

Perspectivas de la salud mental comunitaria en latinoamérica

Carlos A León*

I. Introducción

El presente trabajo constituye una tentativa de enfocar el desarrollo y alcance de los programas de cuidados primarios de salud mental en la América Latina. Con este fin, se hará un breve recuento de los antecedentes históricos y de las experiencias tempranas en el campo de la salud mental comunitaria, seguido por la mención de los hallazgos más conspicuos obtenidos por varios programas y de la descripción de un modelo esquemático de prestación de servicios; para finalmente, esbozar algunas reflexiones y comentarios generales sobre el tema.

Pero antes, es necesario hacer una advertencia sobre la gran dificultad que existe para conseguir información suficiente acerca de las publicaciones científicas latinoamericanas. Se estima en efecto, que 70 % de las producciones de la región están *excluidas* de los índices internacionales de referencias bibliográficas y por lo tanto están condenadas a llevar una existencia "fantasmal" (1), sólo accesibles a búsquedas especializadas en los respectivos países de origen. Esto conduce a un círculo vicioso por el cual un artículo no se cita porque no figura en el índice y no está en el índice porque la publicación donde aparece no es bien conocida. La totalidad de las publicaciones científicas en Latinoamérica sólo representa 1.8% del conjunto de publicaciones citadas en los índices bibliográficos y 80 % de la población mundial vive en países cuya representación en dichos índices apenas corresponde a un 2% del total (1). A los problemas mencionados se añade que la mayoría de las publicaciones oficiales sobre temas de la salud aparecen como informes, boletines, folletos o libros de circulación bastante restringidas y efímeras, razón por la cual se les ha calificado acertadamente como "literatura fugitiva". En estas condiciones, la revisión de un tema como el presente se vuelve una tarea muy dispendiosa que aun con la ayuda de informantes y consultores resulta forzosamente incompleta.

II. Antecedentes históricos

A). Precursores - bases conceptuales

Desde comienzos del presente siglo se observa ya en algunos países de la América Latina un despertar por formas de atención psiquiátrica diferentes a la reclusión en asilos de los enfermos mentales. En 1907, Azevedo Riveira inaugura en Brasil el primer hospital mental de puertas abiertas y en 1908, Franco da Rocha inicia el primer programa de cuidados psiquiátricos en hogares sustitutos en Sao Paulo (2). En 1915, se funda en Lima el primer servicio de consulta externa para enfermos mentales en el hospital Santa Ana (2). En 1922 Hermilio Valdizán y Honorio Delgado publican la primera cartilla de higiene mental, titulada "Defiéndose de la locura" (3). El primer dispensario de higiene mental es inaugurado en Lima en 1930 por Baltazar Caravedo y en 1932, se crea la Liga Peruana de Higiene Mental, que preconiza el uso de medidas preventivas, en coordinación con los programas escolares (3). En 1941, Carlos Seguí abre en el Hospital Obrero de Lima la primera unidad psiquiátrica en un hospital general (2).

En 1946 se establece en México el primer servicio de higiene mental, con tareas orientadas a clínica de la conducta en un Centro de Salud Pública (4). En 1953, se crea en Perú el Departamento de Higiene Mental del Ministerio de Salud y aparecen los primeros consultorios de higiene mental (3). Por desgracia, en contraste con las acciones innovadoras arriba mencionadas, el grueso de la actividad psiquiátrica en la región gira en torno a la reclusión de pacientes en asilos, donde impera el hacinamiento indiscriminado, la falta de personal idóneo, la carencia de recursos terapéuticos y el uso de medios inhumanos de restricción física. Prácticas arraigadas que perduran en la mayoría de los países latinoamericanos hasta bien entrada la mitad del siglo y, en algunos casos, hasta nuestros días.

A partir de la década de los cincuenta, la base conceptual de los nuevos principios normativos en materia de salud mental se amplía y consolida de manera progresiva, gracias a una serie de sucesos importantes entre los cuales vale la pena destacar los siguientes:

Entre 1950 y 1953, los comités de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en reuniones sucesivas (5-7) destacaron la necesidad de sustituir la

* Profesor Titular del Departamento de Psiquiatría. Facultad de Salud, Universidad del Valle. Director del Centro Colaborador de la OMS para Investigación y Adiestramiento en Salud Mental, Hospital Universidad del Valle, ap. aérea 1418, Cali, Colombia.

El presente trabajo se realizó bajo los auspicios del Fondo Margarita de Pacini - Fundación para la Educación Superior.

tendencia de aumentar el número de camas en los hospitales psiquiátricos, por la creación de servicios alternativos que reduzcan la admisión a dichos hospitales. Se sugiere el uso de servicios de consulta externa, dispensarios de salud mental, hospitales de día, hogares de transición y clubes de ex-pacientes. Se estima que los psiquiatras deberían dedicar por lo menos una tercera parte de su tiempo a labores comunitarias y capacitar al personal para ofrecer una mejor información al público. Todas estas ideas encuentran eco en los medios profesionales y académicos latinoamericanos y contribuyen a reforzar la orientación de varios investigadores hacia los campos de la epidemiología y la psiquiatría social (8-12), así como a renovar y a ampliar los programas docentes y asistenciales (13-18).

En 1962 y 1964, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspicia dos seminarios latinoamericanos de salud mental realizados en Cuernavaca y Buenos Aires (19,20) donde se discuten temas fundamentales para desarrollar programas de enseñanza, investigación y asistencia.

En 1968, se reúne en San Antonio la Conferencia de Salud Mental en las Américas (21), en la cual, gracias al acopio e intercambio de información relevante, los países pueden formarse una imagen más clara de sus propias realidades y de los planes y estrategias para mejorarlas.

