

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Salud mental en el mundo:
Problemas y prioridades
en poblaciones de bajos ingresos

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos

**JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(OCTUBRE 1993 – MARZO 1997)**

Presidente A.E.N.: *Manuel Desviat*

Vicepresidente: *Fabio Rivas Guerrero*

Secretario General: *Mariano Hdez. Monsalve*

Vicesecretaria: *Yolanda Gómez Fontanil*

Tesorera: *Nekane Pardo Gaskue*

Director de Publicaciones: *Fernando Colina*

Vocales: *Guillermo Rendueles*

Begoña Olabarría González

Fermín Mayoral

Fco. José Vaz Leal

Presidenta Asociación Asturiana: *Ana Esther Sánchez*

Presidente Asociación Balear: *Rafael de la Rosa*

Presidente Asociación Canaria: *José A. Sánchez Padilla*

Presidente Asociación Castilla-León: *Amando Pascual Lázaro*

Presidente Asociación Castilla-La Mancha: *Juan A. Estévez Sulines*

Presidenta Asociación Madrileña: *M^a Fé Bravo Ortiz*

Presidente Asociación Andaluza: *Antonio Trujillo Vera*

Presidenta Asociación Murciana: *Dolores López Mundejar*

Presidente Asociación Vasca: *J. Ander Retolaza*

Agradecemos a la Organización Panamericana de la Salud,
y especialmente al Dr. Izthak Levav,
la cesión de los derechos de publicación de este documento.

Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos

es una publicación de Oxford University Press, apoyada con fondos de la Carnegie Corporation of New York, la MacArthur Foundation, la Rockefeller Foundation y el Milbank Memorial Fund. 1995.

Traducción: *Dr. René González*

Edita: *AEN*

Derechos cedidos por la Organización Panamericana de la Salud

C/ Villanueva, 11

Tél. y Fax: 431 49 11

Madrid 28001

Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos

Crisis mundial en la Salud Mental	5
Salud Mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos	9
Atención psiquiátrica en las Américas: Argentina y la República Dominicana	35
Enfoques innovadores en servicios de rehabilitación basada en la comunidad China	39

Crisis mundial en la salud mental

Interrogarnos sobre las enfermedades mentales de las próximas décadas, sobre la salud mental de las poblaciones en el inmediato futuro, significa preguntarnos por nuestras formas de vida, por los factores de riesgo que hoy tan despreocupadamente cultivamos. Nos obliga a investigar las circunstancias que hacen vulnerables a grandes sectores de la población mundial tanto en los países ricos como en los pobres.

Los problemas mentales, sociales y de conducta están provocando una crisis sin precedentes que amenaza la estabilidad política y económica, y conspira contra la humanidad de decenas de millones de personas, se afirma en este estudio realizado para Naciones Unidas por un equipo de profesionales de la Universidad de Harvard. Los autores consideran que la situación presente empeorará en los próximos años como resultado de la extrema pobreza y la desmedida ola de violencia que aflige África, Asia y América Latina, poblaciones en continuo crecimiento, especialmente en las áreas urbanas.

Mas tampoco parece que la perspectiva sea mucho mejor en el llamado primer mundo, donde, según recientes investigaciones epidemiológicas, cerca del 35% de sus habitantes han padecido algún episodio de enfermedad a lo largo de su vida y donde un 20% mantenía sintomatología activa durante el año anterior al estudio (ECA, EEUU, 1991; Canadá, 1993; España, 1994). Prevalencia de trastornos mentales con importantes repercusiones sociales y económicas, tanto por los años de vida perdidos por discapacidad –el Banco Mundial sitúa en primer lugar a la enfermedad mental en este indicador, antes que el cáncer y las enfer-

medades cardiovasculares– como por el costo que representan. En EEUU, sólo los trastornos depresivos ocasionaron un gasto de 43.000 millones de dólares.

En Europa, la Organización Mundial de la Salud estima un aumento considerable de las enfermedades mentales, debido al envejecimiento de la población, el estilo de vida y la proporción cada vez mayor de personas que se hallan expuestas a situaciones psicosociales adversas. El paro prolongado, formas de vida aislada tras el debilitamiento de los lazos familiares y sociales, la movilidad social y geográfica, situaciones de exclusión social (inmigrantes, sin techo, marginales), aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad mental. Situaciones de riesgo que se unen al rápido crecimiento de los casos de sida –y por tanto de trastornos psicológicos asociados– y sobre todo, a la imparable adopción por gente muy joven de patrones de conducta lesivos para la salud, especialmente el abuso de drogas y el alcohol, la conducción peligrosa de vehículos, el gusto por el riesgo y la violencia.

Modelos de conducta que amenazan la salud mental de nuestras sociedades y crea graves incertidumbres sobre las formas de articulación y convivencia social. Como las crea el vertiginoso desmoronamiento de los regímenes políticos de la Europa del Este que ha empujado a situaciones extremas a amplios grupos de población –desplazamientos forzosos, violaciones masivas de los derechos humanos, guerras terribles como las de Bosnia y Chechenia– de incalculables consecuencias para la salud mental de las personas afectadas y para el futuro de sus pueblos, por mucho tiempo frágiles, en alto riesgo de padecer trastornos depresivos, de ansiedad, estrés postraumático u otros tipos de enfermedad mental.

Esta expansión de los trastornos mentales, se hace en tiempos de redefinición de los sistemas de atención, de reajuste obligado de las economías nacionales por la crisis económica y en el caso de España por la convergencia con los países de la Unión Europea. Unos países que han conseguido una universalidad de prestaciones básicas, sobre las que se ha cimentado el desarrollo económico. Garantías de cuidado social y sanitario que se han universalizado desde modelos tan diferentes como el sistema público británico o el liberal francés, procurando la equidad y la armonía social. “El objetivo del próximo período ha de ser preservar y desarrollar el modelo social europeo –leemos en el Prefacio del Libro Blanco de la Política Social Europea (EU, 1994)–, conforme nos acercamos al

siglo XXI, para dar a las gentes de Europa la mezcla única de bienestar económico, de cohesión social y de alta calidad global de vida que se logró en el período de posguerra”. No se pone en duda la estrecha relación que existe entre desarrollo socioeconómico y salud, aunque sí la necesidad de contener el costo del sistema sanitario, tremendamente encarecido por la alta tecnología y la seducción farmacológica. El debate sobre el futuro inmediato de la sanidad europea se centra en cual va a ser la “cesta básica”, el menú de prestaciones universalizado. Qué servicios y qué poblaciones se van a privilegiar.

La atención a la salud mental, tan amenazada por diversos factores adversos, va a exigir una oferta amplia de servicios sanitarios y sociales –en psiquiatría la actuación no se agota con la intervención clínica–, si pretende ser eficaz. En el Informe Dunning, que abre en 1992 el debate en Europa sobre selección de prioridades en la asistencia psiquiátrica, el grupo holandés de expertos recomienda a los gobiernos que protejan legalmente la calidad de la atención de los enfermos mentales, en previsión de los posibles efectos adversos de la competencia reguladora. Preocupación que se expresa en una consulta realizada a expertos y población general en 1991 por el gobierno británico para estudiar la situación de su sistema sanitario: la atención a la salud mental se considera de una importancia central debido al alto nivel de mortalidad, morbilidad y coste asociado con las enfermedades mentales. Preocupación que está presente hasta en los EEUU de Norteamérica, dentro del conocido Plan Oregón (1991), propuesta de universalización de la cobertura sanitaria Medicaid a través de un paquete básico de prestaciones, donde se hace hincapié en la atención socio sanitaria de larga estancia y los servicios de salud mental.

Es verdad que la asistencia a la salud mental ha cambiado mucho en los últimos cincuenta años. Como también ha cambiado la representación social, la imagen que los ciudadanos tienen de la enfermedad mental. Con las tapias de los manicomios ha caído la idea secular de locura, unida a ancestrales miedos colectivos, a los monstruos de la sinrazón. Los límites entre razón y sinrazón se han hecho imprecisos. La enfermedad mental se ha incorporado al resto de las enfermedades. La angustia, la depresión, la hipocondría o la psicosis, perdido su estigma, adquieren un estatus de enfermedad tan respetable como el reumatismo o la

diabetes. Más aún, algunas píldoras de éxito las convierten en moda. Se corre el riesgo de una psiquiatrización de la vida cotidiana que inunda los servicios de salud mental de problemas normales de la existencia, de las habituales dificultades y sufrimientos del vivir.

Sea esta patología menor, sean los trastornos mayores que, a veces, se prolongan de por vida; sea consecuencia de la miseria o de los hábitos de vida, de la exclusión social o de la paranoia de los dirigentes, la cuestión es que la enfermedad mental constituye una de las epidemias de la civilización moderna, junto con los accidentes, el suicidio y la violencia. Una epidemia que involucra el futuro y que exige una respuesta que sobrepasa la tecnología sanitaria. Una respuesta que debe involucrar a todos los agentes sociales y en primer lugar al ciudadano. La respuesta sanitaria no es una decisión ajena, en manos de unos expertos, que el ciudadano deba aceptar pasivamente. La salud es un componente clave del desarrollo humano, del desarrollo socioeconómico. La sociedad del mañana va a estar condicionada por la propuesta de protección de la salud y de cuidado que hoy estamos elaborando. En verdad, el problema no es descifrar los patrones de las enfermedades mentales del próximo futuro, la cuestión es adelantar qué lazos sociales, qué valores, qué cultura, qué tipo de hombre estamos hoy proyectando. La cuestión es si podremos romper el maleficio del que hablara Albert Camus: los hombres mueren y no son felices.

