



Salud mental, prioridad en la Salud pública

Itzhak Levav

Salud Mental, Ministerio de la Salud, Jerusalem, Israel

1. Consideraciones generales

Hasta no hace mucho, tanto los responsables de las políticas sociales y los trabajadores de la salud pública como la sociedad en general consideraban que la salud mental era una cuestión relevante solo para los países industrializados; en los menos desarrollados era vista como un *tema para el futuro*. Sin embargo, del corpus de estudios disponibles en la actualidad es dable efectuar las siguientes afirmaciones:

- La problemática de la salud mental es común a todas las sociedades, las de la abundancia y las de la carencia.
- En todos los casos, la importancia de los trastornos mentales requiere un abordaje que vincule a la salud mental con los derechos humanos.

Este cambio de actitud de los diversos actores sociales y de la salud se produjo en el orden mundial como resultado de la combinación de tres factores, entre otros:

- La evidencia creciente de que los trastornos mentales constituyen una parte significativa de la carga de enfermedad en todo el mundo (Murray Lopez 1996).
- La disponibilidad de tecnologías y programas de intervención basados en la evidencia (OMS 2001).
- Los avances nacionales e internacionales en el campo de los derechos humanos (OMS 2001).

A lo largo de 2001, tres importantes acontecimientos de diversa índole —todos ellos en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud

y de los Estados Miembros— contribuyeron a este cambio de perspectiva de manera significativa: la consagración (por primera vez desde 1959) del *Día Mundial de la Salud Mental*; la incorporación en las discusiones de la Asamblea Mundial de la OMS de cuestiones relevantes para el campo de la salud mental (Cabral de Mello, Borneman y Levav 2001); la publicación del *Informe Mundial sobre la Salud*, con la inclusión de la salud mental como ítems principal (OMS 2001).

1.1. El *Día Mundial de la Salud Mental*

Celebrado en 115 países, se convirtió en un acontecimiento fuertemente concientizador que convocó a distintos ciudadanos y a las partes interesadas (*stakeholders*, en inglés) claves de la salud —prestadores de servicios, usuarios, decisores de políticas públicas, medios de comunicación, etc.—, proporcionando con esto el escenario adecuado para colocar en la agenda social y de la salud, dos grandes temáticas: “Atreverse a cuidar” (*Dare to Care*, en inglés) y “No a la exclusión” (*Stop Exclusion*).

En ese marco, la OMS planteó —y sostiene desde entonces— que la exclusión social es la responsable primaria del desfase y la discontinuidad en los tratamientos; y que cabe a los países trabajar intensamente a fin de incrementar y extender los servicios de salud, y reducir la brecha que impide la reintegración exitosa en la sociedad de las personas que padecen trastornos mentales.



1.2. La Asamblea Mundial de la Salud

En su condición de foro anual de la OMS en el que participan las máximas autoridades sectoriales de los Estados Miembros, la Asamblea Mundial de la Salud encaró en 2001 la discusión de cuatro problemáticas centrales en el campo de la salud mental: el estigma, la atención comunitaria, la pobreza y el género (Cabral de Mello, Borneman y Levav 2001).

Los Ministros de Salud de países con desarrollos diferentes en sus sociedades hablaron con pasión de estos temas y de sus problemas asociados. La mayoría acordó en que **no hay desarrollo sin salud y en que no hay salud sin salud mental**. Sobre esta también hubo acuerdo que existía una deuda con la sociedad que era necesario saldar en el corto plazo.

1.3. El Informe Mundial de la Salud

Esta publicación de la OMS —de gran importancia y significación para el conocimiento del estado de la salud en el mundo y la definición consecuente de las líneas de acción prioritarias— incluyó el diagnóstico de la situación de la salud mental, una visión panorámica de los progresos realizados en el campo de la misma, y una serie de recomendaciones viables para los países (OMS 2001).

2. La cuestión de los derechos humanos

La relación indisoluble entre la provisión de atención en salud mental y la salvaguarda de los derechos humanos fue planteada por primera vez en 1990 en la *Declaración de Caracas*, suscripta inicialmente por once países de América Latina y aceptada luego por el resto de los países del continente (Gonzalez Uzcatogui y Levav 1991).

Este nuevo compromiso de la salud mental con los derechos humanos se refleja en la

Declaración de Principios de las Naciones Unidas (Naciones Unidas 1991) referente a la protección de los enfermos mentales y al fortalecimiento en el mundo de la atención en salud mental. En esta *Declaración*, las Naciones Unidas establecen una serie de derechos que van desde asegurar el tratamiento a los pacientes en lugares y condiciones menos restrictivos, hasta definir que aquellos países que no provean atención en salud mental a sus habitantes están violando un principio adoptado por la comunidad de las naciones. En esa línea, numerosos países están realizando reformas legislativas que incorporan la cuestión de los derechos humanos como componente central, brindando con ello herramientas significativas para el proceso de cambio por el que atraviesa actualmente la salud mental.

Como es sabido, desde hace siglos las personas con trastornos mentales que accedían a algún tratamiento han sido confinadas en instituciones *ad hoc* conocidas como *hospitales psiquiátricos, manicomios o asilos de alienados*. Con frecuencia, la función de estas instituciones —rodeadas de altos muros y situadas en zonas periféricas lejos de la residencia habitual de los usuarios y de sus familiares— ha sido la de retirar del circuito social a las personas con trastornos mentales; por lo tanto, tradicionalmente, estas instituciones se han dedicado más a proveer *servicios de custodia que atención intensiva*.

