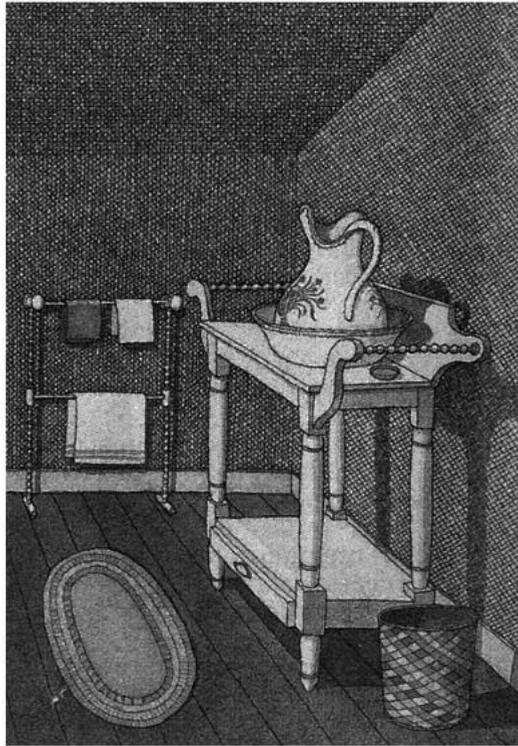


CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 9, número 2, 2009



LA SALUD MENTAL EN **CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA**

Víctor Aparicio Basauri
(Compilador)

Fundada en 2001

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo
e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: *Blue Bathroom.*
New Yorker (1970)

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 400
Depósito legal: AS – 3.607 – 01
ISSN: 1578/9594
Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo
Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 9 - Núm. 2 - 2009

PRESENTACIÓN 139

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajando por la Salud Mental de la Niñez y Adolescencia en Costa Rica
Virginia Rosabal Camarillo y Mariana Vargas Brenes 141

Reestructuración en la Atención Psiquiátrica: Una Experiencia Innovadora en Panamá
Jaime Armijo Martínez, Yadira Boyd Ponce y Juana Herrera Arauz 147

Casa de Medio Camino: Experiencia en Honduras
Américo Reyes Ticas, Mario F. Aguilar, Mauricio Orellana, Sagrario Guifarro y Lucy Martínez . 155

Política Nacional de Salud Mental: Experiencia de El Salvador
Carlos Escalante, Maribel de la Rosa, Lorena Bonilla, Félix Evangelista y Hazel Valdez 167

Suicidio en Centroamérica y República Dominicana: 1998-2008
Andrés Herrera, Lucía Solorzano, Víctor Aparicio y Trinidad Caldera 177

Programa CLIPLÉ: Seguimiento de Psicóticos en la Comunidad en República Dominicana
José Mieses Michel, Jacqueline Gernay e Ivonne Soto 187

INFORMES

Datos demostrativos de la eficacia y costo-eficacia de las intervenciones para reducir el uso nocivo de alcohol 193

IN MEMORIAM 197

Analia Brodie
Eduardo Gutiérrez

RESEÑAS 199

NOTICIAS BREVES 209

REUNIONES CIENTÍFICAS 211

NORMAS DE PUBLICACIÓN 215

Presentación

Los trastornos mentales constituyen un creciente problema sanitario en el mundo y en la Región de las Américas. En 1990 se le imputó a los trastornos psiquiátricos y a las enfermedades neurológicas el 8,8% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, estimada según los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). En el 2004 esa carga había ascendido a más del doble (22%).

Por otro lado las necesidades psicosociales son especialmente altas en los grupos más vulnerables, como las poblaciones indígenas y las víctimas de conflictos armados y la violencia. Esto se observa en muchos países centroamericanos donde la violencia política y las guerras civiles, en décadas pasadas, provocaron muertes y lesiones, así como contribuyeron al desplazamiento de grupos humanos. Como resultado, en muchas comunidades se ha profundizado la pobreza y extendido el sufrimiento.

La información epidemiológica disponible, tanto a nivel mundial como latinoamericano y caribeño conforma un escenario que llama a la acción. Para poder reducir esta elevada carga que se traduce en morbilidad, mortalidad y discapacidad; así como para cerrar la alta brecha en términos de personas enfermas que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento se hace necesario disponer de sistemas de salud mental eficientes.

En años pasados la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de conjunto con las autoridades nacionales, concluyó la evaluación de los sistemas de salud mental en los países de Centroamérica y la República Dominicana. Esto ha permitido identificar de una manera más clara las fortalezas, debilidades y prioridades a fin de afrontar el mejoramiento de los servicios; así mismo se dispone de una línea de base confiable para documentar los avances en el futuro.

Una conclusión importante es que los sistemas de salud mental, a pesar de los avances logrados en la mayoría de los países, aún no responden satisfactoriamente a las necesidades de la población. Los hospitales psiquiátricos continúan siendo - en gran medida - el eje de la atención en salud mental, absorbiendo una proporción considerable de los recursos disponibles. El desarrollo del componente salud mental en la Atención Primaria es aún limitado y los trabajadores a ese nivel no tienen la capacidad resolutoria necesaria. Sin embargo también hay experiencias positivas en la subregión que nos pueden servir de ejemplo.

El Cuaderno nos ofrece, en una rápida mirada, una visión bastante completa de la realidad de los países centroamericanos y de algunas de sus experiencias más exitosas. Panamá, por ejemplo, es la muestra de una nación donde de manera sostenida en la últimas tres décadas se han producido avances notables que llevaron a reformar el viejo hospital psiquiátrico nacional, reduciendo sus camas de más de mil a menos de doscientas, y transformarlo en un Instituto Nacional de Salud Mental; se han descentralizado los servicios especializados y desarrollado un modelo de atención comunitario y vinculado a la Atención Primaria.

Hay otras experiencias nacionales y locales que se discuten en esta publicación como el trabajo de Honduras con casas de medio camino; un programa de seguimiento en la comunidad de personas con psicosis en República Dominicana; y el diseño e implementación de una Política Nacional de Salud Mental en El Salvador.

Costa Rica es uno de los países de la subregión que ha logrado desarrollar desde los servicios de la Caja del Seguro Social un programa de salud mental para la niñez y adolescencia. Este es un tema especialmente sensible ya que tradicionalmente en nuestra Región el modelo de servicios había estado centrado en el adulto y especialmente en los trastornos mentales de larga evolución; sin embargo la atención a los problemas psicosociales de los menores resulta especialmente relevante no solo en términos de morbilidad sino también en una proyección de promoción de la salud y prevención.

Por último mencionar el estudio sobre el suicidio en Centroamérica y República Dominicana desarrollado con el auspicio y soporte técnico de la OPS y preparado por un grupo de profesionales de la Universidad de Nicaragua en León. El mismo nos aporta interesante y útil información sobre este importante problema de salud.

El año 2009 marcó un nuevo hito histórico en la Región; todos los países de las Américas reunidos en el seno del Consejo Directivo de la OPS aprobaron una Resolución que dio vida, por primera vez, a una Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental que será una guía para la acción en el continente durante los próximos 10 años. La OPS ha reiterado claramente el compromiso de continuar cooperando con los Estados Miembros, para lo cual esta nueva Estrategia se convierte en una herramienta técnica y política para avanzar en el camino de los cambios necesarios.

Quiero expresar un especial reconocimiento al Dr. Víctor Aparicio, Asesor de Salud Mental de la OPS para Centroamérica, México y Caribe Hispano, quien en los últimos años ha venido trabajando en esta subregión cooperando con los países en la reestructuración de los servicios de salud mental con un alto grado de reconocimiento y con resultados exitosos. El ha hecho posible la selección, compilación y edición de estos trabajos; lo cual ha sido una labor difícil porque estas no son las únicas experiencias innovadoras o exitosas pero el factor espacio hacía imposible exponerlas todas.

También destacar el mérito que corresponde a los autores quienes han sintetizado y expuesto a la discusión pública sus experiencias y lecciones aprendidas. Algunos podrían ser temas polémicos o trabajos que están en construcción, pero que de una manera u otra representan la voluntad y el progreso que vamos alcanzando en esta parte del mundo.