Manuel Desviat

Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Salud mental en el mundo:

Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos

Las cuatro décadas transcurridas desde la Segunda Guerra Mundial han sido testigo de grandes cambios en los campos económico, político y social. En este lapso se ha producido un descenso global sin precedentes en la mortalidad infantil y un aumento sorprendente en la esperanza de vida. En una sola generación, la esperanza de vida promedio en países de baja renta como la India, Egipto y Zaire ha aumentado en más del cincuenta por ciento, pasando de los cuarenta años a los sesenta y seis. En el mismo período, la mortalidad infantil en muchas naciones pobres se ha reducido en más del cincuenta por ciento, descendiendo de una muerte por cuatro nacimientos vivos a una por cada diez. Los aumentos en la esperanza de vida, tan largamente esperados, no son por eso menos asombrosos, habiéndose acompañado en los mismos países por progresos igualmente alentadores en los campos de la higiene y la salud física: la viruela, que causaba anualmente millones de muertes, ha sido erradicada; los programas de inmunización salvan aproximadamente tres millones de vidas al año; el número de familias con acceso al agua potable se ha sextuplicado; millones de mujeres, niños y hombres tienen ahora acceso a la atención primaria de la salud. El panorama general de la salud mundial es ahora mucho más halagüeño que en el decenio de 1940. De tal suerte que muchos expertos internacionales comienzan a hablar en términos que sugieren que las batallas más arduas quedaron atrás y que estamos en un período de transición, en camino hacia una era de mejor salud en todo el mundo.

Desafortunadamente, nada está más lejos de la verdad. A medida que la esperanza de vida ha ido aumentando en los países de bajos ingresos y éstos se han urbanizado y “modernizado” progresivamente, se ha producido un marcado descenso en el crecimiento económico y han ocurrido cambios masivos en la sociedad.

En tanto que la salud física ha mejorado en todo el mundo, la salud mental ha permanecido estancada o se ha deteriorado. El incremento de la duración de la vida, entre cuyas consecuencias está que muchas personas alcanzan la edad de riesgo para diferentes enfermedades, se ha acompañado de un aumento en la incidencia de la depresión clínica, la esquizofrenia, la demencia y otras enfermedades crónicas. Así, parte del aumento en la morbilidad se debe precisamente a las ganancias en longevidad de la que expertos de salud y funcionarios oficiales están justificadamente orgullosos. Parte del aumento es consecuencia de las abrumadoras cargas psicológicas y sociales impuestas a las culturas rurales por la urbanización y la “modernización”. Los cambios sociales, políticos y económicos se han acompañado de aumentos en las tasas de alcoholismo, abuso de drogas y suicidio. En muchas áreas se ha hecho endémica la violencia contra mujeres, niños y ancianos y si no se le pone coto a este fenómeno, es posible que a la larga llegue a contrarrestar la disminución alcanzada en las tasas de mortalidad y las ganancias en la esperanza de vida. Paralelamente, la violencia étnica y el desplazamiento de masas humanas ha alcanzado niveles sin precedentes en los tiempos modernos, siendo causa de estrés desmedido en menoscabo de la salud mental de los sobrevivientes.

Los países pobres de Asia, Africa y América Latina están sujetos a la influencia de fuerzas económicas, políticas y ambientales que condicionan la aparición de problemas más graves que los que enfrentan los países más prósperos, desde desastres hasta conflictos de baja intensidad y desplazamientos de masas humanas. Esos problemas son a menudo exacerbados por la falta de medios económicos y políticos para proveer atención en salud y ayuda humanitaria. La pobreza y el estancamiento económico tienen un impacto directo e indirecto sobre el bienestar social y mental. La pobreza se traduce en hambre y desnutrición, condiciones de vida inadecuadas, mayores riesgos para la salud y, frecuentemente, servicios de salud insuficientes. La aglomeración urbana y las malas condiciones de

trabajo pueden ser causa de ansiedad, depresión o estrés crónico y al mismo tiempo pueden tener un efecto perjudicial sobre la calidad de la vida de familias y comunidades.

Simplemente, estamos en el medio de una crisis, en buena parte inesperada, de la salud mental mundial. Tanto los países ricos como los pobres han tenido que elegir entre reducir el déficit o invertir recursos para enfrentar los problemas de salud mental; unos y otros han optado por la reducción del déficit. Muchos problemas de salud mental, como el abuso de sustancias, la violencia, el suicidio y la demencia se presentan igualmente en los países de altos y bajos ingresos, cabiendo esperar que las soluciones que se encuentren en unos puedan ser igualmente eficaces en otros. Contrariamente a las creencias preponderantes, existen tratamiento costo-efectivos para algunas enfermedades (por ejemplo, depresión, epilepsia y esquizofrenia) y algunas pueden ser prevenidas (por ejemplo, algunas formas de retraso mental). A este respecto conviene señalar la existencia de numerosas experiencias locales y proyectos de demostración. Es mucho lo que en estos campos los países industrializados pueden aprender de los que tienen pocos ingresos, sólo si comparten información. Aun para enfermedades para las que actualmente no hay tratamiento ni prevención efectivos, ya se dispone de suficientes conocimientos que pueden servir de base para la elaboración de políticas y programas y para generar investigaciones cruciales para el futuro. A pesar de lo dicho, hay una renuncia en el mundo a darle la debida prioridad a los problemas de salud mental, a reconocer que se conglomeran por obra de círculos viciosos y a asignar recursos –humanos y materiales– para el desarrollo de políticas y programas. La salud mental constituye una de las últimas fronteras que hay que franquear para mejorar la condición humana. Frente al extendido estigma y descuido respecto a la salud mental, se hace imperativo que ésta sea incluida en la agenda internacional.

Un llamado para la acción

Este informe, resultado de dos años de trabajo de especialistas de más de treinta naciones, representa el primer intento sistematizado para evaluar el sufrimiento impuesto por los problemas de la salud mental y el comportamiento en

las sociedades de bajos ingresos de Asia, Africa, América Latina y el Oriente Medio. El informe hace un recuento de las dificultades y condiciones difíciles en el lenguaje “objetivo” del razonamiento científico, con el fin de describir los problemas acertadamente e indicar honestamente dónde las intervenciones pueden ser útiles y dónde no lo pueden ser. El informe contiene descripciones breves de los hallazgos claves y recomendaciones para la elaboración de políticas y para las investigaciones.

Sin embargo, ningún llamado para la acción, no importa lo bien fundamentado que esté científicamente, puede tener éxito alguno si el mundo no está dispuesto a escucharlo. Por ello, nuestra primera y más importante recomendación es que las Naciones Unidas declaren a la mayor brevedad el Año de la Salud Mental y que la Organización Mundial de la Salud designe al período 1996-2006 como la Década de la Salud Mental; las acciones en esos diez años deberían comenzar con la convocatoria de una Cumbre Internacional de la Salud Mental que se celebraría en una ciudad del hemisferio sur.

Habrán quienes pueden argumentar que esta Cumbre no será más que otra reunión de idealistas que provocará una ola de atención por parte de los medios de comunicación social pero que logrará poco. Muy al contrario, creemos que una reunión como la propuesta y el respaldo de las Naciones Unidas son elementos necesarios para llamar la atención del mundo sobre esos problemas de salud que, aunque apremiantes, gozan actualmente de menor visibilidad. Es sencillamente inaceptable que en los últimos días del siglo veinte los enfermos mentales crónicos permanezcan abandonados en tantos países, en medio de la inmundicia, víctimas de la brutalidad, sin tratamiento ni medidas de rehabilitación, en condiciones que traicionan a su condición humana. Es inaceptable que decenas de millones de pacientes con trastornos depresivos, una enfermedad altamente tratable, sufran el tormento de su dolencia, pierdan oportunidades, incurran en altos gastos y corran el riesgo de suicidarse porque los médicos y enfermeras no están capacitados para diagnosticar el trastorno ni son estimulados a asignarle prioridad al tratamiento. Es inaceptable que las madres en numerosas naciones y culturas sean golpeadas cotidianamente por sus esposos alcohólicos que roban el dinero de la familia al mismo tiempo que privan a sus cónyuges de su seguri-

dad y dignidad. Que esas madres no tengan donde acudir en la comunidad es una situación que no debe continuar. También es intolerable que niñas de siete y ochos años de edad sufran el horror de ser vendidas como esclavas sexuales en un sistema mundial de abuso sexual comercializado que fomenta la criminalidad y disemina el SIDA. Los abusos citados y otros revelados por nuestra investigación, y la indignante inacción que a menudo los rodea, son del todo inaceptables.

Si se quiere mejorar el estado de la salud mental es necesario promover una campaña internacional para asignarle la debida prioridad a las políticas correspondientes. De esta manera los problemas en esta área serán percibidos por la comunidad internacional como lo que son en realidad: una gran amenaza para la estabilidad política y económica del mundo. Además de involucrar a la Organización de las Naciones Unidas como un todo, la campaña deberá comprender también a la Organización Mundial de la Salud, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, UNICEF, el Banco Mundial y otras agencias internacionales, organismos no gubernamentales, organizaciones nacionales y regionales, los medios de comunicación social, las empresas de negocios, el sistema educativo, las profesiones de la salud y las entidades sociales y de salud encargadas de formular políticas. En última instancia, la campaña deberá llegar a cada país, de suerte que el mensaje de la salud mental se difunda tanto en el ámbito internacional como en el nacional y sus efectos sean sentidos localmente. La campaña deberá proveer información dirigida a promover un cambio de actitudes; evitando de esta manera los malentendidos y combatiendo el estigma. La promoción del desarrollo de políticas y programas de salud mental deberá apoyarse en la movilización de la voluntad política. Mucho de lo propuesto podrá ser llevado a cabo como parte de las acciones correspondientes al Año de la Salud Mental promovido por las Naciones Unidas y a la Década de la Salud Mental auspiciada por la Organización Mundial de la Salud.

