



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría  
Colombia

Arango-Dávila, César Augusto  
Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia  
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 41, septiembre, 2012, pp. 11S-21S  
Asociación Colombiana de Psiquiatría  
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80625873007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Artículos

## Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia

César Augusto Arango-Dávila<sup>1</sup>

### Resumen

*Introducción:* La enseñanza de la psiquiatría en Colombia es el resultado de la confluencia de diferentes corrientes conceptuales que desde inicios del siglo XX empezaron a hacer parte del quehacer psiquiátrico. Este conocimiento se trasladó de generación en generación mediante métodos pedagógicos hasta cristalizarse en la noción actual de la formación. *Métodos:* Se reconocen los diferentes momentos fundamentales de la historia de la psiquiatría en el mundo y la introducción de estas tendencias en Colombia, especificando su impacto en la enseñanza. *Resultados:* La estructuración actual toma de la psiquiatría organodinámica francesa algunos reductos, especialmente de los aspectos conceptuales y clínicos; así mismo, se forma a partir de la concepción kraepeliana y las terapias biológicas introducidas desde el segundo cuarto del siglo pasado y la tendencia psicoanalítica introducida desde 1950. *Conclusión:* Los departamentos de psiquiatría de nuestro país forman un psiquiatra hábil y destacado en el manejo de las enfermedades mentales, con conocimientos básicos en la fisiopatología y la psicopatología, con buen entrenamiento en psicofarmacología y en mayor o menor proporción en psicoterapia, se evidencia una limitación en la formación de salud mental comunitaria.

**Palabras clave:** Enseñanza, psiquiatría, instituciones de enseñanza superior, salud mental

**Title: Conceptual Aspects of the Teaching Psychiatry in Colombia**

### Abstract

*Introduction:* The teaching of Psychiatry in Colombia is the result of the accumulation of different conceptual streams dating back to early twentieth century and the beginning of Psychiatric study. By a way of different teaching methods, this knowledge was transferred from generation to generation to materialize into its current formation. *Methods:* Different key moments are recognized in the history of Psychiatry throughout the world and the introduction of these trends in Colombia, and specifically its impact on teaching. *Results:* The current structure derives from French elements of organ-dynamic Psychiatry, both conceptual and clinical, likewise, it is formed from conception kraepeliana and biologic therapies introduced from the second quarter of the last century and the psychoanalytic trend introduced since 1950. *Conclusion:* The Psychiatric Departments of Colombia form prominently in Psychiatry and are skillful in managing mental illness, with basic knowledge of pathophysiology and psychopathology, as well as good training in psychopharmacology and psychotherapy.

<sup>1</sup> Médico, PhD. Fundación Valle del Lili de Cali, Grupo de Investigación Biomédica de la Universidad Icesi de Cali, Cali, Colombia.

A limitation is evident in the formation of community mental health.

**Key words:** Teaching, psychiatry, higher education institutions, mental health

## Introducción

El intento por definir las tendencias del ejercicio de la psiquiatría en Colombia y su ascendencia hacia la enseñanza no puede hacerse sin un contexto histórico. Si bien las tentativas de sistematización de la información pueden generar omisiones de aspectos importantes o inclusiones sobredimensionadas, situación debida al interés y formación del historiador, es necesario recurrir a referentes que nos permitan delimitar los aspectos fundamentales para no perdernos en un maremagno de datos y cifras.

Nos acogemos, en este sentido, a la descripción ya clásica de Zilboorg y Henry (1), quienes identifican cuatro momentos trascendentales de la psiquiatría. Estas “revoluciones” se denominan así por su repercusión en el pensamiento de cada momento, por la reflexión que generan en el contexto de la enfermedad mental y su tratamiento, y, especialmente, por el efecto que han generado sobre la cotidianidad de la práctica clínica psiquiátrica. Las tendencias conceptuales de la psiquiatría se establecieron paulatinamente en Colombia, las cuales permearon el país con la llegada en diferentes momentos de expertos formados, que de alguna manera

introdujeron el enfoque, el razonamiento, las deducciones, los cuadros clínicos y las intervenciones dirigidas a mejorar la enfermedad mental.