La visión negativa que conlleva el hospital psiquiátrico proyecta densas sombras sobre los usuarios, sus familias, los prestadores y los servicios, extendiéndose el estigma al vecindario donde se localiza (tal el caso emblemático, por ejemplo, del Hospital Pedro Billini de Santo Domingo, República Dominicana, conocido popularmente como “Kilómetro 27” por la distancia a que se halla de la capital y la dificultad de acceso en transportes públicos abarrotados).

Por comisión u omisión, los derechos humanos más elementales han sido frecuentemente vulnerados en los hospitales mentales (Levav y



Gonzalez Uzcategui 2000); y lo siguen siendo (entre otros muchos ejemplos, todavía es posible encontrar baños sin puertas ni espejos tanto en uno de los hospitales modelo de Moscú como en el de la zona destruida de Managua).

No es sorprendente, por lo tanto, que con el tiempo los pacientes comiencen a perder sus destrezas y habilidades sociales y adquieran paralelamente comportamientos bizarros a los que en numerosas ocasiones se los equipara erróneamente con el trastorno mental. No hay que equivocarse: no son los trastornos mentales los que producen pacientes desnudos deambulando sin rumbo fijo por los corredores o los patios, sino que es el ambiente insalubre de las instituciones mentales el que genera estos comportamientos regresivos.

El ahora desaparecido Ernest Gruenberg, psiquiatra y epidemiólogo de la Universidad de Columbia de Nueva York y de un importante hospital mental de Estados Unidos, describió a ese tipo de comportamiento regresivo como “síndrome de deterioro social” (*social breakdown syndrome*, en inglés). Lo más importante del estudio de Gruenberg es que permitió medir los cambios producidos en el comportamiento de los internados una vez concluido su programa de rehabilitación. Como resultado, muchos pacientes dejaron el hospital mientras que otros fueron transferidos a otras salas de internamiento donde lograron integrarse socialmente en la medida de sus posibilidades.

Numerosos países —Brasil, España, Grecia, Suecia, Tanzania— han instalado con éxito programas de este tipo, en los que el conocimiento basado en los derechos humanos ocupa un lugar central. La promoción de este conocimiento ha permitido a los reformadores de la salud mental elevar el compromiso de la agenda social en relación con esta problemática.

Durante los períodos de dictadura militar, este compromiso social tiende a disolverse, per-

maneciendo en estado latente hasta el advenimiento de la democracia (así sucedió, por ejemplo, en Argentina y Uruguay). De hecho, democracia y respeto por los derechos humanos son dos condiciones inseparables que, en el campo de la salud mental, aportan componentes axiológicos a su marco de referencia.

3. La carga global de los trastornos mentales

Veamos ahora hechos epidemiológicos. En ese aspecto, el concepto de Años de Vida Ajustados por Discapacidad o DALYs, en inglés (Murray y Lopez, 1996) —ampliamente adoptado, aunque también objetado por algunos trabajadores de la salud— constituye una medida interesante de la carga de enfermedad. El concepto de DALYs —desarrollado por la OMS, la Universidad de Harvard y el Banco Mundial en un trabajo de gran envergadura (Murray y Lopez 1996)— tiene la ventaja de que permite medir la carga de la enfermedad tanto con nuevos indicadores (los años vividos con discapacidad que pueden generar los trastornos o enfermedades) como con los clásicos vinculados a muerte prematura.

Los autores calcularon el DALYs en un gran número de trastornos. Lo sorprendente del estudio fue comprobar que de los 10 principales trastornos, 5 eran de naturaleza psiquiátrica: los índices del DALYs en trastornos cerebrales, psiquiátricos, neurológicos y de desarrollo alcanzaron el 34%; una proporción mucho mayor que la generada por los trastornos cardiovasculares (17%) y el cáncer (13%).

En los países en desarrollo, los trastornos cerebrales son responsables al menos del 27% del total de años vividos con discapacidad. Las proyecciones indican que los trastornos afectivos unipolares (la cuarta causa principal del DALYs en 1990, para todos los grupos etarios y la primera causa en la franja 15–44 años) se convertirán, en 2020, en la causa principal del DALYs de todas las edades.



Según la OMS:

- En el ámbito mundial, la población con trastornos mentales alcanza actualmente a 400 millones, correspondiendo un 24% a trastornos psiquiátricos mayores que afectan a adultos, niños y adolescentes por igual.
- En América Latina y el Caribe, cerca de 17 millones de niños padecen trastornos psiquiátricos que requieren intervención sin que estos servicios se les presten (OPS, 1997).
- En 2010, en la región de América Latina y el Caribe, cerca de 36 millones y medio de personas se verán afectadas por trastornos de depresión (un número mayor que la población sumada de varios países centroamericanos) (OPS 1997).

En realidad, existe la noción errónea de que los trastornos de la infancia desaparecen con la edad, es decir en el proceso de desarrollo. Es verdad: algunos trastornos pueden desaparecer, pero la mayoría no, e interfieren en el proceso de aprendizaje condenando a muchos jóvenes a la pobreza. Por otra parte, cuando el niño es tratado, no lo es en un servicio especializado: el *Atlas* de la OMS sobre el estado de los programas de salud mental en el mundo muestra que el 40% de los países carece de servicios especializados en niños; en África el porcentaje se eleva a 62%.

