



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Organización
Mundial de la Salud

Salud mental en la comunidad

Editor

Jorge J. Rodríguez

Comité editorial:

Silvina Malvárez

René González

Itzhak Levav



Salud mental en la comunidad

Segunda edición

Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 49

Editor

Jorge J. Rodríguez

Comité editorial:

Silvina Malvárez

René González

Itzhak Levav



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
“Salud Mental en la Comunidad, segunda edición”
Washington, D.C.: OPS, © 2009
(Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 49)

ISBN: 978-92-75-33065-4

I. Título II. Serie

1. SALUD MENTAL
2. SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL – organización y administración
3. PROMOCIÓN DE LA SALUD
4. TRASTORNOS MENTALES – prevención y control
5. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD –recursos humanos
6. MEDICINA COMUNITARIA
7. AMÉRICA LATINA

NLM WM30

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes, trabajadores y profesionales de salud en América Latina. Se distribuye a través **del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PAL-TEX)** de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes, y de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación. Se deja constancia que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

Diseño y diagramación: miki@ultradesigns.com

Índice

Prefacio	v
Prólogo. <i>Mirta Roses, Directora de OPS/OMS</i>	vii
Reconocimientos y lista de autores	ix
Siglas	xiii

Sección I: Una visión general de la salud mental

Capítulo 1. Introducción. <i>Jorge J. Rodríguez</i>	3
Capítulo 2. La salud mental desde una perspectiva mundial. <i>Benedetto Saraceno y Alexandra Fleischmann</i>	13
Capítulo 3. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. <i>Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn e Itzhak Levav</i>	27
Capítulo 4. El derecho a vivir y ser incluido en la comunidad. <i>Javier Vásquez</i>	39

Sección II: La comunidad

Capítulo 5. Del examen preliminar al diagnóstico comunitario de salud mental. <i>Jaime Gofin e Itzhak Levav</i>	51
Capítulo 6. Diagnóstico comunitario por medio de la investigación cualitativa. <i>Annika Sweetland y Alex Cohen</i>	71

Sección III. Hacia un modelo comunitario en salud mental

Capítulo 7. Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria. <i>Alberto Minoletti, Patricia Narváez, Rafael Sepúlveda y Michelle Funk</i>	89
Capítulo 8. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental.] <i>Michelle Funk, Edwige Faydi, Natalie Drew y Alberto Minoletti</i>	105
Capítulo 9. De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. <i>Hugo Cohen</i>	119
Capítulo 10. La atención comunitaria a las personas con trastornos mentales severos de larga duración. <i>Francisco Torres y Sandra Saldívar</i>	133
Capítulo 11. El papel de los líderes comunitarios y los grupos de usuarios y familiares. <i>Dévora Kestel</i>	157
Capítulo 12. Promoción de la salud mental. <i>Silvina Malvárez</i>	167
Capítulo 13. Prevención de los trastornos mentales. <i>Patricia Fabiana Gómez y Silvina Malvárez</i>	183

Capítulo 14. Evaluación de los sistemas de salud mental. <i>Shekhar Saxena, Víctor Aparicio y Jorge J. Rodríguez</i>	197
Capítulo 15. Formación de recursos humanos en salud mental en la comunidad. <i>Rubén Oscar Ferro</i>	207
Capítulo 16. Investigación en salud mental en América Latina. <i>Denise Razzouk, Ricardo Zorzetto y Jair Mari</i>	219
 Sección IV. Problemas específicos de salud mental	
Capítulo 17. Salud mental en la infancia y adolescencia. Cristóbal Martínez	231
Capítulo 18. Salud mental en los adultos mayores. <i>Enrique Vega, Josefa González Picos y José Alberto Olivera Álvarez</i>	245
Capítulo 19. Violencia y salud mental. <i>Jorge J. Rodríguez</i>	257
Capítulo 20. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. <i>Jorge J. Rodríguez</i>	269
Capítulo 21. Prevención y control de la conducta suicida. <i>José Manoel Bertolote</i>	285
Capítulo 22. Cómo responder a los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la comunidad. <i>Maristela G. Monteiro</i>	297
Capítulo 23. La salud mental en el ámbito laboral. <i>Gaston Harnois</i>	311
 Sección V. Experiencias exitosas de salud mental en América Latina y el Caribe	
Capítulo 24. Belice: Un ejemplo de atención de salud mental en la comunidad. <i>Claudina Elington Cayetano</i>	325
Capítulo 25. Panamá: La descentralización de los servicios de salud mental. <i>Juana del C. Herrera, Gaspar Da Costa y Víctor Aparicio Basauri</i>	333
Capítulo 26. Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. <i>Alberto Minoletti, Patricia Narváez, Rafael Sepúlveda y Angélica Caprile</i>	339
Capítulo 27. Cuba: Los Centros Comunitarios de Salud Mental —De la ideología a la práctica. <i>Mario León</i>	349
Capítulo 28. Argentina: El Programa de salud mental en la provincia de Río Negro. <i>Hugo Cohen y Graciela Natella</i>	357
Índice alfabético de materias	369

Prefacio

El programa de trabajo determinado por los Gobiernos Miembros que constituyen la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro de sus actividades de desarrollo de la infraestructura y personal de salud, comprende la elaboración de nuevos tipos de materiales educativos aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad.

En cumplimiento a lo señalado por los Gobiernos, se presenta a la consideración de los interesados, dentro del marco general del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, la *Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud*, de la cual forma parte este manual.

El PALTEX, en general, tiene por objetivo ofrecer el mejor material de instrucción posible destinado al aprendizaje de las ciencias de la salud, que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de sus diferentes etapas de capacitación. De esta manera, dicho material está destinado a los estudiantes y profesores universitarios, a los técnicos y a los auxiliares de salud, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado, tanto a las etapas de pregrado como de posgrado, a la educación continua y al adiestramiento en servicio y puede servir a todo el personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia de la atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones.

El PALTEX cuenta con el financiamiento de un préstamo otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación. La coordinación técnica del PALTEX ha sido encomendada a la Unidad de Recursos Humanos en Salud del Área de Sistemas de Servicios de Salud de la OPS, que tiene a su cargo un programa de cooperación técnica destinado a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud.

La *Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud* se refiere específicamente a manuales y módulos de instrucción para el personal de los Ministerios y Servicios de Salud, siendo una selección de materiales que proporciona elementos para la formulación y el desarrollo de programas de atención primaria.



*No hay salud sin salud mental;
la salud física y mental son
inseparables y tienen una
influencia recíproca múltiple y
compleja. La salud mental es
esencial para lograr el bienestar
pleno individual y social.*

Prólogo

Esta obra que tengo el placer de presentar enfoca uno de los temas más relevantes en el campo de la salud pública en nuestros días: la salud mental y su abordaje desde un modelo comunitario de servicios. No hay salud sin salud mental; la salud física y mental son inseparables y tienen una influencia recíproca múltiple y compleja. La salud mental es esencial para lograr el bienestar pleno, individual y social.

Los trastornos mentales constituyen un creciente problema de salud en el mundo y en especial en el continente americano. Sin embargo, a pesar del significado y la magnitud de la carga de los trastornos mentales resulta indudable que el desarrollo de la atención de salud mental en América Latina y el Caribe ha tenido que enfrentar diferentes limitaciones y dificultades.

La Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela en noviembre de 1990 y auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) marcó un hito histórico en el camino de la reforma y modernización de los servicios de salud mental en la Región. La Declaración de Caracas enfatizó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico debía ser sustituida por un modelo de base comunitaria, descentralizado, participativo e integral.

El Consejo Directivo de la OPS/OMS, en sus reuniones de 1997 y 2001, instó a los Estados Miembros a priorizar la salud mental y desarrollar acciones en esa dirección. En noviembre del 2005 se celebró en Brasilia la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas”, auspiciada por la OPS/OMS y el Gobierno de Brasil, la cual permitió evaluar lo sucedido en este periodo, los nuevos desafíos técnicos y culturales que los servicios de salud mental deben afrontar y las perspectivas para el futuro. La atención a poblaciones vulnerables, la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia, la conducta suicida, el abuso del alcohol, y el aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, son algunos de los retos que nos aguardan en este siglo XXI.

A lo largo de estos años, la OPS/OMS ha trabajado de manera sostenida con los Estados Miembros en el desarrollo de políticas y planes integrales de salud mental y en el fortalecimiento de un modelo de servicios de base comunitaria. La presente obra es una contribución más a este propósito.

En 1992, el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la OPS y de Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) publicó el libro “Temas de salud mental en la comunidad” el cual se difundió ampliamente en el contexto latinoamericano, especialmente en universidades y escuelas de formación de técnicos en salud. Obviamente, después de 15 años, el manual requería ser renovado a la luz de los conocimientos y experiencias actuales. Para cumplir este cometido el Programa Regional de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación de la OPS/OMS, junto con el Programa PALTEX ha preparado esta nueva edición de “Salud mental en la comunidad”.

La obra si bien está dirigida fundamentalmente al medio académico, puede resultar un valioso elemento de consulta para los trabajadores de la salud, gerentes de servicios y todos aquellos relacionados o interesados en el campo de la salud mental.

Nos complace destacar que un amplio grupo de autores contribuyó a la elaboración del libro, todos profesionales de reconocido prestigio en diferentes áreas del conocimiento y con una sólida experiencia en la práctica de la salud mental comunitaria. A todos ellos hago llegar mi reconocimiento y gratitud por haber aceptado el reto de participar en este esfuerzo.

La sección final del libro se dedica a la descripción de algunas experiencias innovadoras en el campo de la salud mental comunitaria en América Latina y el Caribe. Es alentador saber que hoy podemos, en nuestra Región, hablar no sólo de formulaciones conceptuales y programáticas, sino también mostrar una rica experiencia práctica, logros y lecciones aprendidas; esta es una fortaleza que nos permitirá seguir avanzando sobre base firmes.

El futuro es promisorio, existen los medios y los conocimientos necesarios para tratar y rehabilitar a las personas con enfermedades mentales. Hay evidencia científica que nos permite trabajar en la promoción de la salud mental y la prevención de muchos trastornos psíquicos. Los gobiernos muestran su voluntad política para avanzar en este campo y, como mencioné anteriormente, hay experiencias sólidas.

Espero que este libro contribuya al debate constructivo y enriquecedor, se convierta en obra de consulta y sirva para fortalecer las ideas y la práctica. La OPS se siente satisfecha de poder contribuir al mejoramiento del estado de salud mental de la población de nuestro continente.

Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud

RECONOCIMIENTOS

La Organización Panamericana de la Salud manifiesta su agradecimiento a las personas que cooperaron con su experiencia y conocimientos en la elaboración de la presente obra, sin cuyas valiosas contribuciones no habría sido posible su publicación. La lista de autores que a continuación se consigna recoge en orden alfabético los nombres de los autores principales, coautores y colaboradores

LISTA DE AUTORES

Víctor Aparicio Basauri. Asesor Subregional de Salud Mental para Centroamérica, México y Caribe Hispano, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Panamá, Panamá.

José Manoel Bertolote. Profesor Asociado, Departamento de Neurología, Psicología y Psiquiatría/ Programa de Posgrado en Salud Pública. Facultad de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. São Paulo, Brasil.

Angélica Caprile. Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Claudina Elington Cayetano. Technical Advisor, Mental Health Program, Ministry of Health, Belmopan, Belize.

Alex Cohen. Senior Lecturer in International Mental Health. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, U.K.

Hugo Cohen. Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires, Argentina.

Gaspar Da Costa. Psiquiatra. Ministerio de Salud. Panamá, Panamá.

Natalie Drew. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Edwige Faydi. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Rubén Oscar Ferro. Director del Instituto de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Alexandra Fleischmann. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Michelle Funk. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

Jaime Gofin. Visiting Professor, Director MPH Community Oriented Primary Care (COPC) Program, Department of Prevention and Community Health, School of Public Health and Health Services, George Washington University. Washington, D.C. Estados Unidos de América.

Patricia Fabiana Gómez. Profesora de Investigación en Enfermería, Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Presidenta de la Fundación Instituto Universitario de Ciencias de los Sistemas Humanos. Coordinadora de la Red Internacional de Enfermería en Salud Mental. Córdoba, Argentina.

Josefa González Picos. Profesora de la Universidad de La Habana. Centro de Investigaciones en Longevidad, Envejecimiento y Geriátrica. La Habana, Cuba.

Gastón Harnois. Director del Centro Colaborador de la OMS en Investigaciones en Salud Mental, Instituto de Salud Mental, Universidad Douglas. Montreal, Canadá. Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de McGill, Montreal, Canadá.

Juana del C. Herrera. Directora General del Instituto Nacional de Salud Mental y Coordinadora Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. Panamá, Panamá.

Déhora Kestel. Asesora Subregional en Salud Mental para el Caribe de habla inglesa. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bridgetown, Barbados.

Robert Kohn. Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano. Universidad Brown, Providence, Rhode Island. Estados Unidos de América.

Mario León González. Profesor Auxiliar de Psiquiatría, Facultad 10 de Octubre. Director del Centro Comunitario de Salud Mental Lawton, Municipio 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

Itzhak Levav. Asesor en Investigación, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Jerusalén, Israel. Miembro del Panel de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Silvina Malvárez. Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud, Coordinadora Técnica del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América.

Jair Mari. Profesor, Departamento de Psiquiatría, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil. Honorary Visiting Professor, Centre for Public Research, King's College, University of London. London, U.K.

Cristóbal Martínez. Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, Universidad de La Habana. Jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría Infante-Juvenil, Ministerio de Salud, Cuba.

Alberto Minoletti. Jefe, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Maristela G. Monteiro. Asesora Principal en Materia de Alcohol y Abuso de Sustancias. Coordinadora del Equipo sobre Tabaco, Alcohol y Abuso de Sustancias. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América.

Patricia Narváez. Funcionaria del Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Graciela Natella. Miembro coordinador de la RED FUV (Asociación Comunitaria de Familiares, Usuarios, Voluntarios, Estudiantes y Profesionales) Buenos Aires, Argentina.

José Alberto Olivera Álvarez. Jefe de la Sala de Agudos del Servicio de Psiquiatría, Hospital “Calixto García”, La Habana, Cuba.

Denise Razzouk. Profesora Afiliada, Departamento de Psiquiatría, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Jorge J. Rodríguez. Coordinador del Proyecto de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América.

Sandra Saldivia. Profesora Asociada, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. Secretaria Ejecutiva de la Red Maristan.

Benedetto Saraceno. Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Shekhar Saxena. Programme manager, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Rafael Sepúlveda. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago, Chile.

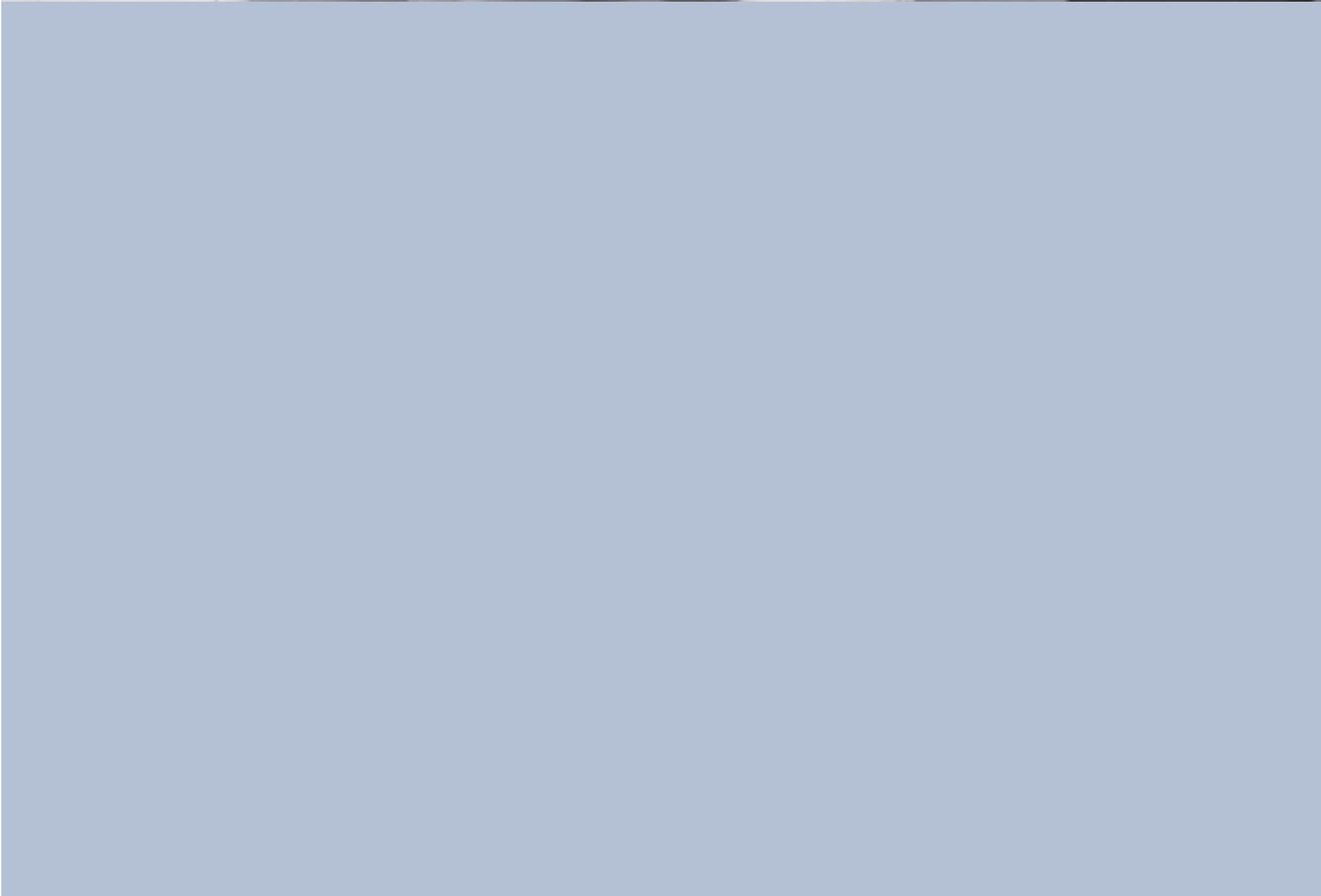
Annika Sweetland. Department of Sociomedical Sciences, Columbia University, Mailman School of Public Health. New York, U.S.A.

Francisco Torres. Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Granada. Granada, España. Presidente de la Red Maristan

Javier Vásquez. Asesor Regional de Derechos Humanos. Área de Asuntos Jurídicos/Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación (LEG/THR). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América.

Enrique Vega García. Asesor Regional en Envejecimiento y Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington D.C. Estados Unidos de América.

Ricardo Zorzetto. Estudiante de posgrado, Departamento de Psiquiatría, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.



SIGLAS

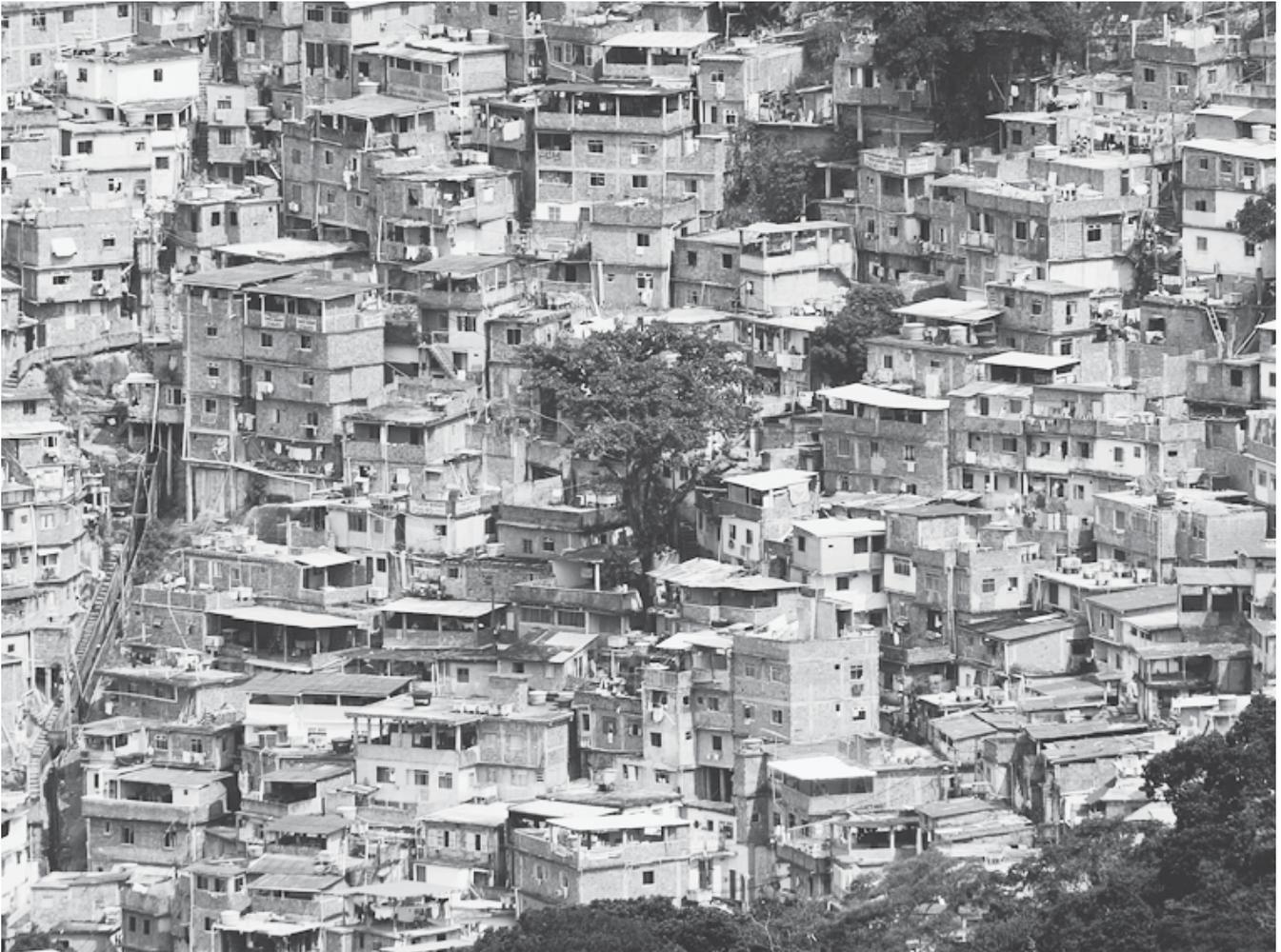
AA	Alcohólicos Anónimos
AMP (WPA)	Asociación Mundial de Psiquiatría
APMP (YLL)	Años de vida perdidos por muerte prematura
APS	Atención Primaria de la Salud
AUDIT	Cuestionario para la identificación de los trastornos relacionados con el uso del alcohol (en inglés, Alcohol Use Disorders Identification Test)
AVAD (DALY)	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
AVPD (YLD)	Años de vida saludable perdidos por discapacidad
CCSM	Centro Comunitario de Salud Mental
CGE (GBD)	Carga Global de Enfermedades
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIE-10 (ICD-10)	Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM IV	Cuarto Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana
EDAN	Evaluación de daños y análisis de necesidades
EDIC (CIDI)	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta
EEA (PSE)	Examen del Estado Actual
EMID	Equipo Móvil de Intervención a Distancia
EPAP (PNP)	Enfermera Psiquiátrica de Atención Primaria (Belice)
ESM	Equipo de salud mental
FRAP (FAP)	Fracción o porcentaje de riesgo atribuible a la población
FODA	Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas
GENACIS	Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura (Belice)
ISI	Base de datos del Institute for Scientific Information
ISCE (ECHI)	Indicadores de Salud de la Comunidad Europea
ITUA (AUDIT)	Identificación de los trastornos debidos al uso del alcohol
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
MDRI	Mental Disabilities Health Rights International
MEDLINE	Base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos
ODM (MDG)	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT (ILO)	Organización Internacional del Trabajo

OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud
OMS-IESM (WHO-AIMS)	Instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental de la OMS
ONG (NGO)	Organismo no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS (PAHO)	Organización Panamericana de la Salud
PALTEX	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
PED (DIS)	Programa de Entrevista Diagnóstica
PIB (GDP)	Producto Interno Bruto
PMASM (mhGAP)	Programa Mundial de Acción en Salud Mental
PPA	Paridad del poder adquisitivo
SABE	Estudio sobre salud, bienestar y envejecimiento
SciELO	Biblioteca Científica Electrónica en línea
SEPT (PTSD)	Síndrome de estrés postraumático
SIDA (AIDS)	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SM	Salud mental
SPE (EUPRIS)	Sistemas de prisiones europeos
TCC	Terapia cognitiva conductual
TM	Trastorno o enfermedad mental
TMS	Trastorno mental severo
TP	Terapia personal
TPI	Terapia psicológica integrada
TSM	Trabajador de salud mental
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UIC	Unidad de Intervención en Crisis
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH (HIV)	Virus de la inmunodeficiencia humana
WONCA	World Organization of Family Doctors (en español: Organización mundial de médicos de familia)

Nota: Las siglas entre paréntesis corresponden al original en inglés.

SECCIÓN I

Una visión general de la salud mental



En síntesis, la situación resultante es una paradoja en la que coexisten, por un lado, una carga abultada de los trastornos mentales y, por el otro, una respuesta insuficiente de los servicios de salud.

Introducción

*Jorge J. Rodríguez**

Los trastornos mentales constituyen un creciente problema sanitario en el mundo y en la Región de las Américas. En 1990 se le imputó a los trastornos psiquiátricos y a las enfermedades neurológicas el 8,8% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, estimada según los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). En el 2002 esa carga había ascendido a más del doble (22,2%), según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1, 2).

Sin embargo, solo una minoría de las personas que requieren atención de salud mental la reciben efectivamente no obstante la magnitud del sufrimiento que los trastornos producen, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y la comunidad. A esta situación debe agregarse el hecho de que las enfermedades mentales afectan en mayor grado a los grupos poblacionales pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos.

La seriedad de la situación se acrecienta en virtud de que la respuesta de los países es por lo general limitada o inadecuada. En síntesis, la situación resultante es una paradoja en la que coexisten, por un lado, una carga abultada de los trastornos mentales y, por el otro, una respuesta insuficiente de los servicios de salud.

Cabe agregar que las necesidades psicosociales son especialmente altas en los grupos con mayor vulnerabilidad, como las poblaciones indígenas y los que han sido víctimas de conflictos armados, violencia política o han sufrido desplazamientos. Esto se observa en muchos países donde la violencia política y las guerras civiles han provocado muertes, heridas y mutilaciones, y contribuido al desplazamiento de grupos poblacionales y al incremento del número de refugiados. Como resultado, en esos grupos se ha profundizado la pobreza y extendido su sufrimiento. Los efectos psicosociales dejan al final visibles cicatrices en la vida de las víctimas (3).

* Coordinador del Proyecto de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América

En conclusión, la información epidemiológica disponible, tanto a nivel mundial como regional, su-
mada a los contextos antes aludidos, conforman un escenario que llama a la acción (1, 4).



Se estima que en el mundo unos 450 millones de personas sufren trastornos mentales o neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso de alcohol y drogas. Muchas de ellas sufren en silencio; muchas sufren solas; muchas nunca reciben tratamiento alguno. Entre el sufrimiento y las perspectivas de tratamiento se erigen las barreras del estigma, los prejuicios, la vergüenza y la exclusión... la OMS pretende hacer llegar un mensaje nítido y contundente: la salud mental, ignorada durante demasiado tiempo, es crucial para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países y debe ser considerada universalmente desde una nueva perspectiva.

Fuente: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS, 2001 (5).

El concepto de salud mental

La OMS ha reconocido desde su creación la importancia de los componentes psicológicos y sociales, como lo refleja la definición de salud incorporada en su Constitución. Según esta, “no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social” (5). En efecto, la salud mental, la salud física y el funcionamiento social son componentes esenciales de la vida humana estrechamente relacionados e interdependientes. No obstante, en muchos países aún se subestima la salud mental en contraposición a la salud física (4, 5).

Los expertos de países de distintas culturas y variados grados de desarrollo social han definido la salud mental de diferentes maneras que abarcan el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía y competencias personales, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (5). Aunque desde una perspectiva transcultural es muy complejo llegar a una definición exhaustiva y universalmente válida, cabe admitir que el concepto de salud mental es más amplio que la simple ausencia de síntomas psíquicos.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto nosológico. Los síntomas varían sustancialmente, pero estos trastornos se caracterizan en términos generales por alguna combinación de alteraciones de los procesos del pensamiento, las emociones, el comportamiento y las relaciones interpersonales.

La salud mental de la población está influida por factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector salud: Las políticas gubernamentales tienen una influencia sobre muchos de estos factores y pueden tener efectos tanto negativos como positivos en la salud mental (5):

- *La pobreza*, en cuanto es uno de los factores ambientales de mayor adversidad para la salud mental. Las personas que viven en condiciones de pobreza tienen mayor probabilidad de padecer estrés y tener una alta prevalencia de trastornos mentales.
- *La urbanización* caótica y no planificada, asociada con un incremento de los trastornos mentales;

con ella aumenta el riesgo de carecer de vivienda adecuada y se acentúan las consecuencias de la pobreza y la exposición a las adversidades ambientales; además, trastoca los modelos tradicionales de vida familiar y reduce el apoyo social.

- *La carencia de vivienda*, que constituye un riesgo y puede, a su vez, ser consecuencia de los trastornos mentales.
- *El desempleo*, que aumenta el riesgo de depresión y está asociado con el abuso del alcohol y los comportamientos autodestructivos.
- *Las condiciones laborales*, cuyo mejoramiento es esencial para la promoción y preservación de la salud mental de los trabajadores.
- *La educación*, dado su papel determinante en la futura salud mental de las personas.
- *La legislación penal y el sistema penitenciario*. Las personas con ciertos trastornos mentales están en mayor riesgo de entrar en contacto con la justicia; por otra parte, la población carcelaria tiene mayores probabilidades que la población general de desarrollar desajustes psicológicos.



Durante la 54^a. Asamblea Mundial de la Salud, los ministros de sanidad discutieron los retos que implicaban las necesidades de salud mental de sus poblaciones y reconocieron que la situación de este rubro en sus países estaba determinada sustancialmente por los contextos políticos y socioeconómicos. Consideraron la salud mental desde “una perspectiva fundamental de promoción y prevención” así como desde “un planteamiento más enfocado hacia los trastornos mentales”. También reconocieron la necesidad de integrar la asistencia de salud mental en la atención sanitaria primaria para reducir la marginalización de la salud mental en los servicios sanitarios generales y afrontar la estigmatización y la exclusión de las personas con trastornos mentales.

Fuente: OMS. El Contexto de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS, 2005 (6).

Antecedentes y perspectiva histórica

La crítica moderna al modelo manicomial de la atención psiquiátrica se definió de una manera más clara en el periodo posterior a la segunda guerra mundial. Esa crítica se fundamentó en las concepciones humanitarias predominantes en la época, la respuesta global a los horrores vividos en la guerra, la necesidad de una respuesta efectiva a las violaciones de los derechos humanos en diferentes ámbitos y los movimientos políticos que dominaron la escena mundial en la quinta y la sexta década del siglo pasado.

Dentro del movimiento histórico de la reforma psiquiátrica se destacan la comunidad terapéutica de Maxwell Jones, el proceso de desinstitucionalización y la creación de los centros comunitarios de salud mental en los Estados Unidos de América, la psiquiatría de sector en Francia y la reforma italiana iniciada por Basaglia (7).

La crítica al hospital psiquiátrico ha sido enunciada siguiendo cuatro ejes fundamentales (7):

- *Ético-jurídico*, que cuestiona la violación sistemática de los derechos humanos.

- *Clinico*, que señala la ineficacia terapéutica del hospital psiquiátrico y su papel como ente patogénico y “cronificante” de la enfermedad mental.
- *Institucional*, que denuncia el carácter cerrado de la institución, el imperio de las relaciones de sumisión y las prácticas de violencias física y psicológica.
- *Sanitarista*, donde se ponen de manifiesto las distorsiones del sistema de atención de la salud mental particularmente en relación con la concentración y asignación de recursos humanos y financieros en detrimento de servicios descentralizados y ambulatorios más efectivos.

La respuesta o alternativa al hospital psiquiátrico dista de ser simple y tiene aspectos éticos, técnicos, administrativos y financieros, entre otros, que es menester analizar. La respuesta no consiste solamente en la mejora de las condiciones de vida de los pacientes ni en la “deshospitalización” masiva de los enfermos internados. La desinstitucionalización, que es abordada en otro capítulo de este libro, implica el desarrollo de servicios alternativos de tipo ambulatorio y base comunitaria, así como la incorporación del componente psicosocial en la atención primaria en salud. La estrategia de atención primaria promovida por la OMS, impulsada de manera decisiva a partir de la Declaración de Alma Ata y apoyada por casi todos los países, también ofreció una plataforma teórica y práctica para avanzar en el terreno de la reforma de los servicios de salud mental (7).

Se trata de un cambio total de paradigma por el cual un patrón curativo de atención al trastorno mental, de base manicomial, evoluciona a un modelo integral de base epidemiológica y orientación comunitaria. El modelo comunitario implica, en el campo de la salud mental, la implantación de políticas de Estado congruentes con la reestructuración de los servicios. Estos temas son tratados en otros capítulos de este volumen.

América Latina y el Caribe

El desarrollo de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe ha enfrentado diferentes limitaciones y dificultades, consecuencia, por lo general, de la falta de prioridad asignada al tema en las agendas de salud gubernamentales.

En respuesta a esta situación, se ha gestado desde 1990 el movimiento denominado Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica; al cual se han sumado, la casi totalidad de los países de la Región (8). La Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela en noviembre de 1990 culminó con la adopción de la “Declaración de Caracas”, documento singular que marcó un hito histórico en la Región y ha servido en diversos países como base para la acción. La Declaración de Caracas enfatizó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los modernos objetivos de la atención en salud mental, caracterizada por su naturaleza comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y con un manifiesto componente de prevención.

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reiteró en sus reuniones de 1997 y 2001 (8, 9) su apoyo a la citada iniciativa. Las resoluciones correspondientes emitidas en esas ocasiones instaron a los Estados Miembros a:

- desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental.
- reorientar los servicios de salud mental (de instituciones cerradas a servicios comunitarios).
- desarrollar acciones de control de condiciones prioritarias: trastornos afectivos, epilepsias y psicosis.
- fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.
- aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental.
- actualizar la legislación y las regulaciones para la protección de los derechos humanos.

Más recientemente, en noviembre del 2005, se celebró en Brasilia la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas” (10), auspiciada por la OPS/OMS y el Gobierno de Brasil. El evento constituyó un hito importante ya que permitió evaluar críticamente las acciones realizadas en los últimos 15 años en salud mental, particularmente con referencia a los logros alcanzados, los obstáculos enfrentados y las perspectivas para el futuro. En el documento final de la Conferencia (Principios de Brasilia) se resumieron en los siguientes términos los nuevos desafíos técnicos y culturales que los servicios de salud mental deben afrontar (10):

- “La vulnerabilidad psicosocial, expresada a través de la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis.”
- “El aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia.”
- “El aumento por parte de la sociedad de la demanda de servicios que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol.”
- “El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, el cual exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.”

Muy probablemente, el impacto social y sanitario de estos cuatro problemas los convertirá en foco de atención y determinará que se les asigne en los próximos años alta prioridad en las acciones de la salud mental en los países de las Américas. Diferentes capítulos de esta obra abordan más detalladamente esos temas.

La evaluación desde una perspectiva histórica de los cambios ocurridos en los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas, revela avances notables en la mayoría de los países. No obstante, es indudable que aún falta un largo trecho por recorrer.

La respuesta de los sistemas de salud

El informe de la OPS/OMS “Salud en las Américas 2007” (1) analiza diversos indicadores de la respuesta de los países a sus necesidades de salud mental: “Casi 73% de los países de la Región cuentan con políticas explícitas de salud mental; sin embargo el gran reto en la actualidad es la implementación real y efectiva de esas políticas y planes nacionales. Asimismo, 75% cuentan con legislación específica, si bien en la mayoría de los países no está actualizada y adecuada a los más modernos estándares en este campo”.

Otro problema importante es el relativo al financiamiento de los programas y servicios de salud mental. La OMS ha manifestado que en el mundo la salud mental no está suficientemente financiada, especialmente en los países en vías de desarrollo (5). En América Latina y el Caribe los trastornos mentales representan 22% de la carga general de enfermedades; sin embargo el presupuesto dedicado a la salud mental es exiguo.

La situación actual no es alentadora en muchos países del continente americano. El Atlas 2005, publicado por la OMS (11), expresa que 78,1% de los países de esta región cuenta con asignación presupuestaria específicamente dedicada a salud mental; no obstante, en varias naciones esa cantidad apenas corresponde a cerca de 1% del presupuesto total para la salud. Por ejemplo, en El Salvador, Guatemala y Nicaragua, países que fueron objeto de una evaluación de sus sistemas de salud mental, se encontró que la asignación que se dedica a su funcionamiento corresponde a 1% o menos del presupuesto general de salud y que, de estos fondos, aproximadamente 90% se invierte en los hospitales psiquiátricos (12). Este esquema de gastos limita el avance de los modelos alternativos de salud mental comunitarios.

Otra forma de medir la respuesta es por medio de la determinación del número de profesionales especializados disponibles. En las Américas hay 2 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, lo que corresponde a una fracción de los que hay en Europa (9,8 psiquiatras por cada 100.000 habitantes). La comparación entre Europa y América es más favorable en relación con los profesionales de psicología, ya que hay 3,1 y 2,8 por cada 100.000 habitantes, respectivamente (11).

La reforma del sector salud

Las reformas del sector salud han estado dirigidas en gran parte a mejorar el acceso a la atención y la equidad en la prestación de los servicios, así como a promover el uso de tecnologías costo-efectivas. Sin embargo, los gobiernos también han visto en las reformas de la financiación una estrategia para controlar el costo de las prestaciones sanitarias y compartir los gastos con otros actores, en especial con los usuarios.

Las oportunidades que la reforma del sector sanitario significan para la salud mental incluyen (6):

- la integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud general y
- el incremento de los recursos dedicados a la salud mental, conmensurable con la carga de enfermedad que representan los trastornos mentales.

Los riesgos que la reforma del sector sanitario representa para la salud mental comprenden (6):

- la marginalización de los servicios de salud mental,
- la fragmentación y la exclusión de los servicios para personas con trastornos mentales, consecuencia de la descentralización,
- el incremento de los gastos sufragados por el propio usuario y su familia, que pueden ir en contra de los intereses de las personas con trastornos mentales ya que es probable que carezcan de recursos, y
- el sistema de fondo común o mancomunado, como los planes de seguros públicos y privados, que podrían excluir el tratamiento para trastornos mentales

El Informe Mundial de Salud 2001 (5) enfatiza que, desde la perspectiva de la salud pública, queda mucho por hacer para reducir la carga de los trastornos mentales, señalando la necesidad de:

- formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de las poblaciones;
- asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces con relación al costo;
- asegurar la asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves;
- evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y los ancianos;
- promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de los trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables y los malos tratos;
- fomentar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano;
- impulsar la investigación en el campo de la salud mental
- fomentar el desarrollo de tratamientos eficaces, y
- facilitar la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.

Avances recientes en el conocimiento, tratamiento y atención de las personas con trastornos mentales

Los conocimientos sobre el funcionamiento del cerebro son importantes pues proporcionan el fundamento biológico necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento. Durante las últimas cinco décadas ha habido cambios significativos en el conocimiento de los trastornos mentales; la nueva información procedente de las neurociencias y las ciencias de la conducta ha abierto caminos originales para la comprensión del aparato mental. Aunque las funciones de la mente tienen una base orgánica, el ambiente social impacta activamente sobre estas (5, 13, 14).

Simultáneamente con los progresos en las neurociencias se han producido avances en cuanto a tomar conciencia de la necesidad de proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Por otro lado se han desarrollado técnicas psicosociales de intervención de probada eficacia.

Los esfuerzos para mejorar la salud mental de las poblaciones han de tener en cuenta los recientes avances científicos, así como las reformas sanitarias y las políticas gubernamentales en otros sectores. A este respecto la OMS ha señalado que (4):

La percepción en la relación entre trastornos físicos y mentales ha cambiado. Se reconoce que esta relación es compleja, recíproca y que actúa de modos muy diferentes. Los trastornos mentales no tratados se complican frecuentemente con enfermedades físicas concomitantes. Los individuos con trastornos mentales tienen un riesgo más elevado de sufrir una enfermedad somática debido a la disminución de la función inmune, las conductas poco saludables y la falta de cumplimiento de las prescripciones médicas. Cabe notar que los cuadros se complican por los obstáculos para obtener un

tratamiento para las enfermedades físicas coexistentes. Por otra parte, los individuos con enfermedades somáticas crónicas tienen mayor probabilidad que otras personas de sufrir trastornos mentales.

Actualmente existen tratamientos efectivos para muchos trastornos mentales, como depresión, esquizofrenia, y problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas.

La descentralización y las reformas de la financiación de la salud son dos cambios clave. Existe una mayor conciencia sobre la necesidad de enfatizar la integración de los servicios de salud mental en los sistemas generales de salud.



Tratamientos efectivos para los trastornos mentales. Evidencias:

- La depresión se puede tratar con éxito con medicación antidepresiva e intervenciones psicológicas.
- La rehabilitación psicosocial y la terapia familiar junto con la medicación puede reducir los índices de recaída de la esquizofrenia de 50 a 10%.
- Las intervenciones breves dirigidas a los bebedores de riesgo han demostrado ser efectivas al reducir el consumo de alcohol 30%.

Fuente: El Contexto de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS (6).

El manual. Su concepción y uso

La Unidad Regional de Salud Mental y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunción con el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) ha preparado este libro que ha sido denominado “Salud mental en la comunidad”.

Los antecedentes de este esfuerzo se sitúan en la obra “Temas de salud mental en la comunidad” publicada por el PALTEX en 1992 (15), la cual ha tenido una gran difusión y demanda en el ámbito latinoamericano y por esta razón se ha considerado necesario realizar una edición totalmente renovada. Obviamente, el manual, después de más de 15 años, requería ser actualizado a la luz de los nuevos conocimientos. Cabe también señalar que desde 1992 tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Panamericana de la Salud han agregado nuevas publicaciones en este campo y áreas afines; entre ellas se pueden mencionar los Módulos sobre Políticas, Planes y Servicios de Salud Mental publicados por la OMS y las memorias de la Conferencia de Brasilia “La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”. Esta última obra compila creativas experiencias de la Región de las Américas y en ella se incorporan nuevos elementos.

Los diferentes capítulos están interrelacionados y hay referencias cruzadas entre ellos; no obstante, el lector interesado en un tema específico puede consultarlo como tal en la sección correspondiente. En general, se provee información utilizable para aumentar la sensibilidad sobre la salud mental entre diferentes miembros de la sociedad y en particular del sector salud. Uno de los principales propósitos del manual es apoyar las actividades docentes; su primera edición (1992) ha sido ampliamente divulgada y utilizada en universidades y escuelas de formación de técnicos de la salud.

Una meta fundamental de esta obra es su utilización por los trabajadores de la atención primaria en salud, por los de salud mental en la comunidad y, en general, por quienes actúan en servicios ambulatorios y vinculados al nivel primario de atención. Las asociaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales pueden emplearlo como material de consulta en la formación o recalificación de personas que trabajen en el ámbito de la salud mental. Las organizaciones de usuarios y familiares también pueden utilizarlo como instrumento de apoyo. Este manual también puede servir de obra de consulta para gestores y planificadores de políticas de salud mental, así como para los que se dedican a organizar, gestionar o financiar servicios. Puede constituir una guía técnica para las instituciones públicas en los países que deseen reestructurar o reorientar sus políticas, planes y servicios de salud mental.

El libro está concebido como un manual o herramienta de trabajo en el que se manejan conceptos esenciales y se provee un marco teórico básico para entender los diferentes temas. Su propósito primordial es facilitar el ejercicio de una práctica efectiva, orientada por pautas para la acción derivadas del relato de experiencias relevantes en América Latina y el Caribe. Cabe hacer notar que se ha procurado evitar las argumentaciones teóricas extensas, si bien, en cada capítulo se provee una bibliografía de consulta para el lector que desee profundizar en algunos temas determinados.

Estructura del libro

Los temas fueron seleccionados por los editores de acuerdo con la experiencia de la primera edición y las peticiones recibidas durante estos años por parte de docentes y actores de primera línea en el campo de la salud mental. Un valor adicional de la obra es que reúne temas que tal vez el lector encuentra dispersos o no cubiertos específicamente en otros sitios. En general, se ha procurado ofrecer una síntesis de los principales temas de interés.

Los contenidos se han organizado de forma coherente de manera que su secuencia facilite la lectura y comprensión de los asuntos tratados. La primera sección consta de cuatro capítulos y ofrece un marco general de referencia; la segunda es una introducción al campo del diagnóstico comunitario de salud mental. La tercera sección constituye el elemento central de la obra y cubre diferentes elementos y conocimientos básicos para entender mejor el modelo comunitario en salud mental; la cuarta sección aborda la salud mental en grupos poblacionales específicos como niños, adolescentes y adultos mayores. La obra también trata problemas específicos como los relacionados con desastres, violencia, suicidio y ambiente laboral. Por último, se describen de manera muy breve algunas experiencias exitosas ocurridas en nuestro continente.

Los editores y autores esperamos que la obra resulte de utilidad real y sirva de guía práctica para el público de habla hispana que trabaja en áreas relacionadas con el campo de la salud mental y para quienes se encuentran en período de formación en estas disciplinas.

Referencias

1. OPS/OMS Salud en las Américas 2007. Publicación científica y técnica No. 622. Vol. I, pp. 142-3 (Salud mental). OPS/OMS. Washington. DC, 2007.

2. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública* 2005;18 (4/5):229-40, 2005.
3. Rodríguez, J. La salud mental en América Latina y el Caribe: desafíos y perspectivas. Documento técnico de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la OPS/OMS. Washington, 2007.
4. Cabral de Mello M, Bornemann T, Levav I, eds. *Mental Health-World Health ministers call for action*. Geneva; World Health Organization, 2001.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
6. OMS. El contexto de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental (versión en español). Editores Médicos, S. A. EDIMSA, 2005.
7. González R, Levav I., ed. Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Publicado por la OPS/OMS (HPA/MND 1.91). Washington, DC, 1991.
8. OPS/OMS. Resolución CD40, R19, Salud Mental, 1997. Washington, DC, 1997.
9. OPS/OMS. Resolución CD43.R10 Salud Mental, aprobada en septiembre 2001. Washington, DC, 2001.
10. Rodríguez J, González R, ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Publicado en CD por la OPS/OMS. Washington, DC, 2007.
11. World Health Organization. *Mental Health Atlas-2005*. Geneva; World Health Organization, 2005.
12. Rodríguez JJ, Barret T, Narvaez S, Caldas JM, Levav I, Saxena S. Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO AIMS. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2007;22(5):348-57.
13. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1563-75
14. Eisenberg L. Is biology destiny? Is it all in our genes? *J Psychiatr Pract*. 2002 Nov;8(6):337-43
15. Levav I, ed. Temas de salud mental en la comunidad. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 19. OPS/OMS. Washington, DC, 1992.

CAPÍTULO 2

La salud mental desde una perspectiva mundial¹

*Benedetto Saraceno**

*Alexandra Fleischmann***

Introducción

Este capítulo describe la situación de la salud mental en el mundo, determinada por la carga que los trastornos mentales imponen a la población y las brechas observadas en los programas dirigidos a su atención. También examina los obstáculos encontrados para la integración de la salud mental en la agenda mundial de salud pública y las dificultades enfrentadas por los sistemas de salud mental para mejorar la atención prestada a las personas con trastornos mentales, neurológicos y los relacionados con el abuso de sustancias. Para dar respuesta a la apremiante necesidad de ayudar a los países a mejorar sus sistemas de salud, así como la cobertura y la calidad de los servicios asistenciales de salud mental, la Organización Mundial de la Salud dio a conocer el Programa Mundial de Acción en Salud Mental, PMASM (1), (conocido como mhGAP, por sus siglas en inglés) con el objetivo de ampliar la atención de los citados trastornos.

La carga

Las cifras y los datos aquí reseñados constituyen el entorno contextual con el que debe relacionarse cualquier acción propuesta en este capítulo, y no una mera repetición de datos ampliamente difundidos.

Hay, en escala mundial, 450 millones de personas afectadas por trastornos mentales tales como depresión (150 millones), trastornos relacionados con el consumo de alcohol o drogas (90 millones), epilepsia (38 millones) y esquizofrenia (25 millones). Por otra parte, casi un millón de personas se suicidan cada año en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza la carga de morbilidad como una forma de medir el hiato existente entre el estado de salud actual y la

¹ Los autores de este documento son funcionarios de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, las opiniones expresadas en esta publicación deben atribuirse a sus autores y no reflejan necesariamente las decisiones, la política o los puntos de vista de la Organización Mundial de la Salud.

* Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

** Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

situación ideal en la que todas las personas alcanzarían la vejez sin enfermedades ni discapacidades. A este respecto, los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) combinan en una sola medición el tiempo perdido por muerte prematura y el vivido en situación de discapacidad. Un AVAD puede considerarse como un año de vida “sana” perdido.

Depresión

En el año 2000, los trastornos depresivos unipolares constituyeron la cuarta causa de AVAD (4,4%) en el mundo, inmediatamente después de las infecciones de las vías respiratorias inferiores (6,4%), las enfermedades perinatales y la infección por el VIH/SIDA, precediendo a enfermedades tales como cardiopatía isquémica, malaria o tuberculosis (2).

Las proyecciones en escala mundial para el año 2020 muestran que la depresión unipolar grave constituirá la segunda causa de AVAD, después de la cardiopatía isquémica. Se situará en primer lugar en los países en desarrollo y en tercer lugar en los desarrollados, lo que demuestra su importancia como tema de salud pública de primordial interés (3).

Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas

La OMS calcula que, en todo el mundo, cerca de dos mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas y 76,3 millones podrían ser diagnosticadas de trastornos por consumo de alcohol.

Este acarrea determinadas consecuencias sanitarias y sociales debidas tanto a la dependencia en sí como a los episodios de intoxicación aguda y a otros efectos bioquímicos del alcohol. Además de las enfermedades crónicas que pueden afectar a los bebedores al cabo de muchos años, el alcohol tiene consecuencias inmediatas tales como los traumatismos, que a su vez pueden ocasionar una mayor morbilidad o mortalidad. En términos generales, existe una relación causal entre el consumo de alcohol y más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos. En cuanto a los AVAD, el alcohol ocasiona 4% de ellos en todo el mundo (4).

En escala mundial, 0,8% de los AVAD se atribuye al consumo de drogas ilícitas (5). Los riesgos de mortalidad atribuibles a las drogas ilícitas aumentan con la frecuencia y la dosis en que estas se consumen. Entre los patrones de consumo más peligrosos está la inyección de drogas casi a diario durante varios años. Existen en el mundo unos 13,2 millones de consumidores de drogas inyectables, pudiendo señalarse que aproximadamente entre 5 y 10% de las nuevas infecciones por el VIH son consecuencia de la inyección de sustancias psicoactivas.

Suicidio

El suicidio constituye una causa de muerte predominante en los adultos jóvenes y se considera como un problema importante de salud pública. El suicidio se clasifica entre las tres principales causas de muerte, a escala mundial, en las personas de 15 a 34 años de edad (2). Cuando no ocupa el primer lugar como causa de muerte en este grupo de edad, se ve sobrepasado por los accidentes y los distintos tipos de cáncer. Esto representa para las sociedades una pérdida masiva de personas jóvenes durante sus años productivos. Cabe destacar que en el mundo ocurren anualmente casi un millón de suicidios y que en el 2002, estos fueron causa del 1,4% de los AVAD (6), cifra que se preve que llegue a 2,4% en el 2020.

Comorbilidad

La comorbilidad en todas sus formas incrementa la complejidad de la carga. Consiste en la concomitancia de dos o más trastornos cuya combinación influye de manera significativa en el cuadro clínico, curso y desenlace del proceso patológico. La comorbilidad puede presentarse con diferentes trastornos mentales (por ejemplo, el trastorno por consumo de alcohol puede asociarse con la fobia social y los trastornos de la personalidad). En otras circunstancias, un trastorno físico general puede acompañarse de un trastorno mental (por ejemplo, infección por el VIH y la depresión grave). A manera de ejemplo, vale mencionar que la depresión grave se observa hasta en 46% de las personas que padecen tuberculosis, mientras que en la población general la prevalencia de este tipo de depresión solo llega a 10% (7). También cabe señalar que los trastornos mentales pueden presentarse junto con diversos problemas sociales (por ejemplo, la esquizofrenia puede estar asociada con condiciones de vida deficientes y con la estigmatización). Por último, también es posible la “multimorbilidad”, como sería el caso de la presencia simultánea de depresión, trastornos por consumo de drogas, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y violencia doméstica.

La relación entre los trastornos concomitantes puede consistir en: *a)* que un trastorno cause o predisponga a la aparición de otro, y represente un factor causal o predisponente; *b)* que un trastorno modifique la manifestación de otro u otros trastornos y dificulte el diagnóstico y su exactitud; o *c)* que un trastorno modifique el curso y la respuesta al tratamiento de otro trastorno (o trastornos) y que, por lo tanto, influya en el resultado y el pronóstico general.

La correlación entre trastornos mentales y pobreza puede describirse mejor si se considera como un círculo vicioso (8). Por una parte, los trastornos mentales generan costos relacionados con el tratamiento a largo plazo y con la pérdida de productividad, factores que contribuyen a la pobreza; por otro lado, se admite que la inseguridad, el nivel educativo bajo, las condiciones de vivienda inadecuadas y la desnutrición contribuyen a la aparición de trastornos mentales. En síntesis, la ausencia de sistemas de salud eficaces, perpetúa el círculo vicioso de pobreza y trastornos mentales, como lo ilustra la figura 1.

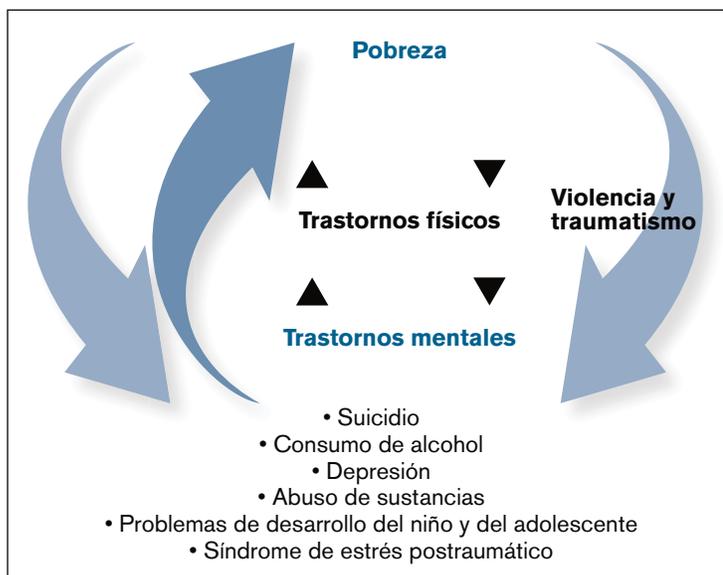


Figura 1. Multimorbilidad. La pobreza y los trastornos mentales y físicos: un círculo vicioso

Fuente: World Health Organization Investing in Mental Health. 2003.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Teniendo en cuenta las diversas formas de comorbilidad, resulta sorprendente que la salud mental no forme parte de los ODM y siga siendo un tema muy desatendido en el mundo (9). Hay razones suficientes para incluir la salud mental entre los ODM. Por ejemplo, las personas infectadas por el VIH/SIDA (ODM, objetivo 6) presentan muchas más probabilidades de padecer alteraciones de la salud mental que pueden afectar su situación general. Además, con respecto al objetivo 1 del ODM “erradicar la pobreza extrema y el hambre”, se ha demostrado que los trastornos mentales son mucho más comunes entre las personas pobres y que, a su vez, aumentan la pobreza. Es más, una proporción importante de las personas sin hogar presenta trastornos mentales y por abuso de sustancias. Por lo tanto, la salud mental desempeña un papel importante en el logro de los ODM. Dado que la atención de los trastornos de salud mental requieren sistemas de salud sólidos y de demostrada eficacia, es preciso emprender el reforzamiento de sus prestaciones en escala local.

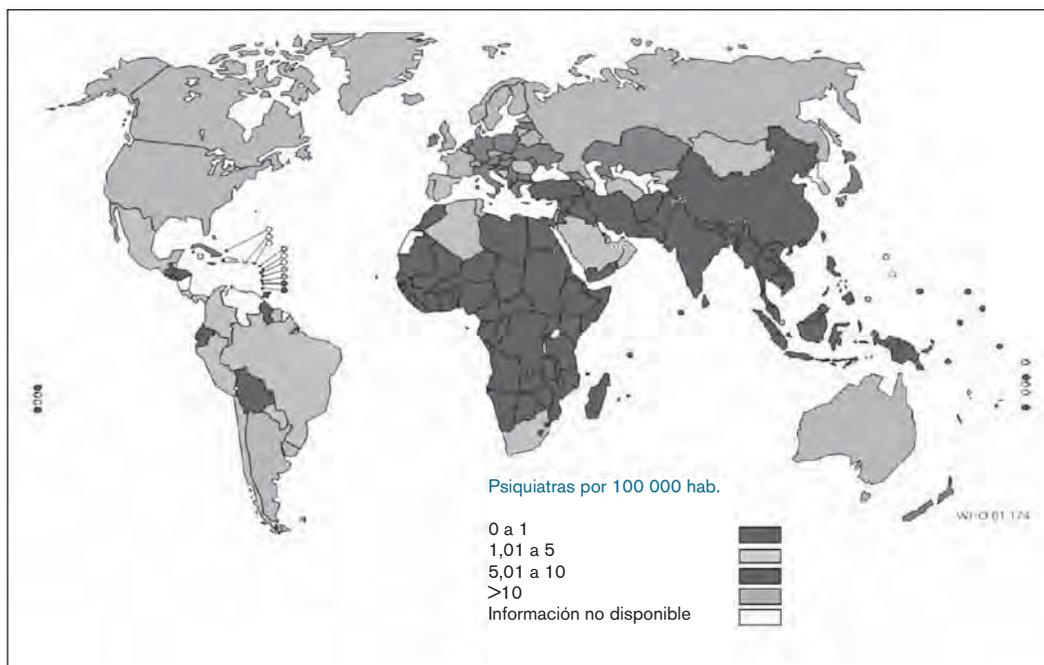
Lagunas en materia de salud mental

Cuando se compara la carga de los trastornos mentales con la infraestructura y los recursos disponibles para la atención sanitaria, se observan brechas importantes. El proyecto Atlas de la OMS (10) recopiló información pertinente acerca de los recursos de salud mental en países de todo el mundo. En términos generales, los servicios de salud mental son muy inadecuados si se comparan con las necesidades de atención.

Con respecto a los profesionales de la salud mental, existe una clara escasez de estos en la mayoría de los lugares. La mediana del número de psiquiatras por 100.000 habitantes varía desde 0,04 en la Región de África de la OMS a 9,80 en la Región de Europa. En las restantes regiones de la OMS, las cifras correspondientes son de 2,00 (Región de las Américas), 0,95 (Región del Mediterráneo Oriental), 0,32 (Región del Pacífico Occidental) y 0,20 (Región de Asia Sudoriental). Se observa una situación similar con respecto a las enfermeras psiquiátricas: la mediana de su número por 100.000 habitantes varía de 0,10 en la Región de Asia Sudoriental a 24,8 en la Región de Europa. La tasa es muy baja en todas las demás regiones de la OMS (0,20 en África; 0,50 en el Pacífico Occidental; 1,25 en el Mediterráneo Oriental y 2,60 en la Región de las Américas). Véase la figura 2.

Otra insuficiencia evidente es la que se observa en la disponibilidad de camas psiquiátricas. La mediana de camas psiquiátricas por cada 10.000 habitantes varía de 0,33 en la Región del Asia Sudoriental a 8,00 en la Región de Europa. Las cifras correspondientes son muy bajas en las restantes regiones de la OMS (0,34 en África; 1,06 en el Pacífico Occidental; 1,07 en el Mediterráneo Oriental y 2,70 en la Región de las Américas).

La Encuesta Mundial de la OMS sobre Salud Mental (11) evaluó las necesidades no atendidas en cuanto al tratamiento de los trastornos mentales. El estudio reveló que en los países desarrollados 35,5 a 50,3% de los pacientes entrevistados que tenían graves perturbaciones emocionales o que estaban afectados por problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, no habían recibido tratamiento durante los 12 meses anteriores a la encuesta. Las cifras encontradas son aun mayores en los países menos desarrollados, donde 76,3 a 85,4% de los pacientes de la misma

Figura 2. Número de psiquiatras por 100,000 habitantes

Fuente: World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas 2005*.

categoría no fueron tratados. En términos generales, la encuesta reveló que los trastornos mentales son altamente prevalentes, con frecuencia se asocian a un grave deterioro funcional, y a menudo no reciben tratamiento, particularmente en los países menos desarrollados.

Otra observación sobre el mismo tema provino del Estudio Multicéntrico de Intervención sobre Comportamientos Suicidas de la OMS (en inglés SUPRE-MISS) en países de ingresos medianos y bajos, en los que una encuesta comunitaria reveló que el porcentaje de personas que tras su primer intento de suicidio no recibían atención médica llegaba a ser 78% (12).

Una revisión de estudios comunitarios de epidemiología psiquiátrica analizó la diferencia existente entre el número de personas que necesitaban tratamiento de sus enfermedades mentales y el de las que lo recibían en servicios de salud mental. La brecha de tratamiento de los trastornos mentales es importante a escala mundial. La mediana de las tasas de personas no tratadas, es decir, la brecha de tratamiento, fue 32,2% para la esquizofrenia, 56,3% para la depresión grave y 57% para el trastorno de ansiedad generalizada. La brecha de tratamiento determinada para los trastornos por consumo de alcohol fue 78,1%, la más importante para una categoría específica (13).

También se determinó la discrepancia existente entre la magnitud de la carga y el presupuesto asignado a salud mental. Fueron pocos los países que revelaron la existencia de un presupuesto específico para la salud mental como una proporción del presupuesto sanitario total (10). En los países con ingresos bajos, la proporción del presupuesto total de salud destinada a la salud mental es apenas del 1,54%, en comparación con los países con ingresos altos en que esta proporción alcanza el 6,9%.

En términos generales, la mediana del presupuesto destinado a la salud mental asciende al 2,0% del presupuesto sanitario total.

Barreras encontradas

Ante la ausencia de un progreso significativo en la evolución de los servicios y en la mejora de la calidad y disponibilidad de la atención de salud mental en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, se llevó a cabo una encuesta (14) con el objeto de que diversos expertos y líderes internacionales en materia de salud mental expusieran las causas de esa falta de progreso y aportaran recomendaciones sobre cómo avanzar. Entre los 57 expertos, figuraban líderes de la sociedad civil, antiguos y actuales funcionarios principales de las instancias normativas gubernamentales en temas de salud mental, consultores internacionales, expertos en salud pública en general y estudiosos interesados en la materia. Se determinaron las principales barreras que impedían la mejora de los servicios de salud mental y la aplicación de los conocimientos sobre el tema, así como los correspondientes retos que era necesario afrontar para superarlas, (14) como se resume a continuación:

El financiamiento de los servicios de salud mental es insuficiente

- La promoción y defensa del tema es poco clara y no tiene la suficiente solidez.
- Los indicadores de salud mental se perciben como poco precisos.
- Las personas que padecen trastornos mentales no constituyen actualmente un grupo de presión lo suficientemente importante.
- El público en general se interesa poco por los temas de salud mental.
- Existe estigmatización social.
- Existe la creencia errónea de que el sistema moderno de atención no es rentable.

La centralización de los recursos de salud mental en instituciones de gran tamaño, situadas en grandes ciudades o en sus cercanías

- Se ha dependido tradicionalmente de los hospitales psiquiátricos.
- Las responsabilidades de la atención en salud mental están dispersas entre diferentes departamentos del gobierno.
- Las prioridades de los gobiernos centrales y provinciales son diferentes.
- Los profesionales y trabajadores de la salud mental tienen intereses creados en que se mantenga la continuidad de los grandes hospitales.
- Las protestas de los sindicatos suponen un riesgo político.
- El cambio a un sistema de servicios comunitarios, requiere un financiamiento adicional transitorio.

La integración eficaz de la atención de salud mental en los servicios de atención primaria es de naturaleza compleja

- El personal de la atención primaria ya está sobrecargado de trabajo.
- La supervisión y el apoyo especializado posteriores a la capacitación son insuficientes con los recursos actuales.
- No existe un suministro permanente de medicamentos psicotrópicos en la atención primaria.

El número de personal especializado en diferentes campos, debidamente capacitado y supervisado para brindar atención de salud mental, es insuficiente

- Las condiciones de trabajo en los servicios públicos de salud mental son deficientes.
- Los incentivos para trabajar en las zonas rurales son escasos.
- Los profesionales se oponen a la ampliación de las funciones del personal no especializado en los servicios de salud mental.
- La capacitación de los estudiantes de medicina y los residentes de psiquiatría solo se imparte en los hospitales psiquiátricos.
- El personal sanitario en general no está capacitado de manera adecuada para las nuevas funciones.
- Los especialistas en salud mental dedican su tiempo preferentemente a la prestación de atención, y no a la capacitación y supervisión de otros agentes del sistema.
- No existe una infraestructura apropiada que permita la supervisión comunitaria.

Las frecuentes deficiencias de los dirigentes en el área de la salud mental en cuanto a su experiencia y destrezas en materia de salud pública

- Los que alcanzan los puestos directivos a menudo sólo se han capacitado para el tratamiento clínico.
- La capacitación en salud pública no incluye la salud mental.
- Los psiquiatras se resisten a aceptar a otros profesionales como líderes en materia de salud mental.
- Los dirigentes están sobrecargados por las responsabilidades clínicas y de gestión, y por la práctica privada.

La voluntad política como factor determinante era el aspecto que con mayor frecuencia aparecía en las respuestas a la encuesta. Lo anterior está vinculado a la tendencia de las instancias normativas (configurada a partir de convicciones o de incentivos) a adoptar medidas y a promover o impedir el cambio. Los factores que afectan a la voluntad política son la expresión de la opinión pública, las prioridades políticas de los donantes y la presión política ejercida por los profesionales, los grupos de consumidores y otros grupos de promoción y defensa de la salud mental.

Un cambio de modelo

Se requiere un cambio radical del modelo asistencial para pasar de una atención a corto plazo a otra a largo plazo que en lugar de utilizar un abordaje biomédico adopte uno de carácter biopsicosocial. Este último incluirá en particular la dimensión social, le dará especial relevancia a la comorbilidad y estará vigente no solo en el nivel primario de atención, sino también en los niveles secundario y terciario (15). Los sistemas de salud están concebidos y organizados para responder a los casos agudos (modelo hospitalario) y cuando se ha resuelto esta fase, el paciente entra en un limbo, en el que no están definidas las infraestructuras, los recursos humanos, aptitudes y responsabilidades que pudieran facilitar su atención adecuada. Es en estas circunstancias cuando emerge el sistema de atención primaria de salud del que, a manera del *deus ex machina* de las tragedias griegas, se espera que lo resuelva todo. La pregunta clave, sin embargo, es ¿cómo puede el sistema de salud en su conjunto atender a las necesidades de los pacientes que requieren atención a largo plazo al tiempo que les garantice el disfrute absoluto de su ciudadanía? Este asunto concierne no solo a los trastornos mentales sino a muchas afecciones crónicas que requieren atención a largo plazo (por ejemplo, la infección por el VIH/SIDA o la tuberculosis). Es así como surge la “tentación del internamiento” como la respuesta más sencilla, pero también como la más devastadora.

En otras palabras, es preciso lograr un cambio radical mediante el cual se pase de un modelo centrado en la ubicación *espacial* del *proveedor* (por ejemplo, los hospitales, servicios de consultas externas o consultorios) a otro, centrado en la dimensión *temporal* del *cliente*. Los términos agudo y crónico hacen referencia a los *trastornos*, no a los *lugares*, y al respecto se puede declarar que el control tanto de las afecciones agudas como de las crónicas en la comunidad tiene resultados superiores a los obtenidos en los hospitales. Los sistemas de salud tienden a destinar los recursos y las competencias a la atención a corto plazo (concretamente, a la brindada en los hospitales) y a pasar por alto o relegar a otro plano la atención a largo plazo. Como consecuencia, se establece un sistema paralelo caracterizado por la escasez en uno de ellos de los recursos y competencias necesarios. En lugar de postergar la atención a largo plazo, esta debe ser provista de medios y estrategias que vayan mucho más allá de las asociadas al modelo médico; de esta manera, la diversidad en cuanto a personas, competencias, ubicaciones y actores sociales se convierte en una necesidad. Para apreciar la importancia de la atención a largo plazo y evitar deficiencias tales como la institucionalización o el desamparo, se requiere un análisis riguroso de la verdadera evolución natural y social de los trastornos mentales graves.

La dimensión social de las enfermedades mentales debe formar parte intrínseca de la intervención y no ser solo una concesión al modelo etiológico, siendo preciso tener en cuenta esa característica al implantar el tratamiento. Las neurociencias han contribuido de forma extraordinaria a la comprensión del cerebro, pero han aportado pocas soluciones prácticas. Las implicaciones de esta afirmación son importantes y prescriben que la intervención disminuya el acento puesto en los síntomas y enfatice las acciones dirigidas a mejorar el desempeño de los pacientes y suprimir la discapacidad.

Lo que se intenta resaltar aquí es que los aspectos médicos y sociales de la enfermedad mental son dos características conjuntas pero independientes del abordaje integral de la atención. Cuando la atención de la salud y la asistencia social son administradas por diferentes sistemas políticos o administrativos se crea el riesgo que los pacientes sean derivados de unos servicios a otros con obvias consecuencias negativas para la continuidad de la atención. En algunos casos el sector de la salud se

limita al componente médico del tratamiento. Como resultado de este abordaje, la atención de salud mental se reduce, por un lado, al tratamiento biomédico a corto plazo en el ámbito hospitalario y, por el otro, a un discutible servicio de rehabilitación que forma parte de un paquete aislado de intervenciones genéricas de asistencia social, habitualmente deficientes.

El desconocimiento de la dimensión social conduce en el largo plazo a una asistencia inapropiada, por ejemplo, cuando el entretenimiento hace las veces de rehabilitación. La rehabilitación psicosocial no consiste en entretener a los pacientes con actividades organizadas por personal no capacitado plenamente o por especialistas en las técnicas más insólitas (pintura, teatro, juegos, canto, escultura, etc.). Lo que la rehabilitación persigue es facilitar al paciente la oportunidad de rescatar su condición de ciudadano mediante la recuperación de las aptitudes para la vida diaria. La rehabilitación de los enfermos mentales graves puede constituir una tarea asistencial muy compleja que requiere estrategias y alianzas interdisciplinarias e intersectoriales.

El Programa Mundial de Acción en Salud Mental

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS instauró el Programa Mundial de Acción en Salud Mental, PMASM con el objetivo de afrontar la enorme carga de los trastornos mentales, reducir la amplia brecha en los tratamientos, salvar las barreras y hacer frente a los retos y a la escasez de recursos, desigualmente distribuidos y empleados de manera ineficaz. El programa se apoya sobre todo en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 (2), centrado en la salud mental; en las actas de las mesas redondas ministeriales de la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (2001); en los documentos alusivos al Día Mundial de la Salud 2001, dedicado a la salud mental; y en la resolución WHA55.10 de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, “Salud Mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción” (16). En resumen, la OMS ha reconocido la necesidad de intervenir a fin de reducir la carga y mejorar la capacidad de respuesta de los Estados Miembros ante este reto creciente. El PMASM original (1) se publicó en el 2002 y la resolución ya mencionada le brinda un amplio respaldo al reconocer la necesidad de aplicar las estrategias, programas y políticas propuestos e instar a los Estados Miembros de la OMS a que le prestaran su apoyo. El programa ha dado lugar a iniciativas que abogan en su favor y ha proporcionado orientación normativa a los Estados Miembros para que mejoren sus sistemas de atención de la salud mental.

En el 2008, se inició la siguiente fase del PMASM, orientada a la ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (17). El programa es un reflejo del compromiso renovado de la OMS de cerrar la brecha existente entre las necesidades urgentes y las posibilidades de reducir la carga. Se considera que el plan de acción de la OMS se ha elaborado con el objeto de que los diferentes países, en especial los de ingresos bajos y medianos bajos, amplíen sus servicios de atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Entre los objetivos esenciales del PMASM está el establecimiento de alianzas para reforzar y acelerar las iniciativas y aumentar las inversiones, de forma que se pueda proporcionar asistencia a los que no la reciben. El documento básico describe un conjunto de actividades y programas claros y coherentes, dirigidos a los planificadores sanitarios, las instancias normativas y los donantes, y su objetivo es ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Trastornos prioritarios

Los trastornos prioritarios señalados en el PMASM son depresión, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, suicidio, epilepsia, demencia, trastornos por consumo de alcohol, trastornos por consumo de drogas ilícitas y trastornos mentales en niños. Se consideraron como prioritarios porque representan una carga importante (en cuanto a la mortalidad, la morbilidad y las discapacidades) y porque ocasionan un elevado costo económico. Por otra parte, se dispone de intervenciones eficaces para su tratamiento.

Paquetes de intervención

Los paquetes propuestos consisten en diferentes acciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de cada uno de los trastornos prioritarios. Las intervenciones se han seleccionado con base en su eficacia, rentabilidad, equidad y aceptabilidad. También han influido en su selección consideraciones éticas, las posibilidades de expansión del programa y el hecho de que puedan aplicarse en los diferentes niveles del sistema de salud.

Los paquetes de intervención tienen la ventaja de que muchas de las acciones pueden ser llevadas a cabo simultáneamente por una misma persona tanto en el ámbito familiar como en el comunitario, como ocurre en el tratamiento de la esquizofrenia. La agrupación en paquetes es una estrategia rentable, no solo en su implementación, sino también en aspectos relativos a la capacitación y supervisión del personal.

Las intervenciones para tratar los trastornos prioritarios deben adaptarse a los países y a las regiones, teniendo en cuenta la prevalencia y la carga de cada trastorno. Por lo tanto, su ejecución puede diferir entre los países o incluso entre diferentes zonas de un mismo país.

Países que deben recibir un mayor apoyo

La mayor parte de la carga mundial de los trastornos mentales se observa en los países con ingresos bajos y medianos bajos que disponen de una menor cantidad de recursos. Por lo tanto, el PMASM procura que los países cuyos recursos son más escasos sean precisamente los que reciban un apoyo mayor.

Extensión de los servicios de salud mental

La extensión de los servicios tiene como objetivo que su área de influencia se expanda de manera que se beneficie a un número cada vez mayor de personas. A estos fines es preciso fomentar la elaboración de políticas, planes y programas sostenibles. El proceso de expansión de los servicios requiere la planificación de las intervenciones de acuerdo con una secuencia y ritmo determinados; también comprende la evaluación de los costos en los diferentes entornos donde tiene lugar el proceso; asimismo, toma nota de los obstáculos que entorpecen la ejecución de las diferentes intervenciones.

Los obstáculos que se oponen al desarrollo de la expansión de los servicios están relacionados con los siguientes puntos:

- ausencia del componente salud mental en el programa de prioridades de la salud pública y organización inadecuada de los servicios;
- falta de un liderazgo eficaz de salud pública en materia de salud mental.

La ausencia de la salud mental en el programa de prioridades de la salud pública ha constituido la principal barrera, con graves implicaciones en el financiamiento de la atención. En último término, este escollo se manifiesta como una insuficiente aportación de recursos destinados a los servicios asistenciales. Vale subrayar que existe escaso interés por parte de los posibles donantes y que la asignación de fondos para la salud mental en el presupuesto oficial es insuficiente.

La organización de los servicios constituye una barrera cuando los recursos de salud mental están centralizados en las grandes ciudades, cerca de estas y en grandes instituciones. También se relaciona con esta situación la complejidad de la tarea de integrar eficazmente la atención de la salud mental en los servicios de atención primaria. A lo anterior se suman las limitaciones en cuanto a recursos humanos debidas al escaso número y variedad del personal sanitario capacitado y supervisado para prestar los servicios de atención de salud mental.

Por último, la falta de un liderazgo eficaz de salud pública en materia de salud mental se considera como una barrera prominente debido al hecho de que los dirigentes responsables carecen con frecuencia de suficientes aptitudes y experiencia en materia de salud pública.

El camino a seguir

El PMASM proporciona a los países un marco para la acción. Su objetivo es constituirse en una guía operativa lo suficientemente flexible y adaptable a las diferentes situaciones de los distintos países.

El análisis de la situación en cada caso proporcionará una apropiada comprensión de las necesidades en cuanto a recursos y prestación de servicios. Un ambiente político favorable puede facilitar el proceso, ya que las políticas pueden definir la visión que se tenga del futuro de la salud de la población. Si la política de salud está claramente conceptualizada los servicios se podrán coordinar de manera efectiva y las actividades esenciales para proporcionar tratamiento y atención a los que los necesitan podrán ser viables, evitándose así la fragmentación y la ineficiencia del sistema de salud. También es fundamental para el éxito del PMASM que se establezcan alianzas promisorias, necesarias para encarar dificultades difíciles vencer para una entidad o programa individual.

El éxito en la ejecución del programa dependerá en último término del compromiso político al más alto nivel, y de la oportuna provisión de los recursos humanos y económicos necesarios. Para que la salud mental se financie de forma adecuada y se empleen correctamente los recursos, pueden adoptarse una serie de medidas. En primer lugar, es preciso que en cada uno de los países exista una mayor comprensión de las prioridades que es necesario establecer para lograr la promoción de la salud mental y la prevención y tratamiento de los trastornos mentales. En segundo lugar, se requieren evidencias concretas acerca de la rentabilidad de las diferentes intervenciones. En tercer término, la atención de salud mental debe vincularse en mayor grado a la atención de salud general, en especial en el ámbito de la atención primaria. En cuarto lugar, deben incrementarse los recursos humanos y económicos destinados a la salud mental, cuyo empleo eficaz debe garantizarse de la mejor manera. En conclusión, los gobiernos deben emprender con mayor determinación la inclusión de la salud mental en sus programas; por otra parte, los profesionales de la salud mental, entre ellos los psiquiatras, debieran mostrarse más abiertos y menos opuestos al cambio. Sin embargo, algunos psiquiatras a menudo perciben el desplazamiento de la atención de salud mental de los hospitales a la comu-

nidad como una amenaza para la identidad de su especialidad y de las funciones que les competen. Corresponde a los psiquiatras comprometerse más en la salvaguarda de los derechos humanos en los establecimientos psiquiátricos y en la descentralización de los recursos humanos y económicos para promover la atención comunitaria de la salud mental, y el empoderamiento de los usuarios de los servicios.

Cuando haya mejorado la situación de la salud mental en el ámbito de la salud pública, se incrementen de manera notable los recursos asignados a la salud mental, y estos se empleen más eficazmente para fortalecer la prestación de los servicios en general y de los servicios comunitarios en particular, la salud mental a escala mundial habrá evolucionado y avanzado hacia una nueva era.

Referencias

1. World Health Organization (2002c). *Mental health global action programme: mhGAP*. Geneva; World Health Organization.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
3. Murray CJL, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349:1498-504.
4. World Health Organization (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva; World Health Organization.
5. World Health Organization (2002a). *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva; World Health Organization.
6. World Health Organization (2003a). *World health report 2003: shaping the future*. Geneva; World Health Organization.
7. Bertolote JM, Tarsitani L, Paula-Ramos FL (2003). La comorbilidad de la depresión y otras enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS. *Atopos*, 7:56-60.
8. World Health Organization (2003b). *Investing in mental health*. Geneva; World Health Organization.
9. Miranda JJ, Patel V (2005). Achieving the millennium development goals: does mental health play a role? *PLoS Medicine*, 2(10): e291.
10. World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas 2005*. Geneva; World Health Organization.
11. WHO World mental health survey consortium (2004). *Health Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the world*. Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21):2581-2590.
12. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 35:1457-65.

13. Kohn R, Saxena S, Levav I y Saraceno B (2004). *The treatment gap in mental health care*. Bulletin of the World Health Organization, 82 (11): 858-66.
14. Saraceno B, von Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, Series, global mental health, septiembre de 2007, 76-86.
15. Saraceno B (2004). *Mental health: scarce resources need new paradigms*. World Psychiatry, 3(1):3-5.
16. World Health Organization (2002b). *World health assembly resolution WHA55.10*. Geneva; World Health Organization.
17. World Health Organization (2008). *mhGAP: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. Geneva; World Health Organization.



*Se estima, que al menos,
25% de las personas (una de
cada cuatro) padecen uno o
más trastornos mentales o del
comportamiento a lo largo de
la vida (OMS).*

CAPÍTULO 3

Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe

*Jorge J. Rodríguez**

*Robert Kohn***

*Itzhak Levav****

Introducción

Una doble fuente de datos, —los epidemiológicos (1, 2) y los provenientes de los cambios demográficos en curso y proyectados— convocan a una acción inmediata en la América Latina y el Caribe. Esa acción, basada en la evidencia, tal como se describe en este capítulo, requiere estar ajustada a las crecientes necesidades de salud mental de las poblaciones.

Desde una perspectiva demográfica cabe notar que las Naciones Unidas calculan que entre el año 2005 y el 2025 la población total de América Latina y el Caribe aumentará un 23%: de 558 a 688 millones de personas (3). Esas proyecciones indican que el crecimiento poblacional más rápido se registrará en la población de 50 años o más, la cual aumentará en más de 86%. Señalan, por otra parte, que la que se encuentra entre los 50 y los 64 años tendrá un aumento de 76% y la de 65 años o más se incrementará en 100%. La población entre los 15 y los 49 años de edad, aumentará en 19%. Estos cambios incrementarán la magnitud de los datos epidemiológicos detallados a continuación.

Los estudios epidemiológicos suelen reflejar diferentes tasas de prevalencia de los trastornos mentales de acuerdo a la metodología usada, los tipos de enfermedades incluidas en la investigación y el periodo de tiempo tomado como referencia. No obstante se estima, que al menos, 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida (OMS). Nos corresponde examinar los datos provenientes de las estimaciones de la prevalencia de algunos trastornos mentales en diversos países de América Latina y el Caribe. Esos datos fueron generados en

* Coordinador del Proyecto de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

** Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Brown University, Providence, Rhode Island, Estados Unidos de América.

*** Asesor en Investigación, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel. Miembro del Panel de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

investigaciones que han usado instrumentos de entrevista estructurados o semiestructurados vinculados a los sistemas y criterios de clasificación y diagnóstico actuales; entre ellos figuran el Examen del Estado Actual, EEA (en inglés *Present State Examination*, PSE) (4), el Programa de Entrevista Diagnóstica, PED (en inglés *Diagnostic Interview Schedule*, DIS) (5) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, EDIC (en inglés, *Composite International Diagnostic Interview*, CIDI) (6).

En una reciente publicación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (1) se ha recopilado la mayoría de esos estudios, realizados en los últimos 20 años en América Latina y el Caribe. Es obvio que resulta difícil una comparación de las tasas de incidencia y prevalencia en los distintos países, debido a que se utilizaron métodos muy dispares, distintos criterios e instrumentos de diagnóstico y marcos de muestreo diferentes. Sin embargo, estos estudios, en su conjunto, permiten tener una apreciación de la frecuencia de los trastornos mentales en la Región.

En el estudio mencionado (1) se calcularon la media y la mediana de los resultados de las diferentes investigaciones, a partir de las cuales se llegó a una estimación de las tasas de prevalencia regionales de los trastornos mentales (véanse los cuadros 1 y 2). Utilizando la mediana de las tasas de los estudios revisados se estimó que las psicosis no afectivas afectaban aproximadamente a 1,6% de la población en algún momento de la vida (prevalencia de vida) y a 0,7% en el momento del estudio (prevalencia puntual). En cuanto a los trastornos afectivos, la depresión mayor mostró una prevalencia de vida de 9,7% y una prevalencia puntual de 3,7%; y la distimia, 3,4% y 0,2%, respectivamente. El trastorno bipolar tuvo una prevalencia de vida de 1,4%. Las tasas de prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad fueron: trastornos de ansiedad generalizada, 2,9%; trastornos de pánico 1,6%; agorafobia, 2,6%; síndrome de estrés posttraumático, 4,3%; y trastornos obsesivo-compulsivos, 1,8%. Para los trastornos de ansiedad generalizada se determinó una prevalencia puntual de 0,6%; 0,5%, para el trastorno de pánico y 1,3%, para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Los trastornos debidos al consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas registraron tasas de prevalencia relativamente altas: 9,6% de las personas presentaron antecedentes de abuso y dependencia del alcohol a lo largo de su vida y 1,6% de abuso y dependencia de las drogas. Las respectivas tasas de prevalencia de un año registradas fueron 5,6% y 0,6% (1).

Cuando se calculó la media de todas las investigaciones analizadas, en algunos casos los resultados fueron más altos que los descritos anteriormente con base en la mediana.

El “*estado nervioso*” es un síndrome que ha sido descrito por autores y clínicos mexicanos, salvadoreños, costarricenses, ecuatorianos y guatemaltecos, entre otros. Se lo considera como una condición generalizada de malestar que se expresa por medio de síntomas tanto somáticos como psíquicos. Sólo un estudio realizado en una zona rural de México ha considerado específicamente la prevalencia del *estado nervioso* en la comunidad y ha descubierto que estaba presente en 15,5% de los habitantes. Este trastorno es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (7).

En general se aprecia que entre los trastornos que afectan al mayor número de adultos se encuentran la depresión mayor, la distimia, la ansiedad generalizada y el abuso o la dependencia del alcohol. Por ejemplo, en la Región, la depresión mayor y el abuso o la dependencia del alcohol afectaron en algún momento de la vida a unos 36 millones de adultos cada una.

Cuadro 1. Tasas medianas de los estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia de trastornos psiquiátricos realizados en América Latina y el Caribe

Trastornos	De vida			De un año			Actualmente (puntual)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Psicosis no afectivas	1,6	1,5	1,4	0,7	0,7	1,1	0,7	0,6	0,8
Depresión mayor	9,7	6,1	13,5	5,4	3,5	7,1	3,7	2,4	4,7
Distimia	3,4	1,0	5,2	1,2	0,8	1,4	0,2	0,2	0,3
Trastorno bipolar	1,4	1,5	1,5	0,7	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4
Ansiedad generalizada	2,9	2,2	3,8	1,3	0,9	1,3	0,6	0,4	0,7
Trastorno de pánico	1,6	0,7	2,1	1	0,4	1,2	0,5	0,2	0,8
Agorafobia	2,6	1,1	3,5	1,2	0,4	1,7	0,6	0,4	0,9
Síndrome de estrés posttraumático	4,3	2,5	2,5	1,5	0,8	1,0	0,2	0,2	0,3
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,8	1,3	2,1	1,2	1,0	1,4	1,3	1,0	1,4
Abuso / dependencia de alcohol	9,6	18,7	2,0	5,6	9,8	1,4	2,6	5,7	0,3
Abuso/dependencia de drogas	1,6	2,3	0,6	0,6	0,9	0,2	... ^a	...	...

Fuente: Kohn R, Levav I, Caldas JM y cols. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública, Rev. Panam. Salud Pública 2005, Vol 18(4/5): 232-236.

Cuadro 2. Tasas medias prevalencia de los estudios epidemiológicos psiquiátricos realizados en América Latina y el Caribe

Trastornos	De vida			De un año			Actualmente (puntual)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Psicosis no afectivas	1,4	1,2	1,5	1,0	0,9	1,1	1,5	1,2	1,7
Depresión mayor	9,8	6,7	12,6	5	3,2	6,6	4,4	3	5,6
Distimia	3,2	1,6	4,6	1,7	0,9	2,6	1	0,7	1,3
Trastorno bipolar	1,3	1,4	1,4	0,7	0,7	0,7	0,5	0,4	0,5
Ansiedad generalizada	5,3	3,7	6,8	3,3	2,5	4,2	1,3	0,8	1,7
Trastorno de pánico	1,5	0,9	2,1	0,9	0,6	1,2	0,6	0,3	0,8
Agorafobia	3,7	1,8	5,3	2,2	0,8	3,4	1,5	0,5	2,4
Síndrome de estrés posttraumático	4,6	3,6	5,5	1,8	1,9	1,6	0,6	0,3	0,9
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,9	1,6	2,1	1,4	1,2	1,5	1,5	1,0	1,9
Abuso/dependencia de alcohol	11,3	20,4	3,1	5,7	9,8	1,9	3,4	6	1,3
Abuso/dependencia de drogas	2,1	3,2	1,2	0,7	0,9	0,5	... ^a	...	...

Fuente: Kohn R, Levav I, Caldas JM y cols. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública, Rev. Panam. Salud Pública 2005, Vol 18 (4/5): 232-236.

La carga de los trastornos mentales y neurológicos

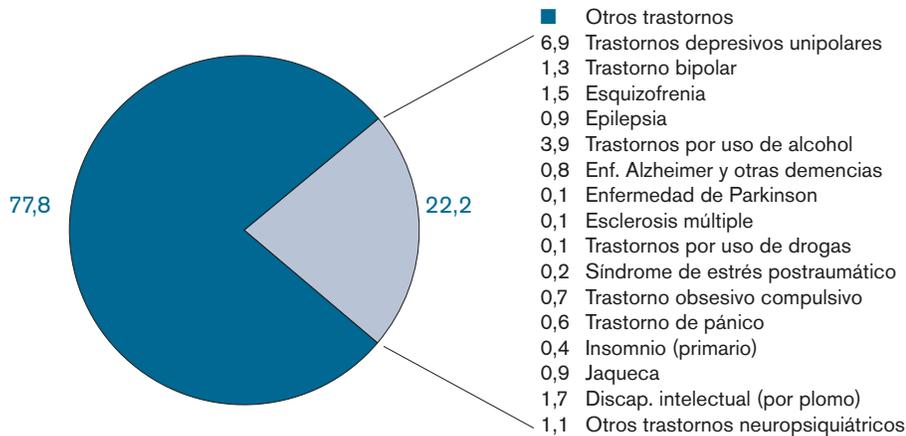
Las enfermedades mentales y neurológicas causan una carga de morbilidad muy significativa, aunque dan lugar a pocas muertes directas. Para calcular la carga se utilizan en la actualidad dos métodos de medición basados en el tiempo: los años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) y los años de vida saludable perdidos por discapacidad (AVPD); el AVPD además se pondera por la gravedad de la discapacidad. La suma de estos dos componentes brinda los años que se esperaba vivir en plena salud pero que se perdieron como resultado de la incidencia de enfermedades específicas, a este indicador se le denomina “años de vida ajustados en función de la discapacidad” (AVAD). Según la definición de Murray (8), esta es una medida de la laguna sanitaria y amplía el concepto de los años de vida potencial perdidos por muerte prematura para incluir los años equivalentes de vida sana perdidos por las personas que padecen mala salud o discapacidades. Un AVAD de 1 representa un año de vida sana perdido. El AVAD también permite medir el hiato entre el estado actual y la situación ideal en la que todas las personas debieran vivir hasta la vejez, sin padecer enfermedades ni discapacidades.

En todo el mundo, los trastornos neurológicos y mentales representan 13% de la carga global de enfermedades. Se calcula que en 1990 esos trastornos representaban 8,8% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe (9). En el año 2002 esta proporción alcanzaba un 22,2% (10); es decir, experimentaron un incremento de más del doble. Véase el cuadro 3 y la figura 1.

Cuadro 3. Porcentajes de AVAD totales, por trastorno neuropsiquiátrico y género en América Latina y el Caribe. Año 2002

	TOTAL	Hombres	Mujeres
Afecciones neuropsiquiátricas	22,2	20,2	24,7
Trastornos depresivos unipolares	6,9	4,6	9,8
Trastorno bipolar	1,3	1,1	1,4
Esquizofrenia	1,5	1,3	1,7
Epilepsia	0,9	0,9	1,0
Trastornos por uso de alcohol	3,9	5,7	1,6
Enf. de Alzheimer y otras demencias	0,8	0,6	1,0
Enfermedad de Parkinson	0,1	0,1	0,1
Esclerosis múltiple	0,1	0,1	0,2
Trastornos por uso de drogas	1,1	1,4	0,6
Síndrome de estrés postraumático	0,2	0,1	0,4
Trastorno obsesivo compulsivo	0,7	0,6	0,8
Trastorno de pánico	0,6	0,4	0,9
Insomnio (primario)	0,4	0,3	0,5
Jaqueca	0,9	0,5	1,5
Discapacidad intelectual debida al plomo	1,7	1,5	1,8
Otros trastornos neuropsiquiátricos	1,1	1,1	1,2

Figura 1. Porcentajes de AVAD totales y por trastornos neuropsiquiátricos en América Latina y el Caribe en el año 2002.



Si se analiza sólo el factor discapacidad, el número de AVPD atribuibles a los trastornos neurológicos y mentales es aún más notable y equivale a 40,4% de la carga total. Los trastornos depresivos representan 13,2% de los AVPD y, en los adultos que corren el riesgo más alto (entre los 15 y los 59 años), los trastornos depresivos unipolares representaron, en el 2002, 17,3% de los AVPD. En las mujeres de 15 a 59 años de edad los AVPD por trastornos depresivos unipolares representaban 23,1%. Otros trastornos psiquiátricos que presentaron un porcentaje alto fueron: los trastornos debidos al consumo de alcohol, 6,9%; la esquizofrenia, 2,9%; el trastorno bipolar, 2,4%; y los trastornos debidos al uso de drogas en las personas entre los 15 y los 29 años, 2,9%. De los niños de hasta 4 años de edad, la discapacidad intelectual (anteriormente, denominada retraso mental) debido al daño cerebral por plomo representó 23,0% de los AVPD. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias representaron 5,5% de AVPD en las personas entre los 60 y los 69 años de edad, y en los mayores de 80 años, 31,2%. La violencia constituyó igualmente una causa importante de AVPD (4,6%) y alcanzó a 6,5% en las personas entre los 15 y los 59 años y a 11,5% en los hombres de 15 a 59.

Los trastornos depresivos unipolares representaron 6,9% del total de AVAD. En los adultos de mayor riesgo (de 15 a 59 años de edad), 10,3% de los AVAD se debió a los trastornos depresivos unipolares; y en las mujeres de ese grupo de edad estos trastornos representaron el 15,8%. Los trastornos debidos al consumo de alcohol también mostraron una proporción importante de los AVAD en América Latina y el Caribe (3,9%); en el grupo de edad entre los 15 y los 59 años ascendió a 6,5%. En los hombres, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol causaron 5,7% y 9,1% de AVAD, respectivamente.

Del conjunto de trastornos, los depresivos unipolares presentaron el porcentaje mayor de AVPD. En los hombres, estos ocuparon el segundo lugar, detrás de los trastornos causados por el consumo de alcohol. Estos últimos se ubicaron en octavo lugar entre las veinte enfermedades que causan el mayor número de años de vida saludable perdidos por discapacidad, y en el tercero en el grupo entre los 15 y los 59 años de edad. La violencia, aunque no es un trastorno psiquiátrico, propiamente dicho, representa una condición que con frecuencia es objeto de una importante atención en los servicios de salud mental; en América Latina y el Caribe se ubicó en tercer lugar a nivel general y entre los hom-

bres. Los trastornos relacionados con “otros traumatismos no intencionales”, que pueden indicar un problema de salud mental subyacente, se colocaron en cuarto lugar para ambos géneros combinados. Otros trastornos psiquiátricos que se encontraron entre las veinte causas principales de los AVPD fueron la discapacidad intelectual debida al plomo (sexto lugar), la esquizofrenia (séptimo), el trastorno bipolar (duodécimo) y los trastornos asociados con el consumo de drogas (décimo cuarto). En las personas de 15 a 59 años de edad también tienen importancia el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de pánico.

Los trastornos psiquiátricos representaron algunas de las veinte causas más importantes de AVAD en América Latina y el Caribe. Los trastornos depresivos unipolares fueron la principal causa de AVAD con respecto a todas las enfermedades en las mujeres mientras que en los hombres fueron la cuarta causa principal, después de la violencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol y otros traumatismos no intencionales.

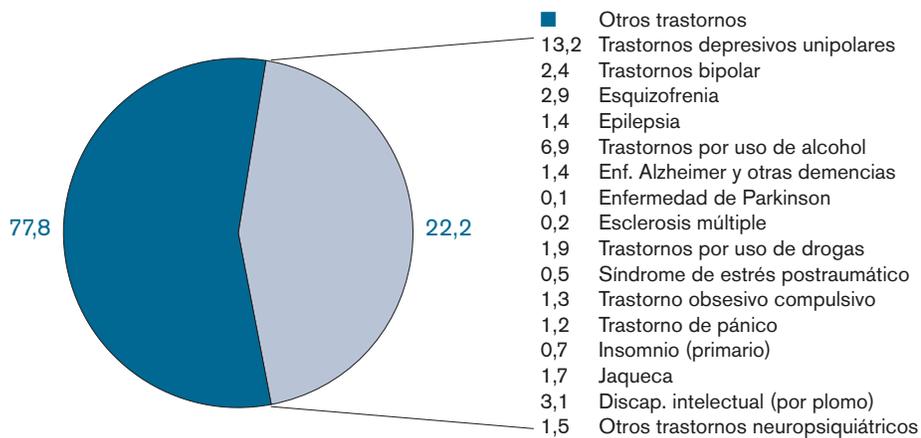
La contribución de un factor de riesgo a una enfermedad o a la mortalidad se expresa por medio de la fracción o el porcentaje de riesgo atribuible a la población, FRAP (en inglés FAP) (11). El FRAP permite calcular la reducción proporcional de las enfermedades o de las muertes que ocurrirían si se redujera la exposición al riesgo, reducción que puede oscilar entre 0% y 100%. El consumo del alcohol es un importante factor contribuyente en muchos trastornos; el FRAP de todas las causas fue de 9% en ambos géneros, y en los hombres, de 13%. La violencia es una de las causas más importantes de AVAD en América Latina y el Caribe, lo mismo que el alcohol, cuyo FRAP fue de 33%. El FRAP relacionado con el uso de drogas ilícitas en cuanto se relaciona con la infección por el VIH/SIDA fue de 9%. El abuso sexual de niños fue un importante factor contribuyente de los trastornos postraumáticos, con un FAP de 18%, y de los trastornos debidos al consumo de alcohol, con un FRAP de 5%.

En América Latina y el Caribe, se pierden 21.361.776 años de vida como consecuencia de discapacidades (AVPD) producidas por enfermedades neurológicas y mentales. La depresión unipolar representa 6.952.231 años de vida saludable perdidos por discapacidad, 1,7% más en las mujeres que en los hombres. El pánico y el síndrome de estrés postraumático dieron lugar a que las mujeres registraran el doble de casos de discapacidades que los hombres. El consumo de alcohol representó 3.630.822 años de vida saludable perdidos por discapacidad. Los trastornos debidos al consumo de alcohol causaron 4,1 veces más discapacidades en los hombres que en las mujeres, y los trastornos debidos al consumo de drogas, 2,9 veces más. El número de años de vida perdidos debido a discapacidades causadas por la violencia fue de 2.450.858; el número de AVPD fue 9,4 veces mayor en los hombres. Véase el cuadro 4 y la figura 2.

La elevada discapacidad debida a los trastornos neurológicos y mentales es consecuencia, en gran medida, de su aparición en edades tempranas —en comparación con otras afecciones crónicas— y a su alta prevalencia (12). La carga de los trastornos psiquiátricos en América Latina y el Caribe está en aumento, como resultado de la transición epidemiológica— de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas— de la mayor relevancia de los trastornos emergentes, como la violencia y la infección por el VIH/SIDA, y de la estructura poblacional cambiante por obra del aumento de la expectativa de vida y la reducción proporcional de la población infantil y juvenil, lo que incrementa las posibilidades de que se presenten trastornos mentales en etapas tardías de la vida (13).

Cuadro 4. Porcentajes AVPD totales, por trastorno neuropsiquiátrico y género en América Latina y el Caribe. Año 2002

	TOTAL	Hombres	Mujeres
Afecciones neuropsiquiátricas	40,4	39,3	41,6
Trastornos depresivos unipolares	13,2	9,5	16,9
Trastorno bipolar	2,4	2,3	2,5
Esquizofrenia	2,9	2,7	3,0
Epilepsia	1,4	1,4	1,4
Trastornos por uso de alcohol	6,9	10,9	2,7
Enf. de Alzheimer y otras demencias	1,4	1,1	1,7
Enfermedad de Parkinson	0,1	0,1	0,1
Esclerosis múltiple	0,2	0,2	0,2
Trastornos por uso de drogas	1,9	2,8	1,0
Síndrome de estrés postraumático	0,5	0,3	0,6
Trastorno obsesivo compulsivo	1,3	1,2	1,4
Trastorno de pánico	1,2	0,7	1,6
Insomnio (primario)	0,7	0,6	0,8
Jaqueca	1,8	0,9	2,6
Discapacidad intelectual causada por el plomo	3,2	3,2	3,2
Otros trastornos neuropsiquiátricos	1,6	1,4	1,9

Figura 2. Porcentajes de AVDP totales y por trastornos neuropsiquiátricos en América Latina y el Caribe. Año 2002

La brecha de tratamiento

La brecha de tratamiento representa la diferencia entre la prevalencia real de un trastorno y la prevalencia tratada. Usualmente, la brecha de tratamiento se expresa como el porcentaje de personas enfermas que requieren atención y no la reciben. El cálculo de la brecha de tratamiento en una población depende del período de prevalencia del trastorno, del marco temporal en que se lleva a cabo el análisis de la utilización de los servicios y de la representatividad demográfica de la muestra estudiada en relación con la población (14).

En América Latina y el Caribe existe una amplia diferencia entre las tasas reales de prevalencia de los trastornos y los índices de pacientes en tratamiento. Los estudios que han proporcionado datos sobre la brecha de tratamiento han aportado información sobre la utilización de los servicios en períodos dispares que pueden referirse al mes precedente a la investigación, los seis meses anteriores, el año anterior o toda la vida. El cuadro 5 proporciona datos sobre las brechas de tratamiento observadas en ocho trastornos mentales en diversas ubicaciones –expresadas en medianas y medias– que revela la compilación de distintos estudios. En las muestras analizadas, más de una tercera parte de las personas aquejadas de psicosis no afectiva, más de la mitad de las que presentaban un trastorno de ansiedad y aproximadamente tres cuartas partes de las que padecían trastornos relacionados con el consumo de alcohol no recibían atención de salud mental del sistema de salud formal.

Cuadro 5. Brecha de tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, en términos de porcentaje de personas que necesitaban atención y no la recibieron^a

Trastorno	São Paulo (mes anterior) ^c	Chile (seis meses anteriores) ^d	WMH de México (año anterior) ^e	Ciudad de México (toda la vida) ^e	México rural (toda la vida) ^e	Puerto Rico (año anterior) ^a	Media	Mediana
Psicosis no afectivas	58,0	46,3	... ^b	...	...	9,7	37,4	44,4
Depresión mayor	49,4	37,6	77,2	43,4	66,3	70,0	58,9	57,9
Distimia	43,8	29,8	81,5	78,5	58,0	...	58,8	58,0
Trastorno bipolar	46,0	52,6	85,7	74,1	...	...	64,0	62,2
Ansiedad generalizada	41,1	34,0	94,7	72,2	...	...	63,1	58,2
Trastorno de pánico	47,8	28,7	71,2	70,0	...	...	52,9	58,9
Agorafobia	...	58,3	89,7	80,3 ^f	...	...
Obsesivo-compulsivo	...	27,6	...	92,1	...	...	59,9	59,9
Estrés posttraumático	...	35,2	83,0	...	...	...
Abuso o dependencia del alcohol	53,3	84,8	79,2	...	...	76,0	71,4	76,0

^a El estudio WMH de Colombia únicamente presenta datos (del año anterior) sobre la brecha de tratamiento para los siguientes trastornos del DSM-IV: cualquier trastorno afectivo, 82,4%; cualquier trastorno de ansiedad, 95,4%; y cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas, 92,5%.

^b Los puntos suspensivos (...) indican que no se analizó el trastorno en cuestión.

^c CIE-10; ^d DSM-III-R; ^e diagnósticos de la CIE-10 excepto el abuso o dependencia del alcohol que corresponden al DSM-IV; ^f calculado a partir de cuadros que pueden consultarse; ^g DSM-III-R.

Fuente: Kohn R, Levav I, Caldas JM y cols. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública, Rev. Panam. Salud Pública 2005, Vol 18 (4/5): .237

A pesar de la diversidad de los períodos de búsqueda de tratamiento en los diferentes estudios, la brecha que se revela es muy amplia y aun podría estar subestimada, ya que no se tuvo en cuenta la

comorbilidad. Por ejemplo, un estudio sobre la prevalencia del tratamiento llevado a cabo en 1993 y basado en una revisión de expedientes médicos de todos los proveedores de atención sanitaria que trataban enfermedades mentales en Belice (15) reveló que aproximadamente 63% de las personas con esquizofrenia no recibían tratamiento; tampoco lo recibían 89% de las afectadas por trastornos afectivos y 99% de las que padecían trastornos de ansiedad. Debe señalarse que los datos recientemente publicados correspondientes al año 2005 sobre las tasas de utilización de los servicios indican que en Belice se ha logrado reducir notablemente la brecha de tratamiento y se ofrece tratamiento a la mayor parte de las personas afectadas por trastornos mentales.

En un análisis de los datos de 1998 sobre la utilización de los servicios psiquiátricos del sistema nacional de salud en São Paulo, se observó que 71% de las personas aquejadas de esquizofrenia no recibían tratamiento (17).

El Proyecto Atlas de Salud Mental llevado a cabo por la OMS (18, 19), aportó nuevos datos probatorios del déficit en materia de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Los niveles de inversión en salud mental así como la disponibilidad de camas psiquiátricas, médicos psiquiatras y otros profesionales de la salud mental en muchos países de América Latina y el Caribe van muy a la zaga de los del Canadá y los Estados Unidos. El porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental en los países de América Latina y el Caribe variaba entre 0,1 y 12%, con una mediana de 2,5%. La mayoría de los países de la Región poseen un plan nacional de salud mental, sin embargo sus niveles reales de implementación y la cobertura alcanzada son bajos. El número de camas psiquiátricas por 10.000 habitantes variaba entre 0,4 y 26 con una mediana de 2,6. El porcentaje de camas psiquiátricas ubicadas en hospitales psiquiátricos, indicador del grado de predominio de la atención a los pacientes con trastornos crónicos en detrimento de la atención de los pacientes con casos agudos o de la atención comunitaria, variaba entre 61,5 y 100%. La mediana era de 80,6% muy diferente a la del Canadá o los Estados Unidos donde las camas en hospitales psiquiátricos representaban menos de 48% de las camas psiquiátricas. Igualmente, el número de psiquiatras por 100.000 habitantes variaba ampliamente de 0,2 a 24,0 con una mediana de 2,0.

Con el fin de que los países en desarrollo reduzcan exitosamente la discapacidad asociada al déficit asistencial se debe hacer énfasis en superar las barreras tanto directas como indirectas que aún existen. La OMS (20) ha sugerido 10 recomendaciones que debieran seguir los países en desarrollo con objeto de reducir la brecha de tratamiento en el ámbito de la salud mental.

Más recientemente, una serie de artículos de la revista médica *The Lancet* (21) sobre la salud mental en el mundo formularon algunas recomendaciones para superar las barreras para la atención en el ámbito de la salud mental. El grupo de estudio involucrado llegó a la conclusión de que había cuatro áreas de las que se podían extraer enseñanzas básicas con objeto de superar las barreras para la reforma de la atención de la salud mental y reducir la brecha de tratamiento: voluntad política; promoción de la causa de las personas aquejadas de enfermedades mentales; creación de servicios comunitarios de atención de salud mental de nivel secundario; y utilización más eficaz de los recursos disponibles formales e informales.

Conclusiones y consideraciones finales

1. Los trastornos mentales presentan una prevalencia sumamente importante en América Latina y el Caribe, y la carga que representan se aproxima a la de los países más desarrollados.
2. Se calcula que en 1990 los trastornos mentales y neurológicos representaban 8,8% de la carga total de enfermedades —expresada en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)— en América Latina y el Caribe; en el año 2002, esta proporción subió a 22,2%.
3. La brecha de tratamiento representa la diferencia entre la prevalencia real de un trastorno y la proporción de pacientes que reciben tratamiento en servicios generales de salud o especializados en salud mental. Usualmente, se expresa como el porcentaje de personas que requieren atención y no la reciben. En América Latina y el Caribe se puede afirmar, según los estudios realizados, que más de la tercera parte de las personas aquejadas de psicosis no afectiva, más de la mitad de las que presentaban un trastorno de ansiedad y aproximadamente tres cuartas partes de las que padecían trastornos relacionados con el consumo de alcohol no recibían atención de salud mental.
4. Los servicios de salud mental se ha dedicado, tradicionalmente, a la atención de los trastornos mentales y a los que se describen bajo la categoría más amplia de trastornos neuropsiquiátricos, que incluyen la epilepsia. Algunos países, dependiendo de sus recursos y de su forma habitual de planificar, limitan los programas de salud mental al tratamiento exclusivo de los trastornos mentales más graves. Una visión tan estrecha de la atención de la salud mental es insuficiente para dar respuestas apropiadas al conjunto de necesidades psicosociales de la población.
5. Los perfiles demográfico y epidemiológico de la Región ponen de manifiesto la necesidad de que se amplíe el campo de competencia de las acciones de salud mental y se enfatice la detección temprana y atención de los problemas psicosociales y trastornos mentales en la atención primaria.

Referencias

1. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2005;18 (4/5):229-40.
2. Levav I, Lima BR, Somoza Lennon M, Kramer M, González R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. *Bases epidemiológicas para la acción.* *Bol Oficina Sanit Panam.* 1989;107:196-219.
3. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *World population prospects: the 2006 revision and world urbanization prospects: the 2005 revision.* Available from: <http://esa.un.org/unpp>
4. Wing JH, Nixon J, Mann SA, Leff JP. Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population survey. *Psychol Med.* 1977;7:505-16.

5. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:381-9.
6. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1069-77.
7. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez M. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*. 1999;22 (número especial):68-74.
8. Murray CJL. Rethinking DALYs. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996, pp. 1-89.
9. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
10. World Health Organization. Global burden of disease estimate. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>
11. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. *Global burden of disease and risk factors*. New York, Oxford University Press; 2006.
12. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ*. 2000; 78(4):413-25.
13. Pan American Health Organization. 2007: *Health in the Americas 2007*. Washington, DC: PAHO.
14. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B: The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:11;858-66.
15. Bonander J, Kohn R, Arana B, Levav I. An anthropological and epidemiological overview of mental health in Belize. *Transcult Psychiatry*. 2000;37:57-72.
16. Pan American Health Organization. *Health in Americas 2007 Edition*. Washington, DC: OPS; 2007.
17. Leitão RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari JJ. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. *Rev Saúde Publica*. 2006; 40:304-9.
18. World Health Organization. *Atlas: mental health resources in the world 2001*. Geneva, OMS; 2001.
19. World Health Organization. *Mental health atlas-2005*. Geneva, OMS; 2005.
20. World Health Organization. *The world health report 2001 mental health: eew understanding new hope*. Geneva, OMS; 2001. Se puede consultar en <http://www.who.int/whr2001/>
21. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370:1164-74.



Es nuestro propósito que este documento pueda servir de guía para orientar las acciones que se tomen en el futuro para lograr una efectiva protección del derecho de toda persona con discapacidad mental a vivir, trabajar y ser tratada e incluida en la comunidad.

El derecho a vivir y ser incluido en la comunidad

Javier Vásquez*

Introducción

En 1990 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) convocó a distintas organizaciones, autoridades de salud, profesionales de las ciencias de la salud y del derecho, así como usuarios de los sistemas de salud mental a la *Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina* celebrada en Caracas, Venezuela. En el marco de esta conferencia, el 14 de noviembre de 1990 se adoptó la *Declaración de Caracas*, en la cual se proponen distintas medidas para lograr la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina (1).

Si bien la Declaración de Caracas no es un instrumento con fuerza vinculante para los Estados Miembros de la OPS/OMS ni tampoco se refirió a “vivir en la comunidad” como un derecho *per se*, en la misma declaración se propusieron estrategias que permitirían a las personas con discapacidad mental vivir y ser atendidas en la comunidad. Entre las acciones que se derivan de la Declaración de Caracas está la actualización de las legislaciones nacionales, de tal forma que posibilite la organización de servicios comunitarios que contribuyan a que estas personas puedan disfrutar de la libertad personal y por consiguiente ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y otras libertades fundamentales. Igualmente, la Declaración propone desarrollar en los países programas orientados a preservar los derechos humanos de estas personas, de acuerdo con las legislaciones nacionales y de conformidad con los respectivos compromisos internacionales sobre la materia.

Por su parte, el Consejo Directivo de la OPS/OMS, promulgó una resolución (2) en el 2001 para dar apoyo y seguimiento a los principios y recomendaciones de la Declaración de Caracas en el área de derechos humanos y, especí-

* Javier Vásquez. Asesor Regional de Derechos Humanos, Área de Asuntos Jurídicos/Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación (LEG/THR), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos de América

ficamente, con relación a la creación de servicios en la comunidad. Con ese fin instó a los Estados Miembros a que "...sigan preparando estrategias encaminadas a lograr que la atención mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad...".

Los instrumentos de derechos humanos (tratados y recomendaciones regionales e internacionales), incluida la propia Declaración de Caracas, consagran los estándares mínimos aceptados internacionalmente que salvaguardan los derechos de las personas con discapacidades mentales por ser consideradas un grupo que requiere protección especial debido a su particular condición de vulnerabilidad, impotencia y abandono. La OPS consideró que los documentos mencionados, escasamente difundidos, se podrían convertir en una importante guía para la promoción de la salud mental y para la elaboración de políticas, planes y legislaciones de salud mental consistentes con las obligaciones adquiridas por los estados en materia de derecho internacional público principalmente con relación al derecho que las personas con trastornos mentales tienen a vivir en la comunidad y no en hospitales psiquiátricos.

En este capítulo se explican cuáles son las principales fuentes del derecho de las personas con discapacidad mental a vivir en la comunidad y a participar en sus actividades, siguiendo los lineamientos y estándares establecidos por las convenciones internacionales de derechos humanos tales como la Declaración de Caracas y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, sancionados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (3). También señala los principales obstáculos encontrados para el ejercicio del derecho a vivir en la comunidad y cómo están siendo superados, utilizando los principios y estándares internacionales y regionales pertinentes, entre ellos la Convención Internacional para la Protección y la Promoción de los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (en adelante, Convención) (4). Este capítulo también hace referencia a iniciativas aparecidas en los 15 años transcurridos desde la formulación de la Declaración de Caracas, cuyos resultados habrán de tenerse en cuenta. Es nuestro propósito que este documento pueda servir de guía para orientar las acciones que se tomen en el futuro para lograr una efectiva protección de toda persona con discapacidad mental a vivir, trabajar y ser tratada e incluida en la comunidad.

Normas generales de derechos humanos en el contexto del derecho a vivir en la comunidad

El derecho internacional ha consagrado, en relación con los derechos humanos, la protección de todas las personas sin distinción de raza, color, género, idioma, religión, afiliación política, origen nacional, extracción social, posición económica o cualquier otra característica. En consecuencia, las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por los instrumentos generales establecidos por el derecho internacional para la defensa de los derechos humanos, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (5), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (6), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (7), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (8), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (9) y su Protocolo Adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador) (10).

Cabe mencionar que, tal como lo recomendó la Declaración de Caracas, el derecho a vivir en la comunidad sólo podrá ejercerse cuando los Estados creen servicios comunitarios de salud mental

donde las personas con discapacidad mental puedan verdaderamente gozar de todos los demás derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que protegen las convenciones y tratados arriba mencionados. Es decir, vivir en la comunidad se convierte en un requisito esencial para poder ejercer plenamente todos los derechos humanos citados antes, incluido el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

“Vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad” ha sido reconocido legalmente como un derecho humano por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad, que entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Este instrumento establece en los siguientes términos las medidas mínimas que deben adoptar los Estados Partes para garantizar a toda persona con discapacidad su derecho a vivir en la comunidad:

“Los Estados Partes ... reconocen el Derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a. Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con los demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b. Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta; y
- c. Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades”.

Conviene mencionar que las personas con discapacidad mental se encuentran también protegidas por la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad (en adelante Convención Interamericana sobre Discapacidad), adoptada por la Asamblea General de la Asociación de Estados Americanos (OEA) el 8 de junio de 1999 (11). Si bien este instrumento no protege específicamente el derecho a vivir en la comunidad, sus objetivos principales son la prevención y la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad física o mental y propiciar “su plena integración en la sociedad”.

Por otro lado, debido a la protección que requieren las personas con discapacidad mental por su particular condición de vulnerabilidad, impotencia y abandono, distintos organismos internacionales han establecido estándares especiales para la promoción y protección de los derechos básicos y libertades fundamentales de estas personas y sus familiares. Tales estándares o lineamientos, también pertenecen al ámbito del derecho internacional y son, en su gran mayoría, declaraciones, recomendaciones e informes promulgados por la Asamblea General y la Comisión de Derechos Humanos de

las Naciones Unidas, la OPS/OMS, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)¹ y el tribunal Europeo de Derechos Humanos.

En 1991 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (en adelante Principios de Salud Mental) (12).

Dada la especificidad de los Principios de Salud Mental, este documento es un instrumento esencial para la interpretación y aplicación de las convenciones internacionales de derechos humanos. Estos principios representan una guía importante para el establecimiento de sistemas nacionales de salud mental y la evaluación de la práctica de los mismos.

En términos generales los Principios reconocen que las personas que padecen un trastorno mental están facultadas para ejercer todos los derechos y libertades fundamentales reconocidos internacionalmente (consagrados en documentos tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, entre otros). De igual forma a través de este estándar internacional (Principio 7), aunque sin fuerza vinculante y a manera de recomendación, los Estados reconocieron el “derecho a vivir y trabajar en la comunidad” y a ser tratado en su hogar o cerca de éste. Este Principio también establece que estas personas tienen el derecho, en caso de estar hospitalizadas, a “regresar a la comunidad lo antes posible”.

El derecho a vivir en la comunidad tal como fue establecido en los Principios de Salud Mental, constituyó un importante lineamiento que posteriormente ha sido incorporado por los Estados en tratados internacionales de derechos humanos y utilizado por la OPS, la OMS, la CIDH, Organismos No-Gubernamentales (ONG) tales como *Mental Disability Rights International* (MDRI)² y otras agencias para interpretar y aplicar las convenciones internacionales y regionales de derechos humanos en el contexto de los servicios comunitarios de salud mental.