Concatenadas con estas tendencias aparecieron los modos de enseñanza que se fueron estableciendo, hasta generar un marco definido, en el que se debate la enseñanza de la psiquiatría actual en Colombia. Esta es una revisión de los diferentes momentos relacionados con el desarrollo de los conceptos en psiquiatría y la docencia en el ámbito institucional.

## Conceptos de la psiquiatría en el mundo

La primera revolución de la psiquiatría, en 1795, la planteó Philip Pinel (1745-1826), secundado por Esquirol (1772-1840), en Francia, al liberar a los pacientes psiquiátricos de las cadenas, los grillos y el encierro. Influenciado en su momento histórico por la religión judeocristiana, planteó “la cura por la palabra en busca de la recuperación de la moralidad”. Por primera vez, se señaló que la persona con trastorno mental fuera escuchada y aconsejada, hasta lograr que su conducta se sanara y se adecuara a las normas morales. Bajo esta condición, la persona que dirigía los frenocomios y asilos se investía del poder de “corregir” la conducta desviada por medio del diálogo, que, en la gran mayoría de los casos, no pudo ser posible, dada la “arbitrariedad” y “falta de juicio” del enfermo mental (2).

Esto, con el tiempo, regresó la tendencia a la postura opresiva, el médico del frenocomio podía ordenar estrategias para corregir al desviado: baños de agua helada, silla giratoria, inyecciones de trementina, ejercicio hasta quedar exhaustos, premios, castigos y de nuevo el encerramiento y la inmovilización; a pesar de todo ello, los planteamientos de Pinel y Esquirol fundaron los precedentes para la humanización del “loco y la locura”, tendencia rescatada mucho después por los psiquiatras humanistas y puestas a consideración para la reflexión con el movimiento antipsiquiátrico de los años sesenta.

La segunda revolución de la psiquiatría fue trazada por Emil Kraepelin (1855-1926) a finales del siglo XIX; por primera vez, los diferentes trastornos mentales fueron observados con una óptica clínica y pudieron nombrarse y clasificarse: Kraepelin publicó en 1883 su *Tratado de psiquiatría*, y por medio de sus nueve ediciones subsecuentes describió con magistral precisión la evolución y el pronóstico de los principales trastornos mentales; muchos de los conceptos introducidos y gran parte de su nosología sigue vigente en la actualidad. Consideró que la enfermedad mental correspondía a alteraciones del cerebro, pero aportó muy poco en los aspectos etiológicos y en el tratamiento de los trastornos mentales, de tal manera que los manicomios continuaron requiriendo más espacio y más camas.

La tercera revolución de la psiquiatría fue delimitada a finales del siglo XIX y principios del siglo XX por el padre del psicoanálisis, el neurólogo y psiquiatra Sigmund Freud. A pesar de sus intentos por afrontar el problema de la enfermedad mental desde una óptica biológica, el estado del conocimiento en *ciencias naturales* hasta ese momento hizo que estos intentos fracasaran; Freud se vio en la necesidad de evaluar, observar y seguir clínicamente a sus pacientes. Con una aguda percepción en un contexto hermenéutico, describió una teoría de la función mental, y con ella fundó una terapia que, a pesar de las críticas, sigue siendo vigente y referenciada permanentemente en la literatura médica actual. Sin embargo, Freud, con su visión holística, no descartó nunca la posibilidad de que los fenómenos mentales pudieran ser descritos desde una postura biológica. Si bien el psicoanálisis se aceptó como una terapia, especialmente dirigida a la cura de los trastornos neuróticos, su repercusión en las enfermedades mentales de tipo psicótico y la posibilidad de tratar con este método grandes poblaciones fue muy pobre, de tal manera que los asilos continuaron llenos (3).

