

MINISTERIO DE SALUD

**DIRECCION TECNICA DE
PROGRAMAS, NORMAS Y SERVICIOS**

LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL

R.M. Nº 263 - 88 - SA/D

INTRODUCCION

La necesidad de disponer de Lineamientos de Política como marco de referencia necesario para la elaboración del Programas de Salud Mental, motivó a la entonces Dirección Técnica de Normación de Programas a constituir una Comisión para formular una propuesta sobre "Lineamientos de Política de Salud Mental".

La Comisión estuvo conformada por psiquiatras, médicos generales, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras, representando a diversas instituciones y organismos públicos como el IPSS, la Asamblea de Rectores de la Universidad Peruana, Municipalidad de Lima, Colegios Profesionales, etc. siendo presidida por el Dr. Gilberto Domínguez, Director Técnico de Normación de Programas del Ministerio de Salud, y coordinada por el Dr. René Flores Agreda, representante del CONCYTEC.

La Comisión analiza los factores psico-sociales condicionantes del estado de salud mental de la población peruana y sobre la base del marco político de salud vigente, formula los lineamientos de política de salud mental que orienten el diseño y ejecución de un Programa que partiendo de la concepción del hombre como una totalidad bio-sico-social desarrolle acciones vinculadas a las posibilidades prácticas de su aplicación, considerando en todo momento el fortalecimiento de las coordinaciones intra e intersectoriales, así como los modelos intracomunitarios de atención.

El informe de la Comisión ha sido revisado y aprobado por el Instituto Nacional de Salud Mental y por la Dirección Técnica de Programas. Normas y Servicios, haciéndose básicamente modificaciones de forma para su presentación.

I. CONCEPTO DE SALUD MENTAL.

El concepto de Salud Mental en nuestro medio deberá superar las ambigüedades del término y situarse en una línea pragmática, ajena a la controversia, exenta de alguna corriente doctrinaria predominante. En este esfuerzo de demarcación conceptual debe tenerse en cuenta la realidad sociocultural, y económica de nuestro país, su diversidad geográfica, sus "niveles ecológicos", etc. Se debe extraer de esa realidad, junto con la problemática los modos o recursos generados espontáneamente por las comunidades para encarar o resolver los problemas de salud mental.

El concepto de Salud Mental involucra los tres niveles de prevención:

La prevención primaria, que corresponde la promoción de la Salud Mental o el fomento de la eupsiquia. Este primer aspecto se relaciona con la promoción o fomento de la salud y parte de la idea que el hombre como ser histórico, es plausible de "optimización", esto es, que es perfectible si se examinan los aspectos personales y ambientales de su desarrollo. Incluye también la prevención propiamente dicha.

La prevención secundaria, que es el reconocimiento precoz del trastorno o enfermedad mental y las acciones destinadas a suprimir o reducir sus efectos.

Actualmente las funciones de las instituciones asistenciales se concentran mayormente en acciones de prevención secundaria, atendiendo la demanda potencial; esto es, la búsqueda del afectado antes de es-

perar su concurrencia.

El tercer nivel se refiere a la llamada "prevención terciaria", que comprende el campo de la "rehabilitación" complejo y diversificado. Aquí el señalamiento debe hacerse en el modelo intracomunitario de atención, esto es, la movilización comunitaria, la recuperación laboral (mediante "talleres protegidos" y su complemento, la protección del paciente con sintomatología residual "en el taller"). El énfasis debe ponerse en el amplio sector "silencioso", cuya sintomatología atenuada se expresa con variantes de la conducta, deficiente rendimiento escolar, laboral o social. El poblador urbano-marginal debe merecer la atención preferente, así como la población en riesgo (mujeres abandonadas o maltratadas, niños sin hogar, maltratados o procedentes de familias con padre o madre alcohólica o enfermo mental, adolescentes erráticos o desocupados, familias extendidas o incompletas, con desempleo, etc.).

La asistencia en Salud Mental en nuestro país debe tener en cuenta los recursos convencionales y principalmente los nos convencionales en procura del acceso a la atención primaria, la gradación de los niveles de atención y el seguimiento de los pacientes de recuperación en el mediano y largo plazo. Debe mencionarse al lado de la nosografía y los nuevos problemas de la salud mental que derivan de la atención primaria en el campo de la Salud Mental debe entenderse como interdisciplinario definiendo los alcances del personal que comprende.

II. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD MENTAL

I. Marco de Referencia

Obligado marco de referencia para el diagnóstico situacional de Salud Mental es la apreciación de la situación de crisis del país y la carencia de recursos que se manifiesta a través de:

— Estado de salud insatisfactoria de la población mayoritaria, en especial del grupo infanto-juvenil de las zonas urbano-marginales y rurales, más deprimidas económica y socialmente, que se objetiviza en: altos riesgos de enfermar y morir evitables o controlables; déficit calórico proteico y de inmunoprotección infantil; elevadas tasas de fecundidad, natalidad y multiparidad y de morbimortalidad materna e infantil, así como de baja expectativa de vida.

— Condiciones de vida deficientes de la población que tienen su mayor expresión en: sub-empleo y baja capacidad adquisitiva, insalubridad de las viviendas, hacinamientos y promiscuidad; frustración, desesperanza, abandono, disrupción familiar y brotes de comportamiento delincuenciales, así como de violencia terrorista, castigo, maltrato infantil y otras.

— Estructura socio-espacial inorgánica resultante del éxodo rural migratorio responsable del explosivo y caótico crecimiento de las grandes ciudades rodeadas por extensos cinturones de miseria.

— Crisis de identidad que dificulta la integración socio-cultural y la concreción de una identidad nacional sustentado en un amplio y estable consenso social.

2. Situación de Salud Mental

No se puede analizar la situación de la Salud Mental de un país si no se considera la realidad social, económica y política, que tanto tiene que ver con los procesos de salud-enfermedad, más aún en la actual situación por la que atraviesa el país, agobiado por situaciones que constituyen factores de stress psicosocial, que afectan a vastos sectores de la sociedad peruana. No existe aún un conjunto racionalmente organizado y válido de indicadores positivos de la Salud Mental en el país. Se recomienda por ello el uso de datos demográficos-económicos en términos de productividad, la evaluación de las condiciones ambientales, cifras de camas hospitalarias, recursos humanos, etc. Con mayor propiedad se preferirá medir el estado de salud de los grupos humanos a través de indicadores negativos tales como la morbilidad, la mortalidad, etc. no existiendo aún índices aceptados para la evaluación de la incapacidad. Aún así las cifras pueden estar distorsionadas por serias deficiencias en la fase de obtención registro y procesamiento de los datos. Aceptada esta premisa no nos queda otra alternativa que referimos a los datos provenientes de la atención hospitalaria, los cuales, lamentablemente, no reflejan sino una pequeña parte de la problemática real.

Por ello es mejor remitirnos a los ya clásicos estudios de corte epidemiológico de Rotondo, que mostraba una alta prevalencia de desórdenes psiquiátricos en una barriada en desorganización social como fue la de "Mendocita" y el estudio de Mariátegui en Lince que mostraba un 18.7 o/o de morbilidad mental, dato que si puede extrapolarse a otros sectores de la Gran Lima, dadas las características del distrito objeto de estudio. A modo de ilustración señalaremos que en la investigación de "Mendocita" se halló una prevalencia de 3.27 o/o de psicosis, 15.41 o/o de neurosis y de 1.6 o/o de epilepsia. En el trabajo de Mariátegui la composición de los desórdenes psiquiátricos fue como sigue: psicosis 1.1 o/o, neurosis 5.4 o/o, desordenes convulsivos 1.4 o/o, trastornos infantiles 3 o/o, alcoholismo 1.7 o/o y una miscelánea de síndrome somatopsíquicos 1.2 o/o.

Otros estudios sobre el uso de drogas y alcohol, problemas estos, estrechamente ligados a factores psico-sociales y que tienen una alta prevalencia en nuestro medio, nos muestran que los casos de alcoholismo ocupan el 3er. lugar entre los ingresos a hospitales psiquiátricos y que el 60 o/o de las detenciones por delito o causas diversas son originadas por el consumo de alcohol y el alcoholismo.

Hay quienes estiman que en Lima Metropolitana habría unos 50,000 consumidores de droga, siendo la incidencia más alta entre los 15 y 20 años, consumiéndose preferentemente entre otras drogas la Pasta Básica de Cocaína.