Principales hallazgos

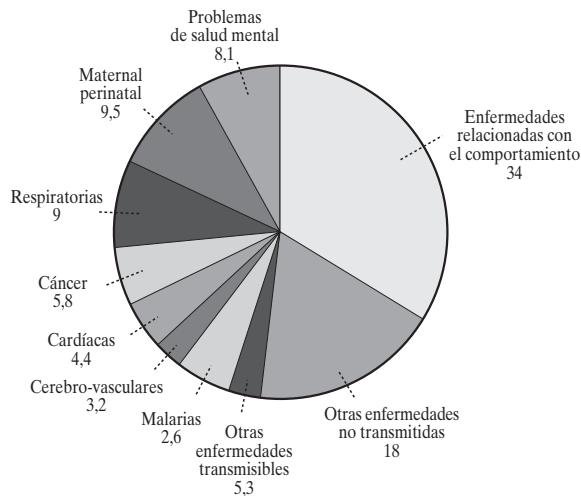
La lista que sigue enumera los hallazgos más importantes realizados en los dos años que duró nuestra investigación. Su presentación, aun en forma muy abre-

viada, pone inmediatamente en evidencia cuan grandes son los desafíos y las oportunidades que deberemos enfrentar si nos decidimos a mejorar el estado de salud mental en el mundo.

- Los problemas mentales por sí solo constituyen el 8'1% de la Carga Mundial de Enfermedad (CME), medida que comprende todas las pérdidas causadas en el mundo por las enfermedades. La presente estimación fue hecha por el Banco Mundial en el Informe del Desarrollo Mundial 1993 (ver la Figura 1). Los pacientes neuropsiquiátricos de 15 a 44 años de edad de los países de bajos ingresos, contribuyen con 12% de la CME. Cuando a lo anterior se agrega las “lesiones intencionales autoinfligidas” -como en efecto deben ser agregadas en un trabajo sobre salud mental- la proporción de la CME correspondiente a los trastornos mentales es 15'1% para las mujeres y 16'1% para los hombres.

FIGURA 1. -

*Distribución mundial de las cargas en salud (1990). Porcentaje de AVPAD**



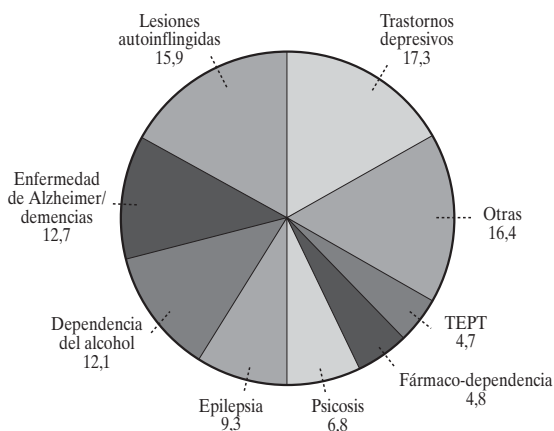
Adaptado del Banco Mundial, 1993a.

**AVPAD: Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad.*

- Entre las enfermedades consideradas en las estimaciones del Banco Mundial, los trastornos depresivos, las lesiones autoinfligidas, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y la dependencia del alcohol, causan la mayor carga, seguidos por la epilepsia, la psicosis, la fármacodependencia y el trastorno de estrés post-traumático (ver la Figura 2).

FIGURA 2.-

*Discapacidad causada por problemas de salud mental. Porcentajes de AVPAD**



Adaptado del Banco Mundial, 1993a.

**La cifra representa 8,1% del total de AVPAD*

(Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad).

- Debido a los cambios demográficos, el número total de casos de esquizofrenia en las sociedades de bajos ingresos pasará de 16'7 millones en 1985 a 24'4 millones en el año 2000, lo que representa un aumento de 45%.

- Las tasas de prevalencia del retraso mental y la epilepsia son de tres a cinco veces más altas en los países de bajos ingresos que en los industrializados.

- En el mundo, entre un cuarto y un tercio del total de consultas hechas en el nivel primario de atención tienen como causa los trastornos depresivos y de ansiedad. Cuando estas enfermedades son diagnosticadas y tratadas apropiada-

mente, se mitiga el sufrimiento que ocasionan, se previene la discapacidad y se restituye el funcionamiento de las personas afectadas. Como resultado de estas intervenciones los costos (que pueden ser tan altos como el de algunas enfermedades crónicas, por ejemplo, las cardíacas), tanto para el individuo como para el sistema de atención de la salud, se disminuyen.

- En algunos países de Asia y Africa hasta 90% de los pacientes con epilepsia, enfermedad tratable para la que hay medicamentos costo-efectivos, no reciben tratamiento anticonvulsivo.

- Para el año 2025, tres cuartas partes de los ancianos con demencia -aproximadamente 80 millones- residirán en sociedades de bajos ingresos.

- Se estima que en la actualidad, entre 5 y 10% de los habitantes de la tierra están afectados por enfermedades relacionadas con el alcohol.

- La venta de estupefacientes y otras drogas ilícitas es uno de los negocios más grandes del mundo. La información disponible señala claramente que el abuso de drogas es, tanto en las sociedades ricas como en las pobres, fuente de morbilidad de magnitud creciente contribuyendo a exacerbar la violencia, a elevar las tasas de SIDA y aumentar la comorbilidad médica y psiquiátrica.

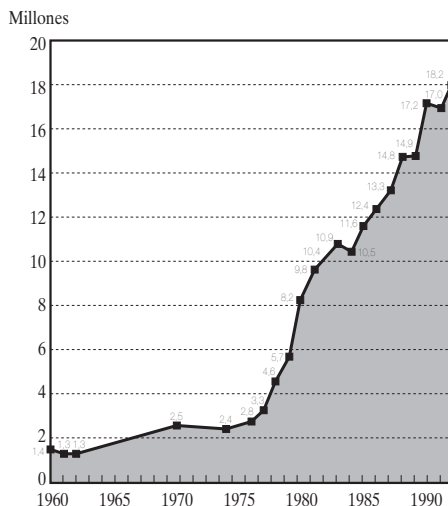
- Actualmente hay en el mundo más de veinte millones de refugiados reconocidos oficialmente, cifra que contrasta con los diez millones de hace diez años. Además, hay un número igual de personas desplazadas no calificadas como refugiadas (ver la Figura 3). Ambas categorías de individuos presentan altas tasas de depresión, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés post-traumático y otras formas de enfermedad mental.

- Casi el 85% de los tres mil millones de personas afectadas por desastres “naturales” entre 1967 y 1991 viven en Asia. Cerca de un tercio de las víctimas de los desastres sufren algún tipo de problema mental.

- El suicidio se encuentra habitualmente entre las diez principales causas de muerte en las sociedades que proveen información al respecto. En la población joven se encuentra entre las dos o tres principales causas de muerte. Las estadísticas oficiales pueden subestimar las tasas reales de suicidio hasta en 200%. Entre los que abusan del alcohol, el riesgo de suicidio puede ser cincuenta a cien veces mayor que en la población general. La depresión también es una frecuente causa

FIGURA 3.-

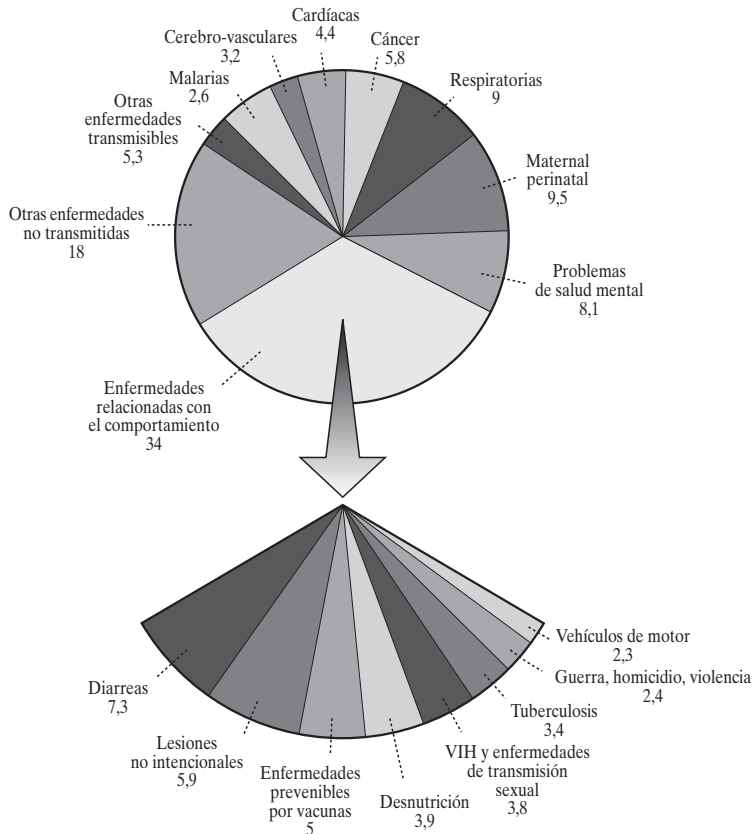
Número de refugiados en el mundo (1960-1992).



Fuente: ACNUR, 1993.

de suicidio; el riesgo de suicidio en el curso de la vida de quienes padecen de depresión mayor es 15%. El suicidio es un fenómeno en constante crecimiento, especialmente entre los jóvenes y en los ambientes en que predomina la violencia política.