Se trata sin duda de conclusiones inesperadas que, en función de la carga mundial de enfermedad y dado el impacto de estos hallazgos en el desarrollo humano —especialmente en los países con economías precarias—, convierten a la *cenicienta de la salud* en la *princesa* (de ahí que el Banco Mundial, para asesorar a los países que presenten propuestas de desarrollo en salud, haya incluido un psiquiatra en su equipo técnico).

4. Pobreza y trastornos mentales

La relación entre pobreza y trastornos mentales ha sido bien establecida: lo mismo que en

otros trastornos de la salud, existe una asociación inversa entre estatus socioeconómico y trastornos mentales, cuanto más bajo el estatus tanto mayor los trastornos (Kohn, Dohrenwend y Miroznic 1998). En un estudio desarrollado conjuntamente por investigadores de la Universidad de Columbia de Nueva York y la Escuela de Salud de Pública de la Universidad Hebrea de Jerusalén (Dohrenwend y cols. 1992), se comprobó que:

- La adversidad social ligada al estatus socioeconómico tiene en ambos géneros una relación causal con el malestar emocional (emotional distress, en inglés): la depresión en las mujeres y el abuso de sustancias (alcohol y drogas) en los hombres.
- La esquizofrenia se encuentra con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos más bajos, debido al descenso en la escala social que sufren las personas con ese trastorno.

Como es sabido, la pobreza se vincula a condiciones de vida no higiénicas e inseguras, el hambre y la malnutrición, el acceso inadecuado a la atención de la salud, la falta de oportunidades educativas y laborales.

Lo que es menos conocido por los funcionarios de la salud pública y los decisores de las políticas públicas es que **si los trastornos mentales no son tratados, contribuyen a acentuar el ciclo de la pobreza** (Saraceno y Barbui 1997) de modos diversos; por ejemplo:

- La falta de servicios en los países en desarrollo, unida al rol cultural protector de la familia, hace que la atención del miembro enfermo queden a cargo de los familiares, reduciéndose con esto aún más los escasos recursos de aquellos núcleos familiares que enfrentan las dificultades de la vida generadas por la pobreza.
- La pérdida de productividad acarrea un alto costo económico, especialmente a los trabajadores cuyas discapacidades afectan la potencialidad y el desarrollo de sus plenas habilidades.



- La persona con trastornos psiquiátricos puede tener dificultades para completar el ciclo educativo si no recibe tratamiento o rehabilitación, con la obtención consecuente de ingresos más bajos.

Respecto a la importancia determinante de la educación tanto para la salud mental como para la salud en general, es interesante señalar que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos destacó en un informe reciente que la disminución del potencial cognitivo, la mala nutrición y la falta de apoyo familiar para alcanzar logros educacionales asociadas a la pobreza, habitualmente traen aparejadas un desempeño escolar inadecuado y limitaciones en las oportunidades de empleo a lo largo de toda la vida. En esa misma línea, también en trabajos recientes, economistas del Banco Mundial señalaron, por ejemplo, que un año más de educación primaria conllevaría un incremento futuro de la productividad del 10% en Argentina, el 30% en Nigeria y el 35% en Etiopía.

Se trata, por lo tanto, de una relación circular: para tener buena salud mental se necesita tener una buena educación; y para tener una buena educación se necesita buena salud mental. A pesar de lo obvio de esta relación, la dificultad —y el desafío por delante— reside en que, en la mayor parte de los países, ambos sistemas están disociados.

Otro aspecto de la vinculación entre pobreza y trastornos mentales aparece en las zonas de desastres naturales: mayormente localizadas en los países en desarrollo, golpean con más fuerza a los sectores más pobres de la población. En Honduras, por ejemplo, funcionarios de la OPS/ OMS detectaron que los trastornos vinculados al desastre (depresión, desorden postraumático, abuso de alcohol, agotamiento emocional y conducta violenta) aparecían con mayor frecuencia en los barrios pobres de Tegucigalpa. Obviamente, este tipo de trastornos dificultaban la capacidad de los individuos y

de la comunidad para iniciar los trabajos de reconstrucción.

En síntesis: tal como acordaron los Ministros de Salud en las reuniones internacionales de años recientes, si los países en desarrollo quieren encarar seriamente planes que permitan a sus sociedades salir de la pobreza, lo primero que no pueden seguir haciendo es afrontar pérdidas en su potencial humano. En ese aspecto, los trabajadores de la salud —concientizados de las relaciones y consecuencias sociales de la pobreza— juegan también un papel preponderante en la tarea de reducir la carga de una enfermedad controlable, especialmente en poblaciones de alto riesgo.

5. Trastornos mentales, trastornos físicos y factores socioambientales

5.1. Género y trastornos mentales

Actualmente, hay evidencia suficiente para afirmar que el impacto de los trastornos mentales no es igual en ambos géneros. Las mujeres africanas con epilepsia, por ejemplo, padecen por su enfermedad consecuencias más severas que los hombres: reciben menos tratamiento, son consideradas menos aptas para el matrimonio y con frecuencia son rechazadas por sus familias.