Dr. Jorge J. Rodríguez
Asesor Principal de Salud Mental
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Trabajando por la Salud Mental de la Niñez y Adolescencia en Costa Rica

Working for Mental Health of childhood and adolescence in Costa Rica

Virginia Rosabal Camarillo

Psiquiatra Infanto-Juvenil

Coordinadora Salud Mental en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Costa Rica

Mariana Vargas Brenes

Psicóloga Master en Salud Pública

Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas, Costa Rica

RESUMEN

Desde 1992 en Costa Rica se inicia la implementación de un trabajo con estrategia intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria en Salud Mental de la Niñez. Este esfuerzo se ve coronado diez años después al permitir las autoridades en salud el establecimiento por vez primera en la Historia de la Salud de nuestro país de una Política Pública que prioriza la Salud Mental de la Niñez y Adolescencia y un Programa Nacional de Salud Mental de la Niñez. Esta Política y Programa forman parte integral del Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud inserto en el Plan nacional de Desarrollo y responden a una necesidad sentida y demanda para contribuir a facilitar, en el caso de los niños y las niñas a la construcción de estilos de vida saludables y construcción de personalidades sanas en un futuro. El Programa Nacional de Salud Mental Niñez es un valioso instrumento de orientación y planificación en el cual se trabajaron los lineamientos, prioridades, acciones estratégicas y responsabilidades institucionales e intersectoriales que permiten promover y establecer una mejor calidad de vida y bienestar para la población infantil, sus familias, y su medio escolar - social. Su puesta en ejecución construyó una estrecha labor de coordinación y de sensibilización - concientización - capacitación entre funcionarios-as de los diferentes Ministerios de Salud (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Educación Pública (MEP), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Instituto de Alcoholismo y Fármaco dependencia (IAFA) y el Ministerio de Trabajo (MT).

Palabras Clave: Salud Mental Niñez, Promoción, Psiquiatría, Psicología Infantil.

ABSTRACT

Since 1992 in Costa Rica the implementation of a work starts with intersectoral, interinstitutional and interdisciplinary strategy in Mental Health of Childhood. This effort is crowned ten later years upon permitting the authorities in health the establishment for the first time in the History of the Health of our country of a Public Policy that prioritizes Mental Health of Childhood and Adolescence and a National Program of Mental Health of Childhood. This Policy and Program are comprehensive part of the National Plan of Mental Health of the involved Ministry of Health in the national Development Plan and serve a pressing need and demand in order to help to facilitate, in the case of boys and girls to the construction of healthy lifestyles and construction of healthy personalities in the future. The National Program of Mental Health Childhood is a valuable instrument of orientation and planning in which were worked on the guidelines, priorities, strategic actions, and responsibilities which are institutional and intersectoral that permit to promote and establish a better quality of life and well-being for the infant population, their families, and their school environment - social. Its implementation construct a narrow task of coordination and of sensitization-awareness - training between staff members-ace of the different Ministries of Health (ms), the Costa Rican Social Security Fund (CCSS), Ministry of Public Education (MEP), National Board of Trustees of the Infancy (PANI), Institute of Alcoholism and Drug dependency (IAFA) and the Ministry of Labor (MT).

Keywords: Health Mental Childhood, Promotion, Psychiatry, Child Psychology.

INTRODUCCIÓN

Costa Rica, país de trayectoria democrática, tiene una población de 4,476.640 millones de habitantes con un 50,84 % de varones y un 49,15 % de mujeres. La población menor de 15 años es de 34 % y la Esperanza vida al nacer de 79 años siendo para los varones de 76,6 años y para las mujeres de 81,6 años. La tasa de mortalidad infantil es 10,05, la mortalidad materna de 14 muertes maternas con una tasa de 1,91 por 10.000 nacimientos, los suicidios en 2007 fueron 305, de los cuales un 83,6% fueron varones y un 16,4% mujeres, el grupo de 20-24 años registra el mayor número de muertes con 44 (14,4%), le sigue el de 35-39 con 37 suicidios (12,3%) y el de 45 a 49 años con 35 muertes (11,47%). El porcentaje de pobreza es de 16.5%, la tasa de alfabetismo de 95.2%. El 1%, representa la población Indígena, el 3% la afro caribeña y el 14% la mestiza. Valga indicar que Costa Rica es el país receptor con mayor número de inmigrantes centroamericanos: en el año 2000 el 7,7% de la población era extranjera, de los cuales el 75,5% eran de origen nicaragüense. La población con acceso a servicio de agua potable al 2007 representa un 82,7%. El 96.7% tiene acceso a servicios eléctricos, el 89.5% de los habitantes dispone de servicio sanitario y el promedio de personas por vivienda es de 3.71. El 98% de los nacimientos son hospitalarios. El 61.66 % de nacimientos se da fuera del matrimonio y un 19,63 % de ellos ocurren en madres adolescentes. El 14.14 % de los nacimientos no tienen paternidad reconocida a pesar de la existencia de la Ley de Paternidad Responsable. El 55,8% de los nacimientos ocurren en mujeres de edad fértil entre los 20 y 29 años.

EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL A LA NIÑEZ

En casi un 90% de los países hay ausencia de políticas en salud mental de la niñez y

Costa Rica hace años no escapaba a esta realidad, y en esa época tampoco contaba con un Plan o Programa Nacional en Salud Mental de la Niñez. La atención de la salud mental en Costa Rica, históricamente estuvo centrada en la enfermedad y por ende en la Psiquiatría y la Psicología. En Salud Mental las acciones de promoción y prevención no eran prioritarias, ni han estado presentes como objeto de políticas públicas sino hasta en los últimos años. La magnitud de los problemas a escala nacional era desconocidos por las autoridades, sin embargo se realizaba un fuerte trabajo en ciertos temas como maltrato infantil, adicciones, violencia. La estigmatización, mitos, discriminación igualmente presente restaba importancia a estos programas. Era difícil posicionar y dar a entender que tan importante es trabajar con niños y niñas desde edades tan tempranas. El modelo de atención en Salud Mental en la niñez estaba centrado en los aspectos psicopatológicos, con tendencia a la medicalización y con referencia a servicios de psiquiatría de adultos, manteniendo un enfoque adulto -céntrico y se limitaba primordialmente a una atención de nivel terciario con dos servicios de psiquiatría Infantil en dos hospitales nacionales, lo que elevaba los costos no solo al gobierno sino también a las familias por los gastos de hotel, viáticos, días no laborados por los acompañantes del niño a etc. Las listas de espera eran importantes de un año o varios meses. Igualmente encontramos, incluso hasta a la fecha, una deficiente distribución de los recursos humanos en salud mental con concentración en los niveles especializados y en la capital y sus alrededores.

Tal era la situación, que se decide introducir la temática en la campaña política preelectoral en las elecciones presidenciales del 2002, lo que llevo a que las nuevas autoridades en Salud conformaran un equipo o comi-

sión intersectorial, interdisciplinaria en salud mental de la niñez. Se inició entonces un trabajo intenso, liderando la incorporación de la salud mental a la agenda sanitaria.

Con esta propuesta se posiciona a la salud mental infantil como una parte fundamental de la vida de los niños y las niñas. El desafío no es sólo garantizar que sobrevivan durante los primeros años de sus vidas, sino lograr el desarrollo de todo su potencial, sabiendo que es durante esta etapa donde se establecen las bases para que la persona pueda vivir, crecer, formarse, prepararse y adquirir las actitudes, valores y modos de vida, permitiéndoles convertirse en sujetos solidarios, libres, felices y conscientes de su responsabilidad como ciudadanas y ciudadanos del presente y del futuro. Con ello se promueve el acceso a la salud, el establecimiento de relaciones armoniosas con los progenitores o encargados, el fortalecimiento de la escucha atenta y el protagonismo activo, a la estimulación temprana, al juego y la recreación, a espacios de socialización e intercambio, a conocer su cultura y el medio en que viven, a un nombre y a una nacionalidad, entre otros.

Comprendiendo la importancia que tiene la salud mental en la niñez, se justificó ampliamente la asignación de recursos y la inversión en la promoción de la salud integral de la infancia, incluyendo dentro de ésta, tal y como se ha mencionado, la preservación de su salud emocional, afectiva, conductual ya que al mejorar e impulsar los estilos de vida y condiciones de desarrollo humano saludables en la población infantil, representará a futuro un capital humano capaz de incidir favorablemente en la economía y el desarrollo social del país.

Uno de los pilares principales de este modelo es el trabajo y la responsabilidad del Equipo Básico de Atención Integral de la

Salud (EBAIS) del primer nivel de atención, quienes contarán a su vez con la asesoría y soporte del equipo de apoyo del área de salud, de las clínicas y los hospitales respectivos. Para lograr este cambio de paradigma en salud mental de la niñez se contó con la inclusión de los siguientes ejes: enfoque integral de la salud, de género, derechos de los niños y las niñas, el modelo de participación social, liderazgo y desarrollo humano sostenible.

Con el análisis de la situación y diagnóstico del país, se identificaron problemas básicos en salud mental, que sustentan y son parte de la prevención de la problemática de salud mental que debe corregirse o tratar de cambiarse, para que las acciones específicas de promoción, prevención, atención y rehabilitación tuvieran impacto en el mejoramiento de la salud mental y en la reducción de los trastornos de esta índole. Para propiciar el bienestar integral de las niñas y los niños, se formula una Política Pública de Estado de atención integral de la salud mental Infantil, a fin de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social en Costa Rica en futuras generaciones.

PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL DE COSTA RICA 2002-2010

Igualmente se construye el Plan Nacional de Salud Mental de Costa Rica 2002- 2010, representando un esfuerzo mediante el cual las instituciones del Estado en forma conjunta con diversos actores sociales, asumen el compromiso para desarrollar acciones en pro de la salud mental de la población que habita el territorio nacional, desde las acciones de promoción de la salud mental, hasta aquellas de rehabilitación basadas en la comunidad. La diferencia esta vez es que incorpora la etapa de la infancia quedando completo todo el ciclo de vida humano, ya que anteriormen-

te se trabajaba desde la adolescencia a la vida adulta. Este esfuerzo se encuentra fundamentado en la normativa internacional en las cuales nuestro país ha firmado Compromisos, en la legislación nacional vigente, en el Plan Nacional de Desarrollo Humano, en los lineamientos emanados de la Política Nacional de Salud, así como en los compromisos adquiridos por las instituciones del sector en la Agenda Sanitaria Concertada. Este plan constituye una herramienta para la conducción de las acciones de salud mental y la asignación de los recursos necesarios ya existentes en la operacionalización del mismo.

Los contenidos de este plan incluyen desde la visión, misión, objetivos y seis líneas de acción estratégicas: Fortalecimiento de la Promoción de la salud mental, gestión de recursos humanos, materiales y financieros, atención integral a las personas (Niñez, Adolescencia, Adulto, Adulto Mayor), vigilancia de la salud mental, fortalecimiento de la investigación y salud mental en situaciones de desastre.

En dicho Plan el componente de la Atención integral a las personas promovió el elaborar y desarrollar Programas que respondan a las necesidades de los diferentes grupos de edad tomando en cuenta los grupos prioritarios-vulnerables y sus factores de riesgo-protectores, el enfoque de derechos, de género, de desarrollo humano y la responsabilidad social. Por tal motivo se describe entre sus diversos objetivos el promover la salud mental de la Niñez mediante el fortalecimiento y creación de programas y proyectos y su inclusión en los planes operativos institucionales.

Durante el período comprendido entre el año 2002 y el 2010 (período de ejecución del plan) se ha requerido el apoyo institucional

permanente para cumplir con lo planeado. Últimamente se está trabajando para el nuevo Plan de Salud Mental del 2010 al 2025.

Posterior a los desafíos que se tuvieron que enfrentar al inicio y que aún persisten, se le ha dado énfasis al tema de la Promoción de la Salud Mental, impulsando la integración de las acciones aisladas de los diferentes actores y sectores con el lema *“Pasando de la Atención a la Promoción.”*

LOGROS:

1) Se ha incorporado el Programa de Salud Mental Niñez en diversas instituciones públicas para asegurar un acceso oportuno a las redes de servicios que brindan, con el fin de fortalecer el máximo desarrollo humano de los niños y las niñas, mediante la coordinación de diversos sectores de la sociedad.

2) La Elaboración del diagnóstico intersectorial (Salud, Educación, Trabajo, Rectoría Infancia) sobre la problemática en salud mental infantil en Costa Rica, permitió definir las prioridades y estrategias en esta materia bajo un enfoque de derechos humanos, género y participación social con el fin de procurar un mayor bienestar y calidad de vida de los niños y las niñas y sus familias.

3) Se ha ido favoreciendo un cambio de actitud en los trabajadores (as) de los diferentes sectores, padres y madres de familia para mejorar la calidad del abordaje de la salud mental infantil en las familias, escuelas, centros de atención integral, comunidades de acuerdo a las etapas del desarrollo de los niños y las niñas respetando las características culturales.

4) Se ha promocionado el equilibrio entre los aspectos cognoscitivo, conductual, emocional y ambiental, con elaboración de programas y proyectos locales y regionales que permiten el desarrollo integral, la formación en valores y de convivencia y el desarrollo

de potencialidades, capacidades artísticas, físicas y recreativas de los niños y niñas, habilidades para la vida, garantizando la equidad, la igualdad, y la no discriminación. Documentándose esto con evidencia mediante fotos, videos, informes y reportando este trabajo a la Dirección de Planificación Institucional que supervisa y evalúa el Plan Nacional de Desarrollo en el cual está inserto este Plan de Salud Mental de la Niñez.

5) Apoyo a los Programas Preventivos del consumo de drogas en los niños y las niñas menores de 10 años y en los adolescentes capacitando en la comorbilidad psicológica y psiquiátrica.

6) Revisión y actualización para la propuesta de un decreto en Salud Mental.

7) Establecimiento de mecanismos necesarios para brindar el financiamiento público de actividades locales y capacitaciones nacionales.

8) Fortalecimiento del componente de Salud Mental Niñez y Familia en los Planes de Acción dirigidos a la reducción de la vulnerabilidad ante los desastres, especialmente en el último terremoto de enero 2009 en Cinchona.

9) Establecimiento de los mecanismos necesarios para trabajar en la prevención del trabajo infantil y atención de las consecuencias psicológicas y comorbilidad en los servicios de salud especialmente en Atención Primaria.

10) Desarrollo de actividades que han favorecido la participación de los niños y las niñas para incidir en el desarrollo sano de su personalidad mediante la visibilización del yo propio en la infancia que permitirá el desenvolvimiento de su actuación personal, autoestima, seguridad, autonomía, creatividad, dominio de habilidades personales y sociales, expresión de sentimientos e ideas.

Por invitación de la OPS/OMS se presentó en la Conferencia Regional de Las

Américas en Salud Mental celebrada en Brasilia (Brasil) este Programa de Salud Mental de la Niñez como experiencia costarricense. Como producto del trabajo en esta Conferencia se promulga la Carta de Brasilia (2005) en la cual dentro de los desafíos y compromisos por laborar se incluye a la Salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

Para lograr todo esto el Programa de Salud Mental de la Niñez tomo en consideración:

- a la salud como una producción social en la cual inciden el contexto y sus determinantes sociales.
- el posicionamiento de los niños y las niñas como sujetos de derechos
- el acceso a los servicios de salud mental infantil en su propia comunidad
- la participación activa de los niños y las niñas respondiendo a sus necesidades y generando empoderamiento personal.
- promoción de la salud mental infantil.
- la prevención de situaciones difíciles, problemáticas, disminuyendo la no resolución y cronicidad de los problemas y la atención de la psicopatología.
- la identificación de las condiciones y contexto social de vida, de la predisposición genética, de los antecedentes en la salud de los niños y niñas y de sus intereses.
- la participación activa de la familia los induce a realizar cambios de actitudes y ser agentes de cambio y multiplicadores en sus propias comunidades constituyendo una plataforma esencial para dar sostenibilidad a este esfuerzo.
- la coordinación y el trabajo en equipo multidisciplinario, intersectorial e interinstitucional.
- el acercamiento al debate público, a los espacios de comunicación social en relación con estos temas.

- la creación de alianzas estratégicas con el sector privado, la comunidad, ONG's y agencias internacionales.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA (PAIA)

En cuanto al trabajo con adolescentes la Caja Costarricense Seguro Social crea en 1988 el Programa Atención Integral de la Adolescencia (PAIA) con el fin de atender estas necesidades particulares, que son diferentes a las requeridas por los niños-as y adultos, para dar respuesta desde la promoción del desarrollo humano, y atendiendo también desde lo clínico y asistencial a esta población a través de diversos subprogramas con Enfoque de Genero como Sexualidad, Prevención del Suicidio, lucha contra las adicciones etc. Igualmente se lleva a cabo una labor de movilización social a través de la promoción del desarrollo de una política intersectorial de juventud y de la realización de acciones coordinadas con diferentes sectores, para la integración de la atención y el uso racional de los recursos. Se elabora y distribuye material educativo y publicitario sobre adolescencia: Antologías sobre temas de adolescencia, folletos, boletines, plegables, afiches, publicidad en radio y televisión, entre otros. También promueve y desarrolla investigaciones en el campo de la adolescencia. El Programa cuenta con una línea telefónica denominada “Cuenta Conmigo”, dirigida a adolescentes y sus padres con el fin de brindar orientación, información y consejería sobre diferentes aspectos de la adolescencia. Se trata de un servicio confidencial, al que se accede gratuitamente a través del número 800-22-44-911. En los niveles locales se encuentran funcionarios de salud que realizan acciones a favor de la adolescencia tanto asistenciales como preventivas, fundamentalmente en los Equipos Básicos de Atención

Integral en la Salud (EBAIS) y los equipos de apoyo en las áreas de salud y o en las Clínicas de Adolescentes.