¹ La CIDH fue establecida en 1959 y su estructura actual se rige entre otros documentos por la Convención Americana sobre derechos humanos. La Comisión tiene sus oficinas en la ciudad de Washington, D.C. Una de sus principales funciones es atender las denuncias o peticiones de personas, grupos de personas u organizaciones que alegan violaciones de los derechos humanos cometidas en los Estados miembros de la OEA. Entre sus funciones se encuentran las visitas *in loco* a los Estados de la OEA, la celebración de audiencias, la emisión de informes sobre derechos humanos y la adopción de medidas cautelares cuando la vida o integridad personal de alguna persona está en serio peligro. La OPS, en su calidad de organismo interamericano de salud pública, actualmente colabora técnicamente con la CIDH en la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades, personas portadoras del virus VIH/SIDA, pueblos indígenas, adultos mayores, personas con trastornos mentales y otros grupos vulnerables, en el contexto de salud pública a través de talleres de capacitación, audiencias generales, elaboración de estándares, visitas a instituciones psiquiátricas y formulación de opiniones técnicas sobre derechos humanos y salud pública. La Declaración de Caracas, los Principios de salud mental de Naciones Unidas y otros lineamientos técnicos de OPS y OMS han sido utilizados por la CIDH como un estándar interpretativo de las obligaciones de los Estados en casos individuales, medidas cautelares, visitas *in loco*, informes de país y recomendaciones a los Estados Miembros de la OEA en el área de derechos humanos y salud mental. Para mayor información ver <http://www.cidh.org>.

² *Mental Disability Rights International* (MDRI), es un Organismo No-Gubernamental (ONG) con sede en Washington D.C. y que se dedica a la defensa, promoción, reconocimiento y cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad mental, en especial su derecho a vivir y ser tratado en la comunidad. MDRI documenta abusos a los derechos humanos y supervisa internacionalmente los derechos de estas personas en distintas partes del mundo, incluida la Región de las Américas. MDRI ha utilizado la Declaración de Caracas y otros estándares internacionales para interpretar las obligaciones de Uruguay, México, Perú y Paraguay establecidas en los tratados internacionales de derechos humanos y ha emitido informes con relación a las condiciones de vida y derechos humanos en las instituciones psiquiátricas de dichos países.

Vivir en la comunidad en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Entre las normas generales de derechos humanos que tienen una mayor relación con la atención en salud mental en la comunidad corresponde mencionar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (derecho a la salud), incluyendo la protección de las personas con discapacidad (artículo 10 del Protocolo de San Salvador y artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ya mencionados anteriormente). El artículo 18 del Protocolo de San Salvador establece que "...toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad...". Sin lugar a dudas, el ejercicio del "derecho a vivir en la comunidad" permite que las personas con discapacidad mental tengan una "atención especial" y que puedan ejercer todos sus derechos humanos y libertades fundamentales en la comunidad y así alcanzar el "máximo desarrollo de su personalidad".

Vivir en la comunidad en el contexto de los derechos civiles y políticos y de las libertades fundamentales

El vínculo existente entre los servicios de salud mental, la administración de los tratamientos médicos y los derechos humanos, señalado en la Declaración de Caracas y en otras recomendaciones y estándares internacionales, ha sido también útil para interpretar las obligaciones de los Estados con relación a los derechos civiles, políticos y las libertades fundamentales de los usuarios. Los proveedores de cuidados y tratamientos deben salvaguardar los derechos fundamentales de todo ser humano a su cuidado y, en especial, el derecho a vivir en la comunidad. Aun cuando estas obligaciones no haya sido mencionadas explícitamente en la Declaración de Caracas u otros estándares internacionales de salud mental, se sobreentiende que entre ellas tienen prioridad las que obligan a preservar la dignidad inherente al ser humano en la comunidad.

Derechos tales como la garantía de la vida, la integridad física, psíquica y moral, la libertad personal, las garantías judiciales, la libertad de pensamiento y expresión, el derecho al nombre, el derecho a la propiedad privada, el derecho de circulación y residencia, los derechos políticos, la igualdad ante la ley y la protección judicial, son fueros que es preciso salvaguardar y que no podrán disfrutarse en contextos restringidos y aislados, sino en la comunidad. En efecto, de acuerdo con la CIDH y otros organismos internacionales afines, es necesario "promover e implementar a través de legislación y planes nacionales de salud mental la organización de servicios comunitarios de salud mental cuyos objetivos sean la plena integración de las personas con discapacidad mental en la sociedad y la participación de organizaciones profesionales, asociaciones de usuarios y familiares, sus amistades, organizaciones de asistencia social y otros miembros de la comunidad en la rehabilitación del paciente." (13)

Es importante resaltar que la Declaración de Caracas es uno de los primeros documentos que si bien no se refiere explícitamente al "derecho a vivir en la comunidad", propone, en un plano regional, la creación de sistemas comunitarios de salud mental como una alternativa para proteger derechos habitualmente violados en hospitales psiquiátricos, tales como el derecho a la libertad personal, al debido proceso, a las garantías judiciales y a la igualdad ante la ley.

Derecho a vivir en la comunidad en el contexto de la formulación de estándares regionales de derechos humanos y salud mental

La Declaración de Caracas y el Principio de Salud Mental 7, establecido por las Naciones Unidas (“importancia de la comunidad y de la cultura”), han servido de guía en la elaboración de normas y estándares regionales relativos a los derechos humanos y la salud mental. Así, en el 2001 la CIDH formuló un nuevo estándar en derechos humanos de las personas con discapacidad mental, inspirado en la Declaración y Principios ya mencionados, conocido como “Recomendación de la CIDH sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental” (13). La CIDH, siguiendo las recomendaciones de la OPS/OMS y de la Asamblea General de la ONU, propuso a los Estados miembros de la OEA acciones concretas relacionadas con la garantía del derecho a vivir en la comunidad y otros derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Sugiere también la disseminación de las normas generales de derechos humanos y estándares sobre salud mental, la capacitación técnica de las personas a cargo de defensorías de derechos humanos y la ejecución de acciones conjuntas de la sociedad civil con los sectores oficiales, dirigidas a la protección de los derechos de las personas con discapacidades mentales. La CIDH también incorpora en su recomendación lineamientos dirigidos a los Estados Miembros de la OEA destinados a promover la organización de servicios comunitarios de salud mental, entre cuyos objetivos figure la plena integración en la sociedad de las personas con discapacidad mental.

Derecho a vivir en la comunidad en el contexto de la reforma legislativa

La Declaración de Caracas propuso por primera vez en la Región la revisión sistemática de las legislaciones de salud mental al recomendar “...que las legislaciones de los países se ajusten de manera que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales...”. Siguiendo esta línea, la CIDH propuso a los Estados de la OEA “...reformular las leyes existentes en materia de salud mental o discapacidad en general y, si estas no existen, crear leyes que garanticen el respeto de las libertades fundamentales y los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y sus familiares...”.

De acuerdo con información recabada por la OPS/OMS, (14-15) los referidos estándares, al igual que los instrumentos que en términos generales protegen derechos humanos básicos, todavía no han sido incorporados en todas las legislaciones, políticas y planes nacionales de los países de la Región y por lo tanto las medidas arriba mencionadas, a las que los Estados se han comprometido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Art. 19 con relación al derecho a vivir en la comunidad), debieran ser incorporadas en las legislaciones nacionales sobre discapacidad y/o salud mental.

Los puntos básicos para lograr la promoción y protección del derecho a vivir en la comunidad en los Estados de la ONU y OEA debieran comprender:

- La disseminación de las obligaciones de los Estados Partes en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad que se refieren al derecho a vivir en la comunidad y de las

normas generales y los estándares internacionales y regionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidad mental;

- La incorporación de estas normas y estándares en las legislaciones, políticas y planes de salud mental, en especial las relacionadas con el derecho a vivir y trabajar en la comunidad;
- El fortalecimiento de las organizaciones de usuarios que reclaman su derecho a vivir y ser tratados en la comunidad y otros derechos humanos y libertades fundamentales, de acuerdo con los mecanismos legales nacionales e internacionales;
- La colaboración técnica con las defensorías; de derechos humanos; y
- La colaboración técnica con los organismos internacionales y regionales de derechos humanos tales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y los organismos de derechos humanos creados por los tratados propios del Sistema de las Naciones Unidas para proteger más efectivamente el derecho a vivir en la comunidad.

El derecho a vivir en la comunidad y los nuevos enfoques en salud pública

Los países de América Latina y del Caribe han empezado a reformar sus sistemas de salud mental en obediencia a los tratados internacionales que han sido ratificados, particularmente la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención Americana, el Protocolo de San Salvador y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Estos instrumentos establecen obligaciones específicas para los Estados con relación a la creación de servicios comunitarios y concretamente sobre las medidas a ser adoptadas para garantizar el derecho a vivir en la comunidad en el contexto de la reforma de los sistemas nacionales de salud mental. Bajo este sistema regional e internacional de derechos humanos, algunos Estados que no cuentan con establecimientos para el tratamiento de trastornos mentales en la comunidad o en hospitales generales han tenido que reparar los daños ocasionados a personas con trastornos mentales, principalmente las recluidas en prisiones e instituciones psiquiátricas.

En el plano nacional, algunos Estados están estableciendo nuevos mecanismos de supervisión de servicios de atención en salud mental a través de instituciones gubernamentales tales como las defensorías de derechos humanos, las cuales en el pasado no incluían a los hospitales psiquiátricos en el ámbito de sus funciones.

Otro importante progreso observado recientemente en América Latina y el Caribe, es la participación de usuarios en talleres de capacitación sobre derechos humanos y en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la formulación de políticas y legislaciones de salud mental que garantizan derechos humanos tales como el vivir en la comunidad. El fortalecimiento de las asociaciones de usuarios a través del conocimiento y ejercicio de sus derechos básicos y libertades fundamentales es una importante estrategia para luchar contra el estigma y la discriminación que todavía enfrentan en la Región las personas con trastornos mentales. Al mismo tiempo, el afianzamiento de esas asociaciones contribuye a garantizar el máximo desarrollo de la personalidad de los usuarios en sus lugares de residencia. Por otra parte, esos organismos pueden influir en la creación de servicios necesarios en la comunidad que tengan en cuenta las necesidades específicas de las personas con discapacidad mental.

A pesar de que en términos generales los cuidados en materia de salud mental en América Latina y el Caribe todavía se prestan en la mayoría de los casos en hospitales psiquiátricos aislados y no en la comunidad, se puede observar un proceso de cambio. Las redes multidisciplinarias y comités de apoyo, establecidos con el patrocinio de la OPS/OMS y de ONG, están contribuyendo a asegurar el derecho de las personas con discapacidad mental a vivir en la comunidad. A pesar de que este proceso es incipiente, los gobiernos han empezado a asumir el compromiso de establecer sistemas de salud mental comunitarios y a garantizar los derechos humanos de estas personas.

El ejercicio del derecho a la protección judicial y al debido proceso son requisitos indispensables para que las internaciones de personas con trastornos mentales, particularmente en hospitales psiquiátricos sean debidamente supervisadas por organismos competentes. En muchas jurisdicciones los tribunales judiciales todavía están facultados para ordenar unilateralmente la internación de personas con trastornos mentales en hospitales psiquiátricos a pesar de ignorar las condiciones de esos centros y de tener un limitado conocimiento de los estándares internacionales arriba mencionados a los que están obligados a someterse. Es vital que los jueces correspondientes sean capacitados sobre estas materias para que así puedan valorar la situación de miles de personas con discapacidad mental que continúan privadas de libertad y por lo tanto sin poder ejercer su derecho a vivir en la comunidad y otros derechos humanos relacionados.

Las normas generales de derechos humanos y los estándares internacionales sobre salud mental se están convirtiendo en un componente esencial de las políticas, planes y legislaciones correspondientes. Actualmente hay una tendencia a fundamentar los servicios de salud mental en normas constitucionales y de derechos humanos que protegen explícitamente el derecho de los pacientes a vivir y ser tratados en la comunidad. Esta reforma de las políticas públicas y legislaciones no sólo permitirá un cuidado más integral de la salud de los individuos afectados por trastornos mentales, sino también que facilitará el ejercicio de su autodeterminación y de su condición de ciudadanos. Es justo concluir que “vivir y ser incluido en la comunidad” es un derecho que genera responsabilidades para los Estados Miembros de la OMS/OPS.

En conclusión, el nuevo enfoque en salud mental propicia la promoción de una atención más adecuada y oportuna. Entre sus rasgos salientes destaca, además del uso de procedimientos terapéuticos y de rehabilitación psicosocial más efectivos y la aplicación de medidas de salvaguarda de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental. La participación de la OPS/OMS junto con los gobiernos y otros organismos involucrados podría dar lugar a intervenciones concretas que garanticen el derecho de toda persona con un trastorno mental a vivir y ser tratada en la comunidad (aprovechando los recursos disponibles en hospitales generales y centros de atención primaria). Igual importancia adquieren las acciones orientadas a prevenir daños muchas veces irreparables, a promover la salud mental de la población y también a suscitar nuevas iniciativas encaminadas a lograr que el derecho internacional llegue a ser utilizado en la protección de otras áreas de la salud pública. (16)

Referencias

1. Levav I, Restrepo H y Guerra de Macedo C. The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: a new policy for mental health services. 15 J. Public Health Services. *Journal of Public Health and Policy*, Spring, 73-85 (1994).
2. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo. Res. OPS 2001, CD43. R10.
3. Los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. Res. 46/119, 46 ONU GAOR (Sup. No. 49), p. 189, ONU Doc. A/46/49 (1991).
4. Organización de las Naciones Unidas. Convención internacional sobre la protección y la promoción de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. A.G. Res. A/61/611 (2006).
5. Organización de las Naciones Unidas. Declaración universal de derechos humanos. A.G. Res. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71 (1948).
6. Organización de las Naciones Unidas. Pacto internacional de derechos civiles y políticos. Asamblea General, Res. 2200, 21 GAOR (Sup. No. 16) p. 52, ONU Doc. A/6316 (1966).
7. Organización de las Naciones Unidas. Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Asamblea general. 21 GAOR (Sup. No. 16) 49, ONU Doc. A 6316 (1966).
8. Organización de los Estados Americanos. Declaración americana de los derechos y deberes del hombre, 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).
9. Organización de los Estados Americanos. Convención americana sobre derechos humanos. OEA, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rev. 6 (1979).
10. Organización de los Estados Americanos. El protocolo adicional a la Convención americana en materia de derechos económicos, sociales y culturales ó Protocolo de San Salvador. OEA, No. 69. Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992).
11. Organización de los Estados Americanos. Asamblea general. Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación de las personas con discapacidad (1999). A.G./res 1608 (XXIX-0/99), 7 de junio 1999.
12. Organización de las Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, Asamblea general. Resolución 46/119,46 GAOR (Sup. No. 49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991).
13. Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental, Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 abril 2001.
14. Levav I, González Uzcátegui R. Rights of persons with mental illness in Central America. 101 *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 101: 83-86.
15. Mental disability rights international, *OAS Human Rights Commission Orders Paraguay To End Horrendous Abuses in National Psychiatric Facility*, December 18, 2003. Disponible en: <http://www.mdri.org/projects/americas/paraguay/index.htm>
16. Heidi V Jiménez y Javier Vásquez, El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9 (4), 2001, p. 267.

SECCIÓN II

La comunidad



Las acciones de salud mental en la comunidad incluyen, en un primer paso, la exploración activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad.

CAPÍTULO 5

Del examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario de salud mental

*Jaime Gofin**
*Itzhak Levav***

Introducción

Las acciones de salud mental en la comunidad incluyen, en un primer paso, la exploración activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad. Estas acciones son seguidas por las respuestas a esas necesidades, respuestas que se orientan hacia la comunidad en su conjunto (1).

Obviamente, nadie emprendería una intervención clínica sin un diagnóstico previo, sea cual fuere su naturaleza. Ni el profesional clínico lo haría ni el usuario lo admitiría. Otro tanto sucede en relación a la intervención en comunidad. La acción del *¿Qué hacer?* debe ser precedida del *¿Por qué hacer?* Es decir, cuáles son las situaciones en la comunidad que requieren acciones de promoción, prevención, mantenimiento de la salud, recuperación de esta o rehabilitación. La acción diagnóstica permitirá actuar racionalmente y justificará las erogaciones que se hicieren para modificar la situación. Ambas le otorgan transparencia a las acciones del programa de salud mental involucrado.

Estas acciones llevan consigo el *¿Cómo hacer?* es decir, como llevar a cabo el diagnóstico comunitario. Son dos los métodos más adecuados, los cuales serán considerados en este capítulo y en el siguiente. En éste se utilizará a la epidemiología como herramienta diagnóstica y en el próximo, la antropología.

En el proceso diagnóstico descrito a continuación se reconocen dos etapas. La primera es el “examen preliminar de la comunidad”. A este le sigue el “diagnóstico comunitario” propiamente dicho. La realización de ambas etapas permitirá al trabajador de salud mental (TSM) identificar determinantes sociales de trastornos psiquiátricos o de la conducta (por ejemplo desempleo

* Visiting Professor, Director MPH Community Oriented Primary Care (COPC) Program, Department of Prevention and Community Health, School of Public Health and Health Services, George Washington University, Washington, D.C., U.S.A.

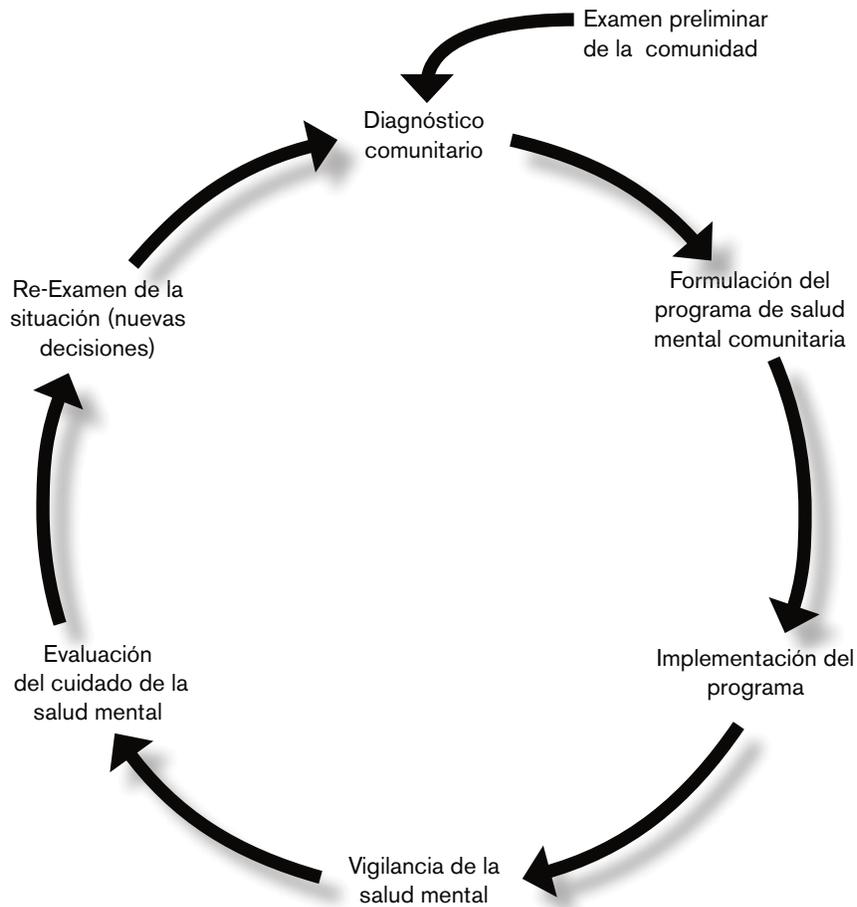
** Asesor en Investigación. Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel. Miembro del Panel de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

en el alcoholismo), la magnitud del trastorno en la comunidad (por medio de las tasas de incidencia y/o prevalencia) así como los factores que promueven recuperación (por ejemplo, solidez de las redes sociales).

Etapas en el proceso de intervención en la comunidad

Las acciones de salud mental en la comunidad son de dos tipos: clínicas y específicamente comunitarias. Ambas, pero sobre todo las segundas, están programadas de acuerdo con la secuencia siguiente (2) (véase el diagrama 1).

Diagrama No. 1. Etapas en el desarrollo de programas de salud mental comunitaria



Fuente: Gofin J y Levav I En: *Levav (ed.) Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1992: 4. OPS/OMS, Washington, D.C., Estados Unidos de América*

- a) *Examen preliminar de la comunidad.* Esta etapa es contemporánea con la *definición de la comunidad*. La definición se refiere al grupo poblacional cubierto por el servicio o programa de salud mental respectivo, que puede incluir o no a una comunidad geográficamente definida.

El examen preliminar consiste en una primera identificación de las necesidades de salud mental (en rigor, de salud en general) que presenta la comunidad en la exploración de los recursos existentes para atenderlas y en el reconocimiento de las características demográficas, sociales y culturales de la comunidad. Este examen permite determinar cuáles son los problemas prioritarios que merecen ser explorados en mayor detalle, por medio del:

- b) *Diagnóstico comunitario.* En esta etapa se estudia la distribución de un trastorno en la comunidad y sus condiciones determinantes. Su control total o parcial es el objetivo central del programa de intervención.
- c) *Plan de acciones o programa.* Una formulación acertada permitirá lograr un máximo de impacto en las condiciones de la realidad (efectividad) con un mínimo de costo (eficiencia), asegurando que los más necesitados sean privilegiados con los mayores beneficios del programa (equidad).
- d) *Implementación del programa.* Esta es la etapa en que se busca la estrategia más apropiada para poner en práctica el programa, procurando en todo momento que la comunidad participe. La implementación del programa comprende, entre otros, dos componentes centrales: por un lado, las actividades de intervención dirigidas a la comunidad y, por el otro, el registro continuo de esas actividades. El registro, frecuentemente postergado, permitirá efectuar la vigilancia y su evaluación.
- e) *Vigilancia del estado de salud mental* de la comunidad. Es la acción continua durante la implementación del programa que permite la identificación rápida de los cambios de salud como consecuencia del programa u otras causas (por ejemplo, cambios determinados por un desastre natural).
- f) *Evaluación de la atención prestada* u otras acciones de salud. Los resultados obtenidos en las acciones de vigilancia y evaluación ofrecen al TSM la información necesaria para encarar el paso siguiente, a saber.
- g) *Toma de nuevas decisiones.* Un reexamen de la situación en salud permitirá la reflexión con respecto al curso y resultados del programa en ejecución, como base de decisiones para acciones futuras.

Este proceso, en forma de espiral ascendente, permite al TSM y a la comunidad cogestora ir superando en cada ciclo el estadio precedente. Aunque la experiencia muestra que el desarrollo sistemático de este proceso es útil para el equipo de salud mental, el ciclo debe entenderse desde una perspectiva de flexibilidad e interacción (3). Esto implica, simplemente, que la experiencia del equipo de trabajo en el desarrollo de un programa puede requerir reconsiderar una etapa anterior de acciones ya implementadas o, también, que la intervención a nivel individual y/o comunitario puede empezar aun antes que el diagnóstico comunitario haya sido completado.

Examen preliminar de la comunidad

Los elementos claves de este proceso y los usos del examen preliminar son detallados en el diagrama 2.

Diagrama 2. Componentes y usos de la exploración preliminar de la comunidad



Fuente: Gofin J y Levav I. En: I Levav (ed.) *Salud Mental en la Comunidad*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1992: 5. OPS/OMS, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

La denominación de “preliminar” caracteriza esta etapa como fase inicial en el conocimiento de la comunidad, que será luego seguido por el diagnóstico comunitario.

En esta etapa se recopilan los datos disponibles sobre la comunidad. Concomitantemente, el TSM puede comenzar a organizar el equipo de trabajo, a identificar las necesidades de capacitación de sus miembros y a relacionarse con la comunidad y con otros servicios o agentes comunitarios relevantes. Es en esta etapa cuando el equipo debe definir cual será la población donde asume responsabilidad por la atención en salud mental, desde la promoción hasta la rehabilitación.

En áreas urbanas o suburbanas, la definición debe tomar en cuenta la movilidad de la población, así como la presencia de personas migrantes que pudieran no estar documentadas.

Características de la comunidad

En el cuadro 1 se listan las características de la comunidad que será necesario reconocer. Este listado no es exhaustivo, sino que constituye una guía para el TSM, destinada a asistirlo en el proceso de

recolección de datos. El listado deberá acortarse o extenderse de acuerdo con las realidades locales y los recursos humanos disponibles.

Cuadro 1. Información a obtenerse en la exploración preliminar de la comunidad

Características de la comunidad	
1.	Ubicación geográfica
2.	Datos sociodemográficos <ul style="list-style-type: none"> • edad y género • composición del hogar y de la familia • estado civil • grupo étnico, racismo • clase social • nivel educacional • ocupación, desempleo • religión/religiosidad • migración • marginalidad • tipos de vivienda: condiciones, hacinamiento
3.	Características socioculturales <ul style="list-style-type: none"> • organización de la comunidad • valores y creencias • actitudes y conductas
4.	Datos sobre salud y enfermedad <ul style="list-style-type: none"> • mortalidad • morbilidad • características de salud
5.	Organización política <ul style="list-style-type: none"> • características • líderes e instituciones
6.	Recursos disponibles en la comunidad

Fuente: Gofin J y Levav I. En: I Levav (ed.) *Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1992: 6.. OPS/OMS, Washington, D.C., Estados Unidos de América.*

Las fuentes de información para este examen pueden ser publicaciones ya existentes, trabajos locales no publicados y notas del periodismo responsable. En aquellos servicios de salud en los cuales hay acceso a información electrónica, el TSM puede obtener datos demográficos y mapas que permitan una visualización rápida de las características geográficas del distrito o área de su responsabilidad. A todo esto debe agregarse un reconocimiento del campo por medio tanto de una observación directa, como por medio de encuentros con miembros de la comunidad.

1. Ubicación geográfica

Es necesario que el TSM conozca tanto la situación geográfica de su comunidad como la del local o centro desde el cual debiera operar. Las condiciones geográficas pueden estar afectando de una manera más o menos directa el estado de salud de una población. Por ejemplo, la escasez de yodo puede generar un área bociógena, con el riesgo consecuente para el crecimiento y desarrollo normales del niño (4).

La ubicación del local desde donde se programa y dispensa la atención es importante ya que esta circunstancia tendrá un impacto en el uso que la comunidad hará de la atención que allí se preste. Su ubicación en una zona de determinadas características económicas puede afectar el uso por parte

de miembros de otra comunidad, que si bien es vecina en cuanto a distancia física, puede diferir en relación con sus características sociales y culturales. La distancia y accesibilidad en el medio urbano, y muy especialmente en el rural, influirá sobre la conducta de los usuarios potenciales, situación que demanda, por consiguiente, soluciones apropiadas como el establecimiento de clínicas satélites o periféricas y el empleo de equipos móviles para trasladarse a lugares alejados.

Es esencial que el TSM proyecte en un mapa el *área de responsabilidad* del servicio y las vías de transporte público. El cuidadoso estudio del mapa le permitirá tomar una decisión más acertada con respecto a la mejor ubicación del centro de atención (en el caso de considerarse su establecimiento inicial) o, como se indicara con anterioridad, estimar el probable impacto de la accesibilidad o falta de ella en el uso de los servicios.

2. Datos sociodemográficos

La composición sociodemográfica de la comunidad (por ejemplo, número de habitantes, edad, género, estado civil, educación) sirve de indicadora de las probables necesidades de salud al identificar grupos de alto riesgo. Por otra parte, su representación cuantitativa —los denominadores— permite calcular tasas de incidencia o de prevalencia, instrumento esencial en la aplicación de la epidemiología al trabajo comunitario. Ello podrá permitir medir cambios y establecer comparaciones en el curso del tiempo y con programas de otras comunidades.

- a) Es recomendable que el TSM dibuje la pirámide de población correspondiente al área servida, ya que su mera visualización le posibilita una rápida identificación de las necesidades y el establecimiento consecuente, por ejemplo, de las prioridades en las acciones y de capacitación del personal (5).

En la figura 1 la pirámide de población de Canadá muestra una relativa alta frecuencia de ancianos (13% de la población es mayor de 65 años), grupo etario con mayor riesgo de deterioro cognoscitivo. El simple examen de estos porcentajes sugiere la necesidad de programas especiales de atención y de entrenamiento en psicogeriatría. Por el contrario, la pirámide de población de Haití (figura 2) posee una base ancha (41% de la población es menor de 14 años) lo cual sugiere otro tipo de necesidades (por ejemplo, en el área de los trastornos escolares, delincuencia juvenil, discapacidad intelectual) y en la de los programas para hacerles frente. Las pirámides diagramadas, por ser de carácter nacional, sirven de mera ilustración; cálculos similares deberían hacerse a nivel local (región, barrio) o, cuando menos, en el nivel provincial.

- b) Otro dato demográfico que debe recabarse es la composición de los hogares y del núcleo familiar. Conviene recordar que los factores de riesgo psiquiátrico varían también de acuerdo con la estructura de la familia.

Por ejemplo, en varios países de la Región de las Américas, se observa que no menos de 10% de la población de la ciudad capital vive sola. Un hogar unipersonal implica dos situaciones polares: o que la persona que vive sola es autosuficiente, y por lo tanto, el TSM se limitará a establecer un sistema de vigilancia, o por el contrario, que la persona vive en una situación de riesgo por la ausencia de un apoyo social rápidamente accesible, lo que hace necesaria su intervención. Otra situación de riesgo se presenta en aquellos hogares donde la madre es el único adulto presente durante largos periodos del año en virtud de que los hombres trabajan

Figura 1. Estructura de la población por edad y género, Canadá, 2005

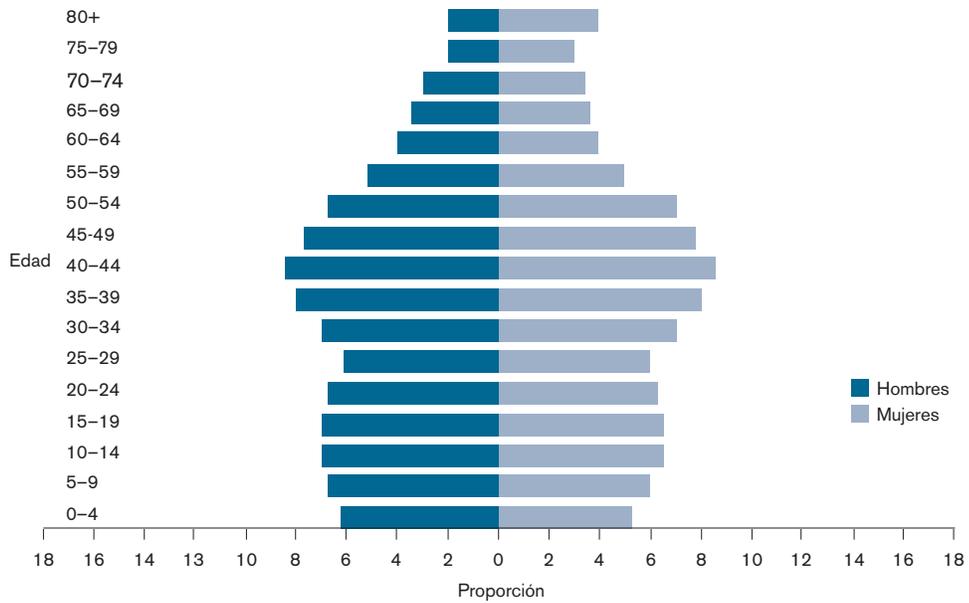
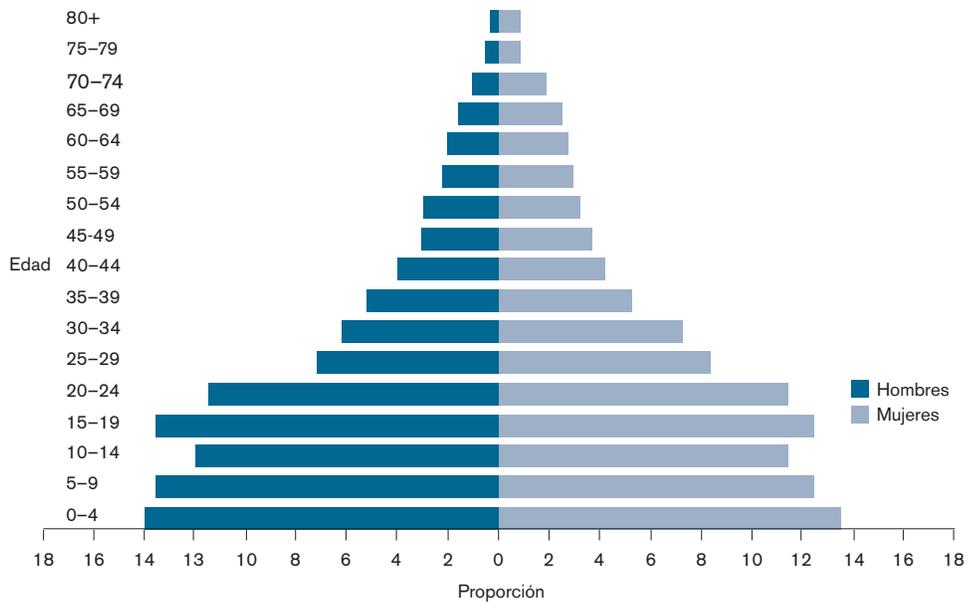


Figura 2. Estructura de la población por edad y género, Haití, 2005



Fuente: OPS. Salud de las Américas 2007, Vol. II. Países.

en zonas distantes en su propio país o en el extranjero, como ocurre, por ejemplo, en El Salvador o el Caribe inglés.

- c) El conocimiento del estado civil es de utilidad ya que el riesgo psiquiátrico es diferente (suicidios y trastornos afectivos, por ejemplo) de acuerdo con el estado marital: menor en los casados, y algo más elevado en los solteros por encima de la edad promedio de matrimonio en la comunidad, en los viudos y, especialmente en las personas divorciadas (6, 7).
- d) El rastreo constante de la distribución de la población es de suma importancia dada su relevancia, destacada en las publicaciones epidemiológicas. Su determinación por clase social y nivel de educación son datos cardinales en este campo (8). En efecto, está demostrado que existe una relación inversa entre clase social (medida habitualmente por educación y/o ocupación) y morbilidad psiquiátrica: cuanto más baja la clase social, más alta la prevalencia de trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, alcoholismo, fármacodependencia, personalidad antisocial, malestar psicológico inespecífico, y, aparentemente depresión mayor) (9). Asimismo se ha establecido que la educación tiene un efecto significativo en las actitudes frente al paciente con un trastorno psiquiátrico y la enfermedad mental: cuanto más elevado el nivel de educación del paciente, más próximas sus actitudes, creencia y prácticas a las sustentadas por el TSM.

Nuevamente es necesario proyectar en el mapa, sombreado con distinta intensidad, las subzonas dentro del *área de responsabilidad*. Se revelan así, a simple vista, las subzonas de mayor riesgo y las actitudes y prácticas comunitarias más distantes o más próximas a las del profesional. Por otra parte, la distribución de los usuarios en el mapa permitirá evaluar fácilmente la relación uso actual/necesidad potencial del servicio.

La ocupación de los miembros de la comunidad es otro importante dato a recogerse: por una parte puede señalar la presencia de riesgos habitualmente asociados a determinadas ocupaciones; y por la otra, cabe recordar que los procesos económicos pueden afectar de manera desigual a los diferentes miembros de la comunidad. El desempleo configura un poderoso factor de riesgo para la población, que puede expresarse por ejemplo, en alcoholismo o desmoralización (6, 7). Estos datos pueden obtenerse en reparticiones estatales vinculadas con las áreas del trabajo y la economía y en los sindicatos. En su defecto, la información puede obtenerse a través de encuestas; naturalmente esto acarrea una inversión de tiempo adicional por parte del equipo del TSM.

- e) El efecto posible de la migración en la salud mental de la población ha sido demostrado; de ahí la importancia de conocer la existencia de grupos inmigrantes en la comunidad particularmente si constituyen grupos marginales. Además hay grupos migrantes transitorios, del tipo de los “braceros” que, por su situación de alto riesgo precisan recibir atención especial. En algunas comunidades, la migración estacional de los padres para efectuar tareas laborales en otras zonas deja en estado de riesgo a los hijos, especialmente cuando los niños menores quedan al cuidado de un hermano o hermana de casi la misma edad.
- f) El ausentismo y deserción escolar (datos que se pueden solicitar en el Ministerio de Educación) la delincuencia juvenil y adulta (información que puede ser provista por la policía o el

Ministerio de Justicia) y la población dependiente de la asistencia social, son datos de otros sectores, de importancia capital para el TSM.

- g) Las condiciones y el tipo de vivienda constituyen una información que debe también requerirse y consignarse en el mapa recomendado. Estas variables tienen un impacto diferencial en las condiciones de salud en general, y pueden constituir un factor asociado con el estrés crónico (10) La razón número de personas/espacio disponible indicará el nivel de hacinamiento. Esta información se obtiene en las municipalidades, gobernaciones o en la administración central.
- h) La religión (o el grado de religiosidad) es otro dato social de interés tanto por su presencia como por su pérdida o ausencia. La rápida secularización de la población, debido a un acelerado cambio social no planificado, constituye un factor de riesgo en la salud mental, en cuanto la comunidad no ha llegado a constituir un cuerpo de valores alternos.
- i) En algunas comunidades, el reconocimiento de la constitución étnica, es imprescindible por cuanto frecuentemente encubre otras variables, como la clase social. Recuérdese así mismo el efecto manifiesto o encubierto de esta situación sobre la salud mental de grupos étnicos, más o menos abiertamente discriminados. Es importante recordar que los grupos étnicos poseen creencias y prácticas sobre la enfermedad mental y disponen de recursos autóctonos para proporcionarle solución a muchos de esos problemas.

3. Datos socioculturales

- a) Es necesario identificar las características de la comunidad en cuanto a su grado de organización/desorganización, dado que ese estado está altamente correlacionado con las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos y de la conducta, tal como la violencia comunitaria y doméstica. En vinculación con lo anterior es importante determinar la existencia o ausencia de redes sociales de apoyo y la homogeneidad o heterogeneidad de los grupos sociales, por su efecto desigual en la salud mental, en especial durante estados de discontinuidad o cambio. Esta información puede obtenerse directamente de los líderes comunitarios o en las reparticiones oficiales de trabajo y asistencia social.

Una acción de carácter prioritario que le corresponde llevar a cabo a los servicios de salud mental es identificar en la comunidad a las personas que están excluidas como resultado de una historia de trastorno mental severo. Tal como se ha definido, estos miembros de la comunidad no participan (por ejemplo, por discriminación) de las oportunidades que ofrece la comunidad, en cuanto a la producción, consumo, compromiso político, o interacción social (11).

La formulación de acciones tendientes a reducir la exclusión así como el empoderamiento de los excluidos nace de la información generada mediante el acopio de datos provenientes del ejercicio diagnóstico. Este precisa identificar tanto el número de personas afectadas como los factores responsables de la exclusión, a fin de modificarlos.

- b) El TSM deberá explorar cuáles son los valores, creencias, actitudes y definiciones de salud y enfermedad tanto de los miembros de la comunidad como de sus líderes formales e infor-

males. Por ejemplo, en la aplicación de un programa dirigido al control del alcoholismo, este no será reconocido como problema prioritario cuando en una comunidad el patrón de alto consumo corresponde a una norma establecida. Los hábitos de beber alcohol que existen en una comunidad pueden ser reconocidos de varias maneras; entre otras por el número de despachos de bebidas y por los patrones culturales de ingesta. Esta información puede recabarse por inspección directa, por intermedio de informantes clave (líderes, por ejemplo), por publicaciones y documentos especializados e, incluso, a través de notas periodísticas si estuvieren documentadas.

4. Datos de salud y enfermedad

El análisis de la demanda asistencial es esencial pero no suficiente, dado que expresa solamente las necesidades de la población que consulta. Es necesario por lo tanto recurrir también a otras fuentes de información relativa a la población en estudio o a otras poblaciones que son similares en su perfil demográfico y social y cuyos datos pueden ser igualmente relevantes y útiles.

- a) El TSM debe estudiar la información vinculada a las tasas y características de la mortalidad en la comunidad ya que esta información puede reflejar patologías de origen psiquiátrico y psicosocial como cirrosis alcohólica, suicidio, homicidio, accidentes, SIDA, encefalitis, enfermedades cerebrovasculares y avitaminosis. La cuantificación de la mortalidad (en este caso, relacionada con componentes psicosociales/psicopatológicos) puede hacerse por tasas, por proporción del total de las muertes, y por años potenciales de vida perdidos. Estas medidas no sólo sirven para el establecimiento de prioridades sino como línea de base para la eventual evaluación del programa. Asimismo, las causas de muerte reflejan el estado general de salud de la comunidad. Esta información se obtiene en las divisiones municipales/provinciales/ministeriales de epidemiología.
- b) El conocimiento de la morbilidad general, basado tanto en estudios epidemiológicos, que revelan las tasas de incidencia y prevalencia en la población general, como en datos hospitalarios y de clínicas del área de responsabilidad, expresión de la demanda satisfecha lo que resulta de interés por su posible asociación con trastornos emocionales. Hay aspectos de la medición del estado de salud, tales como el peso y la talla de los niños, directamente asociados con las tareas del TSM, por la relación de estas variables con el desarrollo psicomotor. Estos últimos datos pueden obtenerse en los servicios maternoinfantiles.
- c) La determinación de la morbilidad psiquiátrica puede lograrse a partir de la demanda satisfecha tanto por servicios ambulatorios como, más frecuentemente, por centros de internación. Estos datos se obtienen de las autoridades municipales, distritales o nacionales, o de los hospitales psiquiátricos y generales responsables de la atención en el área del TSM. En algunas ocasiones es posible que, en una comunidad determinada o en otras semejantes, se hayan realizado estudios parciales o generales de prevalencia tratada, o más raramente de prevalencia real, es decir, tratada y no tratada, cuyos datos son susceptibles de extrapolación.

5. Datos políticos

Es necesario reconocer la estructura de la organización política de la región o distrito, en especial los aspectos vinculados a posibles factores etiológicos, determinantes del estado de salud/enfermedad de la comunidad. Desde el punto de vista operativo, este conocimiento es importante a los efectos de obtener

apoyo para los programas de intervención que estén por ejecutarse. Por otro lado, la inclusión del TSM en la comunidad como “agente de cambio” lo llevará —de un modo u otro y según las circunstancias— a asociarse con líderes políticos o a entrar en conflictos con las instancias políticas vigentes.

6. Recursos disponibles en la comunidad

En el examen preliminar, la identificación de las necesidades o características de la comunidad se complementa con el reconocimiento de los recursos existentes. De hecho, el TSM no comienza a trabajar en un vacío: la comunidad posee soluciones más o menos satisfactorias para sus problemas. Además, ella misma puede contar con el potencial necesario para lograr nuevas y más adecuadas soluciones si ese potencial es bien estimulado por el TSM.

Los recursos pueden agruparse en cuatro categorías:

a) Recursos oficiales del sector salud

- Es necesario reconocer cuáles son los servicios de salud mental que utiliza la comunidad, tanto los que están localizados en su área como los que están fuera de ella. El TSM debe tratar de obtener respuestas a las siguientes interrogantes:
- ¿Cuáles son los diferentes tipos de servicios ofrecidos en el nivel de atención primaria (centro de salud, dispensario, clínica, puesto de salud) y en los servicios especializados (clínica de día, por ejemplo) con sus respectivos sistemas de referencias y contra referencias?
- ¿Cuáles son sus actividades? ¿Existen programas de promoción de la salud? ¿La atención es de carácter preventivo, o sólo se ofrece atención curativa?
- ¿Cuál es la composición y la capacitación del equipo de salud general y de salud mental en cada uno de los servicios existentes?
- ¿Cuáles son las relaciones con la comunidad?
- ¿Cuáles son los hospitales (generales, psiquiátricos) que prestan servicios a la comunidad?

b) Recursos no oficiales del sector salud

- Aquí debe incluirse, por ejemplo, a curanderos, espiritistas u otros tipos de curadores por la fe cuya labor ha sido investigada, habiéndose reconocido la utilidad de establecer con ellos algún grado de vinculación.
- En el campo no oficial existen otros recursos inherentes a la comunidad que el TSM debe ubicar: grupos de padres y de ayuda mutua como, por ejemplo, las asociaciones de familias de ex-pacientes psiquiátricos y el grupo más conocido, el de Alcohólicos Anónimos.

c) Recursos oficiales fuera del sector salud

- Son todas aquellas instituciones, tales como escuelas (maestros y directores), reparticiones de los Ministerios de Bienestar Social, Trabajo u otras vinculadas en mayor o menor grado con las tareas del TSM.

d) Recursos no oficiales fuera del sector salud

- El ejemplo más claro son las instituciones religiosas. En efecto, la ubicación del clero en los modelos de asistencia psicológica ha sido repetidamente notada. Es importante mencionar las diferentes funciones que el líder religioso desempeña en la comunidad: líder formal y visible,

por ejemplo, mediante el apoyo psicológico directo, reconocido como organizador de grupos de interés alrededor de la institución.

- El TSM ubicará tanto a los líderes formales como a los no formales. Los líderes son depositarios de la información sobre los liderados, sus necesidades, prioridades, actitudes, etcétera. Debe buscarse la participación comunitaria, en especial la de los líderes, debido a que son los representantes netos de la población, y por ende, candidatos a participar en el consejo directivo o consultivo del servicio asistencial. Ellos serán los portavoces de los voluntarios que colaborarán con el TSM.

Puntos clave del examen preliminar

Si bien el examen preliminar es la puerta de acceso al diagnóstico comunitario, puede en sí mismo, generar vías de investigación de problemas (como mínimo), o programas de intervención (como máximo). Esto último, en virtud de que, al igual que en otras actividades epidemiológicas, a través del examen se puede lograr la identificación de diferencias (o desigualdades) en los estados de salud y enfermedad. El examen facilita no solo la adquisición de información básica que da pie para establecer un orden de prioridades, sino que también hace posible la aceptación de la intervención por parte de la comunidad.

Es importante señalar que, al igual que en toda actividad epidemiológica, en el examen preliminar es necesario evaluar la calidad de la información y la confiabilidad de las fuentes. Por consiguiente, le corresponde al TSM tener una actitud crítica que lo lleve a verificar cómo fueron recolectados los datos, las definiciones empleadas, los criterios de medida usados, la cobertura del universo investigado, el funcionamiento completo o parcial de los registros y el procesamiento de la información.

A lo largo de este capítulo se ha mencionado la necesidad de incorporar en un mapa los datos provenientes de las características y recursos de la comunidad. El TSM debe contar con un mapa ampliado de su área de responsabilidad en el que ira consignando los datos en forma continua a medida que los recoja o que vayan cambiando. Eventualmente, el mapa servirá también para registrar la ubicación y el número de los usuarios del servicio, la concentración de áreas con problemas, y todo otro dato relevante para el TSM. Para ello es posible contar en la actualidad con el método de Información Geográfica Electrónica (12) que facilita la ubicación detallada de la población atendida y por atender.

Por último, cabe recordar que los datos recogidos no solo constituyen un instrumento valioso para el TSM, sino que también lo son para cualquier otro trabajador de la salud, médico general, rural, o enfermera comunitaria, responsables de la atención de la salud mental de su población.

Diagnóstico comunitario

a) Definición y campo

Las cinco preguntas que le corresponde responder a todo profesional de la salud comunitaria (13) son igualmente válidas para la salud mental comunitaria:

1. ¿Cuál es el estado de salud mental de la comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores responsables de ese estado de salud?
3. ¿Qué se está haciendo al respecto por parte del sector sanitario, otros sectores y por parte de la comunidad?
4. ¿Qué más se puede hacer?, ¿qué se propone hacer? y ¿cuál es el resultado esperado?
5. ¿Qué medidas se necesitan para continuar la vigilancia de la salud mental de la comunidad y para evaluar los efectos de lo que se está haciendo?

Las dos primeras preguntas corresponden al diagnóstico comunitario, es decir, de toda la comunidad (y no sólo de los pacientes conocidos o tratados en la clínica) cuyas respuestas vienen a ser una valoración detallada de la salud colectiva y de sus determinantes. Las preguntas subsiguientes corresponden a las etapas posteriores del programa.

Es así como el diagnóstico comunitario consiste en un proceso activo y continuo de recolección de datos cuantitativos y cualitativos, cuyo objetivo es establecer la magnitud del impacto, su distribución y los determinantes de los trastornos psiquiátricos y psicosociales en la comunidad o en un sector definido de ella. Este tipo de diagnóstico comunitario utiliza métodos y estrategias epidemiológicas específicas de la atención primaria que logran rápidas respuestas, que son de relevancia local, de bajo costo y que permiten la rápida acción.

El diagnóstico puede complementarse con información generada por métodos de investigación cualitativa. Estos métodos son apropiados para obtener información basada en las percepciones y actitudes de miembros de la comunidad.

A diferencia del *examen preliminar* de la comunidad, que se basa en la revisión crítica de la información ya existente, el *diagnóstico* del estado de salud/enfermedad se apoya en la recolección activa y continua de toda información relevante para el proceso de la atención comunitaria en salud mental, como lo muestra el cuadro 2. Asimismo, esta etapa reclama un mayor compromiso de todos los sectores directamente relacionados con el problema de salud en estudio (3).

Cuadro 2. Tipos y métodos de identificación de los problemas de salud mental en la comunidad

Tipo	Método
Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Impresión subjetiva del TSM • Informantes clave, profesionales/paraprofesionales • Grupos focales
Cuantitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Información existente, publicada o sin publicar (examen preliminar) • Información recogida ad-hoc (diagnóstico comunitario) a través de: <ul style="list-style-type: none"> - Actividad clínica (consulta/demanda) - Registro de casos - Pesquisas/tamizado - Encuestas diagnósticas

Fuente: Gofin J y Levav I. En: I Levav (ed.) *Salud Mental en la Comunidad*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1992: 17.. OPS/OMS, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Dado que la clínica es el campo más familiar para el TSM, conviene apelar a ella a fin de clarificar la ubicación del diagnóstico comunitario. En el marco de las intervenciones comunitarias, se establece un paralelo entre la práctica clínica y la intervención comunitaria (13) del cual surgen sus similitudes y diferencias. En este capítulo se propone un enfoque de integración de ambos conocimientos y habilidades. Véase el cuadro 3.

Cuadro 3. Comparación de la práctica de salud mental orientada hacia el individuo y la orientada a la comunidad

Práctica clínica individual	Práctica comunitaria-epidemiológica
Método de examen del paciente	Método de examen de la comunidad
Entrevista psiquiátrica, historia familiar, tests psicológicos, exámenes físicos (ej: EEG, laboratorio)	Registro psiquiátrico, encuestas. Análisis secundarios. Exámenes de indicadores socio-económicos. Observación participativa
Diagnóstico	Diagnóstico comunitario
Fenomenológico, de acuerdo con taxonomías existentes (ej: ICD). Formulación psicodinámica	Salud mental de la comunidad o de grupos especiales (ej: niños) Tasas de mortalidad, morbilidad, discapacidad
Iniciación de la intervención	Iniciación de la intervención
Por solicitud del paciente, de la familia, o de otros agentes (ej: maestros)	A solicitud de líderes, agentes comunitarios, o por iniciativa de los profesionales de salud mental
Tratamiento	Tratamiento
Basado en el diagnóstico, dependiendo de los recursos existentes y de las actitudes hacia ellos	Basado en el diagnóstico comunitario y en los recursos, conocimientos y habilidades existentes. A menudo en coordinación con otros sectores de atención
Observación	Vigilancia continua
Observación del progreso del paciente	Del estado de salud mental o de las condiciones de salud mental de la comunidad
Evaluación	Evaluación
De la recuperación completa o parcial del estado de salud	De la factibilidad y efectividad, de los cambios de salud mental o de los programas tendientes a modificar el estado de salud-enfermedad de la comunidad
Cese de la intervención	Cese de la intervención
Alta o interrupción unilateral del contacto iniciado por el episodio	No la hay. La intervención es continua
Agentes	Agentes
Profesionales de la salud mental, (ej: psiquiatras), de la medicina formal, agentes de la medicina popular	Profesionales y trabajadores de la salud mental, de la salud pública, de las ciencias sociales, grupos de apoyo mutuo u otros grupos naturales de la comunidad
EN RESUMEN: Orientada al individuo Basada en la demanda La participación comunitaria no es frecuente	EN RESUMEN: Orientada a la comunidad Basada en las necesidades identificadas al nivel comunitario Incluye la participación comunitaria

Fuente: Modificado de Kark S L (1981). The Practice of Community Oriented Primary Care. New York, Appleton-Century-Press. Gofin J y Levav I. En: I Levav (ed.) *Salud Mental en la Comunidad*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1992: 18.. OPS/OMS, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

La característica cuantitativa del diagnóstico comunitario lo separa del proceso basado fundamentalmente en métodos cualitativos que, a fin de identificarlo, se denominará, a partir de aquí, diagnóstico de la comunidad. El diagnóstico comunitario permite identificar y caracterizar un síndrome o una condición de salud comunitaria, mientras que en el diagnóstico de la comunidad se incluye la identificación y caracterización de la comunidad desde el punto de vista estructural. Ambos procesos, aunque asociados y complementarios, no son idénticos: el diagnóstico comunitario se apoya en especial en la epidemiología; el diagnóstico de la comunidad, en las ciencias sociales. El primero define, principalmente un estado de salud o enfermedad; el segundo, permite identificar factores determinantes. Por ejemplo, el diagnóstico comunitario permitirá determinar la existencia de un “síndrome de deserción escolar” o de “alcoholismo”, mientras que el diagnóstico de la comunidad permitirá identificar y describir una “comunidad desorganizada” o una “comunidad en transición”.

Como se dijo antes, el objetivo operativo del diagnóstico comunitario consiste en establecer la distribución y los determinantes del estado de salud/enfermedad de la comunidad. Sin embargo, al emprender la tarea concreta, el TSM se enfrenta con una opción (o más bien, con un dilema): ¿efectuar un diagnóstico total o realizar un diagnóstico selectivo? Cabe entonces señalar que, si bien la primera opción incluye todos los componentes del proceso salud/enfermedad de la comunidad, esta alternativa maximalista tiene algunos riesgos implícitos por la magnitud de la tarea: la dificultad misma de abarcar todo el campo conduce, en la mayoría de los casos, a la decisión de posponer la intervención hasta después de haberse arribado a un diagnóstico completo y la necesidad de cambiar una situación a corto plazo no lo permite.

La etapa del diagnóstico se acelerará, por lo tanto, si se opta por llevar a cabo un diagnóstico selectivo, restringido a la recolección de datos de aquellas condiciones —de salud o enfermedad— a las que el TSM y los miembros de la comunidad hayan dado prioridad.

La selección de un problema de salud (necesidad, enfermedad) o de un grupo de condiciones relacionadas entre sí, el “síndrome comunitario”, (13) requiere un proceso que asegure un máximo de objetividad, con participación de miembros de la comunidad y organizaciones formales y no formales. Se debe considerar no solo la necesidad de intervención, sino también reconocer las mejores condiciones de una intervención apropiada.

El proceso debe tomar en cuenta los siguientes elementos (criterios) en la selección de ciertos problemas de salud mental presentes en la comunidad (2):

- la importancia relativa del problema de salud (magnitud, gravedad e impacto económico sobre la persona afectada y su grupo familiar);
- la factibilidad de una intervención (recursos, conformidad con las políticas de salud);
- la efectividad prevista de la intervención (evidencia de la efectividad y factores locales relacionados con ella);
- la justificación de los costos (de acuerdo con cada problema de salud); y
- el interés de la comunidad.

Cada criterio mencionado se desagrega en subcriterios y estos en categorías, cada una con una puntuación que permita la votación de los miembros del equipo y la comunidad, y así llegar a la condición que recibe el mayor apoyo.

De esta manera el diagnóstico comunitario genera la información necesaria para decidir qué intervención realizar en la comunidad. Permite además establecer la línea de base que se utilizará en la comparación de los cambios operados en el estado de salud de esa comunidad —a lo largo del tiempo— como resultado de la intervención y/o de otros factores diversos. Véase el cuadro 4.

Cuadro 4. Diagnóstico comunitario (Del aspecto de salud seleccionado)

Información	Características generales Magnitud Impacto
Decisión	Necesidad de intervención Tipo de intervención Grupo de población
Línea de base	Medida de cambios en el tiempo Apreciación de los efectos de la intervención

Fuente: Gofin J y Levav I. En: I Levav (ed.) *Salud Mental en la Comunidad*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1992: 20.. OPS/OMS, Washington, D.C., Estados Unidos de América

Tipos de diagnóstico comunitario

Diagnóstico descriptivo

Este tipo de diagnóstico permite determinar las tasas de prevalencia o incidencia y la distribución en la comunidad de un aspecto dado de la salud mental (por ejemplo, trastornos afectivos). El diagnóstico se traduce en términos cuantitativos como los siguientes:

- Tasas de mortalidad. Si el objeto de estudio es el alcoholismo, una medida a aplicarse será la tasa de mortalidad por cirrosis hepática de toda la población (tasa bruta por 100.000 habitantes) o por género y edades más vulnerables (tasas específicas por edad y género por 100.000 habitantes, por ejemplo, en hombres de de 35 años o más).
- Tasas de morbilidad (la medida más aplicada en salud mental). Definen aspectos diferentes del estado de enfermedad las:
 - tasas de hospitalización psiquiátrica;
 - tasas de incidencia;
 - tasas de prevalencia;
 - tasas de discapacidad.

Al definir el diagnóstico comunitario se ha dicho que éste constituye un proceso continuo: de ahí que las tasas se irán modificando a lo largo en virtud de los cambios que ocurran, por ejemplo, como resultado de los programas establecidos. Las tasas de morbilidad, como se ha visto, pueden indicar

estados de salud de determinados grupos comunitarios (por ejemplo, niños, mujeres en edad fértil) se encuentren estos o no en tratamiento en algún servicio.

Diagnóstico analítico

En este caso, el objetivo del proceso es buscar las asociaciones existentes entre las diferentes variables en estudio. Este tipo de diagnóstico permite:

- a) Identificar los factores o determinantes del trastorno o problema seleccionado, (por ejemplo, síntomas de desmoralización asociada con desempleo, síndrome de estrés postraumático (consecutivo) a desastres).
- b) Identificar a los grupos de población en mayor riesgo (por ejemplo, hijos de personas con personalidad antisocial).
- c) Medir los efectos atribuibles a ciertos trastornos o conductas.
- d) Identificar y reconocer la existencia de síndromes comunitarios.

Diagnóstico mixto

Es aquél en el que entran en juego elementos tanto descriptivos como analíticos.

Componentes operativos del diagnóstico comunitario

1. Definición de la población donde se hará el diagnóstico

Esta definición es de carácter operativo y deberá incluir —con las precauciones obvias de confidencialidad— los nombres y las direcciones de cada miembro de la comunidad (por ejemplo, todos los alumnos de las escuelas primarias; los habitantes de un barrio; los integrantes de un grupo laboral).

2. Formulación de los objetivos del diagnóstico

Por ejemplo: establecer la distribución de un trastorno —por ejemplo, alcoholismo— identificando los determinantes en un grupo poblacional determinado (por ejemplo, desempleo).

3. Definición de los métodos que se emplearán en el proceso diagnóstico

Los métodos son varios y dependen tanto de los recursos disponibles (del sector salud u otros) como del tipo de problema a estudiar. Sin embargo, cualquiera sea el método empleado, deben detallarse los instrumentos que se utilizarán, especificando cuándo y por quién. Algunos hitos a tener en cuenta en ese aspecto son los siguientes:

- a) Es imposible que el TSM se familiarice con todas las fuentes de datos, estén o no publicadas (censos, estadísticas hospitalarias).
- b) La actividad clínica constituye generalmente una fuente valiosa de información, siempre que haya sido registrada cuidadosamente. La información obtenida será tanto más completa cuanto más hayan accedido a la atención de los miembros de la comunidad, del TSM o la del agente primario de salud (dependiendo del contexto) todos aquellos que tuvieran un trastorno psiquiátrico o un problema psicosocial.

- c) En algunos lugares el Registro de Casos Psiquiátricos puede ser la fuente de datos (recoge su información de la actividad clínica), pero debe notarse que este sistema de información es costoso. Dos son sus características sobresalientes: es geográficamente definido y la información es acumulativa, vale decir que todo movimiento de un paciente se registra en el sistema a lo largo del tiempo; puede ser también institucional, si se consignan en él los contactos del paciente con diversas agencias.
- d) Las operaciones de pesquisa o tamizado permiten separar su relación con aquellos miembros de la comunidad que están en situación de riesgo en relación con algún problema de otros libres de él. La ventaja de este método reside en que se apoya en procedimientos más simples, y por tanto, menos onerosos que el diagnóstico. Por ejemplo, el uso de un cuestionario con una o más escalas brinda al TSM la posibilidad de llegar a una determinación aproximada de un síndrome que puede ser suficiente para los objetivos que se persiguen. Así, una simple escala que explore ingesta alcohólica puede lograr la identificación de una subpoblación de bebedores (excesivos u otra categoría de abuso del alcohol). Naturalmente, estas escalas tienen un determinado grado de error, ya sea porque no incluyan algunos casos (“falsos negativos”) o porque definan como caso a quienes no lo son (“falsos positivos”).

Es necesario insistir en el uso crítico de instrumentos de tamizaje en relación con parámetros diversos: por ejemplo, su adaptación cultural a la población donde será aplicado, o su calibración en distintos grupos poblacionales (género, edad, condición del paciente).

- e) Las encuestas y entrevistas diagnósticas pueden realizarse periódicamente o de manera puntual, ya sea en toda la población o, más frecuentemente, en una muestra de la misma (encuesta domiciliaria) o en un grupo (escolares, trabajadores de una planta industrial).

4. Estudio de la distribución del trastorno o de otros aspectos de salud

Esta etapa comprende:

- a) la definición operacional del trastorno/aspecto de salud formulada de tal manera que permita su cuantificación;
- b) las tasas de frecuencia (incidencia, prevalencia). Estas tasas están compuestas por un *numerador* y un *denominador*. El numerador representa la información obtenida con respecto al problema que es objeto del diagnóstico (por ejemplo, número total de alcohólicos en un barrio).

5. El denominador

Está constituido por toda la población (véase número 1) en la cual se ha determinado el trastorno (por ejemplo, alcoholismo) u otro aspecto de salud. El denominador es una representación numérica que habitualmente se obtiene a través de censos o registros. Así, por ejemplo, si en el numerador se determinaron los trastornos de conducta en la escuela, el denominador representa a todos los alumnos de esa escuela (o sólo a los varones, si es el género en mayor riesgo): El TSM debe procurar la información correspondiente al denominador en igual medida que la información del numerador, ya que es la relación —o proporción— entre ambos la que permite la cuantificación diagnóstica.

6. Medidas o parámetros adicionales con respecto al componente de salud/enfermedad seleccionado

Los principales a tener en cuenta son los siguientes:

- a) *Tiempo*: su especificación es fundamental para medir tanto la variación de incidencia en diferentes períodos del año (por ejemplo, nuevos casos de trastornos afectivos o suicidios en una población determinada en un período definido, por lo general un año) como de prevalencia por ejemplo, todos los casos activos de esquizofrenia en una población determinada en un período definido, por lo general un año.
- b) *Lugar*: la variación de un lugar geográfico a otro en la frecuencia de un trastorno o una característica de la conducta puede indicar la presencia de ciertos determinantes y, eventualmente, la necesidad de proponer diferentes estrategias de intervención.
- c) *Características de las personas*: la edad, el género, el nivel educacional, la ocupación y el estado civil son importantes tanto en el diagnóstico descriptivo (por ejemplo, una mayor tasa de trastornos afectivos en las personas divorciadas) como en el analítico (por ejemplo, la búsqueda de elementos de riesgo que expliquen la asociación entre esos trastornos y el estado civil).
- d) *Servicios de salud*: la cobertura, el grado de utilización y la actitud de los diferentes actores frente a su uso son factores que deben incluirse en un diagnóstico comunitario. Es necesario, además, conocer la distribución diferencial de la condición de salud en cuestión, en relación con el diferente grado de acceso o de utilización del servicio.

7. Estudio de los determinantes

En esta etapa se analizan las asociaciones existentes entre las variables en estudio, identificando aquellas que pueden considerarse responsables de la distribución del trastorno. Las asociaciones entre variables se relacionan con el concepto de “síndrome comunitario”. Kark denomina así a un grupo de trastornos o características de salud relacionadas entre sí (por ejemplo, alcoholismo/desmoralización/bajo rendimiento escolar) (13).

Una vez realizados los pasos anteriores, comienza *el proceso de planificación de la intervención* más apropiada para modificar, suprimir o aliviar el impacto del trastorno sobre la población.

Antes de pasar a ejemplos prácticos, conviene recordar una vez más que el diagnóstico comunitario es un proceso iniciado con la información recogida en el “Examen preliminar de la comunidad”, información que alertó al TSM sobre los problemas que afectan a la comunidad. La decisión con respecto a cuál es el “problema objetivo” del diagnóstico estará, por lo tanto, no sólo basada en las aproximaciones logradas a través de esa información, sino también en un juicio de valor de la comunidad y sus líderes, y de los profesionales y recursos de que se dispone para darles solución.

Referencias

1. Gofin J. Planning the teaching of community health (COPC) in an MPH program. *Public Health Reviews* 2002;30(1-4):293-301.

2. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad – APOC: Un modelo de salud pública en atención primaria. *Revista Panamericana de la Salud (OPS/OMS)*, 2007;21(2-3:177-84).
3. Foz G, Gofin J, Montaner I, Atención primaria orientada a la comunidad (APOC) Una visión actual. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. *Atención Primaria –conceptos, organización y práctica clínica*, 6ª edición, Elsevier, Madrid, 2008.
4. Cruz ME, Schoenberg BS, Ruales J, Barberis P, Proano J, Bossano F, et al. Pilot study to detect neurologic disease in Ecuador among a population with a high prevalence of endemic goiter. *Neuroepidemiology* 4:108, 1985.
5. Organización Panamericana de la Salud. *Salud de las Américas 2007*, Vol. II- Washington D.C., Estados Unidos de América.
6. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. "Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican national comorbidity survey". *Psychological Medicine*, 35:1773-83, 2005.
7. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190:521-8, 2007.
8. Marmott MG, Understanding social inequalities in health, *Perspect Biol Med*, 2003;46 (3 Suppl):S9-23.
9. Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J: Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. Capítulo13:236-84, Dohrenwend BP (ed) *Adversity, Stress and Psychopathology*, Oxford University Press, New York, 1998.
10. Mari J de J, Psychiatric morbidity in three primary medical clinic in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Social Psychiatry*, 22:129-38, 1987.
11. Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R, Pinfold V, Priebe S. Social exclusion and Mental Health. *Conceptual and Methodological Review*, *British Journal of Psychiatry* 2007; 191:477-83.
12. Mullan F, Phillips RL, Kinman EL. geographic retrofitting: a method of community definition in community-oriented primary care practices. *Fam Med*. 2004 Jun; 36(6):440-6.
13. Kark SL, *The practice of community oriented primary care*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1981.

Diagnóstico comunitario por medio de la investigación cualitativa

*Annika Sweetland**

*Alex Cohen***

Introducción: ¿Qué es una comunidad?

La palabra “comunidad” proviene del latín *communitas, -atis* (1). Las comunidades pueden ser definidas, por ejemplo, en función de los lazos de parentesco, localización geográfica, intereses políticos, credo religioso, composición étnica o racial y características físicas o discapacidades psiquiátricas compartidas por una colectividad (2–4). El “sentimiento de comunidad” ha sido descrito como “una vivencia de pertenecer a una unidad... la conciencia de que el intercambio y beneficio mutuos se originan en la pertenencia a un cuerpo común... la presencia de un espíritu alimentado por experiencias compartidas” (5, p. 315). El concepto de “comunidad” está asociado más comúnmente con el correspondiente a un conjunto de personas que comparten un determinado espacio geográfico (p.ej., un vecindario); sin embargo, en el contexto de salud pública, las comunidades a las que van dirigidas las intervenciones constituyen también otros tipos de colectividades, como escuelas, fábricas o clubes sociales. El concepto de “comunidad” engloba no sólo al conjunto de personas que la forman, sino también las complejas relaciones sociales que existen entre sus miembros, el sistema de creencias que profesan y las normas sociales que las rigen. En tanto que pudiera ser atractivo encasillar a las comunidades en diferentes tipologías, el intentarlo podría desvirtuar la unicidad de cada una de ellas y enmascarar las diferencias que las caracterizan. Por ello, la apreciación de la singular complejidad de cada comunidad es esencial para la comprensión del contexto en el que la gente toma decisiones que afectan su salud y bienestar.

Cada comunidad tiene su propia cultura, sistema de creencias y normas o reglas sociales. La “cultura” de una comunidad representa su visión del mundo y es la lente a través de la cual sus miembros interpretan sus diferentes realidades (6). Las intervenciones de salud mental en una comunidad requieren,

* Department of Sociomedical Sciences, Columbia University, Mailman School of Public Health. New York, U.S.A.

** Senior Lecturer in International Mental Health. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, U.K.

para ser exitosas, un conocimiento adecuado de la compleja naturaleza de sus relaciones humanas, sus sistemas locales de creencias y la estructura de la vida cotidiana.

Es importante reconocer que la cultura no tiene un carácter estático. Por el contrario, es un fenómeno social que cambia con el tiempo. Por ejemplo, la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Sociedad Psiquiátrica Americana (7) identificó a la homosexualidad como un trastorno. Sin embargo, al cabo de 20 años esa calificación fue suprimida, siendo reconocido como un trastorno mental solamente en los casos en que la atracción al mismo sexo perturbe al individuo o en el caso de que este desee cambiar su orientación de género. Un fenómeno similar ocurrió recientemente en China, donde una combinación de fuerzas históricas, sociales y económicas ha determinado que la categoría tradicional de “neurastenia” haya sido reemplazada por la noción occidental de “depresión” (8).

Vale hacer notar que también es posible que la misma gente pueda sostener simultáneamente múltiples creencias, en apariencia contradictorias. Por ejemplo, en regiones rurales de Haití los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH) fueron atribuidos a la brujería; sin embargo, ello no impidió que las personas afectadas solicitaran tratamiento médico y que al mismo tiempo acudieran al curandero local (9). Okello y Enema (10) encontraron en Uganda que muchos pacientes hospitalizados creían que la brujería era la causa de su enfermedad, aun cuando en ese momento estaban en el hospital recibiendo tratamiento médico. El estigma asociado con las enfermedades mentales jugó en este caso un papel en la atribución del trastorno a un determinado agente: explicar el padecimiento como consecuencia de prácticas de brujería era para la persona enferma más aceptable socialmente que admitir que la aquejaba una enfermedad que requería tratamiento psiquiátrico.

Además de los elementos que constituyen la cultura propia, cada comunidad tiene un conjunto de normas que rigen las interacciones y ejercen influencia sobre el comportamiento. Lo anterior corresponde a lo que en términos sociológicos se conoce como “estructura social” (11). Entre los componentes de la estructura social figuran el género de las personas, la clase social a que pertenecen, su origen étnico y religión. En determinados contextos las costumbres dependen de la estructura social; por ejemplo, puede haber expectativas locales acerca de lo que les está permitido hacer a hombres y mujeres o a personas de clases sociales diferentes. Por otra parte, cabe mencionar que la dinámica del poder es inherente a la estructura social. El poder puede ser explícito (verbigracia, en el caso del ejercicio del liderazgo local) o implícito (como ocurre con los roles y responsabilidades sociales). Las relaciones estructuradas, que dependen de la propia identidad social, pueden ser fuente de oportunidades o limitaciones. Uno de los errores más perjudiciales en que se incurre al evaluar individuos y comunidades es atribuir exclusivamente el comportamiento individual (como la falta de cumplimiento del tratamiento prescrito) a sus características idiosincrásicas (p.e., pereza, ignorancia) sin considerar los factores situacionales y el sistema social en el que tienen lugar las acciones (12). La comprensión de las estructuras de poder de la comunidad es esencial para el diseño de intervenciones efectivas ya que “las intervenciones médicas y las políticas de salud están arraigadas en las intrincadas redes físicas, biológicas, ecológicas, técnicas, económicas, sociales, políticas y en otras relaciones interpersonales” (12, p.505).

En las sociedades estrictamente patriarcales puede ser difícil, si no imposible para las mujeres, solicitar cuidados de salud sin la autorización de sus maridos o compañeros. En ocasiones, puede ser necesario que asistan a la consulta acompañadas por un pariente del sexo masculino cuya presencia puede reducir de manera sustancial la revelación de información relativa a toda una gama de trastornos y situaciones. Por ejemplo, en Belice, las mujeres pertenecientes al credo menonita son siempre

acompañadas por sus maridos cuando asisten a la consulta médica. La combinación de este requisito con los factores económicos prevalecientes conspira para que el acceso de las mujeres a los servicios de atención de la salud sea extremadamente limitado a pesar de su evidente necesidad. Por otra parte, merece subrayarse que el comportamiento individual puede ser malinterpretado si no se tienen en consideración los factores sociales y económicos. Por ejemplo, el fomento del uso del condón para prevenir la infección por VIH es un rasgo prominente de los programas educativos de los Estados Unidos de América (E.U.A.); sin embargo, Farmer y cols. (13, p. 28-29) han señalado que “la mayoría de las mujeres estadounidenses en alto riesgo de ser infectadas por el VIH están conscientes de que el condón puede prevenir la transmisión, pero muchas de ellas no son capaces de insistir a sus parejas en que lo utilicen”. En otras palabras, es la falta de poder, no de conocimientos, lo que más influye en su comportamiento respecto a este riesgo.

Todas las comunidades tienen sistemas de apoyo formados por redes sociales que pueden servir de amortiguadores del estrés o para minimizar el impacto de las enfermedades mentales. Entre esas redes se encuentran la familia, tanto la inmediata como la extendida, miembros de la comunidad (p.e., vecinos y líderes religiosos) y proveedores de servicios de salud mental. Las redes pueden variar en tamaño, densidad, ejercicio de la reciprocidad y fortaleza; por medio de ellas la gente puede recibir respaldo emocional e instrumental lo mismo que información adecuada (14). La identificación y el fortalecimiento de las redes existentes en una localidad es un importante componente de las intervenciones de salud mental comunitaria, en particular cuando los medios disponibles son limitados. De esta manera se maximizan los recursos y se asegura el soporte necesario para enfrentar los problemas de las enfermedades mentales. Conviene, no obstante, subrayar que la influencia de las redes sociales no siempre es positiva; miembros de una red social de apoyo puede influir negativamente sobre el comportamiento que procura solicitar ayuda. Por ejemplo, un estudio realizado por Srinivasan y cols. (15) en la India reveló que miembros de familias extendidas muchas veces no llevaron a sus parientes enfermos a recibir la atención de salud mental. Dentro de una misma red social es posible que uno de sus miembros tenga interacciones negativas con otro y que esta situación despierte sentimientos de resentimiento o vergüenza. Mientras que las interacciones negativas en el seno de las redes de apoyo pueden ocurrir menos frecuentemente que las positivas, los resultados de algunas investigaciones sugieren que los efectos de las interacciones negativas tienen mayor valor predictivo en el área de la salud mental (16).

El concepto de red social está relacionado con la noción de capital social. De Silva y cols. (17, p.6) han resumido una definición generalmente aceptada en la que se determinan sus componentes. De acuerdo con ella, el capital social consiste en relaciones cognitivas (basadas en las percepciones de la calidad social de las relaciones, como confianza y armonía), estructurales (fundamentadas en las cualidades de las relaciones sociales, como la pertenencia a redes), de vinculación afectiva (dependientes de las conexiones entre gente del mismo estrato social), establecimiento de puentes (relativas al acercamiento entre personas de diferentes estratos) y compromiso (originadas en las relaciones entre varias personas pertenecientes a diferentes niveles de poder).

Las investigaciones han demostrado que hay una fuerte correlación positiva entre el capital cognitivo social (el legado social) y la salud mental. En cambio, la evidencia de la relación entre el capital estructural social (por ejemplo, participación ciudadana) y salud mental no es conclusiva (17). En general, puede decirse que existe un problema que debe ser resuelto en relación con la definición y medición del concepto antes de que este pueda usarse efectivamente en la formulación de políticas de salud mental.

Finalmente, es menester reiterar que las comunidades poseen estructuras históricas y económicas que influyen en las interacciones humanas. Por ejemplo, hay diferencias significativas entre las comunidades en las que la mayoría de los residentes han vivido allí toda su vida y aquellas en las que está en marcha un rápido cambio social, con poblaciones transitorias o migratorias. Por ejemplo, una investigación realizada en trabajadores itinerantes mexicanos sugiere que un alto porcentaje de ellos están aquejados de ansiedad y trastornos depresivos, relacionados con dificultades laborales y con la impredecibilidad de su trabajo (18). La puesta en marcha de programas dirigidos a la promoción de la salud mental y al fomento de mecanismos para enfrentar calamidades, puede ser muy beneficiosa para esta población. Vale recordar que los problemas de salud mental mencionados no se restringen a la población rural; la población urbana enfrenta igualmente un conjunto único de desafíos. Por otra parte, todos los factores mencionados afectan a las redes de apoyo en las comunidades sea que estén organizadas siguiendo líneas geográficas, étnicas o de parentesco (19). Por último, conviene señalar que algunos programas o intervenciones pueden estar dirigidos a distritos o áreas geográficas que no se consideran a sí mismos “una comunidad”. Dichas áreas pueden abarcar diferentes vecindarios y comunidades que guardan grandes diferencias entre unos y otros y aun dentro de sus propios límites.

En síntesis, las comunidades tienen culturas, historias y estructuras de poder y socioeconómicas que les son exclusivas y afectan su salud física y mental. Para asegurar el éxito de las intervenciones en salud mental comunitaria su diseño debe tener en cuenta esas complejas peculiaridades.

Métodos cualitativos de investigación

Una de las estrategias más efectivas para apreciar cuán compleja es la implementación de intervenciones en las comunidades es la aplicación de los métodos cualitativos. En contraste con los métodos cuantitativos, que recaban información limitada de grandes números de población, la investigación cualitativa depende de información detallada obtenida de un número relativamente pequeño de informantes. Este método es en particular útil cuando es poco lo que se conoce acerca de una localidad y sus problemas o de la población que la constituye. En lugar de generar hipótesis como punto de partida, la investigación cualitativa es exploratoria por naturaleza. Las preguntas son abiertas y permiten a los entrevistados hablar libremente sobre sus experiencias. Por ejemplo, un investigador cuantitativo que esté interesado en el estigma de las enfermedades mentales puede pedir a una persona que valore el grado en que esté o no de acuerdo con la afirmación “la gente con trastornos mentales es tratada como marginada por la sociedad”. Para valorar la respuesta le pedirá que conteste “firmemente de acuerdo”, “de acuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “en desacuerdo” o “firmemente en desacuerdo”. El investigador que aplica el método cualitativo, en cambio, le pedirá al entrevistado que le hable sobre el estigma y la discriminación, utilizando sus propias palabras, para así llegar a comprender su posición. La recolección de información se entrelaza con su análisis en un proceso iterativo en el que se alternan ambos enfoques. A medida que las preguntas preliminares son contestadas, las reflexiones que suscitan las respuestas inducen reformulaciones y nuevas preguntas que a su vez favorecen el progreso de la investigación (20, 21). Lo que estos métodos intentan es sumergirse en el mundo de los sistemas semánticos autóctonos con el fin de comprenderlos “desde el punto de vista local” (22). Los métodos cualitativos son esenciales, no solo para la evaluación de las intervenciones sino también para el mejoramiento de los servicios, por cuanto:

“Antes de planificar la expansión de una intervención, los investigadores deben conocer las comunidades, la gente que vive en ellas, sus perspectivas de las enfermedades mentales y del estigma que las acompaña, sus sentimientos acerca la utilidad y aceptabilidad de los tratamientos y de quienes los proveen y la prevalencia de esos trastornos en la comunidad” (23, p. 203).

Los métodos cualitativos son utilizados con el fin de entender las complejidades del comportamiento humano dentro de su contexto social, cultural, político, económico e histórico. Los investigadores usan los métodos cualitativos para obtener una visión de los mundos locales, de tal manera que las intervenciones, y las estrategias que las implementan sean efectivas en el contexto en que se apliquen. Muy frecuentemente, programas bien intencionados han fracasado como consecuencia de no haberse tomado esa importante providencia. La aparición de “efectos secundarios” no previstos puede ser el resultado tanto de intervenciones que despiertan “resistencia a las políticas” como de “la tendencia de la intervención a ser derrotada por la respuesta del sistema a la intervención misma” (12, p. 505).

La etnografía provee uno de los métodos nucleares de la investigación cualitativa, basados en la “observación participativa” y en la conducción de entrevistas en profundidad. La “observación participativa” requiere la inversión de considerable tiempo en un sitio apropiado en el que los entrevistados se sientan confortables en presencia del investigador, de manera que se puedan hacer observaciones “al natural” sobre sus vidas. Las entrevistas en profundidad son un complemento de la simple observación y pueden ser no estructuradas o semi-estructuradas. Este método habitualmente utiliza preguntas abiertas que permiten a los entrevistados hablar libremente sobre sus vidas. Las entrevistas pueden estructurarse alrededor de un tema particular pero raramente se guían por un libreto específico, en un esfuerzo por recuperar la más rica y detallada información posible. Los investigadores pueden tomar notas o grabar las entrevistas (con el consentimiento informado del entrevistado) y transcribir las conversaciones para el análisis de los temas y contenidos de los encuentros. Estas entrevistas son realizadas generalmente con personas que el investigador ha identificado como “informantes clave”. Estos son miembros de la comunidad en estudio que tienen conocimiento de las costumbres y cultura locales y que, mediante repetidas sesiones, ayudan al investigador a comprender las significaciones locales. Por ejemplo, en un estudio sobre la atención de la salud mental en una determinada localidad, los informantes clave fueron proveedores de servicios, consumidores, y/o familiares de individuos con trastornos mentales. Lo que distingue el uso de la etnografía, la observación participativa y las entrevistas con informantes clave respecto a otros métodos cualitativos es que sus medios “están usados para estudiar a la gente en su ambiente natural o “campo” en el que el investigador participa directamente; lo que se intenta explorar *desde dentro* son las significaciones especiales comunes en el entorno, las conductas y las actividades” (24, p. 27).

Etnografía y diagnóstico comunitario

De la misma manera en que puede ser imprudente administrar un tratamiento a un paciente sin establecer primero un diagnóstico, sería impropio implementar una intervención en una comunidad antes de realizar una valoración concienzuda. El método etnográfico es uno de los principales instrumentos para llevar a cabo esa evaluación y alcanzar un resultado que se podría rotular como “diagnóstico comunitario”. Este tipo de investigación complementa la indagación cuantitativa, la cual puede revelar patrones de mortalidad y morbilidad, y ayuda a ubicar estos patrones dentro de la compleja realidad social. La etnografía puede ser utilizada para: 1) explorar un contexto social, 2) identificar las necesidades

de una comunidad y las prioridades locales, 3) determinar cuán apropiadas son las intervenciones, 4) describir la ecología de los servicios, y 5) valorar la relevancia de los instrumentos de evaluación. Cada una de estas funciones será examinada a su debido tiempo.

Examen del contexto social

Los investigadores utilizan la etnografía con frecuencia para examinar el contexto cultural, económico, político e histórico en el que va a tener lugar una intervención. Se preguntan cuáles son los rasgos demográficos de la comunidad (p.ej., distribución de la población de acuerdo con el género, composición étnica, edad, educación y distribución de la riqueza); el tipo de jerarquías sociales existente entre los varios grupos que la integran; sus sistemas de creencias; la conformación de la estructura económica y las estructuras políticas formales e informales imperantes (p.ej., quiénes toman las decisiones a nivel de distrito, municipio, vecindario y familia). También inquietan sobre la forma en que acontecimientos históricos relevantes contribuyen al funcionamiento de la comunidad y sobre la manera como los individuos se relacionan entre sí.

La cultura influye sobre la psicopatología mediante la determinación de los tipos de estresores predominantes, formas de respuestas al estrés, modalidades de personalidad, sistemas de lenguajes, normas sociales, clasificaciones, experiencias significativas y expresión de la vida mental en un contexto determinado (6). Las normas culturales interactúan con los procesos biológicos, de tal manera que la predominancia de los diferentes “patrones de aflicción” varía con los distintos grupos sociales (25). Un ejemplo clásico de posesión está constituido por los “ataques de nervios” en pacientes latinoamericanos. Mientras que muchos de los síntomas presentes en los “ataques de nervios” se superponen con los de otros trastornos psiquiátricos, los referidos episodios constituyen, por derecho propio, una forma culturalmente específica de expresión emocional (26). Los significados culturalmente condicionados también determinan cuáles eventos constituyen pérdidas y cuáles respuestas puede considerarse que son proporcionales a las pérdidas sufridas (27). Las repuestas, en cuya valoración debe considerarse su duración y gravedad, incluyen las manifestaciones conductuales asociadas con las pérdidas y las correspondientes expresiones emocionales. Por ejemplo, para un indígena norteamericano puede ser que oír la voz de un ser querido que haya muerto no se interprete como un signo de psicosis, sino como expresión de la “enfermedad de los espíritus”. Por consiguiente, esa reacción es considerada un posible componente del duelo normal (28). Importa resaltar que la cultura también prescribe de qué manera la gente debe reaccionar frente a quienes padecen una enfermedad mental o han experimentado una pérdida; las relaciones interpersonales firmes pueden ayudar a atenuar la tristeza mientras que las reacciones negativas, como el rechazo o el aislamiento, pueden exacerbar las respuestas de duelo (27).

Las condiciones socioeconómicas también pueden influir tanto en la distribución de la carga de la enfermedad como en el cumplimiento de las indicaciones, el pronóstico de la enfermedad y el acceso a los servicios. Se ha producido importante evidencia que sugiere que las circunstancias adversas de la vida, como la pobreza, el abuso de niños de temprana edad, la violencia y el estrés, están correlacionados con la frecuencia de muchos trastornos mentales (29-31). La inestabilidad financiera, el rápido cambio social, el riesgo de violencia y vivir en la pobreza hacen a la gente más vulnerable a las enfermedades mentales (31, 32). Diferentes factores socioeconómicos, como género, origen étnico y clase social pueden también, mediante sus interacciones, afectar el riesgo individual de sufrir trastornos mentales. Almeida-Filho y cols. (32) determinaron en Bahía, Brasil, que las mujeres tenían el doble de proba-

bilidades que los hombres de sufrir depresión; esta diferencia era aun más acentuada en las mujeres de las clases sociales más bajas. La pertenencia a determinados grupos étnicos también jugó un papel importante como elemento pronosticador de la depresión; el efecto del género fue particularmente pronunciado en las personas que además de ser pobres pertenecían a etnias de origen africano. La desigualdad social también puede limitar el acceso a los recursos financieros, sociales y de adaptación a las tribulaciones, capaces de mitigar el estrés (33).

Los trabajadores de salud mental no deben confundir los problemas sociales con la patología individual. Diversos autores advierten que la percepción exclusivamente médica de la aflicción emocional puede conducir de manera inadvertida a la “medicalización” de los problemas sociales, cuando se atribuye la patología únicamente y de manera errónea al individuo y se pasan por alto las condiciones sociales que contribuyen a la enfermedad mental (27, 34-36). A este respecto Martín-Baró declara sucintamente que: “...puede ser una reacción psicológica anormal ante una situación normal, pero también pudiera tratarse de una reacción normal frente a una situación anormal...” (37, p. 111). Pueden surgir ejemplos sobresalientes de esas situaciones cuando se analizan eventos en los que grandes grupos de personas experimentan traumas a consecuencia de la violencia política. Por ejemplo, muchas comunidades fueron afectadas por la guerra civil en El Salvador, durante la cual decenas de miles de personas “desaparecieron” (37); en áreas rurales de los Andes numerosas comunidades fueron víctimas del fuego cruzado entre las guerrillas del “Sendero Luminoso” y las fuerzas armadas peruanas (38). En las circunstancias mencionadas, el diagnóstico de estrés postraumático (SEPT) asignado a los individuos afectados, permite la reconstrucción de los traumas sociales como patologías personales. Como bien advierte Kleinman, “...el problema de “cartografiar” la aflicción en la mente de los individuos es de tal naturaleza que la “cartografía” resultante pasa por alto que las causas, el escenario y las consecuencias de la violencia colectiva son predominantemente sociales” (34, p. 179-180).

Según Moreira (35, p.80) la pobreza es un “trauma colectivo” y a su vez un generador de trauma: “... fomenta la desesperanza y es parte de un injusto e inicuo aparato social que hiere, traumatiza y aniquila la dignidad humana...”. Omitir la manera en que los factores sociales contribuyen a conformar las enfermedades significa simplemente admitir que las intervenciones traten los síntomas sin atacar las verdaderas causas del sufrimiento colectivo. En conclusión, los métodos etnográficos son de extrema utilidad para obtener una visión adecuada de la complejidad de los mundos locales y para contextualizar el comportamiento y la enfermedad individual.

Identificación de las necesidades y prioridades de la comunidad

Los patrones de distribución de los trastornos mentales varían de región a región. Por ejemplo, un metanálisis de las tasas de prevalencia de las enfermedades mentales en América Latina reveló una prevalencia promedio de 1% de psicosis no-afectivas (incluyendo esquizofrenia) en el año previo a las investigaciones; la tasa promedio de depresión mayor fue 4,9% y la de abuso y dependencia del alcohol 5,7% (39). Se puede concluir frente a esos resultados que los servicios de salud –y los de salud mental en particular– tienen que establecer las debidas prioridades de acuerdo con las necesidades y condiciones locales. Es necesario comprender qué es lo que se precisa para que tanto los individuos como las instituciones prioricen sus necesidades. Para ello es menester conocer las decisiones que los pacientes y sus familias hacen en relación con la búsqueda de asistencia y las que hacen los proveedores e instituciones sobre el suministro de cuidados. En ausencia de esa información puede ser

difícil saber, por ejemplo, por qué solo una pequeña proporción de la gente procura tratamiento para las enfermedades mentales.

Las crisis de naturaleza psicosocial también deben ser tomadas en cuenta al momento de establecer prioridades. La necesidad de enfrentar epidemias –VIH/SIDA, tuberculosis, enfermedades diarreicas o mortalidad materna– puede distraer la atención de los sistemas de salud o demandar respuestas específicas a estos problemas, como consejería en situaciones de duelo, provisión de ambientes protectores para huérfanos o la creación de grupos de apoyo psicológico. Por ejemplo, en Perú se crearon grupos de apoyo psicosocial para atender pacientes con tuberculosis resistente a múltiples fármacos, con el fin de atenuar los efectos negativos psicológicos y sociales de la enfermedad y estimular el cumplimiento del tratamiento (40). A este tenor, se pueden requerir servicios especializados para enfrentar las consecuencias psicológicas de desastres naturales, por ejemplo, el huracán Mitch en Honduras, teniendo en consideración que esos eventos pueden afectar de manera diferente a varios grupos sociodemográficos (41).

Los responsables de formular políticas y elaborar programas deben considerar como componentes esenciales de los servicios comunitarios de salud mental, el combate del analfabetismo, la educación de adultos (incluyendo programas de capacitación laboral), el fortalecimiento de las redes sociales o simplemente la satisfacción de las necesidades básicas de la vida (alimentación, vestido, vivienda, fomento del compañerismo y atención de la salud). En ocasiones será preferible hacer uso de los enfoques psicosociales, basados en los conceptos de desarrollo humano y promoción de la salud mental, en lugar de concentrar las acciones en intervenciones curativas (42).

Es oportuno mencionar que el acoplamiento de las terapias mentales con las intervenciones psicosociales puede ciertamente mejorar los resultados. Por ejemplo, Francis y cols. (43) encontraron que la combinación del tratamiento tradicional de la depresión con un programa de alfabetización resultaban en una mayor reducción de los síntomas depresivos en los pacientes que habían participado en el programa. En suma, las intervenciones, en lugar de concentrarse exclusivamente en el tratamiento deberían utilizar un enfoque más holístico que incluyese elementos tanto de prevención de los trastornos mentales como de promoción de la salud mental. Esta estrategia, que podrá contribuir a la reducción de la morbilidad mental en la comunidad, es relevante en los entornos en los que la pobreza y los problemas sociales contribuyen de manera significativa a la producción de desajustes mentales.

Determinación de la propiedad de las intervenciones

La etnografía puede determinar cuán culturalmente apropiadas son las intervenciones y advertir a tiempo cuando las acciones que se proponen son congruentes o no con los valores locales y con su visión prevaleciente del mundo (44). Por ejemplo, en tanto que los grupos de apoyo para hombres y mujeres pueden ser aceptables en ciertas localidades, en otros sitios puede ser crucial para el éxito que se asegure que los integrantes de los grupos sean todos del mismo género. Además, los proveedores de servicios deben entender que en muchas sociedades las decisiones en materia de salud y las relativas a las vías para acceder a los cuidados son tomadas por las familias y no individualmente por sus miembros (45). Lo anterior significa que hay que tomar medidas para que los familiares de los pacientes se queden como acompañantes en los hospitales, tal como es la práctica en el Instituto de Salud Mental y Neurociencias de Bangalore, India. Es de rigor que la experiencia terapéutica,

ya sea biomédica, psicosocial o espiritual, transcurra en un contexto inteligible para el paciente. Lo anterior requiere una comprensión, por parte del prestador de servicios, de los modelos explicativos que enmarcan la experiencia en el contexto que es familiar para el paciente en una sociedad determinada (25, 46). Esto no significa que los proveedores tengan que renunciar a todas las modalidades de intervención salvo las “tradicionales”; pero sí implica que deben tener conocimiento y respetar la manera en que pacientes, familias y comunidades conciben los trastornos mentales, la forma en que estos se producen, el curso que siguen, los tratamientos aceptados y los desenlaces esperados.

Además, es aconsejable recordar que es común que individuos y familias tengan múltiples creencias, aparentemente contradictorias, sobre las enfermedades mentales. Por ejemplo, en Bengala, India, Bhattacharyya (47) encontró que había tres modelos explicativos de la enfermedad mental: posesión demoníaca, brujerías y “trastornos en la cabeza”, este último con características fisiológicas muy semejantes a las del modelo biomédico. En tanto que cada modelo podía conducir a diferentes conclusiones sobre cuál sería el tratamiento más apropiado, la investigadora encontró que esas creencias y los sistemas de cuidados a los que los usuarios acudían para tratarse, no se excluían necesariamente entre sí. En efecto, los pacientes utilizaban con frecuencia varios sistemas de cuidados de manera simultánea o complementaria.

Por último, conviene mencionar que es de importancia fundamental el entendimiento por parte de las personas y sus familias de las consecuencias sociales de los trastornos mentales. El estigma y la discriminación que acompañan a esas dolencias ejercen profundas influencias sobre la forma en que se busca tratamiento y sobre el curso de la enfermedad (48, 49). En América Latina, como en otras regiones, el estigma multiplica el efecto negativo de las condiciones socioeconómicas adversas en cuanto al acceso a los servicios de salud (50). El desconocimiento de los factores mencionados disminuye en alto grado la capacidad de los servicios de atraer precisamente a las personas que tratan de ayudar.

Delineación de la ecología de los servicios

Koegel (51) ha sugerido que es necesario estudiar la ecología de las áreas de servicio, indicando que es tan importante comprender las creencias, actitudes y comportamientos de los proveedores de servicios como examinar las de los usuarios y sus familias. Sin tal entendimiento es imposible determinar si las iniciativas fracasan debido a las creencias y prácticas de los pacientes o a la inadecuación o inflexibilidad de los sistemas médicos (52). El establecimiento de horarios de consulta convenientes para los trabajadores de la salud pero no para los usuarios, la prevalencia de actitudes hostiles del personal clínico, la práctica de intervenciones de bajos estándares o directamente nocivas, el suministro irregular de fármacos, la pobreza extrema o la ubicación de los servicios en lugares remotos o de difícil acceso constituyen barreras para la obtención de cuidados y el cumplimiento de los regímenes terapéuticos prescritos (53). De la misma manera, los problemas de infraestructura, como la disponibilidad de espacios privados en los que los trabajadores de salud mental puedan entrevistar a los pacientes, rotación del personal, dinámica de las relaciones entre los miembros del personal, carga de trabajo y rasgos de la cultura institucional, tienen un peso considerable en la determinación del posible éxito o fracaso de una intervención determinada (54, 55). Desde un punto de vista más amplio, la perspectiva ecológica es esencial para el desarrollo de los servicios. Se debe realizar una encuesta de recursos —humanos y técnicos— antes de determinar lo que es posible en el futuro inmediato y

lo que es necesario para mejorar y extender los servicios. Las decisiones sobre el establecimiento de prioridades, elección de intervenciones y organización de los servicios deben basarse en el detallado conocimiento de las comunidades y en la disponibilidad de recursos de salud mental. Por ejemplo, un programa que pueda utilizar una instalación psiquiátrica de importancia y su bien calificado personal –como pudiera ser el caso de San Pablo, Lima o Ciudad de México– puede no ser aplicable en regiones con pocos especialistas en salud mental. Los modelos que se han desarrollado en medios urbanos pueden no ser fácilmente adaptados a las áreas rurales. Un programa situado en una región que experimenta rápido cambio social o gran agitación política tendrá diferentes prioridades que uno que tiene lugar en un medio social relativamente estable. Un examen ecológico de un área determinada de servicios puede iniciarse con el análisis del papel que corresponde desempeñar a los sistemas de salud públicos y privados (56). A este efecto, es de capital importancia la cabal comprensión de cómo pacientes y familias utilizan esos servicios. Por ejemplo, Chisholm y cols. (57) no pudieron valorar la efectividad de los servicios de salud mental en el nivel primario de atención en cuatro sitios seleccionados en India y Paquistán debido a que se desconocía la proporción de la gente que era tratada por médicos privados. Vale indicar que también es necesario comprender la relación existente entre médicos generales y los sectores público y privado. Las mayores oportunidades económicas en el sector privado a menudo atraen a los psiquiatras en detrimento del servicio público. La renuencia a emprender reformas o considerar cambios por parte de las jerarquías afianzadas puede haber inducido a los psiquiatras a incorporarse a la práctica privada. En muchos países de bajos ingresos (en realidad también en países de ingresos altos y medianos) la línea divisoria entre los sectores público y privado es borrosa. Es una situación común entre los psiquiatras trabajar en *ambos* sectores: en esos casos dedican unas pocas horas en la mañana al trabajo en clínicas y hospitales públicos y emplean el resto del día en atender pacientes privadamente. No queda claro de qué manera esta situación influye sobre el sistema de salud mental.

También se necesita hacer acopio de conocimientos detallados del papel desempeñado y las prácticas de los llamados “curanderos” que con frecuencia constituyen una buena proporción del sector salud. Es indudablemente cierto que la solicitud de cuidados a los curanderos tiene sus raíces en factores culturales en cuanto estos ofrecen explicaciones y tratamientos de las enfermedades mentales que son entendidos por los pacientes y sus familias (58). En este orden de ideas, es aconsejable ser cautelosos al hacer amplias suposiciones acerca de los curanderos y las razones por las cuales pacientes y familias utilizan sus servicios. Kapur (59) encontró en un villorrio en India que tanto pacientes como curanderos aceptaban fácilmente el modelo biomédico de la enfermedad mental y que además, todos los pacientes afectados por psicosis o epilepsia habían consultado con un médico capacitado en medicina occidental. Más aun, constató que la elección que hace el paciente puede estar basada más en consideraciones prácticas que en preferencias culturales.

Los resultados de una investigación realizada en los barrios de bajos ingresos de Nueva Delhi, India, sugiere que la distinción entre los practicantes de la etnomedicina y la biomedicina no está bien definida. Se encontró que los sanadores “tradicionales” empleaban una amalgama de prácticas tradicionales (por ejemplo, regímenes dietéticos y hierbas medicinales) e intervenciones biomédicas, lo que puede traer consecuencias peligrosas, como el desarrollo de resistencia progresiva a los antibióticos (60). Cabe preguntarse si la misma situación está presente en las curas “tradicionales” de las enfermedades mentales; si en esas curas se emplean medicamentos psicotrópicos a dosis no terapéuticas o no bien indicados.

En resumen, lo que se quiere determinar es la razón por la cual pacientes y familiares eligen uno u otro tipo de proveedor de servicios de salud. ¿Están sus decisiones basadas en creencias culturales, razones prácticas como la accesibilidad y los costos, fe en los poderes curativos de determinado practicante o en una combinación de todos estos factores? Obviamente, se necesita conocer con más detalle las intervenciones que los curanderos emplean en el tratamiento de los trastornos mentales.

Valoración de la importancia de los instrumentos usados en la evaluación de las intervenciones

La etnografía también puede ser utilizada para validar el uso de instrumentos específicos de investigación en determinados entornos. Esto es de singular relevancia en relación con las investigaciones transculturales y con el reto representado por el establecimiento de la “validez del constructo”, esto es, la respuesta a la pregunta que inquiriere si la validez de determinada entidad, por ejemplo, depresión, tiene igual peso en diferentes contextos. Hay abundante evidencia que sugiere que hay diferencias transculturales en la expresión de los síndromes depresivos. Por ejemplo, en China la gente tiende a sentir la depresión más como una experiencia física que psicológica. De acuerdo con Kleinman (61, p. 951) “muchas personas chinas deprimidas no confiesan estar tristes, sino más bien sentir fastidio, malestar, sentimientos de presión interior, dolor, mareos y fatiga”. Si se toma en consideración este relato, el uso de un instrumento occidental para valorar la depresión en pacientes chinos puede ser inapropiado debido a su potencial para sugerir un diagnóstico errado o fundamentar una detección de casos inferior a la realidad.

El método etnográfico es uno de los medios que pueden ser usados para determinar la “validez del constructo” en las investigaciones transculturales en salud mental (62). Por ejemplo, Wilk y Bolton (63) condujeron un breve estudio cualitativo en Uganda, para determinar si la forma en que la población local experimentaba la depresión coincidía con las definiciones occidentales; de esta manera esperaban constatar la validez del uso de un instrumento basado en los criterios de la DSM-IV. Mediante el uso de técnicas exploratorias los autores identificaron dos síndromes locales que, unidos, cumplían con los criterios de la DSM para el diagnóstico de depresión. Sin embargo, también identificaron una variedad de síntomas específicos locales que no estaban incluidos en los criterios de la DSM-IV. Teniendo en cuenta la gran superposición observada en los síndromes depresivos, los autores concluyeron que el uso de un instrumento basado en los criterios de la DSM-IV podía ser válido solo si los síntomas específicos locales fueran incluidos. La técnica descrita también ha sido usada para mejorar las mediciones de evaluación funcional mediante la identificación e integración de determinadas tareas específicas de un contexto determinado (64, 65). La creciente relevancia de estas mediciones es de importancia, dado que la mejora en el funcionamiento es un indicador significativo del éxito de una intervención en salud mental.

Limitaciones

La investigación cualitativa tiene dos importantes limitaciones. En primer lugar, depende de información detallada provista por un pequeño número de personas; esto significa que no siempre es posible generalizar los hallazgos a grandes grupos o a otros contextos. Otra crítica habitual de la investigación cualitativa es el elemento subjetivo presente en el proceso. Con el fin de minimizar esta

limitación, los etnógrafos practican la “reflexividad”, esto es, un ejercicio que se lleva a cabo durante el proceso de investigación en el que se tiene en cuenta como la propia identidad (edad, procedencia étnica, género, nacionalidad, etc.) puede influir sobre la interpretación de los datos. Los etnógrafos deben “ubicar sus datos en el contexto del proceso social donde se originaron y reconocer los límites dentro de los cuales representan la realidad” (24, p.43).

Conclusiones

El estudio etnográfico puede hacer una contribución esencial al desarrollo de los servicios de salud mental en la comunidad. Es un método que no reemplaza la necesidad de la indagación cuantitativa, por ejemplo, la que recolecta información sobre patrones de morbilidad y mortalidad, sino que más bien complementa los datos hallados y ayuda a contextualizarlos dentro de las complejas realidades sociales. En tanto que la investigación cuantitativa revela características de la morbilidad y mortalidad, la pesquisa cualitativa procura identificar los procesos subyacentes que les dan forma a esos patrones. La comprensión de esos procesos es de gran valor para asegurar el éxito de las intervenciones de salud mental basadas en la comunidad. Los métodos etnográficos proveen un medio efectivo para establecer diagnósticos comunitarios que faciliten que las intervenciones estén adaptadas específicamente a los contextos en donde van a ser implementadas de tal forma que se asegure su éxito con gran probabilidad.

Referencias

1. Harper D. Community. Online etymology dictionary. 2001. Accessed on february 23, 2008 from: <http://www.etymonline.com/index.php?term=community>.
2. Chavis DM, Wandersman A. Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. In: Revenson TA, D’Augelli AR, French SE, Hughes DL, Livert D, Seidman E, et al., eds. *A quarter century of community psychology: Readings from the American Journal of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press 2002.
3. Heller K. The return to community. *American Journal of Community Psychology*. 1989; 17(1):1-15.
4. Tönnies F. *Community and civil society*. Cambridge: Cambridge University Press 2001.
5. McMillan DW. Sense of community. *Journal of Community Psychology*. 1996; 24(4):315-25.
6. Marsella AJ. Measurement of depressive experience and disorder across Cultures. In: Marsella AJ, Hirschfeld RMA, Katz MM, eds. *The measurement of depression*. New York: Guilford Press 1987:376-98.
7. American Psychiatric Association. Homosexuality and sexual orientation disturbance: Proposed change in DSM-II, 6th printing, page 44. APA Document Reference No. 730008. Arlington: American Psychiatric Association 1973.
8. Lee S. Diagnosis postponed: shenjing shuairuo and the transformation of psychiatry in post-Mao China. *Culture, Medicine & Psychiatry*. 1999 Sep; 23(3):349-80; discussion 81-99.
9. Farmer P. Sending sickness: Sorcery, politics, and changing concepts of HIV in rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly*. 1990; 4(1):6-27.
10. Okello ES, Neema S. Explanatory models and help-seeking behavior: Pathways to psychiatric care among

- patients admitted for depression in Mulago Hospital, Kampala, Uganda *Qualitative Health Research*. 2007; 17(1):14-25.
11. Wasserman S, Faust K, eds. *Social network analysis: methods and applications*: Cambridge University Press 1995.
 12. Stermán JD. Learning from evidence in a complex world. *American Journal of Public Health*. 2006; 96(3):505-14.
 13. Farmer P, Connors M, Simmons J, eds. *Women, poverty and AIDS: Sex, drugs, and structural violence*. Monroe: Common Courage Press 1996.
 14. Pinto RM. Using social network interventions to improve mentally ill clients' well-being. *Clinical Social Work Journal*. 2006 Spr; 34(1):83-100.
 15. Srinivasan TN, Rajkumar S, Padmavathi R. Initiating care for untreated schizophrenia patients and results of one year follow-up. *International Journal of Social Psychiatry*. 2001; 47(2):73-80.
 16. Lincoln KD. Social support, negative social interactions, and psychological well-being. *Social Service Review*. 2000 June.
 17. De Silva MJ, Huttly SR, Harpham T, Kenward MG. Social capital and mental health: a comparative analysis of four low income countries. *Soc Sci Med*. 2007; 64:5-20.
 18. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of health services to migrant and seasonal farmworkers. *Annual Review of Public Health*. 2006; 28:345-63.
 19. Greenbaum SD. The role of ethnography in creating linkages with communities: identifying and assessing neighborhoods' needs and strengths. *Promoting cultural competence in children's mental health services*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing 1998:119-32.
 20. Ware NC, Tugenberg T, Dickey B, McHorney CA. An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services. *Psychiatric Services*. 1999; 50:395-400.
 21. Weisner TS. The ecocultural project of human development: why ethnography and its findings matter. *Ethos*. 1997; 25(2):177-90.
 22. Geertz C. "From the Native's Point-of-View": On the Nature of Anthropological Understanding. *Local knowledge: further essays in interpretative anthropology*. New York: Basic Books 1983:55-70.
 23. Hohmann AA, Shear MK. Community-based intervention research: Coping with the "noise" of real life in study design. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159:201-7.
 24. Brewer JD, ed. *Ethnography as method and methodology* Philadelphia: Open University Press 2000.
 25. Kleinman A. *Rethinking psychiatry: Cultural category to personal experience*. New York: Free Press 1988.
 26. Guarnaccia PJ, Lewis-Fernandez R, Marano MR. Toward a puerto rican popular nosology: nervios and ataque de nervios. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2003 Sep; 27(3):339-66.
 27. Horwitz AV, Wakefield JC. *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press 2007.
 28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association 2000.
 29. Costello EJ, Compton SN, Keeler G, Angold A. Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Journal of the American Medical Association*. 2003; 290:2023-9.

30. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*. 2003; 37:268-77.
31. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 81(8):609-15.
32. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: Interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med*. 2004; 59(7):1339-53.
33. Link BG, Phelan JC. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995(*extra issue*):80-94.
34. Kleinman A. *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley, CA: University of California Press 1995.
35. Moreira V, ed. *Poverty and psychopathology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers 2003.
36. Bracken PJ, Giller JE, Ssekiwanuka JK. The rehabilitation of child soldiers: Defining needs and appropriate responses. *Medicine, conflict, and survival*. 1996;12(2):114-25.
37. Aron A, Corne S. *Writings for a liberation theology: Ignacio Martín Baró*. Cambridge: Harvard University Press 1996.
38. Theidon K. "How we learned to kill our brother?": Memory, mortality, and reconciliation in Peru. *Bulletin de L'institut français d'études Andines*. 2000; 29(3):539-54.
39. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: A public health priority. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 005; 18(4/5):229-40.
40. Acha A, Sweetland A, Guerra D, Chalco K, Castillo H, Palacios E. Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: Five years of experience. *Global Public Health*. 2007; 2(4):404-17.
41. Kohn R, Levav I, Donaire I, Machuca M, Tamashiro R. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following hurricane Mitch: implications for service planning. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(4/5):287-95.
42. Patel V, Swartz L, Cohen A. The evidence from resource-poor settings. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, evidence and practice*. Geneva; World Health Organization 2005.
43. Francis L, Weiss BD, Senf JH, Heist K, Hargraves R. Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *Journal of American Board of Family Medicine*. 2007;20:23-7.
44. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press 1995.
45. Abiodun OA. Pathways to mental health care in Nigeria. *Psychiatric Services*. 1995;46:823-6.
46. Becker AE, Kleinman A. Anthropology and psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry, 7th Ed*. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins 2000:463-76.
47. Bhattacharyya DP. Psychiatric pluralism in Bengal, India. *Soc Sci Med*. 1983;17(14):947-56.
48. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363-85.

49. Link BG, Struening EL, Rehav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997;38(2):177-90.
50. Acuña C, Bolis M. Stigmatization and access to health care in Latin America: challenges and perspectives. *29th Congress of the International Academy of Law and Mental Health*. Paris, France: Pan American Health Organization and World Health Organization 2005.
51. Koegel P. Through a different lens: an anthropological perspective on the homeless mentally ill. *Culture, Medicine & Psychiatry*. 1992; 16:1-22.
52. Farmer P. Social scientists and the new tuberculosis. *Soc Sci Med*. 1997; 44:347-58.
53. Cohen A, Farmer P, Kleinman A. Health-behavior interventions: with whom? *Health Transition Review*. 1997; 7:81-5.
54. Getrich C, Heying S, Willging C, Waitzkin H. An ethnography of clinic "noise" in a community-based, promoter-centered mental health intervention. *Soc Sci Med*. 2007; Jul;65(2):319-30.
55. Wainberg ML, Alfredo Gonzalez M, McKinnon K, Elkington KS, Pinto D, Gruber Mann C, et al. Targeted ethnography as a critical step to inform cultural adaptations of HIV prevention interventions for adults with severe mental illness. *Soc Sci Med*. 2007; Jul;65(2):296-308.
56. Patel V. Health systems research: a pragmatic model for meeting mental health needs in low income countries. In: Andrews G, Henderson S, eds. *The unmet need for treatment* Cambridge: Cambridge University Press 2000:353-77.
57. Chisholm D, Sekar K, Kumar KK, Saeed K, James S, Mubbashar M, et al. Integration of mental health care in primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 176:581-8.
58. Patel V, Simunyu E, Gwanzura F. The pathways to primary mental health care in high-density suburbs in Harare, Zimbabwe. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 1997; 32:97-103.
59. Kapur RL. The role of traditional healers in mental health care in rural India. *Soc Sci Med*. 1979; 13B:27-31.
60. Das V, Das RK. Local ecology and health practices: The use of antibiotics in India. *Conference on antibiotic resistance: social and biological contexts*. Johns Hopkins University 2001.
61. Kleinman A. Culture and depression. *New England Journal of Medicine*. 2004; 351(10):951-3.
62. Hines AM. Linking qualitative and quantitative methods in cross-cultural survey research: Techniques from cognitive science. *American Journal of Community Psychology* 1993; 21:729.
63. Wilk CM, Bolton P. Local perceptions of the mental health effects of the Uganda acquired immunodeficiency syndrome epidemic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 190(6):394-7.
64. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda. *JAMA*. 2003; 289:3117; 289:3117-24.
65. Bolton P, Tang AM. An alternative approach to cross-cultural function assessment. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2002; 37(11):537-43.

SECCIÓN III

Hacia un modelo en salud mental



*Las políticas de salud mental son
el fundamento para el desarrollo
de planes y programas.*

CAPÍTULO 7

Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria

*Alberto Minoletti**

*Patricia Narváez***

*Rafael Sepúlveda****

*Michelle Funk*****

Introducción

La disposición de una política pública de salud mental comunitaria, oficialmente legitimada por el Estado, que responda a las necesidades de los distintos grupos poblacionales de un país, constituye una herramienta útil para mejorar la calidad de vida, la convivencia social y el desarrollo humano y económico.

Esta política debiera inspirarse en experiencias exitosas nacionales e internacionales e incorporar la salvaguarda de los derechos de los usuarios, la equidad en las prestaciones de servicios y el control de los determinantes sociales de los trastornos mentales. De esta manera, se podrán brindar respuestas más tempranas y efectivas a los problemas que presenten las personas y elevar el nivel de salud mental de ellas (1, 2).

Este documento se atiene al concepto de política de la Organización Mundial de Salud (OMS), expresado en el módulo “Políticas, Planes y Programas de Salud Mental” (1) que la define como “un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación. Una política también estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación con otras políticas sanitarias y sociales”.

Las políticas de salud mental son el fundamento para el desarrollo de planes y programas. En algunos países, el plan nacional de salud mental puede in-

* Jefe, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

** Funcionaria del Departamento Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

*** Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago, Chile.

**** Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

cluir aspectos tan amplios como definiciones de políticas, mientras que en otros es un instrumento más específico al servicio de la implementación de una política previamente establecida. El módulo de la OMS sobre esta materia define al plan como “un detallado esquema formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un plan de esta naturaleza permite aplicar la filosofía, valores, principios y objetivos definidos en la política. Un plan incluye habitualmente estrategias, plazos, recursos necesarios, objetivos, indicadores y actividades” (1).

Las concepciones de política y plan son muy generales y pueden, en teoría, aplicarse con distintos modelos en salud mental. En el presente documento la política y el plan se ajustan a un modelo comunitario basado en dos tipos de consideraciones. Por una parte, se basan en la evidencia disponible en la actualidad en el campo de los servicios de salud mental, donde el modelo de base comunitaria ha mostrado resultados significativamente superiores a los del modelo centrado en el hospital psiquiátrico (3-6). Por otra parte, este modelo se caracteriza por su integralidad y accesibilidad, con incorporación de la salud mental en la atención primaria, participación de la población mediante agrupaciones de autoayuda y de defensa de derechos y utilización de estrategias promocionales y preventivas (7, 8).

La elaboración de una política oficial y su aprobación e implementación constituyen un largo y complejo proceso, en el que se requiere superar numerosas dificultades. Esto explica por qué en la Región de las Américas, similarmente a otras regiones del mundo, uno de cada cuatro países carece de una política de salud mental, y que en muchos que la han formulado su implementación sea aún incompleta (9). El principal objetivo de este documento consiste en la aportación de elementos sobre este proceso que promuevan la reflexión y el aprendizaje en los países de nuestra Región.

¿Cómo se originan las políticas públicas?

Las ciencias políticas caracterizan la generación de políticas públicas mediante un complejo sistema de interacciones entre distintos elementos (10), tales como:

- *el régimen político*, integrado por los poderes del Estado y su entramado institucional y legal,
- *los actores sociales*, entre los que se cuentan los partidos políticos, los grupos de presión y los movimientos sociales,
- *la cultura social y política*, en la que se consideran especialmente los valores de los individuos y grupos sociales que componen la sociedad,
- *y el escenario internacional*, el cual influye mediante la interacción de los sistemas políticos de los países y de organismos internacionales.

Todos los elementos del sistema político se encuentran en un proceso dinámico y continuo de múltiples interacciones. No existe una jerarquía establecida entre los elementos enumerados y las variaciones entre unos y otros pueden llegar a afectar la totalidad del sistema (10).

Sólo un número reducido de demandas y situaciones problemáticas existentes en un país llegan a ser consideradas por el Gobierno o el Congreso como posible objeto de una política oficial. Se conoce habitualmente como agenda política (11) a la primera selección de problemas actuales o posibles.

Algunos estudios han intentado definir las características de las situaciones problemáticas con ma-

yores probabilidades para entrar en la agenda. Entre ellas, se han destacado las que corresponden a situaciones de crisis, tienen un componente altamente emotivo de “interés humano”, están relacionadas con cuestiones de poder y legitimidad en la sociedad, y afectan un número alto de personas. La agenda política se determina, además, por la movilización de demandas y presiones de los distintos actores sociales (11).

Las políticas públicas son finalmente las respuestas que da el Gobierno a los problemas nacionales y a las diversas demandas de la sociedad, decididas de acuerdo con el balance de fuerzas entre los distintos elementos interactuantes. Para que una política pueda ser considerada como pública tiene que haber sido “generada, o al menos procesada hasta cierto punto, en el marco de los procedimientos, instituciones y organizaciones gubernamentales” (11). Los principales instrumentos de acción de las políticas públicas son:

- **Normas jurídicas.** Por medio de ellas los poderes públicos establecen las actividades relativas a las políticas y limitan la discrecionalidad de que están investidos quienes las ejecutan
- **Servicios de personal.** Son el conjunto de elementos constitutivos de la infraestructura humana, material y organizativa asignada para implementar una política.
- **Recursos materiales.** Son los recursos financieros para la implementación de las políticas.
- **Persuasión.** Es la incorporación de una política en el discurso de las autoridades del Estado, lo cual la valida como interés prioritario de la sociedad.

Formulación de políticas públicas de salud mental comunitaria

La salud mental comunitaria no es aún una prioridad en las políticas públicas de la mayoría de los países, y en especial en los de ingresos bajos o medios (12). En efecto, en muchos de ellos los recursos destinados a salud mental son inferiores a los requeridos de acuerdo con la proporción de la carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales y a la disponibilidad actual de intervenciones costo-efectivas (13). Por otra parte, existen diversas barreras que se oponen al desarrollo de servicios comunitarios y a la reforma institucional de los hospitales psiquiátricos (14). El proceso de elaboración de políticas públicas de salud mental comunitaria requiere tomar en cuenta esas dificultades y barreras y poner en efecto las estrategias adecuadas para su superación. Todo sistema político se encuentra en una dinámica permanente de transformaciones, las cuales pueden producir en algunos momentos condiciones favorables para el desarrollo de políticas públicas en este campo.

¿Cómo influir en el sistema político a favor de la salud mental comunitaria?