En 1972, se celebra en Santiago de Chile, la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud Pública del Hemisferio y se elabora el Plan Decenal de Salud para las Américas (22). En cuanto a la salud mental se recomienda el uso de tratamientos ambulatorios, la capacitación psiquiátrica de los médicos generales, y la difusión de conocimientos de salud mental en amplios sectores profesionales relacionados con la salud. Se sugiere crear organismos técnicos de salud mental en los ministerios, la investigación epidemiológica e incluir acciones de promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales en cada una de las acciones de salud llevada a cabo en la comunidad, con la aspiración de cubrir por lo menos un 60 % de la población.

En 1974, se reúne un comité de expertos sobre salud mental de la OMS con el propósito de estudiar la organización de los servicios de salud mental en los países en desarrollo (23). Se recomienda adoptar planes nacionales de salud mental, crear departamentos de salud mental adscritos a los ministerios y establecer bases presupuestales adecuadas.

Una recomendación especial fue descentralizar los servicios de salud mental e integrarlos a los servicios generales de salud pública así como colaborar con organismos sociales no médicos. Se estipula que la salud mental debe incluirse dentro de las actividades del personal primario de salud y se recomienda que el personal especializado no deberá dedicarse de manera exclusiva a la atención clínica de pacientes, sino más bien, "reservar la mayor parte de su tiempo para la formación y supervisión del personal no especializado que habrá de encargarse de la asistencia básica de salud mental en la colectividad" (23). Se destaca también la importancia de los programas piloto, tendientes a demostrar la dimensión de los problemas de salud men-

tal y la factibilidad de adoptar medidas coordinadas para su prevención, tratamiento y rehabilitación.

En 1975, se publica el libro "La Salud por el Pueblo" (24), editado por la División de Fortalecimiento de los Servicios de la OMS que incluye la descripción de diez programas de salud comunitaria realizados en países con grandes diferencias geográficas y políticas; en él se destaca la participación de la comunidad como un elemento *esencial* en el éxito de los proyectos de salud. Si bien, no aborda de forma explícita el aspecto de la salud mental, sí contiene valiosas enseñanzas para desarrollar planes comunitarios. Para América Latina tiene especial relevancia el sistema de la "medicina simplificada" adoptado en un área de demostración en Venezuela en 1963.

En abril de 1978, se reúne en Cali bajo los auspicios de la OPS, el Seminario sobre Perspectivas para la Salud Mental en Latinoamérica, en el que se recomienda ampliar la cobertura de los servicios de salud mental en todos los países de la región y propone formar un grupo técnico multidisciplinario (grupo coordinador) que oriente y facilite las acciones de salud mental en el conjunto de países (25).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma Ata en septiembre de 1978, constituye un evento de singular importancia para la difusión universal de los programas de cuidados primarios de la salud (26). Bajo el lema de "Salud para todos en el año 2.000" se sugiere un uso más constructivo y humanitario de los recursos destinados a fines bélicos por parte de las naciones e insta a los gobiernos y a la sociedad en general, a proporcionar atención primaria de la salud a *todos los habitantes de todos los países del mundo*. En cuanto a la salud mental, su promoción figura entre uno de los contenidos más importantes del programa (contenido 5).

El grupo de trabajo sobre la Integración de los Componentes Psicosociales en la Atención Primaria, reunido en Washington en 1980, destaca el papel prioritario de la salud mental y recomienda incluirlo en todos los niveles del sistema de salud. Recalca la importancia de la movilización de las fuerzas comunitarias y la necesidad de coordinar sus acciones (28).

En 1985, se reúne en Panamá el grupo asesor del Programa Regional de Salud Mental, convocado por la OPS, y recomienda un esfuerzo continuado para emplear tecnologías psicosociales en los programas de cuidados primarios de salud mental (28).

En la década de los 80, los planes nacionales de salud empiezan a transformarse gracias a la adopción de un modelo más apropiado de organización de los servicios para cumplir los objetivos de la atención primaria: el de los sistemas locales de salud (SILOS). Dichos sistemas están concebidos como unidades básicas diseñadas de acuerdo con las características particulares de los grupos de población y de sus necesidades. El énfasis recae en la descentralización y en la planificación local, para un mejor aprovechamiento de los recursos y optimizar las relaciones de la comunidad con el personal clínico (29).

En noviembre de 1990, se reúne en Caracas la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Sa-

lud (30). El resultado de sus deliberaciones se resume en la "Declaración de Caracas" que reitera y enfatiza la promoción de servicios de salud mental basados en la comunidad y orientados hacia el respeto a la dignidad de los derechos humanos y civiles de los pacientes; propugna por emplear criterios racionales para su cuidado y propone revisar el papel hegemónico de los hospitales psiquiátricos tradicionales.

Como respuesta a las claras recomendaciones formuladas en dichas reuniones internacionales, y bajo el influjo de reiteradas publicaciones que llegan a constituir una masa crítica, se consolida una conciencia: la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud mental, renovar su estructura tradicional y ponerlos al alcance del público en un contexto comunitario; algunos esfuerzos aislados ya se realizaron desde el decenio de los sesenta con un carácter experimental.

B). Experiencias tempranas

A continuación se intenta dar un breve esbozo acerca de algunos programas pioneros sobre salud mental comunitaria desarrollados en varios países de Latinoamérica, por lo general proyectos pilotos o programas de demostración, destinados a probar la factibilidad de modelos y estrategias y la conveniencia de adoptarlos a mayor escala a nivel nacional. Casi todos ellos están vinculados a instituciones académicas o de bienestar social; además de la prestación de servicios dan énfasis en la capacitación del personal.