CONCLUSIÓN

El Programa Nacional de Salud Mental Niñez es un valioso instrumento de orientación y planificación en el cual se trabajaron los lineamientos, prioridades, acciones estratégicas y responsabilidades institucionales e intersectoriales que permiten promover y establecer una mejor calidad de vida y bienestar para la población infantil, sus familias, y su medio escolar - social. Su puesta en ejecución construye una estrecha labor de coordinación y de sensibilización – concientización -capacitación entre funcionarios-as de los diferentes Ministerios de Salud (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Educación Pública (MEP), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Instituto de Alcoholismo y Fármaco dependencia.

REFERENCIAS

1. Para más información sobre la salud mental en Costa Rica ver el informe IEMS-OMS (WHO-AIMS): http://www.who.int/mental_health/costa_rica_who_aims_report_spanish.pdf
2. Para más información sobre la salud mental de Centroamérica y R, Dominicana ver el informe subregional IEMS-OMS (WHO-AIMS): http://www.who.int/mental_health/evidence/report_on_mental_health_systems_Spanish.pdf

Dirección para correspondencia:
Virginia Rosabal Camarillo
vickyrosabal@hotmail.com

Reestructuración en la Atención Psiquiátrica: una Experiencia Innovadora en Panamá

Restructuring in Psychiatric Care: An innovative experience in Panamá

Jaime Armijo Martínez

Psiquiatra

Exdirector del Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM)

Panamá

Yadira Boyd Ponce

Psiquiatra Adiccionista

Directora del Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM)

Panamá

Juana Herrera Araúz

Psiquiatra Adiccionista

Exdirectora del Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM)

Panamá

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende dar un breve esbozo del proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica en Panamá y el fortalecimiento de los derechos del enfermo mental como parte integral del compromiso adquirido con la Declaración de Caracas en 1990 de la cual el país fue signatario de dichos principios, representando un avance significativo en la humanización del trato a las personas con trastornos mentales.

Palabras claves: *hegemonía, humanización, derechos del paciente, dignificación, descentralización, alojamiento y psiquiatría comunitaria.*

AVANCES DEL PROCESO DE REESTRUCTURACIÓN EN PANAMÁ

En la década del 70 en Italia se inicia el proceso de reforma psiquiátrica con la des-institucionalización de los pacientes con trastornos mentales, siendo el primer país industrializado en iniciar este movimiento.

ABSTRACT

This work approaches at a glance the process of organization of psychiatric attention in Panama and the reinforcement of human rights as a part of the commitment with the Declaration of Caracas in 1990 of which our country is part of representing a significant advance towards the humanization in treatments of people with mental illness.

Key words: *hegemony, humanization, rights of the patient, dignification, decentralization, lodging and community psychiatry.*

Mientras tanto, en Panamá, ya se gestaban estrategias de abordaje técnico-clínico, donde por disposición ministerial, se ampliaba la cobertura con psiquiatras en los centros de salud comunitarios.

Para 1990, la OPS-OMS convoca a una Conferencia Regional de países Latinoamericanos para promover el proceso

de Restructuración de la Atención Psiquiátrica. Dicho evento culminó con la Declaración de Caracas (Venezuela) en la cual los países participantes adquieren el compromiso de crear los mecanismos legales que fundamentan los cambios necesarios del rol hegemónico de los hospitales psiquiátricos con una mayor participación de los sistemas locales de salud y la comunidad.

En el entonces Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá se da inicio a la reforma aplicando el modelo de Calidad de Atención orientada hacia los principios básicos de humanizar, dignificar, reinsertar en la comunidad y a la defensa de los derechos del enfermo mental. Ello dio origen a una minuciosa revisión del modelo tradicional lo que generó la aplicación de un modelo cuyo objetivo fundamental fue la reincorporación del paciente a su medio socio-familiar.

La eficiente labor del equipo multidisciplinario permitió identificar los casos que carecían de criterios clínicos para permanecer en la institución y de manera gradual ubicarlos en su seno familiar. Con ello se logró un descenso de la población hospitalizada de 900 pacientes en 1991 a 414 en 2000 y a 111 pacientes en 2008. Además, la elaboración y la aplicación de las Normas de Atención, incluidos los criterios clínicos de admisión, permitió que solo se admitieran los casos específicos de salud mental sin permitir los ingresos tradicionales de indigentes, menesterosos, casos sociales y otros. Esto trae como resultado que las admisiones se redujeran drásticamente de tal manera que de 1994 al 2008, hubo la evolución¹ que se muestra en el gráfico de la siguiente columna:

1990: SE ESTABLECE LA RUTA A SEGUIR

El 14 de Noviembre de 1990 con la Declaración de Caracas Panamá adquirió el

AÑO	INGRESOS	EGRESOS	POBLACIÓN HOSPITALIZADA
1994	1046	1016	620
1995	859	910	571
1996	799	834	534
1997	742	732	494
1998	759	735	449
1999	844	778	435
2000	769	732	414
2001	610	580	365
2002	712	666	280
2003	770	685	136
2004	668	669	137
2005	733	716	128
2006	920	815	112
2007	874	824	105
2008	794	742	111

compromiso de llevar adelante el proceso de Restructuración de la Atención Psiquiátrica y con ello la revisión del “papel hegemónico y centralizador “del hospital en la prestación de servicios. Ante la propuesta surgieron diversas alternativas de solución: mantener el “status quo” (inmovilismo), el cierre inmediato del hospital (extremismo) o la que proponía un cambio gradual pero progresivo de la reforma (humanismo). Hubo que decidir y se consideró la más adecuada: la tercera opción, ya que representaba la más digna. Era imposible postergar la decisión de poner punto final al modelo imperante.

Era lógico suponer que en el desarrollo de la propuesta se encontrarían dificultades y obstáculos de manera especial en un sector de los funcionarios negativistas, que se encuentran en cualquier empresa o institución y se caracterizan por “oponerse a todo”. Si dentro de la institución hubo resistencia, era de esperar que un sector de la sociedad tuviera una percepción distorsionada de lo que debía ser la verdadera misión de un hospital psiquiátrico, la tarea no era fácil, pero se da inicio con la reorganización de todos los departamentos y servicios. Inicialmente se fortaleció el área administrativa que representaba el eje funda-

mental en el abastecimiento de los insumos necesarios para proveer la atención a los pacientes. La situación administrativa en ese momento mostraba una carencia de organización lo que imposibilitaba dar las respuestas necesarias a la institución, además de la falta de metodología de trabajo, la falta de controles impedían la utilización racional de los pocos recursos que se asignaban.

Se establecen dos grandes grupos de trabajo uno con las jefaturas técnicas-administrativas con reuniones semanales y el otro grupo conformado por los médicos psiquiatras. En conjunto estos dos equipos realizaron un diagnóstico de la institución y además conformaron diferentes comisiones de trabajo, que coadyuvaron al éxito de la tarea. Entre estas comisiones podemos mencionar: la de reestructuración, ecología, rehabilitación, expedientes clínicos, medicamentos, expresiones artísticas, enfermedades nosocomiales, jornadas científicas,...

UN FACTOR CLAVE: LA FORMACIÓN DEL RECURSO ESPECIALIZADO

Para la década de los 60 se inicia la formación de los especialistas en psiquiatría dentro del hospital psiquiátrico, para esa época aún no se contaba con un programa establecido y formal de residencia. Ya para la década de los 70 específicamente en 1971 se da inicio al programa de residencia en Psiquiatría con un plan de estudio completo con contenido médico –científico y a la vez con proyección comunitaria y social. La formación de subespecialistas se inició en 1976 con las subespecialidades de Paidopsiquiatría, luego siguieron Gerontopsiquiatría, Psiquiatría Forense, Psiquiatría Comunitaria-Social y en 1992 se da la apertura a la Psiquiatría de Dependencia Química hoy Medicina de la Adicción². En el año 2006 se revisa y se

aprueba por parte del Consejo Técnico de Salud del Ministerio de Salud las subespecialidades clínicas de la Psiquiatría a través de la gaceta oficial N° 25606 del 6 de julio de 2006³.

Desde 1970, los psiquiatras durante su formación eran trasladados a prestar sus servicios en los centros de salud a nivel nacional lo que permitió una cobertura nacional a excepción de las regiones indígenas donde contamos con enfermeras con especialidad en Salud Mental y médicos generales actualizados en Salud Mental. Otro elemento importante para en la formación del recurso humano fue el desarrollo de las salas de psiquiatría o las camas destinadas para pacientes mentales en los hospitales generales y regionales.

Pero no solo se continuó formando Psiquiatras, sino que también contribuimos con la experticia en el campo clínico dando aportes a otros profesionales afines como trabajadores sociales, enfermeras especialistas en salud mental, psicólogos clínicos y generales. En conjunto estos profesionales contribuyeron de manera invaluable al proceso de reforma de la atención psiquiátrica en Panamá.

En relación a este tema el Dr. Jorge Rodríguez (OPS) señala lo siguiente: “Ha quedado sobradamente demostrado que la contribución de los recursos humanos en el éxito de los programas de la Salud Mental es decisiva”⁴.