- Se estima que el 34% de la Carga Mundial de Enfermedad (CME) se debe a problemas relacionados con el comportamiento, como la violencia, las enfermedades diarreicas, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, los accidentes con vehículos de motor y otras lesiones no intencionales (ver la Figura 4). El tabaquismo es otra causa importante de AVPAD debido a su papel en las enfermedades del corazón, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades respiratorias. Lo expuesto significa que más de un tercio de la carga mundial de enfermedad puede ser fácilmente prevenida por cambios en comportamiento, incluyendo en ellos los relacionados con el saneamiento ambiental, la alimentación, la inmunizaciones, la prevención de enfermedades transmitidas sexualmente, la reducción de la violencia y la prevención de accidentes viales.

FIGURA 4.-*Discapacidad relacionada con el comportamiento. Porcentajes de AVPAD*.**Adaptado del Banco Mundial, 1993a.***AVPAD: Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad.*

• El hambre, diversas clases de privaciones, la depresión y la violencia afectan a las mujeres de manera desproporcionada. Dentro de las familias, las mujeres sufren con más intensidad los efectos negativos de la reestructuración económica. El aborto provocado, el infanticidio femenino, el trato diferencial de las niñas enfermas de familias pobres y la mortalidad materna son todos factores que influyen adversamente sobre la salud mental de las mujeres.

- Las tasas de violencia doméstica contra las madres de familia varían entre 20 y 75 por ciento. Las tasas particularmente altas están asociadas con el abuso del alcohol de la población masculina.

- Las deficiencias de micronutrientes en la niñez permanecen elevadas en muchos países, debidas a alimentación deficiente, pobreza, desplazamientos humanos y escasez de elementos esenciales en la tierra. Las deficiencias pueden causar déficits neurológicos, disfunción cerebral y trastornos del comportamiento.

- Millones de niños son víctimas de desdicha y degradación al ser sometidos a abuso y explotación en sitios de trabajo, en la industria del comercio sexual, cuando pasan la mayor parte de su vida fuera del hogar (“niños de la calle”), en ambientes donde prevalecen los conflictos étnicos y políticos y en el seno de familias en condiciones estresantes.

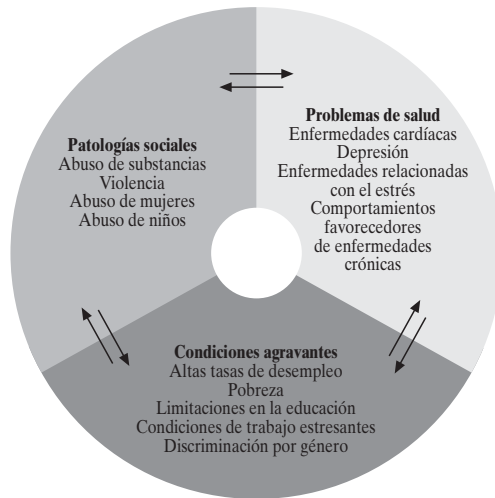
La mayoría de los problemas descritos pueden, de manera individual, precipitar una crisis en la comunidad y algunos de ellos pueden determinar una crisis nacional; pero muchos, si no todos, están interrelacionados. El abuso de sustancias, la violencia contra mujeres y niños, el desplazamiento forzado, las secuelas psiquiátricas de la depresión y los riesgos para la salud de quienes han sido víctimas de maltratos cuando niños, son factores tan íntimamente correlacionados que desafían las soluciones individuales. Sus causas forman círculos viciosos de amplitud cada vez mayor en los que las enfermedades mentales y la patología social se autoperpetúan al tiempo que fomentan la pobreza.

Entre los principales factores determinantes de problemas mentales están las prácticas represivas basadas en el género, los conflictos étnicos, la pobreza y algunas condiciones locales que colocan a ciertas personas en situación de alto riesgo. Al analizar las diferentes facetas de la salud mental hay que considerar un espectro de fuerzas interrelacionadas que, a primera vista, no parecen constituir problemas “psiquiátricos”. En general, los problemas mentales, sociales y del comportamiento se agrupan en conjuntos parcialmente superpuestos, que, interactuando con los recientes cambios mundiales, se intensifican mutuamente en sus efectos sobre la conducta y el bienestar (ver la Figura 5). Los comportamientos son raramente el producto de la elección individual; en efecto, están fuertemente influidos por las realidades locales, financieras y socioestructurales. Por lo

tanto, encarar los problemas mencionados, las políticas y programas de salud deben considerar tanto los procesos sociales como las conductas personales.

FIGURA 5. -

Modelo de conjuntos de problemas correlacionados



Pese a la creencia generalizada de que estamos inermes frente a esos problemas, mucho es lo que se puede hacer. Las oportunidades para realizar intervenciones en los campos de la salud mental y salud social son mucho más numerosas que lo que la gente supone. A este respecto cabe mencionar los recientes avances en las terapias psicosociales y farmacológicas de las enfermedades mentales y los prometedores programas de prevención. Por otra parte, los nuevos enfoques de los servicios de salud mental son ejemplo de los progresos que se pueden hacer a costo relativamente bajo. Mucho es lo que ya se ha hecho en las comunidades para mejorar la atención en salud mental, combatir la violencia, tratar a los dependientes de las drogas y hacer más llevadera la vida de los ancianos. Muy frecuentemente el compromiso de individuos, comunidades y gobiernos, aunado a aportes financieros mínimos pueden significar un gran empuje para la salud mental. La movilización de la población rural, la enseñanza de habilidades a la gente para brindar atención a los enfermos mentales y el suministro

de adecuados recursos asistenciales, son medios efectivos para enfrentar las enfermedades mentales y, en general, mejorar la calidad de vida. De llegar a ser implementados en gran escala, esos enfoques pueden ahorrar millones de dólares a las instituciones. Hay que resaltar que los tratamientos caros y refinados no son siempre necesarios si se desarrollan programas culturalmente adecuados para solucionar los problemas.

El entusiasmo que puedan despertar estas consideraciones debe ser moderado, no obstante, por las observaciones siguientes. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que si bien los proyectos de demostración han demostrado su bondad y factibilidad, pocos han sido generalizados, desarrollados sistemáticamente y expandidos para cubrir sectores cada vez más amplios de la población de manera sostenible. Con gran frecuencia los proyectos permanecen dependiendo de la ayuda externa, del carisma de un solo individuo o de un pequeño grupo de servidores o del entusiasmo local. Por lo tanto, además de desarrollar y evaluar programas innovadores de demostración, se le debe prestar especial atención a su difusión y al desarrollo de programas duraderos de atención. Los gobiernos deben ser estimulados a invertir en salud mental y a reconocer que los servicios correspondientes son esenciales para el bienestar social y económico de las sociedades. Para que estos sistemas de atención cobren vida es necesario establecer el compromiso internacional de invertir en la atención en salud mental.

Para el futuro inmediato, la escasez de personal capacitado y de profesionales de servicios sociales es un hecho con la que la mayor parte del mundo va a tener que vivir. En consecuencia, las iniciativas para crear sistemas de atención deberán tener en cuenta la importancia de las prácticas curativas vernáculas y, además, adiestrar profesionales y paraprofesionales dotándolos de conocimientos culturales y competencias específicas. En general, la mejor solución que se adopte tendrá que incorporar elementos comunes de ambos enfoques.

- Los programas deberán reconocer, en la medida de lo posible, la diversidad cultural, étnica y de género de la población servida, debiendo ser administrados y controlados localmente.
- Harán uso de las fortalezas y recursos autóctonos, base de su sostenibilidad, al mismo tiempo que tratarán de corregir las debilidades locales.

- Tratarán de mitigar los peores efectos de las inequidades económicas y estructurales y promoverán los derechos humanos.
- Tomarán seriamente en consideración la conexión fundamental existente entre el bienestar de los individuos y el de las comunidades.
- Finalmente, analizarán con espíritu crítico los propios obstáculos institucionales que se oponen a la ejecución de prácticas de atención efectivas.

Recomendaciones

Además de hacer un llamado para la proclamación del Año y la Década de la Salud Mental, formulamos las siguientes recomendaciones para encarar los problemas de la salud mental en el mundo. Las naciones de los hemisferios norte y sur, deberán trabajar unidas para desarrollar intervenciones de salud, al igual que “políticas saludables”, esto es, políticas sociales que promuevan innovaciones relevantes en los planos nacional e internacional.

En el campo de las estrategias, los problemas de la salud mental mundial pueden encararse de las siguientes tres maneras:

- 1) *Mediante el desarrollo de servicios de salud y tecnologías médicas apropiadas;*
- 2) *Mediante la puesta en ejecución de una nueva generación de intervenciones de salud pública, y*
- 3) *Mediante innovaciones apropiadas en las políticas nacionales e internacionales.*

Servicios de salud mental. Contrariamente a los mitos prevalecientes, los problemas de salud mental pueden ser tratados efectivamente, siendo posible establecer programas de prevención y tratamiento al alcance de los presupuestos. La habilitación de servicios efectivos de salud mental juegan un papel crucial en la respuesta que se da al desafío planteado en este informe. Los avances hechos en psicofarmacología han posibilitado la provisión de medidas terapéuticas para enfermedades previamente reputadas como refractarias al tratamiento médico. Los resultados del tratamiento se han vuelto más efectivos gracias a los progresos hechos en el campo de las intervenciones psicoeducativas y de la rehabilitación psicosocial. Durante dos decenios, la Organización Mundial de la Salud ha promovido investigaciones y organizado proyectos de demostración a partir de

los cuales se ha llegado a un consenso sobre los principios básicos que orientan el desarrollo de los servicios de salud mental. En este consenso se reitera que la salud general y la salud mental son un todo indivisible y que la atención de la salud mental es una parte integral de los servicios básicos de salud. A medida que se hacen esfuerzos para mejorar los servicios de salud y la atención primaria en muchas sociedades, se hace evidente la necesidad de desarrollar, fortalecer y mejorar la calidad de los servicios integrales de salud mental comunitaria.

