/Users/HMArdila/Downloads/ley%20de%20infancia%20y%20adolescencia%201098%20de%202006.html>
20. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana.1960-2012file:///C:/Users/docsociales1/Downloads/La%20salud%20mental_%20una%20mirada%20desde%20su%20evoluci%C3%B3n%20en%20la%20normatividad%20c....html
21. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: El Ministerio; 2005. ...Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012;30(2): 202-211
22. Ministerio de salud y protección social. 2013. Plan decenal de Salud Pública 2012 - 2021: la salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional de Colombia.
23. Ministerio de la Protección Social. (2017). Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental. Imprenta Nacional de Colombia. Primera Edición.
24. Moreno. A, y Del Barrio. C, (2000). *La experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires. Editorial Aique.
25. Organización Mundial de Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra.
26. OMS (2001a). Documentos básicos. 43ª Edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud:1
27. OMS (2001b). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud* (Hoja informativa, N°.2020).
28. Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/Liborio.pdf>
29. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Proyecto de Política de Salud Mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. EN:
Http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=19&id=74&Itemid=256 www.minsalud.edu.co
30. Oblitas LA. Psicología de la salud y calidad de vida. 2º ed. México D.F: Thomson; 2006...Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012;30(2): 202-211
31. Vanegas Pérez, G., Barbosa González, A., & Pedraza Manuel, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), 159-176. doi:<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a09>
32. PUERTO SANTOS, J. (1980) La práctica psicomotriz. Apuntes para comprender la evolución de la atención de la infancia. Málaga: Ediciones Jaime Aljibe.

33. Restrepo O, D., & Jaramillo E., J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30 (2), 202-211.
34. Rodríguez, G. (2017). Cada día se dan por desaparecidos siete menores de edad. Periódico El Tiempo. Recuperado el 20 de agosto de 2017: <http://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/cifras-de-desaparicion-de-menores-en-colombia-tras-el-conflicto-armado-112128> Rutas integrales de atención en salud, modelo integral de atención en salud MIAS, Minsaud file:///C:/Users/grr_2/Desktop/05-rias-presentacion.pdf.
35. Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012;30(2): 202-211
36. UNICEF. (2002). Informe: La niñez colombiana en cifras. Oficina de Área para Colombia y Venezuela. Editorial: Bernardo Nieto. Recuperado el 24 de septiembre de 2017 en: <https://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>
37. Ugarriza, J. (2013). La dimensión política del postconflicto. Avances conceptuales y empíricos, *Revista Colombia Internacional* 77. Universidad de los Andes. Bogotá. ISSN 0121-5612, pp. 141-176. DOI: <http://dx.doi.org/10.7440/colombiaint77.2013.06>