TRABAJO SOCIAL Y LA FAMILIA

Los largos periodos de internamiento, la total desvinculación familiar sumado a la práctica de modelos institucionales sobreprotectores contribuían al deterioro psicoso-

cial del paciente con la consiguiente inhabilitación para su incorporación socio-familiar. Este fue el panorama que el departamento de Trabajo Social debió superar. Gracias a su valiosa participación se lograron incorporar a su núcleo familiar a la mayoría de los pacientes que por su condición clínica no ameritaban permanecer en la institución.

Este departamento también ofreció apoyo a la Asociación de Amigos y Familiares de Pacientes del HPN, que posteriormente se reorganizó en la Asociación de Familiares, Amigos y Pacientes con Esquizofrenia y otras Enfermedades Mentales (ANFAPEM), además de reorientarla para que se convirtieran en un grupo de apoyo y no en una organización que garantizara la permanencia del paciente en instituciones. Actualmente esta asociación cuenta con personería jurídica, manteniéndose unidos en pro de la defensa del paciente realizando actividades en la comunidad.

ENFERMERÍA: CUANDO SE QUIERE SE PUEDE

El departamento de enfermería es el que permanece más tiempo en el cuidado del paciente, ya que pasan las 24 horas, los 365 días del año junto al paciente y por ello lo valioso de esta disciplina. Siempre han sido un equipo muy profesional, receptivo y sobre todo comprensivo del proceso de reestructuración. Con su respaldo decidido y sin condiciones se logró avanzar rápidamente hacia los objetivos establecidos.

Es importante resaltar que existe un proceso de desarrollo de la enfermería en Salud Mental muy ligado al Hospital Psiquiátrico, hoy Instituto Nacional de Salud Mental, así para el año de 1967 forman una sociedad interna de enfermeras especialistas en Salud Mental que les ha permitido lograr objetivos

como el de superación profesional, mejores condiciones laborales y mantener de forma permanente una educación continua y actualizada en su rama con aval universitario⁵.

OBJETIVO: OFRECER CALIDAD EN LA ATENCIÓN

A lo largo del proceso, el objetivo fundamental ha sido, es y será ofrecer una atención con calidad, gracias a una serie de factores como lo son:

- Asignación de un equipo de salud mental, liderizado por un psiquiatra en cada sala con responsabilidad gerencial, tanto técnica como administrativamente, quienes se capacitan, actualizan y respetan la ley 68 que trata sobre los derechos los pacientes con enfermedad mental y en donde se contempla la firma del consentimiento informado.

- La elaboración y establecimiento de las normas de atención incluyendo los criterios de admisión que permitieron un abordaje profesional y uniforme de manera integral.

- El mejoramiento en la disponibilidad del recurso diagnóstico como el electroencefalograma y la ampliación de la oferta inherente de pruebas analíticas específicas como los metabolitos tóxicos en orina y de drogas terapéuticas. Además se amplió el horario de funciones.

- Abastecimiento de la farmacia en todos los renglones, la incorporación de los antipsicóticos y antidepresivos de nueva generación puestos al alcance de los pacientes tanto hospitalizados, como ambulatorios.

- La asignación por primera vez de un presupuesto, aunque no suficiente, pero exclusivo para la compra de psicofármacos en la red primaria de atención.

-Mejoramiento en la cadena de preparación de alimentos con productos de calidad y la cantidad necesaria para ofrecer raciones balanceadas para la población hospitalizada, con la presentación en envases desechables individuales y la utilización de cubiertos.

PANORAMA DE LA PSIQUIATRÍA Y DE LA SALUD MENTAL EN PANAMÁ

Los elementos más sobresalientes de la salud mental en Panamá son:

La dinamización de la estrategia de reinserción de pacientes donde el equipo multidisciplinario se focalizó en un solo objetivo: garantizar la rehabilitación de los enfermos mentales en su comunidad y con la comunidad.

Los servicios de Salud Mental están regionalizados. La República está dividida en catorce (14) regiones de salud, en cada una de las cuales hay un coordinador de Salud Mental, quien es la autoridad de Salud Mental en su territorio. Las mismas están involucradas en la planificación, manejo y coordinación de los servicios de Salud Mental de sus regiones. (IESM-OMS)⁶

A nivel nacional, la red de atención primaria está conformada por Centros de Salud y Policlínicas de la Caja del Seguro Social, hospitales regionales y generales que tienen incluido en la cartera de servicio la atención al enfermo mental. Algunos con el equipo de Salud Mental, en la mayoría con algún miembro del equipo y en muy pocos con ausencia de los mismos, pero con atención por medicina general. En el segundo nivel se cuenta con salas de psiquiatría o camas asignadas dentro del servicio de Medicina Interna.

La promoción y prevención en la comunidad continúa, pero se hace necesario unificar abordajes.

Las instituciones legales y penitenciarias aceptan las sugerencias de facultativos de la especialidad, y han cambiado la conducta automática de enviar condenas a perpetuidad al Instituto Nacional de Salud Mental. Existe una minoría de casos referidos por estas instancias legales, pero se intercambia evolución, claridad diagnóstica, brindando alternativas de reinserción y el debido proceso, respetando el consentimiento informado del sindicado.

La existencia de una Coordinación Nacional de Salud Mental con un departamento dentro del organigrama del Ministerio de Salud.

La reformulación del Plan Nacional de Salud Mental con la participación de todos los actores, el apoyo técnico de la OPS y las guías de la OMS.

La formación permanente del recurso humano especializado y la capacitación continúa de los actores que intervienen sobre todo a nivel de la atención primaria.

Es importante señalar la cooperación técnica de la OPS-OMS en la elaboración y publicación de literatura como por ejemplo: Desarrollo de la Salud Mental en Panamá y el informe de salud mental IEMS-OMS. La participación en la estrategia de cooperación técnica entre países (CTEP) que propició los convenios de cooperación en el bienio (2006-2007); uno entre Cuba y Panamá sobre el Desarrollo de Políticas, Planes y Programas de de Salud Mental y otro entre Panamá y Colombia sobre el Componente de Salud Mental en la Violencia de los Entornos Urbanos. Actualmente (2008-

2009) está en curso el Convenio de Cooperación técnica entre Panamá y Honduras sobre el Componente de Salud Mental en Hospitales Generales, donde nuestro país tiene una experiencia de casi cuatro décadas⁷ y también un convenio con Guatemala sobre “Salud mental en población indígena”.

La sinergia técnica entre los equipos de Salud Mental y la OPS/OMS ha permitido el impulso de importantes acciones como la realización de talleres regionales con temas de singular trascendencia como violencia y seguridad vial, alcohol, prevención del suicidio, salud mental en situaciones de riesgo, que han facilitado el avance del conocimiento público en Salud Mental.

PILARES EN EL PROCESO DE REFORMA EN PANAMÁ⁸

- 1.- Desinstitucionalización
- 2.- Reducción del número de camas en el Hospital Psiquiátrico Nacional
- 3.- Reforma estructural y funcional del Hospital Psiquiátrico Nacional
- 4.- Descentralización de los servicios
- 5.- Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales
- 6.- Disponibilidad de psicofármacos de nueva generación
- 7.- Reforzamiento financiero a la Salud Mental y cambio en el ordenamiento presupuestario
- 8.- Actualización y capacitación del recurso humano.
- 9.- Desarrollo de servicios en la atención de la Salud Mental de niños y adolescentes desarrollada.
- 10.- Consolidación de un servicio especializado en tratamiento de adicciones comportamentales, de alcohol y otras drogas.

CONCLUSIÓN

Lo más relevante a nivel nacional de la reestructuración de la atención Psiquiátrica es la forma sistematizada y la sostenibilidad de los servicios a lo largo de dos décadas a través de la continuidad de la ruta establecida a partir de la Declaración de Caracas (1990) debido al gran compromiso de todo el equipo que ha podido mantener los objetivos claros a pesar de los cambios políticos de la administración cada lustro.

La clave del éxito de la experiencia en Panamá en la transformación de Hospital Psiquiátrico a Instituto Nacional de Salud Mental está en la preservación de los principios que dignifican y respetan a los enfermos mentales en su calidad de seres humanos.

En la actualidad el Instituto Nacional de Salud Mental se encuentra enfocado en fortalecer avances en materia de la calidad en la atención de los pacientes y se establece como objetivo impostergable, seguir elevando el nivel de todo el recurso humano por medio de la educación continua y la incorporación de la investigación como instrumento esencial de superación.

La Declaración de Caracas fue un documento de consenso de los gobiernos latinoamericanos con el apoyo de OPS-OMS y gobiernos europeos. Esta conjunción de intereses ha favorecido el proceso de Reestructuración de la asistencia psiquiátrica haya seguido como un continuo proceso de implementación en la Región e las Américas.