Si bien es cierto que en el plano teórico han existido y existe una amplia aceptación de los conceptos básicos de la psiquiatría preventiva y comunitaria, han sido pocos los esfuerzos por desarrollar programas de atención en la comunidad, resultando de ello:

- Énfasis en la atención intramural que ha impedido la detección temprana de casos en la misma población.

- Preferente atención a la población básicamente adulta siendo así que las características de nuestra población exigen una mayor asistencia a los grupos infanto-juvenil.

- Énfasis en los aspectos bio-médicos y en acciones eminentemente recuperativas, soslayándose o minimizándose los factores psico-sociales y socio culturales del proceso de salud enfermedad.

- Falta de coordinación y/o integración de los diferentes servicios de atención psiquiátrica y de otros servicios de salud que tienen que ver directamente o indirectamente con la Salud Mental, lo que ha conducido a una duplicación e interposición de esfuerzos.

Lógicamente estas deficiencias están estrechamente vinculadas con la insuficiencia de recursos materiales y humanos, la inadecuada utilización de los recursos existentes, el escaso entrenamiento del personal de salud para un trabajo preventivo promocional, las resistencias personales y dificultades para el trabajo en equipo y fundamentalmente a la falta de una vigorosa política de Salud Mental.

De todo lo expuesto se desprende la necesidad de afinar los métodos e instrumento de evaluación de nuestra realidad en el dominio de la Salud Mental a fin de poder programar nuestras acciones a partir de una información más precisa. Ello será posible si se cuenta con un Plan que oriente la investigación en salud en el que se definan y sustenten las prioridades y políticas, así como los objetivos a corto y mediano plazo. Este Plan debe considerar asimismo la coordinación permanente con la Universidad y otras entidades formadoras a fin de contar con los recursos humanos preparados para trabajar en el marco de una concepción integral preventiva y social como la que estamos propugnando.

III LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD MENTAL

I. Consideraciones Preliminares:

1.1. No es fácil delimitar el concepto y ámbito de Salud Mental, termino que adolece de una cierta ambigüedad. Implica por un lado una condición de psiquismo y, otro alude al conjunto de actividades que tienen por objetivo asegurar la promoción y la protección de la salud y que entran en cuadro general de la prevención.

1.2. A pesar de las dificultades para hacerla operativa, debemos remitirnos a la definición de salud de la OMS que, al ir más allá de la ausencia de signos de enfermedad y poner énfasis en las noción de bienestar, nos permite partir de una a-

proximación bio-psico-social de los procesos de salud y enfermedad.

1.3. Aceptadas las premisas anteriores es preciso, sin embargo adoptar provisionalmente una línea pragmática, en tanto se desarrollen instrumentos más apropiados para valorar el estado de bienestar mental. En tal sentido será objetivo primordial de un Programa de Salud Mental favorecer el óptimo desarrollo de las capacidades y potencialidades de la persona y su adecuada integración en los planos intra-psíquico, interpersonal y social objetivo que se encuadra en lo que tradicionalmente se denomina promoción de la Salud Mental. Al mismo tiempo habrá de comprender aquellas acciones tendientes a prevenir la enfermedad, tratar y rehabilitar al paciente mental, reintegrándolo al seno de su familia y su comunidad.

1.4. Los lineamientos de política de Salud Mental guardarán armonía con los lineamientos de Política Nacional de Salud encuadrándose en el marco de la Política Nacional del Gobierno.

2. Los Lineamientos de Política de Salud Mental estarán orientados a:

2.1. La atención de necesidades de Salud Mental a través de un enfoque integral, incorporando los principios fundamentales de la Psiquiatría Preventiva y Comunitaria.

Esto implica trabajar en los tres niveles de prevención es decir desa-

rollando acciones tendientes a la promoción y protección de la salud (prevención primaria), a la detección y tratamiento oportuno de casos (prevención secundaria) y a la rehabilitación y reintegración del paciente a la familia y la comunidad (prevención terciaria).

Todas estas acciones sólo podrán realizarse a plenitud si contamos con la participación de los grupos organizados de la población en todas las instancias del sistema de atención desde la planificación hasta la ejecución de las acciones programadas, teniendo en cuenta la priorización de necesidad y los niveles de atención correspondientes a estas.

2.2. La coordinación e integración de las acciones programadas en el campo de la Salud Mental tanto a nivel intrasectorial como multisectorial.