Aunque las tasas totales de trastornos mentales son prácticamente iguales en ambos géneros, las mujeres presentan tasas más altas de depresión. En los países en desarrollo, se toma como causa de estas altas tasas a las desigualdades sociales entre ambos géneros, en detrimento de la mujer: diferente estatus, dependencia del marido/ compañero, aislamiento social, privación económica, múltiples responsabilidades familiares, trabajo físico pesado, empleos mal remunerados, etc.

Es interesante señalar que la depresión en la mujer está siendo incorporado en la agenda de las organizaciones de defensa



de sus derechos, junto a otros problemas de salud ya reconocidos como el cáncer de útero y de mama o la violencia doméstica.

5.2. Efectos adicionales de los trastornos mentales

Además del sufrimiento y la discapacidad que producen, los trastornos mentales tienen efectos adicionales: complican el proceso y los resultados de los trastornos físicos.

En un artículo reciente publicado en los Estados Unidos de Norte America sobre los patrones de mortalidad en el estado de Hawai de los ancianos de origen japonés, los autores informaron lo siguiente: los sujetos que en una encuesta comunitaria habían sido identificados con síntomas relativamente altos de depresión, murieron antes que los que no presentaban ningún síntoma. Más precisamente, la prevalencia total de los síntomas frecuentes de depresión era de 9.9%. Las tasas de mortalidad ajustadas a 3 años fueron de 48.0 por 1000 personas-años para las deprimidas y de 30.3 para los no deprimidas. A 6 años, las tasas fueron de 54.1 para las deprimidos y 41.5 para los no deprimidas.

Si bien las anteriores son conclusiones de un solo estudio, existen otros con análogos resultados: está comprobado, por ejemplo, que el riesgo de mortalidad en individuos que sufrieron infarto de miocardio es más alto en los pacientes con depresión.

¿Cómo actuar ante la depresión? Se trata sin duda de una interesante época en la historia de las neurociencias, pero no lo es menos en áreas como la biología, la psicología y los estudios socioambientales. Se está acumulando investigación basada en la evidencia sobre diversas tecnologías y programas de intervención: la investigación del cerebro ha avanzado considerablemente

gracias a nuevas formas de acceso al cerebro; la genética molecular está mapeando los genes defectuosos responsables de numerosos trastornos, etc.

Con respecto a los factores socioambientales, actualmente se dispone de una visión más clara sobre el impacto del ambiente en el ser afectivo y cognitivo, y cómo a su vez, esto impacta en los sistemas inmunológico, humoral y nervioso periférico. A título de ejemplo: en un artículo reciente, Leon Eisenberg (1998), Profesor Emérito de la Universidad de Harvard, proporciona evidencia sobre cómo el ambiente social construye el cerebro.

5.3. El tratamiento de la depresión

Como se ha dicho, la depresión es un trastorno extendido en la comunidad y como tal, especialmente frecuente en el primer nivel de atención. El porcentaje de remisión de la depresión por placebo después de 3 a 8 meses de tratamiento es del 27% (*placebo*, en este caso, no es sinónimo de *no intervención*, ya que capitaliza las expectativas psicológicas del paciente y su contacto positivo con un agente de salud). En lo que respecta a la medicación antidepressiva, la remisión trepa al 50% en pacientes tratados con antidepressivos de primera generación, y al 54% en aquellos tratados con intervenciones psicológicas. (OMS 2001)

Para el tratamiento de la esquizofrenia existe también medicación útil. Sin embargo, en el rango de intervenciones de ese trastorno se destaca un tipo de intervención que apunta a la familia, en tanto factor clave por su actitud positiva o negativa frente al problema, y cuya relación con el integrante enfermo puede ser mejorada, a través de información adecuada.

Se han realizado importantes avances para comprender tanto los mecanismos con los que el entorno social desalienta y pro-



mueve las conductas adaptativas, como qué es lo que produce que una persona con psicosis se transforme en “el loco de la calle”. Sin entrar a describir las numerosas posibilidades para tratar los trastornos psiquiátricos, se puede decir que actualmente —incluso en los países en desarrollo— se dispone de técnicas e instrumentos para abordar adecuadamente la mayoría de ellos.

Al hablar de las posibilidades de abordaje de los trastornos mentales he dicho deliberadamente que son *tratables*, aunque sobre algunos hubiera podido decir *curables* y sobre otros *prevenibles*. No solo en el campo de la salud mental todos los trastornos *no son curables*: baste recordar un desorden físico como la diabetes, ejemplo paradigmático de un trastorno crónico que, al igual que la esquizofrenia o la epilepsia en el campo de la salud mental, requiere tratamiento de por vida.

6. La desatención de los trastornos

Si disponemos de las técnicas adecuadas de intervención, y estas pueden ser instrumentadas con éxito en los países en desarrollo, ¿por qué no se aplican? ¿dónde radica el problema?

El problema central está en el *estigma*, en el prejuicio y en la falta de información, con su consecuencia más flagrante en el campo de la salud mental: el *nihilismo terapéutico*.

Los programas y servicios destinados a tratar los trastornos mentales ocupan un lugar secundario, yendo a la zaga de otro tipo de servicios y programas. En ese aspecto, sobre un total de 91 países, el *Atlas/OMS* (2002) identificó deficiencias de diverso tipo:

- El 36% invierte en salud mental menos del 1% de su presupuesto general de Salud (en esos países viven más de 2 billones de personas).