“Panamá es un ejemplo de cómo con un esfuerzo consensuado y un modelo de salud comunitaria se puede avanzar en la reestructuración y modernización de los servicios”

BIBLIOGRAFÍA

1. **Censo de Registros Médicos y Estadísticos del Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá**, (1994 - 2008).
2. **Díaz, Laura S. de.** (2007) en "Desarrollo de la Salud Mental en Panamá. historia y actualidad",pág. 66-67.Serie de Salud Mental 1.MINSA-INSAM.Panamá
3. **Gaceta Oficial de Panamá** N° 25606 (2006).
4. **Rodríguez, Jorge.** (2007) "La Salud Mental en las Américas: una reforma de mentalidad, http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_001.htm .
5. **Forero, Ilka.** (2007) en "Desarrollo de la Salud Mental en Panamá. historia y actualidad",pág. 69-71.Serie de Salud Mental 1.MINSA-INSAM.Panamá
6. **IESM-OSM.** (2006) Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Panamá. OPS-MINSA.
7. **OPS** (2005) Proyecto de Cooperación Técnica entre Países: Cuba, República Dominicana y Panamá. "Fortalecimiento del Componente de Salud Mental en la Atención Primaria". Cuba
8. **"Desarrollo de la Salud Mental en Panamá. historia y actualidad"** (2007).Serie de Salud Mental 1.MINSA-INSAM. Panamá
9. **Verdejo, G** (2007) La Salud Mental en las Américas: Una Reforma de Mentalidad. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_001.htm

Dirección para correspondencia:

Jaime Armijo

Psiquiatra

Exdirector General del INSAM

Río Abajo, Calle Matías final

Apartado Postal 0838-02255

Email: cetainsam@cwpanama.net

Tel. (507) 523-6863

Fax (507) 523-6815

Panamá, República de Panamá

Casa de Medio Camino: Experiencia en Honduras

Halfway House: Honduran Experience

Américo Reyes Ticas

Psiquiatra

Coordinador Académico Postgrado de Psiquiatría

Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)

Mario Francisco Aguilar

Psiquiatra

Coordinador de Investigación Postgrado Psiquiatría

Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)

Mauricio Orellana

Psiquiatra

Honduras

Sagrario Guifarro

Psiquiatra

Honduras

Lucy Martínez

Psiquiatra

Honduras

RESUMEN

Honduras con una extensión territorial de 112.492 Km², 18 departamentos y 7.000.000 de habitantes (68% viviendo en pobreza), cuenta para la atención de pacientes con trastornos mentales con dos hospitales psiquiátricos ubicados en Tegucigalpa, capital del país.

El presupuesto de salud mental es 4% del asignado a salud pública y el 90% es absorbido por los hospitales psiquiátricos.

Se calcula que en Honduras hay 35,000 pacientes con psicosis, pero un gran porcentaje no reciben tratamiento porque la atención psiquiátrica está centralizada y la población no cuenta con recursos económicos para ser frente a ésta necesidad. Estas condiciones suelen llevar a los pacientes a indigencia médica y social.

Ante ésta realidad el Postgrado de Psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras

ABSTRACT

Honduras, a country with a territorial extension of 112,492 km², 18 departments and 7,000,000 inhabitants (68% living in poverty), has two psychiatric hospitals in Tegucigalpa, the capital city, where patients with mental disorders are treated.

The mental health budget is 4% of the total budget allocated to public health, and 90% is absorbed by psychiatric hospitals.

It is estimated that Honduras has 35,000 patients with psychosis, yet a large percentage doesn't receive treatment as psychiatric care is centralized and the population doesn't have the economic resources to face this need. These conditions often lead patients to medical and social indigence.

Upon this reality the Psychiatry Postgraduate of the Universidad Nacional Autonoma de Honduras developed a halfway house model in a Honduran

desarrolla un modelo de casa de medio camino en una comunidad hondureña para atender pacientes con psicosis en indigencia médica y social, con resultados prometedores.

En el presente trabajo se revisa la realidad socioeconómica y de la salud pública de Honduras en la perspectiva de la situación que afrontan los pacientes con trastornos mentales, con énfasis en los psicóticos. Se detalla como se funda la casa de medio camino. Se presenta la investigación llevada a cabo en los pacientes atendidos en la casa de medio camino y finalmente se proporcionan datos sobre la situación del programa después de dos años de funcionamiento.

Palabras claves: Psicosis, casa medio camino, rehabilitación, calidad de vida, indigencia médica.

community, where psychosis patients undergoing medical and social indigence are treated, which has proven to be a successful treatment option.

This paper reviews the socio-economic and public health in Honduras from the perspective of the situation faced by patients with mental disorders, emphasizing on psychotics. It details how the halfway house was established. It presents the research conducted with the patients in the halfway house, and finally provides data on the program status after two years in operation.

Key words: Psychosis, halfway house, rehabilitation, quality of life, medical indigence.

I. INTRODUCCIÓN

LA REALIDAD DE HONDURAS EN LA PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓN DE LOS PACIENTES PSICOTICOS

En Honduras la pobreza alcanza el 68% de la población, de los cuales el 42.9% viven en pobreza extrema¹. Cuenta con una población de 7.000.000 de habitantes y se reporta que 2 millones y medio estarían padeciendo algún tipo de trastorno mental, incluyendo 35.000 con psicosis².

Para hacer frente a las necesidades de salud mental el país dispone del Hospital Psiquiátrico de Agudos “Dr. Mario Mendoza” y el Hospital Psiquiátrico Nacional “Sta. Rosita” (ubicados en Tegucigalpa, capital de Honduras, con 369 camas entre ambos), 14 clínicas de consejería familiar, 28 facilitadores; además, 53 psiquiatras, 703 psicólogos, 757 trabajadores sociales, de los cuales 47, 45 y 110 respectivamente trabajan en salud pública.

El presupuesto asignado a salud mental corresponde al 4% del presupuesto nacional de

salud (el 90% lo consumen los hospitales psiquiátricos)^{3,4}. Kohn et al. en el 2005 reporta que en Honduras para la atención de salud mental tiene el 2,3% de presupuesto sanitario total, 0,6 camas por cada 10.000 habitantes, 0,8 psiquiatras, 0,5 psicólogos, 0,3 trabajadores sociales y 0,0 enfermeras especializadas en psiquiatría por 100.000 habitantes⁵.

Como parte del engranaje administrativo de la Secretaría de Salud Pública existe el Departamento de Salud Mental, ente predominantemente normativo con escasa proyección nacional³, quien el 2004 publica la “Política Nacional de Salud Mental” que aún no entra en vigencia⁴.

En cuanto a las estadísticas de morbilidad psiquiátrica que se atiende hay un sub-registro a nivel nacional: La Secretaría de Salud en el 2007 informa 7.073 casos psiquiátricos atendidos, correspondiendo a 93,9 casos por 100.000 habitantes, 6 y 2 veces más abajo que la Diabetes Mellitus y las enfermedades cardiovasculares respectivamente^{1,3}.

Los hospitales psiquiátricos reportan como las tres primeras causas de egresos los

trastornos afectivos bipolares, la esquizofrenia y los trastornos debido al uso de drogas y el alcohol³.

Los ingresos en los hospitales psiquiátricos y una parte importante de la consulta ambulatoria están dedicados a la atención de los pacientes con psicosis, cuyo seguimiento se ve obstaculizado por razones socioeconómicas y por una falta de red de servicios de salud mental a nivel nacional. En una investigación de seguimiento por 6 meses que realizamos en 215 pacientes internados (80% con psicosis) en el Hospital Psiquiátrico de Agudos Dr. Mario Mendoza se encontró que solo el 47% se mantenían en control y 11,4% habían reingresado por abandono del tratamiento⁴.

Al igual como se observa en la mayoría de los países de América Latina y del Caribe⁵, en Honduras existe una enorme brecha en la atención de pacientes con trastornos mentales, la cual se magnifica en los pacientes con psicosis: la atención está centralizada a los dos hospitales psiquiátricos, no están vigentes las políticas de salud mental, el presupuesto es raquítico, no hay capacidad económica de la mayoría de la población para financiarse el desplazamiento hasta los lugares de atención, comprar los medicamentos o contratar servicios psiquiátricos privados. Esto determina que la familia de bajos recursos no tenga capacidad de contener los pacientes con psicosis en sus casas por lo que las calles se convierten en su hábitat, donde son víctimas de agresiones.

Todos estos factores inciden para que muchos pacientes con psicosis entren en indigencia, deambulen por las calles o permanezcan encerrados en sus casas. No es raro que los medios de comunicación llamen la atención sobre el tema: El periódico El Heraldo⁷ encabeza su reportaje de pacientes

psicóticos “de la calle” con el siguiente título: “El parque central (de Tegucigalpa) singular congregación de pacientes mentales” y lo subtitula: “A las 5 de la mañana los dementes convergen a la plaza en marcha de harapientos”.