En la primera mitad del siglo pasado aparecieron terapias biológicas promisorias, las cuales permitieron que una proporción de pacientes salieran del manicomio y fueran tratados de forma ambulatoria; la malarioterapia aplicada por Wagner

von Jauregg (1857-1940), Premio Nobel de Medicina permitió que hasta una cuarta parte de los pacientes institucionalizados en esa época por los síntomas neuropsiquiátricos de la parálisis general progresiva causada por la sífilis salieran definitivamente del manicomio (2). Esto marcó la pauta y generó el optimismo para la creación de otros métodos físicos y químicos que mejoraran los síntomas mentales. Así apareció la insulino-terapia, el choque cardiazólico, la psicocirugía y la terapia electroconvulsiva; estos últimos dos métodos utilizados en algunas ocasiones en la actualidad.

La cuarta revolución de la psiquiatría la marcó la aparición de los psicofármacos, especialmente el largactil (clorpromazina), molécula sintetizada por el laboratorio Rhone-Poulenc, estudiada por Henri Laborit, Pierre Denicker y Jean Delay, en 1952 (2). Esta sustancia mostró la capacidad de disminuir o eliminar síntomas, como las ideas delirantes, las alucinaciones y la inquietud motora, lo cual permitió que muchos pacientes con enfermedades psicóticas pudieran permanecer la mayoría del tiempo en sus casas y no en las instituciones psiquiátricas. Este primer paso en la psicofarmacología y los avances continuos en la neuroquímica pronto abrió la posibilidad de mirar, desde el punto de vista etiopatológico, las enfermedades mentales. Así, concomitante al progreso de la psicofarmacología, fue el progreso

en la descripción etiopatogénica de las enfermedades mentales, y, por lo tanto, una acomodación cada vez más plausible de la práctica psiquiátrica al modelo médico.

Para la década de los años setenta ya se encontraba disponible en casi todo el mundo un conjunto de fármacos como el carbonato de litio, los antidepresivos tricíclicos, las butirofenonas, las fenotiazinas, las benzodiazepinas y los anticomiciales, como la carbamazepina; en la década de los ochenta se introdujeron los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, el ácido valproico, los inhibidores de canales de calcio y los neurolépticos de depósito; y desde la década de los noventa han aparecido los inhibidores selectivos de recaptura de norepinefrina, los inhibidores duales, los antipsicóticos atípicos, los medicamentos anticolinesterasa, los nuevos anticomiciales y los bloqueadores de receptores NMDA. Desde la aparición de los psicofármacos, la cantidad de camas psiquiátricas y pacientes institucionalizados ha disminuido radicalmente en todo el mundo; en Colombia, la proporción de este decremento se estima en un 70% en los últimos 30 años.

En síntesis, tenemos que la primera revolución psiquiátrica fue el intento de darle al enfermo mental un reconocimiento humanizado, y la segunda estuvo enmarcada en la descripción nosológica, que permitió procurarle una identidad desde el ámbito médico. La tercera y la cuarta revoluciones psiquiátricas se funda-

ron en métodos terapéuticos: estos métodos delimitaron dos tendencias aparentemente irreconciliables, por un lado psicologista (psicoanálisis) y por otro lado biologista (psicofármacos). El afianzamiento de estas dos corrientes ha estado influido en gran medida por la permanencia del dualismo cartesiano, que, influenciado por la religión judeo-cristiana y asociado con la historia del pensamiento occidental, ha hecho que las estructuras conceptuales adquieran y tiendan a permanecer con un carácter dicotómico, lo que ha repercutido de forma importante en la nosología, las consideraciones etiopatogénicas, el enfoque clínico y especialmente en las aproximaciones terapéuticas (2).

Zilboorg y Henry, con su publicación en 1968, no hicieron mención de lo que podríamos señalar como una quinta revolución psiquiátrica, la cual se estaba gestando al momento de la publicación de su *Historia de la psicología médica*. Esta revolución la encuadró la detracción al proceder psiquiátrico, especialmente al señalarse de forma contundente el papel de lo social en el destino de los individuos y la crítica a los métodos restrictivos, opresivos y controladores que han persistido en la psiquiatría desde sus orígenes; sus exponentes, de forma aguerrida, se opusieron a cualquier tipo de “manipulación de la mente”, mediante cualquier tipo de método psicoterapéutico o farmacológico. Además, hicieron una crítica al concepto de *anormalidad*,

al negar las enfermedades mentales como entidades médicas, más bien, considerando al “desadaptado” como un chivo expiatorio que reúne, carga y se revienta en la psicosis, en un grito desesperado originado en la presión social y de la familia: por lo tanto, el manejo de esta crisis no debía estar en el individuo, sino en lo social, donde los sociólogos y los políticos tendrían preeminencia y el papel del médico estaría justificado solo en una condición de “agente de cambio social” (4).