Acciones de salud pública. En los últimos años se han venido haciendo esfuerzos innovadores, encaminados a adaptar los modelos de salud pública a la salud mental. Un reciente grupo de trabajo de la OMS señaló que la prevención de las deficiencias de micronutrientes y las enfermedades infecciosas de los niños, causa de trastornos neuropsiquiátricos, puede ser emprendida siguiendo las directrices de los programas tradicionales de prevención. Entre los nuevos enfoques de salud pública introducidos en salud mental están los modelos epidemiológicos de investigación y evaluación de riesgo, la investigación antropológica y comunitaria dirigida a la evaluación del contexto sociocultural de determinados comportamientos (p.e., uso intravenoso de drogas) y los enfoques comunitarios de prevención (p.e., de la violencia en la calle) y de promoción de la salud. En muchos casos se requieren intervenciones intersectoriales. Esto es, programas que comprenden varias disciplinas e involucran varios ministerios, como los de salud, vivienda, trabajo, finanzas, seguridad y bienestar social, lo mismo que al sector legal. El desafío que ahora enfrentamos es darle la debida prioridad a estos problemas, desarrollar estrategias adicionales y repetir, de manera culturalmente apropiada, en una diversidad de entornos, las experiencias exitosas.

Intervenciones en las políticas públicas. Si bien la formulación de políticas de salud orientadas a la prevención y a la organización de los servicios de salud es esencial, también es igualmente necesario desarrollar, tanto a nivel nacional como internacional, lo que el Dr. Julio Frenk, de México, ha denominado “políticas saludables”, enfocadas a la solución de muchos de los más salientes problemas de nuestros tiempos.

Se debe prestar atención de manera explícita a las consecuencias que tienen para la salud mental y las políticas sociales y económicas. En esta tarea deben

intervenir investigadores, gobiernos nacionales, fundaciones privadas y organismos internacionales. Las políticas que estimulan el empleo justamente remunerado, promueven la disminución de la pobreza, protegen el ambiente, fomentan la calidad del tiempo libre y proveen educación básica universal, cuidados primarios de salud, vivienda apropiada y nutrición adecuada, son todas, a primera vista de gran valor para la salud mental. No sólo representan una concesión a la justicia social, concebida en forma abstracta, sino que constituyen enfoques con efectos reales en la salud de individuos y comunidades.

Iniciativas específicas

El examen de los diversos temas atinentes a la salud mental revela que varios de ellos merecen la más alta prioridad. Tales temas de primer orden reclaman la atención concertada de la comunidad, los organismos internacionales y los gobiernos locales. Al respecto recomendamos:

Que se emprenda una iniciativa de primer orden con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud mental en países de Africa, Asia, América Latina y el Oriente Medio.

Los servicios de salud mental juegan un papel primordial en la mitigación del sufrimiento asociado con las enfermedades neuropsiquiátricas, los problemas emocionales y la patología del comportamiento. Los niños con problemas, las mujeres atropelladas, los ancianos, los traumatizados por la violencia política, los que han intentado suicidarse, los adictos a las drogas o el alcohol y especialmente los que sufren enfermedades mentales, agudas o crónicas, pueden beneficiarse en gran medida con la atención en salud mental administrada por personal competente. Los beneficios potenciales que se pueden recibir, merced a los recientes progresos hechos en psicofarmacología y en el campo de las intervenciones psicosociales especializadas, son ahora más grandes que en ninguna otra época en la historia.

A pesar de todo, los servicios de salud mental en la mayor parte de las sociedades son inadecuados. Los proveedores de servicios bien capacitados son escasos, los medicamentos y la intervenciones psicosociales no están disponibles o son de baja calidad y aun cuando los recursos y conocimientos están presentes,

pocas veces son accesibles a las comunidades donde se necesitan con más urgencia. Los derechos humanos de los enfermos mentales están con frecuencia en peligro y la atención en salud mental está asociada comúnmente con el control social. Son grandes los obstáculos que se oponen al desarrollo de servicios de salud mental de calidad, ampliamente distribuidos y de carácter integral. Los programas novedosos son raramente generalizados a toda la población, siendo difíciles de mantener en el caso de la salud mental. Se necesita que se hagan inversiones financieras en este campo; igualmente es necesario inyectar una buena dosis de creatividad para iniciar programas en los que coincidan el aporte de recursos locales con el de los conocimientos profesionales.

Los principios básicos que deben guiar el desarrollo de servicios basados en la comunidad han alcanzado ahora un grado razonable de claridad. La atención del enfermo mental debe ser discutida específicamente en los planes nacionales y regionales de salud en los que se deben considerar específicamente las actividades a realizar y la asignación de recursos presupuestarios. Para que los servicios de salud mental se mantengan, es necesario que tengan su base en las comunidades y que estén adaptados a las condiciones locales. Deberán orientar sus acciones a la solución de los problemas más importantes en cada localidad en particular. La atención primaria de la salud, que es en realidad el sistema de salud mental *de facto* en muchas comunidades, necesita ser mejorado para que pueda prestar atención eficaz a los problemas neuropsiquiátricos que se presenten. El fomento de la atención del enfermo mental psiquiátrico deberá ser reconocida oficialmente como un elemento esencial de la atención primaria de la salud (como fuera expresado en la Declaración de Alma Ata), debiendo incluirse los aspectos de salud mental en los informes de actividades en que se analiza su efectividad. El perfeccionamiento de los sistemas de salud mental requiere la adopción de políticas sobre el uso racional de los medicamentos y la provisión adecuada de éstos, en especial de drogas genéricas antidepresivas, antipsicóticas y anticonvulsivas. Los servicios de salud mental deberán ser suplementados con el apoyo de grupos no médicos e instituciones curativas no formales que en muchas comunidades proveen servicios cruciales de atención. Finalmente, corresponde destacar que los derechos humanos de los pacientes deben ser protegidos por la legislación de salud mental.

Se deben hacer esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad de la capacitación en salud mental de los trabajadores de salud en cada uno de los niveles de los programas de educación y adiestramiento, desde los estudios médicos básicos hasta los de postgrado, desde la formación de enfermeras hasta la capacitación de los trabajadores de salud en las aldeas.

Es esencial para el éxito de los programas de salud mental que se disponga de un pequeño cuadro de profesionales de salud mental bien formados de la psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería psiquiátrica. De esta manera, el grupo podrá dirigir los esfuerzos para asegurar la prioridad de la salud mental en la educación en las ciencias de la salud y en las políticas de salud. El grupo también será responsable de la elaboración e implementación de programas de capacitación, de la provisión de asesoría a los trabajadores de salud en caso de problemas complejos y de la supervisión de la atención de los pacientes mentales crónicos. Se necesitará apoyo para mejorar la calidad del adiestramiento de los especialistas, para introducir conceptos actualizados y para mejorar los estándares de la atención, desde los aspectos psicofarmacológicos hasta el tratamiento especializado de usuarios de drogas y víctimas de la violencia. Las mejoras en la enseñanza también incluirán la aplicación de nuevos enfoques en rehabilitación comunitaria, incluyendo en ella las intervenciones en la familia, en el sitio de trabajo y en las redes de apoyo social. Además de incorporar los conocimientos desarrollados en el nivel internacional, los programas nacionales y locales deberán integrar los hallazgos de los investigadores locales y las experiencias de las comunidades, de los proveedores de atención y de los especialistas en la elaboración de políticas.

Los esfuerzos para mejorar la calidad de la educación de los especialistas en salud mental deben ser acompañados de otros para aumentar el conocimiento de las enfermedades psiquiátricas entre los médicos generales y otros especialistas. Es necesario mejorar la calidad de la enseñanza de las ciencias de la conducta a los estudiantes de medicina y proveer mayor adiestramiento a los trabajadores primarios de salud. Si los médicos generales van a jugar un papel relevante en la provisión de atención en salud mental deberán ser adiestrados en atención psiquiátrica y en el manejo clínico del estrés. Cabe recalcar que los aspectos psico-

sociales de la atención deben ser incorporados en la educación y adiestramiento de médicos y enfermeras; así, nuevas condiciones morbosas serán percibidas como válidas, susceptibles de tratamiento. Si los médicos van a asumir un nuevo papel, deberán recibir adiestramiento en la relación médico-paciente, en ética médica y medicina social y comunitaria. El aumento de la calidad de los servicios de salud mental en el nivel primario de atención requiere que se ofrezca a los proveedores adiestramiento específico en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neuropsiquiátricas. Dado que la información que reciben los médicos comunitarios sobre productos farmacéuticos proviene casi exclusivamente de los visitantes médicos, es preciso que aquéllos reciban adiestramiento básico en el uso seguro y efectivo de las drogas psicotrópicas. A este efecto se deben desarrollar programas de educación continuada sobre el tema.

Se deben realizar esfuerzos para mejorar las políticas de estado en relación con el género, poner fin a la violencia contra las mujeres y fortalecerlas en las áreas educativa y económica.

El factor más importante que determina el estado de salud de las mujeres y sus hijos es el grado de educación de aquéllas, cuando menos hasta el nivel de educación primaria. La educación de la mujer es una inversión igualmente valiosa para su salud mental y la de los miembros de la familia.