Con frecuencia los pacientes psiquiátricos que deambulan por las calles son recogidos por las autoridades locales y llevados a los hospitales psiquiátricos con la intención que sean mantenidos permanentemente internos. Cuando esto sucede los hospitales se ven con serios problemas al momento de querer egresarlos por no tener referentes familiares.

MODELO HONDUREÑO DE CASA DE MEDIO CAMINO

El Postgrado de Psiquiatría con 14 años de existencia contempla en su plan de estudio una práctica asistencial supervisada, un programa teórico, la realización de investigaciones y una práctica comunitaria.

Las investigaciones se enfocan primordialmente en los problemas nacionales de salud mental y para el 2008 se decide tomar el problema de los pacientes psicóticos crónicos en indigencia con la propuesta de desarrollar un modelo de casa de medio camino como una alternativa terapéutica comunitaria, en vista de no existir ninguna propuesta gubernamental para resolverlo. Inquietaba la posible reacción de la población por los prejuicios que se tienen de la locura, en que lugar establecerla y como “vender” la idea a las autoridades locales y líderes de la comunidad.

Es así que se da inicio al proyecto de la casa de medio camino en Juticalpa, cabecera departamental de Olancho y en la que participamos los Dres. Mauricio Orellana, Sagrario Guifarro, Américo Reyes Ticas, Mario Aguilar y Lucy Martínez.

Antes de todo es necesario aclarar que la casa de medio camino de nuestro proyecto tiene sus propias características que la hacen diferente a otros modelos.

La Casa de medio camino por lo general se considera un paso intermedio entre el hospital psiquiátrico y la comunidad, que permite la externación gradual y asistida de pacientes psicóticos o adictos a sustancias o alcohol, a la vez que se constituye en un escenario para la recuperación, la adquisición de habilidades sociales y para la reintegración familiar, laboral y social⁷. También ha sido utilizada para rehabilitar y reinsertar a la sociedad a delincuentes, antes de concederle su libertad total⁸.

Las variantes de la casa de medio camino de nuestro modelo son:

Que los pacientes psicóticos no proceden de los hospitales psiquiátricos sino de la comunidad misma.

Que la casa está manejada por voluntarios de la comunidad.

Que los pacientes asisten diariamente a la casa de medio camino para recibir terapia recreativa, alimentos, aseo y cada 15 días se le proporciona consulta por médicos residentes de psiquiatría.

La atención se brinda a pacientes en indigencia.

II. REPORTE DE INVESTIGACIÓN: INTRODUCCIÓN

Los trastornos psiquiátricos comprenden una gama de patologías que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una prevalencia del 10% en la población mundial, que representa a 645 millones de personas; en América Latina se manejan cifras del 24 % equivalente a 90.475 millones de personas y en Honduras, con 7.326.478 millones de habitantes y una ex-

tensión de 112.492 Km² cuadrados, la prevalencia es del 35% es decir 2.564.274 habitantes.^{2,9,10}

En América Latina según la OMS en el 2002 el 44% de la población viven en condiciones de pobreza y 19,4% en situación de indigencia. En lo referente a nuestro país el 54% de la población viven en condiciones de pobreza y se desconoce el índice de indigencia (situación de pobreza extrema que vuelve a la población dependiente de los recursos estatales)¹¹.

Al analizar la historia de los pacientes con enfermedades mentales hemos observado que las instituciones psiquiátricas desempeñan un papel importante en su evolución, tanto en forma positiva (modifica el curso de la enfermedad al proveer tratamiento) como negativa (estigmatización, perpetuación de la enfermedad). A los hospitales psiquiátricos se les ha contemplado como una organización de custodia, en donde el personal profesional brinda un tratamiento a pacientes que no participan voluntariamente en su tratamiento, por falta de motivación.¹²

La tendencia actual de la psiquiatría, incentiva la “desmanicomialización” (traslado de la atención de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos hacia los hospitales generales, centros de salud y redes solidarias vecinales); promovida inicialmente por Franco Basaglia en Italia (1978) y propuesta en América Latina mediante la Declaración de Caracas (1990).^{12,14,15} Estos esfuerzos han dado como resultado nuevos modelos de tratamiento con la expectativa de ofrecer a los pacientes en su comunidad un ambiente terapéutico de mayor beneficio tal como ha quedado evidenciado con Casas de Medio Camino, las cuales son casas ubicadas en zonas residenciales dentro de la comunidad, que tienen características arquitect-

tónicas similares a las de la zona, manejadas por personas voluntarias con la dirección de un psiquiatra, trabajadora social o psicólogo, brindándoles a los pacientes un paso intermedio entre el hospital y la comunidad⁷. Las Casas de Medio Camino pretenden cubrir las necesidades de las personas con trastornos mentales crónicos no solo sanitarias, sino también de vivienda, ocupación, desarrollo personal y sobre todo de integración social y consecuentemente mejorar su calidad de vida conforme lo plantea la OMS: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”¹⁶. Se procura entonces una rehabilitación psiquiátrica¹⁷ que incluya una recuperación máxima del funcionamiento del rol social y operativo a través de mecanismos de aprendizaje y del apoyo del entorno social.

En Honduras la detección, tratamiento, y prevención de las enfermedades mentales están a cargo del Ministerio de Salud Pública a través del Programa de Salud mental, que cuenta con centros de atención primaria y únicamente dos hospitales: El Hospital Psiquiátrico “Dr. Mario Mendoza” y el Hospital Nacional “Santa Rosita”, ambos ubicados en el departamento de Francisco Morazán, donde se atienden a los pacientes provenientes de los 18 departamentos del país, quienes una vez compensados, son dados de alta, con tratamiento ambulatorio y citas periódicas, para prevenir recaídas. Desafortunadamente nuestro sistema de salud que centraliza la atención psiquiátrica en los 2 hospitales y la pobreza de la mayo-

ría de los hondureños dificultan el acceso a la atención médica especializada, resultando en frecuentes recaídas, y en el caso de trastornos esquizofrénicos y bipolares o son reclusos en sus casas o deambulan por las calles sin redes de apoyo, convirtiéndose en indigentes médicos (incapaces de proveerse o buscar cuidados médicos) con una mala calidad de vida.

Todo lo anterior constituye un problema social, de derechos humanos y de salud pública que nos motivó a realizar este proyecto piloto de “Casa de Medio Camino” en la ciudad de Juticalpa, Departamento de Olancho, con la colaboración de sus autoridades municipales como de la comunidad, en la que se pretende el autosostenimiento de la misma, de tal forma que se convierta en una alternativa viable para rehabilitar integralmente a los enfermos con trastornos psiquiátricos crónicos “de y en la calle” o que estén reclusos en sus casas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico cuasi experimental prospectivo al azar simple, con enfoque cuantitativo y cualitativo e intervención, de junio del 2007 a junio del 2008, en Juticalpa cabecera departamental de Olancho, con 33.260 habitantes en el casco urbano distribuidos en 110 colonias, con extensión de 2.649,8 Km², ubicado a 167 km. de Tegucigalpa, capital de Honduras.

MUESTRA

Se realizó un “mapeo comunitario” (ubicación de sujetos conocidos como “trastornados mentales” en indigencia médica casa a casa), con la colaboración de los dirigentes patronales de cada colonia del casco urbano, de esta forma se identificaron a 81 pacientes en estas condiciones y que constituyó el uni-

verso del estudio, con lo que se logró la asistencia de 42 pacientes.

Criterios de Inclusión:

1. Tener diagnóstico de trastorno mental crónico.
2. Estar deambulando en las calles sin propósito aparente o en sus casas en indigencia médica y
3. No tener co-morbilidad medica no psiquiátrica asociada.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que presenten su primer episodio de trastorno mental.
2. Pacientes que no estén en indigencia médica.
3. Pacientes que tengan co-morbilidad médica no psiquiátrica asociada.

Únicamente 21 pacientes cumplieron criterios de inclusión conformando la muestra. De estos, 10 eran indigentes médicos sin red de apoyo (paciente que no cuenta con un cuidador) y 11 indigentes médicos con red de apoyo (paciente que si cuenta con cuidador).

ESCALAS UTILIZADAS

Se usó la Historia clínica psiquiátrica , Escala breve de Psicosis y el Cuestionario de Calidad de Vida de Bigelow- “Versión del Evaluador” modificado (la versión original evalúa 24 aspectos de calidad de vida en 142 preguntas.^{18,19,20}

Para la variable psicosis se valoró como respuesta terapéutica¹⁸ (punto en que se inicia una remisión parcial bajo el efecto de un tratamiento) las siguientes definiciones:

1. Con respuesta terapéutica:
 - a. “Remisión parcial”: Período de tiempo durante el que puede observarse una mejoría de tal magnitud que el individuo no se encuentra plenamente asintomático.
 - b. “Remisión completa”: la mejoría es de tal magnitud que el individuo queda asin-

tomático o solo tiene síntomas mínimos.