Desde 1960, Thomas Szasz, David Cooper, Robert Laing, Maud Mannoni y especialmente Franco Basaglia generaron en su crítica extrema al proceder psiquiátrico y la visión polarizada hacia lo social lo que dio a llamarse la *antipsiquiatría*. El tiempo ha mostrado que esta corriente, en vez de opacar la psiquiatría, generó una definida reflexión hacia el quehacer del psiquiatra y la función de la psiquiatría, especialmente al crear la necesidad de integrar a su engranaje etiopatogénico, nosológico y terapéutico el componente social del individuo.

### **Conceptos de la psiquiatría en Colombia**

En Colombia, el profesor Humberto Rosselli, autor del célebre libro *Historia de la psiquiatría en Colombia* (5), señala tres momentos de la psiquiatría que, de alguna manera, se corresponden con la historia de la psiquiatría en el mundo y definen de forma importante los momentos

trascendentales de la psiquiatría en nuestro país. Entre 1870 y 1880, la fundación de los establecimientos para enfermos mentales en Bogotá y Medellín, de estructura manicomial, pero dirigidos específicamente al manejo de las enfermedades mentales; entre 1913 y 1926, la fundación de las cátedras de Medicina Mental y Nerviosa, de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina; hacia 1950, la introducción de la psicoterapia científica y la orientación dinámica de la psiquiatría.

Un influjo importante de la psiquiatría francesa llegó a Colombia por medio de Carlos E. Putman (1850-1915), quien fue el precursor de la psiquiatría y la medicina legal en Colombia; discípulo de Charcot en Francia, hizo una propuesta fisiológica y fisiopatológica de corte organicista como causas de la psicosis. Si bien en sus preceptos no desconoce la importancia de los aspectos biológicos, manifiesta una realidad dicotómica del psiquismo: material y espiritual.

Antonio Gómez Calvo (1853-1926), contemporáneo de Putman, señaló que los enfermos mentales en Colombia se encontraban en condiciones precarias y medievales “como antes de Pinel”, y por primera vez introduce aspectos nosológicos, epidemiológicos y psicoterapéuticos. Señaló que en ese momento el principal problema en nuestro país era el alcoholismo y sus consecuencias neuropsiquiátricas.

Entre los pioneros de la psiquiatría en Colombia está Ricardo

Escobar Ramos (1898), quien hizo la primera clasificación estadística de los enfermos mentales en Medellín, veinte años después de la creación de los primeros manicomios. Pero el primer psiquiatra de formación en Colombia fue Maximiliano Rueda Galvis (1886-1944), profesor de la Universidad Nacional de Colombia y director del manicomio de varones de Bogotá; introdujo en nuestro país la malarioterapia, la convulsoterapia con cardiazol, el electrochoque y la lobectomía frontal; además, fundó la Sociedad Colombiana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Forense, que funcionó entre 1940 y 1943. Fue sucedido por Edmundo Rico Tejada (1899-1966), quien estudió neuropsiquiatría en París; en 1942 fundó la revista *Anales Neuropsiquiátricos*, la cual se mantuvo durante 18 años.

En 1913 ocurre un hecho muy importante para el desarrollo de la docencia de la psiquiatría en Colombia, el ordenamiento por Ley de la República de la enseñanza de “Medicina Mental y Nerviosa en las Facultades de Ciencias Naturales y Medicina”, pero solo fue hasta el 11 de agosto de 1916 cuando se dictó la primera cátedra por parte de Miguel Jiménez López, discípulo de Gilles de la Tourette, Babinsky y Dupré (5). Jiménez López formó la primera generación de psiquiatras en nuestro país, señaló el influjo creciente de la psiquiatría norteamericana y cómo esta iría desplazando paulatinamente la clínica francesa. Afirmó, un poco desencantado, que el problema de



la locura era muy complejo; además, por las diferentes corrientes que caracterizan la psiquiatría, que consideraba “irreconciliables”.