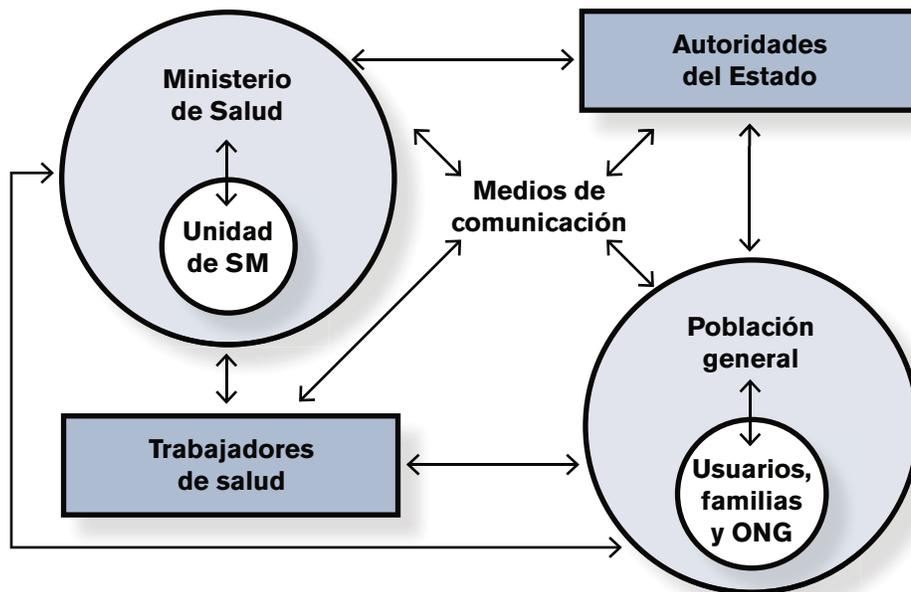
Al analizar los procesos de generación de políticas públicas de salud mental en la Región de las Américas, sobresale el papel desempeñado por los actores sociales y, en particular, por los grupos de presión. La escasa relevancia asignada a la salud mental comunitaria en la agenda político-social de la mayoría de los países, ha llevado en muchos lugares a que surjan movimientos y organizaciones que denuncian esa discriminación y promueven la defensa del valor intrínseco de la salud mental. Se le ha dado especial importancia a temas relacionados con el estigma asociado a los trastornos mentales, la garantía de los derechos humanos de las personas que los padecen y la habilitación de servicios para el tratamiento y rehabilitación (15-17). Estos movimientos y organizaciones han tenido éxito en la introducción de temas de salud mental en la agenda política de Estados Unidos de América y Cana-

dá, y también en las de algunos países de menores recursos. Dignos de mención son los movimientos de profesionales de salud mental, organismos no gubernamentales (ONG), usuarios y familiares en la provincia de Río Negro en Argentina (18), Brasil (19), Chile (20) y México (21).

La figura 1 ilustra algunas de las interacciones en un proceso de defensoría (en inglés, *advocacy*) de la salud mental comunitaria que podrían estimular la elaboración de una política pública en este tema (15). El proceso puede iniciarse en cualquiera de los cinco puntos de la figura y dar origen a una serie de interacciones entre los distintos actores que puede contribuir a que la salud mental alcance una mayor presencia y eventualmente sea motivo de una política pública.

Conviene destacar el rol favorecedor de políticas en salud mental comunitaria jugado por la Declaración de Caracas (1990) y el apoyo técnico brindado a los ministerios de salud por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (22, 23). Este organismo ha convocado a profesionales, técnicos, personas con enfermedades mentales y sus familiares y a representantes de los gobiernos a que formulen políticas públicas que favorezcan un sistema de atención en salud mental comunitaria basado en la atención primaria, la reintegración de las personas con enfermedad mental a sus comunidades de origen y el pleno respeto a sus derechos humanos (24).

Figura 1. Interacciones entre los actores de la defensoría



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2003).

La inclusión de la salud mental comunitaria en la agenda política se puede promover mediante el acopio de información pertinente, algunos de cuyos tipos se enumeran a continuación:

- **Análisis epidemiológico.** Este tipo de estudio ha demostrado que los trastornos mentales son una causa importante de discapacidad y mortalidad. La OMS estimó en el 2005 que 31,7% de los años vividos con discapacidad eran consecuencia de condiciones neuropsiquiátricas; las cinco principales causas fueron depresión unipolar (11,8%), trastornos por uso de alcohol

(3,3%), esquizofrenia (2,8%), depresión bipolar (2,4%) y demencia (1,6%). Los trastornos neuropsiquiátricos son causa de 1,2 millones de muertes cada año, lo cual representa 1,4% del total de años de vida perdidos. Además, cada año alrededor de 800.000 personas, de las cuales 86% son de países de ingresos bajos y medios, se suicidan en el mundo. A pesar de cifras tan impactantes, es probable que la carga de enfermedad de los trastornos mentales haya sido subestimada al no considerar que ellos también aumentan el riesgo tanto para enfermedades transmisibles como no-transmisibles y contribuyen a accidentes y violencia (12).

- **Datos sociales y económicos.** La salud pública y las ciencias sociales han reconocido en los últimos años el valor intrínseco que conlleva la salud mental para las comunidades (25). Por una parte, la salud mental se concibe cada vez más como un aspecto fundamental para la salud física y la calidad de vida, que debe ser abordada en la agenda política de salud y bienestar de la población (26). Por otra parte, existe evidencia sobre la interrelación entre nivel de salud mental y logros educacionales, productividad laboral, desarrollo de relaciones personales positivas en las familias y las comunidades, reducción de criminalidad y daño asociado al consumo de alcohol y drogas (26). Las personas con enfermedad mental pueden ser capaces de desarrollar interacciones sociales constructivas y asumir roles productivos siempre que vivan en comunidades con menos estresores psicosociales, reciban apoyo social y psicológico, y tengan acceso a tratamiento y rehabilitación (27). A su vez, las personas “sanas” pueden mejorar su capacidad de recuperación y sus competencias sociales siempre que participen en actividades de promoción de la salud mental (27). En síntesis, puede decirse que una salud mental positiva puede contribuir a la construcción de capital social, humano y económico de las sociedades (26, 27).
- **Opiniones de actores sociales:** Los grupos de afectados por trastornos mentales, representados por organizaciones de usuarios y sus familiares y los organismos científicos y gremiales interesados en la salud mental, pueden poner de relieve algunos de los problemas más sobresalientes en este campo y expresar sus demandas, contribuyendo así a su inclusión en la agenda política.
- **Medios de comunicación.** La función que corresponde a los medios en la denuncia de situaciones problemáticas, divulgación de noticias y reportajes y como portavoces de las demandas de la sociedad, les confiere un importante papel en la génesis de las políticas públicas en salud mental. Por ejemplo, la publicación de noticias y reportajes en medios de comunicación mexicanos, en los que se denunciaban situaciones de abandono y atropello de los derechos humanos en el hospital psiquiátrico del Estado de Hidalgo, fueron fundamentales para iniciar un proceso de profundas transformaciones y de desarrollo de una red de servicios de salud mental comunitarios en dicho estado (21). Sin embargo, conviene advertir que en muchas ocasiones los medios tienen un efecto adverso, por ejemplo, cuando refuerzan el estigma hacia las personas con enfermedad mental al presentarlas como incapaces, impredecibles, peligrosas y violentas (28, 29).
- **Evaluación de políticas en marcha.** El análisis de las políticas vigentes es una fuente importante de información utilizable en su elaboración. En efecto, la agenda se elabora usualmente con base en modificaciones de políticas existentes y en menor medida teniendo como fundamento la solución de problemáticas del todo nuevas. En el caso de salud mental, este tipo de evaluación puede servir para mostrar las brechas que con frecuencia existen en este campo. Por ejemplo, una evaluación del sistema de salud mental de Chile en el 2005 permitió cons-

tatar algunas de las deficiencias en la implementación del Plan Nacional del año 2000, como insuficiente desarrollo de servicios para la población infanto-juvenil, necesidad de transferir el nivel secundario desde hospitales a centros de salud mental comunitarios y vacíos legales en la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental (30). Los documentos publicados recientemente por la OMS (30-32) sobre evaluación de políticas de salud mental, con énfasis marcado en el modelo comunitario, seguramente contribuirán a que un mayor número de países realicen este proceso, independientemente de que tengan o no una política escrita en esta área. El otro tipo de evaluación utilizable para promover la inclusión de la salud mental comunitaria en la agenda política es el basado en la determinación de la eficacia y costo-efectividad de las intervenciones. Existen evidencias sobre los resultados positivos de los programas de prevención y tratamiento de los trastornos mentales que producen las mayores cargas de enfermedad, incluso en países de bajos y medianos ingresos (33, 34).

¿Cómo se expresa la voluntad política a favor de la salud mental comunitaria?

Este tema se puede ilustrar con los hechos ocurridos en tres países latinoamericanos. Las *normas jurídicas* instauradas en Río Negro, Argentina (18) y Brasil (19) forman parte de leyes promulgadas por el poder legislativo mientras que en Chile (20) dichas normas tienen el respaldo de un documento oficial del Ministerio de Salud (“Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría”) (20). En estos países se han implementado nuevos *servicios* en la comunidad para atender a las personas con trastornos mentales y se han destinado *recursos materiales*, tanto nuevos como provenientes de hospitales psiquiátricos, para financiar diversas estrategias comunitarias.

Sólo en contadas ocasiones se ha logrado que la salud mental en su conjunto sea incluida en la agenda política de un gobierno. Con mayor frecuencia, las políticas públicas se concentran en el tratamiento de personas con trastornos mentales, en especial en situaciones de crisis, cuando la reforma de los servicios de psiquiatría y la garantía de los derechos humanos de los usuarios son temas de evidente interés público. En muchas ocasiones, la única alternativa para que aspectos de salud mental sean considerados en la agenda política es que se presenten junto con otros temas de mayor prioridad para la sociedad, como la violencia interpersonal, el abuso de drogas, la insatisfacción con los servicios de salud, los problemas de salud asociados con el VIH/SIDA y los derechos de las personas con discapacidad (35).

Participación social en la adopción de una política pública en salud mental comunitaria

Tanto en la etapa de sensibilización y discusión de temas de salud mental dirigida a lograr su inclusión en la agenda político-social, como en el paso siguiente, de análisis de los elementos que podrían conformarla, se requiere la puesta en marcha de un proceso de participación social; en el que intervenga una amplia variedad de individuos, organizaciones y comunidades, siendo posible que se produzcan numerosas interacciones, conflictos y negociaciones (1). En el cuadro 1 se dan ejemplos de actores que podrían participar en la construcción de políticas y planes de salud mental.

Para que la formulación de una política de salud mental culmine con éxito, los conductores del proceso deben promover desde su inicio la participación de la población, cuyos representantes han de tener la oportunidad del diálogo. Si una política se construye desde arriba, sin el apoyo de las partes implicadas, será difícil implementarla después (36). Vale subrayar que pese a la importancia conceptual de la participación social en la formulación e implementación de políticas de salud mental, su concurso no siempre es fácil de lograr.

Cuadro 1. Ejemplos de partes clave que pueden participar en la consulta sobre políticas de salud mental

<ul style="list-style-type: none"> ■ Usuarios y grupos de familiares ■ Organizaciones comunitarias ■ Trabajadores de salud general y de salud mental ■ Proveedores de servicios ■ Representantes de ministerios ■ Universidades y otras instituciones formadoras ■ Asociaciones de profesionales y técnicos ■ Organismos no gubernamentales ■ Practicantes de medicina tradicional ■ Organizaciones religiosas ■ Organizaciones que representen intereses especiales (ej., pueblos nativos) ■ Sindicatos y organizaciones de empresarios ■ Líderes nacionales y locales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2006). *Políticas, Planes y Programas de salud mental*. Ginebra, Suiza

En general, en los países de América Latina y el Caribe la formulación de políticas públicas en salud se ha efectuado con insuficiente participación de la ciudadanía y, en consecuencia, con frecuentes inadecuaciones a las realidades locales (37). Se incurre en este error a pesar de que el concepto de participación social es del dominio público desde las décadas de los años cincuenta y sesenta, cuando fue discutido en las diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud en la región, manteniéndose desde entonces en el discurso de los procesos de reforma del sector (38).

La función de la participación social no se reduce a la detección de las necesidades de salud de los usuarios y a la complementación de la financiación insuficiente con trabajo voluntario y movilización de recursos locales; también se incluye en la participación la transmisión de conocimientos y capacidades a la población para que esta se transforme en un agente activo de promoción y protección de su salud. La participación ha llegado a ser un fin en sí misma, que permite reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos, con derecho a influir en las decisiones que afectan su salud y ante las cuales el sistema sanitario debe rendir cuentas de la oportunidad y calidad de los servicios y del uso eficiente de los recursos (37, 38).

En la formulación de políticas en salud mental comunitaria, la participación social tiene una significación aún mayor que la que tiene en salud general. Por una parte, uno de los pilares centrales de los modelos comunitarios en salud mental es el *empoderamiento* de individuos, familias, grupos y comunidades para que desempeñen un papel activo en el cuidado de su propia salud mental; por otra parte, la participación social es reconocida como un factor protector de la salud mental de individuos, familias, grupos y comunidades.

Las estrategias tendientes a fomentar la participación en salud en varios países de Latinoamérica y el Caribe pueden ser de utilidad para el desarrollo de las políticas de salud mental comunitaria (37, 38). Entre ellas se pueden destacar las siguientes:

a) *Participación social individual*

- Habilidadación de mecanismos para la expresión de reclamos y sugerencias sobre servicios de salud mental (ej. buzones, línea telefónica, correo electrónico, etc.).

- Implementación de sistemas para recoger opiniones sobre grado de satisfacción en relación con proyectos de políticas y planes (por ejemplo, foros en páginas electrónicas, correo, encuestas en muestras de población, etc.).
 - Realización de investigaciones cualitativas sobre percepciones y expectativas en relación con los servicios de salud mental (por ejemplo, encuestas, entrevistas individuales, formación de grupos focales, etc.).
 - Elección de representantes a consejos o comisiones locales, regionales o nacionales donde se analicen las futuras políticas de salud mental y se recomienden decisiones sobre las diversas opciones.
- b. *Participación social*
- Diagnósticos participativos en comunidades locales donde se ventilen sus necesidades y se expresen opiniones sobre los servicios de salud mental que reciben.
 - Establecimiento de diálogos con miembros de comunidades o grupos y movimientos con intereses especiales.
 - Instauración de consejos o comisiones locales, regionales o nacionales donde se analicen y propongan las futuras políticas de salud mental.

Generalmente, la participación social en los países de la Región no ocurre en forma espontánea, sino que requiere el estímulo de los gobiernos; éste generalmente se manifiesta por medio de la difusión de información sobre los mecanismos de participación, la creación de espacios para el intercambio de ideas; la recepción de opiniones sobre los contenidos de la política y el compartimiento del poder en la toma de decisiones.

Modelos para la formulación de políticas y planes de salud mental comunitaria

Se han descrito tres modelos principales para la elaboración de políticas públicas (11):

1. **Modelo racional.** Este modelo establece que el desarrollo de políticas transcurre en tres etapas. La primera consiste en la identificación de los problemas de mayor magnitud e impacto social mediante la recolección sistemática de la información pertinente. En la segunda se definen las alternativas posibles para enfrentar cada uno de los problemas priorizados. Finalmente, en la tercera etapa se hace un análisis exhaustivo de las alternativas para la acción, sus consecuencias favorables y desfavorables, y los costos y beneficios involucrados, para llegar a decisiones concretas sobre su incorporación en las políticas públicas (11). Este es el modelo que se recomienda predominantemente en el módulo “Políticas, Planes y Programas de Salud Mental” de la OMS (1). En este documento se sugiere como primer paso en la formulación de una política la recopilación de información de las necesidades de la población. En los siguientes pasos se definen las alternativas disponibles para responder a ellas, respaldadas por la evidencia de estrategias efectivas, los puntos de vistas de las diversas partes implicadas, las experiencias de otros países y por un conjunto de áreas de actuación definidas por expertos internacionales (ver cuadro 2). Para finalizar, en el plan se establecen las estrategias prioritarias aplicando un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), determinando los costes y haciendo los

ajustes de estrategias de acuerdo con los recursos disponibles y el presupuesto. Las críticas que se hacen desde las ciencias políticas al modelo racional, tienen que ver con el contraste de éste con la realidad de los sistemas políticos, donde raramente el proceso de formulación de políticas se produce de manera tan lógica, planificada y coherente; y donde tampoco es frecuente que la elaboración de una política se inicie totalmente desde cero. Por otra parte, en los países de ingresos bajos y medianos no siempre se dispone de los recursos y capacidades técnicas para la aplicación de este modelo; en los de mayores ingresos, los métodos de diagnóstico de realidades, la previsión de situaciones futuras y la evaluación de alternativas que requiere el modelo, tienen por lo general un bajo nivel de confiabilidad, en especial en el área de la salud mental.

2. **Modelo de incrementos progresivos.** Este enfoque pretende resolver algunas de las dificultades que presenta el modelo racional planteando que la formulación de políticas públicas tenga como punto de partida la situación existente y a partir de allí se realicen pequeñas modificaciones en forma gradual (11). De esta manera, se consideran para el análisis solo un número limitado de alternativas, las cuáles incorporan cambios no demasiado importantes con relación a la situación precedente. Los objetivos se tienden a ajustar a los recursos y oportunidades disponibles y quienes toman las decisiones intentan solucionar en primer término los problemas más apremiantes en vez de diseñar una política con una visión ideal a largo plazo. Este modelo tiene la ventaja de generar procesos de aprendizaje progresivo que disminuyen los márgenes de error en aquellos problemas en que la experiencia existente es aún insuficiente. Otra posible ventaja que se ha destacado para este modelo, es su concepción “pluralista” de las relaciones entre los distintos actores en los procesos de toma de decisiones y de la distribución del poder en la sociedad; ya que considera que las decisiones se deben producir a través de “ajuste mutuo entre las partes”, sin que exista un centro poderoso de planificación y coordinación. Desde las ciencias sociales también se han planteado algunas críticas al modelo de incrementos progresivos. Una de ellas se refiere a la falta casi absoluta de criterios para la conducción del proceso de elaboración de políticas en el mediano y largo plazo. Otra crítica tiene que ver con la gradualidad de este modelo, que no permite proponer políticas con innovaciones profundas para enfrentar los problemas mayores que enfrenta la sociedad actual. Además se le ha criticado que el proceso de “ajuste mutuo” favorecería a los actores mejor organizados y con más recursos de poder, en detrimento de los menos poderosos.
3. **Modelo mixto.** Considerando las ventajas y desventajas de los modelos previos, algunos autores han planteado un modelo que combine las virtudes de ambos. El modelo mixto comprende tanto “decisiones fundamentales” como “decisiones incrementales”. Las primeras permiten definir las orientaciones básicas y el contexto en el cual se desarrolla una política pública, proveyendo así un marco en el cual se pueden tomar decisiones “incrementales”. Las “decisiones fundamentales” generalmente se formulan para plazos medianos o largos y utilizan el modelo racional respaldado por una amplia y exhaustiva revisión de antecedentes diagnósticos y de alternativas posibles para enfrentar los problemas. En cambio, las “decisiones incrementales” se realizan para plazos cortos, con un análisis de menor profundidad, partiendo del desarrollo alcanzado por las políticas públicas hasta ese momento y considerando un número menor de alternativas; se concentra más en acciones factibles, contempladas en los lineamientos de las “decisiones fundamentales” (11).

El proceso de toma de “decisiones fundamentales” sobre políticas de salud mental podría facilitarse con la utilización del esquema propuesto en el módulo OMS (1). En él se señala que las políticas habitual-

mente son formuladas para plazos largos (5 a 10 años) y debieran incluir los siguientes elementos:

- **Visión.** Representa la imagen general del futuro. Por ejemplo, que los servicios sean accesibles y estén basados en la comunidad.
- **Valores y principios.** Son la base sobre la que los gobiernos definen objetivos y metas. Por ejemplo, el valor de la participación comunitaria asociado al principio de que las personas con trastornos mentales deben estar involucradas en la planificación, prestación y evaluación de los servicios.
- **Objetivos.** Generalmente se agrupan en tres categorías: mejorar la salud de la población, dar respuesta a las expectativas de las personas, y proporcionar protección financiera para los costes de la atención. Un ejemplo de objetivo de la segunda categoría es “promover los derechos humanos de las personas con discapacidad mental”.
- **Áreas de acción:** Para ser efectiva una política de salud mental debe considerar el desarrollo simultáneo de varias áreas para la acción. Un listado de las áreas de acción comúnmente utilizadas en políticas de diferentes países en los últimos 20 años es mostrado en el cuadro 2. Por ejemplo, en el área No. 7 (apoyo y defensa de los usuarios), la política de un país podría establecer que el Ministerio de Salud desarrolle acciones de defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental.

Cuadro 2. Principales áreas de actuación en una política de salud mental

<ul style="list-style-type: none"> ■ Financiamiento ■ Legislación y derechos humanos ■ Organización de servicios ■ Recursos humanos ■ Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación ■ Provisión de medicamentos ■ Apoyo y defensa de los usuarios ■ Mejora de la calidad ■ Sistemas de información ■ Investigación y evaluación de políticas ■ Colaboración intersectorial

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2006). Políticas, Planes y Programas de Salud Mental.

Roles y responsabilidades de los diferentes actores: Los actores son muy diversos y entre ellos se cuentan los diferentes sectores del Estado, instituciones académicas, asociaciones de profesionales, trabajadores de salud y de salud mental, grupos de usuarios y familiares, proveedores, ONG y practicantes de la medicina tradicional. Por ejemplo, una política podría definir que los agentes de medicina tradicional podrán atender a personas con ciertos trastornos mentales mientras que las personas que tengan otros tipos de trastornos deberán ser referidas por ellos a centros de atención primaria en salud.

La toma de “decisiones incrementales” en salud mental podría, a su vez, ser facilitada siguiendo las pautas del módulo OMS sobre políticas, planes y programas (1). De acuerdo con este módulo, los planes generalmente cubren un período de 3 a 8 años, aunque de acuerdo con la realidad política de

muchos países también podrían considerarse planes para lapsos de 1 a 3 años.

El módulo OMS prescribe que se sigan cuatro pasos en el desarrollo de un plan de salud mental:

Paso 1: Establecimiento de las estrategias y los plazos. Este paso permite definir las estrategias mediante un análisis FODA realizado por los principales actores involucrados en el proceso. Cada estrategia requiere a su vez ajustarse a un cronograma. Por ejemplo, en la implementación de políticas en el área de organización de servicios, el plan podría establecer como estrategia que “la mayoría de las personas con trastornos mentales serán atendidas en el ámbito de la atención primaria” y que “los especialistas en salud mental se reunirán al menos una vez al mes con los equipos de atención primaria”.

Paso 2: Determinación de indicadores y metas. Es recomendable que cada estrategia tenga al menos una meta cuantitativa con su respectivo indicador. Por ejemplo, frente a la estrategia “la mayoría de las personas con trastornos mentales serán atendidas en el ámbito de la atención primaria”, la meta podría ser “la derivación a especialistas será inferior a 10%”.

Paso 3: Determinación de cuáles son las actividades principales. Cada estrategia necesita pormenorizar las actividades necesarias para su ejecución, las características de los responsables y los plazos y dificultades potenciales que se anticipan. Algunas actividades podrían ser: “reforzar los recursos de atención primaria”, “capacitar a equipos de atención primaria en salud mental”, “distribuir guías de atención a dichos equipos”, etcétera.

Paso 4: Determinación de costos, recursos disponibles y presupuestos. Esto implica cálculos tanto para inversiones de capital (edificios, equipos y vehículos) como para gastos regulares o de operación.

Evaluación de políticas y planes de salud mental comunitaria

Los gobiernos tienen la responsabilidad de evaluar si las políticas y planes que se ponen en práctica tienen los efectos que se pretenden. La OMS desarrolló en el año 2007 un esquema de cómo conducir dicha evaluación en uno de los módulos del “Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental” (32). De acuerdo con este compendio es necesario: i) evaluar las virtudes de la política y el plan; ii) monitorear y evaluar la implementación del plan; y iii) evaluar en qué medida se han alcanzado los objetivos de la política.

Evaluación de las virtudes de la política y del plan

La evaluación de una política, tanto desde las perspectivas del proceso como de su contenido, puede determinar su valor, factibilidad y probabilidades de éxito. Una política exitosa se genera habitualmente merced a un proceso de desarrollo, donde el contenido está de acuerdo con los principios de buenas prácticas y la política está claramente definida y es apropiada a las necesidades y condiciones locales.

El listado de la OMS para evaluar una política de salud mental consignado en el módulo de Monitoreo y Evaluación de Políticas y Planes de Salud Mental (32) puede ser útil para el análisis. Desde la perspectiva del **proceso**, el listado ayuda a comprender hasta qué punto se ha realizado una consulta

exhaustiva, con participación de todas las partes involucradas, en especial los usuarios de servicios de salud mental y sus familias. Desde el punto de vista del **contenido**, su examen ayuda a valorar en qué grado la política está basada en información relevante sobre las necesidades de salud mental de la población, y si respeta y promueve los derechos humanos de los pacientes. Otros elementos clave que son evaluados cuando se utiliza el módulo de la OMS son los que indagan si se tiene una idea clara del futuro y si los valores y principios que fundamentan las políticas y los planes son firmes, explícitos, objetivos, claros y realistas.

El plan de salud mental, al igual que en la política que lo sustenta, debe ser valorado tanto en términos de proceso como de contenido. Por ejemplo, la formulación de un plan requiere, al igual que la política, la consulta con las partes involucradas más significativas, condición primordial para su exitosa implementación.

De acuerdo con el listado de la OMS, hay algunos aspectos críticos adicionales que es menester evaluar en el plan de salud mental (32), entre ellos:

- Coherencia del plan con los valores, principios y objetivos especificados en la política.
- Claridad y relevancia de las estrategias delineadas para las áreas de actuación determinadas en la política.
- Claridad y relevancia de las actividades especificadas para cada una de sus estrategias.
- Productos definidos específicos y medibles de cada actividad.
- Metas e indicadores definidos para medir los logros de las estrategias.
- Monitoreo y evaluación de la implementación del plan

El monitoreo del plan es fundamental para el proceso de evaluación, con el fin de asegurar que está siendo implementado tal como fue previsto. Se requiere un estrecho seguimiento para saber si las actividades señaladas en el plan han sido completadas dentro de los plazos requeridos, si los insumos y los productos de las actividades han sido entregados y si se han alcanzado las metas para las estrategias.

Si las metas no han sido cumplidas, es importante realizar una evaluación adicional sobre las razones que expliquen este hecho. Por ejemplo, si la meta fue aumentar el número de personas tratadas en la comunidad a 50%, pero el monitoreo demuestra que el incremento solo fue de 10%, está indicado realizar una evaluación para comprender las razones por las cuales la meta no está siendo alcanzada. En este ejemplo específico, lo más probable es que se requiera una evaluación basada en datos cualitativos aportados por los equipos de salud mental, los usuarios y las familias.

Evaluación de la extensión en que los objetivos de la política han sido cumplidos

Esta evaluación requiere más que un simple monitoreo y, con toda probabilidad, una investigación adicional en mayor profundidad que demuestre si las metas y los objetivos del plan han sido alcanzados. Su expresión rigurosa en el plan y su cuidadoso monitoreo facilitan enormemente la evaluación final.

Conclusiones

- Una política pública de salud mental constituye una herramienta útil para mejorar la calidad de vida, la convivencia social y el desarrollo humano.
- Un número reducido de problemas de salud mental llega a ser incluido en la agenda política. Esta inclusión se favorece si los problemas alcanzan proporciones de crisis, tienen un componente altamente emotivo, tienen relación con cuestiones de poder o afectan a un elevado número de personas.
- La salud mental comunitaria aún no es prioritaria en la mayoría de los países, sin embargo, las frecuentes transformaciones del sistema político pueden generar en algunos momentos condiciones favorables para el desarrollo de políticas públicas en este campo.
- Se han identificado barreras para el desarrollo de servicios comunitarios y para la transformación de los hospitales psiquiátricos en este tipo de servicios; la evidencia disponible y el consenso de expertos, abre posibilidades para el desarrollo de políticas dirigidas a alcanzar los cambios correspondientes.
- La influencia en el sistema político a favor de la salud mental comunitaria puede iniciarse en diversos entornos.
- En muchas circunstancias, la única alternativa para que aspectos de salud mental sean considerados en la agenda política es que el tema se asocie a otros de mayor prioridad para la sociedad.
- Para que la formulación de una política de salud mental sea exitosa, los conductores del proceso deben promover desde su inicio un proceso participativo con las bases sociales.
- En la formulación de políticas en salud mental comunitaria, la participación social tiene una significación singular, tanto como medio para su desarrollo como un fin para la promoción de salud mental.
- El proceso de toma de “decisiones fundamentales” sobre políticas de salud mental podría facilitarse con la utilización del esquema propuesto en el módulo OMS sobre este tema.
- Los gobiernos tienen la responsabilidad de evaluar si las políticas y planes de salud mental que se ponen en práctica tienen los efectos que se pretenden.
- En países de la Región han surgido importantes iniciativas de políticas y planes de salud mental comunitaria: las experiencias de Argentina (Río Negro), Brasil y Chile son ejemplos que generan valiosas lecciones.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (2006). Política, planes y programas de salud mental. Ginebra: OMS.
2. Funk M, Gale E, Grigg M, Minoletti A & Yasamy MT (2005). Chapter 16. Mental health promotion: an important component of national mental health policy. In World Health Organization: promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva; WHO.
3. Leff J (Ed) (1997). Care in the Community: Illusion or Reality? West Sussex, England: Wiley.
4. World Health Organization (2003). Organization of Services for Mental Health. Geneva; WHO.

5. Caldas de Almeida JM y Torres F, eds. (2005). Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington: OPS.
6. Leff J & Warner R (2006). Social Inclusion of People with Mental Illness. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
7. Ministerio de Salud de Chile (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
8. Madariaga C (2005).Psiquiatría Comunitaria: Apuntes para una conceptualización. Rev GU 2005;1;3: 307-12
9. World Health Organization (2005). Mental Health Atlas 2005. Geneva; WHO.
10. Alcántara M (1995). Gobernabilidad, crisis y cambios. México. Fondo de Cultura Económica.
11. Pallares F (1988). Las políticas públicas: el sistema político en acción. Revista de Estudios Políticos (Nueva Época), No. 62 Octubre-Diciembre:141-62.
12. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. (2007). No health without mental health. Lancet 370: 859-77.
13. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M & Whiteford H (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 370: 878-89.
14. Saraceno B, Van Omeren M, Batniji et al. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet 370:1164-74.
15. World Health Organization (2003). Advocacy for mental health. Geneva; WHO.
16. Funk M, Minoletti A, Drew N, Taylor J & Saraceno B (2005). Advocacy for mental health: roles for consumer and family organizations and governments. Health Promotion International, December 12. <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/dai031v1>
17. Lancet global mental health group (2007). Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet 370:1241-52.
18. Cohen H y Natella G (1995). Trabajar en salud mental, la desmanicomialización en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial.
19. Organización Mundial de la Salud (2006). Política, planes y programas de salud mental. P. 80. Ginebra: OMS.
20. Minoletti A y Zaccaria A (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. Revista Panamericana de Salud Pública 18 (4/5).
21. González V (2004). Modelo Hidalgo de salud mental. México: Secretaría Federal de Salud, comunicación personal.
22. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991). Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Washington: OPS.
23. Levav I, Restrepo H y Guerra de Macedo C (1994). The restructuring of psychiatric care in Latin America: A new policy for mental health services. Journal of Public Health Policy, Spring: 71-85.
24. Minoletti A (2007). Cumplir con la Declaración de Caracas... asegurar la implementación de los planes nacionales de salud mental. En Organización Panamericana de la Salud, *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington: OPS, 121-40.
25. Lehtinen V, Ozamiz A, Underwood L & Weiss M (2005). Chapter 4. The intrinsic value of mental health. In World Health Organization: promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva; WHO.
26. Herrman H, Saxena S, Moodie R & Walker L (2005). Chapter 1. Promoting mental health as a public health priority. In World Health Organization: promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva; WHO.

27. Whiteford H, Cullen M & Baingana F (2005). Chapter 6. Social capital and mental health. In World Health Organization: promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva; Department of mental health and substance abuse, World Health Organization. Leff J, ed. (1997). Care in the community: illusion or reality? West Sussex, England: Wiley.
28. Wolff G (1997). Attitudes of the media and the public. In Leff J, ed. Care in the community: illusion or reality? West Sussex, England: Wiley.
29. Miller G (2007). Mental health and the mass media: room for improvement. In *The lancet, global mental health*. London: The lancet, 11-12.
30. Minoletti A & Saxena S (2006). Informe WHO-AIMS sobre sistema de salud mental en Chile. Santiago: Organización Mundial de la Salud y Ministerio Salud, de Chile.
31. World Health Organization (2008). The World Health Organization. Assessment instrument for mental health systems (WHO-AIMS). Geneva; WHO.
32. World Health Organization (2007). *Monitoring and evaluation of mental health policies and plans*. Geneva; WHO.
33. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 370:991-1005.
34. World Health Organization (2006). Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system. Geneva; WHO.
35. Freeman M (2000). Using all opportunities for improving mental health – examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4):508-10.
36. Driscoll L (1998). Mental health promotion, a policy framework. Ottawa: Policy Research International Inc.
37. Celedón C y Noé M (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev. Panam. Salud Pública*, 8(1/2):99-104.
38. Vásquez ML, Siqueira E, Kruze I y Leite IC (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanitaria*, 16(1):30-8.



*Los servicios de salud mental
deben abordar las necesidades
específicas de la población y ser
sensibles al contexto.*

CAPÍTULO 8

Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental

*Michelle Funk**

*Edwige Faydi**

*Natalie Drew**

*Alberto Minoletti***

Introducción

A lo largo del tiempo se ha impedido que las personas con trastornos mentales lleven una vida normal social, profesional y familiar en la comunidad. La atención de la salud mental en el hospital psiquiátrico representa una respuesta médica y social inapropiada a los trastornos mentales que perpetúa el estigma y el aislamiento.

Para lograr una mejora importante de la salud mental en escala mundial, es fundamental que las personas reciban atención en sus propias comunidades. Apartar a las personas de sus vidas diarias, sus familias y sus redes sociales y de apoyo, aunque se haga para proporcionarles tratamiento y atención, puede hacer más daño que beneficio, ya que con ello se les priva de la familia que da apoyo y de un entorno comunitario con sus correspondientes recursos, lo que a su vez repercute en su capacidad de recuperación y de hacer frente a los diferentes factores estresantes. Proporcionar el tratamiento y la atención de salud mental en las comunidades donde viven las personas permite que estas mantengan su integración social, conserven sus redes de apoyo social y sigan siendo miembros activos en la vida comunitaria. De ahí que la atención comunitaria represente una manera eficaz, sostenible y humanitaria de mejorar la salud mental y el bienestar general (1).

Este tipo de atención requiere que se determinen claramente las funciones y las responsabilidades de los proveedores de atención y que exista una colaboración estructurada entre todos los niveles de los cuidados, incluida la atención comunitaria no formal, y con todos los sectores pertinentes externos al ámbito de la salud (2). Los servicios de salud mental deben abordar las

* Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

** Jefe, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

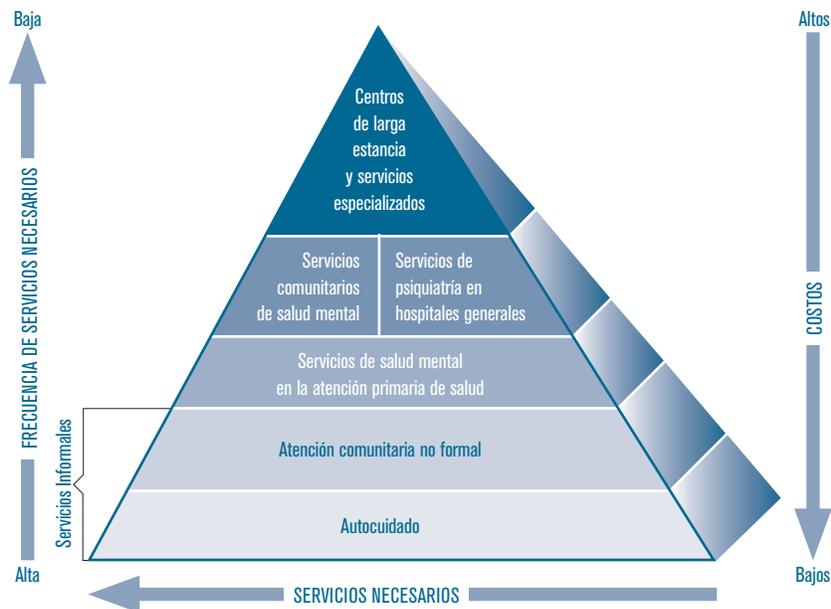
necesidades específicas de la población y ser sensibles al contexto. Como tal, no existe un modelo único para organizar o estructurar los servicios de salud mental (2). En este capítulo se describirán los principios y recomendaciones generales que guían el cambio de un modelo de atención de salud mental institucionalizada, ya caduco, a un modelo más participativo y comunitario.

El modelo comunitario

Según la Organización Mundial de la Salud, “la atención de salud mental se debe proporcionar mediante los servicios de salud general y en entornos comunitarios. Las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas deben ser reemplazadas por otros servicios de salud mental más apropiados” (2). El modelo comunitario se acoge al principio de integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud y en otros servicios externos al ámbito de la salud (por ejemplo, los de educación, vivienda, empleo, justicia y bienestar social). El modelo comunitario, por consiguiente, requiere la participación y el compromiso activos, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental, sino también de los interesados directos y los profesionales de otros sectores, incluidas las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, los asistentes sociales, la policía, los magistrados, jueces, y demás interesados.

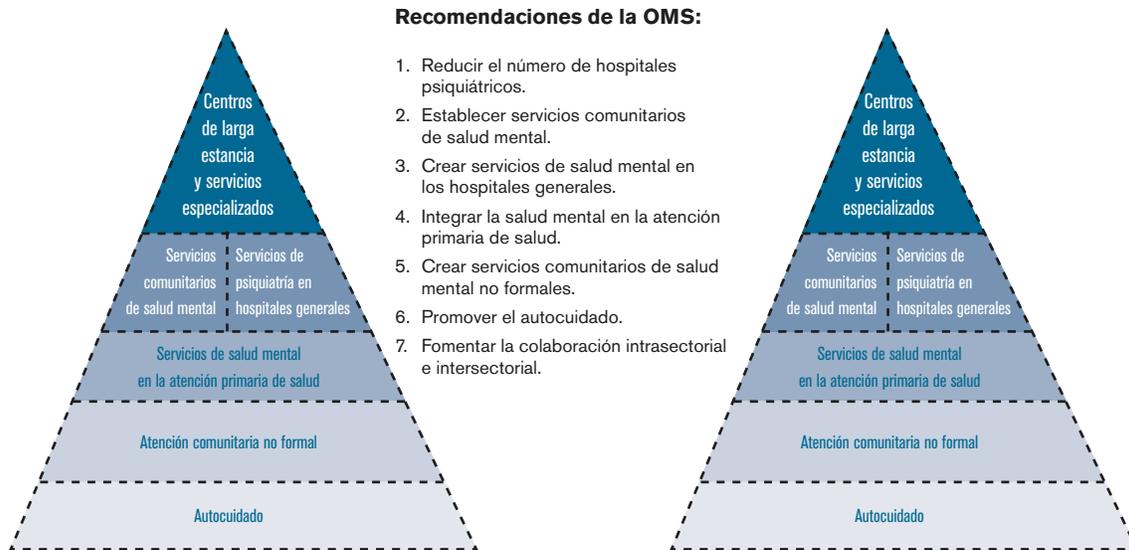
Mientras que la necesidad absoluta de los diversos servicios difiere enormemente entre los países, las necesidades relativas (es decir, la proporción de los diferentes servicios como parte de la prestación total de cuidados de salud mental) son generalmente las mismas (2). La combinación óptima de los servicios de salud mental en los diferentes niveles de atención, que se describe en la figura 1, hace hincapié en la atención comunitaria, al tiempo que resta importancia a la atención en centros de salud mental de larga estancia y destaca los nexos necesarios entre los diferentes niveles de los servicios (3).

Figura 1. Pirámide de la combinación óptima de los servicios (OMS/WONCA)*



* WONCA = World Organization of Family Doctors (Organización Mundial de Médicos de Familia).
Fuente: World Health Organization (2007). *The optimal mix of services*. WHO, Geneva.

Figura 2. Estructura de los servicios de salud mental en la mayor parte de los países en comparación con la pirámide de la OMS/WONCA



WONCA = World Organization of Family Doctors (Organización Mundial de Médicos de Familia).

Fuente: World Health Organization (2007). *The optimal mix of services*. WHO, Geneva.

Sin embargo, casi todos los países aún están lejos de alcanzar la combinación óptima de servicios. Tal como se puede observar en la figura 2, los servicios de salud mental de muchos países se centran en la atención terciaria en detrimento de los servicios comunitarios e integrados. Con objeto de avanzar hacia una mejor combinación de los servicios, la OMS ha propuesto siete recomendaciones clave (3):

1. Reducir el número de hospitales psiquiátricos

Es preciso distinguir entre los servicios especializados en salud mental y los hospitales psiquiátricos. *Los servicios de custodia de larga estancia en los hospitales psiquiátricos* se oponen al modelo comunitario. A pesar de ser muy costosos, estos servicios obtienen resultados limitados y en ellos se producen frecuentes violaciones de los derechos humanos (3, 4). El maltrato pasivo (comida y bebida insuficientes o inadecuadas, saneamiento deficiente, falta de calefacción o de ropa de abrigo; ausencia de actividades de rehabilitación) así como el maltrato activo (palizas, encadenamiento, aislamiento, etc.) llegan a ser prácticas frecuentes. A menudo geográficamente aislados y asociados a una importante estigmatización, los servicios de custodia a largo plazo mantienen a las personas con trastornos mentales lejos de su comunidad, rompen las relaciones con su entorno familiar y social (esenciales para su recuperación y rehabilitación) y comprometen las futuras posibilidades de rehabilitación social y profesional. La pequeña proporción de la población necesitada de apoyo y atención a largo plazo puede acomodarse en unidades residenciales dentro de la misma comunidad (2). Si se establece un conjunto de servicios comunitarios y especializados, los hospitales psiquiátricos dejan de ser necesarios.

Los servicios especializados en salud mental generalmente son centros de referencia terciarios destinados a satisfacer necesidades muy especiales que requieren entornos institucionales y personal muy especializado (por ejemplo, unidades de trastornos agudos y de alta seguridad, o de psiquiatría médico-legal) (2). Estos servicios prestan diversos tipos de atención de salud mental altamente especializada,

dirigida a pacientes ambulatorios y hospitalizados y centrada en pacientes particularmente difíciles de tratar. Pueden prestar atención de alta calidad y lograr buenos resultados, aunque su creación y mantenimiento son muy costosos y su escaso número en los diferentes países los hace a menudo inaccesibles para muchas personas que los necesitan. El estigma asociado a la búsqueda de atención en estos servicios también constituye una importante barrera para el acceso (1).

2. Establecer servicios comunitarios de salud mental

El establecimiento de servicios comunitarios formales de salud mental es esencial para evitar las hospitalizaciones innecesarias. Estos servicios son un requisito previo imprescindible para el alta hospitalaria de los pacientes con trastornos mentales graves, para asegurar su rehabilitación y reintegración en la comunidad, prestar atención de seguimiento y apoyo a las familias y supervisar al personal sanitario de atención primaria (1, 2).

Los servicios comunitarios formales de salud mental corresponden a servicios de atención basados en la comunidad, incluyendo programas para evitar hospitalización, centros de día, equipos móviles de tratamiento de trastornos agudos, servicios supervisados terapéuticos y residenciales, servicios de rehabilitación, hogares de grupos de personas egresadas, servicios de ayuda y apoyo domiciliarios (incluida la asistencia a las familias), y servicios comunitarios destinados a poblaciones especiales tales como las víctimas de traumas emocionales, los niños, los adolescentes y los ancianos (2).

En general, los servicios comunitarios formales de salud mental suelen estar dotados de profesionales adecuadamente capacitados y especializados y aunque pueden ofrecer una gama amplia de prestaciones destinadas a satisfacer las diversas necesidades clínicas, los costos que supone contratar a profesionales de la salud capacitados pueden ser elevados y su disponibilidad es limitada en muchos países en vías de desarrollo (5).

En muchos países de ingresos bajos y medianos (6, 7, 8) los servicios prestados por las enfermeras psiquiátricas han constituido la base de los servicios comunitarios formales de salud mental. En numerosos países, tales como Belice, (véase el capítulo correspondiente en la sección sobre experiencias exitosas) donde las enfermeras psiquiátricas en los hospitales proporcionan servicios ambulatorios de salud mental y también recorren diferentes partes del país para proporcionar servicios de salud mental mediante visitas regulares en consultorios móviles y visitas domiciliarias (6). Estos servicios proporcionan una oportunidad para que muchas personas con trastornos mentales graves puedan acceder a la atención especializada en salud mental (diagnóstico, tratamiento y seguimiento) cerca de su lugar de residencia, y permiten así que sigan viviendo en su comunidad.

Con el objeto de facilitar la continuidad de la atención y los buenos resultados para los pacientes, es preciso que los servicios comunitarios formales de salud mental funcionen en estrecha colaboración con otros niveles asistenciales como la atención primaria de salud, los servicios de los hospitales generales y los servicios comunitarios no formales de salud mental (1-3, 6).

3. Crear servicios de salud mental en los hospitales generales

Los servicios o unidades de salud mental integrados en los hospitales generales están dotados de profesionales especializados en salud mental como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, asistentes sociales psiquiátricos, psicólogos y médicos generales con capacitación en psiquiatría. Incluyen diversas instalaciones: salas de hospitalización psiquiátrica, camas psiquiátricas en las salas de hospitalización

general y en los departamentos de urgencias, consultorios para pacientes ambulatorios, y algunos servicios especializados, por ejemplo, los dirigidos a niños, adolescentes y ancianos (2, 9, 10).

Los servicios de salud mental dentro de los hospitales generales habitualmente tienen buena aceptación pero, como casi siempre se encuentran en los grandes centros urbanos, son más costosos y menos accesibles que los servicios prestados en el nivel de atención primaria, en particular en los países que carecen de adecuados sistemas de transporte.

Los servicios de salud mental integrados en los hospitales generales constituyen una importante alternativa de los hospitales psiquiátricos cuando se requiere la hospitalización a corto plazo de personas que presentan episodios agudos y graves (1, 2). Estos servicios también proporcionan un método de atención más holístico, en particular para las personas que presentan otras afecciones de salud concomitantes. A largo plazo, la calidad de la atención prestada en estos servicios depende del grado de colaboración eficaz con los otros niveles de atención de salud y los servicios sociales, componentes esenciales para garantizar la continuidad y el seguimiento del apoyo proporcionado a los usuarios y sus familias.

4. Integrar los servicios de salud mental en la atención primaria de salud

La atención primaria de salud debe constituir el primer nivel formal de atención dentro del modelo comunitario, puesto que proporciona una mayor accesibilidad física y económica, es más aceptable y ofrece la posibilidad única de tratar a las personas en su propio entorno (6). La integración de los servicios de salud mental en la atención primaria es fundamental para lograr una atención comunitaria de calidad.

Los servicios de salud mental en la atención primaria son prestados por médicos generales, enfermeras u otro personal sanitario que constituyen el primer contacto con los servicios de salud formales en los diferentes países. Se ofrecen servicios que comprenden tanto el tratamiento de las personas con trastornos mentales como la prevención y la promoción. También se ocupan del seguimiento de los pacientes con trastornos mentales persistentes, comunes o graves, permitiéndoles así que sigan viviendo y trabajando en su comunidad mientras están bajo tratamiento médico. La atención primaria de salud mental también puede proporcionar una respuesta terapéutica rápida a los pacientes que presentan recaídas (6, 9-11). El personal sanitario que detecta y trata los trastornos mentales (médicos, enfermeras y agentes sanitarios de la comunidad) debe recibir una capacitación adaptada a las necesidades de prácticas específicas. En muchos países, será necesario contratar nuevo personal de atención de salud, dado que su sistema general de salud, que está ya abrumado por la carga de trabajo, no puede absorber otro nuevo componente especializado (6, 9, 10, 11). Deben establecerse sistemas de supervisión funcional y redes de referencia para apoyar a los profesionales de la atención primaria de salud. Asimismo se debe facilitar en el nivel primario de atención el acceso a los medicamentos psicotrópicos y al tratamiento psicosocial (6, 11-13).

Se debe promover y mejorar la relación entre los servicios de salud mental formales y no formales (1-3). En muchos países, casi todos los servicios se prestan en el ámbito comunitario no formal (véanse más adelante varios ejemplos de servicios no formales), que constituye el primer punto de contacto, si no el único, para las personas que acuden en busca de atención de salud mental. Se requiere, por consiguiente, una mayor comprensión de estos servicios no formales y de la forma en que operan, con objeto de establecer colaboraciones eficaces entre ambas modalidades de atención.

5. Colaborar con los servicios comunitarios de salud mental no formales

Los servicios de salud mental no formales guardan estrecha relación pero no son parte del sistema de salud formal que presta asistencia a las personas con trastornos mentales. Entre ellos se distinguen los servicios prestados por las organizaciones no gubernamentales (ONG), los curanderos, los profesionales de otros sectores tales como los profesores o maestros, la policía, los agentes sanitarios rurales, los grupos de apoyo, y las asociaciones de usuarios y familiares. Estos servicios pueden ser prestados por profesionales generales de la salud, especializados o no en salud mental o por “paraprofesionales” (por ejemplo, los que trabajan para las ONG), pero a menudo también los proveen miembros de la comunidad local (2). En muchos países en desarrollo, los servicios de salud mental no formales (en particular las ONG y los curanderos) representan el primer contacto y el componente principal de la atención de salud mental (2, 14).

Aunque los servicios de salud mental no formales son un complemento útil y recomendable de los servicios formales, no los sustituyen y deben coordinarse con ellos con el objeto de trabajar de forma armoniosa. Los servicios de salud mental no formales, al estar diseñados y administrados por miembros de la comunidad y orientados hacia esta, y respetar los códigos y la sensibilidad culturales, habitualmente son muy bien aceptados por la población. También se caracterizan por su accesibilidad geográfica y económica (1- 3, 6).

Los servicios de salud mental no formales se crean donde las necesidades y condiciones lo determinan. Muchos problemas de salud mental pueden abordarse eficazmente en este nivel de la atención. En efecto, los servicios no formales desempeñan un papel decisivo en la detección y derivación de las personas con trastornos mentales al sistema de atención de salud mental formal, sobre todo cuando existe una vinculación entre los dos sistemas. La atención no formal también puede prestar un apoyo único en la rehabilitación y reintegración en la comunidad de las personas con trastornos crónicos.

6. Promover el autocuidado

El autocuidado es la capacidad de las personas para enfrentar y solucionar sus propios problemas de salud mental de forma autónoma (o con el apoyo de los miembros de la familia y los amigos), y determinar cuándo, cómo y donde acudir en busca de ayuda. Significa, por ejemplo, que las personas pueden detectar las situaciones de alto riesgo para su salud mental y evitarlas, y que pueden adquirir aptitudes para controlar el estrés o los problemas emocionales en su vida diaria (2).

Se debe fomentar y apoyar el autocuidado mediante el aporte a la población de información sobre la salud mental (por ejemplo, a través de la radio, programas de televisión, folletos, carteles, etc.). Los programas de promoción de la salud mental (por ejemplo, en las escuelas, centros de trabajo y centros de salud), la promoción de la causa y las estrategias de sensibilización también pueden contribuir a la concientización de la población en materia de salud mental y al cambio de actitudes y comportamientos frente a las personas que padecen trastornos mentales (15, 16).

7. Favorecer la colaboración intrasectorial e intersectorial

La colaboración intrasectorial e intersectorial es esencial para fomentar la existencia de una amplia gama de servicios necesarios para apoyar el tratamiento y la atención de las personas, su recuperación y su integración social en la comunidad. Por consiguiente, la colaboración de la salud mental con otros sectores de la salud general, así como con otros sectores relacionados pero externos al ámbito sanitario, es decisiva para el éxito de un modelo comunitario que aborde todas las dimensiones de la atención de salud mental (2).

Los trastornos mentales también se asocian con problemas psicosociales. El apoyo a las personas con trastornos mentales en los ámbitos de la educación, el bienestar social, la vivienda, el empleo y la justicia es esencial para facilitar su recuperación de la enfermedad mental. (1, 2, 12). Por consiguiente, la colaboración con estos sectores no sanitarios también es decisiva para apoyar la integración y garantizar que los pacientes puedan mantener posiciones y funciones importantes en su comunidad a pesar de su discapacidad mental. Por último, el apoyo a los profesionales de la salud no especializados para que tengan la oportunidad de interactuar positivamente con las personas afectadas por trastornos mentales y así puedan cambiar concepciones erróneas, constituye una eficaz intervención de promoción de la causa en favor de la salud mental.

Beneficios de la orientación hacia un modelo comunitario

La justificación principal para orientar los servicios hacia un modelo comunitario de atención de salud mental son los mejores resultados desde el punto de vista social y de salud que pueden lograrse para las personas con trastornos mentales tratadas en sus comunidades (1, 2, 6).

Las personas a las que se presta una adecuada atención comunitaria muestran mejores condiciones de salud general y mental y gozan de una mejor calidad de vida que las tratadas en instituciones (6). Ello puede atribuirse a una serie de factores relacionados con la atención comunitaria:

1. **Accesibilidad:** Los servicios comunitarios son fácilmente accesibles y, por consiguiente, no perturban en exceso la vida social y profesional de las personas.
2. **Asequibilidad:** Los servicios comunitarios también son menos costosos que los proporcionados en los entornos hospitalarios y en particular en los servicios integrados en la atención primaria de salud. Desde la perspectiva de los pacientes y sus familias, los servicios prestados en la comunidad suponen menores gastos sanitarios indirectos (17) en comparación con la atención institucionalizada (por ejemplo, los costos asociados al transporte, las comidas y bebidas durante el viaje, y las horas de trabajo perdidas para el paciente y el miembro de la familia acompañante son mínimos o nulos).
3. **Aceptabilidad:** el estigma y la consecuente discriminación que se asocian con la búsqueda de asistencia en los servicios comunitarios son muy reducidas en comparación con lo observado en los servicios especializados y en los hospitales psiquiátricos en particular. Es más probable que el personal sanitario sea más sensible a los aspectos culturales y sociales de las comunidades en las que trabajan, lo que a su vez implica que los pacientes se sientan más cómodos y, por consiguiente, estén más dispuestos a acudir a estos entornos en busca de la atención que necesitan. También se reduce la probabilidad de que se produzcan violaciones de los derechos humanos. Por otra parte, las personas con trastornos mentales asistidas en estos servicios sufren un aislamiento menor que cuando reciben atención hospitalaria lejos de sus hogares.
4. **Atención holística:** Los servicios comunitarios, cuando están bien planificados y abastecidos, abarcan todo los aspectos relacionados con la salud, la rehabilitación y la reintegración social (vivienda, empleo, etc.). Este abordaje integral proporciona mejores resultados en cuanto al tratamiento.

“Cómo hacerlo”

Cuando se reorganizan los servicios de salud mental orientándolos hacia un modelo comunitario, se deben tener en cuenta diversos aspectos fundamentales. Son esenciales una política clara y un plan nacional que proporcionen un marco coherente para planificar la reforma de los servicios de manera sistemática (12). El apoyo político y financiero es decisivo para que se lleve a cabo la reforma de los servicios (2, 12, 14). Mediante actividades de promoción de la causa, presión política, y extensas consultas con los interesados directos clave —del sector de la salud y externos a este— así como con los eventuales financiadores, puede crearse un entorno propicio para la elaboración y la ejecución exitosa de la política y el plan de salud mental. Una comprensión exhaustiva de la situación en cuanto a las necesidades, los servicios de salud mental y el contexto general se logra mediante un detenido análisis de la situación, lo que es también fundamental para el diseño de servicios de atención de salud mental más apropiados y rentables (2, 12).

Promoción del apoyo político y económico para la reforma

Un cambio de orientación hacia el modelo comunitario requiere superar las barreras principales relacionadas con la estructura y las actitudes, con el objeto de lograr resultados positivos de salud mental en las poblaciones. Una intensa campaña de promoción de las reformas puede apoyar estos cambios estructurales necesarios (16), así como movilizar los apoyos políticos y económicos requeridos para el fomento de la atención comunitaria de salud mental. Ello puede comprender diversos tipos de actuaciones en diferentes niveles, por ejemplo, la promoción de foros comunitarios de salud mental y la elaboración de materiales de promoción de la causa para su difusión en diversos entornos (por ejemplo, el Día Mundial de la Salud); asimismo es relevante el apoyo del desarrollo y las actividades de las ONG que trabajan en los ámbitos de la salud mental o de los derechos humanos, en especial los grupos de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares. También es de suma importancia la selección y captación de personajes públicos influyentes y de los encargados de la toma de decisiones que puedan apoyar a los centros nacionales de coordinación en materia de salud mental, y de otros colaboradores en la promoción de la causa. De esta manera se facilitará que se ejerzan presiones políticas sobre los correspondientes departamentos gubernamentales y se logre despertar el interés hacia la salud mental e impulsar la reforma.

Es importante llevar a cabo lo antes posible dentro de este proceso una amplia consulta con los miembros pertinentes de la comunidad, los usuarios y sus familias, y otros interesados directos clave, a fin de lograr el consenso y generar el apoyo necesario para las reformas de la atención de salud mental en el país.

Análisis de la situación

Antes de adoptar medidas, se requiere una clara comprensión de la situación y de las necesidades existentes en materia de salud mental en el país. Es también esencial tener un conocimiento bien fundamentado del contexto en cuanto a la salud general y el desarrollo socioeconómico para determinar las posibles oportunidades y los obstáculos ante la desinstitutionalización, la integración de

la atención de salud mental en la atención general de salud y el establecimiento de diversos servicios comunitarios.

Es necesario que el análisis de la situación para la reforma de los servicios de salud mental describa ampliamente el sistema de salud general en el que estos deben integrarse, los servicios sanitarios y sociales con los que es preciso establecer colaboraciones, y el contexto general de desarrollo del país. Para que pueda ejecutarse con éxito, una reforma debe ser, en primer lugar y ante todo, realista y adaptada a su entorno (2).

Los elementos clave necesarios de un análisis de la situación para fundamentar la política y el establecimiento de los servicios son (7, 8):

- el contexto político y sociodemográfico;
- la situación y los aspectos clave en cuanto al desarrollo;
- la identificación de los principales factores contextuales pertinentes a las necesidades y los servicios de salud mental;
- datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales y la carga de morbilidad;
- una descripción del sistema de salud general (en el que debe integrarse la atención de salud mental);
- una descripción del sistema de salud mental y de su nivel actual de integración en el sistema de salud general, así como de las colaboraciones intrasectoriales e intersectoriales ya establecidas. La descripción también debe incluir información sobre los diferentes aspectos y componentes del sistema de salud mental: coordinación; políticas, planes y programas; legislaciones; financiamiento; recursos humanos y capacitación; medicamentos psicotrópicos; cartografía y descripción detallada de los servicios de salud mental existentes en cada nivel de atención;
- por último, una evaluación de la política, el plan o los programas de salud mental implantados en el país hasta ese momento.

Con base en la información recopilada y con el apoyo político y económico obtenido, el Ministerio de Salud puede designar un comité de redacción para preparar la nueva política y el plan de salud mental. Una política y planificación adecuadas garantizarán un marco para la acción de manera que todos los aspectos de la reforma puedan ejecutarse coherentemente (12).

Política y planificación

Una política y un plan de salud mental adecuados son esenciales para garantizar el compromiso político y establecer un sistema comunitario de salud mental sostenible e integrado. Todos los grupos clave de interesados directos, incluidos los líderes de la comunidad, los usuarios y sus familias, deben participar en la conceptualización, difusión y ejecución de la política y el plan. Mientras que la política establece claramente la orientación general para avanzar hacia una atención comunitaria, el plan enuncia con mayor precisión las diferentes estrategias y actividades afines, las metas, los indicadores, el presupuesto y el plazo necesarios para llevar a cabo esta reforma de los servicios (12).

Las políticas y los planes deben recalcar con claridad la necesidad de un proceso de desinstitucionalización cuidadosamente elaborado, antes del cual debe haberse llevado a cabo la integración de la atención de la salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, y el desarrollo de los servicios comunitarios (2, 18). Para ello es necesario que la coordinación, la planificación y el estudio presupuestario sean oportunos y bien estructurados, de manera que se garantice la ejecución coherente y la óptima utilización de los recursos (2, 12).

Uno de los elementos clave de una política y un plan adecuados es la coordinación de los servicios. Ello requiere el establecimiento o fortalecimiento de un departamento, puesto o unidad profesional dedicado a la salud mental dentro del Ministerio de Salud, que tenga como función supervisar la ejecución eficaz de la política, el plan y los programas de salud mental, coordinar las actividades de los diferentes niveles de atención y vigilar la ejecución. El seguimiento y la evaluación de los logros de la política y el plan constituyen una importante actividad (19) para cuyo impulso es preciso que el plan de salud mental defina los resultados esperados y las metas e indicadores adecuados. La integración de los indicadores de salud mental en el sistema de información de la salud general es fundamental para recuperar el mayor volumen de datos sobre las necesidades de la población atendida, los servicios prestados y los resultados alcanzados, con el objeto de poder perfeccionar la política y el plan, y mejorar la calidad de los servicios comunitarios (20).

La legislación puede refrendar los objetivos políticos con la finalidad de establecer los servicios comunitarios de salud mental. Puede proporcionar un marco jurídico para promover la desinstitucionalización, la integración de la salud mental en la atención de salud general y la creación de los servicios comunitarios de salud mental. Además, una ley de salud mental de carácter progresista ayuda a inducir que se protejan los derechos fundamentales y los aspectos básicos que afectan a la vida de las personas que padecen trastornos mentales, tanto en el contexto de los centros de salud mental como en el comunitario más amplio (21).

Otros aspectos clave

La implementación de las políticas y los planes dirigidos a la implantación de un sistema de servicios comunitarios de salud mental requiere disponer de recursos críticos que garanticen su factibilidad. Entre ellos se distinguen:

- **El financiamiento.** El paso de un sistema de atención de salud mental institucionalizado a un modelo comunitario requerirá un cambio estructural en la asignación presupuestaria, además de fondos adicionales para la administración del proceso (22, 23).

Esta transición requiere, además de la intensa participación de los planificadores, gestores y clínicos, un financiamiento apropiado, fundamentalmente una inversión inicial para establecer los servicios comunitarios y una reasignación de fondos de operación dentro del presupuesto sanitario (2, 14). Los fondos antes asignados a los hospitales psiquiátricos deben derivarse hacia los servicios de salud mental que se han integrado en el sistema de atención de salud general (hospitales generales y atención primaria de salud) y los servicios comunitarios.

Además de la reasignación del presupuesto oficial destinado a la salud mental (a menudo muy reducido), se deben obtener nuevas fuentes de financiamiento (23). En efecto, en muchos

países el financiamiento de la salud mental es escaso como consecuencia del bajo nivel de ingresos y la competencia ejercida por otros problemas de salud (por ejemplo, la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y la mortalidad materno-infantil) a los que se concede mayor prioridad, tanto por parte de los gobiernos como por parte de otros posibles financiadores.

- **Los recursos humanos y la capacitación.** La reforma sanitaria mental orientada hacia un modelo comunitario también requerirá una redistribución de los recursos humanos de los hospitales a los entornos comunitarios, así como la provisión de un nuevo conjunto de competencias para el personal sanitario en estos entornos (9, 10). Dado que las personas que padecen trastornos mentales tienen necesidades múltiples, es conveniente la adopción de un abordaje asistencial multidisciplinario, con la participación de diferentes profesionales (por ejemplo, psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales) y de grupos no formales (2, 9, 10). A todos ellos se les debe impartir una capacitación centrada en la salud mental, que sea compatible con sus aptitudes actuales, las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales a las que prestan atención, y los requisitos del entorno y el modelo comunitarios. Se debe establecer un sistema de derivación y supervisión eficaz y alentadora con objeto de que los profesionales especializados en salud mental puedan prestar apoyo al personal comunitario y de atención primaria de salud (2, 6, 10). Se deben revisar los programas de capacitación, los métodos y las actividades para que se correspondan con el nuevo modelo de atención comunitaria.
- **Los medicamentos psicotrópicos.** Para garantizar acceso a los medicamentos psicotrópicos esenciales, su suministro y distribución se deben reorientar hacia los servicios de salud mental de la atención primaria de salud, los hospitales generales y los centros comunitarios de salud mental (13). Para determinar las categorías del personal sanitario que pueden prescribir y dispensar los medicamentos psicotrópicos se deben tener en cuenta su grado de capacitación y sus funciones. En algunos países, solo se permite prescribir medicación psicotrópica a los psiquiatras, lo que representa un enorme obstáculo para la accesibilidad a los medicamentos por parte de quienes los necesitan, en particular cuando el índice de psiquiatras por paciente es tan reducido. Es muy probable que sea necesario introducir ciertos cambios en cuanto a cuáles profesionales pueden prescribir y dispensar medicamentos. En la actualidad, en algunos países se permite que los médicos generales y las enfermeras, apropiadamente capacitados, prescriban medicamentos psicotrópicos como un medio para superar esta dificultad (10, 24).

Conclusiones

Se ha demostrado claramente que el viejo modelo de atención de las personas con trastornos mentales en las instituciones psiquiátricas está asociado a costos elevados, escasos resultados clínicos y sociales y múltiples violaciones de los derechos humanos, que ya no pueden justificarse por ningún motivo. En cambio, existen suficientes evidencias que demuestran que si se proporcionan medicamentos y un tratamiento psicosocial efectivos, y se establecen los servicios apropiados, la mayor parte de las personas con trastornos mentales pueden ser tratadas eficazmente en su comunidad (1, 25). A estos fines es preciso que la reforma de la atención de salud mental se produzca en un entorno político positivo, esté guiada por una política y un plan de acción definidos, y se base en los siguientes elementos clave: la integración de la salud mental en los servicios de salud general, con especial énfasis

fasis en la atención primaria de salud y la atención comunitaria; la captación, redistribución y capacitación de nuevos recursos humanos destinados a la atención de la salud mental. Es preciso alcanzar un equilibrio entre los servicios de salud mental prestados en los diferentes niveles de atención de salud, el establecimiento de un sistema eficaz de supervisión y de referencia; y el apoyo a los servicios de salud mental formales por parte de los servicios comunitarios no formales. La mejor inversión que pueden hacer los gobiernos para mejorar la salud mental y el bienestar de los ciudadanos de su país es decidir la provisión de una red de servicios análoga a la aquí descrita.

Referencias

1. World Health Organization (2001a). *Mental health: new understanding, new hope*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
2. World Health Organization (2003). *Organization of services for mental health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental).
3. World Health Organization (2007). *The optimal mix of services*. Geneva; World Health Organization. 2007. (http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html, consultado el 28 de abril de 2008; Mental health policy, planning and service development information sheet, sheet 2).
4. National Human Rights Commission of India (1999). *Quality assurance in mental health*. Nueva Delhi: Comisión Nacional de Derechos Humanos de la India.
5. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M & Whiteford H (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 370:878-89.
6. World Health Organization/Wonca (2008). Integrating mental health into primary health care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud/Wonca.
7. World Health Organization (en prensa). The country summary series: Burundi. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
8. World Health Organization (2007). *The country summary series: The Gambia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. url: http://www.who.int/mental_health/policy/country/GambiaSummary_11April2007Formatted.pdf (consultado por última vez el 28 de abril de 2008).
9. World Health Organization (2005). *Human resources and training in mental health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental).
10. World Health Organization (2007). *Human resources and training for mental health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007. (http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html, consultado el 28 de abril de 2008; Mental health policy, planning and service development information sheet, sheet 4).
11. World Health Organization (2007). *Integrating mental health services into primary health care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007. (http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html, consultado el 28 de abril de 2008; Mental health policy, planning and service development information sheet, sheet 3).
12. World Health Organization (2005). *Mental health policy, plans and programmes (updated version 2)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental).
13. World Health Organization (2005). *Improving access and use of psychotropic medicines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental).

14. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, and Whiteford H (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*, 370:878-89.
15. Funk M, Gale E, Grigg M, Minoletti A & Yasamy MT (2005). Chapter 16. Mental health promotion: an important component of national mental health policy. In World Health Organization: Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud.
16. World Health Organization (2003). *Advocacy for mental health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental).
Chatterjee S et al. Integrating evidence-based treatments for common mental disorders in routine primary care: feasibility and acceptability of the MANAS intervention in Goa, India. *World Psychiatry*, 2008, 7:39-46.
18. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
19. World Health Organization (2007). *Monitoring and evaluation of mental health policies and plans*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental).
20. World Health Organization (2005). *Mental health information systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental).
21. World Health Organization (2005). *WHO Resource book on mental health, human rights and legislation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
22. World Health Organization (2005). *Planning and budgeting to deliver services for mental health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental).
23. World Health Organization (2005). *Mental health financing*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (paquete de orientación sobre políticas y servicios de salud mental).
24. World Health Organization (2007). *Nursing matters. Developing nursing resources for mental health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html, consultado el 28 de abril de 2008; Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet, Sheet 5).
Patel V et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007, 370:991-1005.



*El rescate de los recursos de salud
intrínsecos de las personas y de los
grupos sociales es una estrategia
fundamental.*

De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad

*Hugo Cohen**

Introducción

Los avances científico-técnicos, las reformas sociales y sus correlatos legales, junto a las transformaciones de los servicios de salud mental en diversos países, posibilitan la atención en sus comunidades de las personas con trastornos mentales (TM).

Datos recientes, provenientes de tres países centroamericanos, obtenidos con el “Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental OMS-IESM” (en inglés WHO-AIMS), indican que un alto porcentaje de la población carece de acceso a la atención psiquiátrica. “Hay serias limitaciones en sus sistemas nacionales de salud mental especialmente en la atención primaria. El presupuesto dedicado a salud mental apenas representa 1% del presupuesto general de salud y los hospitales psiquiátricos consumen más de 90% de los fondos de salud mental.” Aun así, “en los últimos años se han registrado experiencias innovadoras que deben ser difundidas” (1).

Esta realidad, común a muchos países de la Región, revela una importante brecha entre las necesidades y los servicios disponibles. La proporción de personas con trastornos mentales severos que no recibieron tratamiento durante los últimos 12 meses oscila entre 76,3 y 85,4% (2). La OMS ha declarado que el principal desafío que enfrentan los países es salvar brechas como estas (3).

Algunos países en la Región de las Américas han introducido prácticas innovadoras (4). En algunos casos, los logros son significativos en cuanto cambian las políticas concentradas en los hospitales psiquiátricos por otras basadas en la comunidad. Esta estrategia, rotulada como “desinstitucionalización”, conlleva un cambio profundo en relación con las prácticas, el desarrollo de nuevos dispositivos, la inclusión efectiva de la salud mental en el sistema de

* Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires, Argentina.

salud, la cooperación con otros sectores en el proceso de cambio y la incorporación de recursos no convencionales en salud.

Marco referencial institucional y experiencias innovadoras

En la Región, el principal antecedente histórico de los cambios es la Declaración de Caracas, 1990 (5). Este manifiesto promueve la sustitución gradual y progresiva de los hospitales psiquiátricos, alejados cultural y geográficamente de los usuarios, económicamente ineficientes y con frecuencia violadores de los derechos humanos de las personas internadas, por servicios basados en la comunidad. Después (1991), la Asamblea General de la Naciones Unidas aprobó una resolución sobre los Derechos de los Enfermos Mentales. En ella se rescatan los derechos humanos fundamentales de estas personas y se dan pautas para asegurar la asistencia apropiada dentro de un ambiente acorde con estándares de vida adecuados (6).

En fechas más recientes, en el 2001, el Informe Mundial de la Salud (3) hizo pública la necesidad de salvar la brecha, diseminando el lema: “¡sí a la atención, no a la exclusión!”. El informe concluye que *“A la luz de los avances científicos y técnicos, las reformas sociales y las nuevas legislaciones en el mundo, no hay razones éticas o científicas que justifiquen la exclusión de la sociedad de la persona con padecimiento mental”* y que para ello *“es imprescindible el desarrollo de servicios basados en la comunidad”*.

Bases de la desinstitucionalización

Existe un conjunto de firmes principios que fundamentan la desinstitucionalización (7), a saber:

- *El rescate de los recursos de salud intrínsecos de las personas y de los grupos sociales* es una estrategia fundamental. Es preciso identificar estos recursos, fomentar su crecimiento y conocer y fortalecer las redes sociales que hayan constituido en las comunidades. Se ha de promover el autocuidado y estimular los cuidados informales.
- *El trabajo en un territorio determinado* coadyuva a que los programas que se formulen no se basen de manera exclusiva en el diagnóstico individual, psiquiátrico o psicológico, sino que tenga un alcance colectivo.
- *La difusión de los conocimientos* y el desarrollo de programas de capacitación deben abarcar no solo a los trabajadores de la salud sino también a las familias y vecinos, policías, maestros y religiosos, amén de otros actores en la comunidad. Los profesionales de salud mental deben adquirir conocimientos y destrezas que les permitan trabajar con otras agencias e instituciones, con curanderos y con grupos culturalmente heterogéneos.
- *El trabajo en equipo* es indispensable para asegurar resultados exitosos. Es necesario el concurso de una diversidad de disciplinas para elaborar e implementar adecuadamente las diferentes estrategias.
- *Los componentes técnicos, políticos y sociales* son elementos cruciales en los programas de salud mental comunitaria. Estos requieren, además de la decisión política, el compromiso de los profesionales y actores sociales involucrados, incluyendo familiares y dirigentes comunitarios.

- *Las necesidades de las personas en situaciones de crisis* deben satisfacerse en sus entornos habituales mediante la adopción de prácticas y la utilización de dispositivos que hagan innecesario el hospital psiquiátrico.
- *La promoción del aprendizaje de nuevas modalidades de mitigar el sufrimiento* se logra involucrando a nuevos actores y reduciendo el prejuicio y temor que con frecuencia rodean a los enfermos mentales. A estos fines es importante facilitar la presencia del propio usuario en el contexto cotidiano, lo que da pie a que se gesten un proceso de aprendizaje que cambia esas actitudes; por ejemplo, se ha demostrado que actores clave, como jueces y políticos, pueden modificar sus opiniones y adquirir actitudes más favorables luego de haber convivido con usuarios en la comunidad y haber sido testigos de su evolución (8).
- *El estímulo del aprendizaje* por medio de cursos, talleres y seminarios es insuficiente para generar cambios si estos no se acompañan de prácticas concretas que consoliden la recuperación de la persona mentalmente enferma y permitan su vida en la comunidad.
- *La rehabilitación sigue principios pragmáticos que capacitan a la persona como proveedora de recursos y poseedora de habilidades y destrezas.*
- *La garantía del ejercicio de los derechos de ciudadanía* es un recurso crucial para el logro de la recuperación e integración de la persona en la sociedad. El rescate de esos derechos contribuirá efectivamente a la inclusión social.

Las redes de servicios

La OMS ha establecido que los servicios deben tener los siguientes atributos (9):

- *Accesibilidad:* deben estar al alcance de la población tanto geográfica como cultural y administrativamente.
- *Integralidad:* deben disponer de recursos suficientes para satisfacer las necesidades de las personas a su cuidado.
- *Coordinación y continuidad de cuidados* que evite la fragmentación de la atención en el sistema de salud y en las agencias sociales que complementan su gestión.
- *Territorialidad o sectorización,* que permite que un mismo equipo atienda a la población de toda el área asignada.
- *Efectividad:* las prácticas deben estar basadas en técnicas validadas.
- *Equidad:* lo que determina el acceso a los servicios son las necesidades de las personas.
- *Respeto por los derechos humanos,* entre ellos la utilización de tratamientos lo menos restrictivos posible.

Idealmente, debería ser un mismo equipo el que intervenga en las acciones de prevención y promoción, intervenciones terapéuticas y rehabilitación. Esto se dificulta en las medianas y grandes ciudades o cuando se fragmentan los servicios por niveles de acción. En estos casos se puede considerar como alternativa la constitución de pequeños equipos por barrios, colonias o asentamientos.

Dinámicas emergentes en el proceso de cambio de paradigma

Entre los elementos decisivos cuyo cambio debe auspiciarse en el proceso de desinstitucionalización están la asignación de un presupuesto adecuado y la adopción de nuevas prácticas de atención.

Ante todo, se requiere un *presupuesto mínimo* (10). En los países de la Región existe actualmente una gran disparidad entre la carga de las enfermedades mentales y el presupuesto asignado para afrontarla. Por otra parte, 80% de los fondos están destinados a hospitales psiquiátricos, lo que se refleja en restricciones para la obtención de recursos. Los fondos necesarios para avalar la desinstitucionalización pueden provenir de nuevas inversiones en salud mental o de la redistribución de los recursos existentes. Si bien puede suceder que sea necesario un incremento del presupuesto, la adopción de nuevas prácticas es igualmente decisiva desde los puntos de vista relativos a costo-efectividad, aumento significativo de la cobertura y mejor evolución de las personas atendidas.

Cabe subrayar que en muchos países de la Región es grande el volumen de personas no asistidas en espera de una oferta de atención accesible y digna. Esto genera a corto plazo un aumento significativo de la demanda, que debe ser previsto tanto por las autoridades como por los responsables de la organización de los equipos. La limitación de los recursos, el aumento de la demanda, el cuestionamiento a la labor emprendida y la incertidumbre que genera la reorientación de las prácticas, hacen de la transición un período crítico en el proceso de desinstitucionalización.

Las nuevas prácticas, como las vinculadas con las visitas domiciliarias, educación y orientación de la familia, designación de un acompañante domiciliario, promoción de alternativas intermedias a la hospitalización, creación de clubes sociales y provisión de medicamentos, son algunas de las formas de aliviar la carga que agobia a la familia.

Es conveniente tener en cuenta que la defensa de los derechos de los grupos marginados (mujeres víctimas de la violencia; niños de la calle, personas VIH positivas; pueblos indígenas, discapacitados, adultos mayores, etc.) permitirá ampliar la lista del número de aliados en la causa de la reforma, de la que son posibles beneficiarios.

El proceso de reforma no consiste en dejar a las personas con TM libradas a su destino; su objetivo final es lograr que reciban una asistencia efectiva, no excluyente, humanitaria y respetuosa de sus derechos. Tampoco es un planteamiento antipsiquiátrico; por otra parte, la reducción del número de camas de internación sin instalar respuestas alternativas apropiadas, significa un atropello más a la condición humana de quienes padecen TM.

Aspectos operativos

La internación se debe realizar en hospitales generales y debe practicarse cuando se hayan agotado todas las instancias terapéuticas posibles. En esos casos la permanencia en el hospital debe ser lo más corta posible, promoviendo el tratamiento intensivo al tiempo que se inicia la resocialización temprana.

Entre las ventajas de la atención en el hospital general está que la persona permanece en su medio y en contacto con las redes de apoyo. Esta modalidad de internación facilita el apoyo a la familia y su participación en el cuidado y seguimiento ulterior. Los amigos, vecinos y compañeros pueden efectuar visitas y colaborar en el acompañamiento de la crisis y en el proceso de rehabilitación. El pronto regreso al hogar, propiciado por las visitas, también se estimula con salidas periódicas, reaproximaciones graduales al medio y apoyo domiciliario. La presencia del paciente en el hospital general favorece la sensibilización del personal y de la comunidad. Las acciones facilitadoras del retorno al medio habitual, vg., gestión de vivienda, comida, trabajo, pensión, también se ven favorecidas. Por último, la experiencia en el hospital general posibilita el fácil acceso a los servicios cuando surjan nuevas necesidades (11).

Las familias que abandonan a su familiar enfermo en los hospitales psiquiátricos generalmente lo hacen por la falta de apoyo y orientación adecuados. La experiencia ha demostrado que cuando se les da apoyo sistemático las familias toman a su cargo al pariente enfermo. Un ejemplo es el programa “*Volta pra casa*” de Brasil (12), donde la familia recibe una asignación mensual equivalente a un salario mínimo al momento de retirar a su familiar del hospital psiquiátrico. Los usuarios son luego visitados de manera regular por miembros de un equipo de salud mental, continúan recibiendo la cantidad fijada, se les insta a incorporarse a grupos de ayuda mutua y se les deriva a un centro de atención psicosocial, donde reciben seguimiento terapéutico y apoyo psicosocial, lo que posibilita que la familia los mantenga en el hogar.

Las internaciones no voluntarias, precedidas de una evaluación realizada por uno o dos especialistas, deben ser validadas por todo el equipo de salud mental. La certificación firmada por un médico no especializado solo es aceptable en casos de emergencia y su validez por lo general no sobrepasa las 48 horas.

Es práctica frecuente en hospitales psiquiátricos y “anexos psiquiátricos” en algunos hospitales generales, que personas afectadas por trastornos mentales de larga evolución permanezcan recluidas por tiempo indefinido, sin revisiones periódicas de su estado y, en el caso de personas hospitalizadas por orden judicial, sin actualización periódica de su situación legal. Para corregir esta situación es necesario crear comisiones de revisión y seguimiento, con mandato legal para hacer inspecciones a intervalos regulares que garanticen la adecuación de los servicios provistos y den fe de la necesidad de la continuación de la internación.

Las personas internadas en los hospitales psiquiátricos debieran tener garantizada su oportuna transferencia al medio familiar o a los servicios comunitarios, tomándose medidas para evitar su abandono. El proceso de externación se realiza por etapas debidamente planificadas: a) preparación y capacitación del personal del hospital; b) preparación de los pacientes; c) evaluación de los pacientes con instrumentos validados, adaptados y contextualizados (13); d) sensibilización y apoyo a las familias; e) capacitación básica del personal de los centros de salud y de los hospitales generales; f) sensibilización de los vecinos y la comunidad, y g) identificación de los recursos necesarios.

La salida de los pacientes del hospital debe hacerse ajustándose a un plan específico, evaluado periódicamente y modificado de acuerdo con las necesidades observadas. Los pacientes luego de evaluados serán agrupados según criterios como la existencia de familia biológica o sustituta, el grado de habilidades y capacidades actuales y potenciales; la capacidad para desenvolverse en la vida diaria y la necesidad

de apoyo complementario para realizar las actividades cotidianas. Es conveniente comenzar a dar salida del hospital al grupo de pacientes con más aptitudes para su inclusión en la comunidad y dejar para la última etapa a los más dependientes de ayuda. El proceso se despliega en forma gradual lo que favorece la buena acogida por parte de la familia, los vecinos y la comunidad. A veces es conveniente que algunos de los antiguos internados en el hospital, permanezcan por un período en alguna estructura intermedia (hostal; casa de medio camino; hogar de tránsito) hasta que se encuentren en condiciones de volver a su familia o esta esté preparada para recibirlos. Es frecuente que en el vecindario surja el temor de que la persona con TM pueda cometer abusos contra niños. Para prevenir estas reacciones es apropiado convocar a los vecinos, líderes comunitarios, religiosos y agentes de policía para explicarles el tratamiento que recibe el paciente, y el problema de salud que lo affige; también debe brindarse la información adicional que sea solicitada y garantizar la presencia del equipo de salud mental cuando esta se requiera. Por lo general, con este apoyo directo, los familiares y vecinos se van habituando de manera gradual a la idea de convivir con el paciente e incluso comienzan a apoyarlo en sus actividades.

Algunas de las deformaciones observadas en el proceso de externación fue la de agrupar a los pacientes por edades, y referir a los adultos mayores a instituciones geriátricas sin dar la capacitación adecuada a su personal. Si no se provee esta capacitación se corre el riesgo de la “*transinstitucionalización*” (transferencia de los pacientes de una institución a otra sin cambio alguno en su autonomía ni en las restricciones al ejercicio de derechos). En el caso de las transferencias al hogar, el éxito se asegura si se capacita al personal de salud local, sea del equipo de atención primaria o del hospital general, para que haga el seguimiento del paciente e intervenga adecuadamente si sobreviene una crisis.

En resumen: bajo ninguna circunstancia se debe externar a los pacientes si no están creadas las estructuras alternativas y se cuenta con personal dispuesto a salir del hospital psiquiátrico e incorporarse a los centros de salud y hospitales generales.

Recursos terapéuticos

Los **recursos terapéuticos** deben ser tan variados como diversas sean las necesidades de cada una de las personas y deben ser provistos en el área donde reside el usuario o en el sitio más cercano a su domicilio.

Las modalidades de servicios de SM basados en la comunidad comprenden: a) servicios de atención en el primer nivel, b) internación domiciliaria, c) unidades de SM en hospitales generales para la hospitalización de personas con cuadros complejos, y d) estructuras intermedias: hostales, casas de medio camino; hogares de tránsito y viviendas protegidas. En los servicios citados se fomentan las actividades que promueven la autonomía, las actividades culturales y deportivas, la capacitación laboral y la búsqueda de trabajo.

Rehabilitación

La **rehabilitación** debe brindarse en el contexto habitual del individuo y debe proveerlo de las capacidades y habilidades que le permitan sostenerse en la comunidad con el mayor grado de autonomía posible (14).

Lo anterior incluye la adquisición de conocimientos y habilidades para la vida diaria y el aprendizaje de oficios. Con este fin es necesario considerar las preferencias de la persona y sus habilidades y experiencia previas. Hay que tener presente que la complejidad de la vida cotidiana no puede ser reproducida en los ámbitos institucionales, razón por la cual el proceso de rehabilitación efectiva sólo se puede realizar apropiadamente en la comunidad (15).

Cuando se evalúa el potencial de una persona conviene basarse más en sus aptitudes que en sus discapacidades; vale decir que es preferible reforzar las competencias que concentrarse en los déficit. También merece subrayarse que la sintomatología clínica no se correlaciona necesariamente con el grado de discapacidad.

El derecho al trabajo no es solo un fuero de las personas con TM, sino un recurso para su efectiva inclusión en la sociedad. El reconocimiento que la sociedad hace del trabajo de las personas con TM al adquirir un producto o pagar un servicio las dignifica, y por ello promueve en alto grado su rehabilitación.

La promoción de empresas sociales y/o cooperativas es un ejemplo de iniciativas que favorecen el progreso laboral de los pacientes y su inclusión social, además de proveer recursos para su subsistencia.

Capacitación

El primer paso de un programa de capacitación consiste en la actualización de los conocimientos sobre el tema que ya poseen los integrantes del equipo de salud mental. Al final del programa estos deberán estar en condiciones de comprender las complejidades de la vida ordinaria de las personas y poder transmitir a los pacientes las habilidades necesarias para desempeñarse adecuadamente (16). En algunos casos, la puesta al día debe concentrarse en la atención de las urgencias, la intervención en crisis y las estrategias para facilitar la reintegración social. Un componente básico de la capacitación es la trasmisión de conocimientos sobre las costumbres de la población asistida, la identificación de las redes naturales y la adquisición de destrezas para lograr su cooperación en labores de detección, asistencia y rehabilitación. El segundo paso es la disseminación de estos conocimientos entre los integrantes de los servicios generales de salud, en los niveles de atención primaria y de hospitales generales. Una vez capacitado el personal, la atención de las urgencias en salud mental pasa a ser responsabilidad del equipo del primer nivel de atención. Solo cuando la situación no se pueda resolver localmente se solicitará la intervención del equipo de salud mental.

Dado que la capacitación es un eje articulador del proceso de desinstitucionalización hay que mencionar ciertas características que les son propias y que son conocidas como las tres P. La primera P corresponde a la **Presencia**: la capacitación debe iniciarse con el encuentro de las personas que interactúan y realizan una tarea en común. La segunda P indica la **Permanencia** en el tiempo que requiere la capacitación: no basta con un encuentro para adquirir conocimientos. Por último, la tercera P señala que las condiciones muchas veces adversas de la labor hacen que se requiera una cuota de **Paciencia** y un alto nivel de tolerancia para aprender a trabajar en la comunidad.

El desconocimiento que en general tiene el médico sobre la asistencia de la persona en crisis así como su ignorancia del papel del componente psicosocial en la génesis y curso de las enfermedades demuestra que los profesionales de la salud mental no han transferido aún los conocimientos y habi-

lidades básicas para el abordaje integral de la persona enferma y que, en ocasiones hasta carecen de los instrumentos para hacerlo.

Atención primaria

El grado de relación entre el primer nivel de atención y los equipos de salud mental establecidos en los hospitales generales o centros comunitarios de salud mental, está influido por diversos factores como número de habitantes cubiertos, distancias, número de profesionales de salud mental, grado efectivo de descentralización del sistema de salud; tipo, naturaleza y frecuencia de los problemas, distribución poblacional y tamaño del territorio asignado. Se deberá contar con especialistas motivados y con recursos materiales que respalden sus funciones: vehículos para trasladarse a los centros de salud, psicofármacos esenciales y medios de comunicación a distancia. Con frecuencia la labor no progresa por la resistencia de los especialistas al cambio y/o el temor de perder prestigio social.

La capacitación en salud mental del personal del primer nivel de atención lo pondrá en condiciones de resolver la mayor parte de los problemas que se le presenten, lo que hará posible disminuir a un mínimo las “referencias y contrarreferencias” que frecuentemente ocasionan el abandono del tratamiento. Los equipos de salud del primer nivel que tengan mayor número de personal pueden designar a uno de sus miembros como coordinador de la labor de salud mental del centro y agente de enlace con el equipo de salud mental. En otras ocasiones se podrá adscribir un psicólogo o psiquiatra al centro de atención primaria pero su función prioritaria deberá seguir siendo la de asesor que apoya al equipo de salud general.

Los equipos del primer nivel de atención deberán establecer vínculos estrechos con la policía, los educadores y miembros de instituciones religiosas, entre otros, que una vez capacitados, constituirán una valiosa ayuda en el trabajo comunitario.

Equipos móviles

En las zonas en las que hay escasez de personal especializado o éste hace fuertes resistencias a la descentralización, los equipos móviles de salud mental son una estrategia valiosa para atender las necesidades de las personas y sus familias (17). Estos equipos especializados tienen como propósito apoyar a los equipos de salud del nivel primario y capacitar a este personal y a los diferentes agentes comunitarios y del gobierno local capaces de colaborar. Los equipos móviles brindan asistencia, capacitación y seguimiento a las personas externadas y dan apoyo a la organización comunitaria. En situaciones de desastres son elementos muy valiosos, capaces de intervenir pronta y adecuadamente (18).

En las grandes urbes, estos equipos pueden asignar mayor relevancia a la intervención en crisis y asegurar la permanencia en la comunidad de las personas con padecimiento mental, mediante la promoción de las respectivas acciones en los barrios a su cargo. De esta manera, el vecindario puede ir habituándose a la presencia de un paciente sin necesitar el apoyo del equipo de salud mental. Pero debe tener conciencia de que si lo necesitaran, el equipo se haría presente.

En síntesis, las intervenciones directas en la comunidad tienen múltiples efectos: permiten disminuir la resistencia y quejas hacia la nueva política, resuelven problemas específicos en situaciones concretas, facilitan la reintegración de pacientes externados, descubren recursos latentes y los dirigen al cuidado de las personas en sus contextos cotidianos y promueven la organización de la comunidad y la modificación de actitudes y valores en beneficio de las personas.

Recursos e intersectorialidad

Las personas con trastornos mentales asistidas en la comunidad, tienen necesidades múltiples que frecuentemente no pueden ser satisfechas por sus familias. En estas circunstancias es necesario crear estrechos vínculos con las instituciones capaces de prestar ayuda, por ejemplo en la provisión de alimentos, tramitación de pago de pensiones o subsidios y en la solución de problemas de vivienda y transporte. Se deben establecer mecanismos de coordinación intersectorial, tanto con los ministerios como con las instituciones locales. Las autoridades locales pueden actuar como intermediarios en la provisión de recursos, dada su cercanía con las familias de la comunidad en que actúan. Asimismo, es de suma importancia lograr el compromiso de las fuentes de trabajo o lugares de estudio relacionados con la persona, para garantizar el derecho de los pacientes a regresar a sus actividades laborales o educacionales. Los recursos deben ser provistos con continuidad en el lugar de residencia de la persona o en el sitio más cercano a su domicilio.

Corresponde destacar la función desempeñada por los recursos humanos no convencionales. Son personas de las comunidades que, debido a su interés y buena disposición, son incorporadas a los equipos de salud mental. Entre ellas figuran amas de casa, maestros, religiosos, alcohólicos en recuperación y líderes indígenas que reciben en compensación una remuneración básica. Su integración en el equipo está precedida de una entrevista personal seguida de capacitación básica en salud mental. Participan en las reuniones del equipo, en las que continúan su capacitación en cuanto participan en el análisis de las dificultades que emergen en el trabajo de campo y toman nota de las respuestas que suscitan. Su trabajo representa un ahorro para el Estado, pero las razones para su incorporación son los conocimientos que tienen de la comunidad y la confianza que los vecinos depositan en ellas. Franquean con facilidad las puertas de los hogares, donde obtienen información necesaria para la detección temprana de problemas al tiempo que hacen el seguimiento de personas en tratamiento; contribuyen a la satisfacción de necesidades materiales; controlan la administración adecuada de los fármacos y ayudan en la gestión de actividades variadas y en la ejecución de trámites. Los recursos humanos no convencionales conocen los hábitos y costumbres de los lugareños y disponen de información sobre problemas o situaciones que pueden requerir ayuda profesional. También pueden acompañar al paciente durante su período de internación en el hospital general. Aportan al equipo de salud mental información esencial sobre la situación del paciente y su familia y colaboran en la elección de las mejores formas de intervención para brindarles apoyo.

Aspectos legales

Una ley no es la solución de todos los problemas, ni es el único instrumento que logrará la reforma de los servicios. Es conveniente explicitar esto por las expectativas que muchas veces puede despertar una ley. Tal como muestra la experiencia, una ley puede ayudar a la transformación si se la entiende como parte de un proceso más amplio, complejo y continuo. La ley y las políticas se complementan mutuamente (19).

La reforma de los servicios significa un cambio cultural: la adopción de un nuevo paradigma sustentado en prácticas innovadoras. Así entendida, la ley viene a sancionar lo que la práctica ya había establecido (20). La discusión del proyecto de Ley 2440 por la legislatura de la Provincia de Río Ne-

gro, Argentina (21, 22), proveyó una oportunidad para profundizar procesos de cambio en marcha e incorporar a nuevos actores, entre ellos las asociaciones de usuarios. La discusión ayudó a poner de manifiesto problemas y necesidades de sectores marginados y también a sensibilizar a la población sobre la importancia del tema y hacerla tomar conciencia de las posibilidades existentes para satisfacer las demandas (21).

Cuando no existe la voluntad política para elaborar una ley o no se reconoce su necesidad, el proceso desencadenado puede servir para impulsar esa decisión, mostrando su necesidad. El aporte de datos y experiencias respaldadas científicamente, la difusión de los estándares internacionales para la protección de los derechos de las personas con enfermedad mental y las denuncias públicas de violación de derechos de los usuarios, promueven la adhesión a las reivindicaciones.

Los aspectos centrales por considerar en un proyecto de ley deben expresar los principios de la desinstitucionalización ya mencionados. Deben incluir la efectiva integración de la salud mental en la salud pública y hacer hincapié en la carga que los trastornos mentales significan para el Estado, las comunidades y las familias. Es necesario establecer que los dispositivos y recursos terapéuticos deben estar al servicio del bienestar del paciente y del goce de sus derechos. Para ello se debe recalcar que las restricciones que se imponen al paciente solo deben aplicarse en situaciones de excepción, cuando se hallan agotadas todas las alternativas posibles. También debe tomarse en consideración, además de los aspectos referentes al área de salud, los correspondientes a vivienda, educación, trabajo y seguridad social, tanto en relación con la provisión de recursos como a la defensa efectiva de los derechos de las personas con padecimiento mental. Con este fin la Ley 2440 de la Provincia de Río Negro, República Argentina, ha establecido que *“la recuperación de la identidad, respeto y dignidad de la persona con padecimiento mental expresada en términos de reinserción comunitaria debe ser el fin principal de la ley”* (22).

La sanción de una ley no garantiza su aplicación y tal vez sea necesario convocar a los usuarios, familiares, trabajadores, ONG, entre otros, para lograr que la ley se ejecute en todos sus términos (23). También se pueden lograr importantes resultados en el campo de la salud mental si se promueve la elaboración de leyes relacionadas con la prevención.

Obstáculos para llevar a cabo la desinstitucionalización

- La iniquidad en la distribución de la riqueza y bienes, el estigma y la falta de actualización de los profesionales de la salud mental y de la salud en general pueden ser considerados entre los principales factores que obstaculizan el proceso. La interacción de esas condiciones con la organización y gestión de los servicios; los intereses creados de laboratorios farmacéuticos y la corrupción dentro de los grandes hospitales y colonias psiquiátricas, completan el panorama de las dificultades encontradas.
- Si bien las experiencias existentes aportan un sinnúmero de conocimientos que hoy hacen más factibles las transformaciones, muchos de los problemas que se pusieron de manifiesto con la Declaración de Caracas están aún pendientes de su resolución (24).
- Las deficiencias en la capacidad operativa de los departamentos de salud mental en la mayoría de los países o su adscripción a las áreas normativas o a las de promoción y prevención,

privan a esas dependencias de toda ingerencia en el desarrollo de servicios.

- Otro obstáculo a la reforma institucional lo constituyen los presupuestos insuficientes y la escasez de recursos humanos especializados, los bajos salarios del sector público y la falta de incentivos para trabajar en él.
- La mayoría de los profesionales de la salud carecen de una perspectiva de salud pública, no están familiarizados con las prácticas intersectoriales y su preparación se enmarca en el enfoque asistencial (25). Muchas veces, sus prácticas están orientadas por preferencias personales (26).
- Los movimientos de usuarios y familiares están aún en ciernes y sus iniciativas frecuentemente tienen carácter biomédico, al margen de los aspectos sociales.
- Las experiencias sobre reformas institucionales son diversas y no es posible homogeneizarlas, en cuanto los cambios propuestos se basan en aspectos culturales, políticos, sociales y económicos propios de cada país.
- Las disparidades entre países o regiones de un mismo país corresponden a experiencias y capacidades diversas y a la desigual disponibilidad de recursos y dispositivos.
- Son aún escasos los indicadores de la labor comunitaria y es débil el reconocimiento que valide la labor de salud mental en medios inusuales y con intervenciones poco habituales.
- La mayoría de las cátedras de psiquiatría tiene su sede en los hospitales psiquiátricos.
- Los programas de especialización en el campo de la salud mental son raramente actualizados y utilizan para las prácticas ámbitos alejados de la comunidad.

Consideraciones finales

- La desinstitucionalización no tiene como meta primordial el cierre de los hospitales psiquiátricos sino la creación de nuevos dispositivos que han demostrado ser más eficientes y eficaces al tiempo que conservan a los pacientes en su comunidad y salvaguardan sus derechos.
- La creatividad genera las nuevas prácticas y estas son necesarias para evitar la “transinstitucionalización” de los nuevos espacios de trabajo.
- Las prácticas innovadoras, como las establecidas en la atención comunitaria en SM, impulsan la reorientación de los presupuestos.
- No se aconseja transferir pacientes a la comunidad sin haber habilitado previamente las estructuras necesarias para recibirlos.
- No es conveniente desarrollar un sistema comunitario paralelo al hospital psiquiátrico. La coexistencia de ambos modelos favorece el abandono de las personas en los centros de reclusión tradicionales y el reforzamiento de la estigmatización.
- La inclusión de la salud mental en el ámbito de la salud general, no solo asegura una atención óptima para los pacientes mentales, sino que al incorporar en su abordaje la dimensión emocional y psicosocial se posibilita una mejor atención de personas con importantes problemas somáticos de salud (VIH; TBC, etc.) (27).
- Los procesos de desinstitucionalización se caracterizan por ser heterogéneos, cambiantes,

progresivos y respetuosos de la diversidad y particularidades locales y regionales. En ellos se aplican estrategias múltiples mediante aproximaciones graduales y sucesivas. La labor cotidiana se sustenta en el trabajo en equipo, cuyos miembros, pese a sus temores, esperanzas, hábitos y prejuicios tienen la posibilidad de cambiar de actitud.

- El recurso humano es el principal instrumento de trabajo y los actores que lo constituyen son todas las personas involucradas en la asistencia del paciente y su familia.

Referencias

1. Rodríguez J, Barrett T, Narvaez S et al. Mental health systems in *El Salvador, Guatemala, and Nicaragua: results of a WHO-AIMS evaluation*. Rev. Panam. Salud Pública, Nov. 2007, Vol.22, No.5, pp.348-57. ISSN 1020-4989.
2. WHO World Mental Health Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment gap of mental disorders in the World Mental Health Organization, world mental health surveys. JAMA2004; 291:2581-90.
3. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra 2001.
4. Caldas, J; Cohen A, eds. Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean. Washington DC PAHO_PALTEX 2008.
5. González-Uzategui R, Levav I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington, DC Organización Panamericana de la Salud; 1991.
6. ONU (1991). Asamblea General. Principios para la protección de los enfermos mentales. y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. Res. 46/119, 46 ONU GAOR (Sup. No. 49), p. 189, ONU Doc. A/46/49. Nueva York, (1991).
7. Cohen H, Conferencia en el día mundial de la salud: principios de la salud mental comunitaria. Organización Panamericana de la Salud, El Salvador, 2001.
8. Murekián, M. Salud mental y representaciones sociales: estructuras, procesos y contextos. De la desmanicomialización y sus impactos representacionales en población adulta y en grupos de expertos. Ciudad de Viedma y Ciudad de Buenos Aires.; tesis doctoral, universidad de Buenos Aires 2007.
9. World Health Organization, Mental health policy and service guidance package, Organization of Services for Mental Health, Geneva. 2003.
10. Global mental health; The Lancet, London. September 2007.
11. Cohen, H. Conferencia: "La urgencia en salud mental" Congreso Internacional de Medicina de Urgencia, Asociación Mexicana de Medicina de Urgencias, Acapulco, 2004.
12. Delgado, G.: Reforma psiquiátrica y política de salud mental en Brasil. En: La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. J Rodríguez. J y González R (ed.). Publicado en CD por la OPS/OMS. Washington, DC 2007.
13. Clifford P; Community placement questionnaire. 1993; Protocol d'avaluació de les necessitats dels usuaris ingressats en unitats de llarga estada CatSalut, España.
14. Sarraceno, B. La liberación de los pacientes psiquiátricos. Ed. Pax, México, 2003.
15. OPS/OMS: Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana. México, 2004.
16. World Health Organization: Mental health policy and service guidance package human resources and training. 2005.

17. Cohen H, Patrullas en salud mental, en: *Experiencias innovadoras en la comunidad*. Organización Panamericana de la Salud, Washington. 1994.
18. Organización Panamericana de la Salud: Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie de manuales y guías sobre desastres No. 1. Washington 2004.
19. World Health Organization: WHO resource book on mental health, human rights and legislation. 2005.
20. Testa, M. Conferencia: La dimensión social del cuerpo. Río Negro 1994.
21. World Health Organization: Mental health policy and service guidance package, advocacy for mental health. 2003.
22. Ley 2440 de “promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental”, Provincia de Río Negro, Argentina, 1992.
23. Vásquez, El derecho internacional como un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales y sus familias. OPS/OMS, 2002.
24. Cohen H. La red de servicios de salud mental, en: *La reforma de los servicios de salud mental. 15 años después de Caracas*. González Uzcategui, R.; Caldas, JM, eds. Organización Panamericana de la Salud, Brasilia. 2005.
25. Levav I. Salud mental: una prioridad de la salud pública. Rev. de la Maestría en Salud Pública de la UBA, agosto 2003, año 1, No. 1.
26. Rodríguez A, Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Ed. Pirámide, Madrid, 1997.
27. Global mental health; The Lancet, London. September 2007.



En los últimos años se han ido generando y evaluando modos alternativos de ofrecer los cuidados que las personas con trastornos mentales severos de larga duración precisan, con los que se pueden obtener mejores resultados.

CAPÍTULO 10

La atención comunitaria de las personas con trastornos mentales severos de larga duración

Francisco Torres-González*

Sandra Saldivia**

Según las estimaciones del *Informe sobre salud en el mundo* del año 2001, publicado por la Organización Mundial de la Salud (1) y dedicado a la salud mental, la esquizofrenia constituye la séptima causa de años vividos con discapacidad, AVDP (en inglés YLD), con un porcentaje en el total de enfermedades de 2,8% (véase el cuadro 1). Si los cálculos se reducen a la faja etaria que va entre los 15 y los 44 años, la esquizofrenia sube al tercer puesto con un porcentaje de 4,9% (véase el cuadro 2).

Cuadro 1. Las 10 principales causas de años vividos con discapacidad, ambos géneros, todas las edades

	Causas de discapacidad	%
1	Trastornos depresivos unipolares	11,9
2	Pérdida de audición sobrevenida en el adulto	4,6
3	Anemia ferropénica	4,5
4	Enfermedad crónica pulmonar obstructiva	3,3
5	Abuso del alcohol	3,1
6	Enfermedades osteoarticulares	3,0
7	Esquizofrenia	2,8
8	Caidas	2,8
9	Trastornos bipolares afectivos	2,5
10	Asma	2,1

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS (2001) Ginebra, Suiza.

* Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad de Granada. Granada, España. Presidente de la Red Maristán.

** Profesora Asociada, Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción. Concepción, Chile. Secretaria Ejecutiva de la Red Maristán.

Cuadro 2. Las 5 principales causas de años vividos con discapacidad, ambos géneros, con edad entre 15 y 44 años

Causas de discapacidad		%
1	Trastornos depresivos unipolares	16,4
2	Abuso del alcohol	5,5
3	Esquizofrenia	4,9
4	Anemia ferropénica	4,9
5	Trastornos bipolares afectivos	4,7

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS (2001) Ginebra, Suiza.

- El temprano comienzo del trastorno (2), en especial entre los varones (3, 4) incide sobre jóvenes en su etapa formativa con devastadoras consecuencias sobre su futuro profesional y su adecuada integración social.
- El incremento en la esperanza de vida de las personas con esquizofrenia, coherente con el aumento que experimenta la población general, asociado a la larga duración del trastorno, no solo eleva la prevalencia acumulada de forma importante, sino que también incide en la gran proporción de pacientes que desarrollan discapacidad (5-7).
- Las enfermedades esquizofrénicas tienden a acortar la vida de las personas afectadas debido en parte a que 30% de ellas intentan el suicidio, en ocasiones repetidamente (8); la frecuencia con que el suicidio es consumado reduce la esperanza de vida en una media de 10 años (1). Hallazgos recientes informan que más de dos tercios de los pacientes con esquizofrenia, mueren por una enfermedad coronaria en tanto que en la población general el número de muertes por esta causa llega a la mitad de esa proporción. Este perfil de riesgo, unido a la evidencia de que este grupo de pacientes tiene un menor acceso a cuidados médicos, hace un menor uso de estos servicios y mantiene la peor adherencia a los tratamientos indicados, pone de relieve la importancia en la elección adecuada del tratamiento farmacológico antipsicótico (9).
- Un tercio de las personas afectadas por esquizofrenia se recuperan clínica y socialmente (1), pero al menos la mitad de los afectados por la enfermedad tienden a desarrollar trastornos que evolucionan durante largos años, por ello la prevalencia puede llegar a alcanzar tasas importantes. Un estudio multicéntrico realizado por la OMS confirma este hecho (véase el cuadro 3).

Cuadro 3. Evolución a largo plazo de esquizofrenia según el lugar de residencia. Estudio de la OMS

Ciudades	% de mejor evolución	% de peor evolución
Londres, Reino Unido	5	14
Åarhus, Dinamarca	6	40
Moscú, Rusia	6	21
Praga, República Checa	9	23
Cali, Colombia	11	21
Washington DC, Estados Unidos	17	23
Ibadan, Nigeria	33	10
Agra, India	42	10

- A pesar de los esfuerzos terapéuticos, aproximadamente 20% de los pacientes con esquizofrenia desarrollan serias limitaciones en el desempeño de sus actividades cotidianas (2).

- Las tasas de prevalencia varían mucho entre las regiones del mundo y a veces entre zonas de un mismo país, resultados que Regier y cols. (1998) (10) atribuyen a discrepancias debidas a los distintos métodos empleados más que a diferencias reales entre las tasas. De todas formas llama la atención la diferencia entre los datos comunicados por distintos autores, que conforman un intervalo de valores incompatibles con el criterio de igual incidencia universal del trastorno citado antes (ver cuadros 4 a 7).
- La atención a estas personas representa un alto costo, tanto en el sector público como en el privado: si el contexto asistencial es más tradicional, por la prolongada ocupación de camas psiquiátricas; si el contexto tiene una orientación comunitaria, por el elevado consumo de los servicios que conforman la red de salud mental (11).
- Por su parte, las familias deben enfrentar una considerable carga objetiva y subjetiva (12).

En los últimos años se han ido generando y evaluando modos alternativos de ofrecer los cuidados que estas personas precisan, con los que se pueden obtener mejores resultados. Algunos países cuentan con redes psicosociales de base comunitaria (ver el punto 1 de la Declaración de Caracas de 1990); también se dispone de nuevas tecnologías de base psicológica, entre ellas las intervenciones psicoeducativas; y se cuenta con nuevos fármacos, tales como los llamados antipsicóticos atípicos. Estos constituyen un arsenal de nuevas herramientas cuya efectividad ha sido contrastada y respaldada con evidencias acumuladas durante el último cuarto de siglo, permitiendo encarar el futuro con cierta esperanza. Quizás, empero, el dato más relevante de la realidad de muchas regiones de América Latina y del Caribe y de otros países en vías de desarrollo, es que hay muchos pacientes psicóticos sin tratamiento (13). Cambiar esa situación deberá ser un objetivo prioritario de los programas de atención comunitaria.

La nueva población de usuarios de servicios de salud mental

La tarea de caracterizar a la población atendida en los actuales servicios de salud mental constituye, en sí misma, un ámbito de investigación. Las tradicionales definiciones de pacientes con trastornos mentales crónicos o graves carecen de consenso internacional (14, 15) y han dado lugar a nuevas investigaciones que, partiendo de la complejidad del fenómeno, ponen el acento en la inexistencia de un patrón de definición unidimensional y enfatizan una descripción más amplia que la mera clasificación diagnóstica.

Al respecto, los sistemas de clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Organización Mundial de la Salud, incluyen en sus últimas ediciones, —DSM-IV y CIE-10, respectivamente— versiones más refinadas de instrumentos orientados a la evaluación de la actividad global del paciente, incluyendo aspectos como la discapacidad y el nivel de funcionamiento (16, 17).

Si se parte de la premisa de que las políticas institucionales influyen sobre las características de los pacientes con trastornos mentales crónicos, tanto de los que permanecen hospitalizados como de los derivados a servicios comunitarios (18), el perfil de los consultantes se ha modificado. Una primera distinción se da entre aquellos pacientes que manteniéndose bajo cuidados comunitarios han tenido largas experiencias de institucionalización en los clásicos hospitales psiquiátricos y los “nuevos crónicos” cuyos patrones de atención se caracterizan por cortas estancias en instituciones cerradas o únicamente en servicios de atención con base comunitaria (19, 20).

El perfil de este grupo corresponde al de pacientes de género masculino, con una edad media por sobre los 50 años, la mayoría de los cuales nunca llegó a establecer familia. La esquizofrenia es el diagnóstico más frecuente, la sintomatología negativa es elevada y en muchos de ellos perdura una sintomatología psiquiátrica activa; son frecuentes la presencia de déficit psicológicos y sociales, problemas graves de higiene personal, y redes sociales inadecuadas (18-20).

Frente a la posibilidad de que este perfil de pacientes sea secundario a largos períodos de institucionalización, los argumentos son contradictorios. Por una parte, existe evidencia suficiente respecto de las consecuencias que acarrea sobre los pacientes la institución total, pero también es cierto que en algunos de estos pacientes la sintomatología clínicamente más llamativa no tiende a aumentar con el paso de los años de institucionalización sino a mantenerse, lo que indicaría la existencia de un subgrupo cuyos síntomas perduran aún estando bajo cuidados comunitarios, por lo que continuarán requiriendo atención (18-21).

En esta misma población, con largos períodos de institucionalización, se distingue otro grupo de pacientes que, sin presentar necesariamente sintomatología psicótica florida, poseen múltiples desventajas que se suman a su condición psiquiátrica. Se trata preferentemente de pacientes con diagnósticos concomitantes —como trastornos de personalidad y alcoholismo— y morbilidad física —como defectos sensoriales, diabetes, problemas cardíacos, bronquiales y renales. Aun cuando permanezcan en la comunidad, las personas con tales cuadros clínicos requieren evaluaciones y seguimiento continuos (18-20).

Ambos grupos constituyen el conjunto de pacientes que han sido de más difícil desinstitucionalización (22-24), y demuestran que los procesos de desinstitucionalización no son sinónimo de la desaparición total y definitiva de las camas psiquiátricas sino que probablemente se requiera un número limitado de plazas, localizadas en contextos sanitarios integrados en la red general de salud (19-21, 23).

Con relación a los pacientes que permanecen en la comunidad es posible hacer una primera distinción entre dos grandes grupos: los que reciben soporte comunitario y los que carecen de él (18, 25-26). Dentro de los que reciben algún tipo de apoyo comunitario están los pacientes dados de alta de hospitales psiquiátricos, que después de largos períodos de institucionalización han sido transferidos a servicios residenciales; otro grupo está formado por los llamados “pacientes potenciales de larga estancia”, aquellos “*que habrían llegado a ser pacientes de larga estancia bajo un régimen custodial*” (18). Este último grupo es de interés por la oportunidad que ofrece para estudiar la efectividad de los nuevos servicios basados en la comunidad.

Sturt y cols. (1982) (27) incluyen en este grupo de “*nuevos crónicos*” a usuarios mayores de 18 años, residentes o atendidos en unidades de base comunitaria, en contacto con un servicio psiquiátrico por un período de un año o más; y cuya atención pone en evidencia el importante rol de la familia que otorga soporte comunitario a este grupo de la población. Menos de 25% de estos pacientes no tenía actividad laboral fija; cerca de 75% ya había establecido un primer contacto con un servicio de psiquiatría; un alto porcentaje presentaba largas historias de admisiones previas; al menos la mitad tenía un diagnóstico de esquizofrenia; además se observó en este grupo una alta frecuencia de discapacidad secundaria a problemas de salud física (18, 27).

Es en este tipo de pacientes donde más frecuentemente se presentarían fenómenos secundarios a la reorganización de los servicios de cuidados psiquiátricos. Es frecuente constatar el fenómeno de la “puerta giratoria”, con frecuentes egresos y reingresos y en unidades de hospitalización de trastornos agudos; puede ocurrir la pérdida del paciente y la transinstitucionalización de los antiguos usuarios de instituciones psiquiátricas a otras de tipo social y aun de beneficencia. Con todo, existe evidencia que demuestra que la creación de redes de servicios comunitarios con recursos suficientes genera beneficios que superan a las desventajas que pudieran afectar a los pacientes de larga evolución, tanto a los antiguos como a los más recientes (25, 26).

A medida que los procesos de desinstitucionalización evolucionan y los nuevos servicios con base en la comunidad se desarrollan, se evidencia la presencia de un conjunto menor de pacientes, carentes de soporte comunitario, cuyo manejo desafía a los modelos actuales. Se trata de aquellos que no mantienen contacto estable con los servicios de atención psiquiátrica ni con unidades de cuidados residenciales, que por sus características no reciben tratamiento adecuado y que cuando son ingresados permanecen por tiempo prolongado en las unidades de psiquiatría. Constituyen una población que, si bien es pequeña, desafía a los actuales sistemas de atención a que generen nuevas estrategias de cuidado y tratamiento (18, 24, 28).

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentan necesidades especiales relacionadas no sólo con aspectos clínicos sino también sociales, de difícil manejo en la comunidad, incluso cuando se intenta derivarlos a alternativas residenciales. Entre estas circunstancias agravantes se incluyen la co-morbilidad con abuso de sustancias, el rechazo al tratamiento, y la convivencia con pacientes con trastornos refractarios al tratamiento o que presentan conductas de vagabundeo. Ello plantea la necesidad de adoptar estrategias relevantes a los problemas presentados por estos grupos, habilitar servicios orientados a satisfacer sus necesidades y llevar a la práctica acciones adecuadas a los llamados “*períodos críticos*” de intervención (24).

Otra línea en desarrollo se ha centrado en la identificación de modelos multidimensionales, al servicio de los llamados enfermos mentales graves. Estos están caracterizados por la naturaleza del diagnóstico, duración del cuadro, discapacidad asociada, carácter y magnitud del apoyo social, ausencia o presencia de problemas de seguridad y continuidad en la demanda y uso de servicios (14, 29-30). Los cuidados otorgados a cada usuario están determinados por la limitación de los recursos, cuyo uso debe ser racionalizado. Esto plantea el desafío de distribuirlos de manera que los usuarios con mayores necesidades, como es el caso de los enfermos con trastornos mentales graves, sean un grupo prioritario al momento de jerarquizar la provisión de servicios (30).

No obstante, la práctica diaria plantea problemas a tal priorización por razones como la ausencia de información estadística fiable sobre la prevalencia de la enfermedad mental y las dificultades para conciliar diferentes enfoques profesionales, elemento relevante si se considera que es éste el nivel concreto de toma de decisiones respecto de la asignación de recursos.

En el plano de la definición diagnóstica, esta no se limita a los desórdenes psicóticos, sino que también incluye cuadros neuróticos graves, que plantean un alto nivel de necesidades. Hay autores que excluyen de este grupo a pacientes con diagnóstico de retardo mental, demencia y/o adicciones, considerando que generalmente son tratados por otros sistemas de atención (29).

Las consecuencias del trastorno mental se manifiestan en discapacidades que afectan áreas básicas del comportamiento, tales como las relacionadas con el autocuidado, actividades de la vida diaria, relaciones sociales y empleo. Vale señalar que las discapacidades pueden ocurrir tanto en el nivel personal como en el social.

El apoyo social incluye la asistencia desde fuentes formales e informales y en consecuencia, el proceso de identificación de los enfermos mentales graves debe considerar la ayuda que estos reciben tanto de amigos y familiares como de servicios voluntarios e institucionalizados.

Vale resaltar que en la organización de los servicios asistenciales en salud mental la definición única del desorden mental grave es un aspecto importante pero no la única de las estrategias. Lo que se pretende como objetivo final es generar un modelo de desarrollo que combine simultáneamente estrategias “de arriba-abajo” y “de abajo-arriba”. Sin embargo, al momento de definir la asignación de recursos, los criterios para las decisiones se basan en un marco de referencia originado en el nivel macro, vale decir, son generados en un proceso *de arriba-abajo*. Por otra parte, los criterios podrían estar disponibles para el examen y debate, de manera que al momento de ser aplicados en el nivel local puedan ser ajustados a la realidad inmediata, incorporando la estrategia *de abajo-arriba*.

Un punto central de este proceso es la definición de los umbrales adecuados a partir de los cuales se accede a los recursos disponibles. Al respecto, una situación probable, y que se plantea como una limitación, es aquella en que algunos usuarios que necesitan atención, puedan no reunir los criterios de elegibilidad. En tal caso habría que establecer mecanismos adecuados de retroalimentación y procedimientos de auditoría formales, oportunos y válidos que permitirían minimizar su impacto.

Estudios epidemiológicos

Las tasas de prevalencia, en particular de esquizofrenia, varían mucho entre unas y otras regiones del mundo y a veces entre zonas de un mismo país. La Región de América Latina y el Caribe no es una excepción (véanse los cuadros 4, 5 y 6); disparidad que, en opinión mayoritaria de investigadores y de la OMS, es atribuible a diferencias en el método de determinar las tasas y, en ocasiones, a errores en el mismo (10).