En 1967, se inaugura en la ciudad de México un servicio piloto de salud mental comunitaria adscrito a un centro de salud (31). Entre otras actividades, desarrolla trabajo de campo realizado en hogares por personal médico primario o paramédico. Se propone la detección temprana, el tratamiento de casos y su control post-hospitalización, la capacitación del personal médico y especializado y la investigación epidemiológica. Más tarde, se implanta el Programa Nacional de Salud Mental y se crea el Departamento de Psiquiatría Comunitaria bajo el cual funcionan varios servicios de salud mental comunitaria. Se busca una firme integración con la medicina general y un aprovechamiento adecuado de las instalaciones, aumentando así la cobertura y evitando la duplicación de esfuerzos.

El proyecto piloto de psiquiatría social, diseñado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, comienza a operar en Cali en 1967, en un centro de salud pública el cual presta servicio a un barrio de 15.000 habitantes (32,33).

Su propósito fundamental es el de capacitar a residentes de psiquiatría en el trabajo comunitario y consiste en desarrollar actividades de servicio, supervisión y adiestramiento del personal de salud. El programa se organiza con un criterio experimental orientado hacia la búsqueda de medios para atender las necesidades de las áreas marginadas, tanto en el sentido cultural como en el económico. La tarea central se orienta a capacitar al personal paramédico en la detección y manejo temprano de problemas así como en el seguimiento continuo de casos. Con un esquema de reasignación de funciones, un grupo de enfermeras auxiliares cumple tareas básicas de salud mental en el curso

de visitas domiciliarias previstas en los programas de salud pública y cuidado materno-infantil del centro de salud. El residente de psiquiatría funciona como especialista, supervisa el trabajo clínico del personal médico y de enfermería y sólo se encarga de tratar personalmente a un reducido número de casos. En distintos periodos y de acuerdo con los intereses individuales de los residentes se realizan actividades de grupo con padres de familia, educadores, policías, religiosos, y grupos de adolescentes. La experiencia lograda en este programa se enriquece posteriormente con la participación del Departamento de Psiquiatría en el Estudio Colaborador de la OMS para la Extensión de los Servicios de Salud Mental (34), en el cual se incluyen 7 centros en diversos países del mundo (Brasil, Colombia, Egipto, Filipinas, la India, Senegal y Sudán).

En 1968, en Santiago de Chile se pone en marcha un proyecto piloto de salud mental comunitaria (35). Este programa, así como otro proyecto similar para la ciudad de Córdoba (Argentina) realizado en 1969 (36), se orientan a prevenir los trastornos mentales y a la atención clínica por medio de recursos comunitarios y de un activo plan de educación y capacitación de voluntarios. Para el tratamiento y la rehabilitación del alcoholismo se diseña una organización piramidal de 5 categorías con tareas asignadas para cada nivel: desde los miembros de la población general, hasta los especialistas. El nivel intermedio (D3) comprende miembros tales como enfermeras, auxiliares, educadores primarios, sacerdotes, obreros y líderes comunitarios.

En Buenos Aires se inicia un programa de salud mental comunitaria anexo a un hospital general en 1969 (37). Las actividades de prevención primaria, tratamiento y rehabilitación se dirigen a las familias de un sector urbano marginado y se asegura la participación de grupos de trabajo con padres de familia, maestros, obreros y una junta vecinal de barrio para tratar los problemas del alcoholismo y los desajustes escolares. Las visitas domiciliarias comprenden 20% del total de consultas clínicas.

La unidad sanitaria de San José de Murialdo, creada en 1973 en Porto Alegre (Brasil), ofrece servicios de salud mental como parte de un programa de salud pública (39). Los equipos primarios de trabajo comprenden un médico, 2 a 4 auxiliares de salud (enfermeras diplomadas o auxiliares), y un número variable de "voluntarios de salud" seleccionados por la comunidad. El servicio se orienta a tareas terapéuticas y preventivas en problemas tales como el alcoholismo, los trastornos mentales infantiles, las urgencias psiquiátricas, la epilepsia, los accidentes, la neurosis, los problemas emocionales y el seguimiento de pacientes psicóticos después de su hospitalización.

Un ejemplo muy interesante de la movilización de fuerzas comunitarias para tareas de salud, incluyendo las de salud mental, lo constituye el programa del barrio de Santa Eduvigis, en Tegucigalpa, donde grupos de acción de la comunidad funcionan como agentes efectivos de saneamiento ambiental, mejoramiento económico y control del alcoholismo (38). En años posteriores se inician interesantes programas de cuidados primarios de salud mental comunitaria en Brasil, Boli-

via, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela.

En 1989, la OMS inicia el estudio sobre "Problemas Psicológicos en los Servicios Generales de Salud" en 14 centros de diversos lugares del mundo entre los cuales se incluyen Río de Janeiro y Santiago de Chile. El estudio se propone investigar la frecuencia, la forma, la detección, el manejo y la evolución de los trastornos psicológicos encontrados en pacientes que asisten a los servicios generales de salud (40).

La afiliación de varios programas de atención primaria a entidades universitarias ha facilitado el proceso de capacitación del personal médico y paramédico, no sólo sobre métodos de diagnóstico clínico, sino también en el enfoque de los problemas psicosociales y en el desarrollo de técnicas de aproximación a la comunidad.

III. Hallazgos, tendencias y actitudes

El esfuerzo desplegado durante las últimas décadas por las entidades internacionales, por la comunidad científica y por los grupos cívicos y académicos para promover la adopción de un modelo comunitario de cuidados primarios de salud, sólo han tenido éxito relativo. Hay programas en marcha en varios países pero casi todos tienen el carácter de experimentos locales con pocas posibilidades de replicarse. La respuesta de los gobiernos, en la mayoría de los casos, ha sido de una aceptación protocolaria de las recomendaciones pero sin el respaldo institucional ni financiero para llevarlas a la práctica.

Un breve recuento de los hallazgos más importantes obtenidos en varios programas de cuidados primarios de salud mental en Latinoamérica se señala en el cuadro 1.