- 40% de los países carecen de una política de salud mental.
- Estigma y la discriminación actúan también en el nivel de los proveedores de diversas maneras.

En este último aspecto, en los Estados Unidos, diversas organizaciones de profesionales y usuarios de la salud mental han emprendido una lucha para obtener paridad en sus seguros de salud. Mientras las compañías habilitan al asegurado a estar cubierto frente a numerosos trastornos, la limitación de la cobertura en caso de trastornos mentales llega a veces a su completa eliminación. Se da entonces el siguiente absurdo: si el paciente llega con un dolor de espaldas de origen desconocido, tiene derecho a tratamiento; si llega con un cuadro depresivo, no (aunque es sabido que la depresión puede expresarse a través del dolor lumbar de origen desconocido).

Además de las razones imputables a la organización del sistema de atención, hay otro conjunto de factores que explican por qué los países se muestran incapaces para reducir la carga de la salud mental.

Los usuarios son también responsables de que esa carga se mantenga: muchas personas que necesitan tratamiento no se acercan a los equipos de salud para recibirlo, o lo hacen después de muchos años de sufrimiento y discapacidad. A continuación se consignan dos datos de interés por tratarse de países comparativamente desarrollados en el campo de la salud mental:

- En los Estados Unidos varios estudios comunitarios permitieron establecer que sólo alrededor del 20% de las personas con trastornos mentales se hallaba bajo tratamiento (Kohn y cols. Enviado para su publicación).
- En Australia (Kohn y cols. Enviado para su publicación), un importante estudio comunitario concluyó que solo el 34% de las personas afectadas con un desorden mental había



consultado algún tipo de profesional de la salud mental.

Este es el verdadero problema con que nos enfrentamos los agentes de la salud pública: hay una carga y existen intervenciones eficientes que no se instrumentan. Esta brecha se ensancha especialmente en los trastornos por abuso de sustancias: es necesario recordar que el abuso de alcohol es un factor importante de la violencia doméstica, de los accidentes automovilísticos, del ausentismo laboral, etc. Otro ejemplo es del control de la epilepsia (*grand mal*) en África y América Latina: a pesar de la disponibilidad de drogas de bajo costo, *vg.*, el fenobarbital, la mayoría de las personas afectadas por ese trastorno no reciben (ni buscan) tratamiento (ILAE/IBE/WHO 2000).

¿A qué se debe esto? ¿Por qué esas personas no solicitan ayuda? A continuación se mencionan solo dos factores remediables: el estigma y la capacitación deficiente del equipo de salud de la APS.

6.1. El estigma y la desatención como construcción social

La gente no consulta porque teme la percepción del otro sobre *el acto mismo* de consultar por un trastorno mental: el estigma es un factor que atraviesa e impregna todos los estratos sociales y todas las comunidades, con énfasis en las más tradicionales. Un ejemplo interesante es el de un estudio realizado en jóvenes pacientes psiquiátricos de un hospital universitario norteamericano que abandonaron prematuramente sus tratamientos por el temor a que ese estatus fuese conocido. Como señalan los autores, los pacientes prefirieron afrontar el costo del sufrimiento que el costo social del estigma.

El estigma, obviamente, es una construcción social y, como tal, puede ser desmontada. A pesar de esta evidencia, no es una tarea fácil ni realizable en lo inmediato.

Sin embargo, dado el rol fundamental que juega el estigma en el mantenimiento de la tasa de prevalencia de los desórdenes mentales intratados, se debe continuar perseverando en los esfuerzos por reducirlo primero y erradicarlo después. Tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo, estos esfuerzos constituyen una línea de acción específica en el campo de la salud mental.

6.2. La formación del equipo de salud del Primer Nivel de Atención

El segundo factor que colabora para mantener la carga de la enfermedad mental se relaciona con la capacitación de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención —escaso conocimiento, actitud negativa o ambivalente frente al problema—, lo que resulta sin duda un tema conflictivo pero crucial si se quiere cambiar la situación actual.

Si bien los pacientes afectados de depresión y ansiedad son los que más consultan a los médicos, estos raramente están en condiciones de reconocer aquellos pacientes con los trastornos mentales más comunes; si los reconocen, tienden a no tratarlos; y si los tratan, por lo general sus prácticas prescriptivas son objetables. Un estudio llevado a cabo en seis países de América Latina (Levav y cols, enviado para su publicación) halló que la medicación antidepresiva tenía un dosaje inadecuado, o había sido empleada durante demasiado tiempo o durante un tiempo insuficiente. En un estudio desarrollado en el Uruguay (Bustelo y cols 1996), en la ciudad de Montevideo —en ese momento una de las ciudades menos violentas de todo el continente americano—, los investigadores encontraron que 1 de 4 mujeres utilizaban tranquilizantes, mayormente prescritos por médicos de la APS. En una carta al editor que los autores del estudio enviaron a *Lancet* es de por sí elocuente: “A tranquil city overwhelmed by tranquilizers” (“Una ciudad tranquila abrumada por los tranquilizantes”).



¿A qué se debe esto? ¿Por qué los médicos fallan con tanta frecuencia en el reconocimiento y manejo de los trastornos emocionales? La respuesta es sin duda compleja y, entre otras razones, incluye estas dos:

- La confusión que les genera el modo de expresión de los pacientes que, por lo general, desconocen o no utilizan la terminología psicológica, planteándoles en cambio múltiples dificultades somáticas.
- El hecho de que la capacitación del actual médico de APS en trastornos psiquiátricos y factores psicológicos en el cuidado de la salud no la ha recibido en los lugares de su práctica futura.