Cuadro 4. Tasas de prevalencia de vida (%) de esquizofrenia y de psicosis no—afectivas en estudios de base censal en América Latina, publicados desde 1980

País	Referencia	Método	Edad	Tasa ‰
Brasilia, Brasil	Almeida-Filho – 1997	QMPA/DSM	15+	3
São Paulo, Brasil	Almeida-Filho – 1997	QMPA/DSM	15+	9
Porto Alegre, Brasil	Almeida-Filho – 1997	QMPA/DSM	15+	24
São Paulo, Brasil	Andrade –1999	CIDI	18+	19
Chile	Vicente – 2006	CIDI	15+	18
Colombia	Torres de Galvis –1997	CIDI	15-62	14
Lima, Perú	Minobe – 1990	DIS	18+	6
Puerto Rico, Estados Unidos	Canino –1987	DIS	18-64	18

Cuadro 5. Tasas de prevalencia anual (%o) de esquizofrenia y de psicosis no—afectivas en estudios de base censal en América Latina, publicados desde 1980

País	Referencia	Método	Edad	Tasa %o
Brasilia, Brasil	Almeida-Filho – 1997	QMPA/DSM	15+	2
Porto Alegre, Brasil	Almeida-Filho – 1997	QMPA/DSM	15+	20
São Paulo, Brasil	Almeida-Filho – 1997	QMPA/DSM	15+	6
São Paulo, Brasil	Andrade – 1999	CIDI	18+	8
Chile	Vicente – 2006	CIDI	15+	11
Colombia	Torres de Galvis –1997	CIDI	15-62	6
Lima, Perú*	Perales – 1995	DIS	18+	6
Puerto Rico, Estados Unidos*	Canino – 1987	DIS	18-64	17

* Prevalencia de 6 meses

Cuadro 6. Tasas de prevalencia puntual (%o) de esquizofrenia y de psicosis no—afectivas en estudios de base censal en América Latina, publicados desde 1980

País	Referencia	Método	Edad	Tasa %o
B. Aires, Argentina	Marco 1982	PSE	17-65	40
Chile	Vicente 2004	CIDI	15 +	6
México	Caraveo-Anduaga 1996	PSE	18-64	7

Es sorprendente que la mayoría de los estudios de la Región mencionados en esta revisión son investigaciones de base censal. Desde el punto de vista metodológico es la forma más acabada de afrontar el problema, pero también, usualmente, la más costosa. Además predominan los diseños metodológicos de dos fases. La mayoría de los estudios han sido hechos en muestras estratificadas de la población mayor de 15 años.

El cuadro 7, elaborado con base en una reciente revisión (31) ofrece datos de varios estudios europeos. A diferencia de los estudios en América Latina, aquí se trata de tasas de prevalencia basadas en la población asistida, es decir, de casos registrados por los servicios. Se incluyen también en el cuadro dos estudios de base censal, con tasas muy similares entre sí, y otros dos trabajos basados en el método del “informante clave”, parecidos al método censal pero de mucho menor costo.

Cuadro 7. Tasas de prevalencia de esquizofrenia en distintos lugares de Europa

País	Referencia	Método	Tasa %o
Irlanda	Torrey – 1984	Informante clave	17,4
Sur de Londres (RU)	Ruggeri – 2000	Asistida	7,8
Salford (RU)	Bramrah – 1991	Asistida	7,5
Salford (RU)	Freeman – 1986	Asistida	6,8
Estocolmo (Suecia)	Halldin – 1984	Censal	6,0
Candem (RU)	Harvey – 1996	Informante clave	5,3
Hampstead (RU)	Jeffreys –1997	Censal	5,1
Irlanda	Youssef – 1991	Censal	4,6
Camberwell (RU)	Wing – 1967	Asistida	4,4
Verona (Italia)	Ruggeri – 2000	Asistida	3,4

Continúa

País	Referencia	Método	Tasa ‰
Nithsdale (RU)	Mccreadi – 1997	Asistida	2,8
Granada (España)	Moreno – 1996	Asistida	2,5
Escocia (RU)	Wing – 1967	Asistida	2,5

Nota: Las tasas asistidas son anuales, las obtenidas empleando informantes claves o censos son puntuales y totales.

Atención de las enfermedades mentales graves de acuerdo con las necesidades y con la brecha terapéutica

En un estudio desde una perspectiva mundial patrocinado por la OMS, Demittenaere y cols. (2004) (32) buscaron identificar la prevalencia de las enfermedades mentales más frecuentes y más severas y su importancia relativa en las personas que estaban en necesidad de tratamiento y no lo recibían. Los resultados obtenidos revelaron que entre 35,5 y 50,3% de los enfermos mentales severos en países desarrollados estaban sin tratamiento. Dentro de Europa, en Holanda la proporción de pacientes que no recibía tratamiento llegaba a un 49,8%, mientras en Ucrania la tasa alcanzaba a 80,3%. El estudio evidenció que mucha gente con molestias por debajo del umbral de enfermedad es tratada, pero otras personas con severos trastornos no lo son, lo cual permite suponer que las brechas no se justifican tanto por la falta de recursos, como por el acceso a los mismos. En una revisión de numerosos estudios en todos los continentes, Kohn y cols. (2004) (33), encontraron que la tasa media de personas con esquizofrenia que no recibían tratamiento era de 32%.

Los dos estudios precitados evidencian la necesidad de enfrentar la brecha terapéutica de las enfermedades mentales graves como un problema de salud pública que debe ser enfrentado tanto por las políticas de salud de los gobiernos como por las acciones comunitarias y los organismos internacionales de cooperación regional.

Tratamiento de personas con enfermedad mental grave en hospitales y otras instituciones cerradas

Unidades psiquiátricas en hospitales generales y hospitalización involuntaria

Que una persona con un trastorno mental presente síntomas graves no significa que automáticamente haya que hospitalizarla; en efecto, puede ser tratada con éxito en la comunidad. En ocasiones, la naturaleza o intensidad de los síntomas, la conducta inducida por la enfermedad, o los riesgos que la conducta pueda conllevar para el propio paciente o para los demás hacen aconsejable la hospitalización. La mayoría de los organismos internacionales y de las asociaciones profesionales coinciden en que cuando la hospitalización sea necesaria, deberá hacerse en unidades psiquiátricas en hospitales generales.

En ocasiones, la hospitalización hay que hacerla sin el consentimiento de la persona enferma, lo que lleva a implicaciones jurídicas de la mayor importancia. Virtualmente todas las legislaciones nacionales contemplan esta posibilidad y la regulan, aunque la disparidad entre los textos legales no deja de estar presente. Dos estudios europeos recientes son relevantes sobre el tema (34-35).

Rehabilitación basada en unidades hospitalarias

Casi nadie duda hoy de la ventaja que ofrecen los servicios comunitarios de rehabilitación, como la OMS puso de manifiesto en “La atención a la salud mental en los servicios comunitarios”, documento aportado a la Conferencia Ministerial que tuviera lugar en Helsinki en 2005¹. Allí se señaló que se debe proporcionar rehabilitación y programas de tratamientos basados en la comunidad, cuyo objetivo sea asistir a las personas con trastornos mentales para que puedan participar plenamente en la vida cotidiana. Aun existiendo varios modelos de servicios comunitarios, tales como la gestión de casos, los programas de derivación a hospitales, la asistencia domiciliaria intensiva y los servicios de extensión, cada uno de ellos presenta ventajas e inconvenientes y la opción que cada país haga por uno u otro dependerá de varios factores, como el contexto sociocultural, la organización de los servicios sanitarios y la disponibilidad de recursos económicos.

La rehabilitación en el marco hospitalario debe ser posible para las personas que así lo precisen. Los centros hospitalarios, preferentemente hospitales generales, deberían contar con unidades de rehabilitación psiquiátrica, donde las personas con enfermedades mentales graves, refractarias a los tratamientos habituales y con alteraciones severas de su conducta, puedan ser sometidas a programas altamente especializados, ya sea en régimen hospitalario cerrado o en régimen de hospital de día. El cierre indiscriminado de camas psiquiátricas, sin el desarrollo de alternativas para estas personas, ha conducido en ocasiones al descrédito de programas de reforma de la atención psiquiátrica.

Unidades psiquiátricas forenses

Las personas descritas en el epígrafe precedente despliegan, a veces, conductas delictivas que las lleven a los tribunales, sobre todo si no están recibiendo tratamiento alguno. Desde la perspectiva de la provisión de servicios queda mucho por mejorar. ¿Tienen iguales oportunidades de rehabilitación e integración social las personas internadas en unidades psiquiátricas forenses? Probablemente, pero no en la mayoría de los casos. Con frecuencia existen interferencias e incluso incompatibilidades entre los regímenes penitenciarios y los terapéuticos, de forma que una política común sería muy deseable.

La persona con enfermedad mental en centros penitenciarios cerrados

Lamb y cols. (1998) (36) publicaron una revisión de publicaciones sobre personas con trastornos mentales severos en prisiones estadounidenses. En ella advertían sobre la creciente preocupación expresada por profesionales respecto al incremento en el número de estas personas, manifestando incluso que “*los informes sobre gran número de personas con enfermedad mental en las cárceles y prisiones estadounidenses hicieron su aparición en la década de los 70. No se había informado de un fenómeno parecido desde el siglo XIX*”. Siete años después, el mismo autor planteó la posibilidad de que la atención a enfermos mentales estuviese siendo transferida a las cárceles (37). Esta preocupación es compartida por otros autores. Priebe y cols. (2005) (38) revisaron la posible transinstitucionalización de personas con trastornos mentales graves desde el sistema de salud a otros sistemas de atención, entre ellos las prisiones. Falissard y cols. (2006) (39) evidenciaron la elevada tasa de enfermedades mentales observadas en sujetos en instituciones penitenciarias francesas: 6,2% para la esquizofrenia, 24% para los trastornos depresivos graves, 17,7% para la ansiedad generalizada y 14,6% para la farmacodependencia. Otro indicador del problema es la preocupación de los organismos de sanidad penitenciaria por el incremento del suicidio entre los reclusos.

1 Organización Mundial de la Salud. Declaración de Salud Mental para Europa. Fijando objetivos, construyendo soluciones, Helsinki 12-15 de enero de 2005, EUR/04/5047810/6, 14 de enero de 2005, 52667.

El reciente macro estudio europeo EUPRIS (40) también evidencia el desconocimiento que existe respecto del número o proporción de reclusos con problemas o trastornos mentales en las prisiones y penitenciarías en todo el mundo, estimando una prevalencia mucho mayor que en las muestras estudiadas en la población general.

En principio, las prisiones no son instalaciones terapéuticas, sino lugares donde se ejecutan las decisiones judiciales para los transgresores sentenciados a reclusión o, en el caso del pabellón de preventivos, para las personas sospechosas de haber cometido un delito que están a la espera de un juicio. La detención en sí puede causar problemas de salud mental, sin embargo, desde la perspectiva de la atención sanitaria no importa mucho si en la preponderancia de los trastornos mentales en las prisiones predominan las personas que ingresan con un problema de salud mental previo o si los reclusos desarrollaron un trastorno mental durante su estancia en la prisión a causa de condiciones carcelarias desfavorables o cualquier otra razón. Sea cual sea la causa o el momento cuando se desarrolló la dolencia, los reclusos que sufren un trastorno mental necesitan recibir tratamiento una vez que éste se haya iniciado.

Las personas con enfermedad mental de larga evolución como grupo vulnerable

Según estadísticas basadas en estudios fiables, la persona aquejada de esquizofrenia recupera plenamente su salud en una proporción que oscila entre 30 y 50% de los casos. El lado negativo de esta afirmación es que entre 50 y 70% de los pacientes evolucionan hacia la cronicidad. Ya se ha mencionado que también una proporción relevante de ellos permanece sin ningún tipo de cuidado, y que su adherencia a las terapias es insuficiente, situación que puede obedecer a deficiencias estructurales de los servicios que debieran identificarlas y atenderles.

Siguiendo la política recomendada por la OPS/OMS y otros organismos internacionales, algunos países están cerrando los hospitales psiquiátricos tradicionales o reduciendo de manera sustancial sus camas. Sin embargo, en numerosos casos, contrariamente a lo recomendado, el cierre de camas no es reemplazado por recursos comunitarios alternativos. No se debe olvidar que los hospitales psiquiátricos tradicionales venían asistiendo a personas con trastornos mentales de larga evolución, muchos de ellos graves. Este colectivo, que quedaba oculto en los patios traseros, comienza a aflorar con el cierre institucional y la eventual carencia de alternativas comunitarias hace de él un grupo altamente vulnerable, muchos de cuyos casos más graves son acogidos por instituciones sociales o de beneficencia.

Es preciso adoptar un enfoque positivo hacia ese grupo, traducido en políticas socio-sanitarias orientadas a los cuidados continuados y a la integración social; es necesario satisfacer la necesidad de la atención urgente 24 horas al día, 7 días a la semana, a domicilio cuando sea preciso, garantizar los tratamientos asertivos en la comunidad y propiciar las acciones que faciliten, en definitiva, la continuidad de los cuidados.

Estrategias de intervención en la comunidad

Es imprescindible desarrollar y divulgar estrategias terapéuticas para la esquizofrenia y otras psicosis no afectivas que se fundamenten en datos científicos, respaldados por estudios de costo-efectividad.

Estas deben incluir tanto el acceso a los tratamientos farmacológicos como a los cuidados psicoeducativos y psicosociales

Cuidados farmacológicos

Nadie duda hoy de la eficacia de los llamados antipsicóticos o neurolépticos en el tratamiento de los síntomas psicóticos llamados actualmente positivos y también en su probada capacidad de reducir la probabilidad de recaídas.

En general, los antipsicóticos, tanto los “clásicos” como los “atípicos”, no se han mostrado tan efectivos en la resolución de otros problemas que suelen acompañar a las personas con trastorno psicótico de larga evolución. De ahí que el tratamiento farmacológico deba ser complementado con tratamientos de base psicológica y social o, si se prefiere, de intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducativas y psicosociales.

Es fácil el acceso a la literatura sobre antipsicóticos, por lo que se abreviará este espacio en beneficio de otros usualmente más olvidados. Comoquiera que la abundante literatura sobre antipsicóticos está con frecuencia mediatizada por intereses comerciales, es conveniente indagar en los estudios y meta-análisis de mayor solvencia para tener un criterio fundado sobre la efectividad y la eficiencia de unos y de otros. Son recomendables los mega estudios de 2005: *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*, financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) y *Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study*, auspiciado por el Servicio Nacional de Salud británico, del que puede verse un resumen para psicólogos en <http://www.papelesdel psicologo.es/vernumero.asp?id=1475#inicio>

Se puede concluir que los nuevos antipsicóticos no aportan grandes ventajas sobre los convencionales y el costo-efectividad es mucho más elevado. Hay situaciones, empero, en que las personas con trastorno esquizofrénico severo resultan ser refractarios a la mayoría de los antipsicóticos y entonces es aconsejable, poder disponer de una mayor gama, que permita encontrar el antipsicótico más efectivo ante un caso concreto. El atributo de refractario se produce también frente a los atípicos, y que no son per se la panacea universal. La lectura de la literatura más solvente parece aconsejar la disponibilidad de clozapina para los enfermos más graves y refractarios a la mayoría de los antipsicóticos.

Por lo que antecede, razones éticas obligarían a que la accesibilidad a estos nuevos fármacos esté generalizado en las regiones de América Latina y el Caribe, de modo que mediante un uso racional se garantice la disponibilidad para la población que necesite beneficiarse de ellos.

Intervenciones psicoterapéuticas

Los modelos de intervención de base psicológica desarrollados en los últimos lustros para ofrecer cuidados y rehabilitación a las personas con trastornos psicóticos son ya parte inherente del modelo comunitario de atención. Aun cuando las publicaciones científicas disponibles al respecto no son escasas, la insuficiente disseminación del modelo comunitario en las regiones de América Latina y el Caribe no ha favorecido la adopción generalizada de estas técnicas de trabajo. Su gran diversidad, según su fundamento teórico y el objetivo preciso para el que se diseñaron se resume en el cuadro 8.

Cuadro 8. Resumen de tratamientos psicoterapéuticos

Técnica	Objetivo general	Objetivos específicos
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA	Enseñar a la PERSONA ENFERMA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejar la medicación y autocontrolar los síntomas. 2. Afrontar la ansiedad y la depresión. 3. Desarrollar habilidades necesarias para la convivencia social. 4. Desarrollar habilidades necesarias para afrontar con éxito la vida diaria. 5. Desarrollar habilidades necesarias para el ocio.
	Instruir a la FAMILIA acerca de la esquizofrenia. Entrenarla en habilidades comunicacionales y en la resolución de problemas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir el estrés, la carga emocional, la expresión de enfado y los sentimientos de culpa. 2. Fortalecer las habilidades para anticipar y resolver problemas. 3. Contribuir a tener expectativas razonables acerca del paciente. 4. Instruirles para que pongan y mantengan algún grado de distancia cuando sea necesario. 5. Lograr cambios deseables en la conducta y el sistema de creencias de los familiares.
TRATAMIENTO COGNITIVO—CONDUCTUAL	Explorar racionalmente el carácter subjetivo de los síntomas psicóticos, cuestionando su evidencia, y sometiendo tales creencias y experiencias a pruebas de realidad con los objetivos de:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir la intensidad de los delirios y alucinaciones y el malestar relacionado. 2. Promover la participación activa del enfermo en la reducción del riesgo de recaída y el nivel de discapacidad social.
APRENDER HABILIDADES SOCIALES	Mejorar el funcionamiento deficiente, el nivel de adaptación y la calidad de vida	
REHABILITACIÓN NEURO—PSICOLÓGICA	Mejorar el funcionamiento cognitivo del paciente en sus habilidades verbales y en su competencia social.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protésicos, en que nuevas habilidades son establecidas para reemplazar o compensar habilidades deterioradas. 2. De recuperación, en que los procesos dañados son sometidos a un restablecimiento. 3. Reorganizativo, en que las condiciones ambientales fortalecen la reorganización funcional de los procesos disociados por la psicosis aguda.

Fuente: Tomado de J.M. Caldas y F. Torres (eds.) (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Psicoeducación familiar

Cada vez hay un mayor consenso sobre la necesidad de establecer una alianza terapéutica con la familia de la persona con psicosis, si se quiere obtener con ella el mejor resultado posible. Dos fuertes corrientes confluyen haciendo esa alianza cada vez más imprescindible. De un lado, la creciente conciencia de ciudadanos con derecho a conocer y a participar en las decisiones concernientes a la atención psiquiátrica para sí o para sus familiares más desprotegidos. De otro, la creciente evidencia científica de que trabajar con la familia reduce la tasa de recaídas entre los afectados por psicosis. Este enfoque tiene además otras ventajas, relacionadas con la calidad de vida de la persona enferma y de la familia en su conjunto. Según la experiencia acumulada se puede concluir que el modelo psicoeducativo de intervención es el que más aceptación está teniendo entre los terapeutas.

Es a partir de las aportaciones de Vaughn y Leff (1976) (41) cuando se comprueba que el andamiaje teórico de la emoción expresada (EE), que empezaba a definirse con base en el comportamiento familiar en la convivencia doméstica, predice la recidiva esquizofrénica. Una publicación posterior sobre el modelo de estrés-vulnerabilidad de la esquizofrenia (42), contribuyó a clarificar el concepto: la EE podría ser entendida como un factor estresante que actuaría como desencadenante sobre la emotividad de la persona enferma vulnerable. Con tales fundamentos comenzaron los diseños de técnicas de intervención familiar orientadas a disminuir la emoción expresada y otras fuentes de estrés dentro de la familia.

Varias han sido las intervenciones familiares que bajo la denominación de modelos psicoeducativos se han desarrollado, fundamentalmente a lo largo de la década de los años 80: la terapia familiar conductual de Falloon (43), el paquete de intervenciones de Leff (44), el modelo psicoeducativo de Anderson (45), las intervenciones dirigidas al afrontamiento del estrés de Tarrier (46), y los grupos multifamiliares de McFarlane. A pesar de la heterogeneidad de sus formatos, todas ellas comparten el objetivo de reducir el estrés familiar y la tasa de recaídas, con una metodología que incluye la educación acerca de la esquizofrenia y el entrenamiento en habilidades comunicacionales y de resolución de problemas.

Este modelo de intervención familiar ha demostrado ser efectivo para reducir las recaídas, el deterioro social y la carga familiar, tanto en diferentes estudios como en las rigurosas revisiones sistemáticas sobre ensayos clínicos del Cochrane Schizophrenia Group (47). Bustillo (2001) (48), tras una revisión de ensayos clínicos controlados, señala la superioridad de la terapia familiar para la reducción de las recaídas y hospitalizaciones repetidas mediante el empleo de técnicas conductuales y psicoeducativas; también señaló la reducción de los costes cuando es aplicada.

Psicoeducación de personas con trastorno psicótico

La capacidad de las personas que padecen esquizofrenia para comprender y manejar el proceso de su enfermedad ha sido tradicionalmente infravalorada, al considerar que la capacidad de introspección de los que sufren este trastorno está seriamente comprometida. Sin embargo, los estudios realizados acerca de la conciencia de enfermedad han mostrado la complejidad del factor conciencia de enfermedad, cuyos componentes fluctúan independientemente a lo largo del curso del trastorno (49-51).

Diversos estudios han demostrado que las personas que sufren esquizofrenia reconocen los síntomas prodrómicos y que pueden emplear tal conocimiento para emprender acciones personales de afrontamiento o solicitar ayuda con ese fin, tomando un papel más activo en su tratamiento (52-54). Lee y cols. han demostrado cómo los propios pacientes pueden desarrollar medios efectivos para manejarse con la enfermedad. Consideran que hay que potenciar estas habilidades de afrontamiento y estiman que los pacientes pueden ser colaboradores eficaces en su rehabilitación (55).

Los datos disponibles respaldan la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas psicoeducativas (56-62) dirigidas a dotar a los pacientes de información, apoyo y estrategias de afrontamiento, dentro del modelo de enfermedad basado en la teoría de la vulnerabilidad. De este modo, la dotación de un marco que ayude a los pacientes a comprender los fenómenos que experimentan, sus dificultades y comportamientos desajustados, pretende favorecer que las personas con problemas mentales

hagan frente de manera más efectiva a los mismos, en colaboración con las diferentes estrategias terapéuticas.

Algunos abordajes psicoeducativos se han enmarcado en un contexto rehabilitador integral. Así Halford y cols (59) han desarrollado un programa compuesto de cinco módulos: a) medicación y autocontrol de síntomas; b) afrontamiento de la ansiedad y la depresión; c) habilidades sociales; d) habilidades de la vida diaria; y e) habilidades para la utilización del tiempo libre. Su análisis ha llevado a la conclusión de que la mayoría de los pacientes experimentan una reducción en sus síntomas y una mejoría de la calidad de vida y del funcionamiento comunitario. El enfoque de Hogarty y cols. (60) se fundamenta en la intervención psicoterapéutica individual o terapia personal, TP (en inglés PT) y utiliza un modelo que de forma graduada enseña al paciente acerca de la enfermedad y su manejo. Tras dos años de seguimiento, ha mostrado tener efectos más duraderos en el ajuste social que la terapia familiar y de apoyo (63). Kingdon y Turkington lograron, usando la terapia cognitivo-conductual, una disminución de recaídas de los pacientes que viven con sus familias (64). En las revisiones realizadas por el Grupo Cochrane de Esquizofrenia sobre ensayos clínicos controlados, acerca de las intervenciones psicoeducativas individuales, han concluido que este tipo de intervenciones disminuyen el riesgo de recaídas (65).

Terapia cognitivo-conductual (TCC) de los síntomas psicóticos

El principal objetivo de la TCC para las psicosis, de manera especial para las que se muestran resistentes a la medicación, es reducir la intensidad de los delirios y alucinaciones, así como el malestar que se les asocia, y promover una participación activa del paciente en la reducción del riesgo de recaída y del nivel de discapacidad social. Las intervenciones se centran en la exploración racional del carácter subjetivo de los síntomas psicóticos, cuestionando la evidencia para estos, y sometiendo tales creencias y experiencias a pruebas de realidad (66). También se utilizan técnicas dirigidas a reducir la implicación emocional asociada a la omnipotencia de las creencias delirantes y experiencias alucinatorias mediante explicaciones normalizadoras de los síntomas (67) o procedimientos para aumentar las estrategias adaptativas de afrontamiento, que ya pueden estar siendo utilizadas por el paciente (68).

Según Bustillo (48), los ensayos aleatorios controlados realizados proporcionan una evidencia preliminar acerca de la eficacia de la TCC en la reducción de los delirios y las alucinaciones en pacientes resistentes a la medicación y dan cuenta del beneficio de su uso como complemento de la farmacoterapia en la psicosis aguda. Por otra parte, Perona y Cuevas (69), que han llevado a cabo una revisión sistemática tanto de los diseños experimentales de caso único aplicados al tratamiento de las ideas delirantes (70), así como de los estudios aleatorizados con grupo control (71), llegan a una serie de conclusiones acerca de la efectividad de la terapia cognitivo conductual sobre los síntomas psicóticos. En síntesis, se puede concluir que la TCC:

- Puede reducir los síntomas psicóticos positivos y la angustia asociada en mayor medida que la ausencia de tratamiento alguno. Sin embargo no se ha demostrado que sus efectos sean superiores a los de otras estrategias psicológicas.
- Se ha mostrado más eficaz con los síntomas psicóticos residuales que con los síntomas agudos.

- No empeora los síntomas psicóticos positivos, pero tampoco reduce el riesgo de recaídas.
- Tiene un efecto débil sobre los síntomas negativos y el funcionamiento social.
- Parece ser más efectiva con las ideas delirantes que con las alucinaciones auditivas.
- No hay pruebas hasta el momento que indiquen que su efecto sea debido a su influencia específica sobre las creencias disfuncionales.
- No hay evidencia sobre cuál estrategia cognitivo-conductual puede ser más efectiva en la eliminación de síntomas psicóticos.
- Si se tienen en cuenta las conclusiones de Perona y Cuevas (69), se constatará que es una línea de trabajo que aunque prometedora, debe ser todavía investigada con nuevos ensayos controlados.

Entrenamiento en habilidades sociales, actividades de la vida diaria y resolución de problemas

El entrenamiento de personas psiquiátricamente discapacitadas en ciertas habilidades es hoy una modalidad terapéutica plenamente aceptada en los programas de rehabilitación. Se fundamenta en que la presencia de déficit en las habilidades sociales y de la vida diaria, dificultan el mantenimiento en la comunidad de los pacientes con enfermedad mental grave. El tratamiento farmacológico, por sí mismo, no enseña ni fortalece las competencias en los roles instrumentales, las relaciones sociales o el desempeño laboral. Es necesario entonces proveer entrenamiento específico en las habilidades necesarias para el funcionamiento personal y social de las personas que manifiesten problemas en estas áreas.

Las habilidades sociales han sido descritas por Liberman (1986) (72) como conductas interpersonales instrumentales y socio-emocionales. Son necesarias tanto para mantener y mejorar la independencia y la supervivencia en la comunidad como para establecer, mantener e intensificar las relaciones de apoyo personal.

Las publicaciones que han promovido el entrenamiento en habilidades son muy numerosas. Los programas respectivos han sido validados en un amplio espectro de lugares de tratamiento, períodos y subgrupos de pacientes; los objetivos de tratamiento se han ido ampliando; se ha perfeccionado el tipo de personal utilizado en los entrenamientos; y se han diversificado las técnicas usadas para promover y mantener los cambios conductuales.

Penn y Mueser (1996) (66), en su revisión acerca del tratamiento psicosocial de la esquizofrenia, resumen los resultados de los estudios controlados sobre entrenamiento en habilidades sociales sugiriendo las siguientes conclusiones:

- Las personas con esquizofrenia pueden aprender una amplia gama de habilidades sociales, que van desde las más simples a las más complejas como la asertividad o las habilidades para sostener conversaciones.
- La mejoría en habilidades sociales tras el entrenamiento es evidente para los patrones de conducta específica; pero los cambios en síntomas y en funcionamiento comunitario son menos manifiestos.

- Para que se consolide el entrenamiento en habilidades sociales, éste necesita ser proporcionado durante un amplio período, un año o más.

Bustillo y cols. (48) concluyeron, luego de la revisión de ensayos clínicos controlados ya mencionada, que el entrenamiento en habilidades sociales ha sido ampliamente exitoso para el aprendizaje de conductas sociales específicas. Confirmaron también que los resultados son prometedores según los pocos estudios hechos de entrenamiento en habilidades sociales; también constataron los resultados positivos en los programas de empleo protegido y, en consecuencia, recomendaron el uso de estos tipos de intervención psicosocial.

Rehabilitación neuropsicológica de la esquizofrenia

Diversas investigaciones han documentado que la disfunción cognitiva es también una característica distintiva de la esquizofrenia. Desde las clásicas descripciones psicopatológicas de Kraepelin y Bleuler, que ponían de manifiesto la relevancia de las alteraciones de los procesos cognitivos, este aspecto ha venido siendo considerado con un interés recurrente, que se ha acentuado durante la última década.

Addington y Addington (73) encontraron que ciertos aspectos del funcionamiento cognitivo como la habilidad verbal, la memoria verbal y el funcionamiento ejecutivo, predicen la resolución de problemas sociales, estimando que sus alteraciones podrían considerarse como factores limitantes.

Spaulding y cols. (74) han propuesto un modelo trifactorial acerca de las disfunciones cognitivas en la esquizofrenia, con implicaciones para la evaluación y el tratamiento. El primer factor sería estable, generalizado y ligado a la vulnerabilidad. El segundo entorpecería el funcionamiento ejecutivo, la memoria y las habilidades conceptuales, estaría ligado al episodio psicótico y remitiría espontáneamente tras la desaparición de este último. El tercer factor sería similar al anterior pero de carácter residual y podría ser objeto de tratamiento psicosocial.

Otros autores han desarrollado modelos explicativos que integran los hallazgos acerca del curso de la esquizofrenia, donde los factores neuropsicológicos desempeñan un papel mediador central, tanto en la evolución psicopatológica (75) como en el desempeño social y comunitario de los pacientes (76, 77), por lo que demandan una atención directa sobre ellos, si el objetivo terapéutico es reducir la discapacidad.

A pesar de la heterogeneidad de los procedimientos metodológicos, algunos estudios han aportado resultados prometedores; otros, por el contrario, consideran que las evidencias acerca de la eficacia directa de la rehabilitación cognitiva no son concluyentes (71).

El análisis de los efectos del tratamiento cognitivo en los pacientes esquizofrénicos sugiere la posibilidad de al menos tres tipos de mecanismos (78):

1. Protésicos, mediante los cuales se establecen nuevas destrezas para reemplazar o compensar habilidades deterioradas.

2. De recuperación, en que los procesos dañados son sometidos a intervenciones conducentes a un restablecimiento.
3. Reorganizativos, por medio de los cuales se fortalecen las condiciones ambientales para adecuarlas a la reorganización funcional de los procesos disociados por la psicosis aguda.

Tratamiento asertivo comunitario

Este modelo de atención, creado por Stein y Test (79), consiste en un conjunto de intervenciones ejecutadas por un equipo multidisciplinario que debiera incluir entre sus recursos humanos la presencia del psiquiatra, la enfermera y, al menos, dos trabajadores de salud mental encargados del seguimiento de casos. Sus principios básicos prescriben la asignación de un número limitado de pacientes por equipo, entrega de la mayoría de los servicios en la comunidad antes que en un espacio institucional, responsabilidad compartida de los casos, y disponibilidad de los servicios 24 horas al día. El énfasis asignado a la baja proporción de pacientes por equipo, tratamiento en la comunidad y preferencia por la entrega directa de los servicios, reflejan las prioridades del modelo. Su paradigma se puede sintetizar como la entrega al paciente de apoyo práctico en el diario vivir, como compras, lavandería y transporte. El fomento de la adherencia terapéutica es un elemento consustancial de estos programas.

Programas terapéuticos individualizados e intervenciones holísticas:

Una de las metas principales del tratamiento de enfermos con psicosis grave es encontrar el equilibrio entre la *sobreestimulación* y la *infraestimulación*. Según el modelo ampliamente aceptado de estrés-vulnerabilidad aplicado a la esquizofrenia y otras psicosis, la sobreestimulación conduce a la exacerbación de los síntomas y a la recaída, mientras que la infraestimulación favorece la pasividad excesiva y el aislamiento, como se veía en pacientes institucionalizados durante largo tiempo.

El equilibrio adecuado no sólo varía entre individuos, sino que además ha de ser diferente para el mismo enfermo en momentos distintos de su evolución. Por lo tanto, para alcanzar el mejor resultado en términos de adherencia a la medicación y otras facetas de los cuidados que se brinden al paciente, el programa de cuidados tiene que ser diseñado individualmente y ajustado a las circunstancias de cada paciente en cada momento evolutivo. Se debe advertir que todo ello es más difícil de alcanzar en un escenario no institucional, donde los pacientes disponen de más libertad y en general, de oportunidades para elegir su propia conducta.

Conviene recalcar que el enfoque terapéutico no sólo ha de ser personalizado y contextualizado todo el tiempo, sino que las intervenciones terapéuticas han de tener un carácter holístico; es decir, integral y exhaustivo. La complejidad de los problemas que afectan al enfermo y su ambiente ha de ser afrontada desde varias perspectivas y con recursos terapéuticos combinados; por ejemplo, hay consenso sobre la conveniencia de ofrecer tratamiento farmacológico y cuidados psicoterapéuticos de forma combinada; incluso pueden asociarse varias técnicas de base psicológica, de manera simultánea o escalonadamente.

La complejidad mencionada ha llevado a algunos autores a sistematizar modelos complejos de intervención que integren diversos procedimientos terapéuticos que hayan mostrado validez para abordar aspectos parciales del funcionamiento personal y social de los pacientes. Estas aproximaciones integradoras representan un intento por superar el reduccionismo y la simplificación que a veces supone la metodología investigadora. Sin embargo, la elección de los componentes de los modelos, el peso relativo de cada uno de ellos, el modo y orden de su presentación, el tiempo de exposición, y la eficacia conjunta frente a otros procedimientos deben ser debidamente acreditados, a pesar de la complejidad que implica.

Roder y cols. (70) desarrollaron un programa denominado Terapia Psicológica Integrada (TPI), para ser aplicado en grupos, que consta de cinco subprogramas orientados a la terapia de los trastornos cognitivos y de la conducta social, típicos de la esquizofrenia:

1. Diferenciación cognitiva
2. Percepción social
3. Comunicación verbal
4. Habilidades sociales
5. Resolución de problemas interpersonales

Partiendo del hecho de que la conducta está jerárquicamente organizada y que en la esquizofrenia se da una alteración en los procesos cognitivos básicos, los autores llegaron a la conclusión de que para que la terapia sea efectiva, primero hay que trabajar con los procesos cognitivos. Habilidades básicas como concentración, formación de conceptos, capacidad de abstracción, capacidad perceptiva y memoria deben ser practicadas en primer lugar para desarrollar luego formas más complejas de conducta social.

Los primeros subprogramas se centran en las funciones cognitivas básicas. Una vez que estas se han desarrollado, el objetivo se dirige a la tarea más compleja de adquisición de habilidades sociales y resolución de problemas. Cada subprograma avanza de manera progresiva, graduando el nivel de las tareas requeridas, tanto en su complejidad como en el grado de posible implicación emocional.

La promoción de habilidades para manejar las emociones y los afectos, desempeña un papel de particular importancia dentro de cada subprograma. Puesto que las situaciones potencialmente estresantes tienen un efecto disfuncional en las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, los ejercicios de cada subprograma comienzan centrándose en tareas emocionalmente neutras para ir pasando después a tareas o contenidos emocionalmente estresantes. En los estadios avanzados de la terapia se hace más énfasis en el afrontamiento del estrés emocional.

Otro procedimiento psicoterapéutico individual para la esquizofrenia es el creado por Hogarty y cols. (60), conocido como Terapia Personal (TP). Por medio de él se intenta superar las limitaciones de la psicoterapia tradicional con este tipo de pacientes. Estos autores han modificado el “*modelo centrado en la persona*” para adaptarse al trastorno neurocognitivo subyacente, minimizar el potencial efecto iatrogénico de la medicación antipsicótica, controlar las fuentes de sobreestimulación ambiental y llevar a cabo la terapia cuando la etapa crítica del trastorno ha terminado y puede asegurarse

la estabilidad. Por medio de estrategias graduales de afrontamiento interno, la TP intenta estimular una mayor conciencia de la vulnerabilidad personal, incluyendo las “*señales internas*” de alteración emocional. El objetivo del procedimiento es potenciar la prevención de recaídas y la reintegración social del paciente mediante el desarrollo de la conciencia de enfermedad, el reforzamiento de la competencia para la vigilancia y el autocontrol de los estados emocionales; también se favorece la expresión apropiada de emociones, la evaluación de la respuesta provocada en los otros, y la asunción progresiva de responsabilidades y actividades ocupacionales.

En resumen, se puede decir que durante estas últimas décadas se ha acumulado un notable *corpus* científico acerca de la efectividad de algunos procedimientos (psicoeducativos) y de resultados prometedores en otras técnicas (terapia cognitiva de los síntomas psicóticos, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva). Todos estos procedimientos, junto con un tratamiento farmacológico adecuado y otros cuidados orientados a la integración social, pueden mejorar los resultados en términos de síntomas psicóticos, ingresos hospitalarios, funcionamiento personal y calidad de vida, permitiendo el tratamiento y mantenimiento del paciente en la comunidad.

La base científica no siempre es trasladada efectivamente a la oferta de tratamiento por los servicios de salud mental, sino que su asimilación es arbitraria y desigual a través de los diferentes sistemas de servicios. Los servicios de salud mental deberían incorporar de forma sistemática estos nuevos enfoques en su estructura organizativa y orientar hacia ellos sus recursos de manera prioritaria. Para ello es imprescindible la divulgación de estos conocimientos entre administradores y clínicos, así como la formación y el entrenamiento de los profesionales que han de desarrollar los planes de tratamiento.

Las investigaciones continúan su curso abriendo nuevas perspectivas terapéuticas y han de responder a cuestiones como el perfil de paciente más adecuado para cada intervención, la duración del tratamiento o la integración adecuada de las diferentes estrategias terapéuticas que vayan demostrando su efectividad. Una actitud, por parte de los gestores y clínicos, orientada a la actualización y puesta en práctica de este creciente conocimiento de lo que se puede hacer frente a un trastorno tan grave como la esquizofrenia, permitirá un mayor optimismo en aquellos que lo padecen y sus familiares.

Referencias

1. World Health Organization. *The world mental health report 2001: mental health: new understanding new hope*. Geneva; World Health Organization, 2001
2. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G. et al. *Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten-Country Study*. London: Cambridge University Press. 1992.
3. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
4. Beitchman JH, Childhood schizophrenia. A review and comparison with adult-onset schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1985; 8(4):793-814.
5. Flor-Henry P. Schizophrenia: Sex differences. *Can J Psychiatry*. 1985; 30(5):319-22.
6. Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA. Long-term outcome of major psychoses. I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptomfree surgical conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1979; 36(12):1295-301.

7. Black DW, Andreasen NC. Schizophrenia, schizophreniform disorder, and delusional (paranoia) disorders. En Hales RE, Yudofsky sc, Talbott J. eds. *Textbook of psychiatry*. Washington, DC: The American Psychiatric Press; 1999.
8. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(10):1590-5.
9. Hennekens, C. H., Hennekens, A. R., Hollar, D., et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American Heart Journal*. 2005; 150, 1115 -21.
10. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55(2):109-15.
11. Magliano L, Fadden G, Madianos M, De Almeida JM, Held T, Guarneri M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33(9):405-12.
12. Winokur G, Tsuang MT. The natural history of mania, depression and schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
13. WHO. World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *JAMA*. 2004; 291:2581-90.
14. Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:177-84.
15. Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Dunn G, et al. Rationale and design. PRISM Psychosis Study I. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173:363-70.
16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª ed. en español. Barcelona, España: MASSON S.A; 1995.
17. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 10ª. revisión (CIE-10). 1ª. ed. Madrid, España: MEDITOR; 1992.
18. Leff J. Maintenance (management) of people with long-term psychotic illness. En Mark IM. y Scott RA. (Eds.) *Mental Health Care Delivery*. 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1990; 3, pp. 17-41.
19. O' Driscoll C. The TAPS Project 7: mental hospital closure -a literature review of outcome studies and evaluative techniques. *British Journal of Psychiatry*. 1993; 162(supl. 19):7-17.
20. Rothbard A, Kuno E, Schinnar A, Hadley T, Turk R. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: A 3-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156(6):920-7.
21. Häfner H. y an der Heiden W. Evaluating effectiveness and costs of community care for schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1991; 17(3):441-51.
22. Trieman N. y Leff J. The difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme. The TAPS Project 24. *Psychol Med* 1996; 25:765-74.
23. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ* 1998; 316:106-9.
24. Becker T. y Thornicroft G. Community care and management of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 1998; 11:49-54.
25. Anderson J, Dayson D, Wills W, Gooch C, Margolius O, O' Driscoll C, Leff J. The TAPS Project 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162(supl.19):45-56.

26. Leff J, Thornicroft G, Coxhead N, Crawford C. The TAPS Project: a five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165(supl. 25):13-7.
27. Sturt E, Wykes T. y Creer C. Demographic, social and clinical characteristics of the sample. Long-term community care: experience in a London Borough. *Psychol Med* 1982; Monograph supl.2.
28. Dayson D. The TAPS Project 12: Crime, vagancy, death and readmission of the long-term mentally ill during their first year of local reprovision. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162(supl.19):40-4.
29. Wiersma D, Sytema S, van Busschbach J, Schreurs M, Kroon H, Driessen G. Prevalence of long-term mental health care utilization in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:247-53.
30. Slade M, Powell R, Rosen A, Strathdee G. Threshold Assessment Grid (TAG): the development of a valid and brief scale to assess the severity of mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:78-85.
31. Rosales C. Estudio geográfico de una población de esquizofrénicos y de sus necesidades en un área de Granada. Tesis doctoral dpto. de geografía humana. Universidad de Granada, 1999.
32. Demittenaere K. et al. 2004. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *JAMA* (2004), 291; 2581-90.
33. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B: The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82:11; 858-66.
34. Salize HJ et al. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients –Legislation and practice in EU-Member States. Report to EU The SANCO Directorate General (2002).
35. Kallert TW & Torres-González F, eds. Legislation on coercive mental health care in Europe. Legal documents and comparative assessment of twelve european countries, Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2006. ISBN: 3-631-55446-X. US-ISBN 0-8204-9938-2.
36. Lamb HR, Weinberger LE: Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatr Serv*, 1998, 49:483–92.
37. Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on desinstitutionalization. *Psychiatr Serv*. 2001; 52:1039-45.
38. Priebe S et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six european countries *BMJ* 2005; 330; 123-6.
39. Falissard, B. et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006, pp. 6, 33.
40. Salize HJ, Dreßing H & Kief C. Mentally disordered persons in european prison systems -Needs, programmes and outcome (EUPRIS). Report to EU The SANCO Directorate General (2007).
41. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotics patients. *Br J Psychiatry*. 1976; 129:125-37.
42. Zubin J, Spring B. Vulnerability-a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psciol*. 1977;86(2):103-26.
43. Fallo on IR, Boyd JL, Mcguill CW. Family care of schizophrenics. New York: Guilford; 1984.
44. Leff J. Family treatment of schizophrenia. En: Grauville.Gossman K, ed. *Recent advances in clinical psychiatry*. Edinburgh, New York: Churchill Livingston; 1985.
45. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. Schizophrenia and the family. New York: Guilford; 1986.
46. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, et al. The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry*. 1988;153:532-42.
47. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2):CD000088.

48. Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(2):163-75.
49. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 1990; 156:798-808.
50. Birchwood M, Smith J, Drudy V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report insight scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89(1):62-7.
51. Jorgensen P. Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 92(6):436-40.
52. McCandless-Glimcher L, McKnight S, Hamera E, Smith BL, Peterson KA, Plumlee AA. Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. *Hosp Community Psychiatry*. 1986; 37(9):929-33.
53. Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, Bering S. Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychol Med*. 1989; 19(3):649-56.
54. Jorgensen P. Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998; 172:327-30.
55. Lee PW, Lieh-Mak F, Yu KK, Spinks JA. Doping strategies of schizophrenia patients and their relationship to outcome. *Br J Psychiatry*. 1993; 163:177-82.
56. Goldman CR, Quinn FL. Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*. 1988; 39(3):282-86.
57. Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, Harper JP. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry*. 1996; 168 (2):199-204.
58. Moller MD, Murphy MF. The three r's rehabilitation program: A prevention approach for the management of relapse symptoms associated with psychiatric diagnoses. *Psychiatr Rehabil J*. 1997; 20(3):42-8.
59. Halford WK, Harrison C, Kalyansundaram M, Moutrey C, Simpson S. Preliminary results from a psycho-educational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatr Ser*. 1995; 46(11):1189-91.
60. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S, et al. Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995; 21(3):379-93.
61. Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2):CD000524.
62. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Terapia cognitiva de la depression*. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1983.
63. Chadwick P, Birchwood M, Trower P. *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley. 1996.
64. Kingdon D, Turkington D. The use of cognitive behaviour therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. *J Nerv Ment Dis*. 1991; 179(4):207-11.
65. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome *Br J Psychiatry*. 1993; 162:524-32.
66. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(5):607-17.
67. Rund BR, Borg NE. Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: A review. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 100(2):85-95.
68. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*. 1996; 153(3):321-30.

69. Perona Garcelán S, Cuevas Yust C. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos. Revisión de los diseños experimentales de caso único aplicado al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de psicología*. 1999; 17(1, 2):31-48.
70. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel; 1996.
71. Bellack AS, Gold JM, Buchanna RW. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects, and strategies. *Schizophr Bull*. 1999, 25(2):257-74.
72. Liberman RP, Muesser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competent. *Schizophr Bull*. 1986; 12(4):631-47.
73. Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1999; 25(1):173-82.
74. Spaulding WD, Sullivan M, Weiler M, Reed D, Richardson C, Storzbach D. Changing cognitive functioning in rehabilitation of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994; 384:116-24.
75. Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik LK, Zinder KS, et al. The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89 (Suppl 382):58-64.
76. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competent. *Schizophr Bull*. 1986; 12(4):631-47.
77. Green MF, Nuechterlein KH. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr Bull*. 1999; 25(2):309-19.
78. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull*. 1999; 25(4):657-76.
79. Stein LI, Test MA. *Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation*. *Arch Gen Psychiatry*. 1980; 37:392-7.



El gran desafío del trabajo en la comunidad se centra en la interacción entre los servicios y la población asistida, que pasa a jugar un papel determinante en la identificación de sus necesidades y la respuesta correspondiente.

CAPÍTULO 11

El papel de los líderes comunitarios y los grupos de usuarios y familiares

*Dévara Kestel**

El cambio de paradigma del hospital psiquiátrico al de la salud mental comunitaria conlleva, entre otras implicaciones, la necesidad de redefinir el rol que la misma comunidad adquiere frente a esta. Si dentro de los muros hospitalarios esta mutua influencia no era esencial; el gran desafío del trabajo en la comunidad se centra en la interacción entre los servicios y la población asistida, que pasa a jugar un papel determinante en la identificación de sus necesidades y la respuesta correspondiente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1, 2) han enfatizado regularmente en los últimos 20 años la importancia de desarrollar servicios de salud mental comunitarios, donde el rol de los usuarios, sus familiares y la comunidad puede llegar a adquirir una preponderancia que contrasta con la pasividad frente a la enfermedad mental históricamente sostenida en el modelo manicomial.

Antecedentes históricos

En 1990 la OPS/OMS lideró una iniciativa que promovía la reorganización de los servicios psiquiátricos en la Región de las Américas, y que produjo la Declaración de Caracas (1). Este documento declara en su artículo primero que “la reestructuración de la atención psiquiátrica, ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud, permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales”. En ese documento se define el papel que la comunidad debe jugar en el ámbito de la salud mental, del cual es excluida cuando la respuesta a los problemas de salud mental se “resuelve” tras los muros de las instituciones psiquiátricas. La Declaración ha sido sin duda, un acicate que ha a estimulado la reorganización de los servicios de salud mental comunitaria en la Región (1).

* Asesora Subregional en Salud Mental para el Caribe de habla inglesa. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bridgetown, Barbados.

Este documento y otros de la época, entre los que sobresale el que recoge los “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental”, elaborado por la Organización de las Naciones Unidas (2), son el reflejo de un movimiento que desde finales de los años 60 se fue desarrollando en distintas partes del mundo, en un esfuerzo continuo por devolver a la persona que sufre problemas de salud mental su dignidad en cuanto ser humano portador de derechos.

En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud dedicó su Informe Anual a la salud mental, con el lema “Sí a la atención, no a la exclusión” (3), en el que por primera vez se manifestó detenidamente sobre los distintos elementos que conforman los sistemas de salud mental en diferentes partes del mundo. El documento constituye un intento por sistematizar experiencias positivas que se contraponen a situaciones donde la institución psiquiátrica tradicional es la única o la principal respuesta al problema de la enfermedad mental.

En el citado informe se consignan diez recomendaciones alusivas a diferentes problemas de salud mental, la quinta de las cuales insta a:

“Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores, que deben participar en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios. El resultado deberían ser unos servicios más acordes con las necesidades de la población y mejor utilizados. Por otra parte, las intervenciones deben tener en cuenta la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales, para responder a las necesidades de las personas con enfermedades mentales y a las de sus familias” (3).

En el mismo informe, la OMS se refiere a los nuevos servicios de salud mental como parte de la atención primaria, e indica que “la opción de utilizar todos los recursos comunitarios disponibles posee el atractivo de capacitar a los individuos, las familias y las comunidades para que hagan de la salud mental un objetivo de los ciudadanos más que de los profesionales”. Añade que, a diferencia de la atención en los hospitales, los servicios comunitarios pueden identificar recursos y establecer alianzas útiles para el mejoramiento de la atención (3).

El informe enfatiza el rol de cada uno de estos sectores en el campo de la salud mental. Así, al tratar el tema de la cooperación con pacientes y familias, el informe reconoce que el surgimiento de movimientos de usuarios en distintos países contribuyó a que las opiniones de los interesados se tomaran en cuenta. “El movimiento de consumidores se basa en la confianza en las elecciones del paciente por lo que concierne al tratamiento y otras decisiones”. Respecto al rol de las familias, el informe reconoce que “hay pruebas sólidas que demuestran la conveniencia de involucrar a las familias en el tratamiento y manejo de la esquizofrenia, el retraso mental, la depresión, la dependencia del alcohol y los trastornos conductuales en la infancia” (3).

El gobierno de Brasil, la OPS y la OMS convocaron en noviembre del 2005 en Brasilia a una “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental”, con el fin de evaluar los progresos alcanzados en los 15 años transcurridos después de la Declaración de Caracas. Entre sus conclusiones se destaca la importancia de “la participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental”, así como “la concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población” (4).

Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos que han realizado tanto organismos nacionales como internacionales, la necesidad de enfatizar el rol de la comunidad (incluyendo usuarios de servicios y familiares) en el ámbito de la salud mental sigue aún vigente. Ciertamente ha ocurrido una cantidad considerable de experiencias positivas en distintas partes del mundo, incluyendo la Región de las Américas. No obstante, la participación de la sociedad civil en salud mental no refleja la fuerza del movimiento ni resalta los beneficios que significaría para otros sectores de la salud.

Los últimos 10 a 20 años han presenciado la multiplicación de grupos dentro de la sociedad civil, algunos de carácter nacional y otros de ámbito internacional o global, que se han ido organizando para asumir un rol cada vez más relevante en la definición de políticas de salud. Los ejemplos abundan en las áreas de VIH/SIDA, salud reproductiva, derechos humanos, y otros. Estos grupos también han intervenido en la elaboración del Convenio Macro para el Control del Tabaco, donde por primera vez organismos no gubernamentales (ONG), pudieron participar en las discusiones entre un organismo intergubernamental y los Estados Miembros (5).

Las razones expuestas reafirman que la necesidad de emprender acciones de defensa y promoción de la salud mental es todavía hoy muy significativa. Según la OMS, “el concepto de *abogacía* (en inglés, *advocacy*) en salud mental ha sido desarrollado, entre otros fines, para promover los derechos humanos de personas con trastornos mentales y reducir el estigma y la discriminación” (6).

Sin lugar a dudas, el estigma y la discriminación juegan un rol considerable en la dificultad que los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares pueden tener si defienden abiertamente sus derechos; la sociedad, por otra parte, encara dificultades para considerar esas cuestiones como asunto propio.

La condición de usuario de servicios de salud mental, o la de familiares de usuarios, aún tiene en muchas sociedades una connotación negativa. Ello implica que pacientes y familiares, lo mismo que las organizaciones que los representan, deban hacer acopio de coraje y convicción, no requeridos en otras áreas de la salud. Un ejemplo de esta situación fue provisto por un miembro de la Asociación de Usuarios de Belice, quien en cierta oportunidad hizo la siguiente declaración, refiriéndose a su decisión de no hacer público su carácter de usuario de servicios de salud mental: “...cuando me enojo en mi trabajo por algún motivo y alzo la voz, nadie se sorprende, es normal. Si en cambio supieran que soy enfermo mental, entonces dirían: ah, ahí está el loco que grita...”.

La participación de líderes comunitarios en procesos que involucran a usuarios de servicios y familiares, contribuye a su integración en la comunidad, ya que disminuye la inmediata identificación con la enfermedad mental de cualquiera que exponga en público sus pareceres sobre este tema; por lo tanto reduce el posible estigma y la discriminación.

Otro argumento que justifica la incorporación de grupos de la sociedad civil en la red de servicios de salud mental es que pone de manifiesto la carga que los trastornos mentales significan para la sociedad. Según la OMS, 13% de los años de vida ajustados por discapacidad son debidos a trastornos neuropsiquiátricos, proporción destinada a aumentar con el envejecimiento de la población mundial. La magnitud de esta carga hace sentir sus efectos en la familia y en la sociedad (7).

En su presentación durante el encuentro de Brasilia, el Dr. Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abusos de Sustancias de la OMS, manifestó que “...resulta imposible

quedar indiferente ante el hecho de que en ausencia de asistencia por el sistema de servicios de salud, la mayor parte de la carga psiquiátrica recae sobre los usuarios, las familiares y algunos agentes comunitarios ajenos al sector salud...” (8).

La comunidad es una fuente importante de recursos utilizables en la práctica cotidiana de la atención, recuperación y promoción de la salud mental. Esos recursos están constituidos por usuarios, familiares y agentes comunitarios, que se ponen a disposición de los programas, sea espontáneamente, sea por razones de necesidad. Cabe resaltar la importancia que tiene que el sistema público haga uso de esas reservas, para así responder mejor a las necesidades de la población afectada.

Los servicios de salud mental y el papel de sus agentes

El pasaje de la psiquiatría institucional a la salud mental comunitaria destaca, entre otros aspectos, el rol que corresponde a la comunidad en la prestación de servicios.

Es importante subrayar que el cambio de modelo supone un enfoque más amplio, mediante el cual la atención de las personas con trastornos mentales no se limita ahora a considerar sólo la enfermedad y sus aspectos biológicos. El enfoque comunitario toma en cuenta además otras dimensiones del ser humano, en particular su integridad personal y su pertenencia al colectivo social, rasgos que se ven afectados por los trastornos mentales. En consecuencia, una respuesta adecuada no puede ser sólo biológica ni tampoco puede estar destinada únicamente a “eliminar” la enfermedad. Resulta entonces imprescindible cambiar la estrategia de “curar la enfermedad” por otra dirigida a “hacerse cargo de la persona”. Una innovación de esta envergadura requiere necesariamente la participación de actores que no solo posean una perspectiva médica, sino que incluyan además en su bagaje profesional una perspectiva psicológica, familiar y social. La atención debe ser provista por un equipo multidisciplinario que brinde respuesta a las necesidades del enfermo mental. El equipo, basado en la comunidad, está en condiciones de localizar y movilizar otros recursos que el servicio de salud mental no posee, y que son necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios; de allí la importancia de identificar y saber usar los recursos que la comunidad ofrece (9).

Cuando se trata de salud mental es importante considerar detenidamente los derechos humanos básicos, como son, entre otros, el derecho a vivir en la comunidad, recibir atención en salud, trabajar, estudiar, practicar deportes, tener oportunidades de esparcimiento e interactuar socialmente. La garantía de esos derechos esenciales para cualquier ser humano, cobra especial relevancia en el caso de las personas que sufren una enfermedad mental y que muy probablemente no gozan de ellos en su plenitud. En consecuencia, es necesario adoptar las medidas necesarias para su salvaguarda. Cuando se examinan estos temas es preciso tener en mente a los profesionales de los servicios de salud mental que en determinado momento debieran convertirse en agentes que promuevan y faciliten las relaciones del paciente con su entorno. Este deberá vincularse necesariamente con una red de servicios sociales y laborales, educacionales o judiciales, a través de los cuales podría hacer valer sus derechos.

Los prestadores de servicios de salud mental comunitarios son los agentes responsables de activar y mantener una extensa red de recursos y posibilidades en la comunidad de la cual el servicio de salud mental forma parte.

En síntesis, el servicio de salud mental comunitario tiene que servir de enlace entre la persona que sufre y la comunidad que la rodea. Los trabajadores de estos servicios deben tornarse en líderes de un proceso de integración del individuo en la sociedad a la que pertenece. También debieran restablecer los puentes entre el paciente y la sociedad, que la enfermedad misma y en muchos casos la institución psiquiátrica ha contribuido a derribar.

Es preciso facilitar una relación amistosa y de confianza mutua, por ejemplo con una agencia inmobiliaria, o de trabajo, en la que los pacientes dados de alta del servicio puedan recibir un trato respetuoso, acompañado de paciencia y buena disposición, cualidades no siempre presentes en el mercado. De igual importancia es la relación con otros servicios públicos sanitarios, sociales, judiciales, etcétera, a los cuales el usuario o sus familiares en algún momento podrían necesitar dirigirse y que frecuentemente no son de fácil acceso.

Otro aspecto crucial en el trabajo de los prestadores de servicios de salud mental es el rol inicial que pueden tener como promotores de proyectos participativos. Los agentes tradicionales que participan en estas iniciativas pueden conocer la existencia de recursos económicos, provenientes de las redes de apoyo, que podrían ser útiles para poner en marcha un proyecto.

El proceso de creación de una experiencia nacida en un grupo de autoayuda con sede en un centro de salud mental, es ilustrado con el siguiente relato hecho por los profesionales involucrados:

“Se querían potenciar los momentos de activación de los recursos del territorio, reconstruir un polo de referencia externo al servicio, invertir la lógica de drenaje de la demanda, usando los mismos canales y referentes (los usuarios del servicio en sentido general: desde los familiares a los vecinos a las formas de agregación social existentes, formales e informales). Tales recursos, humanos y materiales, debían ser más productivos a medida que el servicio los encontraba y reconocía las habilidades, las disponibilidades, los conocimientos, las inteligencias de los usuarios, las redes sociales existentes” (10).

Esa experiencia, vivida por un grupo de autoayuda de jóvenes afectados por psicosis que provenían del servicio de salud mental, se convirtió poco a poco en un espacio frecuentado por alrededor de 60 usuarios, además de familiares y voluntarios. Funcionaba los siete días de la semana, con actividades planificadas o espontáneas, que iban de lo recreativo a lo deportivo e incluían encuentros culturales y terapéuticos (el grupo de autoayuda también mantenía reuniones semanales para hablar de las problemáticas que dieron origen a su formación).

Entre las conclusiones de la experiencia, los operadores reconocen cómo “el servicio mismo ha sido influenciado: además de la repercusión en los indicadores más categóricos (“hard”) como la reducción de las hospitalizaciones, de la carga sobre los ambulatorios y también sobre las familias. Así emergió de manera evidente una posibilidad de participación diversa de los usuarios en el servicio, y un movimiento hacia adelante para dar respuestas a las necesidades de normalidad”. (10)

Un ejemplo que ilustra muy bien el rol que los prestadores de servicios de salud mental tienen en el fomento de la participación de usuarios de los servicios puede verse en el “Documento sobre consumidores, sobrevivientes, pacientes y expacientes”, comisionado por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (11) El proyecto para la producción del documento contó con la colaboración de un número considerable de pacientes y ex pacientes (6 000 personas revisaron el documento) y

tuvo entre sus objetivos aplicar a la salud mental los mismos criterios de evaluación de la calidad de los servicios y de las prácticas, basados en la evidencia, que se aplican en otros ámbitos de la salud. El documento sugiere diez reglas que sitúan al paciente en el centro de la atención y lo consideran como una persona capaz de contribuir a trazar su propio camino hacia la recuperación. (11)

Los usuarios y el proceso de recuperación

El papel jugado por los usuarios es el que se ha visto afectado de la manera más impresionante por el proceso de sustitución de la institución cerrada por los servicios de salud mental comunitaria. Antes del cambio, los usuarios tenían la categoría de meros entes que recibían pasivamente medicinas, tratamientos y castigos, eran objeto de restricciones y estaban privados de ejercitar sus derechos. Esta situación ha evolucionado con el cambio y ahora el paciente ha llegado a convertirse en un actor primordial de los sistemas de salud mental en muchos lugares del mundo.

Los movimientos de usuarios tuvieron su origen en distintos países, entre otros en Inglaterra y los Estados Unidos. Surgieron como una reacción a las respuestas limitadas que el servicio público ofrecía en sus instituciones psiquiátricas. Los movimientos se crearon para oponerse al modelo vigente de servicios públicos de salud mental, al tiempo que ofrecían soluciones alternativas. De esta manera, los grupos de autoayuda o ayuda mutua han llegado a constituir una vasta red que hoy se extiende a los cinco continentes.

Los grupos de autoayuda cumplen un rol muy importante en el sistema de salud mental en cuanto ofrecen un foro protegido, en el que está permitido a todos expresarse libremente, sin ocultar los síntomas de la propia enfermedad, y sin embargo ser de todos modos aceptados. Pueden constituir un puente entre el servicio de salud mental y la sociedad que permite, mediante la identificación del propio sufrimiento con el de los demás, reforzar aquellos aspectos de la persona que le facilitan convivir con la enfermedad. La constatación de que a pesar de los propios problemas se puede ser capaz de ayudar a otros es un elemento que tiene relevancia desde la perspectiva de los usuarios, tanto de los que ofrecen ayuda como de los que la reciben.

Sobresale en la Región el caso de Chile, país que cuenta desde el 2001 con la Agrupación Nacional de Usuarios de los Servicios de Salud Mental (ANUSSM), que tuvo el apoyo inicial de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, para luego continuar funcionando en forma autónoma. Después de un período inicial de jornadas y asambleas que contribuyeron a la consolidación de la asociación, esta ahora se dedica a formalizar su personería jurídica, a cuyo fin impulsa la participación de los profesionales y técnicos que quieran colaborar. Entre los planes inmediatos de la agrupación está la constitución de un centro de empleo con el apoyo financiero de un servicio de salud estatal; el proyecto está inspirado en el principio de la “realización personal”. La asociación también auspicia una actividad académica, con sede en la Universidad de Valparaíso, conducente a la obtención de un diploma en “salud mental en la comunidad” (12).

En muchos casos las estrategias de rehabilitación psicosocial contribuyen a la recuperación del paciente y facilitan el rescate de la autonomía, habilidades y capacidades perdidas a causa de la enfermedad o de la prolongada reclusión. La rehabilitación equivale a un recorrido en el que, además de recobrar habilidades y destrezas la persona hace realidad la posibilidad de ejercer sin restricciones sus derechos de ciudadanía (13).

En El Bolsón, Provincia de Río Negro, Argentina, existe desde hace siete años una cooperativa de trabajo en la que participan usuarios del servicio de salud mental local. Esta cooperativa, que se creó con el objetivo de lograr la inserción laboral de los expacientes y a la vez cambiar la visión que la comunidad local tenía sobre la locura, es hoy concesionaria de la confitería del polideportivo municipal, tiene un servicio para fiestas y la concesión de un refugio de montaña en el cerro Perito Moreno. Ninguno de los miembros de esta cooperativa es profesional de la salud. (14)

Como ya se ha mencionado, no siempre es fácil para un usuario identificarse y ser reconocido como persona, independientemente de su condición de “enfermo mental”. Es también necesario a veces encontrar la fuerza para vencer las propias dificultades y enfocar la atención en ámbitos de escala social. Es por eso que en algunos casos en los que se ven involucrados usuarios, familiares y agentes sociales se suelen obtener resultados muy positivos, por obra de la integración en la realidad social que circunda al usuario, que resulta más sencilla por tener menos connotaciones específicas. Esta integración es obtenida cuando la persona llega a ser parte de una realidad única, distinta que la centrada en la enfermedad mental, o cuando pertenece a un grupo que la reconoce y acepta por lo que hace y produce, independientemente de su condición de enfermo mental.

El rol de la familia

El papel que desempeña la familia de una persona con trastornos mentales en su tratamiento y rehabilitación es fundamental. Este rol irá variando en distintos momentos de la historia natural de la enfermedad, desde el momento mismo en que los parientes pasan de ser *familiares ordinarios* a *familiares de una persona con problemas mentales*.

Los grupos de autoayuda pueden dar origen a procesos educativos en cuanto son asociaciones que luchan por los derechos propios y por los de sus parientes enfermos. Estas asociaciones ofrecen servicios que pueden beneficiar tanto a los usuarios como a sus familiares.

Conviene reconocer que ningún “futuro” familiar de un paciente mental tiene que ser experto en temas de salud mental. Según un estudio realizado en Chile, “71,6% de los familiares no conocía nada o poco de la esquizofrenia antes de vivirla en la familia. Cincuenta y dos por ciento tenía una idea muy distinta de la realidad de la enfermedad y 18,6% tenía una idea de la misma regularmente distinta antes de que se presentara en la familia” (15).

El desconocimiento “normal” de la enfermedad lleva al familiar a una búsqueda desesperada de información, explicaciones, justificaciones, razones, soluciones, etc., que en muchos casos son causa de confusión aun mayor respecto a la situación existente, ya de por sí difícil, en el ámbito familiar. Si el familiar encuentra respuestas exhaustivas y satisfactorias a sus numerosas dudas seguramente contribuirá a aliviar en parte el malestar que la enfermedad mental ha producido en el seno de la familia. Por otro lado, “si el objetivo principal del proceso terapéutico es curar a la persona con esquizofrenia, mejorar la calidad y el sentido de sus relaciones, o cuanto menos reducir el número y la intensidad de las recaídas, uno de los medios esenciales, uno de los pasajes obligados, es la participación de la familia en dicho proceso” (16).

La familia puede participar de manera muy diversa. Un modo de cooperar es acompañar al paciente enfermo en el proceso de recuperación, tomando parte activa en el abordaje terapéutico. La familia puede también participar formando parte de asociaciones de familiares. Muchas de estas asociaciones nacieron, al igual que las de usuarios, como reacción o protesta a la respuesta —o falta de respuesta— del servicio público. Cabe subrayar que en la mayoría de los casos las asociaciones evolucionan hasta lograr una participación activa en la vida de los servicios de salud mental y en la comunidad a la que pertenecen.

La reunión de familiares que están pasando por experiencias similares permite el intercambio de experiencias. Se han observado buenos resultados con la organización de encuentros en los que el invitado de turno explica una nueva forma de terapia o relata iniciativas que han sido exitosas en otros lugares, o cualquier otro tipo de información considerada útil por el grupo. La organización y participación en conferencias, producción de material educativo, o de defensa de los derechos de los pacientes mentales y sus familias, son iniciativas que pueden tener buenos desenlaces. También son beneficiosas las acciones de promoción de la salud mental en la comunidad, la búsqueda de soluciones legales para un futuro en el cual el familiar ya no estará para hacerse cargo del ser querido y la movilización de recursos con miras a la creación de soluciones alternativas o complementarias a las ofrecidas por el sistema oficial. Lo expuesto es sólo un compendio de distintas actividades, iniciativas o funciones que las asociaciones de familiares han ido asumiendo en el curso de los años en muchas partes del mundo. A las actividades mencionadas antes es oportuno agregar las relacionadas con la lucha contra el estigma, la discriminación y la exclusión social, que son a menudo temas relevantes en las agendas de estas asociaciones.

La asociación de familiares Ipsilon fue creada en Suriname en 1998, con el apoyo de su homónima holandesa. Desde entonces colabora con el servicio de psiquiatría local mediante el mejoramiento de las condiciones de vida de los seres queridos que sufren problemas de salud mental, la organización de actividades dentro y fuera de la institución psiquiátrica, la puesta en marcha de campañas de defensa de los derechos de las personas con trastornos mentales y la promoción de la integración de estas personas en la comunidad, etc. (17).

El rol de la comunidad

Sin lugar a dudas, la mejor estrategia para involucrar a la comunidad es mediante la creación de servicios incorporados en su seno. No obstante, hay que tener en mente que la enfermedad mental lleva consigo una cuota significativa de estigma y que la creación de servicios aislados, rodeados de muros a la manera de los hospitales psiquiátricos, no ayuda a eliminar los prejuicios, sino que por el contrario contribuye a fortalecer la desconfianza. Si por el contrario los servicios abren sus puertas a la comunidad, hacen suyas las problemáticas que la afectan y comparten problemas y oportunidades, podrán intercambiar recursos, ideas y posibilidades con esa sociedad, y contribuir directa e indirectamente a hacer que la locura deje de ser una amenaza para convertirse en un problema de salud más, como tantos otros.

La comunidad y sus líderes no son entes abstractos. Está conformada por individuos y grupos que juegan roles diversos en la sociedad y que sea en forma individual o colectiva pueden contribuir sustancialmente a mejorar la salud mental de sus integrantes. Como bien lo expresó Franco Rotelli “la

única, contribución general que pedimos a administradores, arquitectos, viveristas, mueblistas, comerciantes, capitanes de barcos, constructores, empresarios, maestros, intelectuales, artistas, estilistas, plomeros y empleados es una hora de su inteligencia para una empresa social más general” (18).

A veces se piensa, de manera equivocada, que lo único que se necesita son organizaciones específicas que se interesen en el problema de la salud mental. Es cierto que las organizaciones que se dedican exclusivamente a las cuestiones de salud mental son en extremo útiles. Está demostrado que las organizaciones de usuarios o de familiares existentes en la comunidad son insustituibles en el desempeño de sus funciones; sin embargo, esas organizaciones debieran ser reforzadas. De interés especial es el apoyo a las asociaciones de mujeres, grupos deportivos, ecologistas, de derechos humanos, religiosos, de músicos, de teatro y otros, en cuanto son realidades que la comunidad crea para sí misma y en las que los usuarios de los servicios de salud mental pueden y deben participar. A pesar de que el estigma y la discriminación existen en la sociedad en general, no están presentes necesariamente en las organizaciones que la sociedad forma para poder expresarse a sí misma. Las ideas preconcebidas que muchas veces los mismos usuarios o los operadores de los servicios tienen respecto a la existencia del estigma no hacen otra cosa que alimentarlo y más bien obstaculizar las posibilidades que existen para su implementación.

En Cuba, el centro comunitario de salud mental Lawton asigna un rol fundamental a las organizaciones locales de base, como los Comités por la Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas y los Consejos de Poder Popular. Estas organizaciones están involucradas en distintos programas, que van desde la educación en salud comunitaria a la prevención y el control de la enfermedad. “La contribución de estas organizaciones refuerza la red social a través de la creación de oportunidades para la participación comunitaria en empresas sociales, como las de naturaleza rehabilitativa, desarrolladas para facilitar la integración efectiva de pacientes en la comunidad.” Una evaluación realizada en ese centro reveló que el incremento en las actividades a nivel comunitario ha resultado en una disminución de las admisiones hospitalarias, visitas de emergencia y número de pacientes carentes de vivienda (19).

Frecuentemente se menciona la importancia de involucrar en las labores relacionadas con la salud mental a los líderes religiosos, quienes suelen tener funciones de considerable importancia, pues es en el ámbito propio de su ministerio donde muchas personas buscan respuesta a sus sufrimientos. Por ejemplo, hace años que en Jamaica funciona un centro comunitario de tratamiento holístico en el recinto de una iglesia baptista. Este centro, que cuenta con un consultor psiquiatra y teólogo, ofrece una combinación de servicios médicos, psiquiátricos, de asesoramiento psicológico y servicios religiosos en comunidades de fe baptista de la isla. El Programa de salud “Vida total” (“Whole-life”) considera a la persona en su totalidad, y ofrece servicios basados principalmente en un programa de atención primaria con componentes médicos, de salud mental, pastoral y socioeconómicos. En cada uno de los componentes mencionados se utilizan estrategias curativas, preventivas y de rehabilitación (20).

La comunidad ofrece posibilidades de recursos prácticamente ilimitadas que pueden y deben ser utilizados. A veces se trata simplemente de permanecer alerta y dejar que esas realidades penetren los servicios de salud mental, en otras palabras dejar que los servicios sean “contaminados” por la sociedad que los circunda.

Referencias

1. OPS. Declaración de Caracas, 1990.
2. Organización de las Naciones Unidas (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Asamblea general. Resolución 46/119, 46. GAOR. (Sup. No. 49), p. 189. ONU Documento A/46, 119 46 (1991).
3. OMS. Informe Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. Ginebra. 2001
4. OPS/OMS. La reforma de los servicios de salud mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas, Brasilia, 2005. Recopilación de trabajos. 2005.
5. Buse, N. Mays & G. Walt K. Making health policy. In Understanding Public Health. Berkshire. England. 2005.
6. OMS. Advocacy for Mental Health. OMS. Singapore. 2003. Traducción de la autora.
7. OMS. Investing in Mental Health. Geneva. 2004.
8. Saraceno B. La iniciativa de reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. OPS/OMS. La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas, Brasilia, 2005. Recopilación de trabajos. 2005.
9. Saraceno B. "La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica". ETASLIBRI-RCS Medicina. Milan. 1995
10. Mezzina R. y otros. Fuori C'entro. En "La foresta di pietra. Conferenza dei servizi di salute mentale. Trieste, 13/14 maggio 1992". Edizioni e. Trieste. Italia. 1993. Traducción de la autora.
11. New York Mental Health Office. Infusing recovery-based principles into mental health services. A white paper. September 2004. Traducción de la autora.
12. Chuaqui J. Comunicación personal. Salud mental y derechos humanos
13. Rotelli F. Rehabilitar la rehabilitación. En "Per la Normalita'. Taccuino di uno psichiatra". Aterios editore. Trieste. 2000.
14. La Nación (periódico) Trabajan y crean conciencia sobre la locura en El Bolsón. 28 abril de 2008.
15. Chuaqui J. Inclusión en la diversidad o exclusión: dilema ético ante la situación social de las personas con enfermedades mentales severas.
16. Dell'Acqua G. "Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi". Editori Tiuniti. Roma. Maggio 2003. Traducción de la autora.
17. Comunicación personal. Contactos a: ypsilonuriname@sr.net
18. Rotelli F. Per un'impresa sociale. En "Per la Normalita'. Taccuino di uno psichiatra". Aterios editore. Trieste. 2000. Traducción de la autora.
19. Aparicio Basauri V. Cuba: mental health care and community participation. En *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. OPS. 2008. Traducción de la autora.
20. Hickling F. & Gibson R. The history of Caribbean Psychiatry. En *Images of psychiatry, The Caribbean*. World Psychiatric Association. Jamaica. 2005. Traducción de la autora.

Promoción de la salud mental

Silvina Malvárez*

Introducción

La promoción de la salud mental está situada en el campo más amplio de la promoción de la salud e involucra acciones que apoyan a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables, y a que creen condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud (1).

La discusión sobre la promoción de la salud requiere algunas aclaraciones iniciales para contribuir a la comprensión de esta estrategia. En primer lugar, hace falta precisar de qué se habla al mencionar *salud mental y promoción de la salud mental*, cuál es la evolución de los conceptos y sus consecuencias teóricas y prácticas. En segundo lugar, se necesita afirmar la importancia intrínseca de la salud mental para el bienestar humano y el desarrollo de las naciones, importancia que determina su prioridad política y su complejidad social. La promoción, junto con la protección, el mantenimiento y la recuperación de la salud mental, constituyen acciones que implican instancias subjetivas, intersubjetivas, comunitarias y sociales abarcando un amplio espectro de decisiones e intervenciones sujetas a la cultura y condiciones de vida, y a las políticas y estrategias deliberadamente adoptadas para su implementación. En tercer lugar, se requiere un posicionamiento singular hacia el futuro que permita situar y ordenar la acción para la promoción de la salud mental.

El contenido de este capítulo representa un intento provisional e incompleto de reflexión sobre la salud mental de las personas, grupos y sociedades desde la perspectiva de la promoción de la salud. Dos documentos principales se han adoptado como marco conceptual: *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004 (1) y *Salud Mental y Fin de Siglo*, de la autora (2). Varios contenidos de ambos han sido incluidos aquí textualmente.

* Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud, Coordinadora Técnica del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Este capítulo se inicia con el análisis del concepto de *salud mental* encuadrado en la teoría estratégica y definido desde diferentes perspectivas, seguido del abordaje de los determinantes de la salud mental. Luego se estudia el concepto de *promoción de la salud*, su evolución histórica y su transferencia al campo de la salud mental. En función de ello, se aportan proposiciones programáticas acerca del campo de acción de la promoción de la salud mental en la comunidad.

Notas teóricas

La promoción de la salud es un campo de acción emergente, a menudo denominado la “nueva” salud pública (3) y definido de forma indirecta, examinando la idea de salud.

Las concepciones de la salud mental han tenido avances y transformaciones a lo largo de la historia. Aquellas más complejas y desarrolladas tuvieron variados niveles de adhesión, progreso, permanencia y transferencia a la práctica. De tal modo que, el intento de explicación de la promoción de la salud mental supone un esfuerzo especial por precisar los términos y el campo en el que se inscriben.

La salud mental se define de varias maneras

Desde su inicio la OMS ha incluido la dimensión del bienestar mental en su definición de salud diciendo que *la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia* (4); esta definición está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta.

En sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo del individuo y de la comunidad; mucho más que la ausencia de enfermedad mental, las condiciones y capacidades mencionadas en la definición tienen valor por sí mismas (1). La OMS define a la salud mental como *un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad* (5)

Las concepciones sobre la salud han variado a través de los tiempos, influidas por los contextos socio-políticos y científicos y se asientan sobre presupuestos que las determinan. Hay un concepto de salud que la define por la ausencia de enfermedad; otro que la define como un estado de equilibrio biopsicosocial y un último concepto que caracteriza la salud como un proceso histórico social. Los dos primeros comparten idéntico supuesto científico en el marco de las ciencias físico-naturales y contribuyen a constituir y expresar el llamado *paradigma biomédico*; el tercero se encuadra en el marco de las ciencias sociales y participa del denominado *paradigma social o alternativo* (6).

El modelo social como marco para la definición de salud mental, está presente en el contexto de los debates vinculados a la transformación de la atención psiquiátrica en América Latina; se constituye en una estructura conceptual que contribuye a la comprensión de la salud mental desde la perspectiva socio-política y sirve de fundamento a la comprensión y explicación de la promoción de la salud mental. Este movimiento encuentra cabida en los desarrollos realizados por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que sintetizan la evidencia global sobre los mismos y muestran su impacto en la inequidad en salud (7).

Las siguientes ideas sirven de marco al concepto de promoción de la salud mental:

Definida históricamente por la ausencia de enfermedad, la salud mental constituye un campo teórico-político en construcción que supone el desarrollo de nuevos conceptos, el análisis y la evaluación de nuevos modos de acción social, política, técnica y administrativa en salud (8). El campo de la salud mental es complejo y transdisciplinario, admite la comprensión de la subjetividad, la singularidad y la diferencia entre lo individual y lo colectivo; incluye el conflicto en el devenir cotidiano de las instituciones y de la sociedad, abre la mirada hacia la vida social y advierte sus interrelaciones saludables y perjudiciales.

Desde un *punto de vista cualitativo y relativo al estado de vida mental*, la salud mental es un proceso histórica y socialmente determinado de integración progresiva de los elementos conflictivos, constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos. Este proceso presenta crisis previsible e imprevisible, registrables subjetiva y objetivamente, en las que las personas y los grupos participan de manera activa de sus propios cambios y de los de su entorno social (8). La salud mental, junto con la salud física y la salud social, constituye uno de los elementos de la salud integral del sujeto.

Desde un punto de vista etiológico, la salud mental es un proceso determinado y condicionado por un conjunto de otros procesos naturales, histórico-culturales, económico-sociales, jurídico-políticos, científico-técnicos y de organización de los servicios de salud, procesos que se dan interrelacionados y movilizados por relaciones de poder.

Desde una *perspectiva política* la salud mental se entiende como una cuestión social que es determinada y se expresa en las relaciones entre Estado y Sociedad. La salud mental es un derecho humano inalienable ligado a los conceptos de ciudadanía, libertad, democracia y solidaridad; en consecuencia requiere un sistema jurídico que la promueva, ampare y defienda de la discriminación, la exclusión y la violación de los derechos humanos y precisa un conjunto de políticas que garanticen el desarrollo social y subjetivo.

Desde el *punto de vista científico-epistemológico* la salud mental corresponde al entrecruzamiento de disciplinas y prácticas diversas vinculadas a múltiples campos del saber y las actividades humanas, por lo tanto no es posible ni conviene acotar sus límites. Como campo interdisciplinario incluye: las problemáticas conceptuales y prácticas de la salud mental, de sus alteraciones y de la enfermedad mental, sus modos de organización y regulación y de los efectos de los distintos poderes. Por lo tanto, la salud mental excede conceptual y operativamente al sector salud, aunque tenga una fuerte inserción en él (8).

El *cuidado de la salud mental* es el conjunto de actividades basadas en un repertorio variado de conocimientos culturales y científicos que tienen por objeto promover, proteger, restablecer y rehabilitar la salud mental de las personas y los grupos humanos (8).

La *atención integral de la salud mental* incluye un conjunto de medidas sanitarias, socio-culturales, científico-técnicas, económico-políticas, legislativas, éticas, estéticas y organizacionales que suponen una visión compleja de la vida del sujeto y la dinámica social. Dicha atención debe ser orientada hacia el establecimiento de redes de servicios comunitarios que sustituyan el modelo

asilar de la psiquiatría y se ocupen de manera principal de la promoción y protección de la salud mental y de la identificación y atención de poblaciones en riesgo (2).

La producción de información, de la investigación y de la formación de personal de salud mental constituyen elementos estructurantes del modelo de servicios y requieren que se orienten hacia la producción de conocimientos y tecnologías que apoyen la transformación de los conceptos, prácticas y servicios de salud mental (9)

Determinantes de la salud mental

Hay evidencia suficiente que indica que los principales determinantes socioeconómicos y ambientales del sufrimiento mental están relacionados con grandes problemas tales como la pobreza, la guerra y la desigualdad, las migraciones, el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica. Asimismo son determinantes negativos los procesos conflictivos familiares e individuales, causantes de sufrimiento psíquico (10). Por otra parte, ha sido extensamente documentado en todos los ámbitos hasta qué medida la falta de cuidados contribuye a generar sufrimiento psíquico, en tanto que su presencia contribuye a la producción y mantenimiento de la salud mental (11, 12).

El reciente Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (7) ha reunido evidencia sobre el impacto de estos factores en la salud y los organiza en las siguientes categorías:

- Condiciones cotidianas de vida: nacimiento, crecimiento y desarrollo, acceso a la educación, trabajo decente, protección social y acceso universal a los servicios de salud.
- Poder, dinero y recursos: equidad en políticas, sistemas y programas de salud, financiamiento adecuado, mercado responsable, equidad de género, empoderamiento político, apropiada gobernanza global.

De modo tal que pensar en la salud desde la perspectiva social implica aceptar que no solo las cargas genéticas, congénitas y los factores físicos y del medio ambiente sino también las relaciones familiares e interpersonales, son causas por las que las personas mantienen o pierden su salud. Otras complejas *causas sociales* se combinan para determinar la salud en general y la salud mental en particular (2).

Ferro (13) clasifica los determinantes sociales de la salud en:

- Determinantes histórico-culturales y económico-sociales
- Determinantes políticos y jurídicos
- Determinantes científico-técnicos
- Determinantes relacionados con la organización de los servicios de salud
- Las múltiples articulaciones que se producen entre ellos.

En el campo de la salud mental el análisis de los determinantes sociales puede ser desarrollado tomando como categorías de análisis: a) los valores y sustentos culturales sobre la locura y la salud mental, las tradiciones y estilos de vida de los sujetos y comunidades, su acceso a la cultura, sus condiciones de vivienda, trabajo, educación, medio ambiente, la participación y el control y la cohesión social; b) el papel del Estado, el respeto y la protección de los derechos humanos, las políticas y el

financiamiento de salud mental de un país, así como los marcos jurídicos que los respaldan; c) los modelos conceptuales que sostienen las prácticas y los servicios de salud mental, la producción de información, conocimientos y evidencia sobre la salud mental y las orientaciones de la formación de los profesionales de salud mental; d) las bases técnico-administrativas que definen la organización de los servicios de salud mental, y por último, e) las múltiples articulaciones que producen entre estos campos de determinación, potenciándolos y haciéndolos más complejos (2).

Promoción de la salud mental

Terris (14) indica que ya en los inicios del siglo XIX se vinculaba a la enfermedad con la pobreza y existía la necesidad de investigar las relaciones entre el estado de salud de un grupo y sus condiciones de vida, su posición y el entorno físico y social. Pero fue en la primera mitad del siglo XX cuando los movimientos de medicina social en Europa y de salud pública en Estados Unidos fundamentaron el surgimiento del concepto de *promoción de la salud*.

El concepto de *promoción de la salud*, parece haber sido utilizado por primera vez por Henry Sigerist en 1945, al definir las cuatro tareas esenciales de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. Afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”. Ya en 1941, en su artículo *Medicine and Human Welfare*, Sigerist (15) había situado en el primer lugar a la educación pública y gratuita para todas las personas, en el listado de aspectos fundamentales a incluir en un programa nacional de salud. Luego le seguían las condiciones de trabajo y vivienda, el descanso y esparcimiento, la atención médica accesible a todos y la investigación.

Desde entonces y hasta ahora se han sucedido múltiples iniciativas en favor de la promoción de la salud: en la década de 1960, la publicación pionera de Leavell y Clark (16) en 1974, el informe Lalonde del Gobierno de Canadá (17) y en 1979, el informe del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Pero la primera promulgación internacional en este campo fue la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (18), documento de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en 1986 promovida por la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de Canadá.

La Carta define que *la promoción de la salud constituye una política que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, percibiéndose a la salud como un concepto positivo, como una fuente de riqueza de la vida cotidiana, cuyos prerrequisitos son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema saludable, la justicia social y la equidad y que supone la acción coordinada de elementos diversos como legislación, medidas fiscales, cambios organizacionales, acción intersectorial y participación efectiva y concreta de la comunidad*. En este contexto propone como necesario *promocionar el concepto y los medios* y asigna al sistema sanitario un papel de mediador entre intereses sectoriales antagónicos y a favor de la salud. El citado documento propone las siguientes estrategias:

- Elaboración de una política pública sana
- Creación de ambientes favorables
- Reforzamiento de la acción comunitaria

- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios sanitarios

La siguiente conferencia internacional, fue en 1992 en Bogotá, promovida por la Organización Panamericana de la Salud y promulgó la *Declaración de Promoción de la Salud en América Latina* (19). En 1993 se celebró en Puerto España de Trinidad y Tobago la Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe que produjo la *Carta del Caribe para la Promoción de la Salud* (20). Numerosos documentos de la OMS y la OPS continuaron a estas declaraciones hasta hoy y la promoción de la salud se ha mantenido presente en los programas de trabajo y resoluciones de ambas organizaciones.

La promoción de la salud ha sido definida como acción y abogacía para abordar el espectro completo de los determinantes de la salud que son potencialmente modificables. La promoción se ocupa de los determinantes de la salud y la prevención se concentra en las causas de la enfermedad (21).

La propuesta de promoción de la salud se encuadra en un paradigma diferente al de la medicina tradicional y representa el pasaje del pensamiento orientado a la enfermedad y la cura hacia el pensamiento orientado a la salud, su constitución, vivencia y desarrollo como un concepto positivo (22).

La promoción de la salud pone el acento en las condiciones y procesos sociales que favorecen la vida, el bienestar, la salud, el desarrollo y protegen de las enfermedades, tanto en el orden de las personas como de los grupos humanos. Así mismo resalta la necesidad de disponer de políticas públicas e impulsar acciones intersectoriales que favorezcan el establecimiento y generación de dichas condiciones y procesos. Es necesario que las proposiciones conceptuales y prácticas de la promoción tomen en cuenta y consideren la diversidad de la historia y la cultura de las sociedades para las cuales se destinan (22).

Cuando se trata de la *vida mental*, la promoción se refiere a la salud mental positiva considerada como un recurso, un valor en sí misma y un derecho humano básico, esencial para el desarrollo económico y social. Tiene como objetivo fortalecer los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir las desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir las diferencias entre los niveles de salud mental de grupos y países (11).

Este cambio de rumbo en la historia de la atención de la salud mental no ocurrirá por inercia ni por azar; sino que será un producto generado por la reflexión y acción deliberadas e implica una inversión conceptual ordenada hacia la salud mental en lugar de hacia la enfermedad (23). Los desafíos que se encuentran en la base de esta determinación incluyen:

- El establecimiento de un conjunto de valores y principios éticos que sustenten el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad, el valor de la vida, la salud mental positiva y el valor del cuidado humano como condición de la existencia.
- El fomento de los determinantes sociales de la salud mental positiva y la adopción de un cuerpo de conocimientos de perspectiva social y estratégica que permita comprender a la salud mental de manera histórico-social e identificar los procesos que la condicionan.
- El reconocimiento que la adopción de esos valores y conocimientos incide determinadamente en la cultura, las políticas, la educación, la ciencia y los servicios de salud mental.

En suma, la propuesta de promoción de la salud mental presupone cambiar de valores y de problemas y, en consecuencia, cambiar de fines y de estrategias de intervención para proveer al desarrollo de la salud mental de las poblaciones.

La promoción de la salud mental apunta a cambiar los determinantes estructurales de la salud, consiste predominantemente en una acción política y representa un concepto colectivo dirigido a elevar la salud mental de las poblaciones hasta el más alto nivel posible y de manera equitativa, tanto al interior de los países como entre ellos, basándose en el concepto de potencial desarrollo humano.

El marco general de la salud mental es promover las condiciones favorables y apoyar a las personas, grupos, comunidades y sociedades en el desarrollo máximo de sus capacidades y en el goce del bienestar. La salud mental es una experiencia subjetiva y objetiva en esencia inestable, caracterizada por la capacidad de afrontar crisis, enriquecer la subjetividad y lidiar con la propia experiencia mental.

Entender y actuar sobre los determinantes

El establecimiento de programas de promoción de la salud mental en la comunidad y su contribución positiva se encuentra suficientemente documentado y supone el desarrollo de una estrategia de acción múltiple y compleja que, basada en que la comprensión de los determinantes, se dirija a la identificación, recuperación y enriquecimiento de las condiciones, fortalezas y potencialidades de salud mental de sujetos y poblaciones.

La promoción de la salud mental en la comunidad requiere incluir, entre otras, las siguientes orientaciones prioritarias:

1. Promover el concepto
2. Mejorar las condiciones económico-sociales
3. Promover el empoderamiento comunitario y la defensa de los derechos humanos
4. Asegurar el establecimiento de políticas y servicios de salud mental y marcos jurídicos que los garanticen
5. Desarrollar conocimientos pertinentes y prácticas transformadoras
6. Implementar programas de promoción de la salud mental para las distintas etapas del ciclo vital
7. Implementar programas de promoción de la salud mental para grupos, comunidades y poblaciones en condiciones vulnerables

Programa de promoción del concepto

La abogacía para el desarrollo de la salud mental comunitaria constituye un elemento fundador y orientador de la estrategia. Está dirigida a estimular la comprensión de los determinantes de la salud mental, sus condiciones y expresiones y promover su valoración como una dimensión vital para el bienestar y el desarrollo humano.

Supone en primer término la identificación de la noción de salud mental prevalente en la población en general y en las diferentes instituciones de la comunidad y luego el desarrollo, recuperación y

diseminación de iniciativas y evidencias, cuyo análisis crítico impulse su inclusión en políticas y programas orientados a la acción nacional e internacional.

Los contenidos de la acción requieren incluir prioritariamente el análisis de los valores que subyacen al concepto de salud mental, sus determinantes sociales y sus diversos modos de expresión, la recuperación y difusión de acciones específicas destinadas a crear y potenciar procesos de producción de vida y ciudadanía, la construcción colectiva de la responsabilidad comunitaria por la salud mental y la clarificación de los ámbitos y niveles de intervención.

El programa de promoción del concepto requiere ser diseñado e implementado participativamente por cuanto la misma participación contribuye a la construcción y comprensión colectiva; requiere el compromiso político y puede conducir a una nueva modalidad de acción social comunitaria a favor de la salud mental culturalmente contextualizada.

Es necesario entender los conceptos de salud mental que tiene una comunidad en particular ya que cada cultura influye en la forma en que las personas consideran qué es la salud mental. Los esfuerzos destinados a entender los conceptos del grupo sobre este tema contribuyen al desarrollo de programas de intervención pertinentes. Sin embargo, un enfoque culturalmente específico para entender y mejorar la salud mental puede no ser beneficioso si presume la homogeneidad dentro de las culturas e ignora las diferencias individuales (1).

Programa de desarrollo comunitario

El programa persigue mejorar las condiciones económico sociales y los estilos de vida de la comunidad, contribuir al desarrollo de ambientes psicosociales saludables y al control de las causas de la violencia, la exclusión, el abandono y la falta de cuidados. Mención especial merece la acción de promover el empoderamiento de la población, su participación y ejercicio del control social y la salvaguarda de los derechos humanos. Los programas de desarrollo comunitario para la salud mental suponen el *diseño e implementación de políticas públicas saludables*.

La promoción de una vida saludable implica la mejora de las condiciones de vida y salud y requiere la implementación de políticas sociales que mejoren la oferta, la distribución y las condiciones de trabajo, la nutrición, las condiciones de vivienda, el acceso a la educación, el transporte y las comunicaciones, la actividad física, la actividad cultural y recreativa.

La necesidad de reducir gastos económicos en la familia, la pérdida del empleo y las precarias condiciones de trabajo constituyen un fuerte condicionante adverso de la salud mental. En consecuencia, es necesario reducir la inseguridad económica, promover nuevas actividades productivas en las comunidades y adoptar políticas de empleo para *mejorar las condiciones de trabajo*.

Existe sólida evidencia que indica que *mejorar la nutrición* de los niños determina un desarrollo socio-afectivo saludable y repercute positivamente en la salud mental. Lo mismo sucede con la mejora de la nutrición de las embarazadas y los ancianos.

Las políticas públicas destinadas al *mejoramiento de la vivienda* constituyen intervenciones eficaces para el desarrollo social y repercuten de manera positiva en la salud mental. Se ha demostrado que

una vivienda adecuada, favorece la salud mental de la familia y contribuye a aumentar la participación social y a reducir la criminalidad.

El déficit educacional limita la capacidad de las personas para tener acceso a la cultura, el trabajo y el bienestar. Se ha comprobado que el aumento en los niveles de educación está relacionado en forma directa con el nivel de salud y bienestar mental. Por lo tanto, las políticas dirigidas a *mejorar el acceso a la educación* en todos sus niveles contribuyen a mejorar la salud y la salud mental. Esas políticas requieren hacer distinciones a favor de grupos discriminados para los cuales el acceso a la educación está cultural y socialmente obstaculizado; ellos son las familias en extrema pobreza, las mujeres, en especial las niñas y las familias que padecen violencia doméstica. Junto con la educación, el desarrollo comunitario requiere la implementación de estrategias de *enriquecimiento cultural y de recreación y uso saludable del tiempo libre*.

El *acceso universal a la atención de salud* constituye una de las prioridades de la política pública. El desarrollo de un sistema de salud basado en la atención primaria, de carácter equitativo, solidario e independiente de la capacidad de pago, asegura la provisión a todos los ciudadanos, de cuidados de salud preventivos y curativos al tiempo que provee un marco de seguridad y protección que contribuye al enriquecimiento de la salud mental.

Los programas de *mejora del transporte y las comunicaciones, el control del tráfico de drogas y la prevención de la violencia* en todas sus formas, representan acciones imprescindibles para facilitar el desarrollo comunitario en favor de la salud mental.

Programa de empoderamiento y defensa de los derechos humanos

El empoderamiento es el proceso mediante el cual los grupos de una comunidad tradicionalmente excluidos y en desventaja, pueden llegar a superar esas barreras y ejercer sus derechos, con miras a una vida plena en igualdad y en las mejores condiciones de salud.

La promoción del desarrollo comunitario implica la *promoción del empoderamiento, la inclusión, la no discriminación, la participación y el control social* y exige la adopción de políticas públicas que lo garantice.

El reconocimiento de las desigualdades y conflictos de poder y el fomento de las relaciones familiares, intergrupales, interinstitucionales e intersectoriales precisan la participación ciudadana para la definición, implementación y monitoreo de políticas de salud y de salud mental. La promoción de la salud mental no es solamente responsabilidad de los ministerios de salud y demanda la participación de diferentes sectores, actores y partes interesadas.

La *promoción del empoderamiento, la inclusión, la no discriminación y la participación y el control social* contribuye a mejorar la organización de las redes sociales (23). El fortalecimiento de estas redes y la participación y cohesión social de la ciudadanía tienen como marco la garantía de los derechos humanos.

Derechos humanos y salud mental constituyen una díada inseparable y fundamental para la promoción de la salud mental. La Declaración de los Derechos Humanos de la Organización de las Na-

ciones Unidas (ONU) (24), representa un conjunto de valores y principios universalmente aceptados que guían a los países en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas, leyes y programas de salud mental. Como son normas y estándares legales ratificados por los gobiernos y su carácter es vinculante, hacen recaer en ellos la responsabilidad de la salud mental (1).

El ejercicio de la defensa de los derechos humanos empodera a los individuos, familias y comunidades, hace surgir las obligaciones legales de los gobiernos y ayuda a igualar la distribución y el ejercicio del poder. Los principios de igualdad y ausencia de discriminación, que son elementos integrales del marco internacional de los derechos humanos, exigen que se preste atención especial a los grupos vulnerables. Más aún, el derecho de todas las personas a participar en los procesos de toma de decisiones, lo cual está plasmado en la Declaración de los Derechos y otros instrumentos de la ONU (24), garantiza que los grupos marginados puedan influir en los asuntos y estrategias relacionados con la salud que los afectan, y a que se consideren y protejan sus intereses (1).

Establecimiento de políticas, marcos jurídicos y servicios comunitarios de salud mental

La promoción de la salud mental necesita ser considerada explícitamente en las políticas públicas generales con el fin de obtener de ellas el estatus y la dirección estratégica necesarios. La política de salud mental es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de los trastornos mentales en una población. Si la política de salud mental se elabora como parte de una política social más amplia, es probable que el énfasis en la promoción de la salud sea más significativo. La política de salud mental debe así mismo definir las estrategias y líneas de acción y prever los recursos de implementación (1).

Principales áreas de acción en la política de salud mental

- Financiamiento
- Legislación y derechos humanos
- Organización de servicios
- Recursos humanos y capacitación
- Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación
- Obtención y distribución de medicamentos esenciales
- Abogacía
- Mejoramiento de la calidad
- Sistemas de información
- Investigación y evaluación de políticas y servicios
- Colaboración intersectorial

La política de salud mental a nivel comunitario se inscribe en la política subnacional y nacional, al mismo tiempo que está contextualizada con la cultura, condiciones económico-sociales y sanitarias y recursos locales; tiene como base la identificación de las prioridades locales de salud mental y como norte su abordaje y mejoramiento.

El diseño e implementación de la política supone la participación y el control social de la comunidad, preve medios de articulación de los distintos sectores (salud, educación, justicia, seguridad, trabajo, vivienda, comunicación social, cultura y otros) y utiliza estrategias de mediación a favor de los programas de salud mental.

La sostenibilidad de los programas es indispensable para su efectividad. La participación de todas las

partes interesadas, el sentido de pertenencia de la comunidad, la disponibilidad continua de los recursos y la comunicación de resultados facilitan la sostenibilidad de los programas de salud mental.

En el contexto de las políticas de salud mental, los programas de promoción de la salud requieren un componente que precise las áreas de acción general y específica, que indique los instrumentos jurídicos necesarios, los recursos requeridos y la articulación con otras políticas públicas. Las políticas específicas de promoción de la salud mental deben prever intervenciones dirigidas a promover los conceptos de salud mental, desarrollo local, empoderamiento y promoción de los derechos humanos, implementación de estrategias de promoción de la salud mental en la red de servicios sanitarios y en las instituciones sociales, y promoción de la salud mental en las distintas etapas de la vida y en los grupos y condiciones vulnerables. También deben promover la prevención de la violencia y el control del alcohol y las drogas ilícitas. Asimismo, deben incluir estrategias de producción de conocimientos, reorientación de la formación de trabajadores de salud y capacitación de trabajadores formales y no formales.

Las políticas de salud mental requieren el establecimiento y vigencia de marcos jurídicos que garanticen su implementación y sustentabilidad. Se requieren normas que hagan efectivo el concepto de promoción de la salud mental, que promuevan la inclusión y la participación ciudadana y garanticen los derechos humanos, incluyendo el acceso a la salud, al trabajo, a la educación, a la justicia; legislaciones que aseguren la vigencia de los derechos humanos y civiles a las personas con sufrimiento psíquico; legislaciones que promuevan la sustitución del hospital psiquiátrico e instituyan y regulen una red de servicios y programas de salud mental en la comunidad, así como la provisión de los recursos financieros y materiales necesarios y el desarrollo y valorización de los recursos humanos. Muchas de estas normas jurídicas se inscriben en el ámbito de las políticas sociales generales y trascienden al campo sanitario. Sin embargo, es necesario precisarlas y reconocerlas como instrumentos de promoción de la salud mental, si se quiere facilitar la articulación intersectorial imprescindible para su desarrollo.

La configuración del programa de promoción de la salud mental en la red de servicios de atención primaria de la salud requiere acción deliberada, diseño y disposición de nuevas prácticas que identifiquen y respalden las fortalezas de la comunidad y que reconozcan las condiciones de riesgo y les hagan frente.

Programa de producción de conocimientos y prácticas transformadoras

Los conocimientos y prácticas de salud mental, devienen principalmente de movimientos que, como consecuencia del trabajo de las comunidades científicas interrelacionado con los movimientos sociopolíticos de cada época, han producido definiciones y categorizaciones conceptuales y operacionales sobre la enfermedad mental, sus clasificaciones, su etiología y estrategias de intervención. De modo tal que, las teorías sobre la locura y la salud mental tienen una influencia decisiva en los modos como una sociedad piensa y organiza el afrontamiento del problema.

La predominancia del paradigma de las ciencias físico-naturales impregna desde hace dos siglos las concepciones sobre salud y salud mental determinando etiologías y clasificaciones biomédicas. Sólo recientemente, y con el reconocimiento de la relación entre ciencias sociales y salud, han comenzado a incorporarse concepciones más integradoras que acompañan a los movimientos de transformación en el campo de la salud mental.

La revisión y transformación de los modelos de producción de conocimientos y transferencia tecnológica particularmente asociados a las ciencias sociales, constituyen imperativos categóricos para el desarrollo de la promoción de la salud mental.

Un programa de producción de conocimientos y prácticas transformadoras para la promoción de la salud mental en la comunidad necesita comprender los siguientes elementos:

- Creación de ámbitos de información, debate científico y cultural sobre las concepciones y prácticas de salud mental y de promoción de la salud mental
- Desarrollo de indicadores de salud mental y promoción de la misma
- Desarrollo de sistemas de información que permitan el monitoreo y la articulación de información predominantemente social, así como información para el seguimiento de los programas de promoción
- Producción de evidencias: desarrollo de estudios científicos cuantitativos y cualitativos sobre la salud mental, sus indicadores, sus determinantes y las prácticas de abordaje en la promoción de la salud mental
- Formación de los trabajadores de salud mental: modificación de los planes de estudio básicos para la transformación de la orientación psiquiátrica tradicional mediante la inclusión de los conceptos de salud mental y promoción de la salud mental, de manera integrada en las distintas asignaturas y en la asignatura específica
- Educación permanente en servicio para trabajadores de salud mental basada en análisis crítico de los valores, principios y abordajes de las prácticas de atención y orientadas hacia su transformación
- Capacitación y fortalecimiento de la acción de trabajadores no formales y líderes comunitarios en materia de promoción de la salud mental
- Producción de guías y herramientas
- Promoción de redes y comunidades de producción e intercambio de conocimientos, aprendizaje y prácticas

Programa de promoción de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital

La política de promoción de la salud mental comprometida con el desarrollo y el bienestar humano, enfocada en los determinantes sociales, incluye un abanico de intervenciones que abarquen todas las etapas de la vida y promuevan en cada una su máximo potencial de desarrollo de la salud y la salud mental. Cada etapa de la vida tiene implicaciones psicosociales específicas y determina el futuro, siendo la niñez la de mayor potencial. Por eso, los programas de promoción de la salud mental en este sentido pueden orientarse a:

- Promover la *salud mental de la familia* incentivando relaciones estables y solidarias, que favorezcan la pertenencia, el enriquecimiento y la identidad y que provean un marco de apoyo y aprendizaje durante las crisis para afrontar la desestructuración familiar. El fortalecimiento de las *redes de apoyo social* a través de la promoción de vínculos entre familias y el soporte de grupos sociales instituidos contribuye a generar ambientes positivos de salud mental.
- Apoyar, comprender y desarrollar condiciones óptimas psicosociales en el *embarazo y el alumbramiento* y prestar asistencia y orientación especial a padres y madres adolescentes.

- Promover el máximo grado posible de protección, cuidado y desarrollo psicosocial del *recién nacido y el niño* en sus primeros años de vida, determinantes de la salud mental futura.
- Generar programas de promoción de la *salud mental en la escuela* estimulando el máximo desarrollo cultural, la protección y cuidado de los niños, la creación de vínculos solidarios y enriquecedores y el reforzamiento de la participación familiar. La reducción de la violencia y la promoción del bienestar emocional en la escuela son estrategias centrales, junto con la capacitación del equipo docente en materia de promoción de la salud mental.
- Promover *la salud mental en la adolescencia* constituye una exigencia medular para los servicios de salud. La adolescencia representa un momento de crisis que culmina con el advenimiento de la edad adulta. La crisis de la adolescencia resulta a menudo en un desafío al contexto familiar. La provisión de atención de salud mental a los adolescentes supone adoptar medidas al mismo tiempo que potencian el afecto, establecen límites, proveen oportunidades, aseguran la contención y controlan el abandono. Los programas de *desarrollo de habilidades para la vida* constituyen un modelo adecuado.
- La promoción de *la salud mental en el trabajo* incluye una amplia gama de intervenciones que abarcan desde el establecimiento y vigilancia de condiciones de empleo y trabajo dignas, estimulantes, protegidas y seguras, pasando por programas de control del estrés laboral, hasta medidas vinculadas al afrontamiento del desempleo y el retiro.
- El fomento de la *salud mental en la ancianidad* requiere medidas de apoyo conducentes a la adaptación a los cambios asociados con el envejecimiento y a las enfermedades crónicas, así como la garantía del mantenimiento de la calidad de vida. El acondicionamiento habitacional, la provisión de suplementos y prótesis, la promoción del desarrollo cultural y el uso del tiempo en actividades edificantes, constituyen medidas de promoción al igual que el favorecimiento de las amistades, el acompañamiento familiar permanente y la garantía de la protección social y de la salud. Una estrategia singular incluye la promoción de la salud mental de los cuidadores y su capacitación para que brinden un cuidado efectivo.

Programa de promoción de la salud mental en grupos vulnerables

La política de promoción de la salud mental comunitaria implica también el diseño de programas que identifiquen grupos en condiciones vulnerables y provean medidas de apoyo.

La aceptación del concepto de promoción de la salud mental en condiciones de vulnerabilidad a menudo resulta un tanto difícil. Sin embargo, la “inversión del concepto” permite pensar que aun en condiciones críticas, las personas y los grupos conservan potencial de salud mental y condiciones de resiliencia que constituyen un recurso para apoyar el desarrollo de la salud mental y de esta manera reforzar el afrontamiento de la condición crítica. Los programas de promoción de la salud mental de estos grupos incluyen:

- El apoyo a la salud mental de individuos y grupos de riesgo en situaciones de *catástrofe y conflictos* armados mediante intervenciones psicológicas y sociales de soporte y reconstrucción individual y familiar, que ayudan a la recuperación y a la prevención de mayor sufrimiento psíquico
- La promoción de la salud mental y apoyo psicosocial a familias y grupos de *inmigrantes* con especial atención a los niños y ancianos

- La promoción de la salud mental y apoyo psicosocial a *comunidades indígenas*.
- La protección y apoyo psicosocial a grupos de *refugiados y desplazados*
- La promoción de la salud mental de *personas con sufrimiento psíquico* prolongado y de sus cuidadores y familiares, en especial aquellos internados en hospitales psiquiátricos tradicionales
- La promoción de la salud mental de *niños que viven en la calle, en institutos de menores y abandonados*
- La promoción de la salud mental en las *cárceles*
- La promoción de la salud mental de las *personas que consumen sustancias psicoactivas* y la acción programada de control del comercio del alcohol y del tráfico de drogas ilícitas
- La promoción de la salud mental de las *víctimas de violencia* doméstica y la acción programada de prevención de la violencia
- El apoyo a grupos y actividades comunitarias de *autoayuda*

Una reflexión final

Las políticas y los programas de promoción de la salud mental son relativamente nuevos, se asientan sobre un sistema conceptual diferente del tradicional, enfocan los determinantes sociales de la salud mental e implican acción política intersectorial. Su complejidad los hace a menudo inabordables, sin embargo, la conciencia de realidad y la evidencia emergente, definen la necesidad imperiosa de emprenderlos. Su desarrollo no puede estar sujeto sólo a la buena voluntad, sino más bien a políticas, legislación, recursos, capacitación, abogacía, articulación intersectorial, empoderamiento y participación social.

La promoción de la salud mental se dirige a cambiar los determinantes estructurales de las desigualdades, la iniquidad, la falta de cuidado y la insolidaridad, que, dependientes de la cultura, constituyen la expresión de relaciones de poder.

Las necesidades de salud mental de una comunidad y las respuestas sociales predominantes, demandan una política de promoción delineada en función de la generación de múltiples procesos de transformación, construidos participativamente, con base en los valores y capacidades locales. Esta responsabilidad colectiva supone formular y poner en marcha programas de acción para la promoción de la salud mental a nivel de gobierno, comunidades, instituciones, grupos, familias e individuos.

Referencias

1. OMS (2004) "*Promoción de la salud mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica – Informe Compendiado*". OMS, Ginebra. Traducción al español y reproducción por la Unidad de Salud Mental y Programas Especiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Panamá.
2. Malvárez, S (1996) *Salud mental y fin de siglo – Aportes para el análisis estratégico*. En "Documentos de Trabajo". Curso de Administración Estratégica de Servicios de Salud Mental. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires.

3. Baum F (1998). *The new public health: an Australian perspective*. Melbourne, Oxford University Press.
4. WHO (2001). *Basic documents*. 43rd Edition. Geneva, World Health Organization:1.
5. WHO (2001a). *Strengthening mental health promotion*. Geneva, World Health Organization (Fact sheet, No. 220).
6. Lores Arnaiz, M R (1986) *Hacia una epistemología de las ciencias humanas*. Editorial de Belgrano. Bs. As.
7. WHO – Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation*. WHO. Geneva.
8. Galli V. *Salud mental, definiciones y problemas*. Documento de trabajo de la Dirección Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salu. Buenos Aires, Argentina.
9. Testa, M (1989) *Pesar en salud*. OPS - Representación en Argentina. Buenos Aires.
10. Malvárez, S. (1997) *Reflexiones sobre los paradigmas de investigación en salud*. En Módulo de Investigación en Salud. Maestría en Salud Materno Infantil. Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
11. OPS/OMS (1995). *Proyecto de desarrollo de servicios de enfermería en salud mental para los países del cono sur*. Documento final del Taller Regional de Enfermería en Salud Mental. OPS/OMS.
12. OMS (2004) *Prevención de los trastornos mentales – Intervenciones efectivas y opciones de política – Informe compendiado*. OMS, Ginebra. Traducción al español y reproducción por la Unidad de Salud Mental y Programas Especiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Panamá.
13. Ferro, R (1988) *La salud mental y la cuenca del Plata*. Conferencia presentada en el Foro Concordia de Salud Mental. Concordia, Argentina.
14. Terris, M. (1996) *Concepto de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública*. En: Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica No. 557. OPS. Washington.
15. Sigerist, H. E. *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University Press, 1941, p. 93.
16. Leavell H. R. and Clark, E.G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3ra ed. Ed. McGraw-Hill, New York, 1965.
17. Lalonde, M. A. *New perspectives on the health of Canadians*. Ottawa, 1994.
18. OMS/Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. *Carta de Ottawa*. En: Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica No. 557. OPS. Washington, 1996, pp. 367-372.
19. OPS/OMS/Ministerio de Salud de Colombia. *Declaración sobre promoción de la salud y equidad*. En: Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica No. 557. OPS. Washington, 1996, pp. 373-377
20. OPS/OMS, Cooperación Caribeña en Salud. *Carta del Caribe para la promoción de la salud*. En: Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica No. 557. OPS. Washington, 1996, pp. 378-382.
21. Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E (1997). *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health.
22. Malvárez, S (2002) *Promoción de la salud mental – Bases teóricas y estratégicas*. III Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. www.interpsiquis.com
23. Putnam R (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1):65-78.
24. Organización de las Naciones Unidas. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. A,G. Res. 46/119, 44 ONU GAOR. Supp. No. 49. ONU Doc. A/46/49 (1991).



Durante los últimos 25 años, el campo de la prevención en salud mental ha evolucionado a un ritmo rápido, facilitado por un aumento en el conocimiento de los factores de riesgo y protección.

Prevención de los trastornos mentales

Patricia Fabiana Gómez*

Silvina Malvárez**

Introducción²

El concepto de prevención en salud mental (1) ha tenido una trayectoria extensa y controvertida. La historia de la psiquiatría se desarrolló como una rama de la medicina en torno al estudio y la cura de la enfermedad mental. La introducción del concepto de la prevención en psiquiatría no fue admitida sino hasta mediados del siglo XX cuando Caplan (2), basándose en las ideas de Leavell y Clark (3), introdujo un conjunto de proposiciones y definiciones que facilitaron la conceptualización política y práctica de este abordaje. Interesa resaltar cuatro grandes aportaciones de esa obra que hicieron posible pensar en la salud mental desde esta nueva perspectiva: el planteamiento de la aplicación del modelo conceptual de la prevención primaria en psiquiatría, la teoría de la crisis, la importancia de los factores de riesgo en salud mental y la relevancia de la teoría de los aportes psicosociales y socioculturales.

Desde entonces y hasta ahora, se han publicado tanto críticas como un sinfín de experiencias exitosas de prevención con adecuada aunque escasa documentación (4). Lo que está claro es que habiendo avanzado en el conocimiento y teniendo nuevas oportunidades para disminuir el sufrimiento, la decisión política, el diseño técnico y la acción de prevención deben ser emprendidos cual imperativos categóricos.

La Organización Mundial de la Salud ha estado promoviendo a partir del 2001 la producción de una serie de documentos técnicos, entre ellos “Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones de

* Profesora de Investigación en Enfermería, Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Presidenta de la Fundación Instituto Universitario de Ciencias de los Sistemas Humanos. Coordinadora de la Red Internacional de Enfermería en Salud Mental. Córdoba, Argentina.

** Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud. Coordinadora Técnica del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América.

¹ Este capítulo fue extraído del texto “Prevención de los trastornos mentales – Intervenciones efectivas y opciones de políticas – Informe compendiado” de la OMS, Ginebra, 2004 (1).

² El texto de la Introducción es obra de las coautoras y no corresponde al extracto del informe aludido.

Políticas” (5). El presente capítulo incluye un apretado resumen del mencionado documento que se recomienda consultar y leer “on-line”. Asimismo, se elaboró en 2004 un informe compendiado que sirve de guía práctica y al que también puede accederse en la red electrónica Web. Este capítulo es una invitación a consultar la fuente original. Los editores y responsables de este resumen agradecen al Departamento de Salud Mental de la OMS la autorización para extractarlo y publicarlo. El documento resumido complementa otro importante informe de la Organización Mundial de la Salud sobre promoción (6).

Prevención en salud mental

Una de las principales metas del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud es reducir la carga relacionada con los trastornos mentales y neurológicos y con el abuso de sustancias. La prevención de esos trastornos es obviamente una de las formas más efectivas para reducir la carga. Numerosas Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y los Consejos Regionales han hecho hincapié en la necesidad de incluir la prevención en las políticas y programas.

La historia de la prevención en salud mental data más de 100 años y su origen es paralelo al del movimiento de la higiene mental, a principios del siglo XX. Desde entonces se han generado numerosas ideas sobre las posibles estrategias para prevenir problemas de conducta y trastornos mentales en niños y adultos. Estas ideas han sido parcialmente traducidas en actividades experimentales realizadas en el marco de la atención primaria de la salud, en escuelas y en la práctica de la salud pública. Sin embargo, el desarrollo sistemático de los programas de prevención basados en la evidencia científica y estudios de control no se iniciaron hasta alrededor de 1980. Durante los últimos 25 años, el campo de la prevención en salud mental ha evolucionado a un ritmo rápido, facilitado por un aumento en el conocimiento de los factores maleables de riesgo y protección. Esto ha traído como consecuencia un rápido aumento de las publicaciones científicas y programas efectivos, según se presenta en este Informe Compendiado. Los centros, universidades y otras instituciones dedicadas a la investigación de la prevención, y los administradores de los programas, han generado evidencia que demuestra que las intervenciones preventivas y la promoción de la salud mental pueden reducir la incidencia y prevalencia de algunos trastornos mentales mediante su influencia sobre los factores de riesgo y protección.

La publicación *“Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas”* (1), en la que se basa este Informe Compendiado, ofrece una perspectiva general basada en la evidencia de los programas y políticas internacionales, dirigidos a la prevención de los trastornos mentales y de la conducta. La citada obra se concentra en la prevención primaria más que en la secundaria o la terciaria; en ella se presentan conceptos relacionados con la prevención y los nexos entre esta, la promoción de la salud mental y la frecuencia de los trastornos mentales. Asimismo señala los determinantes individuales, sociales y ambientales y destaca la evidencia emergente sobre la efectividad de las intervenciones preventivas. También da cuenta de su influencia sobre las políticas y prácticas de salud pública y enumera las condiciones necesarias para su implementación efectiva. Esta publicación fue elaborada con la convicción de que la reducción de la incidencia de los trastornos mentales en las poblaciones a nivel mundial solo es posible mediante la colaboración exitosa entre los múltiples actores involucrados en la investigación e implementación de políticas públicas y el compromiso de líderes comunitarios y usuarios.