CUADRO 1
Prevalencia de trastornos mentales en pacientes
atendidos en servicios primarios de salud pública
en algunos países de América Latina

País	Año	Investigador	Tasa %
Brasil	1983	E Busnello y cols	55.4
México	1984	P Padilla y cols	51.0
Brasil	1987	JJ Mari	47-56.0
Chile	1988	R Araya y cols	53.4
Nicaragua	1990	U Penayo y cols	56.0
Chile	1990	R Florenzano y cols	53.5
Brasil	1990	LA Villano y cols	38.0
Estudio OMS para extensión de cuidados primarios de Salud Mental (1980)			13.95

Los estimativos de la prevalencia de los trastornos mentales entre los pacientes atendidos en servicios comunitarios de salud pública, muestran hallazgos bastante similares entre sí, a pesar de la diversidad de los lugares y las épocas (41-48). Como puede verse en el cuadro 1, las tasas son muy altas, y mucho mayores que las obtenidas en el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en los centros de los países en desarrollo, entre los que se incluyó a Cali. Las diferencias pueden atribuirse a razones metodológicas.

En la mayoría de los estudios se señala una notoria discrepancia entre la proporción de casos hallados por los trabajadores primarios de salud y por el personal especializado. Pero en varias ocasiones se ha demostrado cómo dicha discrepancia puede reducirse, y aun eliminarse, con el uso de programas adecuados de capacitación.

Varios estudios señalan la alta frecuencia de problemas psicológicos que se presentan en la consulta médica bajo la forma de quejas somáticas (49, 50), tanto con características hipocondríacas como somatoformas y, por lo general, con un trasfondo depresivo. Como es de observarse, estos casos congestionan los servicios y tienden a convertirse en usuarios crónicos de los mismos. Es por otra parte evidente que la ocurrencia de muchos de estos trastornos guardan íntima relación con graves perturbaciones socio-económicas, y la posibilidad de manejarlos de manera eficiente, rebasa los límites de la atención médica y reclama la intervención de otros sectores de la comunidad. También se observa sin notorio predominio de pacientes del sexo femenino tanto en las consultas médicas en general, como en las consultas psiquiátricas, donde la diferencia entre ambos sexos es aún mayor (43,44, 47,48).

La respuesta de la población general a los programas de cuidados primarios de salud mental en centros de salud pública parece ser positiva hasta donde ha sido posible documentarla (51,52). Por lo general no se registran actitudes de franco rechazo o menosprecio. Cuando se han podido evaluar las creencias y las actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental, ésta muestra una tendencia a atribuirle un origen físico y por lo tanto, existe la posibilidad de una buena respuesta al tratamiento médico (cuadro 2) (51).

En cuanto a la opinión del público sobre los psiquiatras parece ser mejor en América Latina que la expresada en países industrializados, y la disposición de aceptar socialmente al enfermo mental es mejor en nuestro medio (cuadro 3) (53).

Tanto el personal de los servicios de salud como el público en general, estiman que la tasa de prevalencia

CUADRO 2
Opiniones acerca de las causas para la psicosis

Grupos	Causas			
	Orgánicas	Psicológicas	Sociales	Otras
Médicos	46	17	36	1
Otros trabajadores de la salud	39	22	38	1
Población general	43	33	21	3

(Fuente: Micklin M, León CA, 1977)

CUADRO 3
Aceptación de ex-pacientes
psiquiátricos en la comunidad

País	Año	Porcentaje de aceptación como:		
		Vecino	Compañero de trabajo	Cónyuge
USA	1960	82	62	37
Costa Rica	1964	83	78	38
Colombia	1968	94	87	40

(Fuente: Micklin M, León CA, 1972)

de los trastornos mentales en la comunidad es bastante alta (54). También opinan que el tratamiento predominante es el de métodos físicos, lo cual coloca al trastorno mental en la esfera de lo susceptible de ser tratado en un centro comunitario de salud (cuadro 4) (54).

Una observación frecuente en los centros de salud pública es la de cierta renuencia del personal para aceptar la asignación de tareas de salud mental. Con frecuencia se les considera como una imposición adicional al trabajo propiamente médico y como una carga al ya congestionado programa diario de actividades. Es menester un proceso, a veces prolongado, de sensibilización y capacitación para disuadirlos de estas nociones negativas.

Uno de los problemas de gran envergadura en el ámbito psicosocial es el notable incremento de la violencia. Hay países de la región donde ésta figura como la primera causa de muerte de los hombres entre los 15 y 45 años, con el consiguiente impacto desastroso sobre las familias y los grupos sociales. Esto amerita que se desarrollen programas específicos de prevención, intervención en crisis y rehabilitación, los cuales reclaman acciones intersectoriales coordinadas. También debe tomarse en cuenta que el aumento y la dependencia a las drogas, cada día cobra características más alarmantes en todo el mundo.

IV. Elementos de un modelo esquemático

Al examinar la estructura de los diversos modelos de cuidados primarios de salud mental comunitaria a lo largo de diversas épocas en la América Latina, resulta

evidente que es necesario utilizar coordinadamente un equipo médico y paramédico con funciones específicas, bajo la supervisión sistemática de personal especializado para lograr con ello una mayor cobertura y eficiencia de los servicios. El trabajo psiquiátrico no debe ser una tarea exclusiva del especialista, sino más bien, de cada uno de los miembros del equipo de salud, para la cual han de prepararse siguiendo un esquema de reasignación de roles. Se busca de este modo, incorporar las actividades de salud mental dentro de los programas generales de salud pública, capacitar al personal médico y paramédico en tareas de salud mental y prestar servicios de forma oportuna y continua lo más cerca posible del ámbito familiar del paciente.