Un ejemplo personal sobre este último aspecto. En mi primera visita a Guatemala como funcionario de la Oficina Panamericana de la Salud, el país contaba con 10 millones de habitantes y un solo hospital mental con 250 camas: la Universidad capacitaba a sus futuros médicos en salud mental precisamente en ese único hospital y no en las clínicas comunitarias donde la gran mayoría de ellos irían a trabajar (Guatemala dista de contituir un ejemplo aislado).

Es importante entonces destacar que para que el sistema de atención primaria funcione adecuadamente, a los cambios en la formación de sus recursos humanos hay que agregar cambios organizacionales en los servicios especializados, a los efectos de reconvertirlos en servicios con base en la comunidad, capaces como tales de brindar el apoyo y la consulta requeridos. En esa línea de trabajo, no sólo los médicos deben recibir la capacitación correspondiente sino también los enfermeros y otros agentes comunitarios como la policía y los líderes religiosos estableciendo toda vez que sea posible algún grado de conexión con líderes autoctonos.

7. Promoción de la salud mental: ¿qué hacer?

7.1. Las diez recomendaciones de la OMS (2001)

¿Qué hacer concretamente en cada país, desde cada lugar de trabajo, para lidiar con la epidemia de trastornos mentales y los problemas psicosociales asociados?

La Organización Mundial de la Salud ha formulado diez recomendaciones de probada eficacia, a saber:

1. Proporcionar tratamiento en el Primer Nivel de Atención.

Dada la escasez de servicios especializados, es imposible pensar que la atención psiquiátrica pueda ser provista por psiquiatras u otro tipo de personal especializado en la materia. En el *Atlas* se informa que el 53% de los países que cubren el 69% de la población mundial disponen de menos de un psiquiatra cada 100.000 habitantes. Obviamente, es imperioso diseñar otro tipo de estrategia para la atención de la salud mental, mucho más cuando gran cantidad de personas con trastornos que buscan ayuda en el sistema de salud lo hacen a través de un agente de la APS. Según muestran numerosos estudios, este agente, adecuadamente formado, es capaz de diagnosticar y manejar la mayoría de los desórdenes mentales.

Es interesante traer aquí una experiencia realizada en Belize, donde hay un solo psiquiatra para sus 200.000 habitantes, en un territorio bastante extendido. En ese contexto, las autoridades de ese estado centroamericano decidieron buscar otras alternativas y, con la colaboración de una universidad canadiense, capacitaron en salud mental a siete enfermeras, una por cada distrito sanitario. Estas enfermeras tenían experiencia en atención familiar, un excelente antecedente para la salud mental. Un estudio



evaluativo realizado tres años después para la OPS mostró que este personal había sido capaz de llegar a las personas necesitadas, diagnosticarlas, tratarlas con drogas psicotrópicas básicas, y hasta de admitir y tratar pacientes en el hospital comunitario. Por otra parte, habían sido también capaces de informar a la comunidad sobre cuestiones de salud mental. La OPS/OMS ha desarrollado un programa casi idéntico en Guyana, Surinam y Dominica; aunque aún no han sido totalmente evaluados, tanto las autoridades locales como los líderes comunitarios se han mostrado satisfechos con sus resultados.

No se trata de proyectos aislados sino que este tipo de programas ha sido implementado en otras regiones del mundo, y todos han probado la factibilidad de incorporar la salud mental en el Primer Nivel de Atención.

2. Disponer de drogas psicotrópicas.

Las drogas de la primera generación de antidepresivos y antipsicóticos no son de costos altos y, correctamente prescritas, pueden mejorar los síntomas, reducir la discapacidad, acortar el curso de muchos trastornos y prevenir recaídas. En síntesis, proporcionan el tratamiento de “primera línea” y su administración no es compleja. La OMS ha confeccionado una lista de medicamentos esenciales, y las drogas psicotrópicas y los antiepilépticos deben ser incluidos en esa lista: no hay atención posible sin ellas.

3. Brindar atención en la comunidad.

En términos de resultados y de calidad de vida de los pacientes con trastornos crónicos, la atención basada en la comunidad ha mostrado tener mayor efecto que el tratamiento institucional. Más aún, mientras que los hospitales mentales no están en condiciones de producir intervenciones tempranas, los servicios comunitarios las hacen posibles al estar al alcance de los que los

necesitan. Desde la perspectiva de la salud pública, unos pocos hospitales mentales — que, además, consumen la mayor parte de los fondos del presupuesto de salud destinado a salud mental— no pueden ofrecer una solución efectiva para el número relativamente grande de personas con trastornos mentales.

Solo en la comunidad es posible desarrollar un modelo que incluya (Levav 1993):

- Autocuidado
- Atención familiar y grupos de apoyo
- Agentes comunitarios (líderes comunitarios, docentes, miembros del clero, policías, peluqueros, curanderos, etc.)
- Promotores de la salud
- Agentes de APS (enfermeros, médicos de familia, etc.)
- El hospital general para pacientes que necesitan internación

Este modelo de atención es factible aún en lugares con escasez de recursos humanos especializados en salud mental.