Los mensajes clave del documento son:

- La prevención de los trastornos mentales es una prioridad de salud pública
- Los trastornos mentales tienen múltiples determinantes
- La prevención efectiva puede reducir el riesgo de desarrollar trastornos mentales
- La implementación se debe guiar por la evidencia disponible
- Los programas y las políticas exitosas deben estar ampliamente diseminados
- El conocimiento sobre la evidencia de la efectividad necesita mayor difusión
- La prevención necesita ser sensible a la cultura y aprovechar los recursos disponibles en los países
- Los resultados esperados en la población requieren inversiones en recursos humanos y financieros
- La prevención efectiva requiere apoyarse en vínculos intersectoriales
- La protección de los derechos humanos es fundamental para prevenir los trastornos mentales

Prevencción de los trastornos mentales: una prioridad en salud pública

Los trastornos mentales y de la conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, países y sociedades. De acuerdo con las estimaciones proporcionadas en el Informe de Salud Mundial 2001 de la OMS (7), alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida. Los trastornos mentales y de conducta afectan en algún momento de la vida a aproximadamente 10% de la población adulta del mundo. Una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá de algún problema de desarrollo, emocional o de conducta y uno de cada ocho tendrá un trastorno mental. Entre los niños en desventaja, la proporción es uno de cada cinco. Los trastornos mentales y neurológicos son responsables de 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)³ que se pierden a consecuencia de las enfermedades y lesiones que afectan a la población mundial (8). Cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad en el mundo son condiciones psiquiátricas, incluyendo depresión, consumo de alcohol, esquizofrenia y trastornos obsesivo-compulsivos. Las proyecciones indican que para el año 2020 las condiciones neuropsiquiátricas serán responsables de 15% de las discapacidades a nivel mundial, y que la depresión unipolar por sí sola será responsable de 5,7% de los AVAD.

El impacto económico de los trastornos mentales es duradero y desmedido e impone costos considerables en individuos, familias y comunidades. A pesar de que las estimaciones de los costos directos en los países de bajos ingresos no alcanzan niveles tan altos como en los países industrializados, debido a la poca disponibilidad y cobertura de los servicios de atención de salud mental, los costos indirectos que surgen de la pérdida de productividad representan una proporción de gran magnitud. Más aun, los bajos costos del tratamiento (debido a la falta de tratamiento) podrían realmente incrementar los costos indirectos al aumentar la duración de los trastornos no tratados y su discapacidad asociada. En general,

³ Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), una metodología introducida para calcular la Carga Global de Enfermedades; se le atribuye la discapacidad y cronicidad causada por trastornos (Murray & López, 1996). AVAD es una medida de las diferencias de salud que combina la información sobre discapacidad y otros resultados de salud no fatales y muerte prematura. Un AVAD es la pérdida de un año de 'vida saludable'.

los costos económicos de los problemas mentales son enormes y no se pueden medir fácilmente. Además de los costos del servicio social y de salud, la pérdida de empleo, la reducción de la productividad, el impacto en las familias y en los proveedores de cuidado personal, los niveles de criminalidad, seguridad pública y el impacto negativo de la mortalidad prematura, hay otros costos que son difíciles de medir y que no han sido tomados en cuenta, tales como el impacto negativo del estigma y la discriminación, o los costos que representan las oportunidades perdidas por los individuos y familias.

Para reducir la carga a la salud y la carga social y económica de los trastornos mentales, resulta esencial que los países y regiones le den mayor importancia a la prevención de los trastornos mentales y a la de la salud mental al formular políticas y legislaciones, tomar decisiones y asignar recursos dentro del sistema general de atención de salud.

La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico. La promoción de la salud mental tiene el objeto de ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos.

Definición de la promoción en salud mental

Según Hosman y Jané-Llopis (9) “las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental”.

Los trastornos mentales se refieren a problemas, síntomas y trastornos de carácter temporal o continuo. La prevención de estos trastornos se realiza merced a intervenciones orientadas a la reducción de los factores de riesgo y al aumento de los factores de protección relacionados con los problemas que les son peculiares. Aunque con diferentes matices, la prevención de los trastornos mentales es entendida de acuerdo con la definición siguiente.

Definición de salud pública en relación con la prevención de los trastornos mentales

La prevención de los trastornos mentales tiene por objeto, según Mrazek y Haggerty (10), “reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en el cual las personas permanecen con síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad”.

La prevención de los trastornos mentales se basa en el concepto que la define como “el proceso de la movilización de recursos locales, estatales, nacionales e internacionales para resolver problemas importantes de salud que afectan a las comunidades”. El Informe del Instituto de Medicina citado antes ha propuesto un marco de referencia para la prevención de los trastornos mentales acorde con la clasificación de la prevención de las enfermedades físicas. Esta distingue tres categorías de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Las intervenciones preventivas primarias en salud mental, orientadas a impedir la aparición de trastornos mentales, se dividen a su vez en universales, selectivas e indicadas. La prevención secundaria intenta disminuir la proporción de casos establecidos del trastorno en la población (prevalencia) a través de la detección y tratamiento tempranos de enfermedades diagnosticables. La prevención terciaria incluye intervenciones que reducen la discapacidad, mejoran la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad.

En la misma obra citada antes los autores definen la prevención universal como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.

La *prevención selectiva* tiene por objetivo proteger a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social.

Por último, *la prevención indicada* está dirigida a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento no cumplen con el criterio de trastorno mental.

Factores de riesgo y protección

La prevención de los trastornos mentales enfoca aquellos determinantes que ejercen una influencia causal que predispone a la aparición de los trastornos mentales. Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y duración prolongada de los principales problemas de salud. Los de protección son condiciones que refuerzan la resistencia de las personas a los factores de riesgo y a las enfermedades. Han sido definidos como condiciones que modifican, aminoran o alteran la respuesta defensiva de una persona frente a algunos peligros ambientales.

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental intentan contraatacar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona, con el fin de coartar los procesos conducentes a la disfunción mental.

Resulta imperativo que los determinantes considerados en las intervenciones preventivas sean flexibles y abarquen factores de riesgo y protección, tanto genéricos como específicos. Los factores genéricos de riesgo y protección son aquellos que son comunes a varios problemas y trastornos de salud mental. Las intervenciones que influyen exitosamente sobre los factores genéricos pueden originar una amplia gama de efectos preventivos. Por ejemplo, se sabe que la pobreza y el abuso de menores son factores que coinciden frecuentemente con la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias. Se puede esperar que las intervenciones que combaten con éxito esas condiciones tengan un efecto protector frente a los trastornos mencionados. Los factores específicos de riesgo y protección de la

enfermedad son aquellos que están sobre todo relacionados con el desarrollo de un trastorno determinado. Por ejemplo, el pensamiento negativo está relacionado en particular con la depresión, mientras que la depresión mayor está específicamente vinculada con el suicidio.

Los planificadores de políticas y programas precisan tener en cuenta que un trastorno mental determinado puede ser el resultado de varias circunstancias causales que influyen sobre las diversas poblaciones vulnerables. Por lo tanto, las políticas de salud pública efectivas deben abarcar intervenciones preventivas que incidan sobre múltiples factores causales.

De acuerdo con Patel y Jané-Llopis (5), los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud mental están relacionados con problemas avasallantes, como la pobreza, la guerra y la desigualdad. Las poblaciones que viven en situación de pobreza están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, sufrir de depresión y tener un bienestar subjetivo insatisfactorio. Otros factores macro, como la migración a áreas urbanas, el desplazamiento involuntario, la discriminación racial y la inestabilidad económica, han sido vinculados con mayores tasas de sintomatología y morbilidad psiquiátricas. Por ejemplo, los traumas sufridos a consecuencia de la guerra o relacionados con ella, pueden estar relacionados con síndrome de estrés posttraumático (SEPT), depresión, ansiedad y problemas relacionados con el consumo de alcohol. Además, los hijos de padres traumatizados, pueden a su vez desarrollar vulnerabilidades psiquiátricas.

Con relación a los determinantes individuales y relacionados con la familia puede señalarse que los principales factores de riesgo o protección son biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familiar. Pueden tener su mayor impacto en la salud mental durante períodos vulnerables a lo largo de la vida e incluso pueden hacer sentir sus efectos en varias generaciones. Por ejemplo, los niños víctimas de abuso o que han estado en contacto con padres mentalmente enfermos, pueden desarrollar cuadros depresivos y ansiosos en períodos posteriores de la vida, riesgo que puede persistir en las generaciones subsiguientes. Por otra parte, la garantía que da el apego seguro y el apoyo social de la familia puede reducir el impacto de esos riesgos. La conducta de riesgo durante el embarazo y los eventos adversos que ocurren temprano en la vida del niño pueden causar vulnerabilidades neuropsicológicas. La discordia marital puede vincularse a problemas de conducta en niños, depresión en las mujeres y problemas relacionados con el alcohol en ambos padres.

Los ancianos físicamente enfermos pueden estar expuestos a una variedad de factores de riesgo y al final llegar a presentar problemas como insomnio y alcoholismo, ser víctimas de abuso, sufrir pérdidas personales y experimentar duelo. Otros factores de riesgo están estrechamente relacionados con historias de conductas conflictivas y otros problemas, como puede ocurrir con personas que presentan episodios depresivos tempranos. Los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de depresión, en tanto que la depresión aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Determinantes individuales y relacionados con la familia	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso académico y desmoralización estudiantil • Déficit de atención • Cuidado de pacientes crónicamente enfermos o dementes • Abuso y abandono de menores • Insomnio crónico • Dolor crónico • Comunicación anormal • Embarazos tempranos • Abuso en ancianos • Inmadurez y descontrol emocional • Uso excesivo de sustancias • Exposición a la agresión, violencia y trauma • Conflicto familiar o desorganización familiar • Soledad • Bajo peso al nacer • Clase social baja • Enfermedad somática • Desbalance neuroquímico • Enfermedad mental de los padres • Abuso de sustancias adictivas por parte de los padres • Complicaciones perinatales • Pérdida personal–duelo • Habilidades y hábitos de trabajo deficientes • Discapacidades de lectura • Discapacidades sensoriales y orgánicas • Incompetencia social • Eventos de mucha tensión • Consumo de sustancias adictivas durante el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para afrontar el estrés • Capacidad para enfrentar la adversidad • Adaptabilidad • Autonomía • Estimulación cognitiva temprana • Ejercicio • Sentimientos de seguridad • Sentimientos de dominio y control • Buena crianza • Alfabetización • Apego positivo y lazos afectivos tempranos • Interacción positiva entre padres e hijos • Habilidades para la resolución de problemas • Conducta sociable • Autoestima • Habilidades para la vida • Destrezas sociales y de manejo de conflictos • Crecimiento socioemocional • Manejo del estrés • Apoyo social de la familia y amigos

Fuente: OMS-OPS (2004): *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado*. OMS, Ginebra. Versión en español. OPS. Panamá.

Macroestrategias de prevención

Los cambios favorables en legislación, formulación de políticas y asignación de recursos, pueden proporcionar a los países y regiones mejoras significativas en la salud mental de sus habitantes. Además de disminuir el riesgo de los trastornos mentales y mejorar la salud mental, los cambios mencionados han demostrado tener un impacto positivo en la salud y el desarrollo social y económico de las sociedades. En efecto, se ha comprobado que algunas de las principales estrategias emprendidas desde diferentes niveles de prevención, optimizan la salud mental y reducen el riesgo de desarrollar trastornos mentales.

Macro estrategias	Acciones posibles
Mejora de la nutrición	
Mejorar la nutrición y el desarrollo de los niños en desventaja socioeconómica puede conducir a un desarrollo cognitivo saludable, mejores resultados educativos y menor riesgo de desarrollar problemas de salud mental, especialmente para aquellos que están en riesgo o que viven en comunidades empobrecidas.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de alimentación complementaria - Programas de suplementos de yodo - Monitoreo del crecimiento - Implementación de tablas de crecimiento y desarrollo - Consejería y atención psicológica
Mejora de la vivienda	
Los efectos que una mejor vivienda ejerce sobre la salud, inducen mejoras en la salud física y mental y menor tensión mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas gubernamentales de mejora de vivienda y accesibilidad a créditos de tasas de interés reducidas - Fomento de la participación comunitaria para mejoras comunales
Mejora del acceso a la educación	
El déficit educacional limita la capacidad de los individuos a tener acceso al bienestar económico; mujeres y niñas pobres que saben leer y escribir logran un sentimiento de orgullo, autoestima y propósito, que contribuye a la salud mental positiva. Una mejor educación aumenta las habilidades cognitivas, emocionales e intelectuales así como las perspectivas de trabajo, y podría reducir la desigualdad y atenuar los riesgos de presentar ciertos trastornos mentales, como la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de accesibilidad a la educación gratuita y pública - Desarrollo de programas de alfabetización para el adulto
Reducción de la inseguridad económica	
En muchos países en desarrollo, las deudas contraídas mediante préstamos usurarios son una fuente constante de estrés y preocupación que puede conducir a desarrollar síntomas de depresión, trastornos mentales y suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas para aminorar la pobreza enfocándose en los establecimientos de crédito - Promoción de la igualdad de género - Disponibilidad de la atención básica de salud - Promoción de la salvaguardia de los derechos humanos
Fortalecimiento de redes comunitarias	
Las intervenciones comunitarias fundamentadas en el empoderamiento y en el desarrollo de un sentido de propiedad y responsabilidad social, han disminuido la aparición de problemas de salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas comunitarios de desarrollo personal
Las regulaciones efectivas de las sustancias adictivas pueden contribuir a la prevención de los trastornos por uso de esas sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de acciones a nivel internacional, nacional, regional y local que incluyen la tributación, restricciones en la disponibilidad del alcohol y prohibición total de todas las formas de publicidad directa e indirecta - Aumento de impuestos a la venta de alcohol y tabaco - Leyes que aumentan la edad legal mínima para ingerir bebidas alcohólicas - Reducciones en las horas y los días de venta - Restricciones de fumar en lugares públicos y sitios de trabajo privados - Programas específicos de prevención del consumo durante el embarazo

Fuente: OMS-OPS (2004): *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado*. OMS, Ginebra. Versión en español. OPS. Panamá

Mesoestrategias: reducción de factores de estrés y aumento de la resiliencia

La reducción de factores de estrés y el aumento de la resiliencia constituyen líneas de acción especialmente orientadas a la protección específica de la salud mental y a promover procesos y condiciones que hacen que las personas e instituciones recurran a sus fortalezas, recursos y condiciones de afronte como estrategia para alcanzar niveles de vida emocional y social aceptables. Las intervenciones en salud pública de protección de la salud mental han demostrado ser medidas efectivas en la mejora del trastorno o condición mental presente y la prevención de una situación futura de crisis o enfermedad.

Mesoestrategias	Acciones posibles
Promoción de inicio de vida saludable	
Los programas de intervención temprana representan una poderosa estrategia de prevención. La mayoría de los programas exitosos que abordan los factores de riesgo y de protección en las primeras etapas de la vida están dirigidos a poblaciones infantiles en riesgo, especialmente los niños que provienen de familias de ingresos reducidos y bajos niveles educativos.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de intervención realizadas en los hogares durante el embarazo - Programas prenatales y de la infancia a través de visitas al hogar - Programas de capacitación a los padres en la crianza de los hijos - Programas preescolares universales tales como los de lectura para familias, clínicas para evaluaciones de la salud, programas organizados de recreación y televisión que transmitan habilidades de lectura a nivel de escuela primaria y fomenten los valores socioemocionales
Reducción del abuso y abandono de menores	
Este aspecto representa un grave problema en relación con la incidencia de los trastornos de la salud mental en la infancia, y requiere estrategias específicas de intervención para su prevención.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones realizadas en el hogar - Estrategias de autodefensa
Afrontamiento de enfermedades mentales	
Los hijos de padres con enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias representan una de las poblaciones con mayor riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de visitas al hogar durante el primer año - Programas de detección e intervención temprana realizados en las escuelas con niños y adolescentes que presentan síntomas manifiestos de ansiedad y sean hijos de padres ansiosos
Aumento de la resiliencia y reducción de la conducta de riesgo	
Debido al tiempo que los niños permanecen en las escuelas, estas constituyen las principales instituciones para la socialización en muchas sociedades. Por ello, las escuelas se han convertido en uno de los sitios más importantes para la promoción de la salud y las intervenciones preventivas entre niños y jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas para la adquisición de habilidades para resolver problemas - Programas de mejora de la concientización social – solución de problemas sociales - Programa "Promoviendo Estrategias de Razonamiento Alternativo" - Intervenciones preventivas de enfoque ecológico, programas dirigidos a la reestructuración del ambiente escolar - Programa que promueva la conducta positiva y el cumplimiento de las reglas en el salón de clase - Programas de prevención con enfoque integral

Afrontamiento de la desintegración familiar	
Adolescentes hijos de padres divorciados presentan mayores tasas de embarazo prematuro, se casan más temprano, abandonan la escuela, presentan conducta delictiva, problemas de uso de sustancias y de externalización e internalización; menor rendimiento académico; menor capacidad social y un mayor riesgo de relaciones infelices, divorcio y mortalidad prematura. La muerte de los padres está relacionada con síntomas de ansiedad y depresión, problemas escolares y de conducta.	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas efectivos para niños de padres divorciados, realizados en la escuela como grupos de apoyo e intervenciones programadas, enseñan habilidades cognitivas y de conducta específicas para hacer frente a la situación - Establecimiento de grupos que proporcionan apoyo social - Programas enfocados en los padres, dirigidos al desarrollo de habilidades para la paternidad positiva y al afrontamiento exitoso de las emociones mejoraron la calidad de la relación entre madre e hijo
Intervenciones en el ámbito laboral	
El trabajo representa dos fuentes principales de factores de estrés que pueden contribuir a una salud mental deficiente, por obra, p. ej., del estrés laboral y el desempleo. Dichos factores pueden aumentar la incidencia de la depresión, ansiedad, desgaste, problemas relacionados con el alcohol, enfermedad cardiovascular y conducta suicida.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones dirigidas a aumentar la capacidad del empleado para hacer frente a situaciones de estrés en el ambiente de trabajo - Intervenciones en el abordaje de las condiciones laborales en relación con tareas y técnicas, mejor definición de roles y mejores relaciones interpersonales - Acciones basadas en la existencia de legislación nacional con respecto al ambiente psicosocial del trabajo, que haga énfasis en la evaluación de riesgo y manejo del mismo - Programas enfocados en el manejo del estrés como apoyo a los proveedores de cuidado personal - Políticas oficiales que aseguren el sistema de seguros de desempleo y la asistencia para el bienestar social o políticas relacionadas con el mejoramiento de la seguridad laboral - Programas de desarrollo de club de empleos y patrocinio de bolsas de trabajo
Apoyo a los refugiados	
El impacto destructivo que el trauma de la guerra tiene sobre la salud mental de individuos, familias y comunidades afectadas en muchas regiones del mundo, pueden extenderse a lo largo de generaciones con impacto negativo significativo en la salud pública y el desarrollo socioeconómico de las sociedades afectadas. Existe considerable sufrimiento humano y discapacidad física entre los refugiados expatriados y en comunidades masivamente traumatizadas cuyos habitantes quedaron rezagados en sus países, víctimas de la guerra y física o sexualmente torturados.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacificación internacional, defensa y cumplimiento de los derechos humanos - Intervenciones tempranas después del trauma - Prevención de las consecuencias negativas de la guerra (por ej., epidemias, problemas con la reconciliación familiar), reconstrucción de los servicios de salud física y mental y de las infraestructuras sociales del país, educación en salud mental - Restauración de los derechos humanos y apoyo emocional, social y económico a los refugiados - El apoyo de las agencias internacionales es esencial para implementar estas macro-estrategias preventivas y para desarrollar la evidencia necesaria que las haga efectivas y factibles.
Abordaje del envejecimiento saludable	
El aumento creciente de este grupo poblacional genera la necesidad de proporcionar beneficios físicos y psicológicos. Corresponde generar estrategias adecuadas para asegurar que los ancianos lleguen al final de la vida con un mínimo de alteraciones en el área de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de promoción del ejercicio físico - Desarrollo de acciones de apoyo social - Detección temprana y manejo de personas con demencia - Programas de prevención de la depresión y el suicidio - Programas de cuidadores de enfermos crónicos

Fuente: OMS-OPS (2004): *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado*. OMS, Ginebra. Versión en español. OPS. Panamá

Microestrategias: prevención de los trastornos mentales

Los avances logrados durante las últimas décadas han posibilitado el desarrollo de programas basados en la evidencia para reducir el riesgo de los trastornos mentales. Las microestrategias consisten en intervenciones específicas; en ellas se analizan los programas y políticas efectivas para la prevención universal, selectiva e indicada de los trastornos mentales en general y particularmente de la depresión, los trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos relacionados con el uso de sustancias, trastornos psicóticos y conducta suicida. Una relación detallada de la situación actual de esos trastornos y de las estrategias recomendadas para su prevención se encuentra en el informe compendiado sobre promoción de la salud mental del que se hizo referencia en la introducción de este capítulo (1)

El camino hacia adelante

La evidencia muestra que es posible prevenir los trastornos mentales y reducir el riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Se ha elaborado un amplio espectro de programas y políticas que reducen con éxito los factores de riesgo y fortalecen los de protección. Las intervenciones cubren el repertorio completo de la prevención primaria, tanto las intervenciones dirigidas a proteger poblaciones enteras (prevención primaria universal) como las orientadas a amparar grupos vulnerables (prevención selectiva e indicada).

Los análisis sistematizados sobre las prácticas de prevención actuales y pasadas han generado las condiciones necesarias para desarrollar programas efectivos en todo el mundo de prevención de los trastornos mentales.

Condiciones necesarias

Para facilitar la implementación efectiva de estas líneas de acción, resulta imperativo que se cumplan ciertas condiciones en los planos locales, nacionales e internacionales, las principales de las cuales se enumeran a continuación.

Políticas

- Desarrollo de una política nacional para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental dentro del contexto de la salud pública y de las políticas públicas
- Inversión en acciones de prevención en los servicios de atención primaria y secundaria de salud

Capacitación

- Desarrollo de programas de capacitación para la prevención y promoción en salud mental
- Fomento de la colaboración internacional dirigida al desarrollo de la capacitación

Investigación y abogacía

- Expansión de la capacidad para la investigación en prevención
- Asignación de prioridades para la agenda de investigación sobre prevención

- Identificación de evidencias concernientes al contexto y la cultura
- Facilitación de la colaboración y alianzas entre investigación, políticas y práctica

Recursos e infraestructura

- Desarrollo de una infraestructura de recursos que promueva programas y políticas sostenibles de prevención de los trastornos mentales
- Organización y coordinación de las acciones pertinentes en cada país
- Desarrollo de colaboración sostenible y efectiva entre las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales

Pasos para la elaboración del plan

Evaluación de necesidades y desarrollo de programas

- Diagnóstico basado en la evidencia de las necesidades comunitarias y los factores de riesgo y de protección
- Elaboración de programas de prevención basados en principios de efectividad
- Valoración de los múltiples factores, incluso los aspectos sociales, que repercuten en la salud mental y física

Diseminación

- Apoyo al intercambio global de información sobre el tema
- Desarrollo de sistemas de diseminación a nivel nacional y global

Adaptación y personalización de los programas

- Promoción de la adaptación cultural de los programas de prevención de los trastornos mentales guiados por principios de efectividad
- Uso de estrategias personalizadas para aumentar la eficacia

Implementación

- Apoyo de la implementación en gran escala de programas y políticas de promoción basados en la evidencia. El impacto de los programas y políticas dirigidos a fortalecer la salud mental de las comunidades y poblaciones depende de su selección detallada y de la calidad y alcance de su implementación.
- Garantía de la alta calidad, eficacia y eficiencia de la implementación

Evaluación y monitoreo

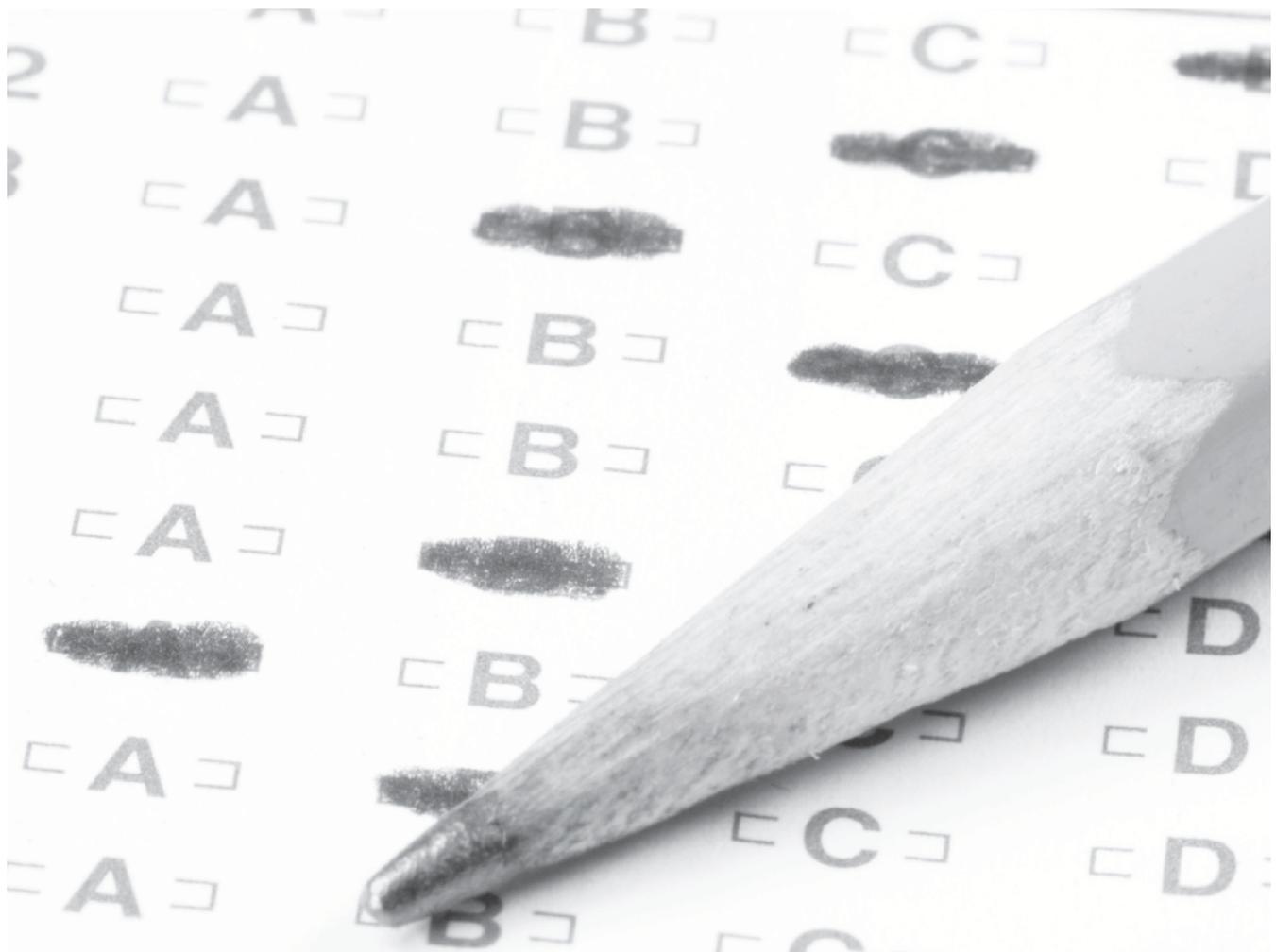
- Desarrollo e implementación de sistemas para la evaluación y el mejoramiento de la calidad de planes y programas
- Seguimiento a largo plazo de la ejecución y resultados del plan

Garantía de la sostenibilidad

- Establecimiento del plan basado en políticas y recursos que faciliten la implementación sostenible

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) *Prevencción de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado*. OMS, Ginebra. Traducción al español y reproducción por la Unidad Regional de Salud Mental y Programas Especiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Panamá.
2. Caplan, G (1966) *Principios de psiquiatría preventiva*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
3. Leavell, H D and Clark E G. (1960) *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*, McGraw-Hill, New York.
4. Institute of Medicine (1989). *Utilization management by third parties. Controlling costs and changing care?* Washington, DC, Institute of Medicine.
5. Patel V & Jané-Llopis E (2005). Poverty, social exclusion and disadvantaged groups. En: Hosman C, Jané-Llopis C & Saxena S, eds: *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford. Oxford University Press.
6. WHO (2004) *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneva; World Health Organization.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mental en el mundo 2001. Salud mental (versión en español): Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001
8. Murray CJL, López AD (1996). The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disabilities from diseases, injury and risk factor. Geneva. World Bank, World Health Organization and Harvard. School of Public Health.
9. Hosman C & Jané-Llopis E (1999). *Political challenges*. International Union for Health Promotion and Education. Brussels, ESC-EC-EAEC.
10. Mrazek PJ & Haggerty RJ, eds. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, National Academy Press.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en el Informe Mundial de la Salud de 2001 (2), diez recomendaciones que contienen acciones mínimas específicas para ser puestas en práctica en el área de la salud mental.

CAPÍTULO 14

Evaluación de los sistemas de salud mental

*Shekhar Saxena***Victor Aparicio Basauri****Jorge J. Rodríguez******Introducción**

Para reducir la carga de enfermedad que representan los trastornos mentales en un determinado país es importante obtener información válida y confiable acerca de su propio sistema de salud mental. Lamentablemente, muchos países tienen limitaciones por la falta de información disponible; en efecto, el Atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) señala que más de 24% de los países, a nivel mundial, no tienen un sistema para recolectar y analizar información básica de salud mental. Otros países tienen sistemas de información, pero estos son débiles o no apropiados para una correcta programación de los servicios de salud mental. Entre los problemas que genera la ausencia de información se destaca la deficiencia en los procesos de planificación, la falta de rendición de cuentas, la incapacidad para monitorear el cambio promovido por las reformas y la posibilidad de desarrollar soluciones antes de comprender apropiadamente la situación.

La evaluación: una necesidad para progresar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en el Informe Mundial de la Salud de 2001 (2), diez recomendaciones que contienen acciones mínimas específicas para ser puestas en práctica en el área de la salud mental. Una de las recomendaciones promueve el monitoreo de las acciones, lo cual implica la elaboración de indicadores que faciliten su seguimiento. Los sistemas de evaluación y monitoreo son necesarios para garantizar que la toma de decisiones esté bien fundada.

• Programme manager, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

•• Asesor Subregional de Salud Mental para Centroamérica, México y Caribe Hispano. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Panamá. Panamá.

••• Coordinador del Proyecto de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Los indicadores relacionados con la salud mental deben desarrollarse con base en las políticas y los planes existentes en los países para asegurar el monitoreo de los aspectos esenciales del Sistema Público de Salud Mental. Un **indicador** de salud es una variable medible y bien definida que se recoge de manera periódica y tiene relación con los criterios correspondientes. Un **criterio** es un elemento predeterminado que define en forma apropiada una actividad en términos operativos, por ejemplo los criterios diagnósticos de la CIE 10. Por último, un **estándar** es un valor preestablecido que indica cuándo un criterio está dentro de los límites de calidad aceptable (3). Indicador, criterio y estándar son elementos básicos para estructurar cualquier programa de evaluación.

Un programa de indicadores de salud mental se ha definido como “un sistema para recopilar, procesar, analizar y utilizar la información acerca de los servicios de salud mental y las necesidades de salud mental de la población” (4). Los sistemas de información en salud mental debe ser potencialmente capaces de cubrir las necesidades para procesar y obtener los indicadores correspondientes.

El sistema de información en salud mental puede ser capaz de ofrecer un gran caudal de información, como la relación de quién trata a quién, en qué lugares, a qué costos y con una estimación de los resultados. Los indicadores difieren dependiendo de que el énfasis que pongan esté en el conjunto resumido de sus elementos o en aspectos clave de la información. Por ejemplo, un sistema de información en salud mental puede suministrar datos detallados sobre cada paciente dado de alta y readmitido en cada hospital de una región; lo que luego puede compendiarse en un indicador que suministra información resumida sobre la tasa general de readmisión de pacientes dados de alta en la Región en un período determinado. Este indicador puede suministrar información clave para evaluar la eficacia de los servicios y el impacto de una política de reducción de tasas de reingresos de pacientes con trastornos mentales severos. Por lo tanto, aun cuando los indicadores de salud mental deberían ser desarrollados antes de establecer un sistema de información en salud mental, es posible también trabajar con indicadores previos de los sistemas existentes.

El monitoreo consiste en el seguimiento rutinario de la ejecución de un plan, mientras que la evaluación se refiere a los medios sistemáticos utilizados para estimar el valor o la efectividad de una política o un plan (5). Podemos definir la evaluación como “*un juicio sobre una actividad en cuanto al grado de alcance de un objetivo previamente establecido, valorando incluso los recursos utilizados, y comparándola con otra actividad de objetivos similares o con una actividad que hemos considerado ideal*” (3) (véase la figura 1). Los indicadores empleados para evaluar los sistemas y servicios de salud mental fueron clasificados en tres clases por Thornicroft y Tansella (6): los **indicadores de insumos**, que describen los recursos que se usan para desarrollar o modificar un sistema y los servicios; los **indicadores de procesos**, que describen las actividades y abarcan tanto el uso de los servicios como su calidad y la de los programas; y los **indicadores de resultados**, que describen los cambios en el estado de salud de los usuarios. Esta formulación recoge el esquema clásico propuesto previamente por Donabedian, quien manifestó que los componentes de la evaluación eran tres: estructura, procesos y resultados (7).

Figura 1. Sistema de evaluación

El sistema de salud mental se ha definido como el conjunto de actividades cuya finalidad primaria es promover, recuperar o mantener la salud mental; incluye todas las organizaciones y los recursos centrados en mejorar la salud mental de la población (8).

La evaluación de los sistemas de salud mental: una breve revisión de algunos antecedentes

Indicadores de rendimiento del sistema de salud mental en Inglaterra

Desde 2003, las instituciones de salud mental de Inglaterra han estado recibiendo resultados de su rendimiento con base en indicadores. Los índices, publicados en un boletín, son producidos por la Comisión para la Mejora del Sistema de Salud (CMSS) (9), organismo independiente del Servicio Nacional de Salud. Algunos de los indicadores fueron seleccionados con base en las políticas del gobierno (por ejemplo, el Marco del Servicio Nacional de Salud Mental y el Plan Nacional de Servicios de Salud). Otros indicadores fueron diseñados por la CMSS y el Departamento de Salud, después de haber consultado con varias partes interesadas. Los indicadores procuran proporcionar a los profesionales y a los usuarios una información accesible y fácil de comprender acerca del rendimiento de los servicios de salud locales. Los resultados de estas evaluaciones están disponibles para el público.

Informe de salud mental para monitorear los planes de salud en los Estados Unidos

La Ley de la Seguridad Sanitaria de los Estados Unidos de 1993 desarrolló informes de rendimientos que ayudan a los usuarios de los servicios a elegir entre planes de salud que compiten entre sí (10). El Informe de Salud Mental (11) es un boletín de rendimientos orientado al usuario, con indicadores sobre: a) accesibilidad a los servicios, por ejemplo, ausencia de barreras geográficas, culturales, lingüísticas o económicas; b) idoneidad de los servicios, valorada en términos de su calidad, la aplicación de guías sobre las mejores prácticas y el fomento de la continuidad de los cuidados; c) resultados de los servicios; y d) prevención, por ejemplo, intervenciones para reducir el riesgo de los trastorno del desarrollo.

Las fuentes de datos para el informe consisten en la información proveniente de los cuestionarios administrados por los clínicos y de las encuestas a usuarios. Desde la publicación del informe se han usado diferentes cuestionarios y encuestas a usuarios (12, 13). El informe está centrado, pero no limi-

tado, a los trastornos mentales graves y fue diseñado con el objetivo de hacer comprensibles y poner al alcance del público las evaluaciones del rendimiento. Este informe, junto con las experiencias derivadas de su implementación, ha tenido una importante influencia en el monitoreo de los servicios de salud mental en diferentes lugares en los Estados Unidos.

Indicadores empleados en el monitoreo de la salud mental en la Unión Europea

El Programa de Vigilancia Sanitaria de la Comisión Europea incluye el diseño de Indicadores de Salud de la Comunidad Europea, ISCE (en inglés ECHI), que alimentan el Sistema de Monitoreo y de Intercambio de Indicadores de Salud de esa entidad.

El Centro Nacional Finlandés para la Investigación y el Desarrollo del Bienestar y la Salud (Stakes) junto a otros colaboradores internacionales, ha desarrollado un conjunto de indicadores de salud mental (14) que abarcan tanto la salud mental negativa (por ejemplo, la psicopatología) como la salud mental positiva (definido por Stakes como un valor por sí mismo o un recurso, como la capacidad para hacer frente a la adversidad).

Según el Centro Nacional Stakes (14) la mayoría de los Estados de la Unión Europea recopilan información sobre la mortalidad y los recursos de salud mental, la utilización y los gastos, pero los datos generalmente no son comparables. El Centro Nacional Stakes ha propuesto que los datos sean uniformes para todos los indicadores de salud mental (ISCE) que se recogerán cada tres años. Se han propuesto medidas para evaluar cada uno de los indicadores. El énfasis del plan de ISCE está en las mediciones a nivel de población, incluidas las que evalúan los efectos potenciales de la promoción de la salud mental.

“Población saludable en 2010”. Instrumento para evaluar la salud mental a nivel nacional en los Estados Unidos

“Población saludable en 2010” (15) es un conjunto de metas de salud para los Estados Unidos en el período 2000–2010. Busca ayudar a una variedad de partes implicadas en la elaboración de programas para mejorar la salud. Esta propuesta se basa en: a) un informe nacional de salud (que establecía las metas de salud para ser alcanzadas entre 1980 y 1990) y b) “Población saludable en el 2000” (que establecía metas para alcanzarse entre 1990 y 2000). El objetivo de “Población saludable” es constituirse en la base para el desarrollo de planes estatales y comunitarios. “Población saludable en 2010” se ha elaborado mediante un proceso amplio de consulta que incluye a más de 600 organizaciones; aprovecha el conocimiento científico disponible e intenta medir los programas a lo largo del tiempo.

En “Población saludable en 2010” la salud mental y los trastornos mentales constituyen uno de los denominados “indicadores líderes de salud”. En esa publicación la salud mental se ha identificado como un área prioritaria. Cinco de los 18 indicadores de salud mental enumerados describen la mejora del estado de salud mental, cinco describen la expansión del tratamiento y de los servicios y tres exponen aspectos de los planes, del monitoreo y de la información de los estados. Para cada indicador hay una meta especificada, una línea base y una fuente de datos. Las fuentes de datos incluyen los sistemas existentes de vigilancia, las encuestas y los programas de registros. El monitoreo de los indicadores se facilita mediante DATA2010, una base de datos interactiva que contiene la información más reciente.

Una necesidad: evaluar de manera amplia e integral los sistemas de salud mental en los países de bajos y medianos ingresos

A pesar de contarse con muchas de las experiencias antes mencionadas, se hizo evidente que era necesario tener un proyecto de indicadores aplicable en los países de bajos y medianos ingresos. Tal proyecto debía disponer de indicadores de procesos y de recursos localmente pertinentes y utilizables para monitorear el desarrollo de los sistemas de atención de salud mental comunitaria, los cuales no siempre están presentes en estos países. Al mismo tiempo también resultaba importante desarrollar indicadores de resultado, puesto que su mejora es una razón clave para las personas que buscan servicios y para la racionalización de los gastos. Como lo señala el Informe Mundial de Salud Mental, hay un número de indicadores viables para evaluar los cambios sociales y sanitarios, resultado del funcionamiento y la eficacia de los servicios.

En vista de la escasez de información disponible sobre la atención de salud mental en los países de bajos y medianos ingresos, debemos formularnos preguntas básicas como ¿qué atención de salud mental está disponible? y ¿qué proporción de la población recibe la misma? La evaluación de la calidad de la atención en los países en desarrollo es obviamente importante, pero sólo puede abordarse después que estas preguntas primarias se hayan respondido.

Instrumento de evaluación de la OMS para sistemas de salud mental

En respuesta a la necesidad antes planteada, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha creado recientemente el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental, OMS-IESM (conocido como WHO-AIMS, por sus siglas en inglés) (8). Es una herramienta integral de evaluación para los sistemas de salud mental, diseñada para los países de bajos y medianos recursos. La segunda versión del instrumento, OMS-IESM versión 2.2 (WHO-AIMS 2.2), consta de seis secciones: la política y el marco legislativo, los servicios de salud mental, la salud mental en la atención primaria, los recursos humanos, la educación sanitaria y la relación con otros sectores, así como la evaluación e investigación. Estas secciones abordan las diez recomendaciones del “Informe Mundial de la Salud de 2001” a lo largo de 28 apartados y 155 “ítems”. Las seis secciones evalúan los aspectos básicos, aunque de manera amplia, para dar una visión integral del sistema de salud mental, haciendo énfasis en las actividades del sector salud. El OMS-IESM suministra información esencial para el desarrollo de políticas y planes de salud mental, así como la prestación de la atención. Así, los países podrán planificar en el campo de la salud mental basándose en una línea base clara y con metas precisas. También podrán monitorear los avances en la implementación de las políticas de reforma y en la prestación de servicios comunitarios, involucrando a los usuarios, a las familias y a otros actores, en la promoción, prevención, atención y rehabilitación en el campo de la salud mental.

El alcance, los objetivos, la estructura, el contenido y los métodos de recopilación de datos del OMS-IESM son significativamente diferentes de otros proyectos de indicadores existentes. Por ejemplo, está diseñado para proporcionar una evaluación integral del sistema de salud mental, así como de los servicios y de los mecanismos de apoyo a las personas con trastornos mentales que se prestan fuera de los servicios especializados, como por ejemplo, en la atención primaria. Cabe señalar que la mayoría de los métodos de monitoreo existentes están focalizados casi exclusivamente en los servicios psiquiátricos especializados.

Hay también diferencias con otros instrumentos en relación con los objetivos. Mientras que el OMS-IESM está diseñado para describir todos los recursos esenciales existentes de salud mental en un país, el foco primario de la mayor parte de los restantes instrumentos es medir la calidad o el rendimiento de los servicios de salud mental o de un dispositivo asistencial particular. Hay también diferencias estructurales entre el OMS-IESM y otros proyectos de indicadores. Por ejemplo, muchos de estos proyectos contienen un gran número de mediciones de resultados principalmente porque están centrados en los rendimientos. Dado que muchos de los países de recursos bajos y medios carecen de la infraestructura básica de un sistema de salud mental (por ejemplo, servicios comunitarios) o de un sistema de información en funcionamiento, los datos e indicadores de resultados, esenciales para evaluar la eficacia, son extremadamente difíciles de recoger. Por lo tanto el OMS-IESM consta, sobre todo, de indicadores de insumos (los recursos que se usan para desarrollar o modificar el sistema y los servicios) e indicadores de procesos (evaluación de la utilización de los servicios, así como de aspectos de la calidad de los servicios y los programas).

El OMS-IESM 2.2 también contiene escalas de clasificación ordinal, por cuanto hay datos precisos que son difíciles de recopilar en algunos lugares. Por ejemplo, muy pocos países de bajos recursos registran el número de veces que los pacientes están bajo contención física o permanecen en aislamiento en los hospitales psiquiátricos, lo cual dificulta la obtención de cifras precisas. En el instrumento de la OMS el tema de la contención y el aislamiento de los pacientes se ha abordado mediante una escala de clasificación ordinal que pide una estimación del porcentaje de pacientes que estuvieron contenidos físicamente o en aislamiento por lo menos una vez en el último año. Las estimaciones son basadas en una escala de cinco puntos y a los entrevistados se les da instrucciones para que suministren los datos precisos si estos están disponibles, y si no lo están que proporcionen la mejor estimación basada en otra información o esta se busca en otra fuente de datos, por ejemplo, consultando a informantes clave en los hospitales psiquiátricos y revisando informes de organismos no gubernamentales. Además, en cuanto al contenido, el OMS-IESM provee un número de “ítems” que miden los recursos de salud mental importantes en los países de bajos y medianos recursos pero que pueden no ser tan fundamentales en los países de altos recursos; por ejemplo, hay “ítems” relativos a los curanderos y a los trabajadores de atención primaria de salud no titulados. Por último, el OMS-IESM recopila información de todas las organizaciones e instancias pertinentes en los diferentes niveles del sistema de salud.

Desarrollo del OMS-IESM 2.2 (WHO-AIMS 2.2)

Las diez recomendaciones del “Informe Sobre la Salud en el Mundo” de 2001 han sido la base para desarrollar este instrumento, porque representan la visión de la OMS para mejorar los sistemas de salud mental y reducir la carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales. Estas son: 1) proporcionar tratamiento en la atención primaria; 2) disponer de medicamentos psicotrópicos accesibles; 3) prestar atención comunitaria; 4) proveer educación sanitaria; 5) implicar a la comunidad, las familias y los usuarios; 6) establecer programas, políticas y legislación nacionales; 7) desarrollar los recursos humanos; 8) fomentar la relación con los otros sectores; 9) monitorear la salud mental comunitaria; y 10) dar apoyo a la investigación. Estas recomendaciones generales proporcionan un marco de referencia adecuado para la planificación de salud mental.

Para hacer operativas las recomendaciones se desarrolló un gran número de ítems, agrupados en un conjunto de apartados o áreas. Por ejemplo, se crearon numerosos ítems en relación con la política y el marco legislativo; estos elementos se agruparon luego en apartados que abarcaban la política de

salud mental, los planes de salud mental, la legislación, el monitoreo de los derechos humanos y la financiación de los servicios de salud mental. Grupos de expertos y puntos focales clave en países de escasos recursos hicieron aportes a lo largo de dos consultas, realizadas para asegurar la claridad, validez de contenido y viabilidad de los ítems generados.

La versión actual del instrumento incluye una documentación de apoyo (respuestas a las preguntas más frecuentes, guía para la recopilación de los datos y definiciones de los términos usados con mayor frecuencia), un programa de entrada de datos y una plantilla para redactar los informes finales del país. Además, el instrumento abreviado, que es una versión reducida del instrumento original, contiene una lista de ítems que puede usarse para una evaluación rápida de los sistemas de salud mental. Sin embargo, se recomienda el uso del instrumento total para obtener una imagen más integral y que sirva de base a una planificación adecuada del sistema de salud mental.

El OMS-IESM puede usarse en un país en su totalidad, o en una región, estado o provincia dentro de un país grande. Además, la mayoría de los componentes del instrumento son pertinentes y aplicables a los lugares de escasos recursos dentro de los países de altos ingresos. El instrumento también puede ser útil en los países de altos recursos deseosos de lograr una visión integral del sistema de salud mental que incluya los servicios y áreas que están fuera del sistema especializado. Aunque la duración de la recopilación de información variará de un país o región a otro; los datos requeridos pueden recopilarse en la mayoría de los lugares en espacios de tiempo relativamente breves (dos a tres meses).

Uso y beneficios del OMS-IESM (WHO-AIMS)

Este instrumento suministra información esencial sobre la política, planes y programas de salud mental y la prestación de los servicios. Su uso facilitará el monitoreo del avance en la implementación de las políticas de reforma y reestructuración de los servicios con énfasis en los aspectos comunitarios y en el involucramiento de los usuarios, familias y otros actores en acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental.

Mediante el OMS-IESM los países pueden tener una imagen bastante integral de los puntos débiles de su sistema de salud mental, conocimiento facilitador de las mejoras con el transcurso del tiempo. El proceso de recopilación de datos puede estimular la reflexión por parte de los gestores de los sistemas de salud y de los gobiernos, lo que puede impulsar la creación de una infraestructura de datos, la implementación de mejoras en el sistema de información y la construcción de una red para las acciones en salud mental. Las autoridades de salud de un país de bajos recursos podrían usar este instrumento y encontrar, por ejemplo, que los medicamentos psicotrópicos están disponibles en sólo 50% de los dispositivos de atención primaria o que su costo es extraordinariamente alto para la mayoría de la población. Puede ocurrir que las autoridades y los gerentes de salud de un país determinado decidan entonces mejorar el acceso a los medicamentos psicotrópicos en atención primaria, y estén de acuerdo con dos objetivos para los próximos cinco años: aumentar 10% cada año el porcentaje de centros en los cuales los medicamentos están disponibles y capacitar sobre los medicamentos psicotrópicos a los profesionales de los centros donde dichos fármacos van a estar disponibles. El Ministerio o Departamento de Salud respectivo podría llevar a cabo un análisis de los recursos necesarios, movilizar fondos conjuntamente con organismos no gubernamentales y usar los elementos pertinentes del instrumento para hacer el seguimiento de la mejora y aportar sugerencias rápidas.

Elementos que se pueden identificar mediante la evaluación realizada con el instrumento de la OMS son, entre otros: la proporción del presupuesto de salud dedicado a la salud mental; el gasto de salud mental en los hospitales psiquiátricos comparado con el gasto en servicios comunitarios; la distribución de los recursos humanos en el país o región; los índices de prestación de servicios de salud mental por población; la cobertura de personal de salud entrenado en salud mental, etcétera.

Limitaciones

Una de las limitaciones más notables del instrumento fue la falta de pruebas adicionales de validación. Aunque su desarrollo fue sistemático e implicó mecanismos para evaluar y dar validez al contenido, no fue posible realizar los análisis cuantitativos tradicionales (por ejemplo, análisis de ítems y análisis factorial) para establecer otros tipos de validez y la fiabilidad del instrumento debido a lo pequeño de la muestra en el estudio piloto. La dificultad de obtener una muestra lo bastante grande para conducir un análisis tradicional no es inusual en el campo de evaluación de programas, donde la unidad de calificación son los programas y no los individuos. En consecuencia, el establecimiento de la validez del contenido mediante la jerarquización de un número de dimensiones es una práctica común y aceptada en este campo.

Además, hay ciertos modelos de atención implícitos en el OMS-IESM, por ejemplo el uso de la CIE-10 para el diagnóstico de los trastornos mentales, la utilización de intervenciones psicosociales y la aplicación de políticas para reducir la carga de enfermedad. Esto es coherente con las recomendaciones del “Informe Sobre la Salud en el Mundo” de 2001 (2) cuyo modelo de atención puede ser usado por casi todos los ministerios de salud en el mundo. Sin embargo, pueden existir alternativas de atención fuera del sector oficial de salud, no evaluadas por el instrumento.

Otro punto débil del instrumento es la dificultad de hacer operativos algunos conceptos clave que es importante incluir, aun en términos cualitativos. Por ejemplo, la equidad en la accesibilidad a los servicios de salud mental para los grupos minoritarios es un tema importante en la mayoría de los países del mundo, porque gran parte de los recursos de salud mental son usados por la población urbana y por grupos de las mayorías étnicas. La medición del grado de esta iniquidad es importante para promover un acceso más equitativo a la atención de salud mental; sin embargo, es muy difícil aplicar indicadores cuantitativos. En consecuencia, muchos de los componentes del OMS-IESM sobre los temas de la equidad utilizan las escalas ordinales de clasificación. Aunque sería preferible incluir sólo ítems que utilizan datos objetivos de fuentes fiables, estos datos a menudo no están disponibles. El uso de encuestas (complementario al uso del OMS-IESM) puede ayudar a mejorar la evaluación de temas complejos.

Existe interés en determinar si hay alguna restricción en la cobertura de los tratamientos de salud mental por los planes del seguro social, no obstante es difícil crear un ítem para medir este tema, porque hay muchas maneras de imponer restricciones. En efecto, la seguridad social, en muchos países, sólo proporciona servicios hospitalarios y unas pocas intervenciones ambulatorias, o las restricciones están en la duración del tratamiento; en consecuencia, este tema no está cubierto en OMS-IESM. El instrumento también está limitado en la evaluación de las actividades de promoción de la salud mental, incluyendo la medición de los apoyos comunitarios a las personas con discapacidades. Sin embargo, estos puntos y otros parecidos están en una “lista por desarrollar” para su posible inclusión en una edición futura.

Consideración final

A pesar de las limitaciones —antes descritas— y hasta donde sabemos, el OMS-IESM es la primera herramienta de evaluación integral de los sistemas de salud mental, diseñada teniendo en cuenta las necesidades de los países de bajos ó medianos recursos, capaz de proveer una visión amplia e integral de los servicios de salud mental. Más específicamente, es única tanto por su base teórica y conceptual (“Informe Sobre la Salud en el Mundo”-2001/OMS) como por el proceso de su desarrollo. Un aspecto importante por resaltar es que el instrumento no depende de tecnologías sofisticadas para la recopilación de datos.

Muchos expertos de países de bajos y medianos recursos colaboraron en su desarrollo. Sus contribuciones se solicitaron en cada etapa del desarrollo del instrumento y su participación activa ayudó a fortalecer su relevancia, viabilidad y utilidad en el contexto antes descrito.

Recomendamos a los lectores la lectura y revisión de este documento; tal vez pueda ser usado total o parcialmente por muchos gestores o actores del campo de la salud mental en los países y a nivel local. Sugerimos visitar el sitio Web de la OMS donde están disponibles todos los materiales del WHO AIMS: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html

Referencias

1. Mental Health Atlas: 2005. Geneva; World Health Organization, 2005.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe mundial de la salud 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS, 2001.
3. Aparicio V, ed. *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid. AEN.1993
4. World Health Organization (WHO). *Mental health information systems and indicators*. Geneva; WHO, 2003.
5. World Health Organization (WHO). *Monitoring and evaluation of mental health policies and plans*. Geneva; WHO, 2007.
6. Thornicroft G, Tansella M. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
7. Donabedian A. La calidad de la atención médica. La prensa médica mexicana. México. 1984.
8. World Health Organization (WHO). World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) Version 2.2. Geneva; World Health Organization; 2005.
9. Commission for Health Improvement. *Final performance indicators for mental health trusts (2002/2003)*. Commission for health improvement, 2003.
10. Teague GB, Ganju V, Hornik JA, Johnson JR, McKinney J. The MHSIP mental health report card: A consumer oriented approach to monitoring the quality of health plans. *Eval Rev* 1997; 21:330-41.
11. Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP). *The MHSIP consumer-oriented report card: final report of the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) task force on a consumer-oriented mental health report card*. MHSIP, 1996.
12. Eisen SV, Shaul JA, Leff HS, Stringfellow VL, Clarridge BR, Cleary PD. Toward a national consumer survey: evaluation of the CABHS and MHSIP instruments. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2001; 28:347-69.

13. Shaul J A, Eisen SV, Clarridge BR, Stringfellow BL, Fowler FJ, Claery PD in collaboration with the ECHO development team. *Experiences of Care and Health Outcomes (ECHO) Survey: Field test report*, 2001.
14. Stakes. *Minimum data set of european mental health indicators*. Helsinki: Stakes, 2001. (<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/minimum.pdf> accessed on November 18, 2003).
15. Healthy people 2010: understanding and improving health, 2nd. ed. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2000.

Formación de recursos humanos en salud mental en la comunidad

Rubén Oscar Ferro*

Introducción

El esquema conceptual y metodológico de este capítulo es producto de una prolongada experiencia en la capacitación de recursos humanos (RRHH) y en la investigación en salud mental en el Instituto de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba. (www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar)

La inclusión de la categoría *poder* en el análisis de la situación sanitaria, de las conceptualizaciones y de las prácticas de salud mental se originó a partir de los aportes teóricos del Pensamiento Estratégico de Testa (1). Este autor planteó que la salud es una cuestión social y, en cuanto tal, política; en consecuencia, estructurada, condicionada y dinamizada por relaciones de poder, tanto entre sujetos, grupos, comunidades y países como en sus interiores.

Este enfoque pragmático permite al trabajador de salud mental (TSM) actuar en la comunidad desestimando acciones que involucren al hospital psiquiátrico tradicional, con su característica e histórica ineficiencia, alto costo y habitual violación de los derechos humanos.

Partiendo de la *Declaración de Caracas* (2) se ha trabajado en un marco teórico-operativo del poder basado en los dos esquemas propuestos por la OMS: las “Diez recomendaciones generales” (3) y la “Pirámide Marco de Servicios de Salud Mental” (4) y se elaboró una matriz de transferencia del conocimiento que tiene en cuenta la red de poderes que interactúan tanto en los niveles estatal e institucional como en el de las prácticas.

Se procuró acompañar al TSM para que, involucrando su propia realidad, pueda reestructurarse como sujeto singular y creativo, socialmente solidario,

• Director del Instituto de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

ético, científico y práctico, capaz de adoptar las decisiones estratégicas que la situación de su propia salud mental y la de los grupos y comunidades requieran. *“Pensar y actuar de esta manera implica posicionarse para la acción sanitaria y social de un modo distinto y esencialmente pro-activo, que considera como categoría central al poder en sus formas cotidianas —tanto política, técnica como administrativa—, en función de las cuales, determinada situación de salud es como es”* (5).

Marco referencial

En “La Salud Mental: una prioridad de salud pública en las Américas” (6), se señalan cifras que alertan sobre la magnitud del problema que tenemos que afrontar en salud mental. La “Declaración de Caracas” (2), la Resolución de la ONU sobre *“Principios para la Protección de las Personas con Trastornos Mentales y la Mejora de la Atención en Salud Mental”* (7); la Conferencia *Salud Mental en las Américas: “Asociándonos para el Progreso”* (8), la *“Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”* (9) fueron algunos de los encuentros y documentos de nuestra Región que han tratado de dar respuesta al gran desafío de la salud mental en la comunidad. Los libros *Temas de salud mental en la comunidad* (10) y *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos* (11) han sido textos de necesaria consulta.

La OMS produjo el *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001* (3), donde llama la atención sobre la creciente carga mundial de los trastornos mentales y establece “Diez recomendaciones generales” para la atención en salud mental. Otros esfuerzos para la mejora de los servicios en salud mental han sido el *“Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental”* (12) y el *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental* (13) entre las que se destaca el módulo *Human Resources and Training in Mental Health* (4) donde se sugiere: a) vincular la política de planificación de los recursos humanos con los programas de atención de salud y con las instituciones de formación; b) examinar la capacitación del personal de salud mental, y mejorarla de acuerdo con las necesidades concretas de salud mental de la población y c) una vez que el personal esté cualificado, desarrollar la educación, capacitación y supervisión continuas, para garantizar la prestación de la mejor calidad en la atención.

Destinos y destinatarios de la formación de los recursos humanos en salud mental

Los recursos humanos (RRHH) en salud mental que actúan en la comunidad se encuentran con tres desafíos reiterados:

1. dar respuesta a las demandas “clínicas” y a su vez encontrar soluciones a los problemas “comunitarios”;
2. comprometer no sólo a los recursos humanos formales de otros sectores y jurisdicciones, sino también a los “no formales” de la propia comunidad; y
3. considerar al autocuidado en salud mental como una estrategia válida.

Para identificar a los destinatarios de la formación de recursos humanos en salud mental hemos tomado como referencia metodológica la Pirámide Marco de la OMS incorporando las tres categorías que surgen de la misma: los servicios formales de salud mental (atención comunitaria formal, aten-

ción primaria, servicios de salud mental en el hospital general y servicios especializados), los servicios informales y el autocuidado de la salud mental. A este último lo entendemos como *autogobierno de sí mismo* y es el que permite guiar nuestras prácticas cotidianas.

En la búsqueda de un pensamiento integral que permita abarcar todos los ámbitos de la sociedad, incorporamos en nuestro análisis al Estado y sus instituciones, tanto en su *Estructura Jurídico-Política* y en su *Organización Técnico-Administrativa* como en su *Aparato Científico-Tecnológico* (14). La utilización de este esquema conceptual permite analizar las diferentes lógicas que involucran a cada uno de los poderes dentro de un determinado proyecto político en salud.

Este esquema triádico de pensamiento lo aplicamos a las “Diez recomendaciones” de la OMS, a las que, para una mejor operatividad, reorganizamos de la siguiente forma: 1) Recomendaciones políticas (involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; establecer vínculos con otros sectores y apoyar nuevas investigaciones); 2) Recomendaciones técnicas (desarrollar recursos humanos; educar al público y vigilar la salud mental de las comunidades); 3) Recomendaciones administrativas (dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos y prestar asistencia en la comunidad).

Lo antes expuesto engloba fundamentalmente al Estado y sus instituciones, por lo que se hace necesario ir más allá en el análisis e integrar en él al individuo. También hay que incorporar en los análisis de la salud mental el funcionamiento del poder a nivel individual en las prácticas cotidianas y concretas.

¿A quiénes y cómo formar?

Servicios formales de salud mental

Al emprender la formación de los RRHH en salud mental, los gobiernos encargados de elaborar políticas y planes en este campo, así como las instituciones encargadas de la formación, enfrentan el enorme desafío de cambiar de paradigma, y construir distintos niveles de abordaje según el tipo de servicio y las funciones que tengan que prestar los diferentes actores.

Los proyectos de formación de los trabajadores de la salud mental deben ser concebidos como una propuesta singular, contextualizada y flexible. Los cambios socio-culturales, científico-tecnológicos y político-económicos que experimentan nuestras sociedades deben ser considerados y debatidos por los trabajadores de la salud mental pues implican transformaciones que influyen definitivamente en la salud y calidad de vida, y pueden generar trastornos psíquicos.

La formación de los recursos humanos en salud mental debe ser abordada en toda su complejidad por cuanto “*corresponde al entrecruzamiento de disciplinas y prácticas diversas vinculadas a todos los campos de la actividad humana y sus intenciones*” (15). Se hace imprescindible una formación transdisciplinaria de los TSM es decir, con competencias extraídas de las ciencias biológicas y de las ciencias sociales.

En el proceso de enseñanza-aprendizaje deben ser utilizados todos los conocimientos sociales que permitan comprender las determinaciones y los condicionamientos impuestos por los procesos naturales, histórico-culturales, económico-sociales, jurídico-políticos, científico-técnicos y de organización de los servicios de salud; procesos que se presentan interrelacionados y movilizados por relaciones de poder. A esto se refiere Foucault cuando señala la necesidad de construir una “*Teoría como caja de herramientas*” (16) o, como dice Testa (17), se debe “*proporcionar un lenguaje y una estructura comunicativa donde el pueblo debata su historia y su futuro*”.

Es necesario que los RRHH en salud mental aprendan trabajando y trabajen aprendiendo, siempre en estrecha relación con los miembros de los demás servicios y con la comunidad. Pero también deben aprender a aprender, a relacionarse, a resolver nuevos problemas, a cambiar sus roles en el trabajo cuando sea necesario; en fin, aprender a hacer. La profesionalización de los niveles formales de salud mental debieran tender a un desarrollo sistémico y continuo en su formación, fundamentado en la acción y el conocimiento especializado, de manera que las decisiones referidas a lo que se aprende, a cómo se enseña y a las formas organizativas de los conocimientos se adopten de acuerdo con los avances científico-técnicos, las prácticas basadas en la evidencia, las necesidades de salud mental de cada población, los marcos de responsabilidad preestablecidos, los criterios éticos que rigen la profesión, los diversos contextos y las características culturales de cada entorno.

Servicios especializados de salud mental

Los destinatarios de la formación en el nivel de los servicios especializados son, entre otros, psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Su gestión se orienta a la prestación de determinados servicios, como prevención, manejo y tratamiento de los trastornos mentales, adicciones y problemas psicosociales de la niñez, la adolescencia y la tercera edad, así como en la solución de problemas legales. Otra función de estos servicios es desarrollar una base o extensión comunitaria que permita su integración con la comunidad. Sus agentes debieran tener conocimientos docentes básicos para impartir la capacitación necesaria a otros profesionales, médicos y no médicos (maestros, policías, bomberos) que los faculten para abordar los problemas que presentan las personas con trastornos mentales y tratarlas o derivarlas según se requiera. Las competencias administrativas y de gestión son necesarias para poder ejecutar con idoneidad las funciones del servicio en particular y las actividades en la comunidad en general y a la vez desarrollar tareas de promoción de la salud y de investigación.

Atención de la salud mental en hospitales generales

Estos servicios requieren la formación específica de psiquiatras, médicos con orientación en salud mental y médicos de diferentes especialidades que en su gestión tengan relación con alguna problemática psiquiátrica. El mismo criterio debe utilizarse para la formación de enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y otros trabajadores de la salud que se desempeñen en los servicios del hospital general. Los miembros de este servicio son los encargados del tratamiento y seguimiento de pacientes internados y ambulatorios con diagnósticos psiquiátricos; resuelven las interconsultas y tienen funciones relativas a la educación y formación del personal de atención primaria en rehabilitación e investigación. Deben poseer habilidades para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales; conocer sobre cuestiones jurídicas pertinentes y tener capacidades y aptitudes para el trabajo en equipo multidisciplinario. Se requiere que estén actualizados con respecto a tratamientos farmacológicos y psicoterapias breves, y capacitados para impulsar acciones grupales, en las familias y en la comunidad.

Servicios comunitarios formales de salud mental

En este nivel, el desafío en la formación de los RRHH está planteado por la dispersión y bajo número de profesionales que prestan estos servicios. Debiera capacitarse a psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y trabajadores de atención primaria en el campo de la rehabilitación y en la atención basada en la comunidad. Estos trabajadores debieran también ser adiestrados en la resolución de crisis, la atención domiciliaria y la prestación de apoyo a las personas que reciben tratamientos instituidos en otros niveles del sistema; asimismo debieran poseer habilidades específicas para abordar la dinámica grupal y comunitaria. Además de prestar esos servicios deben atender a los enfermos mentales vistos en la práctica diaria, brindar asistencia a las víctimas de violencia social y familiar y a las personas afectadas por adicciones -especialmente alcoholismo-, y afrontar la problemática de los trastornos de conducta y aprendizaje en la niñez y la adolescencia. Deben participar en un proceso de interacción permanente con los servicios especializados y de hospitales generales, dada la amplia y compleja gama de problemas de salud mental que se presentan en la comunidad.

El componente salud mental en la atención primaria de salud

La demanda a este nivel está dada por la necesidad de formar/entrenar en salud mental a los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros agentes de atención primaria. Estos son los trabajadores de la primera línea de contacto con la población y por ende deben ser capaces de identificar tempranamente los trastornos mentales, realizar el tratamiento apropiado (psicosocial y farmacológico), actuar en situaciones de crisis, ejecutar la derivación oportuna si fuera necesario, asegurar la entrega y utilización de los medicamentos básicos y realizar intervenciones familiares y comunitarias que permitan la resolución de problemas psicosociales. Otra tarea pertinente es la educación y promoción de la salud mental de la familia y la comunidad.

Servicios informales de salud mental

La organización o forma de prestación de los servicios informales de salud mental a nivel comunitario es muy variada e incluye estructuras tales como servicios de orientación, grupos de autoayuda, centros de consulta sin cita previa, gestión de casos, programas de divulgación, centros de intervención en crisis, etc. Se requiere adoptar nuevos y osados modos de pensar, nuevos paradigmas y tecnologías, en síntesis, un pensamiento estratégico-genealógico que logre, como lo expresara Foucault (18), el *“acoplamiento de los conocimientos eruditos y de las memorias locales que permiten la constitución de un saber histórico de la lucha y la utilización de ese saber en las tácticas actuales”*. Un saber, en definitiva, que permita la articulación de los conocimientos *“psi”* con la sabiduría del pueblo para lograr la formación de una gama más amplia de trabajadores de la salud mental.

En el nivel informal existe una diversidad de agentes, algunos de ellos integrados a organizaciones no gubernamentales o religiosas, voluntariados laicos, grupos de autoayuda, familiares organizados de pacientes psiquiátricos, trabajadores de ayuda humanitaria, grupos de portadores del VIH y sus familiares, así como los agentes tradicionales o curanderos, y otros profesionales, como maestros, bomberos y funcionarios de policía, los cuales necesitan ser capacitados en competencias básicas de salud mental. Los grupos comunitarios informales que trabajan en asuntos relacionados con la salud mental y han tenido una formación específica para la actividad en la cual se desempeñan, consti-

tuyen colectivos heterogéneos y, en ocasiones, resulta complejo acordar con ellos criterios mínimos de acción; aunque generalmente aceptan la ayuda en capacitación de parte de los servicios formales. La eficacia de estos agentes informales en la comunidad depende de su capacidad de liderazgo y de su compromiso con la tarea emprendida. Los grupos de pacientes externados y de sus familiares precisan ser capacitados para que acepten una rápida derivación a los servicios ambulatorios, resguarden los medicamentos necesarios recibidos, mantengan el tratamiento, y fomenten una efectiva reintegración social.

Autocuidado de la salud mental (o gobierno de sí mismo)

Todas las actividades referidas a los servicios tanto formales como no formales en salud mental se encuentran, por lo general, reguladas por el Estado. En cambio, el autocuidado pertenece exclusivamente a la esfera privada o doméstica y por esta misma razón sólo pueden darse indicaciones o señalamientos que permitan una mejor orientación en el campo de las conductas vitales. Otra cuestión importante es el modo como estas acciones se gestionan: a diferencia de las acciones de los servicios, donde existen una serie de prescripciones programáticas y presupuestarias; en el *gobierno de sí mismo* esto no ocurre. En este campo el papel de los medios de comunicación social es fundamental.

El primer obstáculo en el tema del autocuidado en salud mental está en lo que entiende la gente por tener un problema de salud mental. El saber popular lo asocia directamente a la enfermedad mental y desconoce la posibilidad de ser resuelto sin la ayuda de los “*expertos psi*”. Este obstáculo es una construcción social a la que Pierre Bourdieu ha denominado construcción del *nomos*, es decir es una “ley” que rige socialmente todas las prácticas en nuestra vida cotidiana. Según Bourdieu, es “*una estructura mental que, puesto que ha sido inculcada en todas las mentes socializadas de una forma determinada, es a la vez individual y colectiva; una ley táctica (nomos) de la percepción y de la práctica y constituye la base del consenso sobre el sentido del mundo social y la base del sentido común*” (19). Un ejemplo de esta “ley”, es la medicalización/psicologización de los problemas de salud mental, que centra la atención exclusivamente en el campo clínico e individual de una patología intrapsíquica, asistida en un hospital y en general con resolución farmacológica. La asistencia comunitaria y el autocuidado no se encuentran, en cambio, entre las prácticas de salud mental que la sociedad demanda en su vida diaria.

Para plantearse el autocuidado o *el gobierno de sí mismo*, es necesario “*salir de la ‘tiranía de los expertos’ y, más específicamente, de los poderes discrecionales ejercidos por trabajadores sociales, psicoanalistas, terapéutas ocupacionales, psiquiatras, pedagogos y consejeros matrimoniales, avalados por un discurso sobre el yo concebido como interioridad psíquica*” (20). En síntesis, el autocuidado en salud mental se desarrolla en los tres ámbitos de los poderes, a saber: técnicas de dominación (poder político), de significación (poder técnico) y de producción (poder administrativo). Su esencia está en: 1) la capacidad para gobernar las relaciones sociales, la cual implica la búsqueda táctica de nuevos y más amplios consensos para las acciones dentro de un contexto político determinado, 2) la capacidad para gobernar los saberes de la vida cotidiana, que van desde la higiene personal, alimentación, y actividades físicas, hasta los saberes prácticos y/o profesionales; y 3) la capacidad de la persona para gobernar sus intereses materiales, que tienden al logro de la autonomía económico-financiera del individuo y su grupo.

Fines ético-políticos y técnicos de la formación

Se recomienda que las instituciones de investigación y formadoras de RRHH en salud mental desarrollen entre los educandos competencias para el trabajo en entornos basados en la comunidad, poniendo énfasis, cuando sea necesario el internamiento, en la recuperación y la rehabilitación en hospitales generales. Es necesario formar una gama más amplia de trabajadores de salud mental (para la atención comunitaria y la atención primaria) versados en el conocimiento de las nuevas formas de sufrimiento psíquico que afectan a las poblaciones para, de ese modo, permitir la adopción de nuevos marcos teóricos, metodológicos operativos y de salud mental. Se deben emplear nuevas categorías analíticas y conceptos operacionales portadores de una visión actualizada y contextualizada que permitan actuar de una manera práctica y efectiva sobre los problemas de salud mental que afectan a las poblaciones. Asimismo, es necesario promover la producción, el intercambio y la divulgación interdisciplinaria de conocimientos en salud mental para así hacer aportes a la transformación de concepciones y pericias en este campo, reorientadas hacia la práctica de la salud mental comunitaria. (21).

Recomendaciones para la formación de los recursos humanos en salud mental

Es necesario que los países posean una organización que posibilite la formación de personal (de salud en general y de salud mental en particular) basada en categorías analíticas y en conceptos operacionales actualizados y contextualizados mediante las investigaciones apropiadas. Se espera que tanto los profesionales de la salud mental comunitaria como los miembros de los servicios comunitarios informales de salud mental se incorporen a los necesarios procesos de transformación que nuestra época exige.

Un grupo meta esencial para recibir una adecuada formación de pre y post grado en salud mental en la comunidad son los técnicos y profesionales, ya que generalmente esta temática no forma parte o está muy limitada en los currículos. Asimismo los recursos humanos en salud mental, tanto de los servicios formales como los de los informales, necesitan una preparación que tenga como eje central las “Diez recomendaciones generales” de la OMS, pues sólo a través de ellas se puede garantizar la efectividad de sus acciones en la comunidad.

Otro grupo especial que precisa recibir estos conocimientos es el de los profesionales de los medios de comunicación —oral, escrita y televisiva—, pues su mensaje tiene la posibilidad de llegar a amplios sectores de la población tanto urbana como rural.

Estrategias prioritarias de investigación en salud mental en la comunidad

La formación de recursos humanos en salud mental comunitaria requiere que las investigaciones estén ajustadas a cada contexto social, es decir, que se apoyen en estudios de la problemática psicosocial y en una evaluación continua de las acciones ejecutadas. De lo contrario se corre el riesgo de repetir prácticas y técnicas obsoletas y descontextualizadas.

El sufrimiento psíquico de las poblaciones de países pobres como los de nuestra Región ha sido estudiado por organismos internacionales y nacionales, por universidades y fundaciones privadas.

Ejemplos relevantes son la investigación realizada en poblaciones de bajos ingresos por la OMS y la Universidad de Harvard (22) y el *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*, donde se describen problemáticas inéditas de salud mental y se señalan las líneas prioritarias de investigación de 1) los problemas de identidad debidos a la incertidumbre y la inacción con relación al futuro que genera la globalización; 2) las nuevas formas de ansiedad y depresión, por inseguridad e indefensión asociadas a problemas de desempleo; 3) la transculturación, producto de la homogeneización por obra de la difusión masiva e indiscriminada de programas televisivos, y juegos electrónicos; 4) todas las modalidades de violencia, especialmente en niños, adolescentes, mujeres y ancianos; 5) el estrés, producto de la tensión social, el aislamiento, la soledad y la falta de solidaridad; 6) los problemas emergentes en el desarrollo del adolescente, consecuencia de nuevas formas de enfermedades de transmisión sexual, en especial el SIDA; 7) el debilitamiento y desorganización de la familia y el aumento del embarazo de la adolescente, especialmente en las poblaciones de bajos recursos; 8) el abuso del alcohol y de las drogas; 9) otros tipos de adicciones; y 10) la automedicación y el uso indiscriminado de fármacos.

Necesidad de procesos de socialización, reconstrucción y transferencia del aprendizaje

Formación y evaluación continuas

Se acepta, en general, la necesidad de que el personal técnico-profesional y de otras categorías, una vez cualificado, reciba formación, capacitación y evaluación continuas para garantizar la mejor calidad de los servicios prestados. En efecto, en un mundo de permanentes cambios, es mayor el peligro de que se produzca una brecha entre la formación inicial y el trabajo cotidiano. Para evitarla es preciso asegurar la actualización continua de los conocimientos.

La actualización de los RRHH debe proveer oportunidades de aprendizaje multidisciplinario desde una perspectiva bio-psico-social. Asimismo, debe ser coherente con las funciones de los servicios y las necesidades de salud mental de las comunidades.

Aprendizaje activo y social

Es importante que durante la formación de los RRHH de la salud se promueva la interacción entre estos, los diferentes servicios y los usuarios y familiares, de modo que la adquisición del conocimiento constituya un hecho no sólo individual sino también social. En efecto, la formación de RRHH en salud mental no es un proceso lineal y requiere transformaciones acordes con las modalidades de atención instauradas en la comunidad. Estos cambios, a veces dolorosos y en otras ocasiones estimulantes, implican en esencia nuevos puntos de vista sobre el proceso de enseñanza/aprendizaje y sobre el compromiso con una buena práctica. La capacitación deberá hacerse en una variedad de escenarios —comunitarios, residenciales y hospitalarios— de manera que los trabajadores de la salud se habitúen a sus labores con una variedad de modelos de prestación de servicios y al trabajo con equipos multidisciplinarios.

Socialización del aprendizaje

La generación de pautas de socialización durante la formación de los recursos humanos aumenta su productividad. Los procesos de socialización de lo aprendido juegan un papel importante en el estímulo del desarrollo investigativo a la vez que promueven la creación de redes intersectoriales y

la integración de los diferentes servicios; por otra parte, proveen una excelente oportunidad para reducir el estigma asociado con el trabajo en los “asilos psiquiátricos”.

Un primer paso para salir del llamado “sentido común del saber clínico” y lograr la socialización del aprendizaje es motivar al TSM para que se disponga a “escribir las prácticas”. Esto podría hacerse respondiendo a las clásicas preguntas de la programación: *¿qué?, ¿para qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde?* y *¿con qué?* referidas a una determinada actividad que se quiere realizar. Estas interrogaciones permiten visualizar las relaciones de poder que se encuentran presentes en cada uno de los entornos de trabajo. Luego, las propuestas resultantes podrían transformarse en una gacetilla de prensa, punto inicial de la comunicación (escrita, oral y televisiva) y nexos entre la acción práctica programática y la comunidad, a través de los medios masivos de comunicación. (23).

Reconstrucción del aprendizaje

Se requiere además que la formación conlleve una verdadera transformación del conocimiento que a menudo precisa deshacer ideas, vale decir, destruir para reconstruir. En efecto, para evitar el anquilosamiento de las prácticas profesionales y orientarlas hacia nuevos modelos de atención en la comunidad, es imprescindible cuestionar las formas habituales de pensarlas, describirlas y llevarlas a cabo.

Los marcos teóricos que fundamentan las acciones cotidianas de los profesionales de la salud suelen limitar y amordazar su pensamiento. Por ello, las instituciones formadoras deberían tener como uno de sus objetivos principales el desarrollo de un pensamiento integral, reflexivo y crítico que permita, mediante el cuestionamiento de las formas de experiencia personal, la reconstrucción, innovación, transformación y mejora de las prácticas.

El cambio en los modelos de atención, desde el centrado en el hospital hasta el basado en la comunidad requiere un proceso de ruptura, autocrítica y posterior reconstrucción de las prácticas profesionales. Para que los trabajadores de la salud mental adopten esa posición es necesario que su formación se base en tres principios epistemológicos: ruptura con la verdad absoluta, con los puntos de vista estereotipados y con la racionalidad técnica como único modo de conocimiento. La necesidad de este rompimiento se debe a que los elementos mencionados paralizan el desarrollo de nuevos conocimientos e inmovilizan las prácticas profesionales (24).

Romper con la verdad absoluta requiere una fuerte crítica de las verdades establecidas y los modelos “tradicionales” centrados en el hospital. Evitar la las miradas únicas implica romper con la mirada binaria y disyuntiva, transitando desde el “paradigma de la simplicidad” al de la “complejidad”, es decir, desde el paradigma biológico-asistencial de la tradición médica hacia un contexto de inclusión de las ciencias sociales en el análisis de la salud. Romper con la racionalidad técnica como único modo de conocimiento requiere descubrir y hacer coherentes los conocimientos olvidados de la erudición con los saberes de vida de la gente en su cotidianeidad (18) como paso previo para poder transitar hacia una asistencia comunitaria y transdisciplinaria de la salud mental.

Transferencia del conocimiento

Es importante garantizar la transferencia de los conocimientos y habilidades pertinentes para que sean efectivamente aplicados en el trabajo diario y así lograr un mejor desempeño y una mayor calidad de los servicios prestados. La transferencia sólo se logrará mediante una capacitación estrechamente vinculada con los niveles de servicio, sus funciones y competencias necesarias. Un aprendizaje

en servicio necesita que se sostenga un diálogo constructivo y permanente entre el dispositivo de prestación de servicios de salud mental y los programas de formación.

Los recursos humanos en salud mental deben realizar durante y después de la formación, las tareas que le competen mediante la aplicación de lo aprendido. La mejora en la transferencia del conocimiento en salud mental eleva la calidad de la atención y puede conducir a una mayor satisfacción del paciente (25).

A fin de maximizar la transferencia de conocimientos y habilidades y para mejorar el desempeño en el trabajo, presentamos una matriz que relaciona las responsabilidades sobre las acciones, utilizando las “Diez Recomendaciones Generales”, subdivididas según la lógica de los tres poderes (en el plano horizontal) y con los seis niveles de servicio de la Pirámide Marco de la OMS (en el plano vertical). Este enfoque puede resultar un medio útil de presentar el proceso de transferencia del aprendizaje ya que permite analizar las diferentes lógicas que involucran a cada uno de los poderes dentro de un determinado proyecto político en salud (véase la figura 1).

Esta matriz ubica la responsabilidad política para la ejecución de cada una de las “Diez Recomendaciones” según el nivel de gobierno de la cual cada efector es responsable. Esto permite una organización contextualizada en tiempo y espacio sobre cada una de las acciones y una evaluación permanente de la responsabilidad asumida.

Figura 1. Matriz de transferencia del conocimiento para efectores responsables del área de gobierno del Estado

Diez recomendaciones generales Niveles de servicio (Pirámide Marco de la OMS)	Recomendaciones políticas	Recomendaciones técnicas	Recomendaciones administrativas
Servicios especializados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involucrar a las comunidades, familias y consumidores ▪ Establecer a escala nacional políticas, programas y legislación ▪ Establecer vínculos con otros sectores ▪ Apoyar nuevas investigaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar recursos humanos ▪ Educar al público ▪ Vigilar la salud mental de las comunidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispensar tratamiento en la atención primaria ▪ Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos ▪ Prestar asistencia en la comunidad
Atención de la SM en hospital general	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer servicios especiales para las personas con trastornos mentales en escuelas y lugares de trabajo ▪ Formular programas y políticas de SM en la comunidad ▪ Aumentar el presupuesto de atención de SM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formar psiquiatras y enfermeras psiquiátricas ▪ Lanzar campañas públicas de fomento del reconocimiento y tratamiento y vigilancia de los trastornos mentales comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar el acceso a los medicamentos psicotrópicos más modernos en los planes de tratamiento públicos o privados ▪ Iniciar proyectos piloto para integrar la atención de SM en la atención sanitaria general y asegurar la disponibilidad de cinco medicamentos esenciales

Atención de la SM en APS	<ul style="list-style-type: none"> Realizar estudios sobre la prevalencia, evolución, resultados e impacto de los trastornos mentales en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> Incluir los trastornos mentales en los sistemas básicos de la información sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer cursos de actualización de conocimientos para los médicos de ATP y asegurar la disponibilidad de cinco medicamentos esenciales
Atención comunitaria formal	<ul style="list-style-type: none"> Emprender programas de SM en escuelas y lugares de trabajo. Promover programas de SM específicos para adolescentes y ancianos 	<ul style="list-style-type: none"> Implantar mecanismos de vigilancia de trastornos mentales específicos en la comunidad (p. ej., de la depresión) 	<ul style="list-style-type: none"> Incluir el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos mentales comunes en los programas de formación de todo el personal de salud y asegurar la disponibilidad de cinco medicamentos esenciales
Atención comunitaria informal	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la representación de las comunidades, las familias y los consumidores en los servicios y en la formulación de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> Usar los medios de difusión para promover la SM, fomentar actitudes positivas y ayudar a prevenir los trastornos mentales 	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer cursos de reconocimiento y tratamiento precoz de los trastornos mentales comunes a maestros, policías, bomberos, etc.
Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar la formación de grupos de autoayuda y financiar planes para las ONG e iniciativas de SM 	<ul style="list-style-type: none"> Promover campañas públicas contra la estigmatización y la discriminación 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales

Consideración final: para concebir la salud mental en su dimensión comunitaria es necesario enjuiciar el manicomio

Para implementar salud mental en la comunidad, es fundamental que la locura deje de pertenecer al campo privado de los *expertos "psi"* y vuelva al amplio campo de los saberes políticos y sociales. Esto sólo será posible mediante el surgimiento de nuevos dispositivos estratégicos que desactiven y vuelvan inoperantes a los viejos instrumentos sacralizados por el uso. Como manifiesta Agamben, *"es necesario arrancarles a los dispositivos –a cada dispositivo– la posibilidad de uso que ellos han capturado. La profanación de lo improfanable es la tarea política de la generación que viene"* (26). Para operacionalizar la salud mental en la comunidad, debemos desacralizar la "ley" instituida por el saber académico y corporativo y arraigada en el saber popular que establece que los problemas de salud mental deben ser atendidos exclusivamente por profesionales expertos *"psi"* y restituir las determinaciones y los condicionamientos en salud mental al campo de las prácticas y de la sabiduría de la vida cotidiana.

La filósofa Hannah Arendt (27), sintetizó en pocas pero bellísimas palabras, nuestro pensamiento acerca de la relación entre la salud mental y el poder: *"el poder sólo es realidad donde palabra y acto no se han separado, donde las palabras no están vacías y los hechos no son brutales, donde las palabras no se emplean para velar intenciones sino para descubrir realidades, y los actos no se usan para violar y destruir sino para establecer relaciones y crear nuevas realidades"*.

Referencias

1. Testa M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1995.
2. González Uzcátegui R y Levav I, eds. *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*. OPS. Washington, 1991.
3. OMS: *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS. Ginebra, 2001.
4. WHO: *Human resources and training in mental health*. (Mental health policy and service guidance package.) Geneva; WHO, 2005.
5. Malvárez S. *Promoción de la salud mental. Bases teóricas y estratégicas*. OPS. Washington, 2002.
6. Roses Periago M. "La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas". En *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 18(4/5). OPS. Washington, 2005.
7. ONU. *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*, ONU Doc. A/46/49.
8. OPS. *Salud mental en las Américas: asociándonos para el progreso*. OPS. Washington, 2001.
9. Rodríguez J, González R, eds. *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Publicada en CD por la OPS/OMS. Washington, 2007.
10. Levav, I. (ed.): *Temas de salud mental en la comunidad*. OPS. Washington, 1992.
11. Caldas de Almeida J y Torres González F. *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. OPS. Washington, 2005.
12. OMS: *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS)*. OMS. Ginebra, 2005.
13. OMS. Conjunto de guía sobre servicios y políticas de salud mental. OMS. Ginebra. 2005.
14. Fagundes S, y Ferro R. "Apresentação a Edição Brasileira" (Prólogo). En: Testa, M.: *Pensar em Saúde*. Artes Médicas/Abrasco. Porto Alegre, 1992.
15. Galli V. *Salud mental –definiciones y problemas*. Dirección Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. Buenos Aires, 1986.
16. Foucault M. "Poderes y estrategias" En: *Microfísica del poder*. La Piqueta. Madrid, 1980.
17. Testa M. *Pensar en salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1993.
18. Foucault M. *Defender la sociedad*. Curso en el Collège de France (1975-1976). FCE. Buenos Aires, 2000 a.
19. Bourdieu P. *Razones prácticas*. Anagrama. Barcelona, 2002.
20. Vázquez García F. "‘Empresarios de nosotros mismos’. Biopolítica, mercado y soberanía en la gubernamentalidad neoliberal". En: Ugarte Pérez, J. (comp.): *La administración de la vida. Estudios biopolíticos*. Anthropos. Barcelona, 2005.
21. Testa M. *Saber en salud. La construcción del conocimiento*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1997.
22. Desjarlais Robert et al. *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajo ingreso*. OPS/OMS. Washington. 1997.
23. Ferro R. "Pensamiento estratégico y programación en salud mental". Notas de Cátedra. Instituto de Salud Mental. ESP-FCM. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, 2003.
24. Morin E. *El método. El conocimiento del conocimiento*. Cátedra. Madrid, 1994.
25. Malvárez S. *Educación en salud mental en las escuelas de enfermería en las Américas*. Tesis doctoral. Doctorado en ciencias de la salud. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, 2007, Foucault 2000a. Agamben G. Arendt H. *La condición humana*. Paidós. Barcelona, 1993.
26. Agamben G. *Profanaciones*. A. H. ed. Buenos Aires, 2005.
27. Arendt H. *La condición humana*. Paidós. Barcelona, 1993.

Investigación en salud mental en América Latina

*Denise Razzouk**

*Ricardo Zorzetto***

*Jair Mari****

El desarrollo de la investigación científica en salud mental es un requisito crucial para ayudar a orientar las inversiones en servicios e intervenciones que reduzcan eficazmente la carga de los trastornos mentales (1-3). Las repercusiones socioeconómicas de estos trastornos han crecido en forma exponencial (1, 4) en América Latina. Se prevé un aumento de 80% en el número de personas con trastornos mentales para el 2010 en comparación con 1990 (5); sin embargo, las inversiones en asistencia e investigación en salud mental siguen rezagadas en relación con las necesidades (3, 6-9).

Aunque su participación en el escenario científico internacional todavía es moderada, los países latinoamericanos duplicaron su producción científica en los últimos veinte años (10-11). En el área de la salud mental, las publicaciones de los países corresponden a menos de 1% de la producción mundial (3, 11-13). Las barreras que dificultan el desarrollo científico incluyen la baja inversión en investigaciones, la falta de profesionales calificados en el área de la salud mental, la calidad deficiente de las investigaciones, el bajo índice de sumisión de artículos a revistas internacionales, las dificultades con el idioma (publicaciones en inglés) y la dificultad de acceso a las bases de datos y publicaciones periódicas (3, 7, 12-14).

Sin embargo, en el último decenio se ha observado un crecimiento sustancial (de 30 a 86%) de las publicaciones latinoamericanas en salud mental en revistas indexadas en las bases de datos del ISI (Instituto de Información Científica) y en MEDLINE (3, 11, 15). Cabe señalar que ese crecimiento no ha sido

* Profesora Afiliada, Departamento de Psiquiatría, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

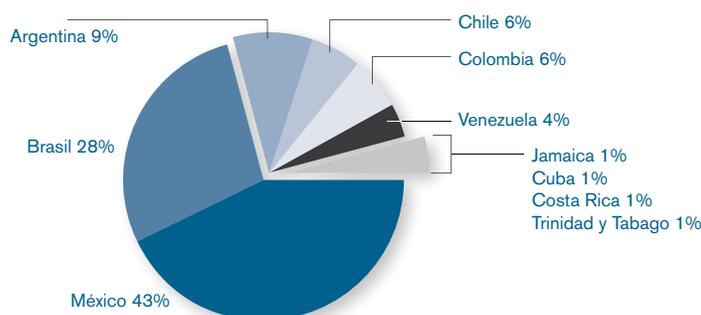
** Estudiante de posgrado, Departamento de Psiquiatría, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

*** Profesor, Departamento de Psiquiatría, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil. Honorary Visiting Professor, Centre for Public Research, King's College, University of London, U.K.

homogéneo en América Latina. Solo un tercio de los países latinoamericanos han participado en el último decenio con alguna publicación de salud mental en la base del ISI (cuadro 1). De estos, solo Argentina, Brasil, Chile y Colombia incrementaron su producción científica, mientras que México, Cuba, Jamaica y Trinidad y Tobago se han mantenido sin cambios (3).

La mayoría de las publicaciones (96%) contenidas en la base de datos del ISI corresponden a seis países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela (véase figura 1) (3).

Figura 1. Publicaciones latinoamericanas sobre psiquiatría y psicología contenidas en la base de datos del ISI en el periodo de 1995 a 2005



Fuente: Base de datos del Institute for Scientific Information (ISI). 1995-2005.

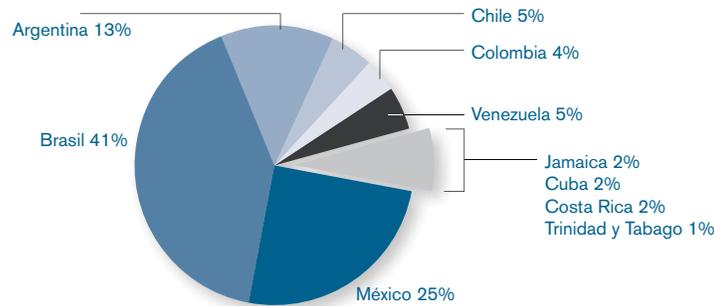
México lidera en cuanto al número de publicaciones, en tanto que Brasil está a la cabeza en lo que se refiere al número de citas (cuadro 1, figura 2).

Cuadro 1. Indicadores de la producción científica sobre la salud mental en la base de datos del ISI e indicadores económicos de países latinoamericanos y del Caribe

Países de América Latina	Número de monografías	Número de citas ⁽¹⁾	Citas por monografía ⁽¹⁾	Población (millones) ⁽²⁾	PIB per cápita en condiciones de paridad del poder adquisitivo (US\$) ⁽³⁾	Coefficiente de Gini ⁽³⁾	Gasto en investigación y desarrollo (1997-2002) (porcentaje del PIB) ⁽³⁾	Gasto en salud mental (porcentaje del presupuesto sanitario) ⁽⁴⁾
México	900	1.840	2,04	107.447	9.168	54,6	0,4	1,0
Brasil	586	3.131	5,34	186.112	7.790	59,3	1,0	2,5
Argentina	187	968	5,18	39.921	12.106	52,2	0,4	ND
Colombia	118	298	2,53	43.593	6.702	57,6	0,1	0,08
Chile	116	367	3,16	15.997	10.274	57,5	0,5	2,3
Venezuela	88	356	4,05	25.730	4.919	49,1	0,4	#
Cuba	30	128	4,27	11.328	ND	ND	0,5	5
Jamaica	25	179	7,16	2.676	4.104	37,9	ND	5
Costa Rica	23	137	5,96	4.075	9.606	46,5	0,4	8
Trinidad y Tabago	12	88	7,33	1.307	10.776	40,3	0,1	ND

Fuentes: (1) Science Essential Indicators, ISI (enero de 1995 a junio de 2005. 9 de septiembre de 2005). (2) CIA, The World Fact Book, 2005. (3) UNESCO, Human Development Indicators, 2005. (4) WHO, Mental Health Atlas Project, 2005. ND = no está disponible; # = no hay asignaciones presupuestarias para salud mental.

Figura 2. Citaciones de publicaciones latinoamericanas y caribeñas sobre psiquiatría y psicología contenidas en la base de datos del ISI en el periodo de 1995 a 2005



Fuente: base de datos del Institute for Scientific Information (ISI) 1995-2005

México y Brasil, que ocupan el vigésimo sexto y el vigésimo noveno lugar, respectivamente, entre los 80 países con la el mayor impacto en el mundo (sus artículos se encuentran entre el 50% más citado en este campo). Estos dos países generaron en conjunto 1.486 artículos entre 1995 y 2005 (11). Ese número corresponde a 71% de las publicaciones de autores de 11 países de América Latina en ese período. Aunque la producción de Brasil es, en cifras absolutas, menor que la de México, los artículos brasileños tienen un impacto mayor: el promedio de citas por artículo de Brasil y México es 5,34 y 2,04, respectivamente (cuadro 2). Uno de estos promedios es superior al internacional, que varió de 2,75 citas por artículo en el período 1995-1999 a 3,61 en el lapso de 2001 a 2005. El impacto de las publicaciones de Brasil, que equivale al 55% del impacto de los artículos de Estados Unidos, se acerca al de los trabajos producidos en países desarrollados como Francia y es superior al de naciones en desarrollo con una producción cercana a la brasileña; por ejemplo, Corea del Sur, India y Sudáfrica. Un factor que puede haber contribuido al aumento de las citas de los artículos brasileños es que el número de artículos brasileños publicados en revistas de mucho impacto, que se cuadruplicó en este período (3, 16).

Cuadro 2. Indicadores científicos sobre psiquiatría y psicología en la base de datos del ISI correspondientes a Brasil y México en comparación con otros países

País	Número total de artículos	Clasificación general por número total de citas (entre 80 países)	Número total de citas	Promedio de citas por artículo* #
Estados Unidos	111.305	1	1.081.186	9,71
Francia	4.745	7	29.980	6,32
Sudáfrica	939	25	3.538	3,77
Brasil	586	27	3.131	5,34
Corea del Sur	473	29	2.443	5,16
India	506	30	2.356	4,66
México	900	35°	1.840	2,04

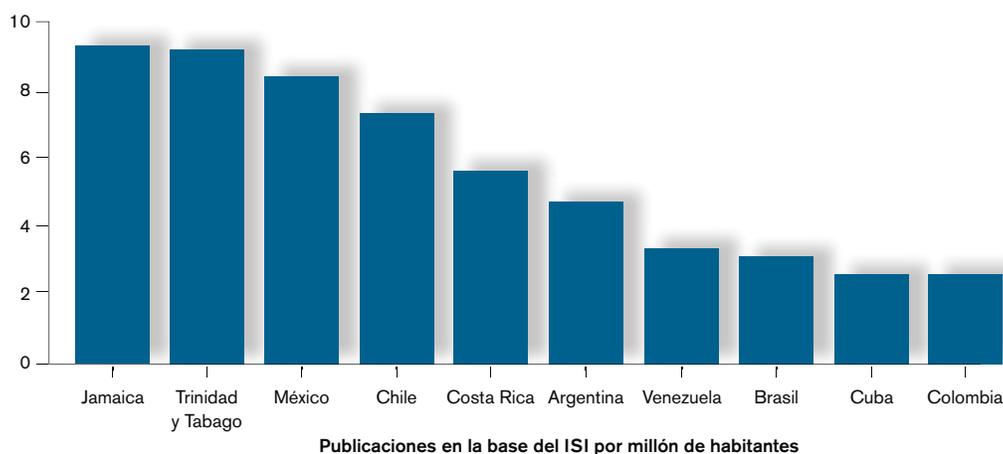
Fuente: Institute for Scientific Information (ISI) 1995-2005. (9 de septiembre de 2005).

* incluye solamente los artículos que se encuentran en el 50% más citado en este campo.

incluye los artículos publicados entre el 1 de enero de 1995 y el 30 de junio de 2005.

Otros países del Caribe inglés y latinoamericanos, como Trinidad y Tabago, Jamaica, México y Chile, están a la cabeza en lo que se refiere al número de publicaciones por millón de habitantes (véase figura 3). Comparados con los países latinoamericanos líderes en publicaciones en salud mental, Trinidad y Tabago, Jamaica y Cuba presentan una producción intermedia en la base de datos del ISI. De los otros dos tercios de los países latinoamericanos no hubo ningún artículo indexado en la base del ISI en ese período (3, 16).

Figura 3. Proporción de publicaciones sobre psiquiatría y psicología contenidas en la base de datos del ISI por millón de habitantes en el periodo de 1995 a 2005

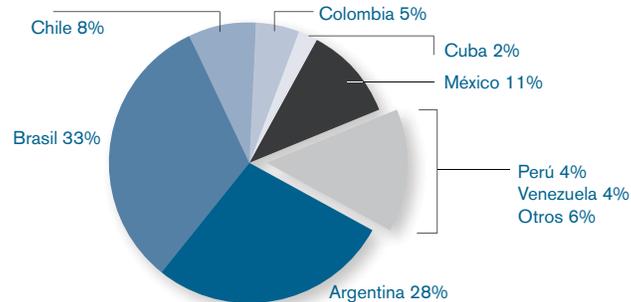


Fuente: Base de datos del Institute for Scientific Information (ISI), 1995-2005

Otros estudios, presentes en otras bases de datos como MEDLINE y PsycInfo, indican que la producción científica sobre salud mental está encabezada por los países antes mencionados (9, 17). En un estudio realizado por el Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias y la Organización Mundial de la Salud, para elaborar un mapa de la producción científica sobre salud mental en países de ingreso bajo y mediano, se encontraron 2.397 artículos latinoamericanos en MEDLINE y PsycInfo en el período de 1993 a 2003 (9), de los cuales 60% provenían de Argentina y Brasil (véase figura 4). En ese mismo estudio se observó que la mayoría de los artículos correspondían a estudios relacionados con los trastornos que representan la mayor carga global de morbilidad: depresión y ansiedad, psicosis, abuso de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) y demencia. Entre estas enfermedades, hubo un aumento notable de los estudios sobre la depresión y la ansiedad, principalmente en Brasil. El número de estudios sobre la demencia no aumentó mucho, a pesar del crecimiento continuo de la proporción de personas de edad avanzada en América Latina en el último decenio.

Aunque las investigaciones clínicas todavía son el tema predominante en la mayoría de los artículos, se observó un crecimiento notable y continuo de los estudios epidemiológicos y los ensayos clínicos y un aumento moderado de los estudios sobre sistemas de salud mental en la Región (9, 16) Sin embargo, la falta de investigaciones sobre la eficacia en función del costo de las intervenciones clínicas, así como sobre la calidad de los servicios de salud de América Latina, constituye un obstáculo importante para la optimización de las inversiones en salud mental (2,18-19) Además, se observaron muy pocos estudios centrados en problemas de salud específicos de países de la Región, como el efecto de

Figura 4. Publicaciones latinoamericanas sobre salud mental contenidas en las bases de datos MEDLINE y PsycINFO en el período de 1993 a 2003



Fuente original: World Health Organization/ Global Forum for Health Research (2007). Research capacity for mental health in low and middle income countries.

MEDLINE: base de datos de la National Library of Medicine.

PsycINFO: base de datos de la American Psychological Association.

la desigualdad social en la distribución de los trastornos psiquiátricos y la creación de intervenciones orientadas a reducir el sufrimiento y los prejuicios que enfrentan las personas que padecen trastornos mentales en las naciones en desarrollo.

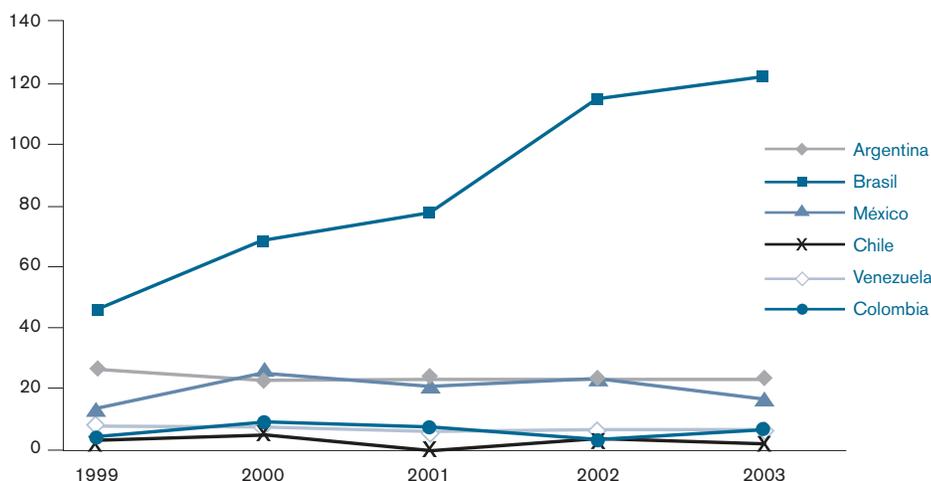
No hay una producción científica congruente que aporte el caudal de datos probatorios necesarios para orientar la política en materia de salud mental. Las necesidades de la Región solo se atenderán si reciben el apoyo de una inversión masiva y continua en los tipos más variados de investigaciones en salud mental, principalmente en los relativos a la evaluación de intervenciones clínicas y en la organización de los servicios. Para ello es necesario fomentar la formación de profesionales de salud capaces de diagnosticar y tratar los trastornos mentales, y promover la capacitación de investigadores para trabajar en los países de bajos ingresos (3, 7-8).

La concentración de la producción sobre salud mental en pocos países de América Latina puede explicarse en parte por el incremento moderado de las inversiones en investigación que se produjo de forma irregular en esos países. En general, los países latinoamericanos invierten poco en investigación: alrededor de 0,5% del producto interno bruto (PIB). Los países más productivos (Brasil, México y Argentina) también fueron los que más invirtieron de forma constante en las ciencias y la tecnología desde comienzos de los años noventa, representando 86% de las inversiones de América Latina en este campo (11, 20). Sin embargo, incluso en esos países, la inversión en investigaciones sobre salud mental todavía es muy pequeña (cuadro 1).

En cuanto a Brasil, por ejemplo, la mejora de los cursos de posgrado y el aumento del número de candidatos a maestrías y doctorados fueron factores esenciales para el crecimiento de su producción científica (3, 7, 16, 20). Sin embargo, eso ocurrió principalmente en las zonas más ricas del país, adonde se dirige la mayor parte de los fondos provenientes de los organismos de fomento y donde se concentra la mayoría de los profesionales calificados. Una encuesta de investigadores brasileños en salud mental mostró que solo un tercio recibieron fondos para proyectos de investigación en 2003 (16). Se observó también que los investigadores que recibieron más fondos fueron los que publicaban

más artículos en revistas internacionales de gran impacto (16). Otro factor que puede haber contribuido a que Brasil tuviera mayor visibilidad en las publicaciones internacionales fue el crecimiento considerable de los artículos escritos en inglés (véase figura 5). En el período de 1999 a 2003, 60% de los artículos publicados en inglés por autores de países latinoamericanos que figuran en las bases de MEDLINE y PsycInfo correspondieron a Brasil (9, 16).

Figura 5. Número de publicaciones latinoamericanas en inglés contenidas en la base de datos del ISI en el período de 1999 a 2003



Fuente: Base de datos del Institut for Scientific Information, ISI. 1993-2003

Otro factor que puede haber contribuido al mayor número de artículos de Brasil y México en la base de datos del ISI es que esos países tienen publicaciones periódicas indexadas en la base del ISI: Archivos de Neuropsiquiatría (Brasil) y Salud Mental (México) (3). Recientemente, la Organización Mundial de la Salud y un grupo de directores de publicaciones periódicas sobre salud mental recalcaron la importancia de aumentar la difusión de datos provenientes de estudios realizados en países de ingreso bajo y mediano, por medio de una mayor colaboración de esas publicaciones para promover el apoyo técnico a fin de mejorar las publicaciones de investigadores de esos países (21-22).

Sin embargo, la mayoría de los artículos latinoamericanos se concentran en publicaciones periódicas locales de bajo impacto, en español o en portugués. Cabe señalar, no obstante, que las tres bases de datos examinadas (MEDLINE, PsycInfo e ISI) abarcan las corrientes predominantes de la ciencia mundial, originadas esencialmente en países desarrollados. Otras bases de datos, como LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), que agrupa artículos de 618 revistas científicas latinoamericanas del área de la salud, y SciELO (Biblioteca Científica Electrónica en Línea), con artículos de 171 publicaciones periódicas, reúnen buena parte de las publicaciones latinoamericanas en salud (23). No obstante, incluso en la base LILACS predominan las publicaciones de nueve países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, México, Perú, Uruguay y Venezuela (23).

El modelo de producción científica sobre la salud mental en América Latina es, por lo tanto, heterogéneo. Un grupo de países origina una parte considerable de las publicaciones, un segundo grupo tiene una participación más moderada y un tercer grupo está prácticamente ausente del escenario científico (3, 16). En consecuencia, las recomendaciones relativas al desarrollo de la investigación deben tener en cuenta el perfil productivo de esos países de acuerdo con la disponibilidad de investigadores, infraestructura y fondos para la investigación. En relación con los países que no están presentes en la bibliografía científica mundial, se puede inferir que es necesario concentrarse en la capacitación de profesionales en salud mental, a fin de aumentar su número y su grado de competencia. En los países con una producción intermedia, hay que concentrarse en fomentar la cultura de la investigación, disminuir el aislamiento de los centros de investigación y realizar estudios junto con otros países de América Latina. La inversión en cursos de posgrado y en la implementación de un plan para la carrera en investigación podría ser un factor catalizador del desarrollo de la investigación que lleve también a la disminución del aislamiento científico. En los países que están a la cabeza de las investigaciones es importante que las inversiones se concentren en las prioridades de la salud mental, los estudios de eficacia en función del costo, la capacitación de investigadores y la mejora de la calidad de las investigaciones, además del aumento en el financiamiento para la investigación y el desarrollo en el campo de la salud mental.

En resumen, las medidas necesarias para impulsar la investigación en salud mental deben concentrarse básicamente en los siguientes puntos:

- Aumento del financiamiento de la investigación en salud mental
- Fomento de la enseñanza de disciplinas metodológicas a fin de preparar a los profesionales de la salud mental para la investigación
- Financiamiento orientado a las prioridades de salud mental de acuerdo con la carga global de morbilidad y las poblaciones vulnerables a los trastornos mentales
- Inversión masiva en capacitación de buena calidad de profesionales en salud mental e investigación
- Fomento de una mayor cooperación entre los centros nacionales e internacionales de investigación por medio de estudios multicéntricos
- Capacitación de profesionales competentes en la organización de servicios de salud mental

El importante crecimiento de la producción científica en América Latina, y en especial en países como Brasil, México y Chile, significaron la conquista de una posición destacada. Sin embargo, varios países de la Región aún carecen de profesionales capacitados tanto para el ejercicio de la profesión como para la producción de conocimientos en el campo de la salud mental. En efecto, la mayoría de los centros universitarios de la Región no están familiarizados con la investigación. Todavía no se ha llegado a comprender que la producción local de conocimientos es el agente catalizador esencial para provocar los cambios necesarios a fin de ofrecer servicios de salud mental adecuados, humanos y éticos, en los cuales los conocimientos científicos actualizados puedan ser transferidos a la población. El aumento de la colaboración entre los países latinoamericanos donde los centros más avanzados puedan albergar a estudiantes de la Región es fundamental para reducir esta desigualdad que afecta profundamente al área.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
2. Lancet mental health group. Scale up services for mental disorders: A call for action. *Lancet* 2007; 370:1241-52.
3. Razzouk D, Zorzetto R, Dubugras MT, Gerolim J, Mari JJ. Leading countries in mental health research in Latin America and the Caribbean. *Rev. Bras. Psiquiatria* 2007; 29:2:118-21.
4. Hyman S, Chisholm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. Mental disorders. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P, eds. *Disease control priorities in developing countries*. The World Bank and The World Health Organization; 2006, pp. 605-25.
5. Kohn R, Levav I, de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2005; 18(4):229-40.
6. World Health Organization. Investing in mental health. Organización Mundial de la Salud 2003. Se puede consultar en http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf (consultado por última vez el 4 de junio de 2008).
7. Mari JJ, Bressan RA, Almeida-Filho N, Gerolin J, Sharan P, Saxena S. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(1):161-9.
8. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370:8:878-89.
9. World Health Organization (WHO) and the global forum for health research. Research capacity for mental health in low-and-middle-income countries: results of a mapping project. WHO and the global forum for health research. Geneva. 2007. Se puede consultar en <http://www.globalforumhealth.org/filesupld/MentalHealthRC/MHRCFulltext.pdf>. Consultado por última vez el 4 de junio de 2008.
10. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). What do bibliometric indicators tell us about world scientific output? UNESCO, 2005. Se puede consultar en http://www.csiic.ca/PDF/UIS_bulletin_sept2005_EN.pdf (consultado por última vez el 4 de junio de 2008).
11. Zorzetto RG, Razzouk D, Dubugras MTB, Gerolim J, Mari JJ. Pesquisa em saúde mental na América Latina: avanços e desafios In: eds. Mello, MF; Mello, AAF; Kohn, R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Artmed, Porto Alegre. 2006, pp. 187-97.
12. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature. *Br J Psychiatry*. 2001; 178:406-9.
13. Razzouk D, Gallo C, Olifson S, Zorzetto R, Fiestas F, Poletti G, Mazzotti G, Levav I, Mari JJ. Challenges to reduce The 10/ 90 gap: mental health in Latin American and Caribbean countries. *Acta Psychiatrica* 2008; 490-498
14. Saraceno B, Saxena S. Bridging the mental health research gap in low and middle-income countries. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110(1):1-3.
15. Saxena S, Paraje G, Sharan P, Karam G, Sadana R. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Brit J Psychiatry* 2006; 188:81-2.
16. Razzouk D, Zorzetto R, Dubugras MT, Gerolim J, Mari JJ. Mental health and psychiatry research in Brazil: the scientific production in a five-year period (1999-2003). *Rev. Saude Publica* 2006; 40:93-100.
17. Saxena S, Maulik PK, Sharan P, Levav I, Saraceno B. Mental health research on low-and-middle-income countries in indexed journals. *J Ment Health Policy Econ*. 2004; 7:127-31.

18. Wiley-Exley E. Evaluations of community mental health care in low and middle-income countries: A 10-year review of literature. *Soc Sci Med* 2007; 64:1231-41.
19. Saxena S, Paraje G, Sharan P, Karam G, Sadana R. The 10/90 divide in mental health research: trends in a ten-year period. *Br J Psychiatry*. 2006; 188:81-2.
20. Bressan R, Gerolin J, Mari JJ. The modest but growing presence of Brazil in mental health and psychiatric research assessment of the 1998-2002 period. *Braz J Med Biol Res*. 2005; 38(5): 649-59.
21. World Health Organization and Joint Statement by Editors. Galvanising mental health research in low and middle-income countries: the role of scientific journals. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(1):77-9.
22. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Research for change: the role of scientific journals publishing mental health research. *World Psychiatry*. 2004; 3(2):66-72.
23. Castro RF. Producción científica en ciencias de la salud en Latinoamérica: LILACS y SciELO. RICYT. Se puede consultar en: http://www.ricyt.org/interior/normalizacion/III_bib/castro.pdf (consultado por última vez el 4 de junio de 2008).

SECCIÓN IV

Problemas específicos de salud mental



Se debe hacer hincapié en la importancia de los factores protectores y de riesgo, cuya influencia es determinante en el origen, curso y desenlace de los trastornos mentales.

Salud mental en la infancia y adolescencia

*Cristóbal Martínez**

Introducción

Los trastornos mentales, al contrario de la creencia generalizada, son comunes durante la niñez y adolescencia; investigaciones epidemiológicas realizadas en países como Estados Unidos y Cuba han demostrado que entre 5 y 6% de los niños en edad escolar sufren de trastorno por déficit de atención y aproximadamente de 2 a 3% tienen diferentes niveles de discapacidad intelectual (retraso mental) (1). Además de los trastornos específicos de esta edad, muchos de los diagnosticados en los adultos pueden comenzar durante la infancia; un ejemplo es la depresión, la cual se identifica cada vez más frecuentemente en niños y niñas. No obstante, las estimaciones de morbilidad psíquica en niños y adolescentes deben aceptarse con cautela, ya que, a veces, los cuadros así diagnosticados corresponden a fases del desarrollo en las que es difícil establecer límites claros entre fenómenos que son parte del desarrollo normal y otros que son anormales.

En el enfoque de los problemas de salud en la infancia predominó, hasta muy avanzado el siglo pasado, el paradigma biomédico, fundamentalmente curativo. Sin embargo, en las últimas décadas, los avances hechos en el estudio de las enfermedades crónicas no transmisibles contribuyeron a imprimirle a la medicina un enfoque preventivo que, junto con los aportes más recientes de las ciencias de la salud, ha estimulado el abordaje de promoción de la salud (2).

Se debe hacer hincapié en la importancia de los factores protectores y de riesgo, cuya influencia es determinante en el origen, curso y desenlace de los trastornos mentales; todo ello obliga a concentrar las acciones no solo en los individuos sino también en la familia y la comunidad.

Vivir en un barrio donde son frecuentes las conductas criminales es un factor importante para generar delincuencia; sin embargo muchas familias que

* Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, Universidad de La Habana. Jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Ministerio de Salud, Cuba.

viven en esos ambientes no tienen necesariamente hijos con conductas delictivas. Se puede concluir que la interacción familiar influye de manera positiva o negativa en el comportamiento de niños y adolescentes y que es el principal contexto del aprendizaje; la manera como enseñan los padres es tan importante como lo que enseñan (3).



Contexto de la salud mental infantil y adolescente

Los niños y los adolescentes con buena salud mental podrán poseer sentido de identidad y autoestima, prósperas relaciones familiares y de pareja, capacidad de ser productivos y de aprender, así como la aptitud para afrontar desafíos y de utilizar recursos culturales para maximizar su crecimiento. Por otra parte, la buena salud mental de niños y adolescentes es crucial para una participación social y económica activa.

Es importante proporcionar servicios y ayuda a 20% de los niños y adolescentes que se cree padecen trastornos mentales evidentes. La carga asociada a los trastornos mentales en niños y adolescentes es considerable, y empeora debido al estigma y la discriminación. En muchas situaciones, los trastornos mentales no se comprenden bien, y a los afectados se les ve de forma equivocada como niños problemáticos o “que no intentan lo suficiente”.

Hay tres razones de peso para brindar prestaciones eficaces para niños y adolescentes: 1) puesto que los trastornos mentales específicos se producen en ciertas etapas del desarrollo del niño y del adolescente, los programas de investigación y la asistencia para tales trastornos se pueden concentrar en la etapa en la que es más probable que aparezcan; 2) en cuanto hay un alto grado de continuidad entre los trastornos de los niños y adolescentes y los de la edad adulta, la intervención temprana podría prevenir o reducir la probabilidad de discapacidad a largo plazo; y 3) las prestaciones eficaces reducen la carga de los trastornos mentales en el individuo y la familia, y disminuyen los costes a los sistemas sanitarios y a las comunidades.

La salud mental de niños y adolescentes puede estar influenciada por una serie de factores. Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de problemas de salud mental, mientras que los factores protectores moderan los efectos de exposición al riesgo. Las políticas, planes y prestaciones específicas deben diseñarse de manera que reduzcan los factores de riesgo y aumenten los factores protectores.

Fuente: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Mental Health Policy and Services Guidance Package. World Health Organization, 2005

Resiliencia y riesgo

Las políticas y programas en el campo de la salud mental infanto-juvenil se ven facilitadas cuando se aplican en el contexto comunitario y en el marco de la atención primaria en salud (4). Las intervenciones deben basarse en tres estrategias complementarias: promover la condición de resiliencia, evitar riesgos y fomentar la participación familiar y comunitaria.

Resiliencia (5)

La resiliencia se puede definir como “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”. La resiliencia está determinada, en gran medida, por los factores protectores, definidos como las condiciones propias o de los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos y grupos, así como de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Los elementos protectores se contraponen a los factores de riesgo, definidos

estos como las características o cualidades de una persona o su entorno con un elevado potencial para dañar la salud. Sin embargo, es necesario señalar que esas fuerzas negativas no encuentran al niño inermes, sino que en muchas ocasiones existen verdaderos escudos protectores que las neutralizan y actúan como agentes de superación de la situación amenazante.

Los miembros de los equipos de salud deben tener una idea clara de lo que es la resiliencia y saber que su promoción es la base de intervenciones que se debieran practicar, especialmente, en países o territorios de pocos recursos. El perfil de los niños y adolescentes resilientes incluye capacidades como la competencia social o cualidad de estar listos para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y comportamientos socializantes y poseer sentido del humor. Estos niños y adolescentes muestran, desde edades tempranas, buena capacidad para resolver problemas, interpretar ideas y adquirir una noción aproximada de sistemas filosóficos. También cuentan, en diferentes grados, con otros atributos personales como control de las emociones y los impulsos, autonomía, alta autoestima, capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, competencia cognitiva y capacidad de atención y concentración adecuadas a su edad. Entre las condiciones del medio que favorecen la resiliencia está la existencia de un afecto incondicional de los adultos significativos en la vida del niño.

Riesgo

La relevancia del riesgo psicosocial en la primera infancia se debe fundamentalmente a que es en los niños pequeños donde la evaluación de esos riesgos y las intervenciones pertinentes podrían tener un mayor impacto preventivo de los desórdenes mentales. Sin embargo son escasas las investigaciones epidemiológicas referentes a riesgos en épocas tempranas del desarrollo y entre estas son aun más escasas las de tipo longitudinal. La identificación de los riesgos es fundamental para intervenir antes de que los trastornos aparezcan y se considera que es una de las estrategias clave para la prevención de enfermedades mentales y trastornos del desarrollo a lo largo de la vida (6).