Desde el segundo cuarto del siglo pasado la psiquiatría norteamericana empezó a tener un gran influjo en Colombia. Luis López de Mesa (1917) estudio psicopatología, neurología y fisiología en Harvard, e introdujo la psiquiatría de Kraepelin, con una postura funcionalista, pragmática y organicista; de igual manera, Carlos A. León, quien se formó en la Universidad de Tulane, fundó en 1955 la cátedra de Psiquiatría de la Universidad del Valle y ha sido uno de los psiquiatras más reconocidos en el ámbito mundial por sus estudios sobre la evolución de la esquizofrenia.

Si bien el origen de la psiquiatría en Colombia tuvo la transición de la corriente organodinámica francesa a la corriente biológica norteamericana, a mediados del siglo pasado se introdujo en nuestro país la *terapia psicoanalítica*. En 1948, Arturo Lizarazo, quien se formó en Chile; en 1950, José Francisco Socarrás, y en 1951, Hernán Quijada, provenientes de Europa, constituyeron para 1956 el ‘Grupo de Estudios Psicoanalíticos’ en Colombia, que en 1961 se convirtió en la Sociedad Psicoanalítica colombiana. Desde este escenario, el psicoanálisis empezó a permear la psiquiatría, pues muchos psiquiatras vieron en esta técnica una importante posibilidad terapéutica.

Es importante resaltar que entre 1975 y 1990 se plantearon progra-

mas de aplicación comunitaria de la psiquiatría, que sirvieron como referente a escala mundial (6). Esta concepción fue desarrollada y reportada por los doctores Carlos Climent, Carlos León y María Victoria de Arango, de la Universidad del Valle. Desafortunadamente, no se volvieron a hacer reportes ni publicaciones sobre la experiencia comunitaria, y hasta el momento, en nuestro país, no existe un Departamento de Psiquiatría que defina en su práctica y producción intelectual una visión en *salud mental y psiquiatría comunitaria*, lo que se refleja en la formación de los psiquiatras, quienes tienen un énfasis básicamente asistencialista.

### La enseñanza de la psiquiatría

Durante mucho tiempo no hubo otro tipo de enseñanza de la psiquiatría en Colombia y en otros países que la del aprendizaje, junto con uno o varios maestros sin un currículo de enseñanza definido. El Comité para la Especialidad de Psiquiatría que se integró el 8 de junio de 1965 por docentes destacados de cada uno de los programas de psiquiatría existentes hasta el momento en el país, planteó diferentes aspectos relacionados con la educación en psiquiatría y consideró que la formación del psiquiatra colombiano tendría la siguiente finalidad:

El programa de entrenamiento en psiquiatría, por el sistema de Residencias, debe tener como objetivo



formar psiquiatras generales con sólidas bases médicas, psicológicas y humanísticas, integrando de modo armónico las diversas escuelas y puntos de vista. Debe estar orientado hacia la preparación de psiquiatras para la comunidad con sus problemas y necesidades más características.

En la segunda mitad del siglo pasado se empezó a establecer una verdadera pedagogía de la enseñanza psiquiátrica que no se aleja de dos sistemas fundamentales, que consisten, por un lado, en el aprendizaje de la clínica mediante la experiencia, y el aprendizaje mediante libros y cursos. El proceso consiste en adquirir experiencia clínica y terapéutica en el ámbito asistencial, y la adquisición de responsabilidades progresivas y controladas (2). Esta forma de enseñanza y aprendizaje reconocido universalmente cumple con algunas características:

1. La experiencia formativa requiere varios años, no se considera posible que para asumir el rol requerido en el diagnóstico, enfoque terapéutico e intervención de los trastornos mentales sean suficientes cursos breves. La tendencia en Colombia es que la formación del psiquiatra dure cuatro años, aunque la mayoría de especializaciones actuales duran tres.
2. Se requiere que la experiencia sea variada, no solo que las personas en formación se

desempeñen en varios tipos de servicios en una misma clínica, sino que trabajen en diferentes clínicas; esto permite el desarrollo de habilidades en diferentes tipos de pacientes y de entornos clínicos.