Las mujeres desempeñan un papel determinante para el éxito de cualquier política específica de salud y de las políticas económicas en general. Debe permitirse que las mujeres sean parte, de manera formal, de las estructuras políticas y económicas de las sociedades a que pertenecen. Las políticas de los gobiernos, organismos de ayuda internacional y organismos no gubernamentales debieran tener provisiones especiales para que las mujeres dejen oír su voz, ofreciéndoles al mismo tiempo oportunidades para que ejerzan liderazgo. Se deberán promulgar leyes que garanticen la protección de las mujeres contra la violencia doméstica y la sancionada por la cultura. Se le debe dar prioridad a la organización de redes de apoyo social y grupos de mujeres y a la puesta en marcha de iniciativas que promuevan la salud de las madres y de las mujeres en general. Las políticas propuestas deberán ser evaluadas teniendo en cuenta el impacto que tengan sobre el bienestar de las mujeres. Aquéllas que favorezcan su acceso a la educación

y a las oportunidades económicas (esto es, las que las capaciten para ejercer control sobre sus propias vidas, inclusive sobre su función reproductiva), tienden a incrementar la salud, no sólo de las mujeres sino de la entera comunidad; en consecuencia, merecen el calificativo de políticas “saludables”. Las políticas que retrasan el acceso mencionado son, de acuerdo con la evidencia que tenemos, contrarias a la salud de las poblaciones y se les debe hacer oposición.

Se deben proveer mejores servicios de salud mental para niños y adolescentes, incluyendo el desarrollo de programas educativos y de prevención y detección temprana.

La futura prosperidad de las naciones depende de la gente joven; no obstante, las tendencias de los trastornos mentales de niños y adolescentes muestran signos de empeoramiento progresivo, tanto en los países ricos como en los pobres.

Se debe asignar prioridad a la provisión de servicios de salud mental integrados en todas las modalidades de atención de la salud, congruentes con las necesidades locales. La detección temprana de la epilepsia y la administración de las medicinas apropiadas para controlar las convulsiones, permitirá que los niños afectados se integren en las escuelas, se preparen para el trabajo y se libren de las quemaduras, lesiones, fracasos escolares y estigma que obstaculizan su desarrollo.

La prevención de la discapacidad mental es una meta alcanzable mediante acciones de planificación familiar, atención pre y perinatal, inmunizaciones, nutrición óptima (en términos de calorías, proteínas y micronutrientes), visitas de atención domiciliaria, programas escolares sobre vida familiar y sexualidad y tratamiento apropiado de los trastornos neuropsiquiátricos comunes en la niñez.

La escuela es la principal institución para promover el desarrollo cognoscitivo y emocional de los niños. Los maestros pueden ser capacitados para reconocer los signos y síntomas de los trastornos mentales, lo mismo que el abuso y abandono de los niños. También pueden ser adiestrados para manejar tempranamente los problemas que surjan en el aula y derivar a los servicios de atención primaria y a los centros especializados, aquellos niños que requieran asistencia. Los programas de orientación de los alumnos pueden disminuir el riesgo de uso de substan-

cias y del comportamiento violento. Los servicios de salud mental deben orientarse preferentemente, a la atención de los niños en más alto riesgo, entre ellos: los pertenecientes a poblaciones desplazadas o de refugiados, los que viven en entornos en los que predomina la violencia y los que viven en la calle o residen en asentamientos ilegales.

Se deben hacer esfuerzos sistemáticos para evaluar la carga que representa en el mundo el abuso de sustancias (alcohol y drogas), reducir la demanda y desarrollar programas de prevención y tratamiento.

No hay otra área en el campo de la salud mental donde sea tan patente la falta de información confiable y sistemática sobre la gravedad, magnitud y distribución del problema, necesaria para el desarrollo de políticas, como en el campo del abuso de sustancias. No se entiende a cabalidad, en el nivel nacional en el local, cuál es el verdadero costo, en términos económicos, del consumo del alcohol y las drogas. Los organismos internacionales deben aumentar su capacidad para la recolección de datos fehacientes sobre el uso de sustancias y sus consecuencias. La información correspondiente es esencial para la planificación en salud mental.

Las intervenciones dirigidas a reducir el suministro de drogas ilícitas no funciona con efectividad. Por otra parte, los gobiernos deben desarrollar políticas más firmes para reducir la demanda. La educación del público es crucial para prevenir que los jóvenes se inicien en el uso de sustancias. Los servicios de tratamiento, utilizando intervenciones culturalmente apropiadas, deben expandirse. Es necesario implementar y evaluar rigurosamente los tratamientos disponibles, tanto tradicionales como no tradicionales, justipreciando sus resultados, lo mismo en el plano individual que en el comunitario. Los proyectos de demostración exitosos, de efectividad comprobada, deberán ser reconocidos y repetidos en gran escala. A estos efectos se necesitarán muchos más recursos que los que han sido asignados hasta la fecha.

Es necesario impulsar iniciativas amplias para contrarrestar las causas y consecuencias de la violencia.

La frecuencia de los conflictos armados sólo podrá reducirse si se adoptan cambios de largo alcance en las políticas nacionales e internacionales. Se debe-

rán alentar fuertemente las iniciativas de paz y seguridad que identifican la violencia como la mayor amenaza para la salud y el bienestar. Los programas de paz y seguridad deberán tener más en cuenta y comprender mejor los aspectos de salud mental. En el caso de los conflictos étnicos, por ejemplo, los enfoques de salud mental deberán incorporarse en las políticas y programas dirigidos a resolverlos, teniendo en consideración desde los efectos del racismo sobre la identidad de las personas hasta los círculos viciosos de agravios y venganzas.

Los sufrimientos consecutivos al trauma de la violencia colectiva se pueden atenuar con la rápida provisión de ayuda a las víctimas. Se debe fomentar la creación de unidades de salud mental en los campos de refugiados y centros semejantes, como parte de los servicios de atención que se brinden en esos sitios. Las acciones de salud mental, desplegadas en una variedad de modalidades de atención culturalmente apropiadas, son más factibles y efectivas cuando revisten la forma de programas comunitarios. En el caso de los refugiados, la conservación de la unidad de las familias y de la integridad de las redes sociales en los países repectores, se asocia con los mejores resultados desde el punto de vista de la salud mental.

La disuación de la violencia doméstica requerirá no solamente promulgar leyes que califiquen como delito el maltrato de las mujeres sino la puesta en efecto de mecanismos que garanticen su cumplimiento y aseguren el castigo de los culpables. La formación de grupos comunitarios de apoyo que asistan a las víctimas de violaciones y a las esposas maltratadas puede reducir los sentimientos de culpa que suelen aquejar a las víctimas y prepararlas a desempeñar un papel más activo en la defensa de sus derechos humanos. Es esencial que los programas de defensa de estos derechos le den más importancia a la violencia ejercida contra mujeres y niños.

Se debe hacer un esfuerzo específico para que la prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos, sociales y del comportamiento sea un elemento descollante de los programas de salud.

Esta iniciativa deberá promover una revisión de los conocimientos científicos básicos, analizar las actividades de prevención primaria vigentes en el mundo, examinar la pertinencia, desde un ángulo transcultural, de los programas de prevención y definir las necesidades de adiestramiento y otras actividades relevan-

tes. Los programas exitosos de prevención ponen de manifiesto e integran en sus áreas de acción, los factores biológicos y psicosociales determinantes de trastornos mentales. También promueven activamente las acciones de conocida acción preventiva (inmunizaciones, suministro de nutrientes esenciales, eliminación de causas orgánicas, etc.). De importancia particular es el desarrollo de modelos de prevención genérica que pueden tomar en consideración un conjunto de causas y efectos correlacionados, la comorbilidad de diferentes trastornos y los resultados múltiples de los factores de riesgo.

Necesidades en el campo de la investigación

Dado que la ignorancia es más costosa que el conocimiento, la importancia de la investigación cobra especial relevancia en tiempos de dificultades económicas. Toda vez que los problemas de salud mental son compartidos por los países pobres y ricos, los conocimientos que se adquieran en el hemisferio sur pueden ser aplicados en el norte; de esta manera se hace evidente que es de interés para las sociedades ricas financiar investigaciones en las de bajos ingresos.

Cinco áreas prioritarias se pueden distinguir en las investigaciones esenciales en salud mental:

- Desarrollo de bases de datos culturalmente relevantes en relación con los trastornos psiquiátricos y los patrones locales de malestar psicológico,
- Evaluación de los servicios de salud mental en el nivel primario de atención;
- Evaluación de los programas de rehabilitación psiquiátrica basada en la comunidad, como también de los centrados en la familia y en el trabajo, y los programas de redes de guarda y atención;
- Preparación de un programa de investigaciones sobre la violencia. Se le deberá asignar prioridad al fortalecimiento de la capacidad para la investigación de los trabajadores de salud mental y los científicos sociales autóctonos.

Es imperativo que se desarrollen unidades nacionales de investigación en el campo de las políticas de salud, relacionadas con investigadores de otros países. Se constituirán así redes internacionales de investigación que actuarán como centros de referencia y prestarán asesoría en los campos conceptual, metodológico y de la información.

Finalmente, los fondos asignados a la investigación deben representar cuando menos el dos por ciento de los presupuestos nacionales de salud (en concordancia con lo recomendado para la investigación básica en salud). Los organismos internacionales, las fundaciones privadas y los organismos no gubernamentales debieran brindar apoyo financiero para las investigaciones en salud mental en los países de baja renta.