Los riesgos para la salud mental del niño y del adolescente se pueden agrupar en familiares, educacionales, comunitarios e individuales, como se puede apreciar en el cuadro 1 (7).

Cuadro 1. Factores de riesgo en la infancia

Riesgo familiar	Riesgo educacional	Riesgos presentes en la comunidad	Riesgo individual
Divorcio	Desorganización de las actividades escolares	Malas condiciones socioeconómicas	Daños pre-peri y posnatal
Abandono del cuidado del menor	Falta de espacio	Ausencia de áreas abiertas	Trastornos del aprendizaje y déficit sensoriales
Maltrato infantil	Carencia de recreación	Carencia de: cines, ludotecas, parques, etc.	Déficit de juegos y práctica deportiva
Patrones de conducta inadecuados de los familiares	Prohibición de jugar	Poco uso del tiempo libre	Violencia
Conductas suicidas en la familia	Maltrato físico y emocional	Limitadas actividades sociales	Enfermedades crónicas
Conductas antisociales	Patrones de conducta inadecuados de los educadores	Falta de campos deportivos	Desvinculación del estudio
Migración	Falta de hábitos higiénicos	Falta de organizaciones de adolescentes	Consumo de alcohol y/o drogas
Nivel cultural bajo	Condiciones escolares inadecuadas	Ausencia de juegos tradicionales	Conducta suicida y accidentes
Consumo de alcohol y/o drogas	Baja calidad de los educadores	Baja calidad de la atención de salud	Trastornos en el desarrollo general y en el psicomotor
Condiciones económicas precarias		Poca participación comunitaria	Alteraciones de la identificación sexual
Vivienda en malas condiciones			

Fuente: Martínez C. (2006). Capítulo Salud mental del libro *Pediatría*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba

Planes para el abordaje de la salud mental en la niñez



Desarrollo de una política de salud mental para niños y adolescentes

La ausencia de directrices para el desarrollo de políticas y planes de salud mental para niños y adolescentes conlleva el peligro de que los sistemas de atención sean fragmentarios, ineficaces, costosos e inaccesibles. Para asegurar que los servicios para la niñez y juventud sean eficaces se necesita involucrar diferentes sistemas (por ejemplo, educación, bienestar social, salud). Una consideración primordial es que la etapa de desarrollo en que se encuentre el niño puede influir en su grado de vulnerabilidad, el modo de manifestación del trastorno y la manera en que se deba plantear el mejor tratamiento.

Este enfoque puede formar parte de una política sanitaria general, de un plan de salud infantil y del adolescente o de un plan general de salud mental. Estas categorías no son exclusivas; de hecho, es probable que una actuación resulte más eficaz cuando se aborde la salud integral de niños y adolescentes en todas sus dimensiones.

Fuente: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Mental Health Policy and Services Guidance Package. World Health Organization, 2005.

Como pasos importantes en la elaboración e implementación de un programa de salud mental de base comunitaria para la niñez y adolescencia se pueden señalar: a) diagnóstico de la situación de salud mental de la población más vulnerable, b) análisis y priorización de problemas y necesidades, y c) plan de acción, que incluya la organización de los servicios.

- Los programas de salud mental dirigidos a la niñez y adolescencia, tienen aspectos esenciales que deben ser considerados:
- Mantener un equilibrio adecuado entre promoción de salud, prevención de los trastornos y atención clínica de los pacientes con patologías mentales
- Priorizar el desarrollo de intervenciones para la promoción de la salud mental en las primeras etapas de la vida
- Promover la atención especializada ambulatoria lo más cercana posible a la comunidad y favorecer la presencia de profesionales de salud mental en el nivel primario de atención
- Utilizar los enfoques de riesgo y de resiliencia en cuanto son complementarios y esenciales en el diseño e implementación de los planes de salud mental para la atención a niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad
- Capacitar al personal que trabaja con menores en lo referente a la promoción de los factores protectores, evitar o minimizar los factores de riesgo y promover la detección temprana de los trastornos y las medidas para su control
- Reducir la violencia en el entorno escolar
- Debido a que en muchos países el número de especialistas en salud mental es insuficiente, es esencial la transferencia de conocimientos y tecnología al personal no especializado (en particular de la atención primaria en salud)
- El centro estratégico para organizar las tareas de protección de la salud mental de la infancia, de manera coordinada y sistemática, debe estar en las organizaciones comunitarias
- Hacer hincapié en la evaluación y difusión de las mejores prácticas

Por último, es oportuno destacar que las políticas nacionales y locales destinadas a incrementar el bienestar de las familias, así como los planes que aminoran las dificultades económicas, los programas de apoyo familiar y comunitarios y el mejoramiento del acceso a los servicios de salud infantil, son complementarios y deben conducir a un mejoramiento general de la salud física y mental en niños.

La implementación de las políticas, planes y programas de salud mental infantojuvenil tiene lugar en los diferentes servicios que atienden a esa población. El cuadro 2 presenta un resumen de los diferentes elementos que constituyen los servicios en los diversos niveles de atención.

Cuadro 2. Servicios de salud mental del niño y del adolescente

Nivel	Lugar	Personal	Servicios
Informal	La familia Las escuelas Las prisiones Los hogares para niños ONG	Trabajadores de otros sectores Voluntarios	El enfoque a este nivel será de promoción de salud mental y prevención de los desórdenes
Atención primaria de la salud	Policlínicos Hospitales Servicios de maternidad Servicios familiares	Trabajadores de salud Médicos de familia Enfermeras	Educación de la juventud y la familia sobre los problemas de salud general y mental Estudios selectivos de los problemas de salud mental (incluyendo tendencias suicidas) Identificación de jóvenes en riesgo de problemas de salud mental Consejería a corto plazo para las personas jóvenes y sus familias Manejo básico de desórdenes de la conducta y apoyo para las personas jóvenes con dificultades de larga evolución
Salud mental comunitaria	Equipos de salud mental comunitaria Unidades de prevención del abuso infantil Servicios educativos de apoyo	Especialistas en salud mental general, por ejemplo psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, Especialistas en salud mental del niño y el adolescente Equipos multidisciplinarios con entrenamiento adicional en salud mental infantojuvenil	Investigación y tratamiento de problemas severos referidos de los servicios de atención primaria de salud Consulta, vigilancia y entrenamiento del personal de los servicios de atención primaria de salud Establecimiento de vínculos con otros sectores locales, provinciales y ONG para las iniciativas transectoriales de promoción y prevención

Continúa

Nivel	Lugar	Personal	Servicios
Hospitales generales o pediátricos	Complejos académicos de salud Hospitales regionales	Especialistas en salud mental general, por ejemplo psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales Especialistas de salud mental del niño y el adolescente Equipos multidisciplinarios con entrenamiento adicional en salud mental infantojuvenil	Investigación y tratamiento de problemas severos referidos de los servicios de atención primaria de salud. Consulta, supervisión y entrenamiento del personal de los servicios de atención primaria de salud. Creación de vínculos con otros sectores locales, provinciales y ONG para las iniciativas transectoriales de promoción y prevención
Servicios	Instituciones para el internamiento Unidades de atención a la familia y la niñez Unidades de atención a los trastornos de la conducta alimentaria Unidades de atención a la juventud Unidades de tratamiento de trastornos conexos con el abuso de sustancias El sector privado	Especialistas en salud mental del niño y del adolescente	Diagnóstico y tratamiento altamente especializado Apoyo, entrenamiento y consulta para todos los niveles de los servicios Rehabilitación de grupos específicos como niños autistas y jóvenes con trastornos psicóticos

Fuente: WHO (2005). Child and Adolescent Mental Health. Policies and Plans. Geneva 2005



Organización de los servicios

El desarrollo de los servicios de salud mental apropiados para niños y adolescentes es un desafío, incluso en los países desarrollados. Sin embargo, el grado en el que se cumpla este desafío no solo depende de los recursos disponibles en el país, sino también de la creatividad y voluntad para aumentar las fuerzas locales, reunir recursos y acentuar un compromiso para integrar todas las políticas y acciones de niños y adolescentes en los marcos comunitarios.

La OMS recomienda una combinación óptima de los servicios. La mayor proporción de atención de salud mental debe ser la autoayuda y la asistencia de salud mental informal. Esto debe continuarse con servicios de atención primaria, de salud mental comunitarios y en hospitales generales. Los hospitales psiquiátricos desempeñan un papel mínimo dentro de esta combinación óptima de servicios. Aunque es probable que la necesidad absoluta de tales servicios varíe según los países o localidades, la proporción requerida es aproximadamente la misma en todos.

Fuente: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Mental Health Policy and Services Guidance Package. World Health Organization, 2005.

Intervenciones psicosociales efectivas para la promoción y protección de la salud mental

Intervenciones en las primeras etapas de la vida (4)

Algunos factores de riesgo que actúan sobre la madre y el producto de la concepción durante el embarazo, parto y posparto pueden tener un impacto desfavorable sobre la salud de la madre y el desarrollo psicofísico del niño. Esos factores están presentes en los llamados embarazos de alto riesgo; los trabajadores de atención primaria debidamente capacitados pueden identificar algunos de esos riesgos como el consumo de alcohol, tabaco y drogas lícitas e ilícitas durante el embarazo, así como condiciones como diabetes, desnutrición, pre-eclampsia, e hipotiroidismo. También pueden realizar pruebas sencillas para detectar errores congénitos del metabolismo y tomar una historia clínica que permita obtener información valiosa. Hay evidencias de que las visitas al hogar durante el embarazo tienen repercusiones significativas en la salud de las madres y los recién nacidos, y en la promoción a largo plazo de su salud mental, amén de consecuencias sociales y económicas beneficiosas. Un ejemplo es el “Programa Prenatal y de la Infancia Mediante Visitas al Hogar” iniciado por Olds (8, 9), que durante 25 años ha intentado mejorar la salud y el desarrollo de madres de bajos ingresos y el de sus hijos, por medio de visitas al hogar realizadas por enfermeras durante el embarazo y la infancia.

Intervenciones educativas y psicosociales en preescolares

Existen muchos programas comunitarios para familias con niños pequeños, entre ellos los dirigidos a entregar información para familias en bibliotecas, clínicas de detección de problemas de salud, recreación organizada y mensajes televisivos que promueven el desarrollo de habilidades para la vida y el fomento de valores sociales.

Los niños de familias pobres o pertenecientes a minorías pueden presentar un desarrollo más lento del lenguaje, en comparación con otros niños. Hay evidencia que indica que las intervenciones tempranas, iniciadas conjuntamente con los padres a partir de los dos años de edad, mejoran las habilidades básicas y facilitan la transición a la escuela; entre esas acciones están los cuentos leídos a los niños y su participación en conversaciones, utilizando libros con imágenes. Han surgido dudas si las intervenciones realizadas en el hogar y las relativas a la crianza representan un uso efectivo de los recursos. Sin embargo, las pocas evaluaciones realizadas parecen alentadoras; más aún, hay indicios de que las intervenciones que tienen un impacto simultáneo en la salud física y mental de los padres y los bebés pudieran prolongar su efecto durante toda la vida de los últimos.

Intervenciones en las escuelas

La mayoría de los países del mundo están comprometidos a tener sistemas universales de educación primaria. A pesar de las variaciones en el tiempo que los niños pueden permanecer en la escuela, esta es la institución principal para su socialización. Resulta evidente la conveniencia de realizar acciones en esos entornos, donde niños y jóvenes están agrupados y pasan gran parte de su tiempo; de allí que las escuelas se hayan convertido en uno de los escenarios más importantes para las intervenciones en el campo de la salud en ese grupo de edad.

Para que los niños se desempeñen efectivamente precisan utilizar sus capacidades intelectuales sociales y emocionales. Asimismo requieren seguridad y oportunidades para usar constructivamente esas habilidades. El proceso de adquisición de esas destrezas con frecuencia se denomina “aprendizaje

social y emocional”. El sitio de Internet “Colaboración para el Aprendizaje Académico, Social y Emocional” (CASEL –www.casel.org/index) es un ejemplo de programas para mejorar el aprendizaje basado en la evidencia.

Existen varios tipos de intervenciones en la escuela por medio de las cuales se fomentan las capacidades del niño y su autovaloración, al tiempo que se logra una disminución de los problemas emocionales y de conducta. Generalmente, esos programas se han orientado hacia el control de diferentes factores de riesgo y problemas psicosociales, como fracaso académico y agresión e intimidación por compañeros, habiéndose demostrado que se puede mejorar en los niños afectados la capacidad individual y la resiliencia, así como disminuir los síntomas depresivos.

A medida que los estudiantes alcanzan más edad se enfrentan a nuevos retos, tales como presión de los compañeros para que participen en conductas delictivas o en el uso de sustancias y es en esta etapa cuando las habilidades sociales y emocionales se tornan especialmente importantes para mantener la salud y el desarrollo. Los programas realizados en las escuelas de enseñanza media, dirigidos a formar o fortalecer capacidades en los estudiantes, se utilizan tanto en la promoción de la salud mental como en la prevención del abuso de sustancias.

Un ambiente psicosocial positivo en la escuela puede influir favorablemente en la salud mental y el bienestar de los menores. Los componentes de tal ambiente incluyen la existencia de una atmósfera amistosa, gratificante, de apoyo y cooperación, el uso de técnicas de aprendizaje activo, la proscripción del castigo físico y la disuasión de las conductas violentas.

Hay programas que tienen diferentes propósitos, tales como los dirigidos al cambio del ambiente escolar y a la mejora de las destrezas individuales, que son más efectivos cuando se implementan simultáneamente que cuando son ejecutados por separado.

Intervenciones complementarias basadas en la priorización de necesidades

En muchos casos no se dispone de información local adecuada de las situaciones de salud y condiciones de vida de niños y adolescentes, que permita promover programas integrados de promoción y prevención. Es preciso entonces, realizar una “estratificación epidemiológica”, que permita identificar las áreas donde niños y adolescentes tengan más necesidades insatisfechas de salud, para concentrar en ellas las intervenciones. Conviene resaltar que las condiciones que afectan la salud no respetan las fronteras impuestas por el hombre, sino que responden a factores de riesgo y a determinantes de salud que no necesariamente se distribuyen según los límites oficiales de un país o región. Este abordaje permite identificar con más precisión los territorios, áreas y grupos poblacionales más necesitados y vulnerables, determinar las características que los distinguen, y de acuerdo con cada situación específica tomar las medidas pertinentes.

Atención de los trastornos mentales más comunes en la infancia (10)

La promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos psíquicos y la atención a los enfermos son los tres pilares en los cuales se asienta el cuidado y la protección de la salud mental de las poblaciones. A pesar de los resultados que se puedan obtener mediante acciones de promoción y prevención siempre habrá un número de niños y adolescentes en necesidad de atención, aquejados

por problemas mentales y del desarrollo. La tendencia actual en los sistemas de salud pública es delegar en el nivel primario la tarea de asistir en primera instancia a las personas afectadas. Se hace así indispensable transferir a la atención primaria la tecnología adecuada para realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno cuando sea posible y, en los casos más difíciles o complicados, derivar los pacientes al segundo nivel (de tipo ambulatorio), donde se cuenta con servicios especializados (10).

A continuación se describirán de manera breve los trastornos mentales más comunes en la niñez. Dado que el área clínica no es el sujeto central de este libro, el propósito de abordar el tema es sólo presentárselo al lector interesado; quien podrá consultar adicionalmente las numerosas publicaciones existentes sobre psicopatología y métodos terapéuticos.

Dislexia. Alteración de la capacidad para leer que provoca, entre otras secuelas, muchos fracasos escolares. Tres cuartas partes de los menores que han tenido un fracaso escolar satisfacen los criterios diagnósticos de esta enfermedad.

Disgrafía. Trastorno psicomotor que consiste en la dificultad para escribir, que no se debe a retraso mental, déficit sensorial, neurológico o escolar. El niño puede presentar escritura irregular y poco controlada, torpeza en los movimientos para escribir y gran prolijidad al hacerlo. El tratamiento es generalmente de tipo reeducativo y se basa en actividades y ejercicios progresivos que se pueden realizar en el hogar o en la escuela.

Discapacidad intelectual (retardo mental). Este trastorno puede ser considerado como un problema médico, psicológico y educativo, pero, en última instancia se trata, primordialmente, de un problema social. Se estima que 3% de la población mundial padece de algún grado de retraso mental; la inmensa mayoría de los casos (85%) son educables; los entrenables representan 10% y los custodiables constituyen 5%.

La prevención secundaria del retraso se centra en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Un programa para el tratamiento debe tener como objetivos principales: a) enseñanza dentro de los límites de la capacidad mental del niño o adolescente; b) corrección de defectos físicos, y c) prevención y corrección de problemas emocionales y la enseñanza de habilidades para la vida cotidiana.

Aunque en los sistemas clasificatorios actuales (CIE-10 y DSM-IV) aún se continúa usando el término retardo mental y poniendo el foco en el déficit, las tendencias más actuales favorecen el concepto de discapacidad intelectual donde se enfatiza el funcionamiento global de la persona en su contexto de vida y el fortalecimiento de capacidades.

Autismo infantil. Se caracteriza por un deterioro cualitativo en el desarrollo de la capacidad para la interacción social, en las habilidades de comunicación, tanto verbal como no verbal, y en la actividad imaginativa, las habilidades intelectuales y la comprensión del significado del lenguaje. Puede afectar también la postura, los movimientos, la ingestión de alimentos y bebidas, el sueño y las respuestas a los estímulos sensoriales.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una patología bien definida en los niños. Los especialistas coinciden en que es el

motivo de consulta más frecuente. Hasta hace algunos años se aceptaba que desaparecía con el tiempo, pero hoy se sabe que no es así. La remisión que según diversos autores se produce en alrededor de 60% de los pacientes consiste en realidad en una disminución en la intensidad de los síntomas, pero no en su desaparición. El trastorno se presenta con frecuencia y puede ocurrir en 5% de los niños. Por otra parte, su prevalencia es entre 6 y 9 veces mayor en los niños que en las niñas.

Trastornos por ansiedad en la infancia. La existencia de trastornos neuróticos en el niño ha sido ampliamente debatida, pero lo que sí es evidente es que este cuadro no se presenta en el niño tal como aparece en el adulto. Las dificultades para encuadrar la sintomatología se deben a las peculiaridades del psiquismo infantil y al hecho de que el niño está en continuo desarrollo. En los niños, ciertos grados de ansiedad pueden representar variaciones de la normalidad o ser parte de reacciones adaptativas, trastornos del desarrollo o problemas de personalidad.

Neurosis. El diagnóstico de neurosis requiere la presencia de un conflicto interiorizado en una personalidad constituida. Pero una de las características del niño es que su personalidad está en vías de desarrollo, lo que hace que cuando sobrevienen procesos patológicos estos estén poco estructurados. Por esa razón en lugar de hablarse de neurosis se habla de rasgos u organizaciones neuróticas. El diagnóstico de neurosis infantil que implique la existencia de un cuadro clínico preciso con una organización fija e irreversible es inaceptable para muchos especialistas. Debido a las diferentes opiniones que existen sobre la entidad es muy difícil establecer su prevalencia en la población. No obstante, muchos autores opinan que esos procesos son igualmente frecuentes en niños que en niñas.

Depresión: Durante un largo período, la comunidad científica y profesionales de la salud mental, sostenían, por razones básicamente teóricas, que la depresión infantil no existía. Hoy la evidencia demuestra todo lo contrario. La depresión en niños y adolescentes es más frecuente en algunas familias y se presenta más comúnmente en los que han sido víctimas de maltratos o han tenido pérdidas específicas, especialmente de carácter emocional. Los niños afectados pierden el interés por todo, lloran con frecuencia sin motivo aparente y presentan quejas físicas como cefaleas y dolor de estómago. Falta con frecuencia a la escuela, su capacidad de concentración es baja y pueden presentar alteraciones del sueño y de la alimentación e ideas o gestos suicidas.

Trastornos de la conducta alimentaria (11). Entre estos trastornos se destacan la anorexia nerviosa y la bulimia, que por ser típicas de la adolescencia y por la importancia que revisten en esta edad, se describirán con más detalle.

La anorexia en la adolescencia tienen características propias y cuando se prolonga se le denomina anorexia nerviosa. En 1873, Lasague describió el trastorno por primera vez, denominándolo anorexia histérica. El carácter "histérico" de esta entidad ha sido totalmente descartado. El trastorno es más predominante en el sexo femenino (95% de los casos). La anorexia nerviosa es un trastorno que puede ser fatal y consiste en la privación voluntaria de alimentos que lleva a la pérdida excesiva de peso y finalmente a la inanición. La reducción progresiva de alimentos se acompaña de irritabilidad, depresión y trastornos emocionales y de la personalidad. La persona fija su atención en el esquema corporal, los alimentos y el peso.

Estudios hechos en diferentes áreas dan a la bulimia una prevalencia de 4,5% en mujeres y 0,4% en varones (11). La alimentación tiene una considerable significación emocional. Por ejemplo, los niños

inseguros y no deseados comen excesivamente como compensación de la falta de afecto; los padres que rechazan al niño pueden sobrealimentarlo como mecanismo compensatorio de su culpabilidad. En diferentes culturas se le asigna a la reducción de la ingesta de alimentos un carácter destructivo mientras que el exceso se ve como constructivo formador y creador.

Trastornos de adaptación: Estos no son simples respuestas exageradas al estrés intenso, sino que constituyen reacciones anormales inusualmente intensas, que interfieren con la capacidad de hacer frente con éxito a situaciones adversas y deterioran el funcionamiento social. Es esencial para el diagnóstico la constatación de una relación causal entre el estrés y el trastorno.

Encopresis. El trastorno se presenta con más frecuencia en los niños que en las niñas. Aproximadamente la cuarta parte de quienes sufren de encopresis padece de estreñimiento asociado. Es necesario advertir a los padres de que este trastorno no es voluntario (12).

Enuresis. Trastorno que consiste en la emisión involuntaria de orina. Por enuresis nocturna se entiende la que ocurre durante el sueño, generalmente en niños de 4 a 12 años y no corresponde a ninguna enfermedad o disfunción orgánica, siendo parte del desarrollo normal. En algunos jóvenes puede prolongarse hasta los 16 años y es causa de vergüenza pudiendo ser necesario su tratamiento médico-psicológico (7).

Trastornos del sueño. Los trastornos del sueño, junto con los trastornos del comportamiento alimentario, representan los dos grupos de mayor relevancia, como indicadores de riesgo de un desajuste mental en la infancia. Las alteraciones del sueño aparecen precozmente y presentan una gran variedad de formas clínicas; su diagnóstico presenta muchas dificultades, pero al mismo tiempo es un predictor de riesgo psicosocial de primera magnitud (7).

Abuso y dependencia de sustancias. Durante la adolescencia es común la experimentación con el alcohol y las drogas, y la exposición a problemas serios derivados del uso de esas sustancias. Cuando el abuso de sustancias se hace habitual los jóvenes pueden experimentar depresión, disminuir su autoestima, y sentir que no pertenecen a su medio natural. Con alguna frecuencia los adolescentes dependientes realizan actos autodestructivos que pueden culminar en el suicidio consumado.

Los factores de riesgo y factores protectores en las adicciones se pueden apreciar en el cuadro 3.

Cuadro 3. Adolescentes y consumo de drogas

Ámbito	Factores protectores	Factores de riesgo
Conducta	Fuerte capacidad de decisión	Resistencia a la autoridad
Espiritualidad	Fe creciente	Involucrarse en sectas
Familia	Lazos familiares fuertes	Consumo de drogas en la familia
Escolaridad	Éxito escolar	Fracaso escolar
Pares	Rechazo al uso	Amigos que usan drogas
Cultura	Normas grupales positivas	Normas antisociales

Fuente: Martínez C.2006 Capítulo Salud mental del libro Pediatría. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba

Conductas suicidas

Los factores capaces de desencadenar una conducta suicida en la infancia y adolescencia son variados y no específicos, pues no sólo se presentan en jóvenes y niños con problemas psicopatológicos manifiestos sino también ocurren en otros que nunca llegaron a presentar esos problemas o que no tenían antecedentes de atentados contra su vida. Entre los factores de riesgo más frecuentes se encuentran:

1. Ser parte o estar presente en acontecimientos familiares dolorosos como el divorcio de los padres, la muerte de seres queridos, de figuras significativas, el abandono, etc.
2. Existencia de problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomina el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y/o el abuso sexual.
3. Problemas escolares, por dificultades de aprendizaje o disciplinarios.
4. Reprimendas de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.
5. Búsqueda de atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas.
6. Agresión solapada a personas con los que se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente las madres y los padres.
7. Fantasías de reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional.

Maltrato infantil (7)

Entre las causas más comunes del maltrato infantil están ciertas características de los padres. Muchos de los padres que maltratan a sus hijos fueron a su vez niños maltratados o aprendieron en su familia que el castigo físico era un método de enseñanza. También hay características de los niños que están presentes como causa aparente; tal es el caso de ciertos niños inquietos, problemáticos, con conductas inadecuadas. Algunas características del medio ambiente pueden facilitar el abuso de niños; se destacan entre ellas los problemas económicos, dificultades en la pareja, desempleo, educación insuficiente, hacinamiento, vivienda inadecuada. Por otra parte, es habitual buscar en la víctima la causa del abuso, por ejemplo cuando se le achaca la culpa “científicamente” (mecanismos psicológicos sofisticados) o “popularmente” (“ellos mismos se lo han buscado”), argumentos del todo inaceptables.

El maltrato infantil tiene consecuencias. Es común que se produzcan secuelas en las distintas edades; por ejemplo:

- Preescolar: patrones anormales de interacción social: suelen evitar a las personas, responden de forma agresiva a sus acercamientos o son abusivos con otros niños
- Escolar: baja autoestima, conducta retraída o agresiva, desajustes conductuales o emocionales en la escuela y/o menor rendimiento intelectual
- Adolescente: internalizan estilos de reacción agresivos. Riesgo suicida

Consideraciones finales

1. Contrariamente a la creencia popular, los trastornos de la salud mental son comunes durante la niñez y adolescencia.
2. Los estudios epidemiológicos de la población infanto-juvenil, al tiempo que revelan la magnitud y distribución de los problemas mentales y del comportamiento, ponen de manifiesto las necesidades y fundamentan las demandas.
3. Los servicios de salud mental infanto-juvenil deben ser parte destacada del programa de salud mental comunitaria, dentro del sistema de Atención Primaria en Salud.
4. Como parte del programa de salud mental, los servicios infanto-juveniles comparten las estrategias de descentralización, participación comunitaria, abordaje integral de la población (clínico, epidemiológico y social), coordinación intersectorial e integración programática. Asimismo, sus acciones no se restringen al tratamiento sino que también incluyen la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la rehabilitación.
5. La familia, en cuanto es un factor determinante de la salud mental del niño, es el centro de las intervenciones emprendidas por los equipos de salud mental, con el concurso de miembros de la comunidad y personal no convencional.
6. El papel correspondiente a la escuela es de importancia capital. La capacitación en salud mental de los educadores no solo favorece la detección temprana de problemas en los escolares sino que facilita su solución.
7. La educación de la población la concientiza de las necesidades psicosociales de los menores, sus derechos y responsabilidades, modifica actitudes negativas y combate el estigma.
8. La difusión del conocimiento sobre factores protectores y de riesgo y la manera de controlarlos es una estrategia efectiva de promoción de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.
9. La capacitación de jóvenes y personal comunitario favorecen su conversión en agentes activos de trabajo y apoyo a los niños y niñas.

Referencias

1. Rothe E. Diagnóstico diferencial entre del trastorno de déficit de atención en la población infanto-juvenil. *Revista de Psicofarmacología* Nov. 2003.
2. Barrientos G., Rodríguez J, Valdés Mier M, y Martínez C. Ponencia central del taller internacional "Reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria". La Habana, 1995.
3. Mier MH, Sttutske WS, Ardnt S & Cardoret RJ. *J of Abnorm Psychol* May 2008, 117-385.
4. Martínez C. *Salud familiar*. Editorial Científico-técnica, 2a. edición. La Habana.
5. OPS/OMS (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Publicaciones del programa de adolescentes.
6. Martínez C. *Para que la familia funcione bien*. Editorial Científico-técnica. La Habana, 2005.
7. Martínez C. Capítulo Salud mental. En *Pediatría*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2006.

8. Olds DL et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen year follow up of a randomized trial. *JAMA* 278(8):637-43.
9. Olds DL et al. (1998). Long-term effects of nurse. Home visitation on of children´s criminal and antisocial behavior. A 15-year follows up of a randomized trial. *JAMA* 280(8):1238-44.
10. Martínez C. Temas de medicina general integral. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana, 2001.
11. Cervera, S. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En *Psiquiatría*, JLVásquez-Barquero, ed. Editorial Grupo Aula Médica S.A. Madrid, 1998.
12. Perón D y cols. Hospital Universitario Pedro Borrás. Comunicación personal. La Habana, 2007.

Salud mental en los adultos mayores

*Enrique Vega García**

*Josefa González Picos***

*José Alberto Olivera Álvarez****

Introducción

La vejez es un período del ciclo de la vida, mientras que el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de toda la existencia (1). Los adultos mayores pueden seguir contribuyendo a la sociedad, ejerciendo sus derechos y adquiriendo responsabilidades, para lo que se requiere mantener una vejez activa, en la que la seguridad personal y la participación social estén garantizadas (2). En efecto, las personas mayores plantean desafíos específicos para los sistemas de salud y sus necesidades en este campo son distintas a las de las personas más jóvenes. (3)

Un caso para la acción

En el 2000, las personas de 60 años o más en América Latina y el Caribe representaban 8 por ciento de la población total, aproximadamente 1 de cada 12 personas. Se estima que para el 2025, el 14 por ciento serán habitantes mayores de 60 años, es decir 1 de cada 7 personas en la Región. En números absolutos aumentarán de 42 millones en el 2000 a 100 millones en el 2025 (3-5).

Debe esperarse, entonces, que el crecimiento de la población añosa sumado a la declinación natural en las condiciones de salud física y mental de la misma, así como a la reducción de roles y espacios sociales, producirá una creciente demanda de servicios de salud en general y en especial de salud mental (4).

Estudios epidemiológicos han mostrado que entre las personas mayores atendidas en los servicios de atención primaria, muchas enfermedades van asociadas a trastornos psíquicos y discapacidades en el desempeño de sus roles.

*Asesor Regional en Envejecimiento y Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

** Profesora de la Universidad de La Habana, Centro de Investigaciones en Longevidad, Envejecimiento y Geriátrica. La Habana, Cuba

*** Jefe de la Sala de Agudos del Servicio de Psiquiatría, Hospital Calixto García. La Habana, Cuba

Sin embargo, la mayoría de estos trastornos pasan desapercibidos para los médicos del primer nivel de atención (5). Esa realidad contrasta con las consideraciones hechas en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (6), donde se reafirmó el papel esencial de la atención primaria en las estrategias de atención al adulto mayor. La atención primaria está sustentada en métodos y tecnologías científicamente válidos y socialmente aceptables puestos de manera universal a disposición de las personas y de las familias, contando con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan afrontar en todas las etapas de su desarrollo.

Sin embargo, las personas de edad pueden tropezar con obstáculos financieros, físicos, psicológicos, culturales y jurídicos para la utilización de los servicios de salud. Es posible, también, que deban hacer frente a la discriminación, por la edad o por discapacidades, en cuanto se considere que su atención tiene menos valor utilitario que la que se ofrece a las personas más jóvenes (6).

Para salvar el hiato que existe entre necesidades de las personas con trastornos mentales que requieren atención y los servicios existentes en las distintos países de ingresos bajos y medios-bajos, la OMS ha declarado que es prioritario superar barreras y reducir la brecha existente entre la carga que significan los trastornos mentales y los recursos humanos y financieros empleados para hacerles frente (7); es imperativo, entonces, incrementar y descentralizar los recursos, fomentar una mayor integración intersectorial y promover la articulación con otras instancias.

Valores involucrados en relación con el género, la cultura y la equidad

En las sociedades actuales, donde el número de personas mayores de 60 años va en aumento, estas no son objeto de un incremento proporcional de los espacios comunitarios que les corresponden en función de sus necesidades. En ocasiones existe una cultura hostil donde los que envejecen pasan a un plano secundario. Esto puede ser en parte el resultado de las peculiaridades de la atención, que requiere conocimientos teóricos y en especial prácticos que desbordan las capacidades de quienes la dispensan. Con frecuencia los empleadores establecen para la contratación de personal, edades topes que excluyen a las personas de edad (“para el joven es más fácil aprender” y “los jóvenes van a tener más tiempo para utilizar los nuevos conocimientos”). También, es difícil que una empresa determinada envíe a un trabajador en etapa de pre jubilación a ser capacitado para el mejor cumplimiento de sus funciones, lo que ocasiona que en poco tiempo sea incapaz de mantenerse en el puesto que desempeña.

Diferentes publicaciones regionales (8-10) han puesto de manifiesto las discriminaciones e iniquidades que sufren las mujeres en general, pero raramente se menciona la situación de las ancianas, omisión que revela la doble discriminación que sufren, “por ser mujeres y por estar envejecidas”. En un futuro cercano los países latinoamericanos y caribeños tendrán, dada la mayor expectativa de vida, una numerosa población femenina envejecida, con relativa menor escolaridad y escasos ingresos.

Las migraciones dispersan con frecuencia a muchas familias, cuyos adultos mayores se quedan habitualmente en el lugar de origen, a la espera de los aportes económicos que envían los miembros más jóvenes que abandonaron el hogar. Por otra parte, los emigrantes pueden radicar en lugares donde los hábitos y costumbres les son ajenos, viviendo desarraigados, cuando ya es tarde para formar nuevos grupos de pertenencia y adaptarse a los nuevos requerimientos culturales. Los adultos mayores en esa situación se convierten en “los más marginados” dentro del grupo general de los emigrantes.

Los trastornos mentales en el adulto mayor

Los trastornos afectivos y de ansiedad, demencias, psicosis de la vejez y abuso de sustancias (alcohol, productos farmacéuticos y drogas ilícitas) son especialmente relevantes en las edades avanzadas de la vida. También aparecen con frecuencia problemas del sueño, conductuales, otros relacionados con el deterioro cognoscitivo y cuadros de confusión vinculados a desórdenes clínicos o relacionados con intervenciones quirúrgicas. Algunos de estos trastornos solo aparecen en edades avanzadas mientras que otros se inician en edades más tempranas; sin embargo, sólo llegan a ser diagnosticados en épocas tardías. Las patologías mentales suelen coexistir con dolencias físicas, y frecuentemente se complican con problemas sociales. Además, los ancianos pueden también presentar más de un trastorno psiquiátrico.

Los factores arriba mencionados, unidos a otras condiciones biológicas, sociales y culturales asociadas al envejecimiento, pueden modificar de manera significativa las formas de presentación clínica de las enfermedades mentales en la edad avanzada.

La formulación del diagnóstico no debiera ser sólo clínica, sino también enfatizar las habilidades y los déficit del individuo, así como incorporar la importancia que éste y su familia le conceden a la enfermedad. Tanto la intervención como el seguimiento pueden implicar la superposición de los roles de distintos profesionales, lo que requiere una estrecha coordinación entre los servicios.

Otro aspecto importante por destacar es que mucha de la problemática psicosocial de los adultos mayores no tiene necesariamente un correlato diagnóstico o psicopatológico y más bien puede interpretarse como respuesta adaptativa a nuevas condiciones de vida y relacionadas con múltiples factores existenciales. Como tal requerirán más de respuestas sociales que médicas.

A manera de ilustración de la significación epidemiológica de la depresión, citamos el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) (3) donde la evaluación del estado de ánimo en una muestra de adultos mayores residentes en el hogar, en siete capitales de la Región de las Américas, reveló la información consignada en el cuadro 1.

Cuadro 1. Depresión en ancianos que residen en hogares de siete ciudades latinoamericanas

Ciudad	Tasas de prevalencia de depresión	
	Número	%
Buenos Aires	219	21,9
Bridgetown	122	7,0
San Paulo	469	25,1
Santiago de Chile	425	33,2
La Habana	371	21,5
México	266	23,2
Montevideo	340	23,8

Fuente: OMS/OPS. El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe. Resumen ejecutivo. Merck Institute of Aging and Health. 2004



Depresión

La edad es un importante factor determinante de los trastornos mentales. En la población anciana se observa una alta prevalencia de trastornos. Además de la enfermedad de Alzheimer, las personas de edad padecen también otros trastornos mentales y del comportamiento. En conjunto, la prevalencia de algunos trastornos tiende a aumentar con la edad. Entre ellos predomina la depresión, que según indican algunos estudios llega a afectar a entre 8 y 20% de las personas atendidas en la comunidad; 37% de las atendidas en el nivel primario padecen depresión. En un estudio reciente basado en una muestra comunitaria de personas mayores de 65 años se registró una tasa de depresión de 11,2% (Newman et al. 1998). Sin embargo, en otro estudio también reciente, la prevalencia puntual de los trastornos depresivos era de 4,4% en las mujeres y de 2,7% en los varones, aunque las cifras correspondientes para la prevalencia a lo largo de la vida eran de 20,4% y 9,6%. La depresión es más frecuente en las personas ancianas con problemas de discapacidad física y a su vez, la presencia de depresión aumenta la discapacidad en esa población. En las personas de edad, los casos de depresión que quedan sin diagnosticar son incluso más frecuentes que en los adultos jóvenes, porque a menudo esas condiciones se consideran erróneamente manifestaciones del envejecimiento.

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2001. OMS

Otro diagnóstico digno de mención por su significación epidemiológica y social son las demencias, entre ellas la enfermedad de Alzheimer, en cuanto es un trastorno mental que es posible manejar en la atención primaria de la salud.

Cabe notar que en muchos países de la Región existe un subregistro de los desórdenes mentales y que la comorbilidad generalmente no se tiene en cuenta (11). De ahí la importancia que los médicos de la atención primaria sepan explorar e identificar los problemas de comorbilidad para así poder diagnosticarlos, tratarlos, seguirlos y registrarlos, de manera adecuada.

El manejo de los trastornos mentales del anciano en la comunidad requiere una red de servicios sociales y de salud que ofrezca el soporte estructural necesario para prestar una atención satisfactoria. En primer lugar hay que considerar el autocuidado, el cual, para que sea efectivo requiere que la familia y la comunidad reciban capacitación apropiada y cuenten con el apoyo de los servicios establecidos. Desde el punto de vista de los servicios formales de salud la atención primaria juega un papel estratégico y central. Por otra parte, los servicios especializados varían de un país a otro y en ocasiones son muy limitados en los países de bajos ingresos. Lo indicado es contar con una cartera o diversidad de servicios que puedan dar respuesta a las disímiles necesidades de cada caso, por ejemplo centros diurnos, servicios ambulatorios, alternativas de internamiento en hospitales generales para las situaciones de crisis y programas de protección social.

Intervenciones en salud mental que es posible realizar en la atención primaria

Prevención de las enfermedades mentales y promoción de la salud mental

Existen diferentes modalidades de intervenciones comunitarias dirigidas a la prevención de las enfermedades mentales y promoción de la salud mental en los adultos mayores, la mayoría de las cuales propician la integración social de los mismos. Dentro de ellas cabe citar las universidades del adulto

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa primaria del cerebro. Se caracteriza por un declive progresivo de las funciones cognitivas tales como la memoria, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, el lenguaje, la capacidad de aprendizaje y el juicio. Se diagnostica la demencia cuando el declive de estas funciones llega a afectar las actividades personales de la vida diaria. La enfermedad de Alzheimer tiene un comienzo insidioso y un deterioro lento. Esta enfermedad debe distinguirse claramente del declive fisiológico de las funciones cognitivas que se produce con la edad; éste es mucho menor, mucho más gradual, y causa discapacidades más leves. En general, la enfermedad de Alzheimer se manifiesta después de los 65 años, aunque no son infrecuentes los casos de comienzo más temprano. Al aumentar la edad, la incidencia se eleva con rapidez (aproximadamente se duplica cada cinco años). Este hecho se refleja en el número total de individuos en los que se detecta esta enfermedad a medida que aumenta la esperanza de vida en la población.

Se ha estudiado de manera extensa la incidencia y prevalencia de esta enfermedad en muestras de población, por lo general de personas mayores de 65 años, aunque en algunos estudios se han incluido poblaciones más jóvenes, sobre todo en países en los que la esperanza de vida es menor (por ejemplo, en la India). La amplia horquilla de las cifras de prevalencia (1-5%) se explica en parte por las diferencias en la edad de las personas encuestadas y en los criterios de diagnóstico. Según el informe sobre la carga global de enfermedad 2000, la prevalencia puntual de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en conjunto es de 0,6%. La prevalencia entre los mayores de 60 años es de 5% para los varones y 6% para las mujeres, aproximadamente. No se ha observado que la incidencia difiera en función del sexo, pero la mayor longevidad femenina se traduce en un mayor número de mujeres con enfermedad de Alzheimer.

Sigue sin conocerse la causa exacta de la enfermedad, aunque se han señalado varios factores, entre ellos los trastornos del metabolismo y la regulación de la proteína precursora de amiloide, las proteínas asociadas a las placas, las proteínas tau, el zinc y el aluminio.

El informe sobre la Carga Global de Enfermedad 2000, estima que los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debidos a las demencias ascienden a 0,84% y los años de vida perdidos por discapacidad, AVPD, (en inglés YLD) a 2,0%. Con el envejecimiento de las poblaciones, sobre todo en las naciones industrializadas, es probable que estos porcentajes experimenten un rápido incremento en los próximos 20 años.

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2001. OMS



mayor, casas de abuelos, y programas sociales de diversa índole. Estos servicios, dado las necesidades existentes, pueden llegar a ser insuficientes. Es posible que las mujeres, al liberarse de las rutinas del hogar, en especial cuando los hijos se independizan, estén dispuestas a incorporarse a los programas comunitarios con más facilidad; los hombres, sin embargo, son más renuentes a participar en las actividades mencionadas por factores culturales y otras limitaciones objetivas.

Atención y tratamiento de los trastornos mentales

La mayoría de las enfermedades mentales de los ancianos pueden ser tratadas con éxito. Aunque algunas (en especial las demencias), son crónicas y/o progresivas; sin embargo intervenciones apropiadas y oportunas pueden contribuir de manera significativa a una mejora de la calidad de vida.

Los objetivos del tratamiento se dirigen no solo a la recuperación de la salud, sino también a lograr



Un ejemplo de actividades de promoción de la salud mental en ancianos es la habilitación de un taller de costura, bordado y tejido en una comunidad cubana, organizado por un grupo de mujeres en colaboración con un equipo de atención primaria y con otro de salud mental. El objetivo de la iniciativa era no solo ocupar el tiempo libre de las participantes, sino darle mayor sentido a su existencia e incluso derivar beneficios económicos, mediante el aprendizaje de nuevas destrezas y la adquisición de conocimientos útiles en la vida cotidiana. Los hombres de edad que pasaban ocasionalmente frente al taller se interesaron en las actividades que allí se realizaban y ofrecieron ayuda. Como resultado, el taller, concebido como una actividad exclusivamente femenina se transformó en un centro interactivo para ambos géneros, donde hombres y mujeres participaban en actividades comunes que promovían su salud mental.

Existen circunstancias específicas donde pueden ser útiles ciertas estrategias preventivas. La demencia vascular puede prevenirse con medidas adecuadas que reducen el riesgo de accidente vasculo-cerebral (AVC). Estas incluyen la identificación de personas con un alto riesgo de AVC, el despistaje de hipertensión y fibrilación auricular, el diagnóstico temprano y control adecuado de la diabetes, la administración de pequeñas dosis diarias de aspirina y el fomento de una vida sana (dieta, ejercicio, no fumar).

Del mismo modo, la depresión en el anciano puede prevenirse facilitando un contacto social significativo y reconociendo las circunstancias que aumentan el riesgo individual (duelo, aislamiento social, ingreso en un asilo, pobreza). El fomento de una actividad social e intelectual continuada en la tercera edad puede protegerla tanto de la depresión como de la demencia. El reconocimiento del agotamiento inminente ("burnout") del cuidador y la proporción del apoyo necesario pueden prevenir crisis en el proveedor de cuidados.

Fuente: Organización de la Asistencia en Psiquiatría Geriátrica. WHO/WPA, Ginebra, 1997.

niveles óptimos de bienestar, minimizar la incapacidad y mantener la autonomía. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades del paciente concreto y a los recursos disponibles. Su administración requiere habitualmente la cooperación entre profesionales de las distintas disciplinas involucradas, así como la colaboración de otras personas no profesionales, que sirven de apoyo. La detección e intervención tempranas pueden mejorar el pronóstico. Los ancianos con enfermedades mentales (depresión en especial), pueden necesitar más tiempo que las personas más jóvenes para responder al tratamiento y presentan un alto índice de recaídas.

El tratamiento debe guardar el respeto necesario a los deseos del propio paciente, a su dignidad y autonomía. El consentimiento al tratamiento dado por pacientes que han perdido su competencia plantea importantes problemas éticos y legales.

La gente mayor es especialmente vulnerable a los efectos colaterales de los psicofármacos. Las interacciones entre los psicofármacos y la comorbilidad física (y el tratamiento recibido para esta) son también frecuentes. Los problemas físicos presentes en ancianos con enfermedades mentales deben tratarse, para así facilitar el tratamiento de estas últimas.

Las intervenciones terapéuticas dirigidas a favorecer la autonomía incluyen el entrenamiento en las destrezas de la vida diaria y una mejora de la seguridad doméstica. A estos fines es de gran utilidad proporcionar a pacientes y cuidadores apoyo práctico e información, lo mismo que asesoramiento social y legal.

La atención puede brindarse de manera individual o grupal. La atención en los domicilios (12) es una alternativa válida para tratar los trastornos mentales que requieren una intervención más intensiva; esta modalidad de atención es factible cuando se cuenta con un adecuado soporte familiar y/o social, que asegure el cumplimiento de las indicaciones y la vigilancia estricta de los pacientes, en otras palabras, cuando haya una persona que se responsabilice por el adulto mayor enfermo, independientemente de que otros colaboradores intervengan en el manejo del problema.

Rehabilitación

Todo adulto mayor afectado por un trastorno mental requiere ser evaluado en el centro de atención primaria de salud al que pertenece su comunidad. La valoración clínica del paciente puede apoyarse en procedimientos diagnósticos básicos que evalúen el estado afectivo, el funcionamiento cognoscitivo y el nivel de funcionamiento. Para valorar este último se utilizan escalas de funcionamiento en actividades básicas, con énfasis en las que están más limitadas en los ancianos, que pueden requerir cuidados especiales. La evaluación puede ser realizada por cualquier miembro del equipo de atención primaria capacitado de manera adecuada.

La rehabilitación de los adultos mayores con problemas de salud mental debe estar basada en la comunidad y realizarse siguiendo dos líneas específicas de trabajo: la cognoscitiva y la funcional.

La *rehabilitación cognoscitiva* tiene múltiples modalidades e incluye programas especializados de entrenamiento cognoscitivo, que actúan sobre las áreas deficitarias de los pacientes. Al lado de esos programas hay otros más simples que se pueden utilizar en el servicio o en el domicilio, en este último caso siempre que existan condiciones familiares que favorezcan su adecuada aplicación.

La *rehabilitación funcional* provee entrenamiento por medio de ejercicios específicos; puede brindarse en centros especializados, que si se encuentran cercanos al hogar del adulto mayor son utilizables, al menos al inicio del trastorno. Pero si su ubicación es distante, un miembro del equipo, previamente capacitado, puede ofrecer esos servicios a pequeños grupos en los consultorios. También un familiar capacitado puede emprender esta tarea de manera individual en los domicilios.

Es importante señalar que se puede capacitar a miembros de la comunidad, por ejemplo, personas jubiladas que quieran realizar labores de voluntariado, para actuar como agentes de salud en actividades de rehabilitación. En los casos que se vaya a utilizar esta opción, el equipo de trabajo deberá designar algunos de sus miembros como responsables del apoyo y supervisión de los grupos. Su gestión se concentrará en la capacitación de voluntarios y familiares en las técnicas específicas. Harán hincapié en señalar los objetivos y metas de las intervenciones y en subrayar que el proceso de rehabilitación es de carácter individual, acorde con la naturaleza de la enfermedad y las características personales de los pacientes.

Las actividades grupales aportan la posibilidad de fomentar la resocialización y la inclusión social del adulto mayor, fortaleciendo sus grupos de pertenencia o rehaciendo estos para sustituir los que ha perdido.

Institucionalización

A los servicios comunitarios y de atención primaria les corresponde la responsabilidad de evaluar y satisfacer las necesidades del adulto mayor afectado por un trastorno psíquico o por problemas de conducta. La atención domiciliaria es la opción de preferencia y su factibilidad depende de la presencia de una familia capaz de asumir los cuidados con el apoyo de los servicios comunitarios y de atención primaria.

El internamiento prolongado de los ancianos en instituciones (residencias o “asilos”) no es la mejor opción desde los puntos de vista social y médico. Las consecuencias negativas de la reclusión incluyen el desarraigo y la exclusión social, así como la aparición de cuadros depresivos y la cronificación acelerada de muchos síntomas; a lo cual se debe añadir que en muchos países estas instituciones no tienen las mejores condiciones de vida y se convierten en centros donde con frecuencia se violan los derechos humanos más elementales.

Elementos facilitadores y obstaculizadores de la atención de salud mental del adulto mayor

La capacitación del personal de atención primaria es un elemento vital para cubrir de manera adecuada las necesidades de salud mental de los ancianos. Es primordial que conozcan los métodos de trabajo grupal e individual que son de beneficio para este grupo de edad.

Los servicios de atención primaria de la salud, deben evaluar el componente salud mental de la población envejecida, apoyándose en el diagnóstico de salud de la comunidad. En la elaboración de los programas de trabajo también deben participar representantes de la comunidad y en particular los propios ancianos. Las actividades específicas que se planifiquen deberán estar acordes con las necesidades sentidas y hacer uso máximo de los recursos disponibles. La participación de las personas mayores en la elaboración y ejecución de los programas es crucial, en cuanto que su conocimiento de la comunidad y la experiencia acumulada ayudarán notablemente en la toma de decisiones adecuadas y en la implementación de las acciones.

Entre los *elementos facilitadores* de la atención apropiada de los ancianos se cuenta la presencia en las comunidades de equipos de atención primaria capacitados en la detección y atención inmediata de los problemas más comunes en ese grupo de edad (entre ellos los problemas relacionados con la salud mental). Un factor favorable es la existencia, a distancia accesible, de centros de segundo nivel a dónde se puedan derivar los casos más complicados o de difícil manejo. En América Latina el modo de vida tradicional está centrado alrededor de las familias, muchas de las cuales pueden desempeñar un papel clave en las comunidades y servir de facilitadores de las acciones.

Entre los *elementos obstaculizadores* cabe mencionar la falta y/o poca estabilidad laboral de los trabajadores de atención primaria y su escasa preparación en materia de salud mental del adulto mayor. Esa falta de conocimientos por parte del personal de salud sobre la problemática psicosocial de las personas envejecidas se convierte con frecuencia en la mayor barrera para una atención eficaz.

Funciones de los profesionales y competencias necesarias

En los programas de formación de los técnicos y profesionales de la salud, la salud mental de los ancianos es tema de escasa prioridad. En muchos países de Latinoamérica y el Caribe donde hay programas de formación en salud mental, el tiempo dedicado a la psicogeriatría y psicogerontología es manifiestamente reducido. Es obvio que se debe incorporar en los currículos un componente sobre envejecimiento que permita desarrollar competencias básicas en estos temas (13, 14).

El médico de atención primaria recibe capacitación ocasional en aspectos básicos de salud mental del adulto mayor. Sin embargo, este profesional requiere una capacitación más adecuada a las necesidades psicosociales de los ancianos atendidos en sus servicios, lo que ampliaría sus posibilidades de intervención en este campo. Si desarrollaran las competencias requeridas, es seguro que la atención integral al adulto mayor sería de mucha más alta calidad y la necesidad de derivación a los servicios especializados se podría disminuir de forma considerable.

También son muy escasos los países que cuentan con guías, protocolos o normas para el personal de atención primaria dedicado a la asistencia del adulto mayor y en particular a su problemática psicosocial. Estas herramientas son de gran valor para mejorar el desempeño. Otro instrumento importante es la evaluación geriátrica, que valora los problemas biológicos, mentales, funcionales y sociales de los adultos mayores a fin de arribar a un plan adecuado de tratamiento y a una óptima utilización de los recursos. En esta valoración se usan escalas sencillas y validadas; no obstante, en oportunidades se requiere una evaluación clínica más intensa tal como se hace con personas más jóvenes pero, en este caso, adaptada a las características de vida del adulto mayor.

Consideraciones finales

1. El envejecimiento y la vejez no conducen inexorablemente al deterioro de las capacidades mentales o a la enfermedad mental.
2. Los adultos mayores presentan una alta frecuencia de trastornos mentales y otros problemas psicosociales.
3. La depresión, los trastornos cognitivos y las demencias son de especial relevancia en los adultos mayores, desde el punto de vista clínico-epidemiológico y social.
4. Los problemas de salud mental en este grupo poblacional son sub-registrados o ignorados con relativa frecuencia.
5. La mayor parte de los trastornos mentales de los adultos mayores pueden ser abordados de manera eficaz mediante cuidados ambulatorios, provistos principalmente por los servicios de Atención Primaria de Salud. El internamiento prolongado en instituciones residenciales o asilares debe ser evitado, y sólo se recurrirá a ello por tiempo limitado en casos específicos plenamente justificados.

6. Los trabajadores de atención primaria deben disponer de conocimientos básicos para afrontar la problemática psicosocial de los adultos mayores que acuden a sus servicios. En tal sentido se hace necesario desarrollar programas de capacitación dedicados a tales fines.
7. Se requiere que los profesionales especializados en geriatría y psiquiatría mantengan una estrecha relación y apoyen a los equipos de atención primaria.

Referencias

1. García JL, Salgado A. Características de las enfermedades en el anciano. Patologías más frecuentes. Complicaciones más frecuentes. En Guillén F, Ruipérez I. *Manual de Geriatría Salgado Alba*, 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002, pp. 127-42.
2. OMS-OPS. Envejecimiento activo: Un marco político. Programa de envejecimiento y ciclo de vida de la OMS. Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Madrid, 2002.
3. OPS. El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe. Resumen ejecutivo. Merck Institute of Aging & Health. 2004. www.miahonline.org
4. Werner D; Sanders D; Weston J; Babb S; Rodríguez B: Alma Ata y la institucionalización de la atención primaria de salud. Capítulo 3. Implicaciones sociales y políticas de la atención primaria de salud y la declaración de Alma Ata. 2000. www.healthwrights@igc.org
5. Kessler RC. Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. Salud mental. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos No. 3, 2000.
6. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.
7. OMS. Invertir en salud mental. Resumen ejecutivo. ISBN 92 4 356257 6. Organización Mundial de la Salud, 2004.
8. OPS/OMS. Por veinte millones de mujeres. Equidad de género en salud en Centroamérica. 1998-2004. Informe de la unidad Género, Etnia y Salud. 2005.
9. Fernández de Juan T. Curso. Salud mental y género: autoestima y violencia conyugal en la frontera norte de México. Programa de movilidad estudiantil. derechos humanos, ciudadanía e identidades de mujeres en un contexto de América del Norte. Departamento de Estudios de Población. 2006.
10. OPS/OMS. Género y salud de la mujer. Situación en los países: caso de República Dominicana. Secretaría de Estado de la Mujer (SEM). Santo Domingo. Abril de 2004.
11. Saucedo Martínez DE, Mendieta Cabrera D, Vázquez García A, Salinas Martínez R. Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años de edad. Artículo original. Medicina Universitaria 2005; 7(28):123-7.
12. Reyes Sigarreta MR, Garrido García RJ, Cárdenas MT. Impacto social del ingreso domiciliario en adultos en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol.19, No.5. ISSN 0864-2125. 2003. <http://scielo.sld.cu/>

13. IKASTOLA. Definición de competencias conductuales. Mejoramiento de la calidad de atención en salud sexual de usuari@s de atención primaria. 2006.
14. Barroso Romero Z, Colomer Barroso E. Las Competencias: su importancia para la planificación de los programas de capacitación de enfermería. Reflexión y debate. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). 2007.



Se debe hacer hincapié en la importancia de los factores protectores y de riesgo, cuya influencia es determinante en el origen, curso y desenlace de los trastornos mentales.

Violencia y salud mental

Jorge J. Rodríguez*

Introducción

La violencia es, a nivel global, un importante problema social y de salud. Con el paso del tiempo ha adquirido proporciones alarmantes en muchos países. La información disponible muestra que la mortalidad y la morbilidad determinada por la violencia van en aumento y que la respuesta de los servicios de salud es insuficiente (1, 2). En cuanto a la violencia contra las mujeres, los organismos no gubernamentales tratan de llenar el vacío dejado por los servicios públicos, al punto que el mayor porcentaje de programas de prevención y control de la violencia basada en género proviene de organizaciones de la sociedad civil.

Las acciones del sector salud, han tenido tradicionalmente un carácter reactivo, de naturaleza predominantemente asistencial y con tendencia a la fragmentación en áreas de interés y especialidades. Cabe notar que la mayoría de los esfuerzos se han dirigido al tratamiento de las lesiones físicas en los servicios de emergencia (1).

La información sobre hechos violentos consignada en los servicios de salud, por lo general, es incompleta. En la práctica, los datos recogidos no reflejan la realidad o, en el mejor de los casos, están limitados a la identificación del género de la víctima, su edad, y la descripción de la lesión (1).

Otro problema por destacar es que la concentración de la atención en el tratamiento de las lesiones induce a pasar por alto los factores psicosociales presentes en cualquiera de las formas de violencia. Por otro lado, las formas de violencia menos tangibles, como las de naturaleza psicológica o social, en general no se identifican de manera adecuada.

El sector salud puede aportar valiosas herramientas y metodologías al sistema de respuesta social e institucional del que forma parte. Las acciones para enfrentar la violencia desde el sector salud complementan la respuesta de otras instituciones.

* Coordinador del Proyecto de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Marco referencial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la violencia como: “el uso intencional de la fuerza o del poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (2). Esta definición cubre aspectos que van más allá del acto físico e incluye conductas que son producto de una relación de poder como las amenazas e intimidaciones. Se entiende por víctima a toda persona que individualmente o como parte de una colectividad haya sufrido un daño físico o mental, pérdida económica o un sustancial menoscabo de sus derechos fundamentales, sea por omisión o comisión.

Entre las consecuencias de la violencia se destacan los daños psíquicos y las privaciones y deficiencias del desarrollo, especialmente en la infancia y adolescencia. Esta gama de secuelas crea la necesidad de considerar el impacto de los actos violentos que a pesar de no producir lesiones o muertes generan sufrimiento e imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria (2).

Un aspecto importante en el estudio de la violencia es el relativo a la seguridad ciudadana, entendida como el derecho de las personas a vivir sin temores y a confiar en los demás de manera razonable. Los problemas de violencia e inseguridad ciudadana están directamente interconectados, toda vez que los actos violentos conllevan una significativa dosis de peligro.

Factores de riesgo y multicausalidad

La violencia es un fenómeno multicausal en el que hay interacciones entre los diferentes factores que generan o facilitan su ocurrencia. No existe una condición única que pueda explicar por sí sola el comportamiento violento de una persona. Desde finales de la década de los años setenta se viene utilizando en su análisis un modelo ecológico, cuyos detalles aparecen en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud publicado por la OMS (2). El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera cómo el comportamiento violento está determinado por la influencia ejercida desde diferentes niveles:

1. Nivel individual, caracterizado por las condiciones biológicas y la historia personal.
2. Nivel de las relaciones sociales más cercanas: pareja, familia, amigos y compañeros.
3. Nivel de la comunidad: el vecindario, la escuela y los lugares de trabajo.
4. Nivel social o de la estructura de la sociedad, condicionado por normas sociales, culturales y legales.

Se han identificado diferentes condiciones de riesgo, entre las que se distinguen (1, 2):

- La competencia de los padres o responsables del cuidado de los niños. Cuando aquéllos carecen de las habilidades necesarias, desconocen alternativas de corrección al castigo corporal, o se atienen a normas culturales insatisfactorias, hay más probabilidades de que incurran finalmente en el maltrato físico o psicológico.

- La existencia de frecuentes conductas agresivas en el seno de la familia. Cuando los niños son testigos o víctimas de actos violentos ellos mismos tienden a repetir esas conductas en su vida adulta.
- Las mujeres que han sufrido agresiones previas de la pareja, ya sean psicológicas, físicas, sexuales o económicas, están en mayor riesgo de volver a ser víctimas de ataques similares.
- El abuso del alcohol y el uso de drogas se asocia con comportamientos violentos y aunque no son la causa básica, favorecen su ocurrencia.
- El porte o posesión de armas, es un factor desencadenante o facilitador ya que aumenta la oportunidad y riesgo de su uso.
- El enaltecimiento de las conductas violentas en los medios de comunicación social son un factor relevante, por cuanto deforma la realidad y fomenta respuestas violentas.
- Los comportamientos violentos sobrevienen en muchos casos como consecuencia de una forma equivocada de resolver los conflictos o de ejercer la autoridad y el poder sin tomar en cuenta los derechos de las demás personas y las normas de convivencia.
- La presencia de factores situacionales que bajo circunstancias específicas facilitan la comisión de actos violentos, a veces por personas sin antecedentes de este tipo de conducta.

Numerosas publicaciones han demostrado que la pobreza puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de relaciones intrafamiliares nocivas. El impacto negativo que las penurias económicas ejercen en las familias puede generar otros eventos de vida adversos que contribuyen a la frustración creciente, así como a activar y sostener una interacción destructiva entre miembros de la familia.

Otro factor de riesgo asociado a la violencia es la creciente urbanización y los flujos migratorios del campo a la ciudad que han creado enormes cinturones de pobreza y marginalidad alrededor de las grandes urbes (1, 2).

La OMS (2, 3) estimó que en el año 2000 el número de personas que a nivel mundial perdieron la vida como consecuencia de actos violentos alcanzó la cifra de 1,6 millones, a lo que corresponde una tasa de 28,8 por 100.000 habitantes. Aproximadamente la mitad de las muertes se debieron a suicidios, casi una tercera parte a homicidios y una quinta parte a conflictos armados.

Clasificación de la violencia

La clasificación usada en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (2) la divide en tres grandes categorías:

1. Autoinfligida: a) Comportamiento suicida; y b) Autolesiones.
2. Interpersonal: a) Violencia familiar o de pareja; y b) Violencia comunitaria.
3. Colectiva: a) Social; b) Política; y c) Económica.

Violencia autoinfligida

Según datos publicados por la OMS (2, 3) las muertes por suicidio han aumentado en todo el orbe. Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, lo que sitúa al suicidio en el décimo lugar entre las principales causas de muerte.

Violencia basada en el género

La violencia condicionada por el género de la víctima es una de las violaciones de los derechos humanos más difundidas en el mundo; es también una manifestación extrema de la desigualdad impuesta a las mujeres y niñas a causa de su forzada posición subordinada dentro de la sociedad. Las consecuencias pueden ser devastadoras y prolongadas, toda vez que afectan la salud física y mental de las víctimas y ponen en riesgo el bienestar y la estabilidad de la familia y la comunidad.

Estudios realizados en varios países de América Latina (4, 5, 6) sobre la violencia contra las mujeres perpetrada en el entorno familiar, estiman que estos incidentes son denunciados únicamente en 15 a 20% de los casos. Muchos son los factores conducentes a que las mujeres afectadas nieguen los hechos o se vean imposibilitadas para denunciar la violencia. Estas circunstancias obligan a idear estrategias y mecanismos más efectivos que contribuyan a la detección, atención, registro y seguimiento adecuado de las diferentes situaciones de violencia condicionada por el género.

Violencia contra niños y adolescentes

La exposición a la violencia está asociada con la aparición de trastornos psíquicos en niños, niñas y adolescentes. Hay pruebas crecientes de los efectos nocivos de la exposición a la violencia sobre las funciones cognitivas y afectivas, el desempeño social y el rendimiento académico (7).

La exposición a la violencia durante los conflictos armados deja cicatrices emocionales permanentes, en especial en los niños. Hay evidencias de que la crianza en una comunidad azotada por la guerra tiende a aumentar de manera considerable los comportamientos agresivos en los jóvenes. Las atrocidades de guerra también se han asociado sistemáticamente con síntomas de estrés postraumático en los niños (8).

En algunas comunidades donde las experiencias de violencia intensa y generalizada son comunes, la situación es particularmente grave para los niños. Otro problema de importancia es el de los llamados niños y niñas “de la calle”, quienes, además de ser con frecuencia objeto de actos de violencia múltiple, viven en un ambiente hostil que propicia el aprendizaje de distintas formas de criminalidad.

Los adolescentes no sólo son víctimas de la violencia, sino que con frecuencia se tornan en agresores. Por ejemplo, en algunos países de América Central, los jóvenes agrupados en pandillas juveniles, conocidas como “maras”, son responsables de una alta proporción de la violencia y del sentimiento prevaleciente de inseguridad ciudadana provocado por sus actos.

Violencia política y conflictos armados

Las secuelas de los conflictos armados prolongados son devastadoras y van desde el descalabro económico, pobreza generalizada, escasez de alimentos y agua potable, destrucción ambiental y deterioro de las formas de vida locales, hasta la desintegración de las familias, el desarraigo y la emergencia de trastornos psíquicos de diferente índole. Junto al daño psicológico individual es preciso identificar el daño social. Este incluye desmoralización, destrucción de los modos de vida tradicionales y desplazamiento involuntario de grupos poblacionales (9, 10). Estudios realizados en diferentes regiones del

mundo, relativos a la salud mental de los civiles afectados por la guerra y otros desastres, han revelado diferentes patrones de estrés y sufrimiento (11, 12). Además del estrés agudo y transitorio, son muy frecuentes la aparición de terror continuado y generalizado, ansiedad extrema y otros síntomas que pueden alcanzar gran intensidad y son de larga duración.

Entre los efectos individuales observados sobresalen, además de las manifestaciones de estrés, las reacciones depresivas, el abuso de sustancias, y la violencia doméstica. Estas reacciones adversas, aparte del sufrimiento que causan, generan discapacidad en las áreas de funcionamiento familiar y laboral y producen importantes pérdidas económicas directas e indirectas. Lo que es más importante, posteriormente contribuyen a obstaculizar la posibilidad que las poblaciones afectadas puedan librarse del ciclo de pobreza a la que muchas están sujetas.

Las secuelas psicológicas a largo plazo en individuos expuestos a conflictos armados han sido bien documentadas en civiles y excombatientes. Afortunadamente, no todos los expuestos a conflictos sufren desajustes a largo plazo; con frecuencia los síntomas desaparecen de manera paulatina a medida que los estresores medioambientales disminuyen.

Modelos de intervención y niveles de prevención

La violencia, al quebrantar el respeto al derecho ajeno, produce daños en el tejido social, fomenta comportamientos negativos y deteriora la ética social; se requiere, entonces, un modelo de intervención apropiado que cuente con el compromiso amplio de toda la sociedad y de sus instituciones.

El enfoque tradicional, basado en el control y represión de las conductas violentas se centra en las intervenciones policiales y del poder judicial y tiene como base la creencia de que estas acciones tienen un efecto disuasivo sobre los agresores. Sólo más recientemente se ha reconocido la necesidad de combatir la violencia desde una perspectiva más amplia, con la participación de diversas disciplinas y actores que presten apoyo y den coherencia a programas dirigidos tanto a las víctimas como a los agresores; es necesario incorporar actividades de prevención, dirigidas fundamentalmente, a la recuperación del capital social y humano.

En 1985, el Cirujano General de los Estados Unidos de América declaró que el enfoque de la violencia como problema de salud pública era una concepción nueva a tomar en consideración. Hoy es un hecho reconocido que ha facilitado numerosas estrategias y acciones intersectoriales (1).

La prevención primaria de la violencia conlleva, entre otras acciones, el fomento de un ambiente social e individual de respeto y tolerancia, el acatamiento de los valores sociales y la observancia de una conducta personal que favorezca la resolución pacífica de los conflictos. A estos fines conviene recordar que la violencia y la agresividad, vistas como procesos de aprendizaje social, familiar o individual son prevenibles y se pueden desaprender. Las estrategias “macro” destinadas a disminuir la pobreza, facilitar la equidad social y mejorar la educación, por ejemplo, son parte significativa de este enfoque de prevención.

La prevención secundaria se identifica en salud pública con el tratamiento de las víctimas. La prevención terciaria procura corregir las secuelas del daño sufrido inicialmente o evitar su aparición;

su objetivo fundamental es la rehabilitación. Los programas correspondientes se concentran en el apoyo y acompañamiento psicológico y la resocialización, tanto de víctimas como de victimarios, así como en la promoción de actividades ocupacionales productivas. La prevención terciaria es de especial importancia en el caso de jóvenes reclusos por infracciones menores y que durante el confinamiento pueden aprender a perfeccionar la práctica de actividades delictivas.

Las intervenciones de salud mental

Un problema central en la atención de salud mental en los problemas relacionados con la violencia es que frecuentemente hay que considerar dos enfoques. Uno de ellos está focalizado en la asistencia clínica a las víctimas mediante los servicios de salud; el otro se concentra en las actividades de apoyo social y el fortalecimiento de las iniciativas de autoayuda organizada por grupos comunitarios, no gubernamentales y de asistencia humanitaria. Con frecuencia ambos enfoques compiten entre sí, creándose grupos de coordinación separados; la solución de esta problemática requiere la necesaria coordinación interinstitucional y el abordaje multisectorial (1, 13).

Los servicios generales de salud, y en especial los de Atención Primaria (APS), constituyen el primer punto de contacto del sistema con los trastornos mentales y problemas psicosociales. Los trabajadores de APS no solo son los encargados de identificar y tratar en primer lugar los trastornos mentales más frecuentes en las poblaciones afectadas sino que también deben manejar problemas emocionales de las víctimas y sobrevivientes afectados directa o indirectamente por la violencia. Cabe notar que muchos damnificados padecen enfermedades y lesiones físicas concomitantes, por lo que resulta necesario mejorar la capacidad resolutoria del nivel primario de salud para afrontar de manera integral esas situaciones (1, 12, 13).

Por otro lado, el apoyo psicológico básico para personas en estado de alteración emocional aguda no requiere necesariamente conocimientos especializados y es parte de la respuesta mínima de asistencia en situaciones de crisis. Es necesario, entonces, que algunas modalidades de apoyo, como los primeros auxilios psicológicos y los servicios básicos de consejería sean enseñados a los trabajadores de atención primaria y a los miembros de los equipos de ayuda humanitaria (1, 12-14).

Se destaca que muchos de los problemas de salud mental (miedo, aflicción, dificultades en las relaciones interpersonales, etc.) que son secuelas de la violencia, no se corresponden exactamente con los tipos de trastornos definidos por la CIE-10 o la DSM-IV. De ahí que las acciones de salud mental no se deban limitar al manejo de la psicopatología siguiendo estrictos criterios nosológicos. Las víctimas de la violencia, no son necesariamente personas que padecen un trastorno mental como depresión y síndrome de estrés postraumático, SEPT, sino que en la mayoría de los casos son sujetos que sufren una reacción emocional que se puede considerar “comprensible” ante hechos traumáticos muy impactantes.

Se han realizado numerosos estudios de incidencia y prevalencia del SEPT en poblaciones afectadas por la violencia en países desarrollados (1, 11); sin embargo en América Latina, si bien es cierto que un porcentaje de la población víctima de la violencia puede sufrir de esa condición, hay que subrayar que en la mayoría de las personas expuestas no se cumplen los criterios diagnósticos para el cuadro aunque sí pueden tener gran necesidad de ayuda. Una recomendación es no centrar la atención a las víctimas en la identificación y tratamiento del estrés postraumático (12, 13).

Los servicios de salud tienen la obligación de brindar tratamientos adecuados e integrales a los sobrevivientes de las diferentes formas de violencia, incluidos los desastres naturales y las guerras, en especial en las poblaciones en condiciones de adversidad y pobreza. Sin embargo la falta de recursos económicos, las limitaciones de acceso a los servicios, la cobertura insuficiente, las barreras culturales y sociales, así como la limitada preparación del personal de salud en este campo —en muchos países de América Latina— hacen que el abordaje de los problemas relacionados con la violencia, por parte del sector salud, sea deficiente.

Tampoco es posible la adopción de esquemas de intervención semejantes a los implementados en naciones más desarrolladas. No se dispone de profesionales de salud mental en número suficiente y con la preparación adecuada para que brinden asistencia al enorme número de individuos supuestamente afectados. Por otra parte, conviene preguntarse si es absolutamente necesario que la mayoría de los problemas de salud mental relacionados con la violencia reciban una atención especializada. Como señalamos antes, una solución factible es la capacitación de líderes comunitarios, maestros, enfermeras y otros agentes de salud para se hagan cargo de la mayoría de las intervenciones, usando procedimientos para los cuales se requieren menos habilidades técnicas. Los conocimientos y destrezas transmitidos a esos agentes comunitarios les permitirán abordar de manera eficaz una alta proporción de los problemas psicosociales que sobrevienen en el momento de la crisis y en los períodos subsiguientes.

Complementariamente, es necesario fortalecer la organización grupal y la acción colectiva en el marco de un enfoque de diversidad metodológica que articule lo individual con lo comunitario. Ha habido experiencias alentadoras (9, 10) en las que han participado niños como facilitadores de intervenciones (estrategia “niño-niña” y “niño-adulta” (9, 10). La participación de los niños facilita el camino para que otros menores, las madres y posteriormente los padres adquieran el compromiso de cooperar en las actividades propuestas (especialmente preventivas o de promoción de la salud familiar).

Los pueblos indígenas tienen sus propias formas de organización y reglas sobre la participación comunitaria en el afrontamiento de los problemas psicosociales, entre ellos, los derivados de la violencia. Cualquier intervención de salud mental en estas comunidades precisa tener en cuenta las marcadas condiciones de adversidad económica, aislamiento y postergación en que viven. A las reacciones que estos grupos experimentan ante los hechos violentos se agrega el efecto de las variables vinculadas con la transculturación. Es preciso adoptar una postura más integradora que tome en cuenta la dimensión comunitaria, los aspectos étnicos y culturales y las tradiciones locales. El desarrollo tecnológico (por ejemplo, radio, televisión, publicaciones, etc.) puede ser un factor de riesgo para la identidad histórica y cultural de esas comunidades (10); sin embargo, es necesario hacer partícipes a esas colectividades de los avances de la ciencia que favorezcan su salud y bienestar, respetando su identidad sociocultural.

En resumen, se ha demostrado que intervenciones sistemáticas y bien planeadas, realizadas por personal local debidamente capacitado, pueden mejorar el estado de salud mental de los grupos afectados y reducir la carga de las reacciones emocionales adversas, disminuir la frecuencia de las conductas agresivas y fomentar la integración y la armonía social; reduciendo, de esta manera, la necesidad de derivar casos para su atención por personal especializado (psiquiatras y psicólogos).

Principios generales para la atención de salud mental en poblaciones afectadas por la violencia

- La atención en salud mental tiene entre sus objetivos principales el restablecimiento de la integridad psicológica de las personas y el fortalecimiento de las redes de apoyo social.
- Un modelo de base comunitaria favorece las estrategias que centran las acciones en las colectividades con la participación de sus líderes, sin que esto signifique que se pasan por alto las intervenciones individuales y familiares.
- Es preciso escuchar las demandas de la gente en sus propios entornos sociales. Una de las principales funciones de los agentes de salud (especializados y no especializados) es propiciar el apoyo mutuo, participar como facilitadores de procesos de intercambio de experiencias y actuar como promotores de la autoayuda. El trabajo en grupos facilita el análisis del impacto del evento traumático, así como la reconstrucción de los hechos y la movilización de recursos para prevenir futuras crisis.
- Las técnicas de apoyo emocional deben transmitirse a los grupos organizados en las comunidades para que las utilicen como parte de sus actividades cotidianas.
- Los servicios de salud deben distinguirse por su diligencia y no limitarse a esperar la demanda de atención en las comunidades o grupos afectados por la violencia. Es necesario desarrollar estrategias dinámicas de búsqueda y apoyo a las víctimas.
- Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales, así como a las tradiciones locales de la población servida.
- La atención de la población infantil debe tener una alta prioridad. La escuela constituye una apropiada plataforma de abordaje y el maestro puede llegar a ser un agente de salud mental de gran relevancia.
- La promoción de la recuperación de las funciones participativas y el fortalecimiento de mecanismos de afrontamiento y actitudes positivas son aspectos cruciales en el desarrollo de los programas de salud mental comunitaria.
- Las estrategias de los programas de salud mental no deben dirigirse exclusivamente a mitigar el impacto de los eventos traumáticos y condiciones psicosociales adversas, sino también extenderse, en la medida de lo posible, a controlar las causas y condiciones que les dieron origen.
- Los programas de salud mental no pueden limitarse a ampliar y/o mejorar los servicios especializados que se ofrecen a los afectados. Es necesario además que incluyan actividades de adiestramiento de los trabajadores de Atención Primaria en Salud y de los agentes comunitarios.

El papel de los servicios de salud mental en el contexto de la violencia

El afrontamiento del problema de la violencia y el desarrollo de estrategias viables para su control es uno de los grandes desafíos que encaran los servicios de salud mental basados en la comunidad. Las siguientes consideraciones generales resumen el papel que corresponde a los servicios especializados:

1. Elaborar y poner en ejecución planes locales de salud mental con un componente de control de la violencia. Estos programas serán de carácter comunitario y tendrán como base los servicios de Atención Primaria de la Salud.
2. Desarrollar instrumentos educativos en el área psicosocial para trabajadores de salud, agentes comunitarios y maestros; así como apoyar la implementación de programas de capacitación.
3. Definir las responsabilidades de los servicios de salud (por niveles de atención) en relación con el abordaje de las diferentes modalidades de violencia, estableciendo un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia intra e interinstitucional.
4. Favorecer el trabajo en equipo y la atención interdisciplinaria.
5. Participar en la programación e implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia.
6. Asegurar que la comunidad reciba información oportuna y adecuada sobre los servicios que brinda el sector salud en este campo.
7. Contribuir a mejorar la respuesta social a los problemas de la violencia, apoyando las iniciativas de las redes interinstitucionales y comunitarias proveedoras de apoyo psicosocial.

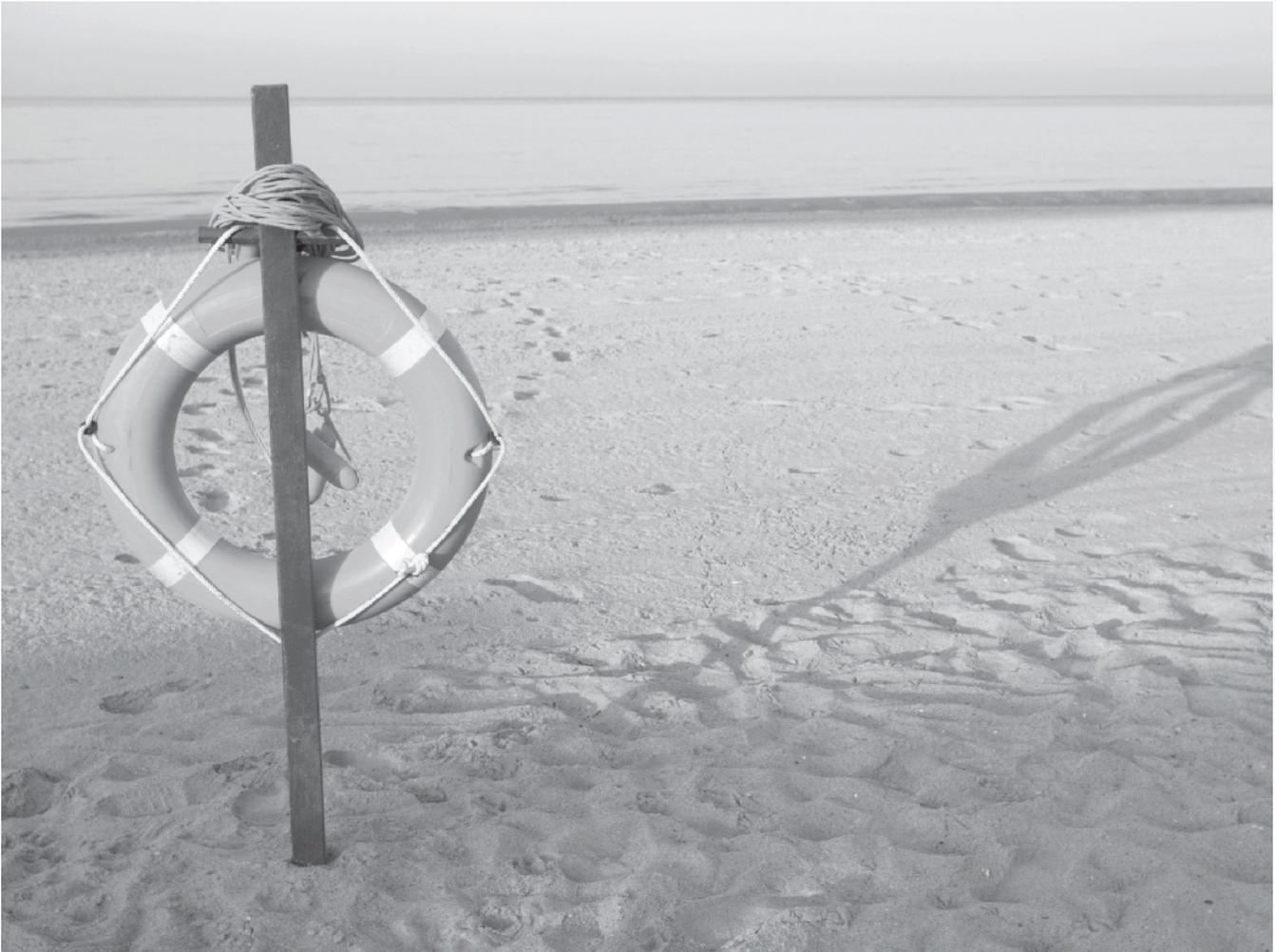
Consideraciones finales

1. En América Latina y el Caribe la violencia, en sus diversas expresiones, continúa siendo un problema de gran relevancia, que requiere respuestas multidisciplinarias, intersectoriales y de largo plazo. Actualmente se conocen diversas intervenciones de probada eficacia para prevenir y reducir la violencia.
2. El acceso a los servicios de salud mental en la Región es limitado y el personal de salud está, por lo general, insuficientemente capacitado para manejar con éxito los problemas relacionados con la violencia.
3. El papel desempeñado por los servicios de salud mental en el afrontamiento del problema de la violencia necesita ser modificado de manera sustancial. Para ser efectivos, los servicios deben cambiar sus estructuras y funciones, reducidas históricamente al tratamiento hospitalario y adoptar un carácter más dinámico, adaptado culturalmente y más cercano a la comunidad servida.
4. Un problema apremiante es la brecha existente entre el enfoque exclusivamente curativo de los servicios de salud, centrados en la atención a la enfermedad y el abordaje psicosocial focalizado en la participación social y el afrontamiento de los problemas con la participación de otros sectores. Es preciso cerrar ese hiato mediante un abordaje amplio e integrador.
5. Una gran proporción de las víctimas de la violencia no buscan ayuda en los servicios de salud mental y tal vez no la requieran si disponen de un adecuado soporte familiar y social o son atendidas eficientemente en los servicios de atención primaria. Sin embargo, cabe subrayar que con frecuencia existen barreras estructurales, financieras y conductuales que obstaculizan el acceso a los servicios de salud mental.
6. Es preciso dar prioridad a la atención de menores, dada su mayor vulnerabilidad y los resultados positivos que generan a largo plazo las acciones correspondientes.

7. Las poblaciones que han sido afectadas por eventos violentos, de carácter grave y ocurrencia repetida, están en mayor condición de riesgo psicosocial. La persistencia de estresores de este tipo provoca con frecuencia la aparición de síntomas o trastornos psiquiátricos de variada naturaleza.
8. La violencia juvenil está experimentando un crecimiento inusitado en la Región. Entre sus exponentes sobresalen las bandas de jóvenes conocidas en Centroamérica como “maras”. Este es el momento de abordar el problema con una respuesta integral, con participación del sector salud.
9. La defensa y protección de los derechos humanos de las víctimas de la violencia están directamente relacionadas con la estrategia de trabajo en salud mental. Los servicios locales de salud deben establecer vínculos estrechos con los organismos de la sociedad civil que trabajan en este campo.
10. Las estrategias que se adopten deben privilegiar las medidas preventivas sobre las represivas, poniendo énfasis en las acciones dirigidas a la eliminación de las raíces de la violencia.
11. Para asegurar que las intervenciones sean eficientes y sostenibles, es importante tener en cuenta las características de los estresores, el contexto cultural y el ambiente socioeconómico.
12. Las intervenciones deben incorporar a múltiples actores, tales como las redes de APS, escuelas, instituciones del nivel local y líderes de la comunidad.
13. Las intervenciones realizadas por los diversos actores deben hacerse con la debida planeación, seguimiento y evaluación de los resultados. Las comunidades deben ser parte activa en estos procesos, con claro derecho a proponer, modificar y actuar en su desarrollo.
14. Es preciso favorecer la recuperación psicosocial de las poblaciones en todo proceso de reconstrucción de la paz y la democracia; para estos fines es recomendable incluir en las políticas de Estado el tema de la salud mental como un elemento básico para avanzar en el camino de la armonía social.
15. En los últimos años se han realizado numerosos estudios sobre el impacto de la violencia en la salud mental de la población y en el uso de los servicios. Este es un campo en el que se ha avanzado sustancialmente y cuyos resultados han permitido una mejor programación de los servicios.

Referencias

1. Rodríguez J, Narváez S. Los servicios de salud mental frente al problema de la violencia, en “La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas”. Publicado en CD por la OPS/OMS. Washington, DC, 2007.
2. OMS. Informe mundial sobre violencia y salud. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2002.
3. OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Editado por la OMS. Ginebra, 2001.
4. OPS/OMS. Sociedad, violencia y salud. Memorias de la Conferencia interamericana sobre violencia y salud. Editado por la OPS/OMS. Washington, 1994.
5. OPS/OMS. Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar. Serie Género y Salud Pública, No. 10. San José, Costa Rica, 2001.
6. OPS/OMS La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. Washington 2003.
7. Naciones Unidas, Asamblea General. Promoción y protección de los derechos del niño. Repercusiones de los conflictos armados sobre los niños (Informe de la Sra. Graca Machel) (A/51/306). New York, 1996.
8. Macksoud M. Para ayudar a los niños a hacer frente a las tensiones de la guerra. Editado por UNICEF. New York, 1993.
9. Rodríguez J, Bergonzoli G, Levav I. Violencia política y salud mental en Guatemala. Revista Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 48 (1-4): 43-9. Buenos Aires, 2002.
10. Rodríguez J, Ruiz P. Recuperando la esperanza. Editado por la OPS/OMS, Guatemala, 2001.
11. Desjarlais R y cols. Salud mental en el mundo. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC 1997.
12. OPS/OMS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Editado por la OPS (Serie de manuales y guías sobre desastres, No. 1). Washington, 2002.
13. Rodríguez J, Kohn R. Use of mental health services among disaster survivors. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008, 21:370-78.
14. PRONICE / REDD BARNA. Violencia social e intervención psicosocial. Editado por PRONICE (Pro Niño y Niña Centroamericanos)/ REDD BARNA. Guatemala 1998.



La experiencia acumulada ha demostrado que, tanto en los desastres naturales como en el caso de conflictos armados y violencia política, las necesidades psicosociales son altas...

Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

*Jorge J. Rodríguez**

En América Latina y el Caribe, al igual que en otras partes del mundo en desarrollo, los desastres naturales y los provocados por las personas ocurren con relativa frecuencia y capacidad destructiva. Esto confiere a los desastres de alta relevancia en los órdenes social, económico y sanitario al tiempo que exigen respuestas apropiadas.

En épocas pasadas, las respuestas a las situaciones de emergencia en el sector salud se centraron fundamentalmente en la atención médica inmediata de las víctimas, la solución de problemas sanitarios relacionados con las enfermedades transmisibles, como el abastecimiento de agua y el saneamiento ambiental, así como en la reparación de los daños sufridos por la infraestructura sanitaria. En las últimas décadas se han producido cambios en el manejo de los desastres que superan la simple respuesta a las consecuencias inmediatas y ponen el acento en el enfoque de gestión de riesgos, dirigido a eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños (1, 2).

Simultáneamente con esos cambios se ha comenzado a prestar mayor atención al componente psicosocial. En efecto, la experiencia acumulada ha demostrado que, tanto en los desastres naturales como en el caso de conflictos armados y violencia política, las necesidades psicosociales son altas, en especial en los grupos más vulnerables. (1-3).

Salud mental y apoyo psicosocial

Los conceptos salud mental y apoyo psicosocial están estrechamente relacionados entre sí y se superponen en parte; muchos expertos optan por considerarlos complementarios. Los organismos de asistencia ajenos al sector salud tienden a utilizar la expresión apoyo psicosocial mientras, que en el ámbito

* Coordinador del Proyecto de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

sanitario se acostumbra usar el término salud mental. Las definiciones de ambas locuciones varían entre las distintas organizaciones e incluso dentro de una misma institución y entre diferentes disciplinas y países. Un grupo de trabajo interagencial convocado por la OMS elaboró la “Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes” (4) en la que se utiliza la expresión de manera conjunta.

Consideraciones básicas para la planificación

Las experiencias en Latinoamérica y el Caribe muestran que en países y contextos con pocos recursos la atención de salud mental para víctimas de los desastres y la preparación de las poblaciones para situaciones de emergencia puede mejorarse significativamente si se usan las estrategias adecuadas (1, 2, 5).

Es necesario impulsar la formulación de planes nacionales y locales de protección de la salud mental en anticipación a los desastres, en los cuales se definan claramente: 1) el ente responsable de evaluar con prontitud las necesidades psicosociales de la población afectada, establecer prioridades y coordinar acciones; 2) las funciones asignadas al personal no especializado en relación con la atención psicosocial de las víctimas; 3) el papel correspondiente a los servicios generales de salud y a los especializados (salud mental); 4) la capacitación de los agentes de salud y líderes de las comunidades; y 5) las disposiciones necesarias para educar la comunidad y promover su participación activa en su recuperación.

No obstante los esfuerzos realizados en los últimos años, persisten ciertos problemas comunes en algunos países de América Latina y el Caribe (1, 2, 5), entre ellos:

- Ausencia de un plan integral para la protección de la salud mental de las poblaciones en situaciones catastróficas.
- Dificultades de la población para acceder a la atención especializada, por cuanto, con frecuencia, esta se concentra en los hospitales psiquiátricos. Se ha demostrado que en situaciones de desastres y otras emergencias, los hospitales psiquiátricos no satisfacen la mayoría de las necesidades de salud mental de la población. Incluso, pueden dificultar la tarea, debido al estigma que significa el “manicomio”, así como su alejamiento geográfico y cultural de las comunidades.
- Preparación insuficiente de los trabajadores de Atención Primaria en Salud para el abordaje de los efectos psicosociales de los desastres.
- Dificultades de coordinación en materia de salud mental entre organismos gubernamentales, no gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias internacionales.

Las lecciones aprendidas demuestran la necesidad de impulsar el desarrollo y fortalecimiento de un modelo de atención de salud mental adecuado al manejo de situaciones de emergencia (5). El modelo de tipo comunitario se muestra como el más apropiado para brindar un servicio oportuno y de amplia cobertura, con participación de los diferentes actores sociales involucrados.

Cabe destacar en particular las siguientes recomendaciones aparecidas en publicaciones de la OPS/OMS (5, 6):

1. Proveer ayuda inmediata a los afectados y establecer entornos seguros.
2. Enfatizar el retorno a la “normalidad” lo antes posible, asegurando que las personas ya afectadas no sufran infortunios adicionales (“re-victimización”).
3. No separar a las víctimas directas del resto de la comunidad, a los efectos de su atención. Los servicios de base comunitaria deben satisfacer las necesidades de todos, lo cual no excluye que las personas en mayor riesgo reciban asistencia preferencial. Los grupos en situación de pobreza extrema, cuya vulnerabilidad psicosocial es alta, merecen especial atención.
4. Asegurar que los equipos multidisciplinarios que se constituyan hayan sido capacitados de manera adecuada y estén familiarizados con la cultura, costumbres y tradiciones locales.
5. Descentralizar y fortalecer en sus capacidades los servicios de salud mental en los territorios más afectados.
6. Proporcionar a los grupos de damnificados acompañamiento solidario en momentos significativos en la vida de las personas y comunidades, como las exhumaciones. El apoyo así brindado es parte del abordaje comunitario y complementa las intervenciones clínicas. A este respecto, el manejo de la muerte dentro del contexto de las tradiciones y costumbres de la comunidad reviste singular importancia.
7. Proveer orientación a la población afectada con relación a la inestabilidad emocional causada por el miedo y las aprensiones ante la posibilidad de la repetición del desastre.
8. Asignar alta prioridad a la atención psicosocial de niños, niñas y jóvenes.
9. Promover el desarrollo de actividades educativas en grupos comunitarios.
10. Tener siempre presente que en situaciones catastróficas toda la población experimenta tensiones y angustias, en mayor o menor grado.
11. Considerar que las consecuencias psicosociales de los conflictos armados afectan a varias generaciones.

Hacia un modelo comunitario en salud mental

Durante la década de los años 90, en particular después de la Declaración de Caracas, se ha venido produciendo una evolución del modelo de atención en salud mental en Latinoamérica y el Caribe. Se ha impulsado especialmente el desarrollo de políticas nacionales de salud mental, la reestructuración de los servicios psiquiátricos y la integración del componente psicosocial en la Atención Primaria de la Salud. El hospital psiquiátrico deja de ser el eje de la atención en salud mental, la cual pasa a ser brindada en forma predominante por servicios ambulatorios de base comunitaria (7, 8, 9). Estos cambios, aún en marcha, son esenciales para asegurar una adecuada respuesta en situaciones de desastres.

Las principales tendencias observadas en los campos de la salud mental y de la atención en situaciones de emergencia en América Latina durante los últimos 15 años se pueden resumir en la figura siguiente (5):

Figura 1. Tendencias actuales de la atención en salud mental y la asistencia prestada en situaciones de emergencia en América Latina

Salud mental	Emergencias
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de Programas Nacionales de Salud Mental • Incorporación del componente psicosocial en la APS • Descentralización de los servicios de atención psiquiátrica • Sustitución del hospital psiquiátrico por los servicios comunitarios como eje de la atención en salud mental • Evolución del modelo de atención en salud mental con énfasis en el enfoque médico centrado en el daño, hacia otro, integral y de base comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción del enfoque de riesgo, esto es, de un abordaje preventivo dirigido a eliminar o reducir la posibilidad de sufrir daños • Desarrollo de planes y estructuras organizativas en el sector salud para el manejo de los desastres • Asistencia sanitaria eficiente y compatible con las necesidades de la población afectada • Reconocimiento de la relevancia del componente salud mental como parte esencial de la respuesta en situaciones de emergencia

Fuente: Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, DC: OPS/OMS. 2002

Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental

La valoración inmediata de la situación de salud mental después de un desastre es parte de la Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades (EDAN) en el sector salud y se constituye en una herramienta que facilita la definición de las acciones prioritarias requeridas en este campo (6). Es un proceso dinámico, continuo y sistemático, que debe realizarse con la ayuda de instrumentos que faciliten la recopilación y análisis de la información; incluye la determinación cuanti-cualitativa de la localización, extensión y gravedad de los efectos psicosociales que produce el evento adverso. La evaluación también identifica el estado de los servicios de salud mental y su capacidad de respuesta.

Para facilitar las tareas es conveniente disponer de guías prácticas y herramientas estandarizadas. Una reciente publicación de la OPS/OMS (6) contiene una propuesta de instrumento y metodologías para la evaluación de daños y el análisis de necesidades en salud mental; algunos de cuyos aspectos relevantes son:

- La evaluación y análisis de daños y necesidades en salud mental debe ser el producto de la cooperación entre diversas organizaciones y personas.
- Las impresiones personales iniciales pueden ser útiles, pero deben mantenerse separadas del resto de la información disponible, evitando las generalizaciones apresuradas.
- El personal que realiza la evaluación debe permanecer imparcial y ser capaz de comparar objetivamente los diferentes puntos de vista.
- La situación en los primeros momentos puede ser caótica y dificultar el proceso de recolección de información, que requiere ser emprendido con la debida flexibilidad.
- Es preciso seleccionar en forma cuidadosa a los informantes clave, de manera que representen diferentes perspectivas.
- La información debe ser recolectada rápida y cuidadosamente.
- Debe tenerse en cuenta que las personas más afectadas en su salud mental o que están en situación de mayor riesgo pueden no ser las más evidentes en un primer momento.
- Las necesidades de los enfermos mentales de larga evolución, ya conocidas desde antes del

desastre, deben ser separadas de los problemas psicosociales derivados directamente del evento traumático.

- El análisis de la situación debe ser utilizado para definir prioridades y determinar estrategias para su afrontamiento.
- Conviene evitar la presentación de informes voluminosos.
- Al finalizar el primer mes después del suceso ya deben estar definidas las estrategias y acciones para, cuando menos, los próximos 3 a 6 meses.

Crterios sobre los tamizajes (en inglés, “screening”)

Las encuestas dirigidas a la detección de casos después de un evento traumático pueden ser de utilidad para identificar oportunamente a las personas en necesidad de atención y para programar la prevención de trastornos. Sin embargo, las opiniones están aún colmadas de reservas sobre la efectividad y necesidad del tamizaje. Un obstáculo para su implementación puede ser su costo y la poca factibilidad de aplicarlo de manera rutinaria a grandes grupos poblacionales.

Al respecto recomendamos lo siguiente:(6):

- El procedimiento puede ser útil para identificar problemas que ocurren en los desastres, como los relacionados con niveles altos y sostenidos de estrés, depresión, abuso de alcohol o drogas y disfunción marcada en las actividades de la vida cotidiana o para captar indicadores de complicaciones que puedan aparecer en el largo plazo.
- El tamizaje no debe ser realizado antes de las primeras cuatro semanas, dado que en este período las posibilidades de recuperación espontánea son muy altas y por ende, se corre el riesgo de sobreestimar la magnitud del problema existente.
- Es recomendable realizar las encuestas preferiblemente en grupos de riesgo bien seleccionados, como los constituidos por personas que han sufrido traumas importantes o aquéllas en las que se estima que son altas las probabilidades de que desarrollen trastornos psíquicos.

Principales problemas psicosociales y de salud mental en situaciones de desastre y emergencias

Por lo general, las víctimas de desastres han vivido experiencias y pérdidas muy graves. A pesar de esto, inicialmente debe presumirse que la mayoría de ellas presentan respuestas emocionales normales ante la situación abrumadora y tienden a recuperarse de manera espontánea en el curso de algunos días o semanas (6). Las personas que tienen un grado mayor de madurez emocional, variados intereses, relaciones interpersonales y lazos afectivos estables, superan con mayor facilidad la crisis aguda, generalmente en un plazo de 4 a 6 semanas, y alcanzan la recuperación total en un lapso de 6 a 12 meses.

Los conceptos de atención en salud mental y apoyo psicosocial trascienden el de la asistencia psiquiátrica. Entre los componentes básicos que la integran sobresalen la ayuda humanitaria y las intervenciones sociales de diferente índole (coherentes con las necesidades básicas de seguridad personal, alimentación, educación, vivienda, trabajo, etc.) que hacen posible la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida (10).

La atención tiene como meta aliviar o controlar los efectos del trauma, restablecer el equilibrio y evitar la “re-victimización”; debe facilitar los procesos naturales de recuperación y prevenir que persistan o se agraven los síntomas.

Es importante tener presente que la morbilidad psiquiátrica tiende a aumentar en casos de desastre, en especial entre las personas vulnerables que han sufrido graves pérdidas o cuyas necesidades básicas no son atendidas de forma oportuna.

Los trabajadores de atención primaria y el personal de ayuda humanitaria deben considerar entre sus áreas de trabajo el componente psicosocial. Deben ser lo suficientemente sensibles y competentes para realizar intervenciones breves de apoyo psicológico y detectar a quienes presenten síntomas y signos que sobrepasen los límites de lo que es “esperado o normal”.

Las víctimas, usualmente, no manifiestan la necesidad de apoyo psicológico. En general no reconocen que sufren un problema mental ni solicitan servicios especializados, por temor al estigma que esto significa. Por lo tanto, puede ser útil divulgar, por todos los medios posibles, usando los recursos de la comunidad, que existen ofertas de “ayuda para superar las dificultades emocionales y el sufrimiento que pueden estar experimentando muchas de las personas que han vivido el desastre” (10).

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

El impacto emocional de los desastres cambia de carácter e intensidad con el transcurso del tiempo; pero cabe recordar que en los primeros momentos después del evento el impacto suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de algunos individuos.

Entre las reacciones psicológicas más frecuentes que se pueden esperar se mencionan (10):

- Primeras 72 horas: predominan las crisis emocionales y el entumecimiento psíquico; las personas se ven asustadas, apáticas, confundidas o emocionalmente excitadas o “paralizadas” por el terror; son presas de la ansiedad y expresan el deseo, asociado al miedo, de conocer con certeza la realidad; expresan dificultad para aceptar la situación crítica en que viven y el estado de dependencia en que se encuentran. La inestabilidad afectiva que puede afectar a algunos, presenta variaciones extremas y ocasionalmente se traduce en un estado de confusión aguda.
- Primer mes: en este período prevalecen los sentimientos de aflicción, miedo, nerviosismo y tristeza; son comunes las manifestaciones de duelo, equivalentes somáticos, preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración de las conductas cotidianas, pérdida del sueño y el apetito, y problemas en las relaciones interpersonales y laborales.
- Segundo y tercer mes: persistencia de la ansiedad y tristeza aunque pueden estar mitigadas o ser poco aparentes, expresándose con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente y conductas evasivas (por ejemplo, consumo de alcohol). Frecuentemente se observa desmoralización ante las dificultades; la ira, que se manifiesta a menudo, se acentúa frente a la discriminación, la *re-victimización* o la impunidad de los transgresores. Los síntomas somáticos pueden persistir y en algunos casos se pueden evidenciar síntomas de estrés post-traumático.

Después de los tres meses se debe esperar una reducción gradual de las manifestaciones descritas. Por ejemplo, la tristeza se reduce de manera progresiva y sólo reaparece temporalmente en los aniversarios o fechas especiales. Sin embargo, pueden presentarse señales de riesgo, como perpetuación del duelo, ideas de suicidio, fatiga crónica, incapacidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar con claridad, perturbaciones gastrointestinales vagas y síntomas de estrés postraumático. Eventualmente, se han observado personas que en las etapas tempranas después de la catástrofe habían reaccionado aparentemente de manera satisfactoria y que después de un año comienzan a presentar síntomas.

El duelo

El manejo del duelo tiene una importancia especial en situaciones de desastres y emergencias, en las cuales frecuentemente ocurren grandes pérdidas, tanto humanas como materiales. Las pérdidas significativas generan un proceso natural de cambios emocionales (duelo), que usualmente culmina con la recuperación del equilibrio psíquico (10).

Las principales manifestaciones del duelo son tristeza y ansiedad (“nervios”); en algunos casos la persona afectada por el desastre rechaza la existencia de la situación y actúa como si nada hubiera ocurrido (mecanismo de negación); no obstante, puede manifestar agresividad o ira, sentimientos de desprotección y miedo al futuro al advertir la trascendencia de las pérdidas.

Es de esperarse que en un duelo normal las manifestaciones se vayan atenuando paulatinamente y desaparezcan en un período aproximado de 3 a 12 meses, durante el cual la persona llega a aceptar la realidad y a disponerse a continuar la vida. Se debe pensar que el duelo ha adquirido carácter patológico cuando: a) los síntomas se prolongan en exceso (más de 12 semanas); b) el cuadro tiene tendencia a empeorar o el sufrimiento se hace permanente; y c) sobrevienen complicaciones, como la conducta suicida o el consumo exagerado de alcohol. El duelo patológico debe ser tratado como un trastorno depresivo (10).

Otros trastornos psicopatológicos frecuentes en las víctimas de desastres

Esta sección hace referencia más que a diagnósticos específicos (según los sistemas habituales de clasificación, como el DSM IV o la CIE 10), a los conjuntos de síntomas (síndromes) que aparecen habitualmente en situaciones de desastres. De esta manera, los médicos generales y otros trabajadores de la atención primaria de la salud podrán abordar más fácilmente la morbilidad de naturaleza psicológica (10). Entre esos síndromes sobresalen:

- Ansiedad
- Depresión
- Crisis de pánico. Contrariamente a lo que en general se piensa, las crisis de pánico no son muy frecuentes en situaciones de desastres. La aparición de estos cuadros se observa más comúnmente en circunstancias específicas, inesperadas y de gran magnitud, como los ataques terroristas.
- Trastornos orgánicos de causa predominantemente psíquica (dolores variados y refractarios al tratamiento médico; mareos, vértigos o náuseas; síntomas que afectan la piel, como erupciones, picazón, ardor, etc., hipertensión arterial, síntomas del aparato cardiovascular, y problemas funcionales de diversa índole, como diarrea o estreñimiento, impotencia, frigidez, falta de aire, etc.).

- Síndrome de estrés postraumático
- Consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas
- Conductas violentas

Estrés postraumático

El valor, relevancia y epidemiología del Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT) en situaciones de desastres es un tema polémico. En los últimos años, el concepto de estrés postraumático ha dominado los estudios de muchos eventos catastróficos, lo que frecuentemente ha resultado en la concentración de la atención en esa patología en detrimento de otros trastornos mentales y problemas psicosociales.

Hay autores que han puesto en duda la existencia de este cuadro patológico o lo han considerado propio de determinados contextos culturales y políticos, predominantes en países desarrollados e irrelevantes en las experiencias de personas de culturas no occidentales o de países en desarrollo (10-12).

Muchos especialistas, para quienes el estrés postraumático no representa un trastorno como tal, consideran en cambio que el concepto ha contribuido a comprender y evaluar la respuesta normal frente a los estresores externos. También debe reconocerse que la aceptación generalizada del SEPT puede haber fomentado el estudio y la conciencia internacional sobre los efectos de las violaciones de derechos humanos, como en los casos de tortura (11).

En América Latina y el Caribe (10) se reconoce que el SEPT no aparece con tanta frecuencia como se presumía. Lo usual es que algunas personas que han sido víctimas de violencia, o de situaciones en especial catastróficas, presenten en forma aislada algunos de los síntomas que tradicionalmente han formado parte de los criterios diagnósticos del SEPT. En realidad no se justifica la búsqueda persistente de esta patología en casos de desastre, siendo aconsejable que el síndrome no se diagnostique si no se cumplen todas las condiciones que los sistemas de clasificación y diagnóstico recomiendan.

Prestación de atención de salud mental por trabajadores de la Atención Primaria de la Salud

El papel que desempeñan los trabajadores de la Atención Primaria de la Salud, APS, es clave en situaciones de desastres y emergencias. Estos agentes de salud representan el primer punto de contacto con la comunidad y deben ser parte del personal que ofrece la ayuda psicológica inicial a los afectados. Las acciones que desarrollan comprenden la evaluación del riesgo psicosocial individual y colectivo, así como la identificación temprana de síntomas. Los trabajadores de APS deben estar preparados para reconocer y manejar los principales problemas psicosociales y los trastornos mentales de intensidad leve y moderada, así como para la derivación de personas a niveles más complejos de atención cuando fuera necesario.

Se debe recordar que el funcionamiento psicológico se refleja en la manera como la persona se comporta en su vida diaria y que es posible que muchas alteraciones sintomáticas y condiciones de riesgo no se logren identificar en una entrevista. De ahí la importancia de indagar con quienes conviven con

la persona afectada o le hayan brindado ayuda en la comunidad, lo que hayan percibido de peculiar en su conducta cotidiana. La existencia de una patología psiquiátrica es, por sí misma, indicativa de una condición de riesgo y requiere una decisión clínica (tratar o referir el paciente) por parte del médico general o trabajador de APS.

Intervención individual en adultos

Las intervenciones psicosociales en situaciones de desastres son fundamentalmente de naturaleza colectiva y su objetivo es beneficiar a la población como un todo. No obstante, en determinadas oportunidades también es necesario prestar atención individualizada, dirigida a la identificación de personas en situación de equilibrio psicológico precario, con acentuada vulnerabilidad o con un trastorno mental manifiesto.

Entre los objetivos de la intervención psicosocial individual se cuentan:

- Aliviar la aflicción y el desánimo, ayudando a la víctima a enfrentarse a su nueva realidad y a comprender la naturaleza y el significado de sus reacciones
- Favorecer la expresión controlada de emociones y la elaboración del duelo
- Reforzar la autoestima
- Detectar y tratar los enfermos con problemas psiquiátricos o, cuando la gravedad del trastorno lo justifique, tramitar su transferencia a niveles especializados de atención

Las bases fundamentales de la intervención son (5, 10):

- Adecuarse al contexto social y cultural, lo cual implica el reconocimiento, la comprensión y el aprovechamiento de las tradiciones y fortalezas históricas de las comunidades.
- Tratar a los sobrevivientes como personas normales cuyas reacciones emocionales pueden ser exageradas pero que, en principio, es de esperar que ocurran.
- Fijarse propósitos lógicos y acordes con las necesidades reales existentes.
- Concentrar las acciones en los individuos más vulnerables.
- Favorecer que las intervenciones psicosociales ejecutadas por diferentes actores estén integradas en el contexto cotidiano.

Trabajo con grupos de sobrevivientes de desastres

Existen razones para trabajar con grupos en situaciones de desastres entre las cuales destacamos las siguientes (13):

- La cantidad de personas afectadas en un desastre generalmente hace difícil la atención individual.
- La mayoría de ellas no necesita una atención individual especializada.
- Las técnicas de intervención grupal han demostrado ser útiles para la mitigación de los efectos psicológicos de los desastres y para la rehabilitación de las personas.

Si el trabajo con grupos ha de ser una herramienta de trabajo fundamental en situaciones de desastres, huelga señalar que los trabajadores de la salud, los miembros de los equipos de respuesta y los

agentes de ayuda humanitaria deben tener conocimientos mínimos en este tema que les permita la ejecución adecuada de sus funciones.

Desde una perspectiva de salud mental, los objetivos del trabajo con grupos son amplios y diversos, pero es posible resumirlos en: a) informar y orientar de manera fidedigna; b) mejorar y estabilizar las condiciones psíquicas de los integrantes del grupo, estimulando sus capacidades para afrontar y resolver las más variadas situaciones; y c) favorecer el retorno a la normalidad.

De acuerdo con sus propósitos, los grupos se pueden clasificar en:

- Informativos y de orientación. Generalmente están constituidos por grandes colectivos con quienes se establece un primer contacto y a los que se les brinda información y orientación de carácter general y/o específico, acorde con las necesidades.
- Psico-educativos y de apoyo emocional. Están dirigidos a grupos más específicos y homogéneos que requieren algún soporte psicológico. Son coordinados por personal capacitado para estos fines.
- De autoayuda y ayuda mutua. En algunos casos están formados por personas que inicialmente han sido parte de los grupos citados antes y que tienen suficiente motivación para establecerse con autonomía.
- Terapéuticos. Están dirigidos a personas aquejadas de trastornos psíquicos más severos y funcionan bajo la dirección de personal especializado.

Los elementos que caracterizan el trabajo en grupos con sobrevivientes de desastres (13) pueden resumirse en los puntos siguientes:

- Provisión de apoyo emocional y acompañamiento en el contexto grupal.
- Fomento de la expresión de sentimientos e ideas.
- Educación de los miembros del grupo mediante la trasmisión de conocimientos básicos sobre los desastres y sus efectos psicosociales.
- Provisión de apoyo a las labores humanitarias.
- Vinculación de los conceptos de autoayuda y ayuda mutua con las acciones dirigidas a la rehabilitación de los afectados.
- Utilización de diversas técnicas por los facilitadores de los grupos de apoyo emocional.

Conviene recalcar cuán conveniente es que el trabajo del grupo no esté restringido al uso de un solo procedimiento específico. Debe existir un compromiso efectivo de los servicios de salud mental con este trabajo; su papel es determinante en la organización y el desarrollo de los grupos en el período posterior a un desastre. El personal especializado también tiene un rol esencial en la capacitación de los facilitadores de los grupos mediante entrenamientos cortos y bien diseñados.

Ventilación o recuento en una sesión única de las experiencias vividas (en inglés, “debriefing”)

Una de las técnicas más divulgadas en los últimos dos decenios, como modalidad de intervención grupal en personas afectadas por desastres, es el relato detallado (en inglés “*debriefing*”) de las experiencias vividas, realizado en una sola sesión (13, 14) El “*debriefing*” es un tipo formal de intervención temprana después del desastre que tiene como objetivo ayudar a las víctimas a procesar su experien-

cia y hacer catarsis emocional mediante la evocación/ventilación de los sucesos. En la sesión que se efectúa con ese fin se estimula la rememoración de los hechos y vivencias relativos al desastre y sus consecuencias.

Esta técnica tiene sus orígenes en las guerras del siglo pasado, cuando se empezó a usar con los soldados que presentaban trastornos psiquiátricos inmediatamente después del combate. Después de los años ochenta el procedimiento se hizo más conocido cuando sus principios comenzaron a ser aplicados en la vida civil. En los últimos años se ha constatado que los organismos de ayuda humanitaria con frecuencia usan esta práctica en poblaciones sobrevivientes de desastres.

Cabe advertir que la OMS (14), basándose en las evidencias disponibles, desaconseja el uso del “*debriefing*” en la población general como una modalidad de intervención temprana después de la exposición a desastres. Algunas evidencias sugieren que esa técnica es posiblemente ineficaz y que en algunos casos sus resultados han sido contraproducentes, por ejemplo, cuando retardan la recuperación natural de las víctimas de la violencia masiva.

Atención a la niñez

Los niños son especialmente vulnerables a los efectos de los desastres. Su patrón de reacción es diferente al de los adultos y depende de otros factores, en especial la edad y la pertenencia a una familia protectora (15).

Es indispensable que los padres, y todos los que se ocupan de la atención de los niños afectados por un desastre, conozcan bien cuáles son las reacciones típicas esperables, y que aprendan a reconocer las señales de alarma y los signos de riesgo que indican que la recuperación de los menores no es normal y que probablemente se requiere atención inmediata.

En la atención psicosocial de los menores es esencial asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas, brindarles protección y acompañamiento, mantener la unidad de la familia y promover la normalización de sus vidas (incluida la reinserción escolar) en el más corto plazo posible (15).

Las intervenciones de salud en menores son usualmente sencillas y de carácter grupal, debiendo ser provistas en el marco de las actividades cotidianas, de preferencia en el escenario escolar. Las actividades en grupos pueden ser complementadas, en casos de riesgo o signos de alarma, con la atención individual por parte de maestros, trabajadores de atención primaria y, si fuera necesario, personal especializado de salud mental.

Las acciones deben tener en consideración el tiempo transcurrido desde el desastre y la edad de los menores. Por otra parte, deben ser atractivas para el grupo, por lo que es aconsejable que se combinen con juegos, deportes, etc. También es fundamental que se ajusten a las realidades culturales de las poblaciones afectadas, utilicen los recursos comunitarios disponibles y cuenten con la aprobación y el apoyo de los padres.

Conviene considerar la incorporación en este campo de adolescentes debidamente adiestrados y supervisados en el trabajo de atención psicosocial, aun en el caso de que ellos mismos hayan estado

expuestos a las situaciones traumáticas. La selección de jóvenes voluntarios de las comunidades tiene la ventaja de que la cercanía de las edades hace la comunicación con los niños más espontánea y favorece la ayuda mutua (15).

Es necesario desarrollar programas de capacitación teórico-práctica de maestros, trabajadores de salud y personal de ayuda humanitaria, de manera que adquieran las competencias necesarias para la atención psicosocial de los menores.

Primera ayuda psicológica

La primera ayuda psicológica es la intervención que se desarrolla en el lugar de los acontecimientos, para asistir a las personas afectadas o en crisis. Puede ser brindada por miembros de los equipos de respuesta debidamente habilitados y no necesariamente por profesionales de la salud mental; se basa principalmente en la capacidad de los miembros de los equipos para escuchar a las víctimas, establecer con ellas un contacto afectivo y respetuoso y permitir su desahogo emocional. Su primer objetivo es aliviar la zozobra creada (16).

La técnica de primera ayuda psicológica es sencilla y práctica. No es un procedimiento especializado, pero quienes la aplican requieren un entrenamiento básico. La capacitación en este campo del personal que podría eventualmente intervenir en situaciones de desastres reviste una importancia singular.

Los objetivos más específicos de la primera ayuda psicológica (16, 17) son:

- Reducir la incertidumbre y el estado de aflicción de las personas afectadas
- Contribuir a satisfacer sus necesidades básicas y asegurar su supervivencia, así como ayudarlas a tomar las medidas prácticas para resolver los problemas urgentes causados por el desastre
- Favorecer el desarrollo de actividades solidarias y de ayuda mutua
- Preservar la seguridad interpersonal de las víctimas
- Facilitar el descanso de los sobrevivientes
- Promover el contacto social entre familiares y amigos
- Proveer a las víctimas información clara y fidedigna sobre lo ocurrido y sobre el estado de sus familiares
- Procura transmitir a los niños sentimientos de seguridad, afecto y protección. Con los ancianos, las intervenciones están guiadas por el ejercicio de la comprensión y la paciencia para escucharlos y comprenderlos.

Atención a los miembros de los equipos de respuesta

Los equipos de primera respuesta están integrados por conjuntos organizados de personas que prestan sus servicios en situaciones de emergencias o desastres. Desempeñan diferentes funciones de primera línea, como ayuda humanitaria, prestación de servicios de salud y otras labores de campo (combate de incendios, rescate de personas, atención de heridos, etc.). Las personas que realizan este

tipo de trabajo, ya sea por largo tiempo o en una sola oportunidad, están en mayor riesgo de estrés (18).

No existe ningún tipo de capacitación que pueda eliminar completamente la posibilidad de que se afecte el equilibrio psicológico de quienes trabajan con víctimas y lesionados en desastres y en el manejo y disposición de los cadáveres. Los trabajadores de estos equipos enfrentan situaciones particularmente estresantes, como pueden ser las vinculadas con fallas en la misión, exposición directa al sufrimiento extremo, muertes violentas, cuerpos mutilados o quemados, situaciones amenazantes de la seguridad personal o pérdida de compañeros de equipo (18).

El evento traumático puede inducir en el personal asistencial variadas reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas, y tiene el potencial de interferir con sus habilidades para actuar de manera inmediata en el lugar de las operaciones o posteriormente al reincorporarse a la vida diaria, cuando el regreso al trabajo y al medio familiar puede tornarse difícil (18). Los problemas psíquicos también pueden inducir el mayor consumo de alcohol o drogas. Es evidente la necesidad de proteger no solamente la salud física sino también la salud mental de los integrantes de los equipos de respuesta como garantía para que cumplan con éxito su misión.

Atención de la salud mental de la población en albergues o refugios temporales

Los refugios crean condiciones de vida que significan la separación del hogar y la ruptura de la vida familiar. En esos entornos el medio adquiere casi siempre un carácter hostil en el mediano y largo plazo, lo que genera múltiples problemas psicosociales y de otra índole (5, 10).