3. Se requiere un sistema de “tutorías” y seguimiento de la formación, para esto se utilizan diferentes estrategias basadas en la revisión de las historias clínicas, la presentación de casos clínicos y la evaluación de protocolos de psicoterapia.
4. La bibliografía utilizada y los cursos dispensados están en relación directa con la formación de los docentes y la adhesión de estos a escuelas o tendencias.
5. Se ha planteado que la formación esté relacionada con las ofertas de trabajo en la región. En Colombia la formación debería tener un enfoque principalmente comunitario, dada la problemática del país.
6. La formación en aspectos psicoterapéuticos tiene relación con diferentes corrientes, desde la psicoterapia con énfasis psicoanalítico y el psicoanálisis, hasta psicoterapias de tipo sistémico o cognitivo comportamental. Cada vez es más notable el papel de la formación en psicoeducación como estrategia para lograr la adherencia de los pacientes a los diferentes tratamientos y al reconocimiento de la enfermedad.

Acorde con el anterior planteamiento, departamentos de psiquiatría de nuestro país forman un psiquiatra hábil y destacado en el manejo de las enfermedades mentales, con conocimientos básicos en fisiopatología y psicopatología, con buen entrenamiento en psicofarmacología y, en mayor o menor proporción, en psicoterapia; algunos, con énfasis en psicoterapia psicoanalítica y otros en psicoterapia sistémica, interpersonal o de otro tipo.

Según lo plantea Rosselli (7):

La psiquiatría contemporánea en Colombia está conformada por profesionales ubicados en diferentes lugares del espectro biológico/psicoanálisis (dinámico/organicista), con una tendencia ecléctica, en la cual se asume un papel diferente dependiendo del diagnóstico del paciente y de la experiencia clínica.

Algunas condiciones psiquiátricas responden mejor al manejo con estrategias biológicas, otras muestran mejores resultados con la psicoterapia, mientras que entre una y otra están muchos trastornos que pueden ser manejados con combinaciones de uno y otro enfoque. Sin embargo, la conceptualización de esta tendencia es pobre y requiere investigación.

Actualmente, se observa que la especialidad psiquiátrica en Colombia es la disciplina médica que tiene la mayor proporción de especialistas formados en escuelas de nuestro propio país (94,2%), en comparación

con otras disciplinas en las cuales la formación en el extranjero puede llegar hasta el 35% (28); de esta manera, tenemos que en los últimos 40 años se han formado en Colombia los psiquiatras bajo la influencia de las corrientes primarias que se han enseñado de una generación a otra, con poca influencia de otras corrientes extranjeras contemporáneas; además, porque los diferentes grupos de psiquiatría tienden a suceder a sus docentes con egresados de sus propias facultades.

### **La formación de psiquiatras en Colombia**

En Colombia existen en la actualidad trece programas de formación en psiquiatría, ocho de ellos en Bogotá. Para 1960 existían cuatro programas de psiquiatría en el país: en la Universidad del Valle, la Universidad de Antioquia, la Universidad de Cartagena y la Universidad Nacional. Finalizando la década se crearon tres programas más, todos en Bogotá: en el Hospital Militar, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad del Rosario. En la década de los años ochenta se crean los programas de la Clínica Monserrat, también en Bogotá, y el programa de la Universidad de Caldas, en Manizales. A mediados de la década de los noventa aparece el programa de la Escuela de Medicina Juan N. Corpas, en Bogotá; el de la Universidad de Cartagena y el de la Universidad Pontificia Bolivariana, de Medellín. Los últimos programas

creados son el de la Universidad de San Martín, también en Bogotá, y el de la Universidad Tecnológica de Pereira (8).

La población de psiquiatras en Colombia es relativamente joven, si se compara con otras especialidades: casi la mitad ha entrado al mercado laboral desde 1990, y a pesar de esto, la tasa de crecimiento ha estado por debajo de las otras especialidades, según el estudio realizado por Roselli y colaboradores (7). En la década de los sesenta, los programas nacionales de psiquiatría formaron 26 especialistas; en la década de los setenta, 96; en la década de los ochenta, 238, y en la década de los noventa, 293. Para el momento, se considera que el país cuenta con 829 psiquiatras activos.