En conclusión

Ahora es el tiempo para actuar. La comunidad humana no puede permitir que ninguno de sus miembros pierda los beneficios de los sorprendentes progresos realizados en las cuatro últimas décadas. Si no nos decidimos a tratar la salud mental y los aspectos conductuales de la salud con la misma seriedad con que tratamos las necesidades más obvias de la salud física, se perderán las ganancias hechas. Deberá ser evidente para los lectores de este informe que las enfermedades y condiciones comúnmente desechadas como meros “problemas psicológicos” o problemas no médicos del comportamiento, tienen un impacto directo en la salud física y el bienestar. Nos preguntamos dónde está, en último término, la ventaja de haber aumentado la esperanza de vida en el hemisferio sur en cincuenta por ciento, si la calidad de la vida permanece baja o mediocre. También cuestionamos los beneficios que en última instancia se derivarán de la reducción en las tasas de mortalidad materna si las madres que salvamos van a morir luego a manos de sus maridos. Y nos interrogamos qué beneficios se derivarán para la humanidad si los niños que sobreviven la mortalidad infantil y los que se libran de morir de viruela o sarampión, serán más tarde vendidos como esclavos sexuales o forzados a vivir en las calles para transformarse en consumidores de sustancias adictivas y víctimas (o perpetradores) de violencia.

Una vez más hacemos un llamado para que las Naciones Unidas proclamen el Año de la Salud Mental y la Organización Mundial de la Salud promulgue la Década de la Salud Mental, sin que esto vaya a significar un mero despliegue de acciones ceremoniales. Si los pueblos del mundo van a emprender la lucha para mejorar substancialmente la salud mental y del comportamiento en el globo, deberán arrancar desde un sólido punto de partida. Este puede ser la convocatoria

de una conferencia internacional que señale el comienzo de la Década de la Salud Mental.

Este informe no es de manera alguna la última palabra en el tema de la salud mental mundial, sino más bien el inicio de un proceso. Estamos proponiendo una agenda para la acción y la investigación que la comunidad internacional debe proseguir. La precondition para la acción es la determinación de gobiernos y agencias internacionales de asignarle la debida prioridad a la salud mental, social y del comportamiento. El siguiente paso de esta iniciativa es la celebración de una serie de consultas para desarrollar políticas culturalmente factibles y políticamente convincentes que, una vez implementadas en los niveles nacionales y locales, puedan llegar a mejorar la salud mental de los pueblos del mundo.

Atención psiquiátrica en las Américas:

Argentina y la República Dominicana

La calidad deficiente de la atención psiquiátrica en muchos países está ilustrada de manera gráfica en dos naciones de América cuyos ingresos son muy diferentes: Argentina y la República Dominicana. El Banco Mundial de Desarrollo cataloga a la República Dominicana, cuyo PNB per cápita es de 450 dólares anuales, como un país de ingresos medianos a bajos. La Argentina, con un PNB per cápita de 2.790 dólares, es clasificada como país de ingresos entre altos y medianos. Cabe notar que la atención dada a los pacientes psiquiátricos en muchos países es insatisfactoria.

El Hospital Psiquiátrico Padre Billini, institución psiquiátrica de la República Dominicana, está ubicado en la localidad de Pedro Brand, a treinta kilómetros de Santo Domingo, la ciudad capital. Está situado en la misma área de la prisión de peor reputación administrada por la policía secreta del fallecido dictador Rafael Leónidas Trujillo. El hospital es descrito como una instalación de 130 camas de capacidad, aunque no siempre hay “camas” que se puedan reconocer como tales. Por ejemplo, en tiempos de penuria, muchos pacientes tenían que dormir en el suelo cubierto de excrementos. La población del hospital no siempre se ha mantenido dentro de los límites de su capacidad oficial: durante el período previo a la celebración del quinto centenario del descubrimiento de América, la policía dominicana desalojó de las calles de la capital a los pacientes mentales sin hogar que deambulaban en ellas (para evitar el impacto negativo de su presencia en el turismo) y los confinó en el ya congestionado hospital.

El personal médico del hospital está constituido principalmente por residentes que, pese a su entusiasmo y devoción al trabajo, tienen limitados recursos terapéuticos a su disposición. La escasez de medicamentos esenciales y la carencia de suficiente personal para los servicios ambulatorios y de cuidados intensivos han determinado un uso exagerado de la terapia electroconvulsiva que, además, es administrada en condiciones insatisfactorias. Por otra parte, no existen recursos para el tratamiento de la comorbilidad somática, de enfermedades que ponen en riesgo la vida, enfermedades infecciosas y otras. La fetidez del ambiente y las condiciones generales de suciedad impiden a los psiquiatras efectuar evaluaciones efectivas de los pacientes psiquiátricos. Los alimentos de los pacientes y el personal de guardia son cocinados al aire libre, en fogones de leña, pues la nueva cocina permanece a medio construir.

Las condiciones descritas reflejan los problemas de la asistencia psiquiátrica en la República Dominicana, donde la atención está subordinada a la proliferación de conflictos políticos locales, a la corrupción endémica y al devastador impacto del reajuste estructural. La politización de los conflictos laborales y la subordinación económica de la comunidad de Pedro Brand, vecina del Hospital Padre Billini, y dependiente de sus recursos, ha frustrado numerosas iniciativas para mejorar sus condiciones. A pesar de los esfuerzos intermitentes dirigidos a integrar la atención de la salud mental -conocida como “la cenicienta de la salud pública”- en la atención primaria de la salud, la asistencia psiquiátrica permanece reducida a la provisión de atención custodial y a los servicios para pacientes agudos del hospital nacional. Los planes para destacar personal de salud mental en las áreas rurales e iniciar la desinstitutionalización son socavados por la falta de financiación gubernamental y por la falta de continuidad en el liderazgo en el campo de la salud.

Argentina, al igual que la República Dominicana, ha tratado de mantener un sistema de servicios de salud que cubra a la mayoría de la población. Sin embargo, a fines de la década de 1980, la calidad de la atención de la salud, particularmente la brindada a la gente pobre, disminuyó apreciablemente por obra de la escasez de dineros públicos. En situaciones como la descrita, el enfermo mental queda en condición especial de riesgo.

El Hospital Moyano es una institución psiquiátrica estatal situada en las afue-

ras de Buenos Aires que alberga 1.650 mujeres. En 1990, treinta y dos pacientes internadas en el hospital murieron de desnutrición. Según los funcionarios del hospital, las muertes se debieron a edad avanzada y otras causas naturales. Las investigaciones hechas después de lo ocurrido revelaron que un número de las fallecidas eran mujeres jóvenes. En realidad, la falta de recursos financieros y la mala administración de los fondos públicos fueron la causa de la catástrofe. Cerca de dos tercios de las pacientes del Hospital Moyano no requerían realmente hospitalización prolongada; lo cierto es que habían sido abandonadas por las familias y no tenían lugar donde ir. El clamor público despertado por las muertes determinó la destitución de los administradores del hospital y la iniciación de reformas de importancia.

En 1992 se revelaron más abusos en una serie de artículos periodísticos en los que se puso de manifiesto el excesivo número de muertes y la malversación de fondos ocurridos en la Colonia Psiquiátrica Montes de Oca, situada en las cercanías de Buenos Aires. Según los informes de la prensa, entre 1976 y 1991 murieron 1.321 pacientes y “desaparecieron” de la institución otros 1.395. La investigación subsiguiente determinó la destitución de personal directivo por mala administración, baja calidad de la atención y fraude contra la institución.

Tanto en Argentina como en la República Dominicana, muchas de las dificultades relacionadas con la deficiente atención psiquiátrica es consecuencia de problemas económicos y políticos. Aún cuando los servicios están en condiciones óptimas, los pacientes mentales permanecen inermes. Existe la necesidad urgente de mejorar la calidad de la atención con el fin de prevenir abusos, fortalecer la administración para impedir la corrupción e implantar leyes con el objetivo de proteger al paciente mental y salvaguardar sus derechos.

Enfoques innovadores en servicios de rehabilitación basada en la comunidad en China

Los servicios ambulatorios de rehabilitación se iniciaron en las principales ciudades chinas a finales del decenio de 1950. No obstante, aún hoy en día, la atención psiquiátrica en el país sigue un estrecho modelo médico basado en el tratamiento psicofarmacológico, habiéndose puesto en servicio un número restringido de consultorios externos; tampoco se han hecho esfuerzos sistemáticos para involucrar a la familia y la comunidad en acciones de rehabilitación. Es de notar que en los últimos años se han realizado en el país numerosos ensayos de rehabilitación basada en la comunidad, posibilitados por la creación de servicios tanto en el medio urbano como en el rural.

Muchas de las experiencias en el medio urbano engloban un conjunto extenso de servicios que comprenden, entre otros consultorios externos de hospitales locales, programas de atención domiciliaria y de educación de la familia, servicios de orientación, talleres protegidos y reducción de impuestos a las fábricas que emplean un mínimo de discapacitados. El énfasis puesto en la rehabilitación por el trabajo está relacionado con el hecho de que en la sociedad china estar empleado es esencial para la obtención de beneficios, desde el salario hasta la vivienda, seguro médico, pensión de retiro y otros servicios sociales. Cerca de 4.000 pacientes con esquizofrenia, residentes de Shangai, asisten a 114 talleres de rehabilitación, cada uno de los cuales atiende de 8 a 90 pacientes. Los talleres son dirigidos por administradores comunitarios, obreros jubilados y trabajadores de

salud no especializados en psiquiatría. La inversión inicial para el funcionamiento de los talleres facilitada por los departamentos de bienestar de los gobiernos distritales, que también proveen el sueldo del director y además, liberan del impuesto a las instituciones. El salario de los clientes se basa en el valor de los productos que manufacturan. La mayor parte del trabajo es dedicado al procesamiento secundario de productos, mediante contratos con las factorías locales. En los talleres se combina la terapia ocupacional con el tratamiento médico y actividades recreativas y de educación psicosocial. En una investigación clínica controlada se compararon pacientes afectados por episodios esquizofrénicos graves que asistían a los talleres con otros que no lo hacían y sólo recibían los psicofármacos de rutina. Los resultados del estudio demostraron que la asistencia a los talleres se acompañaba de un grado más alto de mejoría en el funcionamiento de los pacientes y de una reducción de los síntomas.