La frecuencia de los problemas psicosociales se incrementa a medida que el tiempo de permanencia en el albergue se prolonga. Son comunes las actitudes de rebeldía ante la autoridad, motines, demandas exageradas, consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, promiscuidad, agresiones y violencia sexual. También se incrementa la frecuencia de los trastornos psíquicos.

Entre las acciones por tomar más importantes en relación con los refugios sobresalen:

- Instar a las autoridades a que preserven la unidad familiar y vinculen entre sí, en lo posible, a las personas procedentes de las mismas comunidades.
- Identificar a los líderes naturales, dado que su participación es vital para su organización y buen funcionamiento.
- Reconocer en la población de refugiados o albergados a los más vulnerables, en especial quienes hayan sufrido la pérdida de un ser querido o de gran parte de su patrimonio. A ellos, especialmente a las mujeres y niños, se les debe ofrecer apoyo y acompañamiento sistemático, así como la orientación necesaria para la solución de sus problemas.
- Reducir los sentimientos de aislamiento y desamparo, en especial en los niños. Promover el desarrollo de actividades lúdicas y grupales de niños y jóvenes, al igual que las de carácter deportivo, recreativo y cultural.
- Organizar grupos bajo la guía de personal capacitado para ayudar a que las personas puedan intercambiar sus vivencias, analizar las pérdidas sufridas, apoyarse mutuamente e infundirse esperanza.

- Estimular el desarrollo de un ambiente de recuperación por medio del trabajo, la participación y la organización social.
- Facilitar las condiciones para que las personas albergadas retornen a sus actividades laborales y los niños a la escuela.
- Establecer programas de capacitación y/o actualización para el personal de salud, voluntarios y agentes comunitarios que trabajan en los albergues.
- Sistematizar las visitas periódicas de los albergues por el personal especializado de salud mental.
- Brindar apoyo prioritario a los albergues que se hayan mantenido activos durante períodos prolongados.

Por último, es preciso reiterar que la naturaleza de la atención de salud mental ofrecida a las personas albergadas está indisolublemente unida a los temas de vivienda, empleo, vestimenta, alimentación, derechos humanos, así como a los problemas relacionados con las pérdidas materiales.

Conclusiones

A continuación se destaca un conjunto de consideraciones básicas sobre el contenido de este capítulo (5, 6):

1. La frecuencia de los trastornos mentales se encuentra elevada en situaciones de desastres y emergencias; también se presentan otras manifestaciones emocionales que, como la aflicción y el miedo, pueden considerarse respuestas normales exacerbadas ante situaciones excepcionales. Además, se evidencian otros problemas como el consumo excesivo de alcohol y las conductas violentas.
2. Hay un grupo reducido de personas que necesitan apoyo específico o tratamiento especializado y que requieren ser identificadas tempranamente.
3. En la actualidad, el concepto clásico de estrés postraumático está siendo muy criticado. La búsqueda específica y casi exclusiva del estrés postraumático es contraproducente.
4. No son recomendables los servicios especializados de tipo vertical, centrados en la atención del trauma emocional. Los servicios de salud mental deben estar basados en un modelo comunitario vinculado a la Atención Primaria en Salud.
5. La principal prioridad en el trabajo de salud mental es reintegrar a las personas a su vida normal.
6. El apoyo psicológico indiscriminado, realizado simultáneamente por varios grupos o por equipos desconocedores de la cultura local, es contraproducente.
7. El trabajo con grupos es esencial en situaciones de desastres (grupos informativos y de apoyo emocional). El “debriefing” psicológico en una sesión única no es un procedimiento aconsejable como una intervención temprana.
8. Las grandes catástrofes no sólo afectan de manera inmediata la salud mental de las víctimas sino que tienen un impacto evidente en el mediano y largo plazo, por lo tanto, debe prevenirse el trabajo de recuperación después de la fase crítica.

9. La ayuda humanitaria y social es una parte importante del trabajo para mejorar la salud mental de las poblaciones afectadas, pero debe complementarse con otras acciones específicas. Sería un error considerar que la atención de salud mental se limita a la prestación de diferentes modalidades de ayuda o asistencia social.
10. Existen diferentes modalidades de intervenciones sociales y psicológicas que han sido validadas por la experiencia. Un plan de acción de salud mental debe fundamentarse en principios pragmáticos, flexibles y de amplia aceptación.

Lecturas complementarias recomendadas:

OPS/OMS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie de Manuales y Guías sobre desastres No.1. Washington: OPS/OMS. 2002.

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PED/saludm.htm>

Rodríguez, J., Zaccarelli, M. Perez, R. Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres. Serie de Manuales y Guías sobre desastres No.7. OPS/OMS. Washington, D.C., 2006. <http://www.paho.org/Spanish/DD/PED/GuiaSaludMental.htm>

Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guideline on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting. Geneva, 2007. http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_spanish.pdf

Referencias

1. Rodríguez J, Caldas JM. Desastres y salud mental, en la “Reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas”. Publicado en CD por la OPS/OMS. Washington, DC, 2007.
2. Caldas JM, Rodríguez J. The Latin American and Caribbean experience. Chapter 14 in *Disaster and mental health*. Editado por la World Psychiatric Association/ John Wiley and Sons, Ltd. ISBN 0-470-02123-3. England, 2005.
3. Rodríguez J, Bergonzoli G, Levav I. Violencia política y salud mental en Guatemala. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2002; 48(1-4):43-49.
4. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guideline on mental health and psychosocial support in emergency setting. Geneva, 2007.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie de Manuales y guías sobre desastres No.1. Washington. OPS/OMS. 2002.
6. Rodríguez J, Zaccarelli M. Perez R, eds. *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Serie de Manuales y guías sobre desastres No.7. OPS/OMS. Washington, DC, 2006.
7. González R, Levav I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. OPS/OMS (HPA/MND 1.91). Washington, DC, 1991.
8. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD43.R10. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 2001.
9. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo Resolución CD40.R19. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1997.
10. Taborda, M.C. Principales problemas psicosociales y pautas para su atención, en *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* (Cap. III). Serie de Manuales y guías sobre desastres No.7. OPS/OMS. Washington, DC, 2006.

11. Mitchell G, Weiss MG, Saraceno B, Saxena S, van Ommeren, M. Mental health in the aftermath of disasters: consensus and controversy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Volume 191, Number 9, september 2003.
12. Rodríguez J. Aspectos psicológicos (Cap. 5), En *Manejo de cadáveres*. Serie de Manuales y guías sobre desastres No. 5. OPS/OMS. Washington, DC, 2006. <http://www.paho.org/spanish/dd/ped/Manejo-Cadaveres.pdf>
13. Rodriguez J, Barrientos G, Lomba P. El manejo de grupos en situaciones de desastres, en *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* (Cap. IV). Serie de Manuales y guías sobre desastres No.7. OPS/OMS. Washington, DC, 2006
14. World Health Organization (WHO). Single-session psychological debriefing: not recommended. Documento de posición de la OMS. (Para dudas por favor contacte al Dr. Mark van Ommeren, Department of Mental Health and Substance Abuse (vanommerenm@who.int). Geneva, 2005.
15. 15. Casas, G. Atención psicosocial a la infancia y adolescencia, en *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* (Cap. V). Serie de Manuales y guías sobre desastres No. 7. OPS/OMS. Washington, DC, 2006.
16. 16. Valero, S. Primera ayuda psicológica, en *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* (Cap. VI). Serie de Manuales y guías sobre desastres No. 7. OPS/OMS. Washington, DC, 2006.
17. 17. Prewitt, J. Primeros auxilios psicológicos. Guatemala: Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica. 2000.
18. 18. Valero, S. Protección de la salud mental en los equipos de respuesta, en *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* (Cap. VII). Serie de Manuales y guías sobre desastres No.7. OPS/OMS. Washington, DC, 2006.

Prevención y control de la conducta suicida

*José Manoel Bertolote**

El suicidio constituye uno de los cuatro grandes grupos de causa de defunción. Aunque en el lenguaje cotidiano se hable de “suicidio”, los expertos prefieren, debido a la complejidad de este fenómeno, considerarlo de manera más amplia, como parte de una gama de comportamientos, englobados bajo el rótulo de “conductas suicidas”.

Las conductas suicidas se refieren más que nada a dos fenómenos complejos y trágicos, muy semejantes, pero con distintos desenlaces. Por una parte, el suicidio propiamente dicho, definido como: a) un deseo o intención de morir (y no solamente de escapar de una situación dada, o de estar en otra parte), b) expresado mediante una acción u omisión que lleva a satisfacer ese deseo o intención, y c) que resulta en la muerte de la persona involucrada. Por otra parte está el intento de suicidio, también llamado suicidio fallido o parasuicidio, que consiste en una situación en la cual la persona atenta contra la propia vida; sin embargo, ya sea por la ausencia de un real deseo o intención de morir, por la inadecuación del método empleado, o por una pronta y eficaz intervención, hay ocasiones en que la muerte no llega a producirse.

Desde el punto de vista conceptual y práctico, no siempre resulta fácil establecer la intencionalidad suicida, sobre todo en los casos en que la persona muere. La ambivalencia observada en la mayoría de quienes se suicidan dificulta en muchos casos la tarea de distinguir entre un suicidio verdadero y una muerte accidental.

Magnitud del problema

La Organización Mundial de la Salud (1) estima que en el mundo ocurre alrededor de un millón de suicidios cada año —cantidad mayor que la correspondiente a todas las muertes debidas a guerras y homicidios. En cuanto a los intentos de suicidio, estos llegan a ser de 10 a 40 millones por año en

* Profesor Asociado, Departamento de Neurología, Psicología y Psiquiatría/Programa de Posgrado en Salud Pública. Facultad de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Brasil

todo el mundo; en otras palabras, globalmente se produce una muerte cada 40 segundos y un intento cada 1 a 3 segundos. Como resultado de esta situación, el suicidio se encuentra entre las 10 principales causas de defunción en personas mayores de 5 años de edad, en los países que cuentan con información fidedigna sobre causas de muerte, y entre las tres principales causas de defunción en las personas entre 15 y 34 años en la mayoría de los países. Sin embargo, por distintas razones (culturales, religiosas, económicas, legales, políticas, etc.), se observa una tendencia generalizada al subregistro de las conductas suicidas que, en realidad, pueden ser mucho más frecuentes de lo que se conoce o estima.

Esto significa que, para el año 2001, el suicidio representó alrededor de 1,4% de la carga global de enfermedades. Según los cálculos de los expertos de la OMS, este porcentaje llegará a 2,4% en el año 2020 a menos que sean tomadas medidas eficaces de prevención.

Las muertes por suicidio representan casi la mitad (49,1%) de todas las muertes violentas, su número es mayor que el correspondiente a todas las muertes debidas a homicidios y guerras (2) y son responsables por más años de vida perdidos que todas las otras causas de muerte, a excepción de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (3), probablemente debido a la prevalencia relativamente elevada de suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes.

En términos de distribución geográfica, las más altas tasas de suicidio (por encima del 30/100.000) para la población general se encuentran en Europa Oriental, en particular en los países bálticos y sus vecindades, como Estonia, Letonia, Lituania, Rusia, Hungría y Finlandia. Sin embargo, se han encontrado tasas equivalentes a éstas en otros países como China, Cuba y Sri Lanka. Las tasas más bajas se registran en países de la cuenca del Mediterráneo y en países islámicos, al igual que en algunos países de Asia Central y en antiguas repúblicas de la Unión Soviética.

En Latinoamérica, las tasas registradas de suicidio han sido tradicionalmente bajas, con la excepción de Cuba y Uruguay (entre 20,3 y 24,5 por mil en hombres y 6,3 y 6,4 por mil en mujeres, respectivamente). Sin embargo, esta información debe de ser considerada con cautela, por dos razones: por una parte, en esta región se observa una fuerte tendencia al subregistro, debida sobre todo a razones religiosas, perjuicios y al estigma asociado al suicidio y, además, gran parte de la información disponible no está actualizada. En realidad, en muchas partes de Latinoamérica se ha venido observando un importante aumento del suicidio, sobre todo en poblaciones jóvenes.

En general, hay más suicidios entre los varones que entre las mujeres (la razón hombres/mujeres varía entre 2:1 y 3:1), pero los intentos de suicidio entre las mujeres son más numerosos que entre los varones. Sin embargo, hay importantes variaciones locales a este respecto.

Con respecto a la edad, cabe señalar que hasta hace unas cuatro o cinco décadas, el suicidio predominaba entre las personas mayores (sobre todo entre los hombres), pero en los últimos años se observa una tendencia mundial a la disminución de la edad media de los suicidas, de manera que hoy en día, en el ámbito mundial, la mayoría de los suicidios ocurre entre las personas con menos de 45 años de edad. En algunos países, por ejemplo en Nueva Zelanda, la mayoría de los suicidios se producen en personas menores de 30 años.

Factores de protección y factores de riesgo

Cuando el trabajador de salud se enfrenta a un caso de suicidio, una de las primeras preguntas que se hace es “¿por qué?”, y con esta reacción inicia la búsqueda de la causa del suicidio. Hay que tener presente que el suicidio es un fenómeno complejo y de causalidad múltiple. En la realidad, casi nunca se encuentra una causa única, y el estudio detallado de casos revela que se puede identificar más de un factor de riesgo involucrado, trátase de un suicidio consumado o de un intento de suicidio. Cierto es que casi siempre se puede identificar un factor precipitante, pero esto no quiere decir que este sea “la causa”. Entre los factores de riesgo se pueden distinguir factores predisponentes y precipitantes.

Una enumeración, no exhaustiva de los factores de riesgo *predisponentes* al suicidio comprende:

- Enfermedades mentales (sobre todo depresión, alcoholismo y esquizofrenia (3, 4);
- Intentos previos de suicidio
- Pertenencia al género masculino
- Enfermedades físicas (sobre todo las crónicas, discapacitantes, dolorosas e incurables, como el cáncer, el VIH/SIDA, la epilepsia, la esclerosis múltiple, ciertas neuralgias, etc.)
- Baja tolerancia a las frustraciones y alta impulsividad

Entre los factores *precipitantes* se encuentran sobre todo las situaciones de pérdida (que pueden ser afectivas, profesionales, económicas o sociales), la percepción de vivir una situación insostenible, insostenible y sin solución (aunque esta sea una percepción subjetiva distorsionada que no corresponde a la realidad objetiva), y las situaciones de estrés intenso y agudo (como rápidos cambios políticos y económicos, y acontecimientos asociados a la vergüenza y el temor de encontrarse culpable).

Un factor *facilitador* de elevada importancia es la accesibilidad a medios efectivos para quitarse la vida, entre los cuales se destacan los pesticidas (sobre todo en países y regiones agrícolas) y las armas de fuego (en especial en ciertos países industrializados, como los Estados Unidos de América, Australia y Suiza). Las sustancias psicoactivas son un importante elemento facilitador, cuya importancia es singular en personas con enfermedades mentales, sobre todo depresión (véase arriba), que es habitualmente tratada con medicamentos que pueden ser letales en dosis relativamente bajas; lo que requiere mantener a estos pacientes en observación permanente.

Menos estudiados y conocidos que los factores de riesgo son los *factores de protección*, entre los cuales se destaca la presencia de una buena y efectiva red de apoyo social, que puede ser estimulada cuando existe:

- Buena organización familiar;
- Buena integración social (participación en grupos religiosos, deportivos, de servicios y otros);
y
- Buenas relaciones con los compañeros de escuela, del trabajo, maestros y otras personas socialmente relevantes.

Otros importantes factores de protección que ayudan a superar numerosas crisis y situaciones difíciles y por lo tanto juegan una relevante función de prevención, son los relacionados con la posesión

de una personalidad positiva, vale decir, con buenas aptitudes sociales y cognitivas, capacidad para identificar los propios estados emocionales y disposición a buscar ayuda cuando se la necesite y a escuchar y cambiar cuando sea necesario.

Poblaciones y grupos vulnerables

Con base en los factores de riesgo y de protección mencionados, se pueden identificar a los siguientes grupos de personas con alto riesgo de conductas suicidas, acordes con sus características sociodemográficas y clínicas (véase el cuadro 1).

Cuadro 1. Personas con alto riesgo de conducta suicida

Por características sociodemográficas	Por características clínicas
<ul style="list-style-type: none"> • Varones jóvenes • Hombres mayores (+75 años) • Personas divorciadas, separadas o viudas • Personas socialmente aisladas o discriminadas • Agricultores • Poblaciones indígenas • Prisioneros • Personas bajo intensos y rápidos cambios sociales • Personas bajo intenso estrés • Personas fuera del mercado de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con enfermedades mentales (actuales o pasadas) • Personas recientemente ingresadas en hospitales psiquiátricos con síntomas depresivos, psicóticos o ideas suicidas • Las mismas personas dadas de alta • Personas con depresión • Alcohólicos y usuarios de drogas • Personas que ya hicieron un intento de suicidio • Familiares de personas que se suicidaron • Personas con enfermedades físicas graves y/o crónicas, incurables (cáncer, HIV/SIDA, epilepsia)

Fuente: Hosman C, Wasserman D, Bertolote JM (en prensa). Suicide prevention. In: Saxena & Hosman (ed.). *Prevention of Mental Disorders*. World Health Organization

Prevención del suicidio

El esquema de prevención propuesto por Leavell y Clark (5), considera tres niveles de prevención:

1. La *prevención primaria*, que es el conjunto de acciones que procuran *impedir* que una enfermedad aparezca en un individuo determinado. Esta fase de la prevención comprende dos etapas:
 - a) la *promoción de la salud*, que consiste en las acciones dirigidas a fortalecer el individuo de manera a que logre un aumento en su resistencia a las enfermedades, de manera inespecífica; y
 - b) la *protección específica*, que consiste en acciones que impiden el surgimiento de una enfermedad o condición particular.

La buena alimentación es uno de los ejemplos de promoción de la salud dados por Leavell y Clark (promoción o prevención inespecífica); por otra parte, las vacunas quizá representan el mejor ejemplo de protección específica.

2. La *prevención secundaria* consiste en la *identificación y tratamiento temprano* de una enfermedad, una vez que esta se haya manifestado.

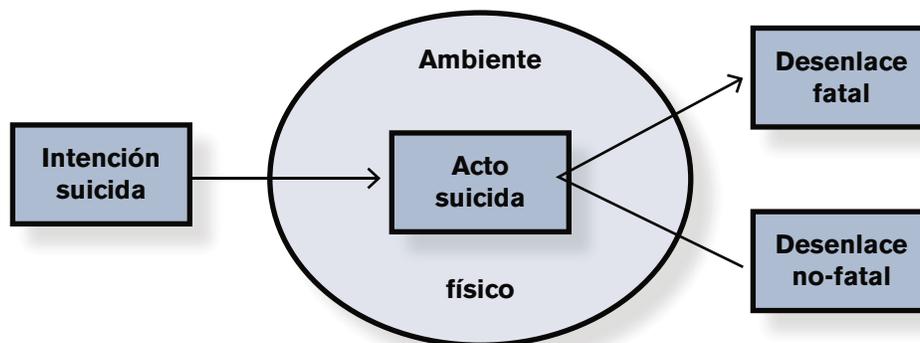
3. La *prevención terciaria* que consiste en minimizar los daños y discapacidades causados por una enfermedad y reducir la mortalidad asociada a la misma.

Horizonte de la enfermedad

En el caso de las conductas suicidas, el “horizonte de la enfermedad” ha sido descrito de manera dinámica como un proceso que se inicia con ideas de muerte o autodestrucción, acompañadas o no por un plan de acción, en el cual el suicida en potencia elige un método, un local y una ocasión, que puede ser seguida o no por la puesta en práctica del plan. Existe una compleja interacción entre la intensidad de la intención de quitarse la vida, la letalidad del método elegido y sus circunstancias, y la posibilidad de cuidados inmediatos, variables según las cuales el suicidio llegará a consumarse o no.

La combinación del esquema de Leavell y Clark con el modelo dinámico de las conductas suicidas, ha permitido conformar el modelo sócioecológico de la prevención del suicidio propuesto por la OMS (6) (véase la figura 1.). Esta estrategia facilita al trabajador de salud elegir si quiere prevenir en primer lugar la aparición de las primera ideas suicidas, el desarrollo de un plan, o la consumación del acto suicida; esto es fundamental para la posterior evaluación del éxito del programa preventivo

Figura 1. Suicidio: modelo socio-ecológico (OMS, 1998)



Fuente: WHO Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva: World Health Organization 1998.

Hasta hace poco, las iniciativas de prevención del suicidio se basaban en la reducción de las ideas suicidas, con escasa preocupación con el control del medio ambiente. No obstante, experiencias más recientes han demostrado que se puede lograr un impacto mayor y más rápido cuando se actúa de preferencia sobre el ambiente externo en lugar de concentrarse en el espacio intrapsíquico. El control de los medio de suicidio son un buen ejemplo de este abordaje, por ejemplo, el control del acceso a los pesticidas o a las armas de fuego (7).

Intervenciones eficaces

El primer programa documentado de prevención del suicidio surgió al inicio del siglo XX en Nueva York y fue seguido rápidamente por numerosos otros en Europa (8). Sin embargo, después de más de un siglo de experiencias de prevención de las conductas suicidas el resultado no es del todo brillante (9).

A pesar de esas limitaciones, la OMS, basándose en el análisis de la literatura internacional pertinente, y tras consultar con expertos de todo el mundo, ha identificado algunas acciones cuya eficacia para la prevención del suicidio ha sido demostrada en diversos países y en distintas épocas. Entra las más importantes de estas acciones se encuentran:

- **Tratamiento de las enfermedades mentales**

Como se mencionó antes, algunas enfermedades mentales frecuentes en la comunidad (como la depresión, el alcoholismo y, en menor grado, la esquizofrenia) están asociadas con los comportamientos suicidas; en consecuencia, la identificación temprana de esos trastornos en la comunidad y su manejo adecuado son acciones eficaces para la prevención del suicidio, lo que, en efecto, ha sido demostrado por la práctica (10-12).

- **Control del acceso a los medios de suicidio**

En lo que se refiere a los comportamientos suicidas, el paso de la intención al acto siempre se ejecuta siguiendo un método. El control del acceso a los medios requeridos por esos métodos, sobre todo a los de más alta letalidad ha sido, a lo largo de la historia, una de las maneras más eficaces de reducir la mortalidad asociada al suicidio (8). Esta estrategia, inicialmente validada en relación con el control de medicamentos (sobre todo antiguos somníferos y anticonvulsivantes) ha adquirido hoy en día relevancia en el caso de los pesticidas, herbicidas (uno de los métodos más empleados en muchos países cuya economía se basa en la agricultura, tanto en Latinoamérica como en Asia) y armas de fuego.

- **Seguimiento de las personas que han intentado el suicidio**

Desde hace mucho ya se sabía que un intento de suicidio previo solía ser una de las más frecuentes precursoras de una repetición del intento y, sobre todo, de la muerte por suicidio. Hace poco, la OMS demostró, por medio de un proyecto multicéntrico conducido en ocho países en todos los continentes, que la atención continuada a personas que intentaron el suicidio puede disminuir significativamente la mortalidad en ese grupo, además de tener un efecto importante sobre la aparición de futuros intentos (13).

El estudio de la OMS proporcionó a todos los sujetos vistos en servicios de urgencia tras un intento de suicidio, además de una buena evaluación física y psicológica en el momento de la admisión en urgencias, un seguimiento adecuado. Este era conducido por un trabajador social, un psicólogo o, en algunos lugares, por un auxiliar de enfermería, siendo la frecuencia inicialmente semanal y luego más espaciada (un total de 12 encuentros a lo largo de 18 meses); en todas las ocasiones se indagaba la situación y necesidades de la persona atendida. En los casos de persistencia del riesgo de suicidio o cuando la persona enfrentaba necesidades agobiantes, se tomaban las medidas apropiadas y posibles en el contexto del estudio y del país (participaron centros de Brasil, China, Estonia, India, Irán, Sri Lanka, Sudáfrica y Vietnam). El análisis de los resultados del estudio multicéntrico indica que el modelo probado es utilizable en muchos países y regiones con escasos recursos humanos especializados.

- **La discreción de los medios de comunicación al abordar el suicidio**

Aunque aún no se haya demostrado de manera inequívoca que la discreción de los medios

de comunicación al abordar el suicidio pueda reducir los suicidios por imitación (14, 15), hay numerosas evidencias del fenómeno de imitación fomentado por informaciones diseminadas de manera sensacionalista por parte de la prensa, especialmente de la escrita. Por esas razones es muy útil que los periodistas sean educados para abordar el tema en forma adecuada; entre las orientaciones que se recomienda dar a los grupos de prensa responsables se incluyen:

- no dar cuenta nunca de los suicidios en la primera página (es aconsejable incluir la información en páginas centrales);
- no incluir fotografías de la persona muerta ni identificarla de manera muy específica (es el mínimo de respeto que se puede tener por el difunto y sus familiares);
- nunca describir el método y las circunstancias en que ocurrió el hecho;
- presentar siempre el relato de manera completa sin buscar una causa única ni exaltar el hecho y transformar la persona muerta en héroe (por ejemplo, informar sobre problemas y dificultades que la persona tenía, tratamientos, uso de alcohol y/o de drogas, etc.).

La prevención de las conductas suicidas en la práctica

Numerosos estudios efectuados en distintos países han demostrado que la mayoría de las personas que se suicidaron habían sido atendidas por un médico en el mes que antecedió a su muerte. No siempre el paciente expresó sus intenciones suicidas, o el médico supo o pudo identificarlas; sin embargo, el hecho es que los médicos están en una posición privilegiada para identificar y reducir los riesgos suicidas. En general, si no lo hacen es porque no han sido formados para eso y así pierden muchas oportunidades para ayudar a los pacientes suicidas en potencia y para salvar muchas vidas.

La potencialidad que tienen los médicos generales para disminuir las tasas de suicidio fue demostrada en Suecia, en la isla de Gotland, por Rutz en un estudio hoy día clásico (16). Rutz ofreció en Gotland a todos los médicos clínicos que allí trabajaban una formación elemental acerca de la identificación y manejo de la depresión y de los riesgos de suicidio en sus pacientes. Al cabo de un año, la tasa de mortalidad por suicidio de las mujeres de la isla se redujo significativamente, mientras que las tasas equivalentes de las mujeres del continente no se modificaron; pero tampoco cambiaron las tasas de suicidio de los hombres, tanto de la misma isla como del continente.

Esa experiencia fue seguida por numerosas otras (por ejemplo, en Hungría, Inglaterra e Irlanda) siempre con los mismos resultados positivos para las mujeres, aunque con resultados no conclusivos para los varones.

La evaluación del riesgo de suicidio y su manejo

Aunque no se conoce ninguna escala o instrumento con valor universal, que permita establecer con seguridad el riesgo de suicidio, la práctica de muchos profesionales que trabajan en servicios de alta calidad ha mostrado que se puede tener una idea, de manera sencilla y rápida, del nivel de riesgo de un paciente determinado. Obviamente esas hipótesis no son más que una guía, que sólo adquiere valor cuando son empleadas en el contexto de una intervención clínica que permita recoger no sólo

los datos indicados en la tabla sino además otros elementos que facilitan su valoración. En el cuadro 2 se muestran además las acciones más adecuadas para cada nivel de riesgo.

Cuadro 2. Valoración y manejo del paciente tras la sospecha o identificación de un riesgo de suicidio

Riesgo de suicidio	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay señales de riesgo	–	–
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar planes y métodos	Explorar posibilidades reales Identificar posibilidades de apoyo
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico	Valorar planes y métodos	Explorar posibilidades reales Identificar posibilidades de apoyo
	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o graves acontecimientos estresantes	Valorar planes y métodos Hacer un contrato	Remitir al psiquiatra
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o graves acontecimientos estresantes; o con agitación e intento previo	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios)	Hospitalizar y mantener bajo vigilancia estricta y permanente

Fuente: WHO Preventing suicide: a resource for general physicians. Geneva: World Health Organization 2000.

No siempre resulta fácil determinar la posibilidad y los riesgos de suicidio en una persona, en particular si no recibió ninguna formación específica para eso. Como regla general, es útil adentrarse en el tema de manera gradual, establecer una buena relación y empatía con el (la) paciente y tratar de dejarlo/a lo más cómodo/a para expresar sus sentimientos y luego preguntarle:

- ¿Se siente infeliz o desvalido(a)?
- ¿Se siente desesperado(a)?
- ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece vivirse?
- ¿Siente deseos de quitarse la vida?

Una vez confirmada la presencia de ideas de suicidio, es importante evaluar su frecuencia e intensidad, y saber si el paciente ha hecho planes y posee los medios para realizar su propósito. Si el paciente ha planeado un método y posee los medios (p.ej.: píldoras, pesticidas, armas de fuego), o si el medio propuesto está fácilmente a su alcance, el riesgo de suicidio es más alto. Es crucial que las preguntas no sean apremiantes ni coercitivas, sino que se planteen de manera cálida y muestren la empatía del médico hacia el paciente, como por ejemplo:

- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Cómo está planeando hacerlo?
- ¿Tiene en su poder píldoras/armas/otros medios?
- ¿Ha considerado cuándo va a hacerlo?

A pesar del trabajo muy útil que se puede hacer al nivel de atención primaria, hay casos en que la gravedad o ausencia de apoyo social hace necesaria la derivación al especialista. Los pacientes deberán remitirse a un psiquiatra cuando presenten:

- Trastorno psiquiátrico,
- Historia de intento de suicidio previo
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno psiquiátrico
- Mala salud física o
- Ningún apoyo social.

La OMS, con el apoyo de expertos de diversas partes del mundo, publicó una serie de pequeños manuales dirigidos no sólo a trabajadores de salud (por ejemplo, médicos y trabajadores de atención primaria) sino también a trabajadores de otros sectores (por ejemplo, maestros de escuela, periodistas, consejeros, personal de prisiones, etc.). Los interesados en profundizar el tema podrán consultar esos documentos (en español) en el sitio de la OMS (17) www.who.int/mental_health/resources/suicide, de donde fue extraída la información suministrada en esta sección.

El rol de los supervivientes

Si se incluyen los familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos y otros miembros allegados de la comunidad, cada suicidio o intento de suicidio afecta a un promedio de 5 a 10 personas. Tras el acto suicida todos los supervivientes experimentan de manera específica y diferente, un sufrimiento extremo, que tiene menos probabilidad de manifestarse en personas afligidas por pérdidas debidas a causas naturales. En general, los supervivientes experimentan sentimientos de culpa por la muerte del suicida, perciben el rechazo y abandono de parte del que se fue, y emplean parte de su tiempo en preguntarse ¿Por qué? y ¿En dónde fue que fallé? Con gran frecuencia se asocian con las conductas suicidas sentimientos de estigma y vergüenza que aíslan a los que los sufren y que, por lo tanto, no tienen mucha oportunidad de hablar sobre su dolor. Esta falta de comunicación puede retrasar el proceso de recuperación y la pertenencia a un grupo de apoyo puede ser de gran utilidad para contrarrestar sus efectos.

La experiencia de numerosas personas, en muchas partes del mundo ha demostrado que la organización de grupos de autoayuda, compuestos por personas que han sobrevivido a un acto suicida puede proporcionarles la oportunidad de intercambiar fortalezas y compartir sentimientos de comprensión. Estos grupos congregan a personas que realmente se entienden entre sí, por cuanto han vivido la misma experiencia. La OMS convocó un grupo de supervivientes y expertos en el tema para que prepararan un manual específico para los supervivientes (18), del cual se puede extraer valiosa información.

La organización y participación en un grupo de este tipo puede proporcionar:

- Un sentimiento de comunidad y apoyo
- Un ambiente de empatía y una sensación de pertenencia cuando la persona afligida se siente disociada del resto del mundo
- La esperanza de que la “normalidad” puede ser alcanzada
- Experiencia útil para enfrentar aniversarios difíciles u ocasiones especiales
- Oportunidad de aprender nuevas formas de enfrentar los problemas
- Un escenario para discutir temores y preocupaciones
- Un escenario donde se acepta la libre expresión del dolor, reina la mutua confianza y prevalecen las actitudes de compasión y la ausencia de enjuiciamiento

El grupo puede también desempeñar un papel educativo, suministrando información sobre el proceso doloroso, los hechos relacionados con el suicidio, y los roles de varios profesionales de la salud. Otra función importante del grupo es la de fomentar el autocontrol, proporcionando un enfoque positivo que permita a las personas retomar el control sobre sus vidas. Uno de los aspectos más devastadores de un suicidio o una muerte accidental es que invariablemente quedan muchos asuntos sin terminar y muchas preguntas sin responder, y no obstante, la persona no ve la forma de resolver la situación. El apoyo de un grupo puede aminorar gradualmente los sentimientos de desesperanza y suministrar los medios con los cuales se puede retomar el control.

Hoy día se considera que los grupos de autoayuda de los supervivientes de un acto suicida, así como los grupos de voluntarios que organizan grupos de escucha (por teléfono o cara a cara) constituyen preciosos recursos de la comunidad para reducir el sufrimiento asociado a este tipo de conducta.

Conclusiones

Las conductas suicidas, que incluyen el suicidio propiamente dicho y los intentos de suicidio, constituyen un importante problema de salud pública, originan pérdidas de casi un millón de vidas cada año y tienen un gran impacto en la economía de muchas naciones, además de representar una enorme fuente de sufrimiento para muchos otros millones más.

Sin embargo, se dispone de conocimientos y técnicas que permiten prevenir y reducir la mayoría de esas pérdidas y de ese sufrimiento. Muchas de las intervenciones encaminadas a este fin pueden ser puestas en práctica en el seno de la comunidad, como actividades integradas a la atención básica de salud.

El suicidio es un problema de todos, y la adecuada movilización de las comunidades y la sensibilización de las autoridades y tomadores de decisión son los ingredientes necesarios para la puesta en marcha de estrategias nacionales que ordenen las acciones tanto en el ámbito nacional como local, con la meta de reducir el impacto de este fenómeno típicamente humano.

Referencias

1. World Health Organization. *World report on health and violence*. Geneva; World Health Organization, 2002.
2. Gunnell D. The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry*. 2000;12: 21-6.
3. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 1999; Suppl. 2:57-62.
4. Gupta S et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1998; 10:1353-5.
5. Leavell H, Clark E. *Preventive Medicine for the doctor in his community*. 1965, New York: McGraw-Hill.
6. WHO (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva; World Health Organization.
7. Hosman C, Wasserman D, Bertolote JM (en prensa). Suicide prevention. In: Saxena & Hosman, eds. *Prevention of Mental Disorders*. World Health Organization.
8. Bertolote JM. Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry*, 2004; 3:147-51.
9. Gunnell D, Frankel, S. Prevention of suicide: aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994; 308:1227-33.
10. Wasserman D, ed. *Suicide, an unnecessary death*. London: Martin Dunitz. 2001.
11. Ross J, et al. Treating the suicidal patient with bipolar disorder –reducing suicide risk with lithium. *The Clinical Science of Suicide Prevention*, 2001; 932:24-43.
12. Meltzer HY. Treatment of suicidality in schizophrenia. *The Clinical Science of Suicide Prevention*, 2001; 932:44-60.
13. Fleischmann A, Bertolote JM et al. Brief intervention and ongoing contact for suicide attempters decreases subsequent deaths from suicide: a randomized controlled trial in Brazil, China, India, the Islamic Republic of Iran, and Sri Lanka. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001; 86:703-9.
14. Schmidtke A, Schaller S, & Wasserman D. Suicide clusters and media coverage of suicide. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide, an unnecessary death*. London: Martin Dunitz. 2001, pp. 265-8.
15. Sonneck, G. Subway-suicide in Vienna: a contribution to the imitation effect in suicidal behaviour. In: R. Diekstra et al. (eds.) *Preventive strategies on suicide*. Leiden, Brill. 2005, pp 263-72.
16. Rutz W. An example of suicide-preventive strategy: general practitioners' training. In: D. Wasserman (ed.), *Suicide, an unnecessary death*. London: Martin Dunitz. 2001, pp. 225-30.
17. WHO link: www.who.int/mental_health/resources/suicide.



El consumo de alcohol se asocia con más de 60 trastornos y enfermedades y la carga de la enfermedad que genera es alta; no sorprende, entonces, que se haya convertido en uno de los riesgos más importantes para la salud a nivel mundial.

Cómo responder a los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la comunidad

Maristela Monteiro*

Introducción

Los problemas sociales y de salud relacionados con el consumo de alcohol constituyen un campo prioritario de acción para los profesionales de la salud responsables por su atención, particularmente psiquiatras, psicólogos y trabajadores de atención primaria. Estos problemas son de carácter tanto agudo como crónico y afectan no solo a los dependientes del alcohol, sino a un número mucho mayor de no dependientes cuyos niveles de consumo los exponen a diferentes riesgos para la salud.

El consumo de alcohol se asocia con más de 60 trastornos y enfermedades y la carga de la enfermedad que genera es alta; no sorprende, entonces, que se haya convertido en uno de los riesgos más importantes para la salud a nivel mundial. Según el *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002 (1)* el consumo de alcohol es responsable de 4% de la carga mundial de la enfermedad. Esto equivale a 58,3 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) que se pierden y a 3,2% de la mortalidad por todas las causas a nivel mundial (1,8 millones). El consumo de alcohol es el principal riesgo para la salud en los países en desarrollo donde es responsable de 6,2% de los AVAD perdidos, y el tercero en los países desarrollados donde es responsable de 9,2% de los AVAD perdidos.

En la Región de las Américas, el alcohol fue el *principal factor de riesgo* de la carga de enfermedad entre los 26 factores evaluados en el año 2000 (2), como se muestra en el cuadro 1.

* Asesora Principal en Materia de Alcohol y Abuso de Sustancias. Coordinadora del Equipo sobre Tabaco, Alcohol y Abuso de Sustancias. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Cuadro 1. Principales factores de riesgo de la carga de la enfermedad en el año 2000 en distintas zonas de la Región de las Américas, clasificadas de acuerdo con el porcentaje de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos atribuibles a cada factor¹

Categoría D Mortalidad alta en niños y adultos		Categoría B Mortalidad baja en niños y adultos		Categoría A Mortalidad muy baja en niños y adultos	
AVAD totales (miles)	17.052	AVAD totales (miles)	80.437	AVAD totales (miles)	46.284
Alcohol	5,5	Alcohol	11,4	Tabaquismo	13,3
Peso inferior al normal	5,3	Sobrepeso	4,2	Alcohol	7,8
Comportamiento sexual riesgoso	4,8	Presión arterial	4,0	Sobrepeso	7,5
Abastecimiento de agua impura y saneamiento deficiente	4,3	Tabaquismo	3,7	Presión arterial	6,0
Sobrepeso	2,4	Colesterol	2,3	Colesterol	5,3
Presión arterial	2,2	Comportamiento sexual de riesgo	2,1	Consumo bajo de frutas, verduras y hortalizas	2,9
Carencia de hierro	1,9	Exposición al plomo	2,1	Inactividad física	2,7
Humo en ambientes cerrados	1,9	Consumo bajo de frutas, verduras y hortalizas	1,8	Drogas ilícitas	2,6
Colesterol	1,1	Abastecimiento de agua impura y saneamiento deficiente	1,6	Comportamiento sexual de riesgo	1,1
Consumo bajo de frutas, verduras y hortalizas	0,8	Inactividad física	1,4	Carencia de hierro	1,0

Fuente: World Health Organization. World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. WHO, Geneva. 2002

¹ Definición de las categorías: Las categorías utilizadas en la Región fueron definidas por la OMS sobre la base de las tasas de mortalidad infantil y de y adultos (alta, media o baja).

Categoría A: Canadá, Cuba y Estados Unidos

Categoría B: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tabago, Uruguay, y Venezuela

Categoría D: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú

El consumo de alcohol causa una considerable carga de enfermedad en la Región, que sobrepasa los cálculos mundiales: 5,4% de todas las muertes (unas 323.000 defunciones) y 10% de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en el año 2002 podrían atribuirse al consumo de alcohol. La mayor parte de la carga se concentra en América Central y América del Sur (3). Las lesiones intencionales y no intencionales representan cerca de 60% de todas las muertes relacionadas con el consumo de alcohol y casi 40% de la carga de morbilidad por esta causa. La mayoría de la carga de morbilidad (83,3%) afecta a los hombres; 77,4% se registra en la población entre los

15 y 44 años y, por lo tanto, afecta principalmente al grupo de jóvenes y adultos jóvenes en sus años de vida más productivos.

El consumo de alcohol se asocia también con afecciones crónicas como el cáncer, las cardiopatías, la hipertensión, la diabetes, las hepatopatías y los problemas gástricos, entre otros, y puede empeorar el curso de los trastornos depresivos y de ansiedad (4). Además, puede afectar al feto durante el embarazo y se le ha vinculado a otros riesgos como el uso de drogas ilícitas, el comportamiento sexual de riesgo, los embarazos precoces e indeseados, el maltrato de menores, la violencia doméstica e interpersonal, las enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades infecciosas. Algunos estudios recientes indican que existe una asociación entre el consumo de alcohol y la infección por el VIH/SIDA (5-7).

Los problemas con la bebida pueden extenderse más allá del bebedor y afectar a las personas que se encuentran en su entorno, en áreas como la violencia doméstica, los problemas matrimoniales, los problemas económicos, el maltrato de menores, el número de atenciones en las salas de urgencias (8), el comportamiento violento, los traumatismos, y la muerte de pasajeros en automóviles y de peatones ocasionados por conductores intoxicados (9, 10). El consumo de bebidas alcohólicas, aun en cantidades pequeñas, aumenta el riesgo de sufrir un accidente de tránsito que afecta a conductores y peatones al deteriorar el juicio, la visión, el tiempo de reacción y la coordinación motora (11).

A pesar de las amplias variaciones en las Américas en cuanto al consumo de alcohol per cápita, el valor promedio ponderado para la población es de 8,7 litros, o sea 40% por encima del promedio mundial de 6,2 litros de consumo per cápita (2, 12, 13). Los riesgos relacionados con el consumo de alcohol también dependen del modo de beber (14). Por ejemplo, el mismo consumo promedio en una semana puede deberse a que se consumió a diario cantidades bajas de bebidas alcohólicas o a que se bebió una gran cantidad en un par de ocasiones durante el fin de semana. Estos dos modos de consumo se asocian con distintos problemas para la salud y deben tenerse en cuenta cuando se examina el consumo promedio per cápita de una persona o de una comunidad o país. En las Américas, de acuerdo con el análisis de los datos de encuestas y la opinión de los expertos, el modo más característico de consumo de alcohol es el de alto riesgo para la salud, porque en general se consumen bebidas alcohólicas hasta la intoxicación en ocasiones episódicas (2, 15).

Se puede calcular el riesgo para la salud de acuerdo con cada modo de beber. La OMS adoptó un sistema de puntuación, que es el que se utilizó en el análisis anterior, que va de 1 a 4 puntos y en el que 4 representa el modo más perjudicial. Este último patrón se distingue porque el bebedor consume alcohol muy frecuentemente y en cantidades excesivas, fuera de las comidas y en lugares públicos (4). Aunque algunos países no han emprendido encuestas generales de la población apropiadas sobre el consumo de alcohol y el modo de beber, algunos informantes clave han suministrado datos a la OMS que se han usado para determinar el modo característico de beber en un país determinado.

El cuadro 2 muestra los cálculos para algunos países de la Región en el 2002.

Cuadro 2. Exposición al alcohol y características económicas de algunos países de las Américas en el 2002

País Clasificación de la OMS	Consumo per cápita ¹	Consumo no registrado ²	Patrón de consumo ³	Porcentaje de abstemios		Consumo per cápita ⁴
				Hombres	Mujeres	
Argentina (B)	10,5	2,0	2	9	26	12,8
Barbados (B)	7,0	-0,5	2	29	70	14,1
Belice (B)	8,6	2,0	4	24	44	13,0
Bolivia (D)	6,34	3,0	3	24	45	9,7
Brasil (B)	8,8	3,0	3	13	31	11,3
Canadá (A)	9,8	2,0	2	18	26	12,5
Chile (B)	8,8	2,0	3	22	29	11,9
Colombia (B)	7,8	2,0	3	5	21	8,9
Costa Rica (B)	7,7	2,0	3	33	66	15,1
Cuba (A)	4,5	2,0	2	29	70	9,0
Ecuador (D)	7,2	5,4	3	41	67	15,7
El Salvador (B)	5,6	2,0	4	9	38	-
Estados Unidos (A)	9,6	1,0	2	34	54	17,2
Guatemala (D)	3,8	2,0	4	49	84	11,5
Guyana (B)	5,9	2,0	3	20	40	8,5
Haití (D)	7,5	0,0	2	58	62	18,8
Honduras (B)	4,7	2,0	4	72	84	21,4
Jamaica (B)	3,9	2,0	2	38	61	7,8
México (B)	6,5	1,8	4	36	65	13,2
Nicaragua (D)	3,6	1,0	4	12	50	5,2
Paraguay (B)	5,3	1,5	3	9	33	6,6
Perú (D)	9,9	5,9	3	20	29	13,1
República Dominicana (B)	7,5	1,0	2	12	35	9,7
Suriname (B)	6,2	0,0	3	30	55	-
Trinidad y Tabago (B)	4,3	0,0	2	29	70	8,7
Uruguay (B)	9,8	2,0	3	25	43	14,9
Venezuela (B)	9,0	2,0	3	19	39	12,7

Fuente: Base de datos de la OMS sobre el consumo de alcohol en el mundo

¹ en litros de alcohol puro, incluido el consumo no registrado

² en litros de alcohol puro

³ sistema de puntuación del riesgo del consumo de alcohol, en el que 1 es menos perjudicial y 4 es muy perjudicial (véase el texto si se necesita una explicación más detallada)

⁴ consumo por bebedor en litros de alcohol puro, incluido el consumo no registrado

Políticas en relación con el alcohol

Dadas las amplias repercusiones que tiene el consumo de alcohol en la salud pública, ¿qué puede hacerse a fin de reducir eficazmente esta carga? La adopción de un criterio de salud pública que oriente las políticas en relación con el alcohol implica la aplicación de intervenciones apropiadas que tengan alta probabilidad de beneficiar al mayor número de personas; se trata, entonces, de un

enfoque poblacional. También implica la confirmación de que las poblaciones consumen bebidas alcohólicas como resultado de la interacción entre una sustancia (el alcohol en cuanto sustancia psicoactiva y tóxica) y factores personales (por ejemplo, el género, el perfil biológico y la historia personal) y ambientales (por ejemplo, la disponibilidad de alcohol, el precio y la promoción de su consumo) (16). Por consiguiente, se pueden emplear los principios de la epidemiología para evaluar y conocer más a fondo el consumo de bebidas alcohólicas en una población, así como para obtener datos que permitan vigilar las tendencias, diseñar mejores intervenciones y evaluar los programas y servicios, a diferencia de la medicina clínica, que se centra en la atención y el tratamiento de la enfermedad en casos individuales (17).

Las políticas sobre el alcohol pueden definirse como decisiones oficiales tomadas por los gobiernos con el respaldo de leyes, normas y reglamentos sobre el alcohol, la salud y el bienestar social (17, 18). “La finalidad de las políticas en materia de alcohol es salvaguardar los intereses de la salud pública y el bienestar social mediante su repercusión sobre la salud y los factores sociales determinantes, como las modalidades de consumo de alcohol, el entorno en el que se bebe y los servicios de salud disponibles para tratar a los bebedores crónicos” (17).

Se han evaluado varias intervenciones de políticas que han demostrado su eficacia en la reducción del consumo del alcohol (17); no obstante, su nivel de ejecución sigue siendo bajo en la mayoría de los países. Las estrategias basadas en la población incluyen el aumento de los precios mediante la tributación y el control del expendio de bebidas alcohólicas, como las restricciones de horario, días y lugares donde se puede vender alcohol; estas medidas comprenden desde la prohibición total hasta los sistemas de racionamiento, el establecimiento de monopolios estatales y los sistemas de concesión de licencias; de esta manera se reglamenta quién puede vender y a quién (por ejemplo, imponiendo restricciones acordes con la edad) y de qué manera se pueden promocionar las bebidas alcohólicas. Las estrategias en el plano personal son las que apuntan a reducir los problemas en determinados grupos de la población sin afectar necesariamente su consumo. Tal es el caso de las leyes referentes a la conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol, a la venta de alcohol a personas embriagadas y al tratamiento de los problemas relacionados con el consumo. Aunque el tratamiento del alcoholismo tiene una repercusión muy limitada en salud pública (dada la proporción relativamente pequeña de la población afectada que consulta y puede beneficiarse de los servicios), el tratamiento en sí mismo es una intervención eficaz en la reducción de los problemas individuales y se deben ampliar los servicios para proporcionarlo de manera más amplia. Las intervenciones breves, que se brindan en los entornos de atención primaria de salud, pueden tener buenas repercusiones para la salud pública y su rentabilidad ha sido comprobada (19).

Las estrategias educativas, en particular en los entornos escolares, no han demostrado ser eficaces ni perdurables. Las campañas en los medios de comunicación tienen también poca repercusión, en especial cuando coexisten con la comercialización intensa de las bebidas alcohólicas. No hay tampoco datos probatorios de que las etiquetas de advertencia en las bebidas alcohólicas tengan repercusión alguna sobre la reducción de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (17, 19).

El método recomendado para reducir eficazmente la carga del alcohol consiste en contar con una estrategia integral de políticas públicas con varias intervenciones a nivel nacional, regional y local, que se apoyen entre sí y procuren reducir el consumo general de alcohol de la población. Al día de hoy, son escasos los países de la Región que cuentan con políticas tan amplias (20, 21).

Servicios de salud

¿Qué pueden hacer los profesionales de la salud y cómo deben prestarse los servicios? Dada la epidemiología del consumo del alcohol y su repercusión sobre la salud, centrarse en detectar, diagnosticar y tratar la dependencia del alcohol solo limitará el número de personas que pueden recibir ayuda y conducirá a pequeñas reducciones de la repercusión general del alcohol en la salud pública. Sin embargo, por mucho tiempo ha habido una concepción errónea de que la mayoría de los problemas de salud, económicos y sociales atribuibles al consumo del alcohol son causados por el alcoholismo o las modalidades extremas de consumo. Aunque los problemas ocasionados por el alcoholismo son muchos y se concentran en un número reducido de personas, la carga de los costos asociados con el consumo de alcohol se relaciona con los niveles y el modo de consumo en la población no dependiente (17).

Un enfoque integral que permita detectar y tratar los problemas con la bebida en una gama amplia de casos de distinta gravedad, proporcionaría una mejor manera de enfrentar los distintos problemas relacionados con el alcohol. Se pueden organizar servicios efectivos mediante un proceso continuo que se inicia en la atención primaria, donde la mayoría de los casos pueden ser tratados por personas no especializadas, hasta por los servicios generales y los especializados, brindados en los niveles secundario y terciario de la atención, donde se ofrecen cuidados de mayor complejidad en centros comunitarios, servicios ambulatorios y hospitales (generales o psiquiátricos) a las personas que no tienen apoyo social y presentan problemas graves, tales como los ocasionados por la comorbilidad psiquiátrica (22).

El estigma y la discriminación de que son víctimas los consumidores de alcohol y de otras drogas, han sido barreras que han obstaculizado la consideración adecuada de estos problemas en los entornos generales de atención de salud (23). El consumo episódico y excesivo de alcohol a menudo se acepta (e incluso se promueve) como parte de la cultura o del desarrollo juvenil, promovido por la industria del alcohol y por los medios de comunicación, mientras el alcoholismo se considera un fracaso del carácter o la voluntad, que no merece atención y que no puede ser tratado eficazmente (24). A menudo se olvida que el alcohol es una sustancia psicoactiva adictiva y que su consumo excesivo conduce a la aparición de la tolerancia, la dependencia y, en algún momento, a síntomas de abstinencia (25). Como resultado, los servicios especializados son limitados y los servicios preventivos, en particular los que apuntan a la detección temprana del consumo riesgoso de alcohol y a las intervenciones breves, no son vistos como parte de la función de los profesionales generales de la salud.

Cada vez es mayor el énfasis que se otorga a la función de la atención primaria de salud en la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. La Organización Mundial de la Salud condujo una investigación en los años ochenta, dirigida a la identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol y a la evaluación de la eficacia de las intervenciones breves en los bebedores en riesgo. Con este fin se utilizó una prueba internacional de detección, denominada AUDIT por sus siglas en inglés (26) (cuestionario para la identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol). La investigación, que tenía características de ensayo clínico, se realizó en los entornos de atención primaria de un número de países seleccionados (27). La iniciativa se amplió para incluir varios países que evaluaron distintas maneras de ejecutar el tamizaje y la intervención breve en esos entornos, que sirviera de base para la formulación de planes nacionales integrados en los sistemas nacionales de salud tanto en los países en desarrollo como desarrollados (28). La ejecu-

ción del tamizaje y de las intervenciones breves sigue ampliándose cada vez en más países, que incorporan estas actividades en la práctica y en la capacitación impartida en las facultades de medicina, enfermería y otras instituciones de enseñanza superior. También es conveniente que los profesionales de los servicios de salud sean capacitados en el uso sistemático de tales técnicas (21).

El cuestionario AUDIT se centra tanto en las prácticas de consumo riesgoso del alcohol como en los trastornos derivados del mismo (véase el cuadro 3) y se ha validado en diferentes países, culturas e idiomas. Los servicios de atención primaria de salud se ven como fuentes confiables de información y orientación.

Cuadro 3. Cuestionario AUDIT (Cuestionario para la identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol)

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida con contenido alcohólico?	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 veces a la semana o más
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas bebe en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más tragos de bebidas alcohólicas en una misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido hacer lo que se esperaba de usted debido a que había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado tomar un trago por la mañana para recuperarse de haber bebido en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimientos después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque estuvo bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herida porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por su manera de beber o le ha sugerido que deje de hacerlo?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año

Fuente: Babor T, Higgins-Biddle JC, Monteiro MG. AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. WHO/MSD/MSB)01.6a. World Health Organization, 2001, Geneva.

Se han probado con buenos resultados versiones más breves del cuestionario, como el AUDIT-C a fin de realizar la detección de casos, que se centra principalmente en las tres primeras preguntas (cantidad, frecuencia y modo de beber). Los cuestionarios pueden ser administrados por un profesional de la salud (enfermera, médico u otro profesional) o pueden ser llenados por el propio paciente, de acuerdo con su grado de educación y capacidad de comprensión.

A menudo también se utilizan marcadores biológicos como complementos de la entrevista de tamizaje sobre el consumo de alcohol, pero no deben reemplazar el cuestionario sistemáticamente, ya que su sensibilidad y especificidad son menores que las de este último, y no pueden diferenciar bien entre distintos modos y niveles de consumo (29).

Las personas que tienen un resultado positivo en el cuestionario de la AUDIT, con una puntuación de 8 a 15 (consumo riesgoso de alcohol) y aquellas con una puntuación de 16 a 19 (consumo perjudicial) deben recibir asesoramiento simple o una intervención breve. Los que alcanzan puntuaciones por encima de 20 deben ser referidos a un servicio más especializado para su diagnóstico y, posiblemente, para recibir tratamiento (23).

Las intervenciones breves para el consumo riesgoso de alcohol, es decir, perjudicial para la salud, son actividades caracterizadas por su baja intensidad y corta duración (28) Comprenden desde cinco minutos de asesoramiento acerca de cómo reducir el consumo riesgoso de alcohol a varias sesiones de orientación breve para tratar situaciones más complicadas. El estudio de la OMS demostró la eficacia de una intervención breve de 20 minutos en una sola visita.

Los elementos clave de una intervención breve son:

- Mostrar los resultados del tamizaje
- Determinar los riesgos y tratar las consecuencias
- Brindar asesoramiento médico
- Promover el compromiso del paciente
- Fijar la meta: reducir el consumo o la abstinencia total
- Proporcionar el asesoramiento y estímulo pertinentes

Las intervenciones breves se centran en motivar a las personas a que reduzcan su consumo de alcohol a niveles que sean menos peligrosos. Este tipo de intervenciones se ha estudiado ampliamente y varios metanálisis de la bibliografía científica señalan su eficacia y rentabilidad en los entornos de atención primaria (30, 31). Algunas de las barreras que impiden la ejecución eficaz de las intervenciones breves son las limitaciones de tiempo, destrezas deficientes de la capacidad diagnóstica, actitudes negativas y percepciones de incompatibilidad de las funciones. Cuando se difunden estas intervenciones en la atención primaria, estas dificultades se deben tener en cuenta y ser abordadas para promover el uso sistemático del tamizaje y las intervenciones breves.

Para los pacientes con trastornos debidos al consumo de alcohol, es posible que sea necesario recurrir a ayuda más especializada, por lo tanto los servicios comunitarios ambulatorios especializados deben ser el próximo nivel de atención disponible, en la medida de lo posible, situados cerca de donde viven las personas y en coordinación con el nivel primario de atención. Es importante determinar si el pa-

ciente está dispuesto a aceptar la derivación y el tratamiento, ya que muchos de ellos subestiman los riesgos asociados con su manera de beber, las repercusiones que tiene para su salud y otros aspectos de la vida. Una intervención breve, con la finalidad de iniciar un proceso de derivación, puede ayudar a atenuar la resistencia de los pacientes. En aquellos casos en los que han fracasado intentos de tratamiento anteriores, se recomienda la derivación al servicio especializado.

En los servicios especializados, se puede hacer con certeza el diagnóstico de alcoholismo, elaborar un plan de tratamiento y brindar orientación con técnicas específicas, que se complementan con el seguimiento correspondiente. El siguiente recuadro muestra los criterios diagnósticos para el alcoholismo propuestos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima revisión (CIE-10).

Criterios establecidos por el CIE-10 para el síndrome de dependencia del alcohol

Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haberse presentado simultáneamente durante al menos un mes o, si han durado menos de un mes, deben haber aparecido conjuntamente y en forma repetida en un período de 12 meses:

1. Deseo intenso o apremiante de consumir alcohol;
2. disminución de la capacidad de controlar el consumo de alcohol, ya sea cuando se comienza a beber o cuando se quiere dejar de hacerlo, o de controlar la cantidad que se bebe, como lo demuestra el hecho de que a menudo se toma alcohol en cantidades mayores o por un período más largo del que se pretendía, o porque hay un deseo persistente de reducir o controlar el consumo del alcohol o los esfuerzos para lograrlo han sido infructuosos;
3. síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia del alcohol cuando se reduce su consumo o se deja de beber por completo. La existencia del síndrome se manifiesta por los intentos que hace el paciente para evitar o atenuar los síntomas mediante la ingestión de la bebida habitual o de una estrechamente relacionada con ella;
4. pruebas de que existe tolerancia a los efectos del alcohol, como ocurre cuando hay una necesidad de aumentar significativamente la cantidad que se consume para llegar a la embriaguez o al efecto deseado, o hay un efecto marcadamente disminuido cuando se mantiene el uso continuo de la misma cantidad de alcohol;
5. obsesión con el alcohol, como lo demuestra el abandono progresivo de otras fuentes de placer o actividades de interés a causa del consumo de la sustancia, o porque se dedica cada vez más tiempo para su obtención o para la recuperación de sus efectos;
6. consumo de alcohol persistente a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como se demuestra por su ingestión reiterada cuando la persona está realmente consciente de la naturaleza y el grado del daño, o se puede esperar que lo esté.

Fuente: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Washington D.C.: OPS 1995.

Los modelos motivacionales y conductuales utilizados en el tratamiento del trastorno han demostrado su eficacia (psicoterapia de estimulación motivacional, psicoterapia cognoscitiva-conductual, o una combinación de las dos), al igual que la rehabilitación basada en la capacitación en diferentes destrezas. Se puede recomendar un tratamiento más extenso en casos más graves y, en algunos casos, puede estar indicada la desintoxicación. Es importante evaluar la historia clínica, los trastornos aso-

ciados y la necesidad de que el paciente cuente con apoyo social. Todavía no se ha demostrado, en el caso del alcoholismo, que hacer coincidir las características del paciente con determinada terapia o enfoque logre un cambio en el resultado del tratamiento (32).

La hospitalización debe limitarse a aquellos pacientes que padezcan un cuadro más grave y existan menos recursos para tratarlo en la comunidad, como el apoyo familiar o de una red social. El internamiento también está indicado para quienes presentan una situación médica y psiquiátrica que requiera supervisión médica estrecha (29).

Además, se pueden utilizar otros servicios de apoyo, como Alcohólicos Anónimos (AA), que son gratuitos y se encuentran disponibles en muchos países. Aunque no se consideran como un tratamiento en sí mismos, se reconoce que algunos pacientes se benefician de la participación en esos grupos a los que se les puede derivar si existe un centro de AA en la vecindad. Algunos consultorios (y otros establecimientos, como las iglesias, las escuelas y los centros comunitarios) pueden proporcionar un espacio físico para las reuniones, lo que puede aumentar la participación y los enlaces con los servicios de salud.

Algunos adelantos recientes con respecto a los tratamientos farmacológicos para el alcoholismo están disponibles y pueden recomendarse para determinados pacientes. Estos medicamentos pueden reducir el deseo de beber, disminuir el consumo excesivo y favorecer la abstinencia en aquellos pacientes que tienen dificultades para controlar la bebida. Estos son: la naltrexona, los antagonistas del receptor opiáceo μ , el acamprosato y el disulfiram, todos de ellos de administración supervisada (29). Algunos no se consiguen en todos los países y muchas veces no están cubiertos por los planes de seguro o no son asequibles.

En algunos casos puede ser necesario tratar los síntomas agudos de la abstinencia del alcohol. Estos síntomas aparecen entre las 6 y las 24 horas después de que se tomó la última bebida. Se recomienda diazepam como tratamiento de primera línea, cuya vida media es relativamente larga, pudiéndose administrar durante un período de 2 a 6 días, pero no mayor, a fin de evitar que aparezca la dependencia a este fármaco. El cuadro se resuelve generalmente sin complicaciones y la desintoxicación domiciliaria es posible si no hay antecedentes de síntomas de abstinencia graves y se cuenta con apoyo familiar. Puede haber convulsiones en las 12 a 28 primeras horas de la abstinencia, que se pueden tratar con diazepam por vía oral o intravenosa. El *delirium tremens* es un síntoma grave de abstinencia del alcohol potencialmente mortal y debe ser tratado en un establecimiento médico. Puede ocurrir en las 48 a 96 horas después de la última bebida (29).

No se recomienda la administración de alcohol, barbitúricos, antiadrenérgicos, clonidina, acamprosato o gammahidroxibutirato (GHB) para el tratamiento de la abstinencia del alcohol. En casos específicos, se pueden recomendar otros medicamentos que se encuentran fuera del alcance del presente capítulo (para más información, consúltese la referencia 29).

Es importante reconocer que una parte de los pacientes con dependencia del alcohol se recuperan por cuenta propia, sin ayuda profesional. Algunos tratamientos han resultado ineficaces, como aquellos diseñados para impactar o confrontar al paciente o los dirigidos a fomentar su introspección con respecto a la naturaleza y causas de la dependencia del alcohol; tampoco se ha demostrado la efectividad de los ejercicios de relajación, la asistencia forzada a reuniones de Alcohólicos Anónimos

o la orientación psicológica mal encaminada (29).

En conclusión, se puede tratar eficazmente una amplia gama de problemas relacionados con el consumo de alcohol, incluso el alcoholismo, en los entornos de atención primaria, sin especialistas. Sin embargo, es necesario que el personal de esos servicios sea capacitado para responder a los problemas relacionados con la bebida, mediante programas de educación continuada y cursos de actualización. También está indicado integrar en el programa básico de estudios de los profesionales sanitarios los temas relacionados con el consumo de alcohol. También se necesitan los servicios de especialistas, que pueden prestar apoyo a los profesionales de atención primaria en el tratamiento directo de aquellos casos más difíciles o graves. El alcoholismo está asociado con problemas económicos, laborales, sociales y familiares que pueden dificultar la recuperación y que por consiguiente, deben abordarse en cualquier plan de tratamiento, en la medida de lo posible, utilizando los recursos existentes en la comunidad, en particular los relacionados con la capacitación en determinadas habilidades como el fomento de la resolución pacífica de conflictos dentro de la familia y la provisión de ayuda para sus miembros.

El rol de la comunidad

Además de proveer un tratamiento adecuado para las personas con dependencia o uso problemático de alcohol, la familia y la comunidad tienen un papel central en cuanto tienen la capacidad de apoyar cambios conductuales. Estos se logran mediante el fomento de una cultura y ambiente sin presiones para el consumo de alcohol. Cuando el precio de las bebidas alcohólicas es muy bajo y el acceso muy fácil, tanto alcohólicos como no alcohólicos beben mayores cantidades, y en consecuencia, tienen más problemas, agudos y crónicos, en relación con el consumo. Hay numerosos estudios que muestran que la mortalidad general, por dependencia y por cirrosis alcohólica, disminuyen cuando el precio de las bebidas alcohólicas es incrementado. Otro tanto sucede cuando el acceso a las bebidas es controlado (17, 20). En el nivel municipal, y con el apoyo y participación comunitaria en las discusiones acerca de los problemas relacionados del consumo de alcohol, es posible controlar los horarios de venta de bebidas, regular la ubicación de los locales de venta y reforzar las leyes que proscriben la venta de bebidas a menores de edad.

La propaganda masiva de las bebidas alcohólicas en los medios de comunicación, en la que se vincula el consumo con el placer, la diversión, y el éxito profesional y personal; además, promueven la idea de que el alcohol es parte de una vida “mejor”, dificultando de esta manera que el público acepte que la gente pueda preferir abstenerse de beber y no intoxicarse. En las fiestas y celebraciones familiares a veces hay presión para el consumo excesivo, la intoxicación, y el reforzamiento de la idea de que “beber bien” es beber mucho sin intoxicarse. Lo último es un mito sin fundamento. Para no sentirse intoxicado con mucho alcohol, la persona tiene que haber desarrollado tolerancia, o sea, estar acostumbrada a beber grandes cantidades con frecuencia, lo que es un comportamiento de alto riesgo para la salud y un factor importante para el desarrollo de la dependencia física al alcohol. Dentro del entorno familiar, la tolerancia de la intoxicación por parte de familiares y amigos, y la aceptación del consumo de alcohol por niños y adolescentes, como parte de su “crecimiento” y maduración, contribuyen a establecer la norma de que el beber excesivo es normal y no debe ser cuestionado. En la comunidad, los bares y clubes nocturnos que ofrecen noches con bebida gratuita, promociones “2 por 1”, precio único de entrada con derecho a beber toda la noche, bebida gratuita para mujeres, entre

otras promociones, están contribuyendo al florecimiento de una cultura de consumo excesivo. Del mismo modo favorecen el hábito cuando ofrecen transporte gratuito o subsidiado por la casa, para evitar que los clientes sufran lesiones en el tránsito. Por otra parte, cuando surgen problemas con la intoxicación, como violencia y otras consecuencias para la salud y la comunidad, los “alcoholicos” son culpabilizados. Esto sucede aunque muchas veces no son los responsables de esos desórdenes, siendo la acusación el producto de malentendidos que refuerzan el estigma que circunda el alcoholismo. Cabe afirmar que la comunidad, la familia y la escuela pueden y deben contribuir para prevenir el alcoholismo y los problemas asociados con el uso excesivo del alcohol. Además, pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por estos problemas, facilitando los cambios que se proponen, ayudándolas a reintegrarse en la sociedad, tener un trabajo productivo, volver a vivir con sus familias y contribuir a la construcción de una comunidad más saludable.

Referencias

1. World Health Organization. World health report 2002: reducing risk, promoting healthy life. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2002.
2. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas –implications for alcohol policy Pan American Journal of Public Health 18 (4/5) 241-8, 2005.
3. Rehm J, Patra J, Baliunas D, Popova S, Roerecke M, Taylor B. Alcohol consumption and the global burden of disease 2002. Geneva; WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, Management of Substance Abuse; 2006.
4. World Health Organization. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors, Vol. 1. Editado por Majid Ezzati, Alan D. Lopez, Anthony Rodgers and Christopher J.L. Murray. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004.
5. Matos TD, Robles RR, Sahai H, Colon HM, Reyes JC, Marrero CA, et al. HIV risk behaviours and alcohol intoxication among injection drug users in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend* 2004;76:229-34.
6. Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp. Res* 2005;29:837-43.
7. Stueve A, O'Donnell LN: Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviours among urban youths. *Am J Public Health* 2005;95:887-93.
8. Borges G, Cherpitel C, Mittleman M. Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. *Social Science and Medicine*. 2004;58:1191-1200.
9. MacDonald S, Cherpitel C, De Souza A, Stockwell T, Borges G, Giesbrecht N. Variations of alcohol impairment in different types, causes and contexts of injuries: Results of emergency room studies from 16 countries. *Accident Analysis & Prevention* 2006;38(6):1107-1112.
10. Borges G, Cherpitel C, Mittleman M. Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. *Social Science and Medicine*. 2004; 58:1191-200.
11. World Health Organization. Drinking and driving: a road safety manual for decision makers and practitioners 2007. Geneva; World Health Organization.
12. Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 9; 147-156, 2003a.
13. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol as a risk factor for global

- burden of disease. *European Addiction Research*, 9;157-64,2003b.
14. Rehm J, Ashley MJ, Room R, Single E, Bondy S, Ferrence R, et al. Drinking patterns and their consequences: report from an international meeting. *Addiction* 1996; 91:1615-21.
 15. Rehm J, Patra J, Baliunas D, Popova S, Roerecke M, Taylor B. *Alcohol consumption and global burden of disease 2002. Report to WHO*. Geneva; World Health Organization. 2006.
 16. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. *Alcohol policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press. 1994.
 17. Babor T, Caetano P, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford University Press. 2003.
 18. Longest BB. *Health policymaking in the United States*. Chicago, IL: Health Administration Press; 1998.
 19. World Health Organization. WHO expert committee on problems related to alcohol consumption. WHO Technical report series 244, 2007a. Geneva; World Health Organization.
 20. Babor T, Caetano R. Evidence-based alcohol policy in the Americas, *Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2005; 18 (4-5).
 21. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas. Reporte final del estudio multicentrico OPS. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2007.
 22. Institute of Medicine (IOM). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington DC, National Academy Press, 1990.
 23. Babor T, Higgins-Biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria. WHO/MSD/MSB/01.6b. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2001.
 24. Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M, et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. *Finnish Foundation for Alcohol Studies* 46; 2002.
 25. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2006.
 26. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. WHO/MSD/MSB/01.6.ª. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2001.
 27. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M, *AUDIT The alcohol use disorders identification test; guidelines for use in primary health care*. WHO/MNH/DAT 89.4. Geneva; World Health Organization. 1989.
 28. Babor T, McRee BG, Kassebaum P, Grimaldi P, Ahmed K, Bray J. Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse* 2007; 28:7-3.
 29. Anderson P, Gual A, Colon J Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.
 30. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Internal Medicine* 1997;12(5):274-83.
 31. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcoholism: clinical and experimental research* 2004;28:608-18.
 32. Project MATCH research group Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: clinical and experimental research* 1998;22:1300-11.



*El trabajo ocupa casi
un tercio de la vida de muchos
adultos y es un determinante
importante de la salud
y el bienestar.*

La salud mental en el ámbito laboral

*Gastón Harnois**

El contexto

Durante el movimiento de la desinstitucionalización de los enfermos mentales, que comenzó a partir de mediados del siglo XX, se hizo hincapié en procurar que las personas que padecían enfermedades mentales graves e intentaban reintegrarse a la comunidad pudieran conseguir trabajo. De hecho, el acceso al trabajo ha sido siempre un componente esencial de los programas psicosociales de rehabilitación, dado que gran parte de las personas que eran entrevistadas expresaba que su principal deseo era justamente “conseguir trabajo”. Sin embargo, sólo aproximadamente de 15 a 17% lograban acceder a un empleo remunerado (1). Además, los que lograban conseguir trabajo a menudo estaban mal pagados o en puestos que no eran acordes a sus deseos y capacidades.

Los talleres organizados tanto dentro como fuera de los hospitales psiquiátricos resultaban en gran parte insatisfactorios, tanto en cuanto a lo profesional como a lo social. En Europa y en los Estados Unidos, se llevaron a cabo experiencias importantes con la finalidad de determinar cuáles eran los mejores programas para que las personas que padecían problemas graves de salud mental pudieran acceder a un empleo. Por ejemplo, la Unión Europea realizó inversiones sistemáticas (como el programa Azimut) en proyectos piloto en varios países. Estos proyectos, basados en los conceptos de la economía social y las empresas sociales, fomentaron la creación de cooperativas y de diversas organizaciones sin fines de lucro, principalmente en el sector de servicios (producción y distribución de alimentos, restaurantes, limpieza, jardinería, indumentaria, etc.).

La mayoría de los empleados de estas pequeñas empresas por lo general trabajan menos horas que una jornada completa y muchos de ellos siguen recibiendo “prestaciones de discapacidad”. Muchas de esas empresas, que reciben apoyo económico de diversas dependencias gubernamentales, tienen

*Director del Centro Colaborador de la OMS en Investigaciones y Capacitación en Salud Mental, Instituto Universitario Douglas, Montreal, Canada. Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad Mc Gill, Montreal, Canada.

dificultades para alcanzar un nivel de “autonomía económica” que supere el 75%. Estas “empresas sociales”, también denominadas “negocios alternativos” (2) tienen en común el hecho de que existen principalmente para beneficio de sus asociados (“usuarios”) o de la comunidad, más que para generar ganancias. La norma es que los usuarios participan en todas las fases de la toma de decisiones desde la gestación, ejecución y gestión hasta la participación en las utilidades. Es importante señalar que un número importante de empleados de estas empresas sociales (hasta 33% en Alemania) ha logrado pasar a trabajar en el mercado abierto con buenos resultados (3).

La recuperación y el apoyo en el empleo

Hacia fines del siglo pasado, en los Estados Unidos se empezó a trabajar en torno a los conceptos de “recuperación” y “apoyo en el empleo” (4) en relación con las personas que padecen enfermedades mentales graves.

La “recuperación” es un enfoque centrado en el “empoderamiento” de la persona que padece problemas graves de salud mental y se basa en la creencia de que es posible llevar una vida normal y que se debe dar prioridad a las decisiones y preferencias de la persona. La capacidad de trabajar en un empleo remunerado es un elemento clave de la recuperación y a menudo se usa como una manera de medir la evolución de la persona.

La característica básica del apoyo en el empleo es que, en lugar de ofrecerse extensos períodos de capacitación en talleres que no son “integrados” (es decir, que están aislados y separados del sector laboral general), se coloca directamente a la persona en un empleo competitivo de su elección y se le brinda el apoyo necesario durante el tiempo que haga falta. Se considera que este abordaje es mucho más eficaz para conseguir y mantener un empleo que esté más acorde con los deseos y las capacidades del individuo que otras prácticas vocacionales tradicionales (5, 6).

La persona que padece un problema mental grave debe ser la que decida si desea trabajar en una empresa social o si lo que quiere es entrar en un programa individual de empleo con apoyo. También debe valorar la idoneidad de los diversos programas disponibles.

La elección final sobre el lugar en el que desea trabajar una persona que padece problemas de salud mental debe ser tomada por la persona misma y no debe hacerse sólo por razones ideológicas.

El mercado laboral

Durante el mismo período se hizo evidente que ha habido un cambio en los motivos del ausentismo entre los empleados regulares: cada vez más, los problemas psicológicos reemplazan a los problemas físicos, por ejemplo a los dolores de espalda y las cardiopatías, que son la principal causa de ausentismo en los empleados de organizaciones pequeñas, medianas y grandes.

También pareciera que existe una relación directa entre el nivel del desempleo en un país y la disponibilidad de programas de salud mental en el lugar de trabajo: cuanto mayor es el desempleo, menor es la preocupación que despiertan los asuntos de salud mental. El empleado que padece algún tras-

torno mental es despedido y reemplazado por “trabajadores capaces”. La misma correlación existe con respecto a la tasa de sindicalización: donde existen sindicatos, los programas de salud mental tienden a encontrarse en empresas donde estos tienen una fuerte presencia.

En el informe que publicó en el año 2007, denominado “La igualdad en el trabajo: afrontar los retos que se plantean”, la Oficina Internacional del Trabajo se centró principalmente en la igualdad de género, la infección por el VIH/SIDA, el origen étnico y la igualdad de oportunidades, como las áreas donde ocurre la discriminación en el lugar de trabajo. Las formas de discriminación reconocidas de manera más reciente son la edad, la orientación sexual y las discapacidades, pero es muy poco lo que se dice acerca de los problemas de salud mental o las enfermedades mentales en el lugar de trabajo (7).

Los cambios en el trabajo y su naturaleza

El trabajo ocupa casi un tercio de la vida de muchos adultos y es un determinante importante de la salud y el bienestar. Además de proveer a la existencia un marco temporal, el trabajo se ve como parte de la identidad, la autoestima y el lugar que se ocupa en la sociedad, amén de servir como sustento económico.

En el siglo XXI, el trabajo está cambiando rápidamente, influido por factores como la globalización, la migración y la urbanización, así como por la ubicuidad de la tecnología de la información y el uso cada vez mayor de las computadoras.

Esto está llevando a un creciente sentido de “inseguridad laboral” y a la interferencia constante de la vida laboral en la vida familiar y otros aspectos de la socialización. Algunas tendencias recientes también muestran el hecho de que, en el sector de la producción industrial, a menudo se eliminan los trabajos de tiempo completo y se los reemplaza por empleos de tiempo parcial.

Paralelamente con estos cambios también se constata que, en la fuerza laboral moderna, cada vez se buscan y se valoran más las “capacidades mentales” (cerebrales) que las “capacidades físicas” (musculares).

Es posible afirmar que la depresión se convertirá en la principal causa de ausentismo del trabajo en el año 2020 (OMS) (8);

las enfermedades mentales en gran parte se diagnostican mal y se tratan inadecuadamente, lo que, en el caso de Canadá, representa un costo anual de más de 31.000 millones de dólares canadienses por la pérdida de productividad industrial (9);

la gran mayoría (79%) de los trabajadores en los Estados Unidos y Canadá creen que una persona a la que se le diagnosticase depresión en su lugar de trabajo seguramente ocultaría el diagnóstico por el “temor a dañar sus oportunidades futuras” (10).

En su importante *Informe Sobre la Salud en el Mundo* del año 2001 (11), dedicado exclusivamente a la salud mental, la Organización Mundial de la Salud afirmó que “es preciso definir condiciones de trabajo aceptables y prestar servicios de salud mental, directa o indirectamente mediante programas

de asistencia al empleado”. El documento claramente señala “que la pérdida del empleo se asocia a un mayor riesgo de trastornos mentales y suicidio”.

Para afrontar esta realidad, la OMS decidió incluir las políticas y los programas de salud mental en el lugar de trabajo (12) como uno de los temas centrales de su Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. De esta manera, la OMS está mostrando que esas políticas y programas se han convertido en un componente esencial de la política nacional de salud mental de todos los países.

Los factores determinantes

A pesar de que sigue siendo posible que los factores que determinan la aparición de un problema de salud mental en el lugar de trabajo dependan de cada empleado, se ha prestado gran atención a los distintos factores que se originan dentro del propio lugar de trabajo y que causan un grado alto de estrés. Estos factores comprenden:

- el contenido del trabajo (monótono, mal definido); la falta de líneas claras de autoridad;
- las medidas desatinadas impuestas a la persona (muy poco o demasiado trabajo);
- la falta de autonomía para adoptar decisiones;
- la falta de reconocimiento;
- la ausencia percibida de equidad (sueldo, estima, probabilidades de ascenso);
- el ambiente de trabajo y
- las relaciones interpersonales.

La magnitud del problema

Aunque algunos empleadores están renuentes a abordar el tema, resulta obvio que los problemas de salud mental están convirtiéndose en uno de los trastornos de salud más importantes, si no el más importante, que afecta a la fuerza laboral (con graves consecuencias para las familias), además de la repercusión considerable que tiene sobre los costos para las empresas y la pérdida de productividad.

Los problemas relacionados con la depresión, la ansiedad, el estrés, el desgaste profesional (“*burnout*”) y el abuso de sustancias psicotrópicas han recibido la mayor atención. Además, cada vez se mencionan más la violencia y el acoso psicológico.

La depresión, probablemente el problema de salud mental más común en la fuerza laboral, sigue siendo una enfermedad difícil de diagnosticar y tratar en este grupo de manera adecuada. Se calcula que un episodio de depresión puede estar acompañado de hasta 60 días de “presentismo”, fenómeno en el cual el empleado continúa asistiendo al trabajo pero es cada vez menos productivo y no reconoce plenamente que tiene un problema de salud mental.

En los Estados Unidos, se calcula que la depresión cuesta 83.200 millones de dólares por año (12), de los cuales 31% se destina al tratamiento directo, 62% se relaciona con la sustitución de empleados y 7% tiene que ver con los costos relacionados con el suicidio.

La asociación canadiense de empresas de seguros personales calcula que, en el 2008, casi 50% de las primas que se pagarán por discapacidades laborales estarán relacionadas con problemas de salud mental (13).

En Inglaterra, el foro de empleadores sobre las discapacidades (14) ha calculado que los problemas de salud mental cuestan 9.000 millones de libras esterlinas en concepto de días perdidos de trabajo al año. Además determinó que, en todo el tiempo, hasta 30% de sus recursos humanos están combatiendo la depresión o el estrés. El estrés relacionado con el trabajo afecta a 40 millones de trabajadores en 15 países de la Unión Europea, lo que representa un costo de 20.000 millones de euros al año (15).

Los elementos que deben abordarse

Se deben abordar algunos elementos clave, a saber:

- Las dificultades que enfrentan los principales encargados de adoptar las decisiones para llegar a un acuerdo en cuanto a la visión, los principios y los objetivos de la elaboración de políticas de salud mental para la fuerza laboral.
- En los casos en que corresponda, debe haber un **convenio explícito** con la junta directiva y el gerente general de la empresa, y los actores clave (incluido el sindicato) quienes deben estar representados durante todas las fases de la planificación y ejecución de las políticas de salud mental.
- El “**liderazgo institucional**” (16) ha sido señalado como un elemento clave para el reconocimiento de los problemas de salud mental en la fuerza laboral, la puesta en marcha de programas de prevención y la promoción de la salud mental en el lugar de trabajo.
- Debe darse una clara importancia a la adopción de un lenguaje llano y comprensible para todos los participantes (generalmente no se comprende el vocabulario que emplean los profesionales de la salud mental). Se debe intentar determinar claramente la repercusión económica de los problemas mentales sobre los negocios, al concentrarse sus efectos en el ausentismo, el costo de las discapacidades y la repercusión sobre la productividad. Como se ha dicho muchas veces, la salud mental se ha convertido en un tema empresarial.
- El Módulo de la OMS (17) recomienda la formulación de políticas y estrategias de salud mental para establecer programas de detección, prevención y tratamiento, y para promover el bienestar en el lugar de trabajo.

La detección de problemas de salud mental en el lugar de trabajo

Se pueden utilizar distintas estrategias para detectar los problemas de salud emocional o mental en el lugar de trabajo. En las grandes empresas, el departamento de salud ocupacional tendrá que prestarles considerable atención; en las empresas de todos los tamaños, el área de recursos humanos también tendrá que abordar estos temas. Se han concebido varias iniciativas, que se describen a continuación, para detectar los problemas de salud mental en el lugar de trabajo:

- El análisis del ausentismo y las estadísticas de rotación del personal. A pesar de que la mayoría de las empresas cuentan con estadísticas adecuadas para medir el ausentismo y las pérdidas relacionadas con la discapacidad física, no sucede lo mismo con respecto a las discapacidades relacionadas con la salud mental: la mayoría de las empresas no conoce el perfil psicológico de sus empleados. Sólo 15% de las empresas que participaron en un estudio en Canadá contaban con un programa que permitía detectar factores de riesgo relacionados con la salud mental (18).
- El uso de grupos de opinión integrados por empleados reunidos para conocer más a fondo sus expectativas y su grado de satisfacción con respecto al empleo. También podría ser útil entrevistar a las familias, ya que pueden proporcionar un punto de vista único sobre el desempeño y la satisfacción de los empleados.
- La elaboración de estadísticas sobre la utilización de los programas de asistencia para los empleados.
- El cálculo del porcentaje del costo que representan las discapacidades relacionadas con problemas de salud mental.
- El uso de cuestionarios sencillos de responder, pero que a la vez ofrecen información compleja, puede ayudar a detectar problemas de salud mental cuya solución permita realizar intervenciones rápidas. Una de las empresas de telecomunicaciones más importante del mundo utilizó un cuestionario de este tipo, lo que dio lugar a una reducción de 50% del ausentismo por razones relacionadas en gran parte con problemas de salud mental (19).

El lugar de trabajo como una comunidad saludable: cómo cambiar el clima de trabajo

La detección de los problemas de salud mental se ve influida en gran medida por el clima de trabajo. La salud mental debe convertirse en una parte integrante del programa de salud, ambiente y seguridad de la empresa. En condiciones ideales, las directrices escritas acerca de los factores psicológicos deben ser tan específicas como las que abordan el bienestar y la seguridad física. En muchas ocasiones se ha encontrado que el estado de ánimo del personal y las estadísticas sobre el ausentismo son factores que permiten “predecir” el éxito futuro de una empresa.

El cambio del clima de trabajo generalmente ocasiona también una mejora considerable en la comunicación, en especial durante el proceso de cambio, junto con el abordaje de los factores causantes determinados con anterioridad. Otros aspectos que forman parte de este proceso son:

- Definir nuevamente el contenido del trabajo.
- Abordar las desigualdades en materia de sueldos.
- Permitir que los empleados contribuyan más al desarrollo de la empresa.
- Mejorar la autonomía decisoria (que da lugar sistemáticamente a un mejor desempeño de la tarea y una mayor satisfacción).
- Proporcionar información clara acerca de la estructura de la empresa, sus metas y objetivos.
- Procurar que haya una mayor coincidencia entre los requisitos de la empresa y las aptitudes, conocimientos y capacidades de los trabajadores.

- Es importante dotar a los gerentes, en todos los niveles, de las herramientas necesarias para que reconozcan los problemas psicológicos, aborden los factores de riesgo mencionados anteriormente y brinden apoyo al empleado que se esté enfrentando con un problema emocional. Se debe prestar especial atención a los sentimientos de estigma que los gerentes pueden tener de manera consciente o inconsciente contra las enfermedades mentales.

La derivación de los empleados que padecen problemas mentales

En los países desarrollados, la mayor parte de las grandes empresas dependen de los programas de asistencia a los empleados para ayudar a abordar el tema de la salud mental y los problemas relacionados. Estos programas generalmente utilizan servicios externos brindados por psicólogos, asistentes sociales, enfermeras y especialistas en rehabilitación que el empleado puede consultar sin costo alguno y de manera confidencial, y usualmente dispensan de tres a seis consultas. Las organizaciones que proporcionan esta asistencia pueden estar ubicadas dentro o fuera de la empresa, aunque se prefiere lo último.

Como parte de su convenio de confidencialidad, la organización de servicios no proporciona al empleador un informe específico sobre el empleado. Puede proporcionar periódicamente estadísticas generales en cuanto a los tipos de problemas que los empleados han experimentado y formular recomendaciones a fin de mejorar las políticas de salud mental de la empresa. Dado el cálculo de la OMS de que la depresión se está convirtiendo con rapidez en la principal causa de ausentismo y el hecho de que la mayoría de las compañías de programas de asistencia a los empleados no tienen personal médico en su plantilla, es de importancia capital que el equipo del programa de asistencia a los empleados de cada empresa adopte un abordaje holístico que, por ejemplo, incluya la posibilidad de derivar a un médico y brinde el acceso necesario a medicamentos psicotrópicos como los antidepresivos.

En la mayoría de los casos, será adecuado referir al empleado con un problema de salud mental a su médico de cabecera, quien se encargará de evaluar el caso, hacer el diagnóstico y prescribir un tratamiento apropiado, y que podrá incluso derivarlo a un especialista o a un equipo de salud mental comunitario. Se deberá consultar al médico de cabecera con respecto al momento y las condiciones que favorecen el retorno del empleado enfermo al trabajo.

Estas circunstancias ideales se complican debido al hecho de que, en muchos países, hasta 25% de la población no tiene un médico de cabecera.

Un estudio canadiense reciente (20) indica que más de 25% de los casos que reciben los médicos de cabecera presentan algún problema relacionado con la salud mental:

- Los problemas moderados o transitorios, como la depresión y la ansiedad, representan 55% de los casos, que son vistos generalmente por el médico de cabecera en las 48 horas que siguen a la derivación. En 17% de estos casos, el médico puede solicitar la intervención de psicólogos, equipos psicosociales o una consulta psiquiátrica.
- Doce por ciento de los casos padece problemas más graves y persistentes como la esquizofrenia y, en estos grupos, el médico probablemente derive al paciente a un psiquiatra en 70% de los casos.

- Treinta y tres por ciento presenta un problema coexistente como el abuso de sustancias psicotrópicas o una enfermedad somática.

En los últimos dos grupos, el estudio canadiense revela que el paciente se demora aproximadamente 60 días para acceder a una consulta psiquiátrica (21).

El regreso al trabajo

La ausencia al trabajo debido a un problema de salud mental representa 40% del costo por discapacidades de muchas empresas (22). En este contexto, cobra vital importancia el retorno del empleado al trabajo, que se convierte en una de las características clave de cualquier programa de tratamiento de las discapacidades. Debe ser personalizado, aplicar una perspectiva de recuperación y formar parte del plan de tratamiento. Esto requerirá la participación y la cooperación estrecha de la persona, de su médico de cabecera, del representante de recursos humanos, del gerente pertinente y tal vez de colegas y colaboradores. A lo largo de todo el proceso, se deben respetar plenamente los derechos de la persona. Es importante recordar que el empleador está mucho más interesado en el pronóstico antes que en el diagnóstico exacto de las afecciones del empleado.

Muchas organizaciones solicitan ayuda externa para facilitar el proceso de retorno al trabajo:

- Algunas contratan los servicios de un consultor médico, a menudo un psiquiatra, que actuará como enlace con el médico de cabecera a cargo del tratamiento.
- Otras pueden usar programas externos dirigidos a reinsertar cuanto antes a la persona en el lugar de trabajo. Uno de estos programas, que ofrece sesiones grupales de 12 semanas, ha dado lugar a una reducción sustancial del período de discapacidad lejos del trabajo. De hecho, después de dos años, 85% de los empleados que participaron en el programa ha regresado a su empleo y se encuentran todavía trabajando. Este programa de 12 semanas tuvo un costo de 1.700 dólares americanos (23).
- Se calcula que, desde el punto de vista del empleador, “una mejor atención de la depresión produce un beneficio acumulativo neto de 2.895 dólares americanos después de 5 años”(24).

La prevención

Los empleadores a menudo son renuentes a participar en asuntos de salud mental, ya que los describen como “invisibles” y, por consiguiente, difíciles de detectar y medir. En consecuencia, piden poder contar con indicadores más específicos.

A continuación se describen algunas de las medidas que se pueden adoptar:

- Establecer un “programa de bienestar” donde se ponga de relieve todas las facetas de la salud mental.
- Insistir en que los departamentos de recursos humanos incluyan específicamente temas psicológicos en la evaluación del desempeño y la satisfacción de los empleados.
- Capacitar a los gerentes para que puedan detectar rápidamente a los empleados en alto riesgo (de depresión, desgaste profesional, etc.) y dirigirlos a los servicios correspondientes.

Debido a que el costo relacionado con las discapacidades de salud mental sigue en aumento, se espera que las empresas recurran a la prevención para reducir la incidencia de los problemas mentales en la fuerza laboral y en el lugar de trabajo. Lamentablemente, son pocas las empresas que lo está haciendo en la actualidad.

El estigma

Las enfermedades mentales siguen siendo el problema de salud más estigmatizante y más estigmatizado. Anteriormente mencionamos las dificultades continuas a las que se enfrentan las personas con graves enfermedades mentales para obtener un empleo remunerado, que han llevado a que muchas de ellas dejen de buscar trabajo o mientan acerca de su enfermedad al buscarlo. El estigma asociado con los trastornos mentales se presenta también para aquellos que comienzan a padecer problemas de salud mental mientras tienen un empleo “regular” en cualquier ambiente de trabajo.

Las investigaciones han indicado que el estigma asociado con las enfermedades mentales se encuentra en la mayoría de los sectores de la sociedad, incluidos los profesionales de la salud, los encargados de adoptar las decisiones, agentes de cambio como el clero, los periodistas (25), los líderes comunitarios y empresariales, así como el público en general (26, 27).

En la mayor parte de las investigaciones sobre el tema, se ha encontrado que la edad del entrevistado, su clase social y su educación desempeñan un papel importante; también parece que estar o haber estado en contacto con enfermos mentales estimulan una actitud más favorable (28). Los tipos de estigmas también varían de un país a otro y parecen ser más pronunciados en los países donde los programas de salud mental no han evolucionado mucho y donde el sistema de salud mental todavía depende principalmente de los hospitales psiquiátricos tradicionales.

No hay una manera sencilla para provocar un cambio en las actitudes, estereotipos y comportamientos asociados con la estigmatización de los problemas de salud mental. Las intervenciones eficaces requieren un liderazgo efectivo y deben concentrarse localmente en vez de ser generalizadas. Las metas y los objetivos deben ser definidos principalmente por los propios usuarios y deben formar parte de programas específicos para cada uno de los grupos ya mencionados.

La Encuesta de Ipsos Reid mencionada anteriormente también reveló que, en los Estados Unidos y Canadá, la depresión se ha diagnosticado en uno de cada seis trabajadores (17%). Por otra parte, conviene destacar que:

- Veintiuno por ciento indica que cree que sufre depresión, pero que nunca recibió un diagnóstico adecuado por parte de un médico.
- Ochenta por ciento de los adultos de estos dos países creen que la depresión es una enfermedad potencialmente mortal.
- Cincuenta por ciento de los trabajadores de los Estados Unidos y Canadá creen que si alguien de su trabajo estuviera sufriendo depresión y faltase por ello, tendría mayores probabilidades de tener dificultades e incluso de ser despedido.

Conclusiones

El acceso al trabajo es un componente esencial del proceso de recuperación de la mayor parte de las personas que padecen enfermedades mentales graves. Los métodos que han tenido mejores resultados se centran en el empoderamiento, la elección libre de la persona y la existencia de empresas sociales y programas de apoyo en el empleo, factores que están cobrando progresivamente mayor importancia.

En el mercado laboral es cada vez mayor el reconocimiento y la aceptación de que los problemas mentales se están convirtiendo en enfermedades que por su gravedad producen discapacidades y representan el mayor porcentaje de ausentismo del trabajo con el consiguiente costo socio-económico. Esto parece ser cierto en todo el mundo, aunque existen algunos programas para abordar el tema, principalmente en los países desarrollados.

Es cada vez más necesario abordar los factores de riesgo que se comprenden bien. Se empieza a observar la repercusión nociva del estigma asociado con las enfermedades mentales y se puede concluir que sólo la formulación de políticas de salud mental bien definidas en el lugar de trabajo, junto con un liderazgo institucional fuerte, pueden ayudar a abordar este tema.

Referencias

1. Harnois, GP and Gabriel, P, *Mental Health and Work: Issues and Good Practises*. World Health Organization and International Labor Office, Geneva. 2000), p. 74. Bizier V. "Le cas des entreprises alternatives en Ontario". Le Partenaire (vol. 12, No. 2, hiver 2005) p. 11, p. 74
2. Bizier V. "Le cas des entreprises alternatives en Ontario". Le Partenaire (vol. 12, No. 2, hiver 2005) p. 11, p. 74
3. Leff, J, Richard W. *Social Inclusion of people with mental illness*. Cambridge, New York: 2006, p. 178.
4. mentalBond, G.R., et al. "Implementing supported employment as an evidence-based practice, Psychiatric Services, March 2001, Vol. 52, No.3, p. 313.
5. Latimer, E. et al., Generalizability of the Individual Placement and Support model of supported employment: Results of a Canadian randomized controlled trial". British Journal of Psychiatry (Dec. 2005).
6. International Labor Organization. Report of the Director General. "Equality at work: tackling the challenges, International Labor Conference. 96th session, 2007.
7. WHO Module *Mental Health Policies and Programmes in the Work Place*. World Health Organization. 2005.
8. Road map to health and excellence at work in Canada, global business and economic roundtable on addiction and mental health. 2005.
9. Ipsos Reid Survey. Premiere North American Public Opinion Study on Depression. IPSOS Posting Public Release and the Work Place, Feb. 2007, pp. 2-6.
10. The World Health Report 2001 "Mental health: new understanding, new hope". World Health Organization 2001, p. 101.
11. WHO Module *mental health policies and programmes in the work place*. World Health Organization. 2005
12. Journal de l'assurance. Mars 2008, p.28

13. Solutions at work: practical guides for managing disability. London: Employer' Forum on Disability, (2002).
14. European Commission, Employment and Social Affairs (1999). Guidance on work related stress: spice of life or Kiss of death? Luxembourg.
15. The Chapter on Mental Health in the Knowledge Economy. Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, (2002).
16. WHO Module *mental health policies and programmes in the work place*. World Health Organization. 2005
17. Journal de l'assurance. Mars 2008, p.30
18. Harnois, GP and Gabriel, P, *Mental Health and Work: Issues and Good Practises*. World Health Organization and International Labor Office, Geneva. 2000, p. 14
19. Fleury, M.J., "Troubles graves et persistants en santé mental". L'actualité médicale, 7 Mai, 2008, p.10.
20. Ibid.
21. Special Roundtable on Critical Chair Holders: Mental Health in the Workplace; p. 7. Global Business and Economic Roundtable (2007).
22. Harnois, GP and Gabriel, P, *Mental Health and Work: Issues and Good Practises*. World Health Organization and International Labor Office, Geneva. 2000, p. 14
23. Talbot, J. A. et al. The Costs and Benefits of Enhances Depression Care to Employers". Elsevier Mosby Edition: Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health (2008), p. 143Fleury, M.J., "Troubles graves et persistants en santé mental". L'actualité médicale, 7 Mai, 2008, p.10.
24. Law, A. "Verbal discrimination –the letter and the spirit". *Openmind, the mental health magazine*. No. 151, May-June 2008, p. 21
25. Sartorius, N. and Schultze, H. *Reducing the Stigma of Mental Illness*. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association (New York, Cambridge University Press, 2005).
26. Leff, J, Richard W, *Social Inclusion of people with mental illness*. Cambridge, New York: 2006, p. 28
27. Sartorius, N. Presentations at the International Congress on Stigma (Cannes, France, October 2007).

SECCIÓN V

Experiencias exitosas de salud mental en América Latina y el Caribe



Las principales causas de consultas de salud mental son depresión clínica, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con abuso de sustancias y con el estrés.

CAPÍTULO 24

Belice: Un ejemplo de atención de salud mental en la comunidad

*Claudina Elington Cayetano**

Introducción

Belice enfrenta los nuevos retos de la salud pública. En efecto, la transición epidemiológica por la cual atraviesa implica un cambio hacia las enfermedades no transmisibles (1). Los datos de 1999-2004 indican que, a excepción de la infección por el VIH/SIDA, las enfermedades transmisibles están disminuyendo (2). Por ejemplo, la prevalencia de la tuberculosis continúa siendo baja y se ha mantenido estable durante los últimos cinco años. Por otra parte, la violencia familiar está convirtiéndose en un grave problema de salud pública; más de 82% de las víctimas en el período mencionado fueron del género femenino, y la mayoría de los casos registrados tuvieron lugar en las zonas urbanas.

El gobierno de Belice es el principal proveedor de los servicios de salud, incluida la provisión de preparaciones farmacéuticas. Las inversiones destinadas a la atención de pacientes indigentes son mínimas. El personal de salud está concentrado en el distrito metropolitano de Belice, que cuenta con más de la mitad del personal sanitario (54% de los médicos, 52% de las enfermeras auxiliares y 57% de las enfermeras profesionales) (3). Casi 75% del personal de salud está constituido por enfermeras del sector público, particularmente enfermeras prácticas y profesionales (83,9%).

Atención primaria de la salud e integración de la salud mental

El objetivo principal del programa de salud mental es atender las necesidades de las personas con trastornos mentales, mejorar su calidad de vida y crear redes que garanticen la prestación de la atención médica dentro de la comu-

* Technical Advisor, Mental Health Program. Ministry of Health, Belmopan, Belize.

nidad. Los servicios se organizan y funcionan bajo la coordinación del Director de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud (4). El servicio de salud mental es de orientación comunitaria, presta atención en todo el país y concentra sus acciones en:

- Salud mental preventiva,
- Atención ambulatoria,
- Intervención en crisis,
- Servicios de consultoría a las escuelas,
- Asesoría a los servicios judiciales,
- Prevención del suicidio y atención de las personas con conductas suicidas,
- Asistencia a las víctimas de la violencia doméstica,
- Atención a las víctimas de violaciones sexuales y
- Consejería psicológica antes y después de la prueba para VIH.

Contexto general local

Los servicios de atención de salud se distribuyen en cuatro regiones sanitarias. Hay en el país un total de ocho hospitales públicos, incluido uno de referencia nacional y otro de atención psiquiátrica; además hay cinco hospitales privados. La administración regional de los servicios de salud mental sigue las mismas líneas operativas que los servicios generales de salud.

Las principales causas de consultas de salud mental son depresión clínica, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con abuso de sustancias y con el estrés. Según el Estudio Internacional sobre Género, Alcohol y Cultura, GENACIS, llevado a cabo en Belice en el 2005, el consumo promedio diario de alcohol en la población mayor de 18 años fue 29,8 gramos en los hombres y 7,8 gramos en las mujeres (5)

Dentro de los hospitales generales existen actualmente servicios psiquiátricos para tratamiento de pacientes agudos. Además, hay un pabellón psiquiátrico para pacientes agudos en el Hospital de Belmopan, ubicado en la región occidental. Los servicios ambulatorios son prestados en los consultorios en los hospitales de distrito, así como en los consultorios móviles, en los puestos de salud y en los domicilios en las zonas remotas. Siete de los ocho hospitales distritales sirven de centro de operaciones a un mínimo de dos enfermeras psiquiátricas de atención primaria (EPAP) basadas en sus instalaciones. Habitualmente, una de las enfermeras asiste a los pacientes en el consultorio en el recinto hospitalario mientras que la otra presta servicios primarios de salud mental en la comunidad, usualmente en los consultorios móviles y en otros espacios comunitarios. La presencia de las EPAP en el hospital permite prestar atención a los pacientes admitidos con una afección somática pero que tienen además un trastorno psiquiátrico concomitante. La función de las enfermeras psiquiátricas se está ampliando, lo cual permite responder con flexibilidad a situaciones asociadas con la salud mental (6).

El psiquiatra visita periódicamente los hospitales de distrito en las diversas regiones a fin de evaluar y tratar pacientes con trastornos psiquiátricos complejos, supervisar y dar seguimiento a pacientes

vistos con anterioridad y dictar conferencias a los miembros del personal médico que proporcionan atención general de salud en esos centros.

Como parte del personal distrital de salud, las EPAP tienen una relación directa con los médicos generales, las enfermeras de salud pública y las auxiliares de enfermería de la comunidad. Los consultorios móviles funcionan conjuntamente con otros programas comunitarios, entre ellos los de salud mental, circunstancia aprovechada por las enfermeras psiquiátricas que trabajan en esos servicios para hacer contacto con los usuarios que consultan por otras razones y ofrecerles información sobre salud mental. Otros servicios comunitarios de salud mental provistos por las EPAP incluyen las visitas a las escuelas, en donde dictan charlas a los docentes y proporcionan orientación a los niños con problemas de comportamiento, celebran reuniones con las auxiliares de enfermería y capacitan a otros proveedores de atención. También colaboran con los agentes de la policía con el propósito de sensibilizarlos y proporcionarles información sobre las enfermedades mentales (con estos fines se preparó un manual específico para los cuerpos policíacos).

Proceso de reforma e integración

La necesidad de reforma del paradigma de atención psiquiátrica vigente en Belice derivó del hecho que esta centraba sus actividades en la reclusión de pacientes con trastornos mentales en el hospital psiquiátrico de Rockview (7). Los pacientes con trastornos psicóticos por lo general permanecían hospitalizados durante períodos largos, la atención era custodial y el personal profesional y los programas terapéuticos y de rehabilitación eran muy escasos.

El único consultorio psiquiátrico que brindaba atención ambulatoria en el país estaba ubicado en el hospital general en la ciudad de Belice. Los pacientes que requerían atención psiquiátrica debían viajar a esa ciudad y si la hospitalización estaba indicada, el paciente era enviado al Hospital Psiquiátrico de Rockview (Rockview Psychiatric Hospital). Los pacientes dados de alta eran objeto de seguimiento en la ciudad de Belice. El equipo móvil del consultorio de psiquiatría en esta ciudad visitaba cada distrito como máximo una vez o dos veces al año. Un seguimiento tan espaciado traía como consecuencia la falta de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, lo que era causa de innumerables recaídas. Es más, el sistema de atención así establecido se dedicaba sólo a atender personas con psicosis y otros trastornos psiquiátricos crónicos. La asistencia era prestada por un equipo que constaba de un enfermero auxiliar, un ayudante psiquiátrico y un psiquiatra (generalmente con un contrato de dos años con los Servicios de Voluntarios de Extranjeros).

En 1990, y tras múltiples intentos de cambio, se adoptó finalmente el nuevo paradigma de la atención de la salud mental (8). El objetivo de este modelo era hacer más accesible a la población la atención de salud mental y reducir la atención custodial prolongada mediante la descentralización de los servicios y la atención de salud mental en las comunidades. Una vez que se contase con profesionales psiquiátricos en cada distrito, se podría establecer la coordinación de los servicios de salud mental con los consultorios y puestos de salud locales. De esta manera, la salud mental se convertiría en parte integral de la atención de salud local. Además, la EPAP podría capacitar a otros proveedores de atención de la salud para identificar y referir a los pacientes con trastornos mentales.

Capacitación y desarrollo de los recursos humanos

En 1991, el Ministerio de Salud llevó a cabo un programa de capacitación para certificar a 16 enfermeras profesionales como EPAP, con financiamiento y apoyo de la “Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional”, la OPS y una enfermera psiquiátrica de atención primaria provista por los Servicios Voluntarios en el Extranjero (SVE). En 2004, el Ministerio de Salud y la Universidad de Belice unieron esfuerzos para capacitar un grupo adicional de 13 enfermeras.

Después de la capacitación, las enfermeras regresaban a sus respectivos distritos, para establecer el programa, lo que aseguraba la presencia permanente de los servicios de salud mental en los consultorios de atención ambulatoria, entidades que ahora incluyen también entre sus actividades visitas a domicilio y educación sanitaria en salud mental en escuelas y en la comunidad. La presencia de las EPAP significó la puesta en marcha de un sistema más organizado y uniforme de la atención de la salud mental de orientación comunitaria.

El programa de enfermería psiquiátrica recibe supervisión y enseñanza directa de un psiquiatra consultor y goza del auspicio del Homewood Health Center de Canadá. Otras organizaciones internacionales como la OPS/OMS también proporcionan asistencia técnica y financiera para ampliar esta iniciativa de apoyo a la educación médica en el país (9).

Organismos locales no gubernamentales

La Asociación de Salud Mental de Belice y grupos de usuarios de servicios de salud mental en cada distrito son promotores importantes de la salud mental. La Asociación de Salud Mental de Belice es un organismo no gubernamental que tuvo su origen en la Junta de Consejería de Salud Mental designada por el Ministro de Salud en 1997. Su misión es promover en el público la toma de conciencia acerca de los temas relacionados con el bienestar mental, mejorar los servicios de salud mental y abogar por las personas que padecen trastornos mentales. Los usuarios agrupados han jugado un papel importante mediante acciones dirigidas a persuadir a los dirigentes nacionales y miembros del gobierno a que se establezcan servicios de salud mental adicionales y se asegure la provisión de psicofármacos.

Suministro de medicamentos psicotrópicos

Los medicamentos psicotrópicos están disponibles en todos los hospitales de distrito y en las policlínicas en la ciudad de Belice. Sin embargo, la disponibilidad no es uniforme y los pacientes a veces tienen que adquirir sus propias medicinas. La lista de los medicamentos disponibles incluye la lista esencial de la OMS de los psicotrópicos tradicionales (10) así como los de segunda generación, que se agregaron recientemente al formulario terapéutico nacional. Después de su capacitación, las EPAP han quedado autorizadas para prescribir un número limitado de psicofármacos.

Servicios disponibles

El nuevo modelo que incorpora a las EPAP en la atención de salud a la comunidad ha reducido los ingresos al Rockview Psychiatric Hospital y ha aumentado exponencialmente el número de personas que reciben atención ambulatoria. El censo diario del Hospital Rockview fluctúa entre 47 y 50 pacientes, la mayoría de los cuales están afectados por trastornos crónicos, carecen de apoyo familiar alguno y tienen a la institución como su hogar. Antes de este programa, el censo diario promedio era entre 150 y 180 pacientes.

En 1993, antes de que se instaurara el modelo de atención de salud mental en diferentes niveles, había 929 pacientes ambulatorios registrados. Se observó que cada año aumentaba el número en 25% y se estimó que la tasa de prevalencia era 50 pacientes por cada 1.000 habitantes. En el 2006 fueron atendidos en los consultorios más de 14.000 pacientes (11).

De las 29 enfermeras que se han capacitado como EPAP, 19 están actualmente colaborando con el programa de salud mental. Se han jubilado unas pocas, otras han emigrado, hay varias en la administración del programa de enfermería, y tres actúan como consejeras en el programa de VIH/SIDA.

Evaluación/resultados

Tres años después de iniciado el programa de enfermeras psiquiátricas, la OPS, la Memorial University of Newfoundland y la Universidad de Belice realizaron un estudio de la eficacia y el impacto del servicio en el que se encontró que la mayoría de los pacientes comunitarios (95,4%) estaban satisfechos con los servicios de las EPAP y 94,5% manifestaron que recomendarían su utilización a otros individuos con problemas similares. Mientras que más de la mitad de los pacientes vieron al programa de enfermeras psiquiátricas como la fuente principal de información acerca de su enfermedad (56,9%) y de la provisión de medicamentos (59,6%), sólo 18,3% contactaron a los médicos para recabar pormenores sobre su trastorno y 11,9% para obtener información sobre los medicamentos. La participación familiar en la atención de los pacientes fue considerada como esencial en el tratamiento, siendo éste, precisamente, uno de los principios que promueve la enfermera psiquiátrica de atención primaria.

Se valoró el desempeño de las EPAP mediante viñetas clínicas y se compararon los resultados con los de las enfermeras de atención primaria no psiquiátricas, constatándose que el conocimiento que las primeras tenían acerca de los medicamentos psicotrópicos y sus efectos colaterales era muy adecuado.

La disponibilidad y accesibilidad de las EPAP no estaban restringidas al servicio de atención en consultorios. Un número de pacientes entrevistados en la comunidad manifestaron que, efectivamente, habían sido visitados en sus domicilios por esas funcionarias. Por su parte, las EPAP expresaron que deseaban hacer más visitas domiciliarias, pero encontraban que la falta de transporte era una barrera para llevarlas a cabo. Casi todas estas servidoras opinaron que el programa de capacitación las preparó de manera adecuada.

Conclusiones

El programa de salud mental en la comunidad presta un servicio inestimable, de características singulares, en un país donde son escasos los psicólogos o psiquiatras capacitados. El éxito de este programa ha sido principalmente el resultado de la presencia de las Enfermeras Psiquiátricas de Atención Primaria que, bajo la supervisión de un psiquiatra han logrado un cambio radical en la atención psiquiátrica en el país, que ahora ha adquirido un enfoque indudablemente comunitario. La introducción del nuevo enfoque se ha traducido en la mayor accesibilidad y eficacia de los servicios de salud mental y en el mayor respeto de los derechos humanos de los pacientes (12). A pesar de esos avances, aún queda mucho camino por recorrer, particularmente en relación con la superación del estigma de las enfermedades mentales. Los esfuerzos y dedicación de las EPAP han ayudado a disminuir la actitud negativa hacia el enfermo mental al mismo tiempo que han impulsado la búsqueda de apoyo para prevenir o controlar las enfermedades mentales. Como resultado de estas iniciativas, los beliceños están ahora más dispuestos a buscar ayuda para la depresión, los trastornos por ansiedad, los trastornos psicóticos y otras enfermedades mentales (13). La reducción del número de pacientes psiquiátricos hospitalizados y el aumento de los que reciben atención en sus comunidades es un logro significativo del nuevo enfoque. La aceptación de los miembros del personal médico a tratar en hospitales generales a los pacientes con trastornos psiquiátricos y el aumento de las referencias representan también éxitos notables.

Lecciones fundamentales aprendidas

La estrategia adoptada por el Ministerio de Salud de capacitar Enfermeras Psiquiátricas de Atención Primaria, EPAP, se ha justificado ampliamente en varios niveles, aunque todavía es preciso realizar esfuerzos más arduos para lograr una atención de salud mental integrada. La experiencia ha probado que puede capacitarse eficazmente a las enfermeras de atención primaria para proporcionar atención de salud mental. Mientras algunos pacientes todavía requieren atención directa del psiquiatra, la gran mayoría pueden ser atendidos por las enfermeras capacitadas en psiquiatría. Las Enfermeras Psiquiátricas de Atención Primaria pueden utilizar eficazmente un variado pero limitado conjunto de psicofármacos. Gracias al trabajo de estas servidoras ha sido posible aumentar la conciencia sobre la salud mental tanto dentro de los servicios de salud como en el público general y en otros sectores, v.g., educación y policía. Al disponer al menos de dos EPAP en el nivel distrital, se puede ampliar la atención directa así como las acciones de promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales. Este enfoque está pagando dividendos: la adopción de un método escalonado de la atención de salud mental primaria integrada facilita que muchas personas sean tratadas en la comunidad en lugar de los hospitales.

El camino seguido por el Ministerio de Salud ha reivindicado, en diferentes planos el programa de capacitación de enfermeras psiquiátricas. Entre las lecciones derivadas de esta iniciativa se distinguen por su trascendencia las siguientes:

- Mediante la habilitación de servicios ambulatorios accesibles y de bajo costo es posible aumentar significativamente el número de personas con problemas de salud mental atendidas (12).
- Las enfermeras generales pueden ser capacitadas efectivamente para proveer cuidados de salud mental a la gran mayoría de las personas con problemas mentales. Sólo una fracción de los pacientes necesitan ser derivados al psiquiatra.

- Las EPAP adiestradas en el programa específico están capacitadas para utilizar un número limitado de medicamentos psicotrópicos.
- La introducción del programa EPAP ha despertado la toma de conciencia sobre la importancia de la salud mental, por parte de otros servicios del sector salud y de otros sectores como seguridad pública y los relacionados con el afrontamiento de desastres.
- La presencia de dos EPAP en cada distrito facilita la entrega de cuidados clínicos y las actividades de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales (14).
- Para lograr la integración total de la salud mental en las clínicas y en los puestos de salud es preciso disponer primero en el nivel distrital de un mínimo de EPAP funcionales y experimentadas (8).
- La integración progresiva de la salud mental en las clínicas y en los puestos de salud mediante las actividades de las EPAP hace factible que, por obra de sus demostraciones prácticas y funciones docentes, el personal de atención primaria se encargue del manejo de los problemas de salud mental menos complicados.

Referencias

1. Pan American Health Organization (2007). *Health in the Americas: Belize situational analyses*. Vol. II; 88-101. PAHO. Washington DC.
2. Health sector reform project. Quarterly Report. Jan-april 2006. Belmopan, Belize.
3. Government of Belize. *First millenium development goals report*. National Human Development Committee. Ministry of National Development, Belmopan. 2005.
4. Cayetano, C. Mental Health Report. Government of Belize (2004).
5. GENACIS. International Study on Gender, Alcohol and Culture. 2005 report.
6. Caldas de Almeida JM. Mental health services for victims of disasters in developing countries: a challenge and an opportunity. *World Psychiatry*. 2002;1 (3):155-7
7. Bonander J, Kohn R, Arana B & Levav I. An anthropological and epidemiological overview of mental health in Belize *Transcultural Psychiatry*.2000; 37:57-72.
8. Profile of the mental health nurse practitioner/psychiatric nurse practitioner. *Community mental health service, policy and procedure. manual for mental health nurse practitioners/psychiatric nurse practitioners/mental health officers*. August 2000.
9. Kohn H, Saxena S, Levav I & Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 82 (11). Geneva. 2004.
10. WHO. Mental health policy and service guidance package (13 modules), url: http://www.who.int/mental_health/policy/en.
11. Ministry of Health. Diagnostic by Districts (2006). *Psychiatric nurse practitioner report*. Department of epidemiology, Ministry of health, Belmopan, Belize, Central America. 2006.
12. WHO. *WHO Resource book on mental health, human rights and legislation*. Geneva. 2005.
13. Government of Belize. National Human Committee, Ministry of National Development. *Identification of best practices in primary care*. Mental Health Program, Ministry of health. Belmopan. 2007.
14. Alarcón R & Aguilar-Gaxiola S. Mental health policy developments in Latin America. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78:483-490.



*Panamá es un país que ha
tenido una política de salud
mental continuada basada en los
principios de la Declaración de
Caracas y que se ha mantenido a
través de diferentes gobiernos, con
un apoyo de los profesionales de
salud mental importante.*

Panamá: la descentralización de los servicios de salud mental

*Juana del C. Herrera**

*Gaspar Da Costa***

*Victor Aparicio Basauri****

Antecedentes históricos (1)

Los inicios de la atención a los enfermos mentales en Panamá están ligados a la construcción del Canal. La primera referencia de una atención psiquiátrica institucionalizada data de la época en la cual los equipos franceses iniciaron la construcción del Canal. Les tocó a ellos dedicar a personas con trastornos psiquiátricos una sección del pequeño Hospital de Miraflores que construyeran en 1881. De León (2) supone que también se pudo dar algún tipo de asistencia psiquiátrica en el sanatorio para convalecientes que se abrió en la Isla de Taboga (frente a la ciudad de Panamá) en 1885 y que estuvo en funcionamiento hasta 1914. En 1905, durante la administración estadounidense, los pacientes, en número de 121, fueron trasladados a una sala especial del Hospital Ancon en la zona del Canal. La capacidad del hospital para este tipo de pacientes, el cual a partir de 1928 se llamó Hospital Gorgas, era de 210 plazas.

En 1912 se planteó una reforma del Hospital Ancon que preveía un nuevo asilo para dementes, pero al modificarse el proyecto se optó por crear un hospital aparte para los pacientes con trastornos mentales. En realidad, lo que se proyectó fue establecer una granja para enfermos crónicos, inválidos y mentales. En 1915 los pacientes mentales fueron llevados a la Granja-Hospital de Corozal junto con un grupo de pacientes con trastornos crónicos y sin hogar (3). Este planteamiento estaba dentro de los parámetros del tratamiento moral que predominaba en la época.

Por el Convenio Taft de 1904, los Estados Unidos habían asumido el control de los problemas relacionados con la salud en todo el territorio de Panamá.

* Psiquiatra del Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá.

** Psiquiatra, Ministerio de Salud. Panamá, Panamá.

*** Asesor Subregional de Salud Mental para Centroamérica, México y Caribe Hispano. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Panamá, Panamá.

Sin embargo, en 1922 el convenio Taft se deroga y en 1924 un decreto del presidente Belisario Porras determina el control, por parte del Gobierno Nacional, del Hospital Santo Tomás en la capital y de los hospitales provinciales. Ese mismo año se sanciona una ley para la construcción de un centro hospitalario psiquiátrico (4), pero no fue sino hasta 1933 cuando Panamá asume la atención directa de sus enfermos mentales en el Retiro Matías Hernández, que posteriormente se llamaría Hospital Psiquiátrico Nacional (1950) y hoy Instituto Nacional de Salud Mental (2004). El gobierno de Panamá pagaba una suma de dinero por los 610 pacientes que eran atendidos en la Granja-Hospital de Corozal. Estos costos estuvieron entre las razones que motivaron que el gobierno nacional creara una institución propia fuera de la zona del Canal.