A pesar de haber sido propuesto hace varios años (55), el siguiente esquema sobre una posible reasignación de funciones del personal encargado de ofrecer cuidados primarios de salud mental comunitaria puede aún tener suficiente validez (gráfica 1).

Conviene visualizar a los centros o dispensarios de salud como un tipo de servicio que está en contacto inmediato con la comunidad, pero también vinculado a una red de servicios especializados. El esquema propone que la población tenga acceso directo al sistema de salud, lo cual puede facilitarse más aún con la participación de personal voluntario elegido por la misma comunidad: *el promotor de salud*. Este se ha capacitado a través de cursos breves en tareas sencillas de salud. En el campo específico de la salud mental le corresponde detectar posibles casos por medio del reconocimiento de los síntomas obvios y ofrecer una orientación pertinente al paciente y a sus familiares en el uso del centro de salud más adecuado. Puede, además, contribuir a la educación básica de la familia en lo relativo a las actitudes y los manejos para y con el paciente, a darle a cada caso seguimiento con miras de continuar con el tratamiento, a intervenir oportunamente en los casos de *urgencia* y a adoptar medidas preventivas.

El siguiente elemento en la estructura administrativa de la prestación de servicios es el *auxiliar de enfermería* cuya base de operaciones es el puesto de salud o centro de salud. El auxiliar de enfermería tiene capacitación formal en enfermería a nivel pre-universitario y es capaz de aplicar cuestionarios estandarizados para

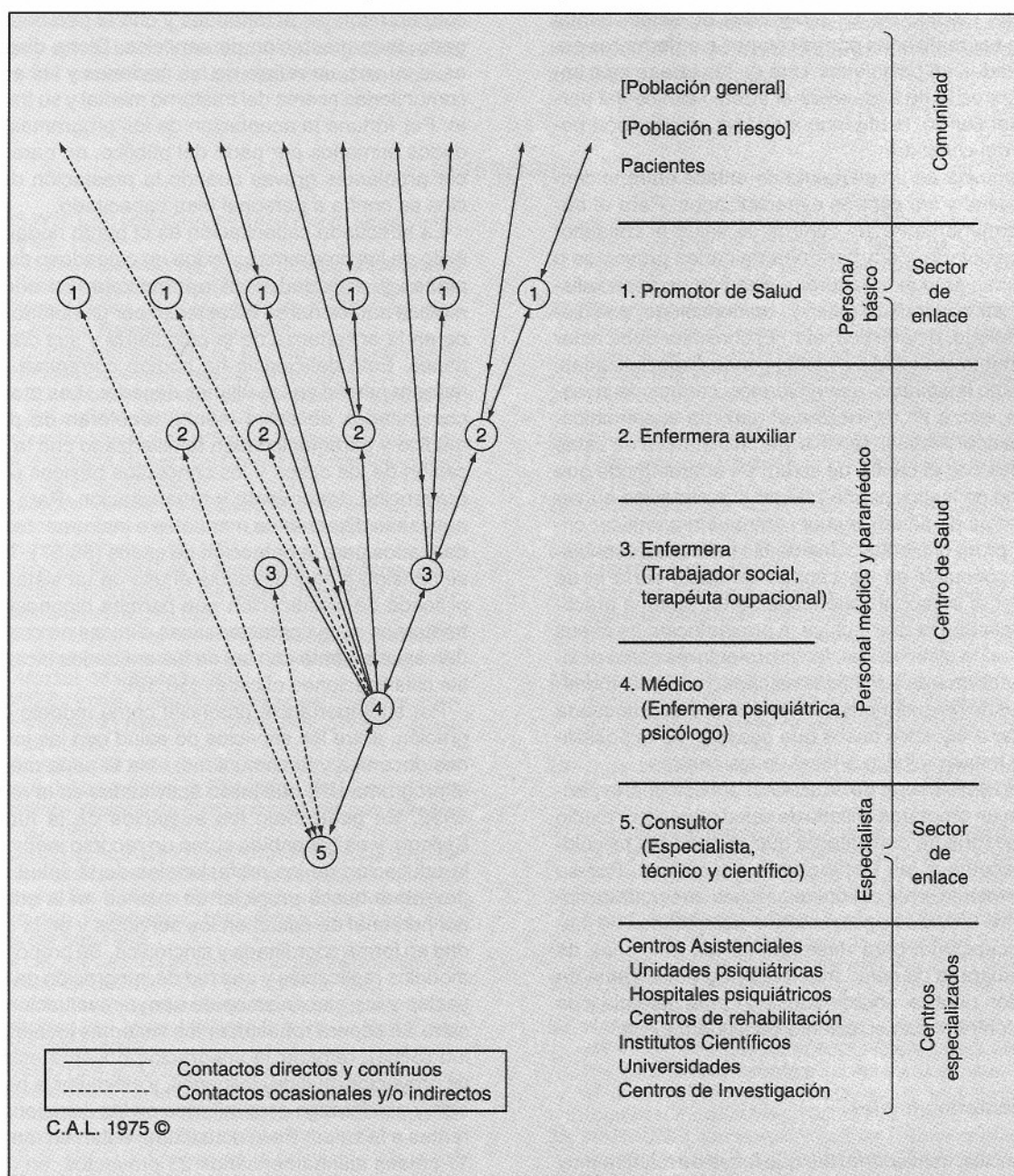
CUADRO 4
Promedios de las proporciones estimativas de los diversos tipos
de pacientes atendidos en su práctica diaria por una muestra
de trabajadores de la salud en Cali

Ocupación	% Sin trastorno mental	% Neuróticos psicósomáticos trast. pres.	% Psicóticos
Médicos (N = 149)	53	47	5
Enfermeras (N = 26)	50	44	14
Enfermeras Aux. (N = 33)	46	53	30
Curanderos (N = 15)	34	64	2

Nota: Los totales no siempre suman 100 porque las preguntas se hicieron en forma independiente.