En Shenyang, ciudad de China que por su tamaño ocupa el cuarto lugar, se ha establecido un programa comunitario de rehabilitación que se ha transformado en una empresa redituable que ofrece trabajo remunerado a enfermos mentales incapaces de obtener empleo en otros lugares. El programa ofrece a sus clientes colocación laboral, rehabilitación ocupacional, adiestramiento en habilidades sociales y supervisión médica. Esta última es provista en otros sitios de atención como hospitales diurnos y puestos médicos industriales, o es administrada por equipos que hacen visitas domiciliarias cuando el paciente ha presentado una recaída grave. La atención se concentra en el control social de los pacientes, lo que aminora la carga que soporta la familia; el programa parece haber mejorado el funcionamiento social de los pacientes y, ciertamente, ha perfeccionado la entrega de servicios de salud mental.

En Shashi, provincia de Hubei, un grupo de investigadores desarrolló un modelo de orientación familiar entre cuyos componentes está la celebración de reuniones programadas periódicas en el consultorio, con miembros de la familia (práctica poco frecuente en China), una gran reunión de familias, la publicación de un boletín periódico y la asistencia continuada del paciente y su familia en relación con el tratamiento. Las sesiones con las familias se centran en la solución práctica de los problemas más comunes enfrentados por el paciente y sus familia-

res, desde el estigma hasta las dificultades encontradas para casarse, encontrar trabajo o seguir las indicaciones médicas. Las reuniones son una oportunidad para compartir experiencias, ventilar frustraciones y despertar la solidaridad de los miembros de la familia. También sirven para impartir educación sobre los psicofármacos y sus efectos y para acordar estrategias para lidiar con los problemas más comunes en las áreas social y del comportamiento. En un ensayo clínico al azar, “doble ciego”, en el que se siguieron los pacientes por 18 meses, los enfermos participantes en el programa se desempeñaron mejor socialmente y tuvieron menos readmisiones en el hospital que los miembros del grupo control. Se demostró el costo-efectividad de la intervención de forma tal que si se aplicara al millón y medio de pacientes esquizofrénicos urbanos que se estima hoy en China, se ahorrarían decena de millones de dólares que se podrían usar para mejorar apreciablemente los servicios de salud mental del país.

La mayor parte de la población china vive en el medio rural, donde se han hecho importantes ensayos de carácter local en relación con las redes de custodia. La red de custodia, entidad singular de China, ha reemplazado a las comunas y a los comités de vecinos de eras más tempranas del proceso de colectivización... Ordinariamente, el manejo del caso se confía a un grupo de tres personas -un miembro de la familia, un trabajador de salud y un miembro de la comunidad- que forman el equipo que asegura que el paciente reciba tratamiento, interceda por éste cuando se presentan problemas sociales y si es posible, ayuda a coordinar los servicios que recibe. Se han hecho varios estudios que demuestran que redes como la descrita pueden disminuir las tasas de hospitalización, aminorar los síntomas y el malestar psicosocial y contribuir efectivamente a mejorar el funcionamiento social del paciente. Además de las anteriores ventajas, el sistema ha mostrado ser económicamente factible.

En regiones pobres, con servicios médicos restringidos y casi sin ningún servicio de salud mental, las redes de custodia son un elemento útil; en conjunción con los pequeños hospitales psiquiátricos distritales, personal rural paramédico y servicios de atención domiciliaria, conforman un programa promisorio. Queda por ver si éste y otros programas innovadores pueden mantenerse en un período de acelerados cambios económicos, si pueden ser generalizados y aplicados en

toda esta vasta nación y si los derechos de los pacientes pueden ser protegidos. Las experiencias novedosas mencionadas aquí demuestran cómo las comunidades de países pobres pueden utilizar con éxito una gama de programas de rehabilitación para hacer frente a los grandes obstáculos que dificultan la labor de los servicios de salud mental.

Diferentes sociedades han desarrollado un número de programas comunitarios novedosos y alentadores dirigidos a la atención de los problemas de salud mental. Entre ellos se distinguen:

En México y Brasil, organizaciones feministas populares han aumentado la toma de conciencia de la sociedad sobre la violación y la violencia doméstica. Mediante la educación del público, el cabildeo político, la publicación de estadísticas y la provisión de servicios directos, han logrado frenar los abusos y han recalado la necesidad de que las comunidades reconozcan la situación de la mujer y condenen los actos de violencia perpetrados contra la familia.

En Zimbabwe se ha organizado un programa cooperativo de tipo residencial que presta servicios al anciano indigente. Los ancianos participantes en el programa cooperan diariamente en el manejo de la institución, manteniendo un sentimiento de independencia y autoestima.

En Mali, el Programa Nacional de Salud Mental ofrece servicios psiquiátricos que integran las prácticas curativas tradicionales en el sistema integrado de atención primaria de la salud. El programa, adoptado por el gobierno en 1983, promueve la estructuración jerárquica de la atención psiquiátrica, que se extiende desde las prácticas rituales en las aldeas hasta la atención psiquiátrica en la ciudad capital.

Director del Proyecto:

Arthur Kleinman

Coordinador del Proyecto:

Robert Desjarlais

Directores Asociados:

Leon Eisenberg

Byron Good

Contribuyentes:

Myron Belfer

Ruth Fishback

Mary-Jo Heggenhougen

Ladson Hinton

Sue Leukoff

Michael Phillips

Jamie Saris

Norma Ware

Mitchel Weiss

Con la asistencia de:

Alastair Ager

Virginia Angell

B. D. Colen

Elisabeth Donnelly

Juliana Ekong

Shubhangi Parkar

Ann Seymour

Junta Asesora Internacional:

Dr. Tolani Asuni

Nigeria

Dr. Tahar Basher

Sudán

Dr. Eugene Brody

Estados Unidos

Dr. Ly-yun Chang

Taiwán

Dr. Jorge A. Costa e Silva

Brasil

Dr. Veena Das

India

Dr. Almad Eshete

Etiopía

Dr. Julio Frenk

México

Dr. Naomar Almeida-Filho

Brasil

Dr. Ridrigo Guerrero Velasco

Colombia

Dr. Françaises Heritier

Francia

Dr. Violet Kimani

Kenya

Dr. Thomas Lambo

Nigeria

Dr. Carlos León

Colombia

Dr. Itzhak Levav

Estados Unidos

Dr. Shichuo Li

China

Dr. Tsung-yi Lin

Canadá

Dr. Nafsiah Mboi

Indonesia

Dr. Tsunetsugu Munakata

Japón

Dr. Jane Mutambirwa

Zimbabwe

Dr. B. O. Osuntokun

Nigeria

Dr. Manphela Ramphela

Africa del Sur

Sir Michael Rutter

Reino Unido

Dr. Norman Sartorius

Suiza

Dr. Shridhar Sharma

India

Dr. Jaime Arroyo Sucre

Panamá

Dr. Crispin Tickell

Reino Unido

Dr. Wen-Shing Tseng

Estados Unidos

Dr. Luzviminda B. Valencia

Filipinas

Ms. Mariam K. Were, MBChB

Etiopía

Dr. Narendra N. Wig

India

*Con la asistencia de más
de 80 asesores de 19 países.*

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Y en la Asociación integrada en la A.E.N de la Autonomía correspondiente)

D.
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)
y con domicilio en
Población D. P. Provincia
Teléf.

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.
D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.

La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociación.

Nombre:
Dirección:
BANCO/CAJA DE AHORROS
Sucursal
Cuenta nº
Población

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi

Cuenta Corriente Libreta de Ahorros

nº el importe de la suscripción anual a la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma:

.....
BANCO/CAJA DE AHORROS
Sucursal
Cuenta nº
Población

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi

Cuenta Corriente Libreta de Ahorros

nº el importe de la suscripción anual a la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos

Dirección n.º Piso Tel.

Población C. P. Provincia

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros N.º Sucursal

Domicilio de la sucursal

Calle N.º

Población C. P. Provincia

Cuenta corriente o Libreta de ahorro n.º

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta o libreta con esa cantidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

.....

(firma)

Nombre

Domicilio

..... de de 1997

LIBROS DE LA A.E.N, (DISTRIBUCIÓN: SIGLO XXI)

Estudios

1. La transformación de la asistencia psiquiátrica, Madrid, 1980.
2. Demencias, Madrid, 1980 (agotado).
3. Aproximación a la histeria, Madrid, 1980.
4. Paradigma sistemático y terapia familiar, Madrid, 1983 (agotado).
5. Aproximación dinámica a la psicosis, Madrid, 1983.
6. Cronicidad en psiquiatría, Madrid, 1986.
7. Gravedad psíquica en la infancia, Madrid, 1986 (agotado).
8. 1.^{as} jornadas de la sección de psicoanálisis de la A.E.N., Madrid, 1986 (agotado).
9. El quehacer en salud mental, Madrid, 1989 (agotado).
10. Criterios de objetivación en psicopatología, Madrid, 1989.
11. La concepción operativa de grupo, Madrid, 1990.
12. La contención, Madrid, 1990.
13. Epistemología y práctica psiquiátrica, Madrid, 1990.
14. El malestar en la cultura. Madrid, 1992.
15. Jornadas sobre salud mental y ley, Madrid, 1993.
16. Psicosis de la infancia y la adolescencia (un enfoque sistémico), Madrid, 1993.
17. Evaluación de servicios de salud mental, Madrid, 1993.
18. Mujer y salud mental, Madrid, 1993.

Historia

1. J. Ferrand. Melancolía erótica, Madrid, 1996.
2. R. Burton, Anatomía de la la melancolía (en prensa).