4. Educar a la población

Esta recomendación se relaciona con la necesidad de incrementar el conocimiento de la población sobre la carga de los trastornos mentales, sus variadas formas de tratamiento y los lugares para consultar. La educación es un instrumento estratégico para generar una cultura amigable hacia la problemática de la salud mental. En esa línea, es importante no reducir el concepto de educación solo a la transmisión de información, ya que de lo que se trata es de promover aquellas actitudes que conduzcan a la erradicación del estigma y la discriminación. Un excelente ejemplo del papel de la educación es lo que sucede en situaciones de catástrofe: en estos casos, en que a la población adulta le es difícil superar sus fuertes emociones y su propia confusión, y controlar además las reacciones de los niños, el manejo adecuado de la información contribuye a encausar adecuadamente la



ansiedad. En esa línea, la OMS ha desarrollado programas educacionales que apuntan a cubrir las necesidades de diferentes sectores en comunidades en emergencia.

5. Involucrar a la comunidad, a la familia y a los usuarios.

Numerosas instituciones de formación y atención en salud pública han incorporado hace años la participación comunitaria y de las familias en sus lineamientos de trabajo, con participación de los usuarios en el desarrollo de políticas, programas y servicios. En algunos países —Israel y México, por ejemplo— los usuarios y sus familias se constituyen en excelentes defensores de la atención en salud mental; como fruto de esta defensa, los decisores de políticas se sienten por lo general más obligados a apoyar las acciones de la salud mental. Recuerdo, por ejemplo, la sesión plenaria de la Asamblea Mundial de la OMS del 2001 en la que cambió la disposición de los participantes hacia el tema, cuando la madre de un joven con esquizofrenia habló de la desintegración psíquica de su hijo y de la esperanza que habían devuelto a su familia los primeros resultados positivos del tratamiento.

Esta transformación del concepto de *cuidado/atención* en el que familias y usuarios dejan de verse a sí mismos como *pacientes* para convertirse en *socios* de los trabajadores de la salud, ha producido mayor democratización de los servicios y el incremento de la satisfacción con el tratamiento.

6. Establecer políticas, programas y legislación nacionales.

Durante mucho tiempo, los países no tuvieron políticas y programas explícitos de salud mental, aunque actualmente, cerca del 60% los tienen. Desde ese punto de vista, la *salud mental pública* ha estado considerablemente retrasada con respecto a la *salud pública*. No me detendré aquí en el proceso de construcción de ambas. En lo que sí haré

hincapié es en el campo de la salud mental: cada país deberá fijarse sus propios objetivos de desarrollo, establecer su propia estrategia para lograrlos y diseñar el plan de acción correspondiente. Para ello, es necesario plantear una relación dialéctica entre los funcionarios y la sociedad que, sobre la base de un diagnóstico compartido de la situación —incluidos necesidades y recursos—, permita explicitar qué se pretende hacer en términos de promoción, prevención, cuidado/ atención y rehabilitación.

7. Desarrollar los recursos humanos.

En salud mental, el concepto de *recursos humanos* incluye no sólo al equipo de salud del Primer Nivel de Atención sino también a los agentes comunitarios que, como ya se ha visto, juegan un papel fundamental en la educación, el apoyo, la referencia y la defensa de sus derechos. Como ya se señaló, los especialistas en psiquiatría y otras disciplinas afines, seguramente no en psicología en la Argentina pero sí en enfermería psiquiátrica, resultan escasos para atender satisfactoriamente las demandas de atención en salud mental de la población, por lo que la necesidad de ampliar la base de formación de recursos humanos no necesita mayor argumentación.

El número de psiquiatras aumentará solo cuando los decanos de las facultades de medicina logren superar el estigma que opaca su pensamiento y nutre sus prejuicios; ese cambio se producirá cuando asuman que la salud mental es un área del conocimiento en el campo de la salud construida sobre basamentos científicos tan sólidos como los de cualquier otra área de ese campo ya legitimada. Obviamente, sobre todo en los países en desarrollo, no es solo el número de especialistas el que marcará la diferencia: se trata de diseñar un currículum apropiado que habilite al médico para operar en contextos de subdesarrollo.



8. Vinculación con otros sectores.

La salud mental es un campo intersectorial, y la educación y la justicia, entre otros, son sus socios naturales. El sector laboral es sin duda otro de sus aliados estratégicos: la rehabilitación de la persona con trastornos mentales requiere su colaboración, tanto como el tema de la desocupación emergente de la globalización, cuyas consecuencias sobre la salud mental son devastadoras. Sus efectos se mitigan con políticas sociales y para promoverlas, el campo de la salud mental y el sector del trabajo deben trabajar conjuntamente.

Actualmente contamos además con otro grupo de socios. A medida que —también como producto de la globalización— el Estado se achicó, las ONGs han ocupado un lugar relevante en la promoción y en la prevención de la salud mental, al dar respuesta a las demandas nacionales y de las grandes agencias de cooperación internacional. Se trata, sin duda, de una sociedad beneficiosa que debería ser continuamente incrementada y fortalecida.

En esa línea, quiero traer aquí algunos ejemplos de interés: en España, las agencias sociales y el Ministerio de Salud de Andalucía establecieron un programa de rehabilitación de personas con trastornos mentales a través de cooperativas —conducidas conjuntamente por personas con y sin esos trastornos—, que se han constituido en empresas sociales exitosas, generadoras de trabajo y beneficios económicos. Un programa con características similares se desarrolló en Brasil, en el Municipio de Santos, liderado por un partido progresista.