Las necesidades de atención en salud mental de Colombia superan por gran margen la oferta y disponibilidad de médicos y profesionales especializados en esta área, tanto en el ámbito institucional como privado. El número total de residentes de Psiquiatría en la actualidad en Colombia es de 122, distribuidos en las trece facultades que ofrecen dichos programas; la oferta de cupos para realizar especialización en Psiquiatría es mucho menor que para el resto de las especialidades. Más aún, si tenemos en cuenta la demanda de este tipo de atención en los tres niveles, y considerando las apreciaciones anteriores en cuanto a necesidad de psiquiatras, por la evolución del perfil epidemiológico y

de salud de la población colombiana; además, teniendo en cuenta que en la actualidad la atención en salud mental se encuentra entre las políticas primarias de salud, el déficit se hace aún mayor (8).

La formación del profesional en psiquiatría en Colombia adolece del concepto de *psiquiatría comunitaria* y de salud mental comunitaria; esta formación tiene un énfasis más médico y asistencial. Los aportes en la última década de la psiquiatría colombiana en temas relacionados con aspectos sociológicos de la psiquiatría son mínimos, especialmente en las áreas que tanto repercuten de forma adversa en la salud mental de los colombianos, como la violencia y la pobreza (8). Todo lo anterior es incongruente con nuestra realidad en salud mental, especialmente porque el psiquiatra se considera uno de los actores más importantes al momento de plantear estrategias de intervención comunitaria, pero su formación en un contexto global está dirigido a la asistencia; y dado que el profesional de la psiquiatría es el directamente implicado en el manejo de la patología mental, se considera que, por su formación, debería tener elementos del contexto social para enfrentar la complejidad de los trastornos que maneja (9).

Hay una incongruencia entre el problema de la salud mental y la formación en salud mental en Colombia (8), la cual toma de la psiquiatría organodinámica francesa algunos reductos, especialmente de los as-

pectos conceptuales y clínicos; por otro lado, la concepción kraepeliana y las terapias biológicas introducidas desde el segundo cuarto del siglo pasado, además de la tendencia psicoanalítica introducida desde 1950, para formar así a un psiquiatra básicamente asistencial, que cada vez más se está dedicando a la práctica privada, desvinculado de los programas estatales de prevención y promoción de la salud mental o de atención en el ámbito comunitario.

### Referencias

1. Zilboorg C, Henry G. Historia de la psicología médica. Buenos Aires: Ed. Psique; 1968.
2. Postel J, Quetel C. Nueva historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.
3. Bleichmar N, Leiberman de Bleichmar C, Wikinski S. El Psicoanálisis después de Freud: teoría y clínica. México: Eleia Editores; 1989.
4. Sauri JJ. Historia de las ideas psiquiátricas. Buenos Aires, México: Ediciones Carlos Lhole; 1969.
5. Rosselli H. Historia de la psiquiatría colombiana. Barcelona: Masson; 1998.
6. Climent CE, Arango MV. Atención primaria en salud mental en América Latina. El programa de Cali. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 1981;27:257-74.
7. Rosselli D. La medicina especializada en Colombia: una aproximación diagnóstica. Bogotá: Editorial CEJA Universidad Javeriana; 2000.
8. Arango-Dávila C, Rojas J, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. Rev Colomb Psiquiatr. 2009;37:538-63.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención en salud mental en los países en desarrollo. Análisis crítico de los resultados de las investigaciones. Serie de informes técnicos (698). Ginebra: OMS; 2006.

*Conflictos de interés: El autor manifiesta que no tiene conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 13 de mayo de 2012*

*Aceptado para publicación: 27 de julio de 2012*

### Correspondencia

César Augusto Arango-Dávila  
Departamento de Psiquiatría  
Clínica Fundación Valle del Lili  
Avenida Simón Bolívar Carrera 98 No. 18-49  
Cali, Colombia  
arangodavila@gmail.com