(Fuente: M. Micklin, León CA, 1976)

GRAFICA 1
Esquema de la delegación de funciones para las tareas de Salud Mental



detectar trastornos mentales. Puede reconocer y enumerar los principales síntomas y formular un diagnóstico genérico. Puede manejar casos rutinarios bajo supervisión y desempeñar labores de educación en la comunidad, tanto en el centro como por visitas domiciliarias.

El *enfermero diplomado* está capacitado para manejar una buena proporción de casos, incluyendo la recomendación de tratamientos y la aplicación de algunos métodos terapéuticos. En ciertos casos, algunas de estas funciones también podrían cumplirlas trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. El enfermero desempeña concomitantemente funciones de supervisión

de auxiliares y promotores, adiestramiento de personal y educación de la comunidad. A su vez, recibe supervisión directa del médico y eventualmente del consultor o consultores.

El *médico* de un centro de salud debe ser de preferencia un generalista o mejor aún un médico familiar, capaz de afrontar todos los problemas de salud que llegan a la atención del centro, ya sea por intervención personal, asignación de tareas o remisión del caso a centros especiales. En el campo de la salud mental está capacitado para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas psiquiátricos de ocurrencia más frecuente, y en especial para el manejo de urgencias, uso de téc-

nicas de intervención en crisis y procedimientos terapéuticos diversos. En ciertos casos algunas de las labores del médico en los programas de salud mental pueden ser realizadas por psicólogos o enfermeras especializadas en psiquiatría. Una de las tareas más importantes es la de supervisar el trabajo clínico del personal del centro, recibiendo a su vez, supervisión periódica del consultor.

El *consultor* es un elemento de enlace entre el centro de salud y los centros especializados. Para el trabajo permanente de los centros de salud el consultor es un psiquiatra, pero para determinados proyectos o actividades se puede recurrir a otro tipo de especialista, técnico o científico (por ej., epidemiólogo, psicólogo, sociólogo, estadístico, etc.) El consultor debe estar íntimamente vinculado a instituciones especializadas, tales como hospitales, universidades, centros de investigación, etc. a fin de facilitar al máximo la comunicación y la coordinación técnica y administrativa de estas entidades con el centro de salud. Se sobrentiende que el mismo consultor puede prestar sus servicios en varios centros de salud, lo cual contribuiría a unificar criterios y procedimientos. Una de las funciones esenciales del consultor en los centros de salud sería la de capacitar al personal valiéndose de un sistema práctico de enseñanza que incluya la presentación de casos y seminarios clínicos. Así, tanto promotores como auxiliares, enfermeras y médicos se capacitan en el manejo de casos psiquiátricos y en la forma más adecuada de enviar a aquellos casos que escapan de la posibilidad del manejo clínico a nivel de los centros.

Dentro del sistema de educación pública podría pensarse en un programa afiliado de salud mental por medio de la asesoría de consultores que podrían ser psicólogos adscritos a las instituciones educativas. Por su adiestramiento y por el tipo de práctica que podrían llevar a cabo los psicólogos, estarían capacitados de manera excepcional para desempeñar las funciones de los consultores de salud mental dentro del sistema de educación pública, coordinados en forma paralela y en íntimo contacto con el sistema de salud pública.

V. Comentarios finales

Para concluir, convendría, aunque fuese de manera muy breve, destacar algunos requisitos importantes para poner en marcha y mantener los programas de cuidados primarios de salud mental comunitaria.

Es indispensable ante todo una voluntad política que anime y respalde la creación de un sistema de servicios orientados al bienestar social, de entre los cuales se destaquen la salud y la educación. Por desgracia, la importancia prioritaria de estas áreas no se refleja en el monto de las partidas presupuestales asignadas a ellas por los gobiernos, dando como resultado un déficit permanente de recursos.

Es preciso tener un estimativo claro de las necesidades del área donde van a funcionar los servicios, los recursos humanos y financieros disponibles. Estudios previos sobre las tasas de morbilidad de los trastornos mentales y de las nociones y actitudes de la población acerca de ellos pueden ser de gran utilidad para un

diseño adecuado de los servicios. El éxito de los programas se relaciona con la disposición del público a cooperar con las autoridades y con el personal encargado de la prestación de servicios. Dicha disposición es, a su vez, un reflejo de las nociones y las actitudes comunitarias acerca del trastorno mental y su tratamiento. Por fortuna la aceptación de los programas de cuidados primarios por parte del público, no parece ofrecer problemas graves cuando la prestación de servicios se confía a personal bien capacitado.

La adecuada capacitación es el punto nodal para el éxito de los programas y exige un cuidadoso diseño de planes y actividades de aprendizaje. La educación médica tradicional se caracterizó por un notorio descuido en la enseñanza de la psiquiatría y sus disciplinas afines. Esta deficiencia ha podido corregirse sólo de manera parcial en las últimas décadas. Los programas comunitarios de salud mental requieren de personal médico y paramédico bien familiarizado con la identificación de los casos y los conceptos básicos sobre su prevención, tratamiento y rehabilitación. Para esto es necesario disponer de manuales e instrumentos estandarizados para la detección de casos (56,57). También se considera muy deseable el uso de un sistema simplificado de clasificación que permita diagnosticar los trastornos cuyas características clínicas no corresponden exactamente con las de las entidades incluidas en las clasificaciones oficiales (58,59).