9. Monitoreo de las acciones de salud mental comunitaria.

Es evidente que no se lograra avanzar ni ser creíbles en salud mental sin un monitoreo adecuado de los programas y la evaluación de sus resultados. Sea cual fuere su situa-

ción y sus dificultades, no hay país que no pueda establecer una serie de indicadores mínimos, interactuantes con su propia realidad, que sirvan para convencer tanto a los decisores de las políticas locales como a los funcionarios de los organismos internacionales, que redunde en beneficios apoyar un programa de salud mental.

10. Incrementar el apoyo a la investigación.

¿Cuál debería ser la agenda de investigación de los países en desarrollo y cómo llevarla a cabo? ¿Cuál debería ser el papel de las instituciones de educación superior en los países industrializados? Estas son algunas de las cuestiones que necesitan indagación. La OMS convocó en diciembre del 2002 una reunión para discutir esas cuestiones, a partir de la toma de conciencia de que no se dispone aún de conocimiento suficiente para salvar la brecha entre el estatus actual de la salud mental y los objetivos que esa Organización promueve en el nivel mundial. Cabe a la investigación aportar a la producción del nuevo conocimiento que la situación requiere.

7.2. Las tres estrategias del grupo de Harvard

Por su parte, el grupo de investigadores del Departamento de Medicina Social de la Universidad de Harvard (Desjarlais y cols 1995) planteó tres estrategias básicas para que los países en desarrollo produzcan las transformaciones necesarias en la situación de salud mental:

- Promover políticas de salud pública.
- Reorganizar los servicios transfiriendo a la comunidad el grueso de las acciones de salud mental.
- Utilizar las tecnologías de costo-eficiencia disponibles en la actualidad.

A modo de breve conclusión

Someramente, se ha abordado aquí una serie de cuestiones complejas relacionadas con



la salud mental: los derechos humanos, la pobreza, el estigma, el *nihilismo terapéutico* y la desatención; la carga de la enfermedad, las técnicas de intervención, la formación de recursos humanos, el estatus científico de la salud mental como integrante del campo mayor de la Salud.

Al mismo tiempo que se señalaran las condiciones críticas del área en la mayoría de los países, se han consignado también los esfuerzos nacionales e internacionales que se vienen realizando para superar dificultades históricas que aun persisten. Se trata, en síntesis, de una breve revisión de la problemática de la salud mental con énfasis en los países menos desarrollados, cuyo objetivo es proporcionar a los

interesados un panorama y una serie de ideas que inviten a la reflexión y a la acción.

En función de las circunstancias socioculturales, económicas, políticas, históricas, ambientales de cada país, cabe a los responsables de las decisiones y a los diversos trabajadores y agentes de la salud mental decidir qué reflexiones, consideraciones, propuestas y recomendaciones planteadas a lo largo de este trabajo convienen más a la situación de salud mental de la población a su cargo, teniendo como marco la promoción de la salud pública, los derechos humanos, la equidad en el acceso a los beneficios sociales y el desarrollo sustentable de la nación.



BIBLIOGRAFÍA

- Bustelo P y cols: Epidemiología del consumo de tranquilizantes menores en la ciudad de Montevideo. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 42:105–112, 1996.
- Cabral de Mello M, Borneman T, Levav I: The ministers of health call for mental health action. World Health Organization, Geneva 2001.
- Desjarlais y cols: La salud mental en el mundo. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC 1997.
- Dohrenwend BP y cols Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation–selection issue. Science, 255:946–952, 1992.
- Eisenberg L: Nature, niche and nurture: The role of social experience in transforming genotype into phenotype. Academic Psychiatry, 22:213–222, 1998.
- ILAE/IBE/WHO: Global campaign against epilepsy. World Health Organization, Geneva, 2000.



- Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J: Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population. En Dohrenwend BP (ed) Stress, adversity and psychopathology, Oxford University Press, New York, 1998.
- Kohn R y cols. The treatment gap in mental health care. Enviado para su publicacion.
- Levav I (ed) Temas de salud mental en la comunidad. Paltex, Organizacion Panamericana de la Salud, Washington DC, 1993.
- Levav I, Gonzalez Uzcategui R: Rights of persons with mental illness in Central America. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101:83–86, 2000.
- Levav I y cols: Capacitacion del medico general en el manejo de la depresion. Enviado para su publicacion.
- 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. Harvard School of Public Health, Cambridge MA, 1996.
- Naciones Unidas: La proteccion de las personas con trastornos mentales y el mejoramiento de la atencion (www.un.org/ga/documents/gadocs/htm), 1991.
- Organizacion Mundial de la Salud: El informe mundial de la salud 2001. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organizacion Mundial de la Salud, Ginebra, 2001.
- Organizacion Mundial de la Salud: Atlas Project. Mental health resources in the world 2001. World Health Organization, Geneva 2002.
- Organizacion Panamericana de la Salud: Presentacion al Consejo Directivo (CD40.R19), setiembre 1997, Washington DC.
- Saraceno B, Barbui C: Poverty, and mental illness. Canadian Journal of Psychiatry, 42:285–29, 1997.