Para ello se promoverá la integración de las acciones específicas de la Salud Mental en los programas de salud dirigidos a los grupos étnicos prioritarios en esta campo.

En la misma dirección y en concordancia con el 3er. Lineamiento de Política de Salud, debe irse a la integración de la Salud Mental con los programas de otros sectores que coinciden en abordar determinados aspectos que innegablemente tienen que ver con la salud, y esto principalmente en las zonas geográficas más deprimidas económica y socialmente. Nos estamos refiriendo a la participación del trabajador de Salud Mental en áreas tales como la nutrición y alimentación, la educación sanitaria, el saneamiento ambiental, etc., todo lo cual exige una

convergencia o coordinación con el sector agricultura, educación, vivienda y otros.

2.3. La creación de enfoques y tecnologías ajustadas a nuestra realidad.

Es conveniente trabajar hacia la orientación de una información lo más amplia y precisa posible de la situación real de Salud Mental, a través de instrumentos que se adecúen a nuestra realidad, objetivo indispensable para elaborar mejor los Planes y Programas en el ámbito con la búsqueda y adopción de los enfoques y modelos de atención que respondan a las peculiaridades de nuestra situación de salud y a las características psicosociales, culturales y económicas de nuestra población, lo que no implica desdeñar modelos o tecnologías importadas sino aprovechar estas pero adaptándolas a nuestra propia realidad.

2.4. Formación y capacitación de personal de salud, agente comunitario y recursos de otros sectores.

Trabajar en el marco de una medicina integral y una Psiquiatría Social y comunitaria exige actitudes y habilidades que no están siendo propiciadas por las entidades formadoras de los profesionales y otros trabajadores de salud.

En la medida que los miembros del Equipo de Salud Mental tengan que actuar como agentes catalizadores de cambio en el seno mismo de la comunidad es urgente coordinar esfuerzos con la Universidad Peruana a fin de preparar el Agente de Salud que pueda cumplir tales exigencias. Y será conveniente realizar

el mismo esfuerzo con los colegios Profesionales a fin de extender esta reorientación de los programas educativos a los profesionales y otros agentes que están actualmente desempeñándose como trabajadores en las acciones de salud.

Lo mismo podría hacerse en otros niveles y con otras instituciones como, por ejemplo, preparando a los líderes de la comunidad, a los maestros, a los administradores de justicia, etc. En todos estos casos queremos remarcar la importancia de la capacitación en servicio y de la supervisión estrecha y continua.

2.5. Reorganización de los Servicios Psiquiátricos.

Se hace imperativo reorientar la asistencia psiquiátrica, en todos los niveles, comenzando por la modernización de los centros de asistencia psiquiátrica. Si bien no se alienta la hospitalización, tenemos que reconocer que el hospital tiene una función importante que cumplir en muchos casos de pacientes agudos y crónicos.

Pero la asistencia hospitalaria, que como en todos los casos se focaliza en el paciente y su familia, debe cuidar de no caer en el custodialismo ni fomentar la institucionalización ni el síndrome de exclusión familiar. En otros términos hay que humanizar la asistencia del paciente psiquiátrico, dotando de recursos materiales y humanos a las instituciones encargadas de su atención a la par que promoverse la creación de servicios de psiquiatría en todos los hospitales generales y

promover la creación de alternativas a la hospitalización tales como albergues transitorios, talleres protegidos, clínicas de orientación infantil y familiar, etc.

RECOMENDACIONES

Que teniendo en cuenta que el objetivo final del Sector Salud es alcanzar las necesidades de salud de toda la población y que la Salud Mental es un componente esencial en ésta, se recomienda:

1. La integración de las acciones específicas de Salud Mental con aquellas que se desarrollen en otros programas tanto del Sector Salud como de otros sectores.

2. La elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental y la ejecución de un Programa Nacional de Salud Mental atendiendo las necesidades prioritarias de los grupos social e históricamente desfavorecidos y/o marginados en concordancia con los lineamientos de política del Sector.

3. Se recomienda la creación de una instancia que tenga funciones de asesoría técnica y normativa, así como ejecutivas, encargadas de promover, planificar, programar, supervisar, controlar y evaluar las acciones en el ámbito de la Salud Mental.

4. Se recomienda que en la formulación de los Programas de Salud Integral se tome en cuenta la opinión de las instituciones encargadas de la asistencia en Salud Mental.