Por su importancia potencial como modelo de integración, entre los servicios de salud con las instituciones docentes y la comunidad, vale la pena mencionar el programa UNI que inició actividades en la región en 1992. Se gestó bajo los auspicios de la fundación Kellogg, y es concebido como un recurso innovador en la educación de los profesionales de la salud (60). El programa busca propiciar un avance en la educación del personal de salud, en los servicios y en la comunidad en forma coordinada y sincrónica. Se propone crear modelos replicables y una red de integración de los proyectos y los mecanismos de apoyo, evaluación y difusión. Se espera robustecer los sistemas locales de salud (Silos), reforzar la integración docente-asistencial de proyectos multidisciplinarios, y estimular la participación y el liderazgo comunitarios en las decisiones referentes a la salud. En la actualidad, están en marcha en 11 países latinoamericanos 23 proyectos, en los cuales algunos incluyen actividades de salud mental.

El auge presente de la tecnología informática y su desarrollo previsible, plantea la necesidad de intensificar su uso en los campos de la educación y la salud. Podrían realizarse programas didácticos para adiestrar al personal y establecer sistemas interactivos de comunicación para tareas de consultoría en diagnóstico y tratamiento, con el uso de redes informáticas. Así mismo, el público tendría acceso directo a los programas de prevención y mantenimiento de la salud y se facilitaría la conformación de grupos comunitarios de auto-ayuda.

La adopción, por parte de un buen número de países de la región, de la nueva modalidad de sistemas de cuidado médico gerencial ("*managed care*") conlleva a utilizar estrategias administrativas dentro de las cuales podrían incluirse los esquemas de los cuidados prima-

rios de la salud mental comunitaria, pero esto requeriría un elaborado proceso previo de planificación y ajuste que aún no se ha producido. Sin embargo, en épocas diferentes y con el beneficio de una visión global de las posibilidades evolutivas de Latinoamérica, se ha for-

mulado un acto de fe en el potencial de la región para la innovación y la acción creadora (61,62), cuyo adecuado encauzamiento podría contribuir al cambio de las condiciones de la salud mental en sus habitantes al iniciarse el nuevo milenio.

REFERENCIAS

- GIBBS WW: Lost science in the Third World. *Scient Amer*, 273:76-83, 1995.
- ROSELLI H: Antecedentes y desarrollo de la psiquiatría en Latinoamérica. En: *Psiquiatría Social en América Latina*. Clóvis Martins, Luis Marques de Assis (Eds.) Sao Paulo. Editora Referencia Ltda, 1971.
- ALVA L: Psiquiatría infantil en el Perú. (Tesis) Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1973.
- CABILDO HM: Servicios de salud mental en centros de salud. *Bol of Sanit Panam*, 74(2):146-151, 1973.
- Organización Mundial de la Salud: Higiene mental: Informe de la primera reunión del Comité de Expertos. *Ser Inf Téc* 9, Ginebra, 42, 1950.
- Organización Mundial de la Salud: Higiene mental: Informe de la segunda reunión del Comité de Expertos. *Ser Inf Téc* 31, Ginebra, 49, 1951.
- Organización Mundial de la Salud: The community mental hospital. Third report of the Expert Committee on Mental Health. Ginebra, 38, 1953.
- MARCONI J: A survey on the prevalence of alcoholism among the adult population of a suburb of Santiago. *QJ Stud Alcohol*, 16:438-446, 1955.
- HORWITZ J y cols.: Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile. *Rev Ser Nac Salud*, 3:277-291, 1958.
- SPINOLA DE GALVIZ LM, VELASCO ALZAGA J: Epidemiología del suicidio en la República Mexicana. *Anales del Instituto Nacional de Antropología e Historia (México)* 12:41-60, 1960.
- ROTONDO J, ALIAGA LP, GARCIA PACHECO J: Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocina. En: *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú*. B Caravedo, H Rotondov, J Mariátegui (Eds.) Lima. Ediciones del Sol, 1963.
- LEON CA: Prevalencia de trastornos mentales en un sector urbano de Cali. *Rev Col Psiq*, 2:24-36, 1967.
- LEON CA: Teaching of undergraduate psychiatry at the Universidad del Valle Medical School. *J Med Educ*, 34:1093-1097, 1959.
- ETCHEGOYEN R, LAZANTE O, D'ACCURSIO E: Grupos operativos en la enseñanza médica. Ponencia presentada al II Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo (copia impresa), Santiago de Chile, 1990.
- MATTE-BLANCO J: El lugar de la psiquiatría y la salud mental en medicina y en el curriculum médico. En: *Enseñanza de la Psiquiatría y de la Salud Mental*. Cuadernos de Salud Pública 9 (197). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1963.
- LEME-LOPEZ J: Ensino de Psiquiatría na escola de medicina. *J Bras Psiq*, 10(2):115-132, 1961.
- SEGUIN CA: La preparación psicológica del estudiante de medicina. Universidad de San Marcos, Lima, 1964.
- QUEROL M: Humanización de la enseñanza de la psiquiatría. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 2:127-134, 1965.
- Organización Panamericana de la Salud: *Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental*. Publicación Científica 81:123, Washington, 1963.
- Organización Panamericana de la Salud: *Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental*. Publicación Científica 99:74, Washington, 1964.
- American Psychiatric Association: La Salud Mental en las Américas. (Informe de la Primera Conferencia de Trabajo sobre la Salud Mental en las Américas). Brody EB (Ed.), Washington, 1969.
- Organización Panamericana de la Salud: *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. (Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972). Documento oficial 118:150, Washington, 1973.
- Organización Mundial de la Salud: *Organización de Servicios de Salud Mental en los Países en Desarrollo*. 16º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de informes técnicos, No. 564. Ginebra, 1975.
- Organización Mundial de la Salud. *La Salud por el Pueblo*. Newell KE (Ed). Ginebra, 1975.
- Seminario sobre Perspectivas para la Salud Mental en Latinoamérica. (documento mimeografiado). Cali, abril 4-6, 1978.
- Organización Mundial de la Salud: Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria en salud. Alma Ata URSS 6-12 septiembre, 1978. *Crónica de la OMS* 32 445-468, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud: Grupo de trabajo sobre la integración de los componentes psicosociales en la atención primaria de salud. (Documento mimeografiado). Washington, marzo 31-abril 4, 1980.
- Organización Panamericana de la Salud: Informe de la primera reunión del Grupo Asesor del Programa Regional de Salud Mental. Panamá, 1985. *Boletín Ofic Sanit Panam*, 101:685-690, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud: Sistemas Locales de Salud (SILOS). *Boletín Ofic Saint Panam*, 109:5-6, 1990.
- Organización Panamericana de la Salud: *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Bases Conceptuales y Guías para su Implementación*. Washington, abril, 1991.
- CABILDO HM: Servicios de Salud Mental en Centros de Salud. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 19:226-230, 1973.
- ARGANDOÑA M: Un modelo de Psiquiatría Social para la América Latina. *Rev Colomb Psiquiatr*, 2:351-354, 1970.
- LEON CA: Psiquiatría social y comunitaria. *Rev de Neuropsiquiatría*, 36:81-91, 1973.
- HARDING TW, MV DE ARANGO J, BALTAZAR CE, CLIMENT HA, IBRAHIM L, LADRIDO-IGNACIO RS, MURTHY NN WIG: Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*, 10:231-241, 1980.
- MARCONI J: La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 19:17-33, 1973.
- MARCONI J, SAFORCADA E: Formación de personal para un Programa Integral de Salud Mental en Córdoba. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 20:403-410, 1974.
- LUBCHANSKY R: Psiquiatría social. Contenido y forma de una experiencia. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 18:154-159, 1972.
- EISENBERG C: Honduras: la sensibilización a los problemas de salud mental transforma una comunidad. *Foro Mundial de la Salud*, 1:86-92, 1980.
- BUSNELLO E: *A integracao da Saude Mental num Sistema Saude Comunitaria*. Edicao do autor, Porto Alegre, 1976.
- USTUN TB, SARTORIUS N: The background and rationale of the WHO Collaborative study on "Psychological problems in General Health Care". En: TB Ustun, N Sartorius (Eds). *Mental Illness in General Health Care: and International Study*. John Wiley & Sons Ltd, 1995.
- BUSUELLO E, LIMA B, BERTOLETE JM: Aspectos interculturais de classificacao e diagnostico. *J Bras Psiquiatr*, 32:207-210, 1983.