Desarrollo de la atención psiquiátrica

En el Código Sanitario de 1947 se contempló que la Dirección General de Salud Pública propusiera un plan de higiene mental (5), pero no fue sino hasta la década de los cincuenta cuando se tomaron medidas concretas que sentaron las bases de la asistencia psiquiátrica en el país (5). El código sanitario también señaló elementos clave en cuanto a la atención de las personas con enfermedades mentales y a la protección de sus derechos, mencionando inclusive la asistencia a nivel comunitario:

...el Estado “orientará y supervigilará los servicios destinados al tratamiento de individuos que sufran perturbaciones nerviosas o mentales, sea en instituciones, en servicios de asistencia heterofamiliar del Estado o a domicilio; protegerá a los predispuestos a enfermedades neuropsíquicas y a los egresados de los establecimientos psiquiátricos, inclusive legalmente...” (Art. 125).

En 1956 se creó la sección de higiene mental en la Dirección General de Salud del Ministerio. Un año antes, la Caja del Seguro Social había comenzado a prestar atención psiquiátrica ambulatoria; en 1956 el Hospital de Santo Tomás también comenzó con esta modalidad de atención. En 1959 la Caja del Seguro Social dio un paso más en su estructura administrativa y creó la unidad de neuropsiquiatría (6). A comienzos de la década de los sesenta la atención ambulatoria, que estaba concentrada en la capital, comenzó a desarrollarse en las provincias del interior mediante las denominadas “giras” (4) que realizaban un equipo de psiquiatras principalmente del Hospital Psiquiátrico Nacional.

El primer intento de hospitalización psiquiátrica en un hospital general se hizo en 1962 y duró solo tres semanas. El suicidio de un paciente, que se lanzó al vacío desde el tercer piso del Hospital General de la Caja del Seguro Social, CSS, (6) terminó con esta iniciativa. Esta modalidad asistencial se reanudó en 1969. En 1971 se creó en la capital otra unidad de internamiento: la sala de psiquiatría del Hospital Santo Tomás.

Coincidiendo con este desarrollo de la atención psiquiátrica se iniciaron los programas reglamentados para formar especialistas en psiquiatría; la CSS comenzó su programa en 1969 y el Hospital Psiquiátrico Nacional en 1971 (7). Para esa época los psiquiatras ya se habían incorporado en la asociación de psiquiatras del Istmo, creada en 1959 con psiquiatras panameños y psiquiatras que trabajaban en la zona del Canal, administrada por los Estados Unidos. A raíz del conflicto de 1964 entre Panamá y los Estados Unidos esta asociación sufrió una escisión y en 1967 se convirtió en la Sociedad Panameña de Psiquiatría (8).

Durante el período de 1955 a 1971 se sentaron las bases de la atención psiquiátrica en Panamá, sobre las que se desarrolló el crecimiento posterior de los servicios de salud mental. No obstante, no fue sino hasta la década de los noventa cuando comenzaron a manifestarse cambios profundos en el modelo asistencial.

El cambio: la desinstitucionalización y la descentralización

Hay dos hechos que influyeron en el proceso de cambio de la atención psiquiátrica de Panamá por una de orientación comunitaria. El primero fue la Declaración de Caracas de 1990, originada en la “Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina” a la que Panamá se incorporó y ratificó (9). La segunda fue el informe negativo en 2001 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (10) sobre las estructuras asilares de salud mental en el país, que permitió dar un empuje definitivo a los cambios iniciados en la década de los noventa.

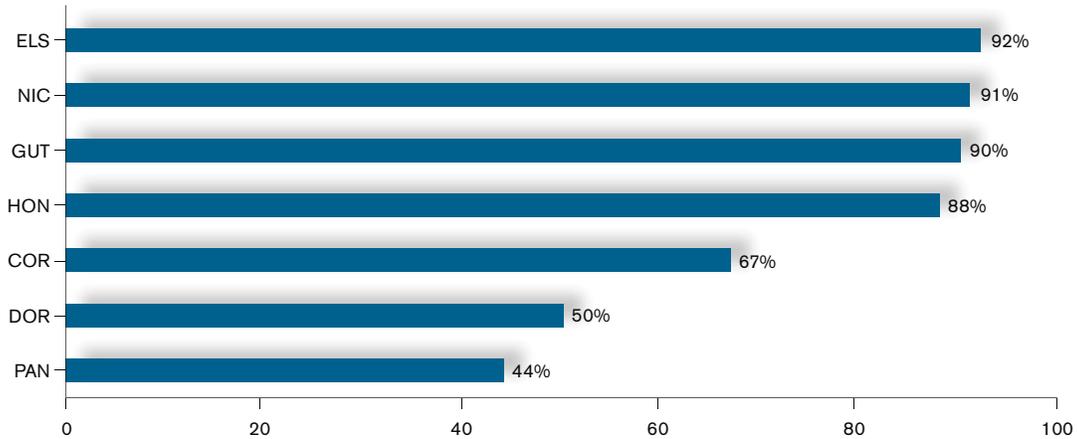
Hay otros factores que se habían manifestado en períodos anteriores y que merecen destacarse por su aporte a este proceso de cambio:

- La existencia, desde los años cincuenta del siglo pasado de una cultura profesional que predicaba proveer una atención más humana a las personas con trastornos mentales.
- El inicio de la formación de recursos humanos (psiquiatras y enfermeras) especializados en psiquiatría y en salud mental en Panamá, desde la década de los años ochenta.
- El mantenimiento de una política de salud pionera en la estrategia de Atención Primaria en Salud con el lema “Salud igual para todos” desde el decenio de los años setenta.
- La existencia de una red primaria de atención de la salud distribuida a lo largo y ancho del país, consolidada en los años setenta, y la incorporación como parte de la misma de profesionales de la salud mental y psiquiatría (psiquiatras y enfermeras).

En 2003 esta estrategia se plasma en un Plan Nacional de Salud Mental que reforzará el camino emprendido en la década anterior. En 2006 se realizó la evaluación del sistema de atención en salud mental del país con el instrumento de OMS denominado OMS-IESM (en inglés WHO-AIMS) y se pudo dar el debido realce a los cambios realizados (11). Uno de los cambios más sobresalientes es el proceso de desinstitucionalización del Instituto Nacional de Salud Mental. Este proceso tuvo sus antecedentes en el diagnóstico institucional y en el Plan de Acción (12) que se formulara en 1994 para el entonces denominado Hospital Psiquiátrico Nacional. Esas acciones sentaron las bases para iniciar un proceso de cambio en esa institución que se ha hecho más palpable en la primera década de este siglo. En aquellos años un problema apremiante era el porcentaje importante de pacientes con trastornos crónicos que permanecían en la institución por razones sociales. Por ejemplo, en un momento dado había 243 personas mayores de 60 años con períodos de internamiento entre 15 a 20 años, cuyos requerimientos de atención eran mínimos (13). La estrategia de transformación de la institución fue doble; por un lado se mejoraron sus servicios asistenciales mediante el desarrollo de programas de atención integral para los pacientes desde el inicio de la hospitalización, implementando una estrategia amplia de programas de rehabilitación, y por otro lado se realizó una política de externalización de pacientes en forma individualizada. Según la evaluación del OMS-IESM de 2006, en los últimos cinco años el Instituto Nacional de Salud Mental (antiguo Hospital Psiquiátrico Nacional) había reducido sus camas en 63%. Este hecho ha tenido su repercusión presupuestaria

ya que del total del presupuesto de salud mental solo 44% se dedica al Instituto Nacional de Salud Mental mientras que el 56% restante se invierte en otros servicios de índole comunitaria del país. En la figura 1 se puede ver que Panamá es el país del grupo de Centroamérica y República Dominicana que dedica de su presupuesto de salud mental un porcentaje menor al hospital psiquiátrico y uno mayor a los servicios comunitarios. Por otra parte, la figura 2 muestra como Panamá tiene la tasa más alta de camas de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales por 100.000 habitantes de Centroamérica y República Dominicana.

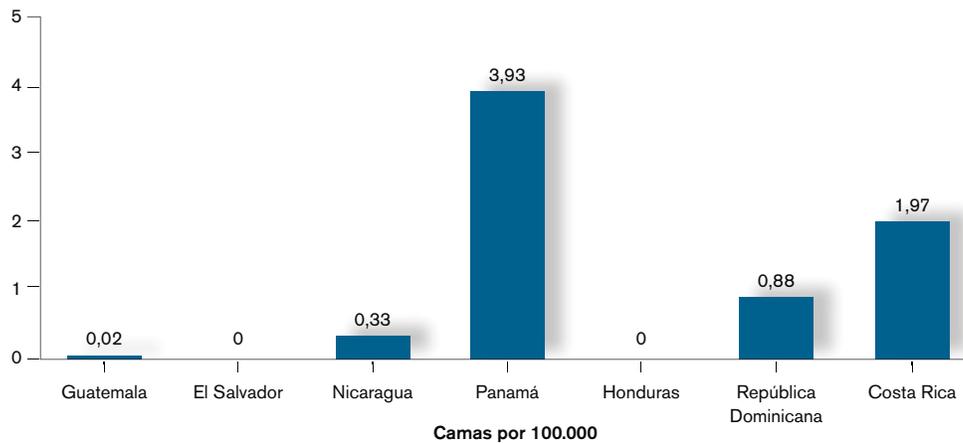
Figura 1. Porcentaje del presupuesto de salud mental dedicado a los hospitales psiquiátricos en los países centroamericanos y de la República Dominicana



PAN = Panamá, DOR = Rep. Dominicana, COR = Costa Rica, HON = Honduras, GUA = Guatemala, NIC = Nicaragua, ELS = El Salvador

Fuente: Informe de la evaluación de los servicios de salud mental de los países centroamericanos y la República Dominicana durante el periodo 2005-2007. Washington, DC. OPS/OMS.

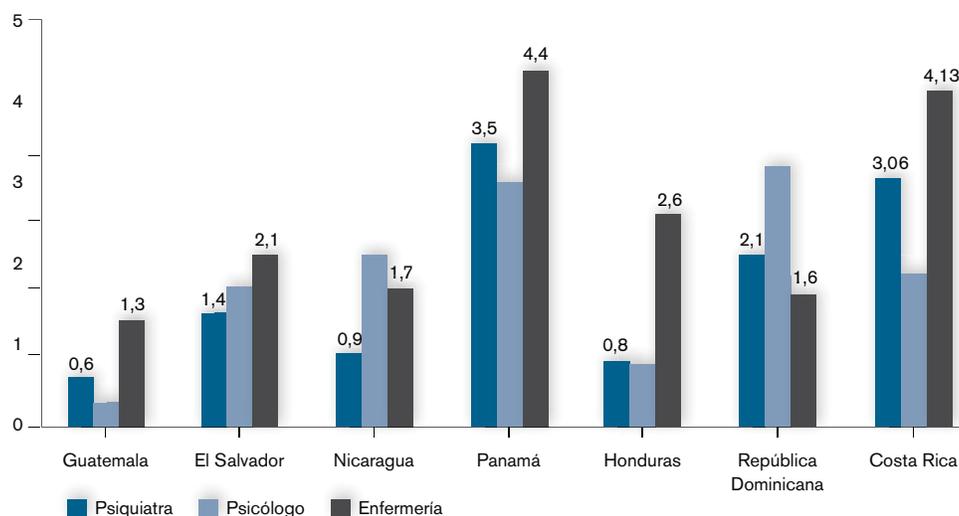
Figura 2. Tasa de camas de psiquiatría en hospitales generales por 100.000 habitantes en Centroamérica y República Dominicana



Fuente: Informe de la evaluación de los servicios de salud mental de los países centroamericanos y la República Dominicana durante el periodo 2005-2007. Washington, DC. OPS/OMS.

El modelo de atención comunitaria de Panamá ha estado basado en la existencia de una red primaria distribuida a lo largo y ancho del país, consolidada en los años setenta, y en la inserción como parte de la misma de profesionales de la salud mental y psiquiatría (psiquiatras y enfermeras). La salud mental comunitaria en Panamá está integrada dentro de las instalaciones de Atención Primaria en Salud, y no está segregada en centros especializados. Los profesionales especialistas del campo de la salud mental están adscritos a los servicios de atención primaria, y en su gestión hacen énfasis en la promoción, prevención y atención temprana. Se realizan las Clínicas de Anatenol (neuroléptico de depósito), litio, enuresis, atenciones y terapias grupales, charlas como apoyo a otros programas y participación en temas como embarazo de adolescentes y problemas de aprendizaje, entre otros. Las enfermeras de salud mental son agentes centrales por cuanto en su formación básica se le da mayor relevancia a la promoción y prevención y participan en las giras integrales de atención, las caravanas de salud y en otras estrategias de salud dirigida a la comunidad. Como se aprecia en la figura 3 las tasas por 100.000 habitantes de estos profesionales y de los psicólogos en el país vuelve a ser la más alta del grupo de países de Centroamérica y República Dominicana.

Figura 3. Tasas de psiquiatras, psicólogos y enfermeras por 100.000 habitantes en Centroamérica y República Dominicana



Fuente: Informe de la evaluación de los servicios de salud mental de los países centroamericanos y la República Dominicana durante el periodo 2005-2007. Washington, DC. OPS/OMS.

El OMS-IESM (11) también puso de manifiesto nuevos retos que tiene el país; uno de los más importantes, en el marco de la política de salud, es la dualidad de funciones y servicios entre el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social. Hoy este tema es objeto de debate con miras a desarrollar un nuevo proyecto de sistema unificado de salud. Más específicamente, en el campo de la salud mental se ve la necesidad de fortalecer la metodología de trabajo en el nivel primario de atención, desarrollando protocolos y normas adecuadas a la nueva situación. También es imprescindible mejorar el sistema de información para los temas de salud mental con el fin de destacarlos más y poder llevar un monitoreo y evaluación de estos procesos. Estas mejoras harán más eficiente la distribución de los psicofármacos en las diferentes regiones del país, contribuirán a la oferta adecuada de los mismos y promoverán la descentralización, para salvar así el obstáculo crítico de la centralización de los

servicios. A nivel de la estructura asistencial la parte más débil son las estructuras de rehabilitación comunitarias, por lo que el informe recomendaba el aumento de este tipo de dispositivos.

Conclusión

Panamá es un país que ha tenido una política de salud mental continuada basada en los principios de la Declaración de Caracas y que se ha mantenido a través de diferentes gobiernos, con un apoyo de los profesionales de salud mental importante, cuyos frutos se han podido ver en el informe del OMS-IESM (WHO-AIMS) de 2006 sobre el sistema de salud mental.

Referencias

1. Roy A. Los grandes hospitales del Canal. alonsoroy.com
2. De León O. Las influencias colonialistas en el desarrollo de la psiquiatría panameña, en J. Mariategui Ed. *La psiquiatría en América Latina*. Losada. Buenos Aires. 1989.
3. Grimaldo G. Historia de la psiquiatría en Panamá, en *Historia de la psiquiatría en Centroamérica*.
4. Da Costa G. Antecedentes históricos en “Desarrollo de la salud mental en Panamá: historia y actualidad”. Serie de Salud Mental No. 1, OPS. 2007.
5. Ley No. 66 de 10 de noviembre de 1947. Panamá.
6. Amador A., Sanchez V. Los servicios de salud mental en la Caja del Seguro Social, en “Desarrollo de la salud mental en Panamá: historia y actualidad”. Serie de Salud Mental No. 1. OPS. 2007.
7. Samaniego de Díaz L. Formación profesional de especialistas en “Desarrollo de la salud mental en Panamá: historia y actualidad”. Serie de Salud Mental No. 1. OPS. 2007.
8. Ponce H. Sociedad Panameña de Psiquiatría en “Desarrollo de la salud mental en Panamá: historia y actualidad”. Serie de Salud Mental No. 1. OPS. 2007.
9. Resolución Ministerial No. 01282 de 5 de septiembre de 1991, que adopta la Declaración de Caracas, Venezuela de 14 de noviembre de 1990.
10. Rodríguez E.L. Aspectos jurídicos legales en “Desarrollo de la salud mental en Panamá: historia y actualidad”. Serie de Salud Mental No. 1. OPS. 2007.
11. MINSA-OPS/OMS. Informe sobre el sistema de salud mental en Panamá. OPS/OMS. Panamá. 2006.
12. Armijo J. Una visión de la reforma del Hospital Psiquiátrico Nacional en “Desarrollo de la salud mental en Panamá: historia y actualidad”. Serie de Salud Mental No. 1. OPS. 2007.
13. Boyd Y. Los cambios en la hospitalización en “Desarrollo de la salud mental en Panamá: historia y actualidad”. Serie de Salud Mental No. 1. OPS. 2007.

CAPÍTULO 26

Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental

*Alberto Minoletti**

*Patricia Narváez***

*Rafael Sepúlveda****

*Angélica Caprile*****

Introducción

Chile es un país con una larga historia de desarrollo de la salud pública y de programas comunitarios de salud mental. A fines de la década de los años sesenta comenzó a conformarse un modelo de atención en salud mental más equitativo. Este buscó terminar con la discriminación, exclusión y estigmatización de las personas con enfermedad mental, consecuencias del patrón institucional entonces predominante

En la década de los años noventa, con la recuperación de la democracia, se incorporaron a los programas de atención un conjunto de acciones destinadas a garantizar los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales. Fue en esa época cuando el país dio los primeros pasos para adoptar en el ámbito de la salud mental un nuevo modelo de atención acorde con las recomendaciones de los organismos internacionales de salud y con los progresos obtenidos en otros países en esta materia. La Declaración de Caracas de 1990 y el apoyo técnico de la OPS/OMS contribuyeron significativamente a los avances realizados en este proceso.

En 1993 se promulgó el primer Plan Nacional de Salud Mental (1) en el que se propusieron nuevas estrategias, dirigidas a facilitar un mayor acceso de la población a los servicios de salud mental provistos por el Sistema Público de

* Jefe, Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

** Funcionaria del Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

*** Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago, Chile.

**** Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Salud. No fue sino hasta el año 2000 (2), con la reformulación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, elaborado con amplia participación de profesionales y de la sociedad civil, cuando se explicitó la necesidad de implementar un sistema de atención ambulatorio basado en la comunidad. Este Plan se constituyó en el documento orientador para directivos, equipos de salud y agrupaciones de usuarios y familiares, en el desarrollo del nuevo modelo.

En términos generales, este plan reconoce que la atención integral comprende intervenciones de carácter intersectorial para promover la salud mental. En esas intervenciones, la comunidad participa en la creación de entornos que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de sus ciudadanos y disminuyan los factores de riesgo psicosocial. Igualmente, apoya y participa en la programación y ejecución de intervenciones de carácter preventivo (primario, secundario y terciario) dirigidas al diagnóstico oportuno, tratamiento temprano y rehabilitación de la persona con enfermedad mental.

La hospitalización psiquiátrica se concibe en el Plan como una alternativa excepcional de atención de un episodio agudo que se presente en cualquier estadio de la evolución de la enfermedad de algunas personas. La intervención deberá ser lo más breve posible, buscando el pronto retorno de la persona a su familia y comunidad una vez superada la causa de hospitalización.

Del hospital psiquiátrico a la red de servicios ambulatorios y comunitarios

La cobertura de atención de las personas con trastornos mentales severos estaba concentrada en Chile, hasta 1990, en cuatro hospitales psiquiátricos ubicados en la capital y zona central del país, con una capacidad total de 3.160 camas. Además, se prestaba atención en nueve servicios de psiquiatría en hospitales generales, distribuidos a lo largo del territorio, con un total de 239 camas. Ambos tipos de camas presentaban habitualmente altos índices de ocupación por hospitalizaciones de larga estadía (82%).

La atención ambulatoria estaba centrada en 18 policlínicos con especialidad en psiquiatría (en hospitales generales), cuya insuficiente capacidad limitaba el acceso oportuno a la atención, con listas de espera de seis o más meses, seguimiento ineficaz e insuficiente continuidad de la atención. Todo esto generaba una demanda excesiva de hospitalización (3).

Surgió así la urgente necesidad de emprender cambios profundos ante ese problema. La estrategia adoptada fue el despliegue de una red de servicios basada en la satisfacción de las necesidades de los usuarios, que facilita su paso por ella de manera fluida, expedita y eficiente.

El desafío era ampliar la cobertura ambulatoria y mejorar el acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones en los niveles primario, secundario y terciario de los servicios asistenciales.

La declaración de principios establecidos en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hizo necesario que este gran desafío estuviese acompañado de un financiamiento sustentable. Este se aseguraba, por un lado, con la redistribución de los recursos ya existentes, y por otro, con la asignación de recursos nuevos, proporcionales y acordes con el nivel de desarrollo alcanzado por el país. Sólo de esta manera sería posible realizar los cambios estructurales necesarios para mejorar la capacidad de respuesta y organizar la red de servicios requeridos por la población.

Otro aspecto por resolver fue el saldo de la deuda histórica con los usuarios y usuarias que se encontraban por 10, 20 o más años en los grandes hospitales psiquiátricos y con aquellas personas que permanecían en la comunidad sin recibir atención, víctimas de discapacidad y con perjuicio grave de su salud mental. Los estudios chilenos mostraban altas tasas de prevalencia de enfermedades mentales, tales como depresión, esquizofrenia y consumo peligroso de alcohol y drogas, entre otras, que no estaban siendo suficientemente consideradas en las políticas públicas vigentes (3).

El énfasis del Plan se centró en la implementación de una red de servicios de salud mental ambulatoria basada en la comunidad, que permitiera disminuir las brechas existentes en la atención, impidiera el ingreso a servicios de larga estadía y facilitara la reintegración a la comunidad de las personas confinadas en ellos.

Para el año 2009, el número de camas en hospitales psiquiátricos había disminuido a 271, y sólo 4% de ellas eran de larga estadía. Por otro lado, el número de servicios de psiquiatría en hospitales generales se había duplicado (veintitres) habiendo alcanzado una capacidad de 51 camas; al mismo tiempo el número de servicios ambulatorios y comunitarios había aumentado a 126. La figura 1 muestra la variación en el número de plazas de larga estadía y viviendas protegidas del Sistema Público de Salud, desde la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el año 2000. La figura 2, por su parte, ilustra los cambios en el número de plazas en los dos tipos de viviendas protegidas que se han desarrollado en el país: 1) hogares protegidos, con régimen de puertas abiertas y alto grado de integración a la comunidad; en cada uno de los cuales reside un máximo de ocho usuarios, con niveles variables de apoyo de acuerdo con el grado de autonomía y a su participación en actividades y decisiones domésticas; y 2) las residencias, cuyos usuarios requieren mayor grado de protección y un alto nivel de apoyo las 24 horas del día.

Desde el comienzo de este proceso, un gran obstáculo para su desarrollo ha sido el déficit en cantidad, distribución geográfica y formación clínica y comunitaria pertinente de los recursos humanos. También ha sido una limitación el lento ritmo de desarrollo de nuevos dispositivos ambulatorios y comunitarios de soporte, situación que, con matices variados, persiste en menor grado hasta hoy. Del mismo modo, las estrategias de protección social para las personas con discapacidad mental, por

Figura 1. Variación de plazas en hogares y residencias protegidas y en unidades de larga estadía en hospitales psiquiátricos (2000-2009)

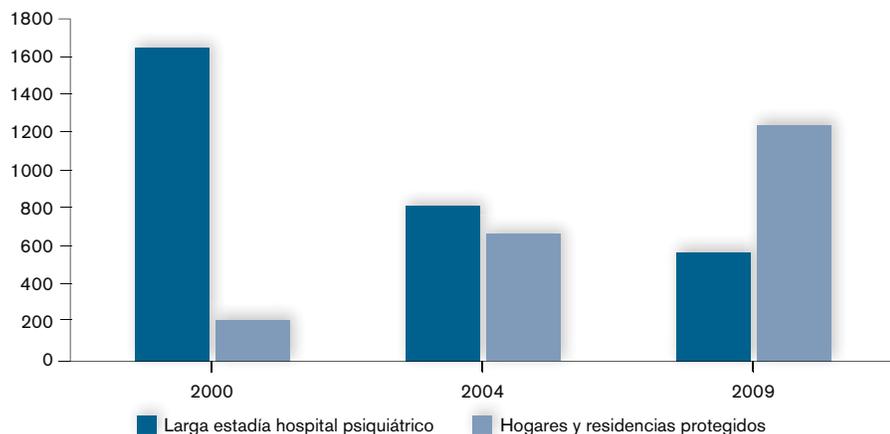
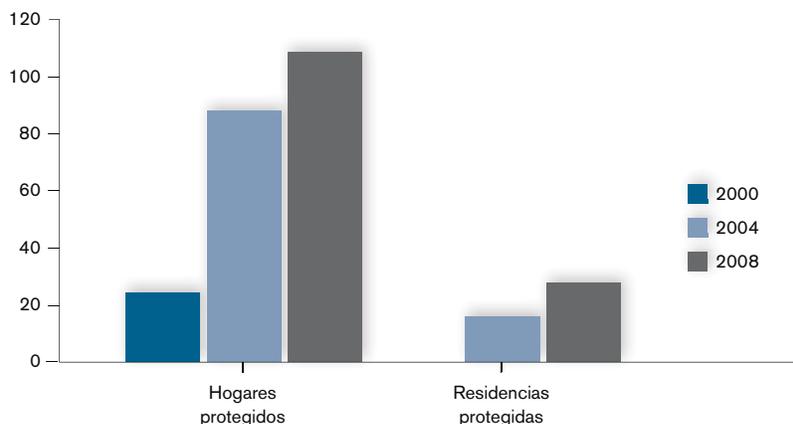


Figura 2. Variación del número de hogares y residencias protegidas 2000-2008

ejemplo, provisión de vivienda, servicios sociales o apoyo a la inserción laboral, eran prácticamente inexistentes al inicio de este proceso y aunque mejoradas, aún no son satisfactorias.

Principales estrategias seleccionadas para la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

El Plan propuso cuatro estrategias principales para lograr el cambio en el modelo de atención en el ámbito público y subsecuentemente en el medio privado. Sólo para efectos didácticos, es posible separar estas estrategias, pero en la práctica se superponen de manera parcial por efecto de interacciones que inducen su sinergia.

Cobertura Nacional del Plan de Salud Mental y Psiquiatría (2000)

La elaboración de un plan de carácter nacional facilitó el desarrollo simultáneo de la red de servicios en cada uno de los 28 Servicios de Salud (correspondientes a las 28 áreas de salud en que se divide el territorio del país). El Plan se hizo operativo a través de un Programa de Salud Mental, el cual definió siete prioridades (promoción y prevención, víctimas de violencia, trastorno de hiperactividad/atención, depresión, esquizofrenia, demencias y problemas de alcohol y drogas). El proceso fue liderado en cada Servicio de Salud por una persona encargada del programa de salud mental.

La implementación del Plan, si bien presente en todo el territorio nacional, ha sido heterogénea. Esto es atribuible en parte a la diversidad geográfica, demográfica, productiva, cultural, y epidemiológica que presentan los 28 Servicios de Salud a lo largo del país; y en parte, al grado diverso de adopción del tema como prioridad sanitaria por los cuerpos directivos regionales y locales.

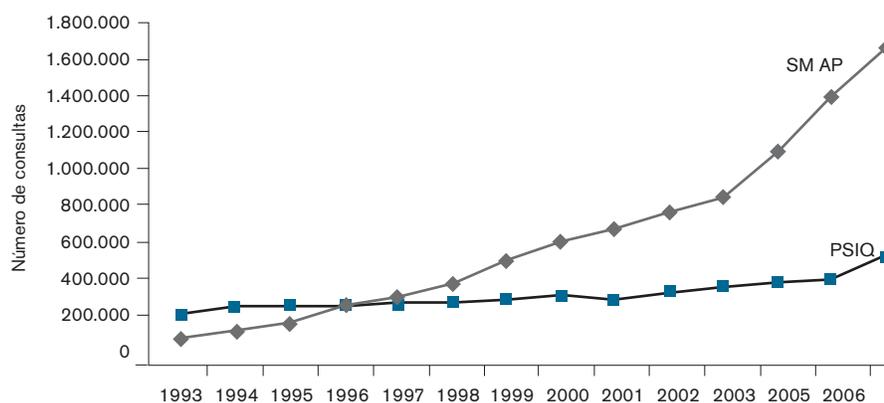
Entre los factores que han repercutido en el avance del Plan está el grado de sensibilidad de las autoridades locales del sistema de salud frente a los problemas relacionados con la salud mental y la presencia de una actitud estigmatizadora en muchos de ellos. Cabe resaltar que la resistencia al cambio de paradigma también se ha presentado en algunos profesionales especializados.

A lo ya señalado, cabe agregar que, para la consolidación de este modelo, es primordial la existencia de una política de desarrollo de recursos humanos. De esencial relevancia es la creación de una carrera administrativa que ofrezca a los funcionarios incentivos para la adquisición de habilidades prácticas y competencias pertinentes al modelo comunitario de atención de la salud mental

Otro factor determinante de los avances realizados en la atención de las personas con trastorno mental ha sido la instalación del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), como parte del proceso de Reforma de Salud en el que Chile se encuentra involucrado (4). Se ha logrado incorporar al sistema de garantías de atención tres importantes problemas de salud mental: esquizofrenia (en el 2005), depresión (en el 2006) y consumo perjudicial y dependencia a alcohol y drogas (en el 2007).

La adopción de ese enfoque se ha reflejado claramente en el aumento de la cobertura de atención en la población afectada por las enfermedades citadas; también ha favorecido la adscripción de recursos humanos adicionales y el fortalecimiento de la red de atención en salud mental comunitaria en cada región. La figura 3 muestra el mayor aumento experimentado por las consultas de salud mental realizadas por profesionales de atención primaria en comparación con las hechas por psiquiatras.

Figura 3. Variación en el número de consultas en salud mental y psiquiatría en la atención primaria y especializada. 1993-2006



SM AP: Consultas de salud mental realizadas por personal de atención primaria
PSIQ: Consultas de psiquiatría realizadas por personal especializado

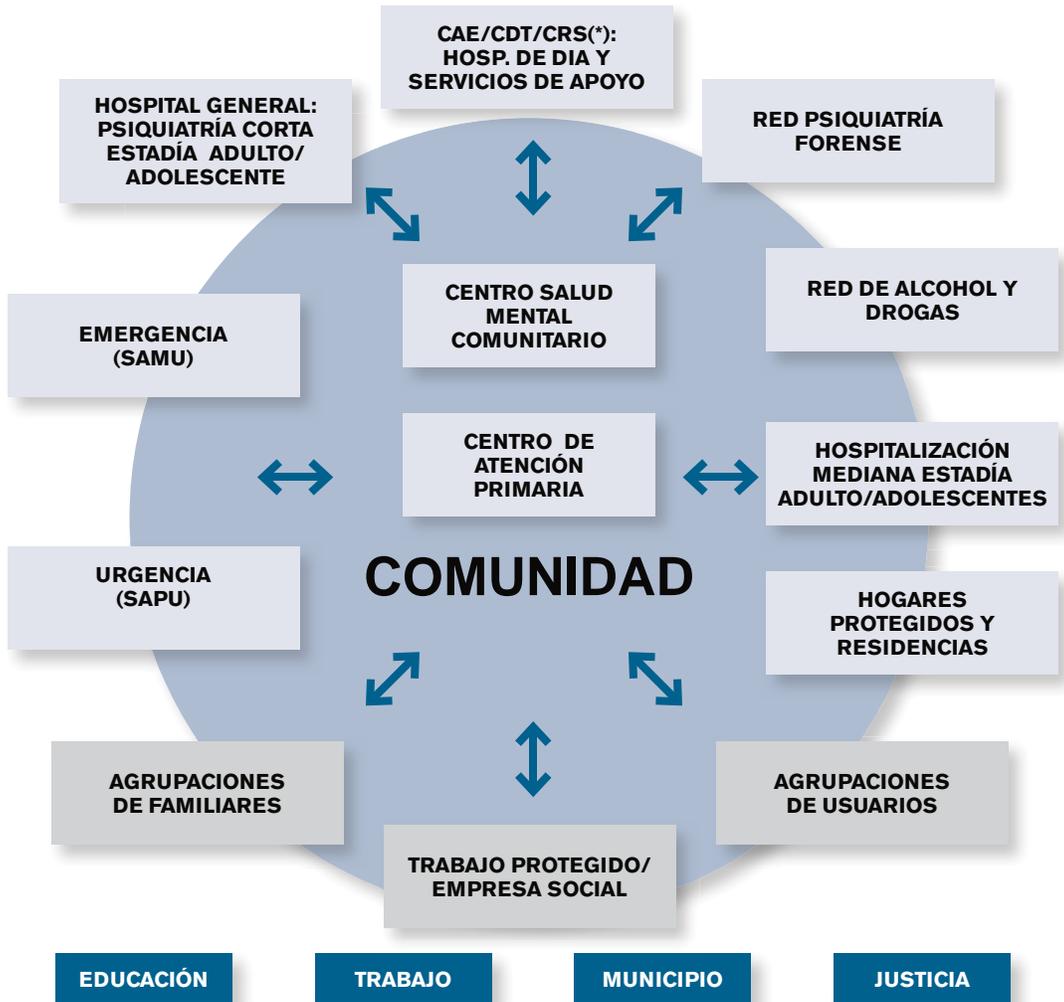
Desconcentración de la estructura organizacional

La implementación del Plan significó la transferencia de competencias resolutorias entre los niveles de atención, es decir, se transitó desde la atención centrada en el nivel secundario y terciario (hospitales psiquiátricos, policlínicos de especialidad y escasas camas de hospitalización en algunos hospitales generales), a la atención de personas en el nivel primario, en especial las afectadas por trastornos de mayor prevalencia, por ejemplo, la atención de personas con depresión leve y moderada.

La desconcentración significó la diversificación de la oferta de servicios, con la puesta en funcionamiento de hospitales de día, centros de salud mental comunitaria, hogares protegidos, residencias y programas comunitarios de rehabilitación psicosocial. En otras palabras, la red creada no sólo era de naturaleza sanitaria, sino también comunitaria y social. El nuevo paradigma garantizaba así la

atención integral a las personas con trastorno mental y con discapacidad (5). El modelo de red de salud mental desarrollado se ilustra en la figura 4.

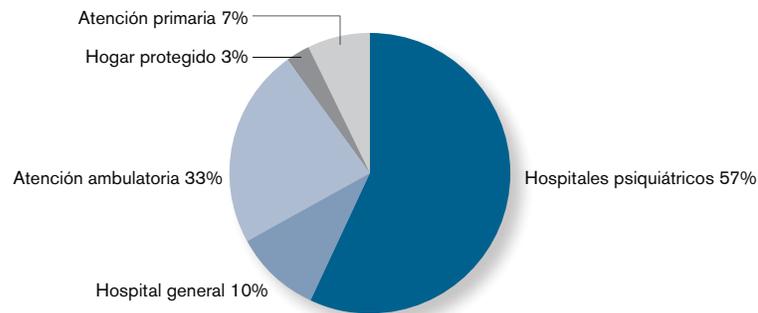
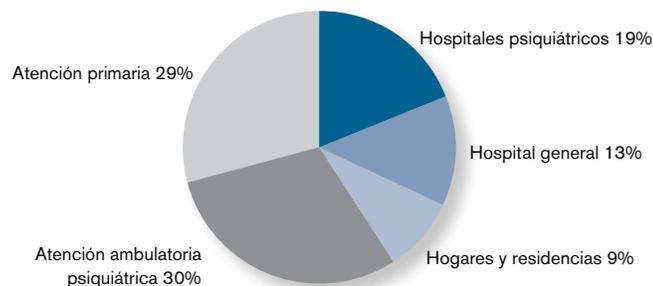
Figura 4. Modelo general para la red de salud mental y atención psiquiátrica



* Centros de atención de especialidades médicas, ubicados habitualmente adjuntos a un hospital general, y que incluyen atención de psiquiatría

Descentralización de los recursos

Esto implicó adecuar la distribución de los recursos humanos y financieros a las realidades y necesidades locales, permitiendo disminuir las inequidades existentes hasta ese momento en el país. Es así como los cuatro hospitales psiquiátricos concentraban 57% de los recursos asignados a salud mental en el Sistema Público antes de la implementación del Plan Nacional del año 2000, y a cuatro años de desarrollo de él este porcentaje había disminuido a 36% (6) y a 9 años a 19% (véanse figuras 5 y 6).

Figura 5. Distribución porcentual de recursos en salud mental y psiquiatría. 1999**Figura 6.** Distribución porcentual de recursos en salud mental y psiquiatría. 2004

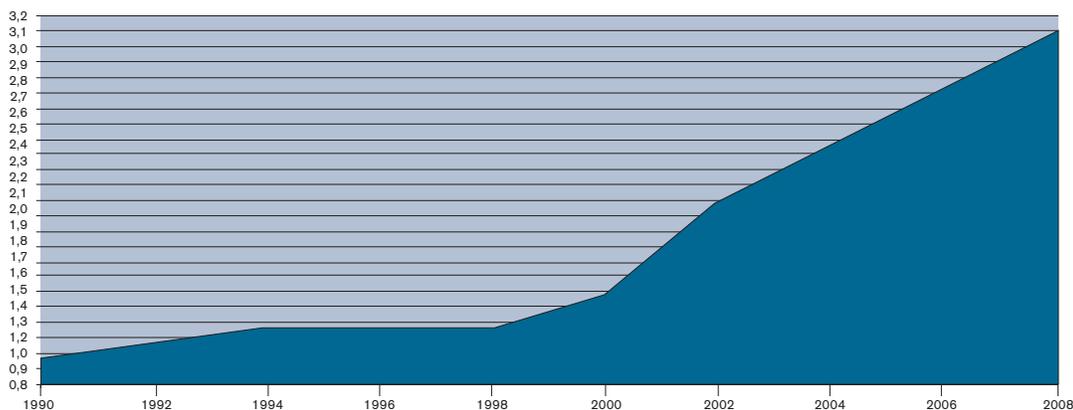
La estrategia descentralizadora y la asignación de recursos presupuestarios nuevos determinaron el traspaso a los Servicios de Salud (entidades autónomas y descentralizadas del Sistema Público de Salud) del financiamiento destinado a la instalación de nuevos dispositivos ambulatorios y comunitarios. De esta manera, se facilitó el acceso a los servicios en instalaciones más cercanas a la residencia de los usuarios y usuarias que se reflejó en un aumento de la cobertura de atención ambulatoria y en el fortalecimiento de la red de servicios de salud mental y psiquiatría comunitaria. Posibilitó también el acceso a medicamentos psicotrópicos de última generación. Brindó respuesta a las necesidades de vivienda e integración social de las personas que habían estado por décadas en los hospitales y que, como consecuencia de esta situación, estaban desarraigadas socialmente. Asimismo prestó asistencia a quienes a pesar de encontrarse en la comunidad estaban en riesgo de desarraigo y vulnerabilidad social, a causa de la situación de pobreza y enfermedad mental en que vivían.

Un componente del sistema que requiere análisis especial es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria. Este constituye el núcleo descentralizado del modelo de atención en el nivel comunal, por cuanto concentra la atención especializada orientada por un enfoque integral biopsicosocial, territorial, poblacional e intersectorial. El equipo también desempeña un rol de sensibilización y defensoría y facilita la articulación con la atención primaria de salud; particularidades fundamentales para la consolidación del nuevo paradigma.

El presupuesto en cada Servicio de Salud tuvo un lento pero progresivo aumento entre 2000 y 2008, correspondiendo su gestión a las personas a cargo de salud mental en el Servicio de Salud respectivo, conjuntamente con las estructuras administrativas y financieras pertinentes. En la figura 7 se puede

apreciar el aumento del porcentaje destinado a salud mental del presupuesto global de salud en el sector público (de 1,2 a 3,1% entre los años 1998 y 2008).

Figura 7. Variación porcentual del presupuesto del sistema público de salud destinado a salud mental en Chile. 1990-2008



Los Servicios de Salud fueron apoyados mediante asesorías permanentes y jornadas regionales y nacionales patrocinadas por el Ministerio de Salud, lo que facilitó la identificación y el manejo de situaciones críticas que obstaculizaban el proceso y permitió la transferencia de experiencias exitosas. Estas mejoras se han acentuado desde 2004 con el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención en Salud Mental, que utiliza la metodología de evaluación entre pares.

Normas y regulaciones

La elaboración de documentos orientadores normativos y reguladores ha sido una constante necesidad para el éxito de este profundo proceso de cambio. Se elaboraron reglamentos, normas y orientaciones técnicas que facilitaron a los equipos la incorporación de los nuevos procedimientos requeridos para la puesta en marcha del modelo ambulatorio/comunitario de atención.

La red de servicios de salud mental, por sí misma, requería desarrollar normativas que aportaran herramientas conceptuales y metodológicas eficaces, coherentes con el contexto del nuevo enfoque de atención. Asimismo, este proceso ha demandado el desarrollo de guías clínicas que compendien la evidencia internacional y nacional, las opiniones de expertos y las de los propios equipos, de manera que contribuyan a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con enfermedad mental.

De la atención de la enfermedad a la promoción de la salud mental

En la actualidad, a ocho años del inicio del Plan Nacional, la puesta en marcha de un sistema de protección social por parte del gobierno de Chile, ha dado oportunidades al sector salud para seguir avanzando en la misión de incorporar el enfoque de determinantes sociales de la salud en las políti-

cas sectoriales, donde la promoción de la salud mental ha alcanzado, por primera vez, una posición relevante.

La iniciativa más importante en este sentido es el desarrollo desde fines del 2007 del programa “Chile Crece Contigo” (7), en el que los equipos de Atención Primaria de Salud apoyan el desarrollo biopsicosocial de niños y niñas desde el embarazo y durante los primeros 4 años de vida. El programa incluye estrategias promocionales de la salud mental, con intervenciones universales familiares y poblacionales que aplican metodologías de educación comunitaria, al mismo tiempo que estrategias preventivas del daño o la enfermedad, mediante intervenciones selectivas en familias y poblaciones socialmente vulnerables. Este programa tiene también un fuerte carácter intersectorial, por ejemplo cuando se facilita el acceso de las familias vulnerables a salas-cunas y jardines infantiles, o cuando se extienden los beneficios generales del nuevo sistema de protección social a las familias necesitadas.

Conclusiones y principales desafíos

Desde 1990 hasta la fecha, y especialmente desde el inicio del Plan Nacional en el año 2000, Chile ha avanzado decididamente en el proceso de saldar la deuda histórica en salud mental y psiquiatría comunitaria, consecuencia de la omisión de esas áreas de los exitosos procesos previos de desarrollo de la salud pública del país. No obstante los avances hechos más recientemente, aún no ha quedado garantizada la permanencia de los actuales y mejorados estándares, ni mucho menos la culminación del proceso de avance sistemático, conducente a la liquidación definitiva de esta deuda.

Al respecto, se identifican algunos retos críticos por resolver, entre ellos:

- a. Formulación y puesta en práctica de una política de recursos humanos en salud mental y psiquiatría, cuya columna vertebral debe ser el establecimiento de una carrera para funcionarios, con incentivos para el desarrollo de prácticas y competencias coherentes con el modelo comunitario de atención en salud mental. Es preciso promover la formación de profesionales y técnicos de servicios de salud mental que asegure, en cantidad y calidad, la eficacia y eficiencia de su operación.
- b. Actualización y exposición clara del proyecto más conveniente de redes territoriales de salud mental y psiquiatría, que permitan el desarrollo progresivo y sistemático de los dispositivos faltantes. Dentro de este marco, es crucial definir la localización de los servicios de atención ambulatoria especializada, a cuyo efecto se propone el desarrollo de estructuras descentralizadas en las comunas, siguiendo el patrón del Centro de Salud Mental Comunitario.
- c. Desarrollo de una línea de defensoría e iniciativas legales que garanticen el ejercicio de los derechos de las personas con enfermedad mental.
- d. Ampliación de normas reguladoras de los procesos de atención, y consolidación del enfoque de mejora continua de la calidad de la atención en salud mental.
- e. Aumento progresivo de la proporción del presupuesto de salud del sector público asignado a la salud mental, orientado preferentemente a asegurar la adecuada dotación y operación de las

redes territoriales básicas en salud mental y a la resolución de problemas específicos relevantes. La salud mental debiera disponer, cuando menos, de 5% del presupuesto total de salud, tal como se fijó como meta para el año 2010 en el Plan del 2000.

- f. Profundización y potenciación de los aspectos operativos del trabajo intersectorial, con énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención primaria de las enfermedades mentales, así como en la rehabilitación y reintegración social de las personas afectadas por estas.
- g. Finalmente, conviene recalcar la trascendencia del proyecto de reformulación del Plan Nacional de Salud Mental del 2000. La implementación de esta iniciativa permitirá que se aprovechen las lecciones aprendidas en 8 años; basándose en ellas y en las recientes evidencias internacionales sobre este tema, se podrá adecuar el nuevo Plan a las necesidades y requerimientos de la población chilena en materia de salud mental.

Referencias

1. República de Chile, Ministerio de salud. Políticas y plan nacional de salud mental. Santiago: Ministerio de Salud; 1993.
2. República de Chile, Ministerio de salud. Plan nacional de salud mental y psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud; 2000.
3. Minoletti A, López C. Las enfermedades mentales en Chile: magnitud y consecuencias. Santiago: Ministerio de salud; 1999. (3).
4. Urriola, Rafael. Chile: protección social de la salud. Rev. Panam. Salud Pública. 2006; 20 (4):.273-86.
5. Minoletti A, Zaccaria A. Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev. Panam. Salud Pública. 2005;18(4-5):346-58 .
6. Minoletti A, Saxena S (2006). Informe WHO-AIMS sobre Sistema de salud mental en Chile. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de salud de Chile, Santiago 2006.
7. República de Chile, Ministerio de planificación. Programa Chile Crece Contigo: <http://www.crececontigo.cl/>

Cuba: los centros comunitarios de salud mental. De la ideología a la práctica

*Mario León González**

Introducción

Los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM) en Cuba cristalizan la reorientación de la psiquiatría dentro de la Atención Primaria de Salud, APS. Esta reorientación tiene sus antecedentes en el movimiento mundial de reforma de la atención psiquiátrica, fundamentado en las críticas a la institución psiquiátrica asilar, en particular al carácter favorecedor de la cronicidad y a las condiciones psicosociales adversas que la caracterizan (1-3).

Cuba posrevolucionaria se adhirió tempranamente a los movimientos de reforma psiquiátrica mundiales. En efecto, poco después del triunfo de la Revolución Cubana en enero de 1959, se introdujeron cambios sustantivos en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, acordes con los principios del movimiento de reforma de la asistencia psiquiátrica. También, a partir de entonces se creó un número de equipos especializados (equipos de salud mental, ESM) a lo largo y ancho del país que permitieron ofrecer atención psiquiátrica a todas las provincias. Los ESM estuvieron integrados inicialmente por psiquiatras, enfermeros(as) y trabajadoras sociales, posteriormente se le incorporaron psicólogos y psicometristas, que en esta etapa inicial se encontraban ubicados en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y en los hospitales psiquiátricos. Desde su creación, estos equipos establecieron estrechos vínculos con la comunidad.

En la década de los años sesenta, la formulación de planes de rehabilitación y el establecimiento de vínculos de los servicios psiquiátricos con la sociedad, contribuyó de manera efectiva al avance del proceso de reforma. Fue en esa época cuando se establecieron unidades de psiquiatría en hospitales generales

* Profesor Auxiliar de Psiquiatría, Facultad 10 de Octubre. Director del Centro Comunitario de Salud Mental Lawton, Municipio 10 de Octubre, La Habana, Cuba.

y en los policlínicos integrales. Desde entonces, estas iniciativas han contado con la colaboración de los “médicos de sector” distribuidos en todo el territorio nacional.

Posteriormente, en la década de los años setenta se establecieron los policlínicos comunitarios de acuerdo con los principios y orientaciones del modelo de atención comunitaria. De esta manera se ha llegado a dar cobertura asistencial a toda la población.

En el decenio de los años ochenta, la adopción del modelo del “Médico y enfermera de familia”, permitió la vinculación de los ESM con estos nuevos equipos. En este período, los ESM imprimieron un enfoque cada vez más comunitario a su trabajo asistencial.

A mediados de la década de los años noventa, se celebró la conferencia titulada “Reorientación de la psiquiatría hacia la Atención Primaria de la Salud, APS, patrocinada por las autoridades de salud pública (MINSAP) y la Organización Panamericana de la Salud, en la que se aprobó la denominada “Carta de la Habana”. En este documento quedó plasmada la plataforma programática de la salud mental en Cuba.

Esta plataforma se fundamenta en el modelo de atención biopsicosocial, adopta un enfoque salubrista, de carácter comunitario, que sin dejar de atender el daño y facilitar la rehabilitación del paciente, centra la atención en la prevención de la enfermedad y en la promoción de estilos de vida saludables (4).

Los Centros Comunitarios de Salud Mental

Los CCSM surgieron para dar respuesta al proceso de reorientación de la “Psiquiatría hacia la APS”, entre los que se distingue el CCSM Lawton, en la ciudad de La Habana, cuyas experiencias sirven de base a esta reseña. En cada CCSM funciona un ESM, al que además se le incorporan licenciados en defectología y médicos generales integrales, con títulos de maestría o de diplomado(a) en salud mental comunitaria. Los centros prestan atención a la población con problemas de salud mental y ofrecen servicios de rehabilitación. También realizan labores de prevención de los trastornos mentales y de promoción de la salud mental mediante el fomento de estilos de vida saludables.

Las funciones de los CCSM comprenden, además de las asistenciales, la evaluación de los factores de riesgo (individuales, familiares, laborales, educacionales y comunitarios o sociales), la determinación de los grupos vulnerables y el reconocimiento de los factores de protección. Otras funciones incluyen el diagnóstico comunitario de salud mental de la población a su cargo y la elaboración de un plan de acción. También se ocupan de promover el desarrollo individual, familiar y social, incentivar la participación social, estimular la investigación y organizar la capacitación de los recursos humanos en estos campos (5).

El modelo comunitario, aplicado en los CCSM, se desarrolla a lo largo de tres ejes:

1. El clínico, en el que se ejecutan acciones que permiten identificar síntomas y signos, diagnosticar síndromes y trastornos, atender pacientes, brindarles servicios de rehabilitación y promover su reintegración en la sociedad.

2. El epidemiológico, en el que se llega a un diagnóstico de las necesidades en salud mental en la población, la carga que los trastornos mentales ejercen sobre la sociedad, su curso y desenlace, incluyendo las secuelas.
3. La participación social, que es orientada a la identificación y solución de los problemas con el concurso de la población.

Las diez estrategias fundamentales que orientan el funcionamiento, la proyección y fines de los centros comunitarios de salud mental son:

1. *Atención integral y continuada:* Desde la perspectiva de los CCSM, la persona es percibida como una unidad biopsicosocial. La población es asistida siempre por el mismo equipo del CCSM, lo que garantiza la continuidad de la atención.
2. *Diagnóstico de salud mental.* Se basa en la identificación de los problemas de salud mental de la población y de los factores psicosociales que los condicionan.
3. *Incorporación de las acciones en el marco de la Atención Primaria de Salud.* La vinculación de los CCSM con los equipos de APS aumenta su efectividad.
4. *Coordinación intersectorial:* La participación de todos los sectores de la sociedad en el modelo es esencial para la eficacia de su funcionamiento.
5. *Participación social:* En todo este proceso, la participación social es fundamental, no sólo en la identificación de los problemas, sino en la solución de los mismos.
6. *Capacitación y transferencia de tecnologías:* La capacitación se debe realizar “en cascada”, esto es, de los niveles más especializados hasta los de menor especialización.
7. *Fomento de la investigación* tanto en el campo clínico como en el epidemiológico y en el psicosocial. Entre los problemas relevantes de estudio sobresalen el alcoholismo, conducta suicida, violencia, drogadicción, estrés, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida. La investigación operacional está dirigida al estudio de indicadores de impacto. La rentabilidad de los programas y calidad de la atención, demandan alta prioridad.
8. *Descentralización de los recursos materiales y humanos:* La implementación de los planes y políticas locales debe ser congruente con los planes y las políticas nacionales, y estar facilitada por la asignación de recursos ajustados a las necesidades del lugar.
9. *Coordinación e integración funcional de los diferentes niveles del sistema de salud:* Si la puerta de entrada de la atención en salud se ubica en el primer nivel de atención, es primordial que este nivel se vincule con el segundo, del que recibirá el apoyo necesario.
10. *La estratificación de acciones* es consecuencia de la división de la atención en niveles. Corresponde a los trabajadores de atención primaria, la detección inicial de la mayoría de las personas con problemas psicológicos, la provisión de atención inmediata, el seguimiento de personas asistidas en los otros dos niveles y la referencia al nivel secundario de los pacientes cuya dolencia supera su competencia y que requieren ingreso. El peso de la labor de la atención comunitaria recae sobre los CCSM, especialmente la atención ambulatoria de pacientes, las visitas domiciliarias, las consultas, la rehabilitación, las acciones preventivas y de promoción de salud y la preparación de personal (6).

Como se señalara anteriormente, los CCSM proyectan su trabajo hacia la comunidad y constituyen un eslabón importante entre los diferentes niveles de atención. Aproximadamente 70% de las horas laborables de los CCSM están dedicadas al trabajo en la comunidad y el resto a los pacientes hospitalizados.

El territorio dentro del cual el CCSM despliega sus acciones puede corresponder a un municipio o a un distrito. Con el fin de garantizar la accesibilidad de los centros, estos se han ubicado de manera que cada persona que precisa asistencia no tarde más de una hora para trasladarse de su domicilio hasta sus instalaciones.

Personal de salud mental

El personal de salud mental que brinda atención en los centros está formado por:

- *Profesionales*: Entre ellos, los psiquiatras generales, psiquiatras infanto-juveniles, psicólogos y licenciados en enfermería. También los médicos generales integrales y otros especialistas con capacidades relacionadas con las funciones del CCSM pueden ser parte de sus equipos.
- *Técnicos*: Trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros de nivel medio y psicométristas. No siempre los centros cuentan con el número y diversidad de técnicos necesarios, debido al déficit de personal calificado (7).

La experiencia del Lawton

La experiencia acumulada en el CCSM Lawton es altamente ilustrativa. Este es un centro con base hospitalaria, cuyo personal proviene del Hospital Universitario 10 de Octubre, que se distingue por su proyección comunitaria. En 1995, se elaboró en este centro un proyecto de trabajo, cuyas metas más relevantes eran:

- ❖ Lograr un conocimiento de los problemas fundamentales de salud mental de la población, así como la solución de los mismos con recursos propios de la comunidad.
- ❖ Desarrollar actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación acorde con las necesidades locales.
- ❖ Identificar y utilizar indicadores de impacto, mejorar la calidad de la atención y lograr la reducción de los costos al aumentar la eficiencia en el trabajo (8).

Se desarrollaron las siguientes actividades asistenciales:

- *Consultas*, para la atención de pacientes con trastornos de larga evolución, conducta suicida; adicciones (fármacodependencias, tabaquismo, alcoholismo) y para la atención de crisis y urgencias psiquiátricas manejables a este nivel.
- *Aplicación opcional de tratamientos de medicina natural y tradicional*, como acupuntura, “dígito-presura”, masajes, Tai Chi, Hatha Yoga, ejercicios de relajación e hipnosis. Estas técnicas, al facilitar la reducción del uso de psicofármacos, disminuyen los efectos secundarios, atenúan los riesgos de su uso inadecuado e incentivan los autocuidados.

- *Rehabilitación psicosocial*, realizada de acuerdo con lo establecido en programas individuales en los que se tienen en cuenta las motivaciones, intereses, necesidades y capacidades de cada uno de los pacientes.
- *Rehabilitación en el medio domiciliario*, en este caso se utilizan técnicas de primer nivel de aprendizaje. Consiste en actividades con pacientes que permanecen en el hogar, en las que la familia tiene participación activa con el concurso de los equipos de APS y la propia comunidad.
- *Rehabilitación de segundo nivel*, de carácter más avanzado, realizada en la sede de los CCSM. Los pacientes adquieren habilidades más complejas, tanto para su desempeño en la vida diaria como en oficios o destrezas concretas.
- *Rehabilitación en el tercer nivel* o reintegración socio-laboral mediante la reintegración de los pacientes en los sitios de trabajo. La búsqueda de fuentes de empleo en la comunidad es una actividad primordial y para ello se visitan todos los centros de trabajo de la localidad y se establecen vínculos con la Dirección de Trabajo del municipio correspondiente, el Programa de Empleo para los Discapacitados (PROEMDIS), las Industrias Locales del Poder Popular, los organismos de promoción de la cultura, del deporte, etcétera.

La labor de prevención de los trastornos y desajustes psicológicos se inició en el CCSM Lawton con acciones orientadas hacia los grupos vulnerables detectados en el diagnóstico de salud. Las intervenciones están dirigidas a prevenir, entre otros comportamientos, los actos violentos, el consumo de sustancias susceptibles de causar dependencia y las conductas suicidas. Una de las primeras iniciativas fue el establecimiento de “clínicas del estrés” y la habilitación de centros de enseñanza para el manejo de problemas en el hogar, escuelas para padres de familia, cursos de adiestramiento en la atención del adulto mayor y programas de capacitación de cuidadores de pacientes con discapacidades, principalmente las causadas por la enfermedad de Alzheimer.

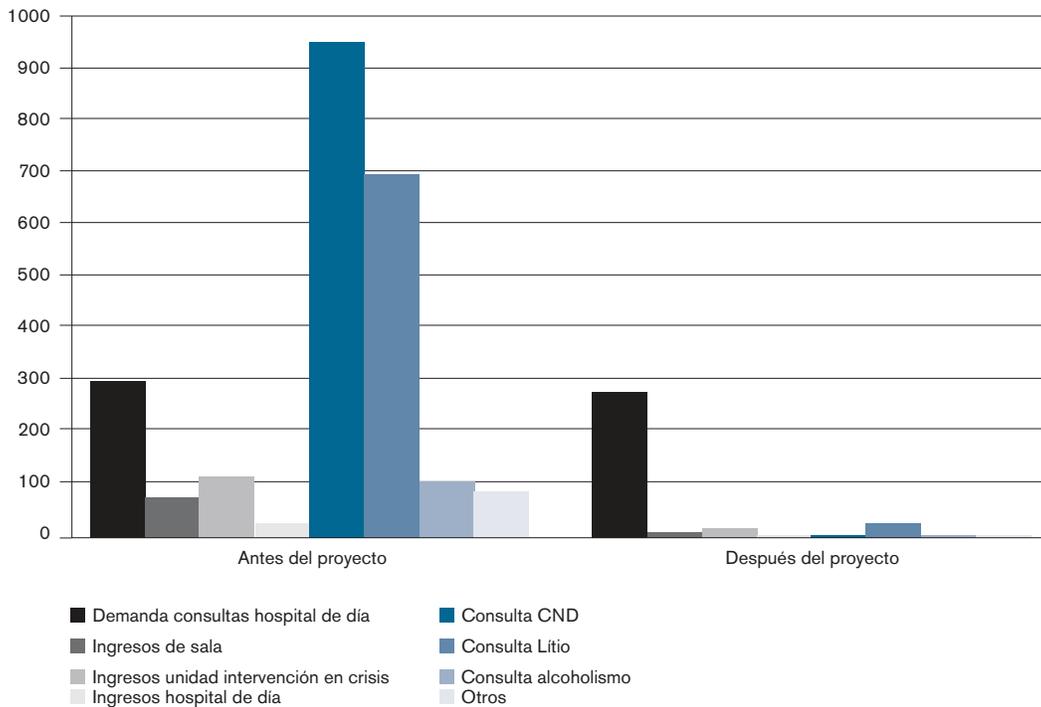
Las estrategias dirigidas a la promoción de salud mental fueron recopiladas en un programa basado en el uso de la comunicación social. Se hizo énfasis, entre otros temas, en la adopción de estilos de vida saludables, la mejoría de las condiciones de vida, el fomento de la armonía en las relaciones humanas, la solución pacífica de conflictos, la promoción de la actividad física y el deporte y la utilización racional del tiempo libre.

Los CCSM tienen en el país categoría docente y participan en la capacitación de alumnos de pregrado de las carreras de medicina, enfermería y tecnología de la salud, en los programas de residencias de medicina general integral (MGI) y psiquiatría, así como en los cursos conducentes a la obtención del Diploma Especial en Salud Mental Comunitaria y del grado de “magíster” en la misma área. Los CCSM ofrecen en todo el país capacitación en el abordaje comunitario mediante talleres, cursos y otras técnicas docentes. Entre estas actividades vale mencionar los cursos específicos sobre salud mental comunitaria para promotores de salud.

Durante la última década se han respaldado en el CCSM Lawton 112 investigaciones sobre variados temas de salud mental, entre ellos los relativos al diagnóstico comunitario, violencia, conductas suicidas, consumo de sustancias psicotrópicas, incluido el alcohol, problemas mentales de la tercera edad, problemas psíquicos y psicosociales asociados con el género, calidad de vida, sentimiento de agobio del cuidador, estudios de impacto, evaluación de la calidad de la atención y determinaciones de costo-beneficio.

El trabajo realizado en el CCSM Lawton durante estos 12 años ha tenido impacto en el nivel hospitalario del área servida por el citado centro, en el que se observó una reducción del número de urgencias atendidas y del número de ingresos psiquiátricos en el Hospital Universitario 10 de Octubre que cubre la zona, tanto en su Unidad de Intervención en Crisis, UIC, como en las salas o en el Hospital de Día. También hubo una reducción de la atención ambulatoria de casos mentales en el hospital, pues estos tratamientos se ofrecen ahora en el propio CCSM, según se muestra en la figura 1. Un estudio de costos-beneficio en el Centro reveló un ahorro sustancial por concepto de atención psiquiátrica. También se pudo constatar en el mismo centro una mejoría de la calidad de la atención, para cuya evaluación se utilizaron los cinco parámetros recomendados por la OMS (9, 10).

Figura 1. Impacto del CCSM Lawton en el nivel hospitalario

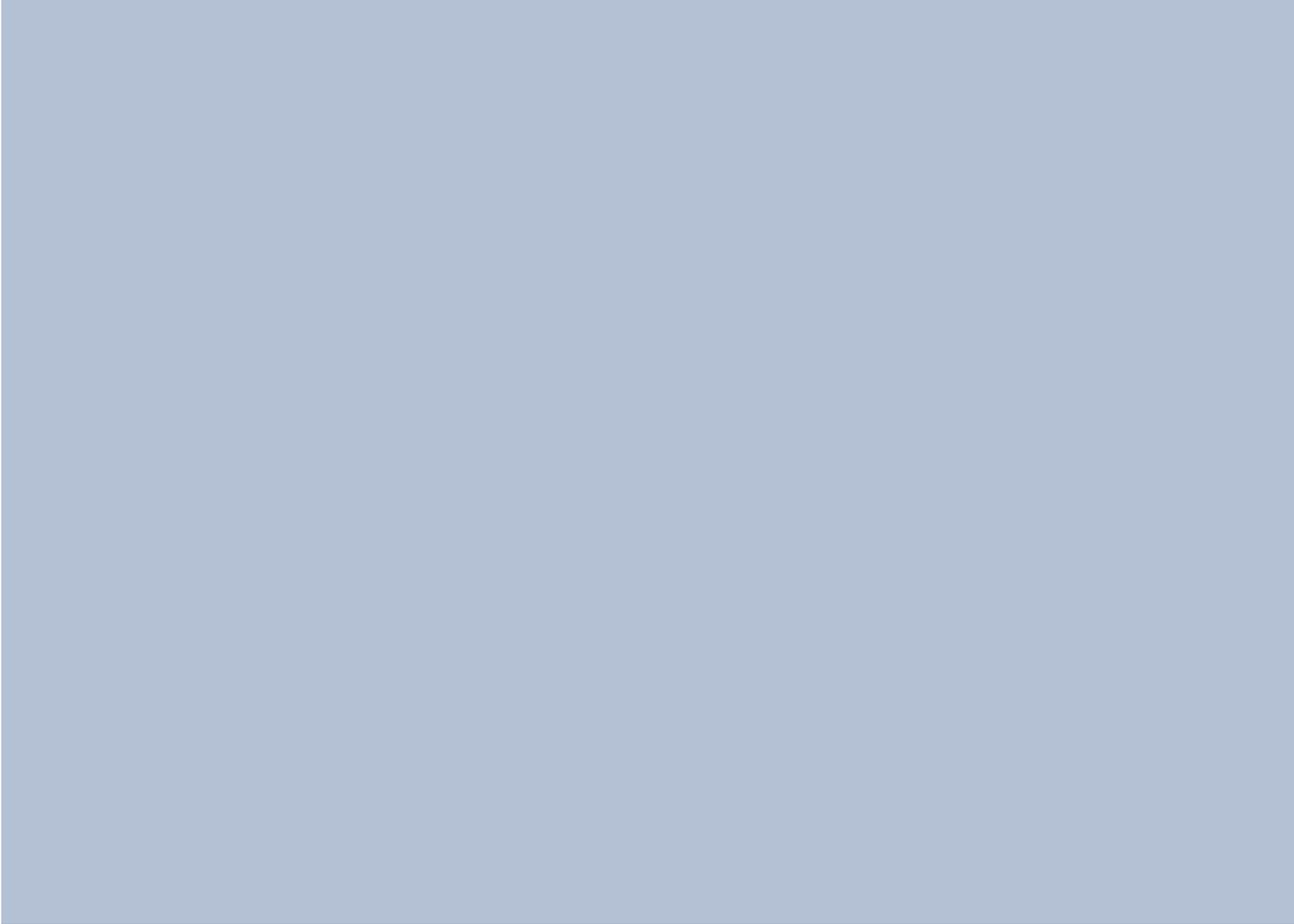


Conclusión

El examen del sistema de servicios de salud mental en el país permite asegurar que los dirigentes y responsables de las decisiones han tomado mayor conciencia de los problemas que afectan a la población en este campo, que las intervenciones han revestido cada vez más un carácter intersectorial y que la participación social se ha hecho más efectiva en la solución de los problemas detectados.

Referencias

1. OPS/OMS: "Reestructuración de la atención psiquiátrica. Bases conceptuales y guías para su implementación". Inst. Mario Negri. Milán. Italia; Sec. 1: La asistencia psiquiátrica: 1991: p. 9.
2. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. "Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados)". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq; Vol. VII (No. 21): pp. 165-73.
3. Dell'Acqua G. "Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de Salud Mental". Psiq. Pública. May-jun. 1995; Vol. 7 (No. 3): pp. 139-42.
4. MINSAP, Grupo Nac. Psiq. OPS. Col. Italiana. "Carta de La Habana". Evento internacional. Oct. 1995. Ciudad Habana, Cuba.
5. León M, Barrientos G, González Josefa. "Enfoques. Para un debate en salud mental". Guía metodológica del funcionamiento de los Centros Comunitarios de Salud Mental. Colectivo de autores, pp. 275-312. Editorial Conexiones. Ciudad Habana, Cuba. 2001.
6. León M. "La atención comunitaria en salud mental". Publicación en página Web Infomed. Rev. Cub. Medicina General Integral, No. 5. 2002.
7. Barrientos G, León M, Lomba Paula, García A, Mises J, Herrera J. "La salud mental en la atención primaria de salud. Los Centros Comunitarios de Salud Mental". Proyecto de Cooperación Técnica entre países: Cuba, República Dominicana y Panamá. "Fortalecimiento del componente salud mental en la atención primaria". Publicación del GOSMA del MINSAP y la OPS. Ciudad Habana, Cuba. Diciembre de 2005.
8. León M, Hernández T, Barrientos G. "Proyecto para el trabajo comunitario en Salud Mental en el área Lawton". Ciudad Habana, Cuba. Noviembre de 1995.
9. Ferrera R (autor), León M (tutor): "Cómo obtener los costos. Un reto para el CCSM. Tesis para obtener el título de máster en psiquiatría social. Ciudad Habana, Cuba. 2000.
10. Romero, Mercedes (autora), León, M. (tutor): "Evaluación de la calidad de la atención en el CCSM". Tesis para optar por el título de máster en psiquiatría social. Ciudad Habana, Cuba. 2000.



CAPÍTULO 28

Argentina: El Programa de salud mental en la provincia de Río Negro

*Hugo Cohen**

*Graciela Natella***

Introducción

Con el retorno al sistema democrático en 1983, la provincia patagónica de Río Negro, inició una profunda transformación en salud mental (SM). Esta incluyó el cierre del hospital psiquiátrico provincial, la adopción de la ley provincial 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”; el desarrollo de nuevos sistemas y servicios y el planteo de una nueva cultura en la atención de la SM., denominada en el contexto local “desmanicomialización” (1).

Hasta entonces, el sistema de SM comprendía un hospital psiquiátrico situado a 500 km de la capital provincial (hospital psiquiátrico de Allen), cuatro servicios de SM en hospitales generales de distintas localidades y algunos especialistas en otros dos hospitales provinciales. Las personas con trastornos mentales severos (TMS) eran internadas en el hospital mental o fuera de la provincia (2).

El principal problema del sistema de atención entonces existente era que las personas con TMS no tenían acceso a tratamiento y rehabilitación en su medio habitual. Esta situación obedecía a la concentración de 90% de los recursos humanos de SM en el hospital psiquiátrico. Este factor negativo era amplificado por otras circunstancias, como la gran extensión territorial y dispersión poblacional; existencia de grupos sociales con necesidades básicas insatisfechas; ausencia de una política de SM; formación inadecuada en salud pública de los profesionales de SM; exiguos presupuestos; actitudes proclives a la exclusión social de la persona con TMS; fuerte control social en comuni-

* Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires, Argentina.

** Miembro coordinador de la RED FUV (Asociación Comunitaria de Familiares, Usuarios, Voluntarios, Estudiantes y Profesionales). Buenos Aires, Argentina.

dades pequeñas; y ausencia de jefatura de programa de SM en el Ministerio de Salud. (El director del hospital psiquiátrico ejercía las funciones de coordinador del área de SM provincial).

En 1985 se creó el Programa Provincial de SM, (independiente del hospital psiquiátrico), desde cuya coordinación se elaboraron los “Lineamientos Generales de SM para el Corto Plazo” y otros instrumentos programáticos (3). Cabe señalar que entre estos no figuraba aún el cierre del manicomio, ocurrido en 1988 (4). La reforma se consolidó en 1991 con la promulgación de la ley provincial 2440.

Principios rectores del proceso de desinstitucionalización (“desmanicomialización”) (5, 6)

Los diez principios rectores fueron:

1. Atender y reintegrar a la persona con TMS en su medio habitual;
2. Incluir la SM en el sistema general de salud, con igual jerarquía administrativa que las cuatro especialidades básicas del sistema (medicina general, pediatría, obstetricia y cirugía);
3. Desarrollar un enfoque integral de la salud y de la SM.
4. Implementar estrategias de intervención por medio del trabajo en equipo. Un único equipo, asignado a un territorio y una determinada población, era responsable operativo de los tres niveles de prevención en salud. Esto permitió estructurar respuestas a las necesidades de la población con continuidad, incluyendo recursos multidisciplinarios, convencionales y no convencionales. Estos últimos también fueron capacitados y se les asignó un salario.
5. Descentralizar la atención del hospital psiquiátrico hacia los hospitales generales, los centros de atención primaria y la comunidad, incluyendo la descentralización de los especialistas.
6. Rescatar los recursos de salud individual y comunitaria, lo que significa la promoción de capacidades para el autocuidado y los cuidados informales, y la activación/creación de asociaciones civiles de usuarios y familias, grupos de autoayuda y redes solidarias.
7. Diseminar conocimientos científico-técnicos para que otros actores sociales relevantes, entre ellos usuarios y familiares, posean instrumentos para la atención y reintegración a la comunidad de personas con TMS prescindiendo de la referencia automática a especialistas e instituciones.
8. Identificar y facilitar la satisfacción de las necesidades básicas del usuario, desde una práctica intersectorial.
9. Promover una nueva cultura de la salud mental que configure una nueva imagen social del TMS, y fomente nuevas prácticas que modifiquen la demanda social de encierro, y los conceptos de peligrosidad y cronicidad.
10. Intervenir en los planos técnico, político y social.

Implementación: Estrategias y acciones principales

Sensibilización comunitaria

La sensibilización de la población se realizó a través de diversas estrategias orientadas a asegurar el mantenimiento del usuario en la comunidad y garantizar su seguimiento. Con este objetivo los equipos de SM emprendieron actividades de información, educación y capacitación de los actores sociales involucrados. Tareas semejantes se realizaban en los Centros de Atención Primaria en los que personal (agentes sanitarios) debidamente capacitado se dedicaba a la detección, atención, referencia y seguimiento de problemas de salud en la comunidad. Los agentes sanitarios visitaban un número de hogares por año, en los que identificaban condiciones de salud como desnutrición, factores socio-ambientales adversos, tuberculosis, SIDA, violencia familiar, escolaridad no iniciada o interrumpida, vacunación, embarazos. En varias localidades participaban en reuniones con el equipo de SM para intercambiar información y colaborar en las estrategias terapéuticas, el seguimiento de personas con TMS y la capacitación en servicio. En otras localidades organizaron y coordinaron grupos de ayuda mutua de personas con alcoholismo en cuya coordinación participaban personas con problemas de alcoholismo en fase de recuperación (7).

La labor de enfermeros y médicos generales en los centros de atención primaria se fortaleció con el apoyo del equipo de SM del hospital de referencia de su área. Sólo dos de esos centros contaban con psicólogo/a, lo que determinaba que la sensibilización del personal mediante técnicas apropiadas fuese una meta esencial; las observaciones realizadas indicaban que merced al acompañamiento sostenido de las personas con TMS el personal disminuía sus prejuicios y temores y adquiría un sentimiento de autonomía.

Creación y oferta de una nueva red de servicios

Se entiende por red de servicios al conjunto de las personas que la integran y no solamente a la diversidad de recursos materiales que les sirven de instrumento. En las redes se integran nuevas prácticas basadas en la respuesta a las necesidades de la tríada usuario-familia-entorno y sus intervenciones están guiadas por un enfoque comunitario- epidemiológico (8).

Las redes incorporan recursos convencionales y no convencionales, provenientes del sector salud y de otros sectores (como justicia, vivienda, secretarías de trabajo, policía, gobierno local, miembros de iglesias etc.), operadores de SM y miembros de la comunidad, como familiares, personas con alcoholismo controlado y otros usuarios en recuperación (9). Los recursos convencionales de las redes se integraron en servicios interdisciplinarios de SM en los hospitales generales.

Había localidades, en especial rurales, que contaban con un único recurso de SM, frecuentemente psicólogo, quien promovía la conformación de un equipo de trabajo con personal de salud del hospital local.

Se asignó alta prioridad a los grupos vulnerables: personas con TMS, alcoholismo y otras adicciones; madres solas, adolescentes embarazadas, desempleados, discapacitados, adultos mayores, personas VIH positivas y las afectadas por violencia familiar, desnutrición y otras situaciones que puedan llevar a la marginación.

Los equipos de salud mental (ESM) incorporaron en su seno a miembros de la comunidad mapuche como mediadores culturales y nexos con sus cuidadores naturales. Por otra parte, los ESM participaban en ceremonias y festividades de esa comunidad, promoviendo el rescate de tradiciones y costumbres, la recuperación de identidad y, por lo tanto, la salud mental. En otros ESM, integrantes de la etnia mencionada se incluyeron como enfermeros, operadores de SM o coordinadores de grupos de autoayuda de alcoholismo, quienes recibían un salario estatal.

Aspectos operativos (10)

Los ESM, basados en los *hospitales generales*, son el eje de la red de servicios. Inicialmente se habilitaron camas psiquiátricas en hospitales generales, lo que hizo posible hacer internaciones breves en salas de otras especialidades. No se contaba con un número fijo de camas, sino que se ocupaban las requeridas según la demanda. Por otra parte, se promovía el acompañamiento permanente de familiares, amigos u operadores de SM. Veintiocho de los treinta hospitales generales de la provincia cuentan hoy con ESM.

En la atención de *emergencias psiquiátricas* se priorizó la intervención en crisis. Se establecieron turnos en los hospitales las 24 horas del día y visitas a domicilio (11, 12).

La atención ambulatoria en el hospital general y en centros de atención primaria privilegió la continuidad de los cuidados, sea en la institución o a través de visitas domiciliarias.

Las visitas domiciliarias se constituyeron en un instrumento terapéutico y promovieron una relación de cercanía basada en la confianza y el respeto, al tiempo que contribuyeron a aumentar la adherencia al tratamiento.

La internación domiciliaria se realizaba ajustándose a ciertos criterios entre los que se destacaban la existencia de una familia receptora, el apoyo del ESM y la ausencia de riesgos evidentes para la salud y de comorbilidad (13).

La adopción de estrategias terapéuticas obedecía a un plan de intervenciones basadas tanto en la comprensión clínica del caso como en el diagnóstico comunitario. La programación de la atención era revisada periódicamente (14).

La provisión de ayuda en los menesteres de la vida cotidiana, en el hospital, domicilio y/o comunidad tenía como objetivo el desarrollo y potenciación de las capacidades personales y la autonomía.

El trabajo de equipos móviles de intervención a distancia, EMID (patrullas), era realizado por equipos itinerantes que visitaban periódicamente las localidades sin servicio especializado (14). Su objetivo era proveer a las poblaciones con capacidades y conocimientos para afrontar sus problemas de SM más frecuentes. De este modo, se intentaba revertir la práctica habitual de prestar asistencia a las comunidades concentrándose en la detección de problemas y su derivación a especialistas, lo que perpetuaba un vínculo de dependencia. Se enfatizaba así que la comunidad rescatase sus propios recursos de salud y mejorase su organización, relegando al especialista al papel de agente de consulta.

Se constató que era posible identificar entre el personal hospitalario al menos una persona interesada en las tareas de SM que, luego de la partida del equipo visitante, se convirtiera en punto focal o

elemento de enlace. Esta persona recibía capacitación continuada del Programa de SM y quedaba integrada a la red provincial de SM.

Las asambleas comunitarias eran grupos operativos que congregaban periódicamente a diversos actores comunitarios e intersectoriales, usuarios y familiares. Su propósito era generar respuestas colectivas a la problemática de las personas con TMS reincorporadas a la comunidad

La rehabilitación psicosocial orienta sus acciones a todos los aspectos de la vida del usuario y su grupo socio-familiar a fin de favorecer su desarrollo pleno y el ejercicio de sus derechos de ciudadanía (15). Entre sus iniciativas están las relativas al goce de vivienda adecuada (alquiler y construcción de viviendas autónomas, provisión de vivienda y comida en casas de familias, hogares transitorios y casas de medio camino, etcétera).

Se habilitaron dispositivos laborales (16) de acuerdo con la cultura y los recursos de cada localidad, entre otros: cooperativa hotelera, granja de producción agrícola, concesión de confitería hospitalaria, servicios de comida para fiestas y dietas para el hospital, cooperativa de comidas a domicilio, albergue de alta montaña, viveros y cooperativa de perfumes y velas. Se promovió también el asociacionismo, el intercambio cultural y deportivo, la adquisición de habilidades para la vida cotidiana, la escolarización y la formación laboral.

El trabajo con la familia, que habitualmente estaba excluida por el sistema manicomial, se dirigió a lograr su inclusión de manera categórica. Se intentó modificar la percepción de la “familia que abandona” por la de “familia abandonada”, en cuanto esta última era víctima de falta de información, ayuda, seguimiento y confianza que reforzacen su potencial reparador al hacerse cargo de su miembro enfermo.

El apoyo pluridimensional a la familia fue clave para evitar la reclusión asilar de la persona con TMS (17). Desde esta perspectiva se implementaron actividades de asistencia clínica y rehabilitación psicosocial de la familia y de promoción y organización de asociaciones de usuarios y familiares que defendieran sus derechos.

Se fomentó la psicoeducación y la formación de grupos de ayuda mutua, potenciadores de la familia como recurso terapéutico.

La práctica intersectorial es un enfoque operativo fundamental para la atención y rehabilitación del usuario en su comunidad. Consiste en actividades encaminadas a la consecución de alimentos, pensiones, subsidios, vivienda, trabajo, capacitación laboral, alfabetización, escolarización, medicamentos, transporte, documentos, trámites y, en general, resolución de conflictos. Entre sus ejemplos relevantes está la labor de los grupos de reflexión en las escuelas (18) y las funciones de la Comisión Comunitaria de Alcoholismo en la provincia de Río Negro.

Los grupos de reflexión fueron una respuesta a la creciente derivación de niños a los ESM, por servicios psicopedagógicos de las escuelas; se concluyó que la derivación de los niños podía ser la expresión de conflictos institucionales más que individuales y en consecuencia se constituyó un grupo operativo que se reunía cada dos semanas, formado por integrantes del personal docente y coordinado por miembros de los ESM. Se identificó que la problemática institucional sobrecargaba

al cuerpo docente, expresándose negativamente en la población escolar. Con el transcurrir del trabajo del grupo, disminuyeron las derivaciones al hospital, salvo las de niños con problemas psicopatológicos definidos.

La Comisión Comunitaria de Alcoholismo era un organismo intersectorial que funcionaba en la capital provincial para afrontar los problemas del alcohol. Esta Comisión afianzó la sensibilización comunitaria sobre la SM y llegó a establecer una nueva red social, los grupos de autoayuda, formada por personas que padecían alcoholismo en fase de recuperación, y llegaron a ser un recurso del ESM para la rehabilitación de personas con TMS (7).

Estrategias de externación: el proceso de salida de pacientes de larga estadía en el hospital psiquiátrico se realizó paralelamente a la consolidación de la red de nuevas prácticas y servicios. Cada paciente fue evaluado con el fin de adoptar una estrategia de atención y reintegración singular. Algunos de los internados fueron trasladados a los hospitales generales de sus localidades como paso previo a su reintegración comunitaria. Otros regresaron a su hogar o se alojaron de manera transitoria en albergues intermedios de instituciones religiosas y de bienestar social. En este proceso los ESM acompañaban al paciente a su localidad de origen para promover las respuestas necesarias para su reintegración.

Las reacciones habituales frente a la persona en crisis eran miedo y desconcierto en la familia y vecinos, actitud adversa de las fuerzas de seguridad, internaciones judiciales, y un recrudecimiento de la contención química o física y de los traslados al hospital psiquiátrico. Los planes de externación, no se reducían al aumento progresivo de los egresos y la preparación del paciente, sino que también hacían hincapié en la sensibilización de la población. El trabajo intersectorial y la labor con las familias fueron determinantes para la aceptación del cambio en la comunidad y para posibilitar el regreso al hogar.

Las reuniones periódicas provinciales, zonales y locales, fueron instrumentos de capacitación, discusión de casos y elaboración de estrategias y base del apoyo colectivo al nuevo proyecto.

Valores promovidos en la práctica profesional:

- Involucración y compromiso para resolver las necesidades clínicas y de la vida cotidiana de la población;
- Dedicación al servicio y amplia disponibilidad de atención para los usuarios
- Empatía, y respeto por los hábitos y cultura locales
- Capacidad para transferir conocimientos en lenguaje sencillo y comprensible
- Confianza en la capacidad del usuario, familia y otros sectores para resolver sus problemas, y disposición para utilizar sus conocimientos específicos, fomentar su participación en las decisiones y delegar en ellos responsabilidades
- Estimulación de la participación de usuarios y familias
- Fomento de la organización de grupos de pacientes y familiares interesados en la salvaguarda de sus derechos

- Aplicación de los criterios de equipo, negociación y mediación en las relaciones con los actores sociales
- Aceptación de la relatividad de las estrategias existentes para inducir un cambio
- Pertenencia a un proyecto compartido y aceptación de la complejidad y cambios personales que implica un proceso de transformación profesional y cultural.

Capacitación (19, 20)

El programa de capacitación comprendió: a) transferencia de conocimientos en las áreas de psiquiatría, farmacología, salud pública, epidemiología, psicoterapias, antropología, sociología e investigación. b) capacitación en servicio de prácticas de atención comunitaria. En 1993 se instauró el programa de capacitación de posgrado en Salud Mental Comunitaria, para enfermeros, médicos, trabajadores sociales y psicólogos (20).

Otras actividades de capacitación fueron las desarrolladas por los EMID, a través de:

1. Labor educativa realizada en las asambleas comunitarias y en otras actividades de sensibilización.
2. Capacitación formal. Mediante cursillos y talleres abiertos se transfirieron conocimientos básicos de SM y técnicas sencillas de intervención adecuadas a la heterogeneidad de la población asistida y sus necesidades.

Obstáculos y factores facilitadores del proceso

Obstáculos:

- Iniquidad e injusta distribución de la riqueza
- Dispersión de la población en un territorio extenso
- Prejuicios, hábitos y valores que sostienen la marginación y el estigma
- Control social en las pequeñas poblaciones, que refuerza la estigmatización
- Ordenamiento jurídico que dificulta la atención comunitaria
- Presupuesto insuficiente y centralizado
- Pervivencia del hospital psiquiátrico que genera la práctica de "depósito" y el abandono del paciente, concentración del recurso humano y resistencia a su descentralización
- Escasez de recursos humanos dada su concentración en el hospital psiquiátrico
- Formación profesional basada en modelos clínico-asistenciales, sin enfoques de salud pública
- Resistencia al cambio de actitudes y prácticas por parte de profesionales de SM
- Rivalidad de teorías, lenguaje incomprensible para las autoridades y la comunidad
- Falta de apoyo u oposición de entidades académicas y profesionales al proceso de reforma

- Intereses creados de profesionales y de laboratorios que sostienen la institución manicomial
- Falta de confianza, reconocimiento e incorporación de los recursos informales comunitarios, incluyendo usuarios y familias
- Escasa formación en SM de administradores, planificadores, médicos generales y enfermeras
- Resistencia en el hospital general a ingresar a personas con TMS
- Rotación constante de los profesionales de hospitales generales, que obliga a reiniciar cíclicamente los procesos de sensibilización y capacitación;
- Actitud negativa de obras sociales nacionales frente al proceso de “desmanicomialización”
- Complejidad de la práctica comunitaria y sobrecarga de trabajo de sus profesionales y técnicos
- Bajos salarios promovedores del traslado de profesionales al sector privado
- Organización del sistema de salud que promovía la atención fragmentada y la deserción del paciente por obra de repetidas referencias y contrarreferencias
- Carencia de un enfoque integral de los problemas de salud que valore los determinantes sociales de la SM
- Prevalencia del trabajo individual sobre el trabajo en equipo
- Ausencia de indicadores que permitieran la identificación y registro de las nuevas prácticas y actividades
- Insuficiente evaluación, investigación y publicación sistemática de las experiencias del nuevo sistema
- Déficit de estructuras intermedias y otros instrumentos de aplicación de la ley 2440
- Dependencia de SM del área normativa
- Inexperiencia en el desarrollo de procesos de transformación, dada la inexistencia en el país de otros modelos referenciales
- Ausencia de una práctica distinta que una vez instaurada sirviera para demostrar la validez de los postulados de la reforma;
- Cuestionamientos y resistencias al nuevo sistema que, en el período transicional, implicaron un incremento del trabajo con igual cantidad de recursos
- Discontinuidad en el apoyo político a la “desmanicomialización”, que requirió realizar un trabajo específico para su sostenimiento
- Oposición activa de las autoridades nacionales, durante determinados períodos de gobierno.

Facilitadores:

- Retorno al sistema democrático;
- Apoyo de las autoridades de salud, nacionales y provinciales, al inicio de la reforma
- Gran movilidad migratoria de los habitantes de Río Negro, favorecedora de un acervo cultural poco tradicionalista, permeable a cambios
- Sectores políticos y sociales sensibles a las transformaciones, entre ellos, el poder legislativo, las municipalidades y la iglesia católica, cuya feligresía era mayoritaria en la provincia

- Antecedentes provinciales de programas exitosos de atención primaria
- Organización del sistema de salud en hospitales por áreas programáticas
- La función del Estado como único prestador en varias localidades provinciales, facilitó la instalación de la propuesta
- La existencia de un hospital general y un ESM por localidad, también favoreció la consolidación de nuevas prácticas
- Escaso número de clínicas privadas de SM
- Fuerte liderazgo para llevar adelante el proceso
- Conformación de un equipo de trabajo provincial fuertemente comprometido
- Consolidación de una minoría activa, portavoz de la transformación (21)
- Generación por la “desmanicomialización” de rédito político provincial
- Reconocimiento y validación por entes nacionales y organismos internacionales (OMS-OPS) de las políticas de reforma (22-23)
- Apoyo político-técnico de la dirección nacional de SM de la nación (1983-1989)
- Cooperación técnica-económica de la región Friulli-Venecia Giulia de Italia (1991)
- Reconocimiento y apoyo de familiares y usuarios, beneficiarios del nuevo sistema.

Monitoreo y evaluación

A medida que se fueron transformando las prácticas en el sistema de salud pública, fue necesario identificar indicadores que reflejaran los cambios producidos en SM. El sistema vigente de registros era muy limitado, consignaba separadamente indicadores de psicología y psiquiatría, y no reconocía actividades grupales y comunitarias, visitas domiciliarias, ni trabajo intersectorial.

El proceso, en el que se puso en riesgo la estabilidad de los trabajadores, duró varios años y culminó con la legitimación y reconocimiento de las nuevas prácticas y la creación de un registro estadístico provincial (24, 25).

La falta de reconocimiento de la existencia de recursos materiales no convencionales fue limitante, pero a la postre fueron incluidos como parte de los recursos terapéuticos del hospital general. Igualmente ocurrió con los recursos humanos no convencionales que tampoco eran reconocidos por la legislación vigente de recursos humanos de salud y a los que por lo tanto no se les consideraba como candidatos para laborar en el sistema.

Los programas existentes de sistematización, evaluación e investigación resultaron insuficientes para medir los cambios realizados. (24, 25). Las deficiencias citadas fueron corrigiéndose a través de reuniones periódicas donde estaban representados los ESM. Esta estrategia respondió al principio de inclusión social y distribución de poder.

Legislación: Ley 2440

A cuatro años de iniciado este proceso, con el desarrollo de las nuevas prácticas y la habilitación de alguno de los dispositivos y recursos mencionados, luego del cierre del hospital psiquiátrico de Allen, se elaboró el anteproyecto de ley 2440 (26), “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padece Sufrimiento Mental”, que vino a “legalizar lo que una práctica ya había legitimado” (27). La ley, que contiene los principios de la desinstitucionalización establece:

- Que la legislación en esta área se haga en función de la mayor frecuencia de casos y no de las excepciones
- Reducir la idea de peligrosidad asociada a los enfermos mentales
- Aplicar criterios restrictivos sólo para situaciones de excepción bien especificadas
- Que la enfermedad mental no implique automáticamente discapacidad
- Que el ejercicio de los derechos de ciudadanía sean condición para la recuperación
- Que las políticas y prácticas correspondientes sean coherentes con la ley
- Cambiar las prácticas y la infraestructura, para evitar así la transinstitucionalización y manicomialización de los nuevos servicios
- La coordinación de la reinserción en la comunidad de la persona con sufrimiento mental recae en los miembros idóneos del equipo, independientemente del título académico
- Internar en el hospital general, como último recurso, luego de agotarse otras instancias terapéuticas
- Disponer de dispositivos y recursos terapéuticos tan diversos como son las necesidades de cada persona, en su lugar de residencia o el más próximo, y asegurar que no se empleen medidas restrictivas
- Implementar estrategias de coordinación intersectorial
- Prohibir métodos coercitivos, por ejemplo electroshock
- Asegurar el regreso de los pacientes institucionalizados fuera de la provincia, en un lapso de dos años, si su condición lo permite
- Esta ley tiene carácter general y rige tanto en el campo de la salud pública como en el de las obras sociales y el ámbito privado.

Conclusiones

La “desmanicomialización” fue un proceso colectivo, gradual y progresivo con un fuerte liderazgo, en el que participaron sectores sociales hasta ese momento desestimados en SM, como usuarios, familia y comunidad.

El marco político del sistema democrático fue un factor determinante en la generación de un nuevo paradigma de atención que contó con apoyo político, técnico y social y fue conducente a la superación de la cultura manicomial imperante en la provincia.

Las alternativas al manicomio se desarrollaron con base en principios éticos y científicos, que se sancionaron administrativa y legalmente gracias a la estrategia de “mostrar primero los resultados para obtener después un incremento de recursos y de apoyo político, técnico y social”.

Entre los hitos significativos del proceso se distinguen el desarrollo de nuevas prácticas, sistemas y servicios, el cierre del hospital psiquiátrico provincial y la promulgación de la ley provincial 2440.

El principal efecto del nuevo enfoque fue reducir la idea de peligrosidad asociada a los enfermos mentales y constituyó un cambio cultural que involucró a todos los sectores sociales; este fue el fruto de un proceso que intentaba garantizar los derechos de ciudadanía de las personas con la salud mental alterada. La continuidad en el tiempo de esta política fue la condición que aseguró el éxito de la labor realizada.

Se confirmó la certeza del aforismo que reza “así como se desaconseja el cierre de camas del hospital psiquiátrico sin la simultánea apertura de dispositivos comunitarios, tampoco es recomendable que en un sistema de SM basado en la comunidad subsista el hospital psiquiátrico” (27).

La presencia de los coordinadores del programa y de los ESM fue fundamental en la instauración de las nuevas prácticas, así como la existencia de un colectivo comprometido con un proceso del que se sentía actor protagónico.

Referencias

1. Gobierno de la provincia de Río Negro, “La desmanicomialización en Río Negro”, Viedma, 1991.
2. Ministerio de Salud Pública de la provincia de Río Negro, Programa de salud mental. Viedma, 1985.
3. Cohen H. “Lineamientos generales para el corto plazo.” “Misiones y funciones de un servicio de salud mental.” “Actividades e indicadores.” Ministerio de Salud Pública de la provincia de Río Negro, Programa de salud mental. Viedma, 1985.
4. Consejo Provincial de Salud Pública, Plan de salud. Viedma 1988.
5. Cohen H, Natella G. Trabajar en salud mental: La desmanicomialización en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1993.
6. Cohen H. en: Políticas de salud mental-Saidón, O. Buenos Aires. Lugar Editorial. 1992
7. Natella G, Tato H.; Comisión comunitaria de alcoholismo. Hospital Zatti, Viedma, 1987.
8. OPS-OMS; Temas de salud mental en la comunidad. I. Levav, ed. Washington, 1992.
9. Natella G, Cohen H. Operadores de salud mental. Consejo Provincial de Salud Pública. Viedma, 1992.
10. Ministerio de Salud Pública de la provincia de Río Negro. Estructura y reglamento de hospitales de área programa. Viedma, 1986.
11. Cohen H, Schiappa Pietra J, Kissnermann L y cols., eds. Normas de intervención en crisis. Consejo Provincial de Salud Pública. Río Negro. 1987.
12. Consejo Provincial de Salud Pública: Cartilla de atención de la urgencia. Viedma. 1988.
13. Natella G. Visita e internación domiciliaria. Consejo provincial de salud pública. Viedma, 1994.
14. Cohen H. Patrullas en salud mental. En *Experiencias innovadoras en la comunidad*, Organización Panamericana de la Salud, Washington 1994.

15. Sarraceno B. *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. Ed. Pax, México 2003.
16. De Leonardis, O, Mauri D, Rotelli F. *L'impresa sociale*; Anabasi; Piacenza, Italia. 1994.
17. Asociación Manos Abiertas y Solidarias, AMAS; personería jurídica No. 1310; fundada 13/12/95 Río Negro.
18. Toth J, Cohen H, Hall M; Implementación de grupos operativos: salud mental-educación; CESS, Rosario, 1989.
19. Currículos de Residencia de salud mental comunitaria- Consejo provincial de salud pública. 1992-1993.
20. Murekián N. Salud mental y representaciones sociales: estructuras, procesos y contextos. De la desmanicomialización y sus impactos representacionales en población adulta y en grupos de expertos. Ciudad de Viedma y Ciudad de Buenos Aires, tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, 2007.
21. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. OPS-PALTEX. Washington, 1997.
22. Collins P. Waving the mental health revolution banner- Psychiatric Reform and Community mental health in the province of Río Negro; en *Innovative mental health programs in Latin America & The Caribbean*, Caldas de Almeida JM.; Cohen A. PAHO, 2008.
23. Vicente B, Cohen H, Valdivia S, Natella G, Santayú JC, Ianowski V. Programa de salud mental en la provincia de Río Negro (Argentina). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1997; Vol. XVII (64):753-62.
24. Consejo Provincial de Salud Pública de la Provincia de Río Negro. Producción estadística de consultas de salud mental según actividad- área programática. Viedma, 1997.
25. Consejo Provincial de Salud Pública de la Provincia de Río Negro. Datos Comparativos 1984-2003- Viedma, 2003.
26. Ley 2440- Sancionada en la Legislatura de la provincia de Río Negro el 11 de Septiembre de 1991. Promulgada por Decreto 1.466. Boletín Oficial 909.
27. Testa M. Conferencia "Dimensión social del cuerpo". Primera conferencia nacional de Salud Mental, Viedma, 1994.

Índice alfabético de materias

A

Adultos mayores, 245

- atención y tratamiento, 249
- brecha en la atención de los ancianos, 247
- crecimiento de la población añosa en América Latina y el Caribe, 245
- depresión, 247, 248
- elementos facilitadores y obstaculizadores de la atención, 252
- enfermedad de Alzheimer, 248, 249, 353
- funciones de los profesionales, 253
- institucionalización, 252
- prevención de trastornos mentales, 250
- promoción de la salud mental, 250
- rehabilitación, 251
- trastornos mentales frecuentes en el anciano, 247

Alcohol y alcoholismo

- abstinencia, síndrome, 304, 307
- Alcohólicos Anónimos, xiii, 75, 306
- años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), 297, 298
- carga mundial atribuible al alcohol, 300
- criterios diagnósticos del alcoholismo (CIE-10), 305
- cuestionario AUDIT para identificar trastornos debidos al alcohol, 303–304
- delirium tremens, 306
- estigma y discriminación asociados a la dependencia del alcohol, 362
- estrategias, 301
- exposición al alcohol y economía, 300
- factores de riesgo de enfermedad atribuibles al alcohol, 298
- intervenciones breves en personas con consumo riesgoso, 301
- papel de la comunidad en la asistencia, 307
- políticas relativas al consumo de alcohol, 300–301
- prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol y drogas ilícitas, 14, 247

propaganda del alcohol y medios de comunicación, 307

variaciones en las Américas en el consumo de alcohol, 299

Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), xiii 3, 14, 30, 31, 32, 36, 185, 249, 297, 298, 361, 363

Asambleas comunitarias, 361, 363

Aspectos legales, 127

- Código Sanitario de Panamá, 334
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), xiii, 42, 44
- Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, 39
- Declaración de Caracas, vii, 6, 7, 39, 41, 43, 44, 92, 120, 128, 135, 157–158, 207, 208, 271, 335, 339
- Consejo Directivo de la OPS (resoluciones), vii, 39
- derechos civiles, políticos y libertades fundamentales, 39, 40, 42, 43
- aspectos legales de la desinstitucionalización, 9, 127
- marco histórico (introducción), 39
- ley provincial de Río Negro, Argentina, 357–358, 367
- Mental Disabilities Rights International (MDRI), xiii, 42, 47
- normas generales de los derechos humanos, 40, 43, 44
- Principios para la protección de los enfermos mentales (ONU), xiv, 40
- Convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad, 41
- Convención interamericana sobre discapacidad, 41
- Atención ambulatoria, 326–328
- Ausentismo laboral, 312, 315–317
- Autocuidado, 107, 110, 120

B

- Belice, progresos alcanzados, 325
- Asociación de Salud Mental de Belice, 328
- Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, 328

atención ambulatoria en salud mental, 326–329
brecha terapéutica, 140
capacitación de recursos humanos, 328
enfermeras psiquiátricas de atención primaria, EPAP, 326–327
estudio internacional GENACIS, xiii, 326
evaluación y resultados, 329
integración de la salud mental en la atención primaria, 325
lecciones aprendidas, 330
proceso de reforma e integración, 327
programa nacional de salud mental, 325
servicios disponibles, 329
suministro de psicotrópico,s 328
Brecha terapéutica y asistencial, 17, 21, 33, 34, 36, 119, 140, 246, 265

C

Chile: experiencias exitosas, 339
cobertura nacional, 339
defensoría e iniciativas locales, 345, 347
descentralización de los recursos, 344
desconcentración de la estructura organizacional, 343
estrategias seleccionadas del Plan nacional, 342
incorporación de la salud mental en la atención primaria, 348
normas y regulaciones, 346
participación de la sociedad civil, 340
plan nacional de salud mental y psiquiatría (2000), 340
presupuesto, cambios en el, 345–346
primer plan nacional de salud mental (1993), 339
recuento histórico, 339
red nacional de servicios de salud mental, 339, 341, 345, 346
redistribución de los recursos, 340
retos críticos, 347

Cuba: atención comunitaria de la salud mental, 349

Carta de La Habana, 350
centros comunitarios de salud mental (CC SM), 350
estrategias fundamentales, 351

funciones asistenciales, 350
modelo comunitario de los CCSM, 350
personal, 352
Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental, 39
equipos de salud mental, 349, 360
estratificación de las acciones, 351
experiencia del CCSM Lawton, 352
actividades de prevención, 352
impacto en la zona sanitaria, 352, 353
Hospital Psiquiátrico de La Habana, 349
reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria, 349, 350
trasfondo histórico, 349, 350
unidades de psiquiatría en hospitales generales, 349

D

Declaración de Caracas, vii, 6, 7, 39, 40–41, 43–44, 92, 120, 128, 135, 157, 207, 208, 271, 335, 339

Desastres y situaciones de emergencia, 269

albergues y refugios temporales, 281
atención a la niñez, 279
atención brindada a los equipos de respuesta, 280
criterios para la detección de casos (tamizaje, “screening”), 273
duelo, 275
evaluación de daños y análisis de necesidades, 272
intervenciones individuales en adultos, 277
modelo comunitario de atención en casos de desastre, 271
planificación de la atención en casos de desastre, 270
problemas psicosociales y de salud mental, 273
reacciones psicológicas frecuentes, 274, 275
recuento de las experiencias vividas (“debriefing”), 278
síndrome de estrés postraumático, 276
trabajo con grupos de sobrevivientes, 277

Desinstitucionalización, 119

aspectos legales, 127–128
“anexos psiquiátricos”, 123
asignaciones familiares, 123

- aspectos operativos, 122
 - atención primaria y desinstitucionalización, 126
 - bases de la desinstitucionalización, 120
 - cambio de paradigma, 122
 - capacitación de personal, 125
 - equipos móviles, 126
 - instrumento de evaluación (OMS-IESM), 201
 - marco referencial, 120
 - obstáculos encontrados, 128
 - programa “volta a casa”, Brasil, 123
 - recursos e intersectorialidad, 127
 - recursos terapéuticos, 124
 - redes de servicio, 121
 - rehabilitación, 124
 - transinstitucionalización, 124, 129
- Epidemiología de los trastornos mentales, 27**
- años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), 30–31
 - años de vida perdidos por muerte prematura (APMP), xiii, 30
 - años de vida sana perdidos por discapacidad (AVPD), 30–31, 32, 33
 - atlas de salud mental (OMS), 35
 - brecha de tratamiento, 33–34
 - carga de los trastornos neurológicos y mentales, 32
 - conclusiones y consideraciones finales, 36
 - definición de epidemiología 27
 - “estado nervioso”, 28
 - examen del estado actual, 36
 - incidencia y prevalencia, 27
 - medias y medianas de las tasas de prevalencia en la región, 29
 - prevalencia de vida, 28
 - prevalencia puntual, 28
 - recomendaciones de la OMS, 35
 - riesgo atribuible a la población (FRAP), 32
 - “The Lancet”, artículo sobre epidemiología, 35
- Evaluación, 197**
- años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), 185
 - Atlas de la OMS 2005 (Salud Mental), 197
 - Centro Nacional Stakes de la Unión Europea, 200
 - definiciones de indicador, criterio y estándar, 197
 - evaluación amplia en países de bajos ingresos, 201
 - evaluación en países de bajos ingresos, 201
 - indicadores de rendimiento usados en Inglaterra, 199
 - indicadores empleados por la Unión Europea, 200
 - indicadores para evaluar procesos, insumos y resultados, 198
 - instrumento de evaluación OMS-IESM, 201–202
 - limitaciones del OMS-IESM, 204
 - metas de salud mental en los Estados Unidos, 200
 - monitoreo, 198
 - monitoreo de la salud mental en la Unión Europea, 200
 - monitoreo de los planes de salud en los Estados Unidos, 200
 - “Población Saludable”, Estados Unidos, 200
 - recomendaciones del Informe Mundial de Salud 2001 OMS, 202
 - salud mental en el mundo, 202
 - sistemas de evaluación, 199
 - usos y beneficios del OSM-IESM, 202
- Examen preliminar de la comunidad, 51**
- características de la comunidad, 53–55, 59, 61
 - datos políticos, 60, 61
 - datos de salud y enfermedad, 60
 - datos socioculturales, 59
 - datos sociodemográficos, 56
 - definición de comunidad, 53
 - criterios de selección de los problemas, 65
 - diagnóstico analítico, 67
 - diagnóstico comunitario, 62
 - componentes operativos del diagnóstico, 67
 - definición de la población, 67
 - distribución de los trastornos, 68
 - estudio de los determinantes, 69
 - objetivos del diagnóstico, 67
 - ubicación geográfica, 55
 - diagnóstico descriptivo, 66
 - diagnóstico mixto, 67
 - estudio de determinantes de los trastornos, 69
 - etapas en el proceso de intervención en la comunidad, 52

examen preliminar de la comunidad, 54
métodos cualitativos, 74
métodos del diagnóstico comunitario, 65
migración, 58
morbilidad general, 60
pirámide de población, 56
recursos disponibles en la comunidad, 61
 recursos oficiales y no oficiales del sector salud, 61
 recursos oficiales y no oficiales fuera del sector salud, 61

I

Implementación de la reforma en la provincia de Río Negro, Argentina, 357

asambleas comunitarias, 361
atención ambulatoria, 360
capacitación de personal, 363
cierre del hospital psiquiátrico, 357, 366, 367
Comisión Comunitaria de Alcoholismo, 361
desinstitucionalización, 358
desmanicomialización”, 358
equipos móviles de intervención a distancia, 360
estrategias de externación, 362
grupos de reflexión, 361
hospitales generales de la red, 360
implementación, estrategias, 359
internación domiciliaria, 360
ley 2440 de la provincia de Río Negro, 366
monitoreo y evaluación, 365
obstáculos y factores facilitadores, 363
patrullas, refiérase a equipos móviles, 360
práctica intersectorial, 361
proceso de reforma e integración, 362
redes de servicios, 359
rehabilitación psicosocial, 343
sensibilización comunitaria, 359
trabajo con la familia, 361
visitas domiciliarias, 365

Infancia y adolescencia, 231

estrategias, 232
factores protectores y de riesgo, 232–233

intervenciones complementarias, 238
intervenciones en las escuelas, 237
intervenciones psicosociales, 237
maltrato infantil, 242
organización de los servicios, 236
políticas de desarrollo, 232
resiliencia, 232, 234, 235, 236
riesgo, 233
servicios de salud mental para el niño y el adolescente, 235
trastornos mentales más frecuentes en niños y adolescentes, 238
 abuso y dependencia de sustancias, 241
 anorexia, 240
 ansiedad, 240
 autismo infantil, 239
 conductas suicidas, 242
 déficit de atención con hiperactividad, 239
 depresión, 240
 discapacidad intelectual (retardo mental), 231, 239
 disgrafía, 239
 dislexia, 239
 encopresis (retención fecal), 241
 enuresis, 241
 neurosis, 240
 trastornos de la conducta alimentaria, 240
 trastornos del sueño, 241
 trastorno de adaptación, 241

Investigaciones y publicaciones sobre salud mental en América Latina y el Caribe, 219

desarrollo de la investigación, 219
Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias, 222
indicadores de la producción científica en esta área según las bases de datos más consultadas, 221
medidas necesarias para promover la investigación sobre salud mental, 225
modelo de la producción científica publicada, 225
participación en el escenario científico internacional, 219
proporción de las publicaciones según los diferentes países, 222

publicaciones en idioma inglés, 224
volumen de las publicaciones, 220–223

L

Leyes, códigos y similares, 335, 366

Líderes comunitarios, 157

antecedentes históricos, 157
Asociación de Usuarios de Belice, 159
consumidores, sobrevivientes, pacientes y ex-pacientes, 161
Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental, 158
Declaración de Caracas, 157, 158
experiencias en programas de salud mental comunitaria, 162–165
el CCSM Lawton, Cuba, 165
caso de El Bolsón, Río Negro, Argentina, 163
programa de salud mental comunitaria, Univ. de Valparaíso, Chile, 162
funciones de los líderes comunitarios, 159
grupos de autoayuda, 162
Informe Anual de Salud 2001 (OMS), 158
papel de la comunidad, 164
papel de la familia, 163
papel de los agentes de salud mental, 160
papel de los líderes religiosos, 165
papel de los usuarios, 162
participación de los líderes comunitarios, 159
servicios de salud mental y función de sus agentes, 160

O

Organización de los servicios de salud mental en la comunidad, 105

acceso a los psicotrópicos, 115
análisis de la situación, 112–113
autocuidado, 110
beneficios del modelo comunitario, 111
capacitación de recursos humanos, 115
colaboración intra e intersectorial, 110
financiamiento, 114
integración de salud mental en la atención primaria de salud, 109

modelo comunitario, 106
política y planificación, 113
promoción del apoyo político y económico, 112
reducción del número de hospitales psiquiátricos, 107
servicios comunitarios de salud mental, 108
servicios comunitarios no formales de salud mental, 110
servicios de salud mental en hospitales generales, 108

P

Panamá: descentralización de los servicios de salud mental, 333

antecedentes históricos, 333
Caja del Seguro Social, 334
camas psiquiátricas en hospitales generales de Centroamérica y la Rep. Dominicana, 336
código sanitario, 334
Declaración de Caracas, 335, 338
desinstitucionalización y descentralización, 335
evaluación de la atención psiquiátrica en Panamá, 335
formación de especialistas en psiquiatría, 334
Hospital Psiquiátrico Nacional, 334
Hospital Santo Tomás, 334
hospitales psiquiátricos en el pasado, 334
informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 335
Instituto Nacional de Salud Mental, 334
instrumento de evaluación de sistemas de salud mental IESM-OMS, 335, 337
modelo de atención comunitaria, 337
Plan Nacional de Salud Mental, 335
presupuesto de salud mental asignado a hospitales psiquiátricos, 336
Tasas de profesionales de salud mental en Centroamérica y la Rep. Dominicana, 337

Perspectivas mundiales y regionales, 13

años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), xiii, 3, 14, 30, 32
años perdidos por muerte prematura (APMP), xiii, 30
Atlas de la OMS sobre recursos de salud mental, 16–17

- avances recientes en salud mental, 9
 - barreras encontradas, 18
 - cambio de modelo, 20
 - camino por seguir, 23
 - carga mundial de la depresión, 14
 - carga mundial de las enfermedades mentales, 13
 - comorbilidad, 15
 - concepto de salud mental, 4
 - Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, 6
 - Consejo Directivo de la OPS, resoluciones, 6
 - consumo de alcohol y de drogas, 14
 - crítica del hospital psiquiátrico, 5
 - décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), 4
 - Declaración de Caracas, 6, 7
 - depresión, 14
 - desarrollo de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe, 6
 - encuesta mundial de la OMS sobre salud mental, 16
 - estado nervioso, 28
 - estudio multicéntrico de la OMS sobre suicidios, 17
 - guías de la OMS sobre políticas y servicios, 5, 10
 - Informe Mundial de Salud 2001 (OMS), 9
 - lagunas en salud mental, 16–17
 - marco para la acción, 6, 23
 - mhGAP *refiérase al Programa Mundial de Acción en Salud Mental*, 13
 - objetivos de desarrollo del milenio, xiii, 16
 - prevalencia de trastornos mentales en la Región, 27
 - Prevalencia puntual y de vida, 28
 - Principios de Brasilia, 7
 - Programa Mundial de Acción en Salud Mental, 13, 21
 - reforma del sector salud, 8
 - respuesta de los sistemas de salud, 7
 - suicidio, 14, 15, 17, 22
 - tasas medianas de prevalencia en América Latina y el Caribe, 29
 - tasas medias de prevalencia en América Latina y el Caribe, 29
 - tratamientos efectivos, 10
 - violencia política, 3
- Políticas y planes de salud mental, 89**
- análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), xiii, 96, 99
 - análisis epidemiológico, 92
 - concepto de política (OMS), 89
 - datos sociales y económicos, 93
 - decisiones fundamentales (módulo de la OMS), 101
 - Declaración de Caracas, 92
 - defensoría de la salud mental, 92
 - establecimiento de políticas, 90
 - estrategias y plazos, 99
 - evaluación de políticas y planes, 99
 - formulación de políticas de salud mental, 91
 - indicadores y metas, 99
 - instrumentos de acción de las políticas, 91
 - intervenciones costo-efectivas, 91
 - modelos para la formulación de políticas y planes, 96
 - monitoreo y evaluación de la implementación de la política y el plan, 99
 - opiniones de actores sociales, 93
 - origen de las políticas públicas, 90
 - participación social, 94
 - pasos en el desarrollo de un plan de salud mental, 99
 - políticas, planes y programas de salud mental (OMS), 96
 - roles y responsabilidades de los distintos actores, 98
 - utilización de los medios de comunicación, 93
- Prevención, 183**
- capacitación, 193
 - concepto de prevención, 183
 - condiciones necesarias para la prevención, 193
 - definición de prevención universal, selectiva e indicada, 187
 - determinantes individuales y familiares, 189
 - determinantes sociales, ambientales y económicos, 170, 184
 - documentos técnicos de la OMS sobre prevención, 183

factores de riesgo y de protección, 187
 fortalecimiento de las redes comunitarias, 190
 impacto económico de los trastornos mentales, 185
 informe final de la OMS sobre determinantes sociales, 170
 intervenciones efectivas y acciones políticas, 183–184
 investigación y abogacía, 193
 macroestrategias de prevención, 189
 mesoestrategias de prevención, 191
 microestrategias de prevención, 193
 pasos en la elaboración y ejecución del plan, 194
 políticas de prevención, 193
 prevención de las conductas suicidas, 288–291
 prevención en el lugar de trabajo, 318
 prevención y promoción en ancianos, 248
 recursos e infraestructura, 194

Procesos psiquiátricos de larga duración, 133

“puerta giratoria”, 137
 brecha terapéutica, 140
 cuidados farmacológicos, 143
 entrenamiento en habilidades sociales, 147
 esquizofrenia, 133–143
 estrategias de intervención en la comunidad, 142–143
 estudios epidemiológicos, 138
 evolución a largo plazo, 134
 prevalencia, 134, 135, 137, 138–139
 tratamiento psicosocial de la esquizofrenia, 147
 hospitalización en centros penitenciarios, 141
 hospitalización involuntaria, 140
 intervenciones en la comunidad, 142–143
 intervenciones holísticas, 149–150
 intervenciones psicoeducativas, 149–150
 intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, 143–144
 psicoeducación de personas con psicosis, 145
 psicoeducación familiar, 144
 rehabilitación basada en unidades hospitalarias, 148
 terapia asertiva comunitaria, 149
 terapia cognitivo-conductual, 146

terapia psicológica integrada, xiv, 150
 unidades psiquiátricas en hospitales generales, 140
 unidades psiquiátricas forenses, 141

Promoción de la salud mental, 167

Carta de Ottawa, 171
 Carta del Caribe para la promoción de la salud, 172
 comisión sobre determinantes sociales de la salud (OMS), 168, 170
 concepto de promoción de la salud mental, 168
 definición de la salud (OMS), 168
 desafíos que enfrenta la promoción de la salud mental, 172
 desarrollo comunitario y promoción, 174
 determinantes sociales de la salud mental, 170
 determinantes sociales de la salud (OMS), 170
 documento de la OMS sobre promoción de la salud mental, 167
 empoderamiento y defensa de los derechos humanos, 175
 mejoramiento de la vivienda, 174–175
 orientaciones prioritarias, 173
 políticas específicas de promoción de la salud mental, 176
 políticas, marco jurídico y servicios, 176
 prevención de conductas suicidas, 285, 288–291
 producción de conocimientos y fomento de prácticas, 177
 promoción de la salud mental en el ciclo vital, 178
 promoción de la salud mental en grupos vulnerables, 179
 promoción del concepto de salud mental, 179
 vida mental, 172

R

Recursos humanos, 207

aprendizaje activo y social, 214
 atención de la salud mental en hospitales generales, 210
 autocuidado de la salud mental, 212
 componente de la salud mental en la atención primaria, 211
 destinatarios de la formación de los recursos humanos, 208

fines ético-políticos y técnicos de la formación, 213
formación y evaluación continuas, 214
investigación en salud mental, 213
reconstrucción del aprendizaje, 215
servicios especializados de salud mental, 210
servicios formales en de salud mental, 209, 211
servicios informales de salud mental, 211
socialización del aprendizaje, 214
transferencia del conocimiento, 215–216

S

Salud mental en el ámbito laboral, 311

antecedentes, 311
apoyo en el empleo, 312
atención a empleados con problemas mentales, 317
ausentismo laboral, 313, 315, 316, 317, 320
cambios en el trabajo, 313
depresión en el trabajo, 311, 313, 314, 315, 317, 318–319
derivación de empleados con problemas mentales, 317
desgaste profesional (“burn out”), 314
detección de problemas mentales, 315–316
empoderamiento, 312, 320
encuesta Ipsos Reid, 319
estigma, 319
factores determinantes de problemas en el trabajo, 314
inseguridad laboral, 313
liderazgo institucional, 315
lugar de trabajo como medio saludable, 316
magnitud del problema, 314
mercado laboral, 312
Oficina Internacional del Trabajo, 313
políticas y estrategias en el trabajo (OMS), 315
“presentismo”, 314
prevención en el sitio de trabajo, 318
regreso al trabajo, 318
servicios y políticas de salud mental, 314
talleres no integrados, 312

Suicidio y conductas suicidas, 285

alto riesgo de suicidio, 288
definición, 285
distribución geográfica y etaria, 286
estudio multicéntrico de la OMS, 290
factores de protección y de riesgo, 287
grupos vulnerables, 288
horizonte del trastorno, 289
magnitud del problema, 285
manuales sobre el suicidio, 293
papel de los supervivientes, 293
prevención de las conductas suicidas, 291
prevención del suicidio, 288

T

Tratamientos efectivos de los trastornos mentales, 10

V

Violencia 257

apoyo psicológico a las víctimas de la violencia, 264
asistencia clínica a las víctimas, 262
clasificación de la violencia, 259
definición de la violencia, 258
efectos psicológicos individuales, 261
factores de riesgo y multicausalidad, 258
informe mundial sobre violencia y salud (OMS), 258
función de los servicios de salud mental, 264
intervención social y de salud mental, 262
modelos de intervención, 261
mortalidad y morbilidad, (OMS) 259
prevención de la violencia, 261–262
principios generales de salud mental aplicados al manejo de la violencia, 264
síndrome de estrés postraumático, 262
violencia autoinfligida, 260
violencia basada en el género, 260
violencia contra niños y adolescentes, 260
violencia política y conflictos armados, 260
servicios de salud mental para las víctima,s 264
condiciones de riesgo, 258–259