42. PADILLA P, PELAEZ O: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental*, 8:66-72, 1985.
43. MEDINA-MORA ME, PADILLA P, MAS CC, EZBAN BM, CARAVEO AJ, CAMPILLO SC, CORONA J: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiátr Psicol Amér Lat*, 31:53-61, 1985.
44. MARI JJ: Psychiatric morbidity in the primary medical health clinics in the City of Sao Paulo: issues on the mental health of the poor. *Social Psychiatry*, 22:129-138, 1987.
45. PENAYO U, KULLGREN G, CALDERA T: Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psiquiat Scand*, 82:82-85, 1990.
46. ARAYA R, WYNN R, LEONARD R, LEWIS G: Psychiatric morbidity in primary health care in Santiago, Chile. *Brit J Psychiatry*, 165:530-533, 1994.
47. VILLANO LAB, NANHAY ALG, DE MORALES LR, COSTA E, SILVA JA: Results from the Rio de Janeiro Centre. En: Ustun TB, N Sartorius (Eds). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. John Wiley & Sons Ltd, 1995.
48. FLORENZANO-URZUA R, ACUÑA-ROJAS J, FULLERTON-UGALDE C, CASTRO-MUÑOZ C: Results from the Santiago de Chile Centre. En: Ustun TB, N Sartorius (Eds). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. John Wiley & Sons Ltd, 1995.
49. ESCOBAR J, BURNAMA, KARNÓ M: Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry*, 44:713-718.
50. GARCIA-ALCARAZ A, CARAVEO-ANDUAGA J: Somatización y diagnósticos psiquiátricos en primer nivel de atención médica. En: *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1993.
51. LEON CA, MICKLIN M: Opiniones comunitarias sobre enfermedad mental y su tratamiento en Cali, Colombia. *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat*, 17:385-394, 1971.
52. LOPEZ-JIMENEZ JL, CARAVEO-ANDUAGA J, MARTINEZ-VELEZ NA, MARTINEZ-MEDINA MP: Percepción de la enfermedad mental en pacientes de consulta médica general. *Salud Mental*, 18:25-30, 1995.
53. MICKLIN M, LEON CA: Rechazo al enfermo mental en una ciudad sudamericana; un análisis comparativo. *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat*, 18:321-329.
54. MICKLIN M, LEON CA: Colombian views on causes and treatments of mental disorders: a comparative analysis of health workers and the public. *Social Psychiatry*, 12:133-148, 1977.
55. LEON CA: Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. *Bol Ofic San Panam*, 81:122-138, 1976.
56. LEON CA: Barefoot "researchers": the potential role of rural students as mental health promoters performing prevalence surveys. *Bull Pan Am Health Organ*, 15:361-369, 1981.
57. CLIMENT CE, DE ARANGO MV: *Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria*. Pan American Health Education Foundation (PAHEF). Washington, 1983.
58. LEON CA: Classification of mental disorders for use by primary health workers. Presentado al Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Nueva York, octubre 31-noviembre 1, 1981.
59. USTUN TB, SARTORIUS N: ICD-10, Primary Care Version for Recognition and Management of Mental Disorders. (En preparación).
60. KISIL MM, CHAVEZ (Eds): Programa UNI: una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud. WK Kellogg Foundation, Battle Creek, 1994.
61. LEON CA: Psychiatry in Latin America. *Brit J Psychiatry*, 121:121-136, 1972.
62. ALARCON R: La salud mental en América Latina. 1970-1985. *Bol of Sanit Panam*, 101:567-591, 1986.