2. Sin respuesta terapéutica: no hay remisión parcial a pesar del tratamiento.

Para la variable de calidad de calidad de vida se estratifico como respuesta la siguiente calificación:²¹

Buena: mayor a 130.

Mala: menor a 130.

La sensibilidad identificada para este punto de corte es de 95,23%, la especificidad es de 95% y el valor predictivo es de 95%.

PROCESO DE CREACIÓN DE CASA DE MEDIO CAMINO EN JUTICALPA, OLANCHO

Los investigadores/promotores nos trasladamos a esa ciudad contactando con las autoridades municipales y del Congreso Nacional quienes aceptaron el proyecto y proveyeron de un local en la colonia “Santa Gertrudis” para instalar la Casa de Medio Camino acondicionándole sala de espera, consulta externa, farmacia, terapia ocupacional, cocina, área de descanso y aseo. La alcaldía donó el equipo para abastecer el comedor y nos proveyó de personal con adiestramiento mínimo de enfermería que permanecería en la Casa de Medio Camino de lunes a sábado de 10:00 a.m. a 2.00 p.m. para atender a los pacientes llevando un registro diario de asistencia y supervisión de actividades como: aseo personal (baño, cepillado dental, cambio de ropa y lavado de ropa por ellos mismos), realización de manualidades y la toma de sus medicamentos; además se contactó a las fuerzas vivas (cuerpo de bomberos, policía municipal, Cruz Roja, iglesias, medios de comunicación) y se socializó el proyecto, agregando a los dirigentes patronales de cada colonia, quienes se mostraron muy anuentes a cooperar y al no contar con un censo de pacientes con enfermedades mentales en indigencia

médica, se les solicitó contribuyeran con el levantamiento de censo mediante “mapeo comunitario”. Se capacitaron a cuatro personas voluntarias del lugar. Los investigadores viajamos cada quince días durante 12 meses a Juticalpa para atender, evaluar y observar a los pacientes, los cuales fueron evaluados en 24 ocasiones. Se estableció un plan de manejo terapéutico que consistía en suministro de medicamentos (decanoato de flufenazina intramuscular y otros fármacos).

Diariamente la policía municipal y el cuerpo de bomberos se encargaban del traslado de pacientes a la Casa de Medio Camino o lo hacía el familiar, una vez localizados.

Parte del trabajo fue localizar a las familias o cuidadores de cada paciente para explicarles el proyecto, proporcionándoles charlas psicoeducativas.

ASPECTOS ÉTICOS

La aprobación ética y metodológica del estudio fue dada por los asesores del Postgrado de Psiquiatría. Los entrevistados, sus responsables o la Alcaldía Municipal (en ausencia de responsables o por la presencia de psicosis en los entrevistados), firmaron un consentimiento informado donde se detallaba el propósito del estudio, el tratamiento al cual sería sometido, que la responsabilidad como paciente era brindarnos información y participar en el esquema terapéutico establecido (farmacológico, apoyo psicosocial y ocupacional) y que los beneficios que se obtendrían serían los resultados del mismo. Se les resaltaba que su participación era voluntaria y que toda la información brindada era confidencial.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En el procesamiento estadístico se utilizó el programa Epi-Info 2000 (CDC, Atlanta,

Georgia, USA, 2005), generándose frecuencia, tablas y cruces divariados en el módulo Análisis del mismo programa. Se calculó el tamaño de la muestra utilizando el programa Statcalc v. 2.0 (CDC, Atlanta, USA, 2001) para el 99,9% de confiabilidad (Error de Tipo I) y 60% de Precisión (Error de Tipo II), resultando en 10 casos que deben incluirse en cada grupo. Se realizó aplicación de instrumentos en dos ocasiones (a la captación y a los seis meses), y se compararon momentos inicial y final (post-intervención) utilizando variables de prevalencia de diagnóstico de psicosis (Si/No), Cuestionario de Calidad de Vida de Bigelow modificado y Calificación clínica de respuesta terapéutica a la intervención sobre la psicosis (con respuesta- remisión parcial y remisión total; sin respuesta). Para valorar el resultado terapéutico sobre la variable psicosis inicial vs. final se utilizó el Test de McNemar²¹. Para pruebas de comparación entre puntaje inicial – final se utilizó la prueba T de student pareada (paired T-Student).

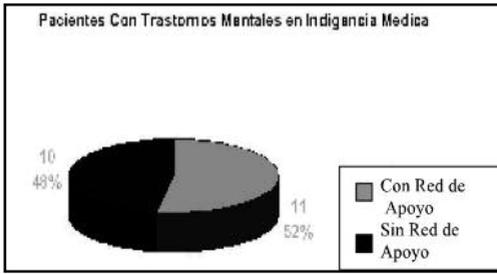
RESULTADOS

El cuestionario de Calidad de vida presenta un alfa de Cronbach de 0,848, lo que la hace aceptable.

Según mapeo comunitario realizado con líderes de 110 barrios de Juticalpa, se identificaron 81 enfermos con trastornos mentales en indigencia médica, lo que representa el 0,24% de la población del casco urbano. Se ingresaron al programa 21 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, con fines operativos se dividieron en: indigentes médicos que deambulan en la calle sin red de apoyo (47,6%) e indigentes médicos que no deambulan en la calle con red de apoyo (52.4%) (Ver Gráfico 1).

De los indigentes médicos que deambulan en la calle y no tienen red de apoyo, 7 eran

GRAFICO 1



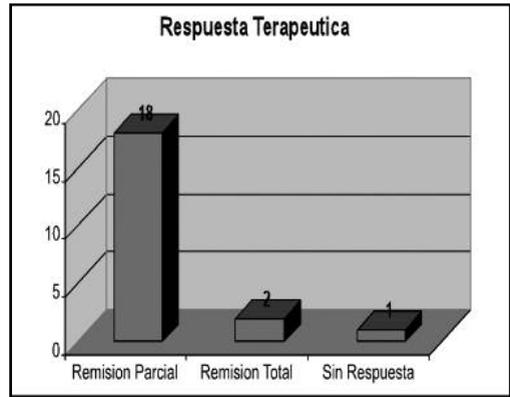
hombres y 3 mujeres; con edad media de 33,1 años, a todos los pacientes (100%) se les diagnosticó psicosis y reportan en un 100% una calificación de “mala calidad de vida” con puntaje menor de 130 en el cuestionario de Calidad de Vida de Bigelow modificada, mientras que del grupo de indigentes médicos que no deambulan en la calle y que tienen red de apoyo: 3 eran hombres y 8 mujeres. La edad media fue de 33,7 años, se diagnosticó psicosis y con calificación de “mala calidad de vida” en el cuestionario de Calidad de Vida de Bigelow modificada en el 100% de los pacientes.

En cuanto a su estado civil 52,4% eran solteros, 28,6% eran separados, 19,0% eran casados. Procedían del área del área urbana 95,2%; con primaria incompleta 81,0%, secundaria incompleta 14,3% y universidad incompleta 4,8%; con relación al trabajo el 100% eran desempleados y no colaboraban con los oficios domésticos.

De los 21 pacientes 8 presentaban trastorno esquizoafectivo, 6 trastorno bipolar, 1 con trastorno esquizofrénico y 6 con trastornos mentales y del comportamiento secundario al consumo de sustancias más síntomas psicóticos y todos los pacientes se encontraban en indigencia médica.

Posterior a la intervención de los 21 pacientes, el 95,2% presentó respuesta terapéutica favorable de su trastorno mental así: re-

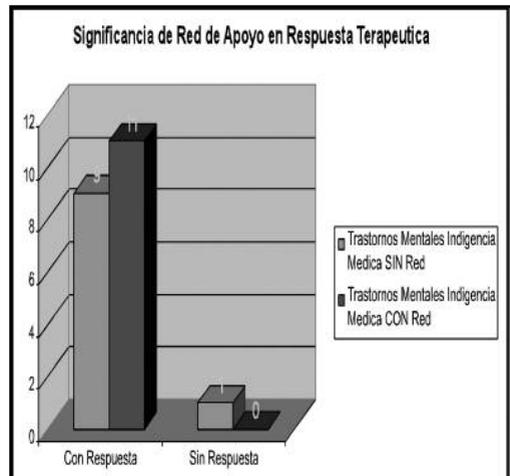
GRAFICO 2



misión parcial: 85,7%, remisión completa: 9,5% y sin respuesta terapéutica: 4,8%. (Ver Gráfico 2)

Al categorizar las personas estudiadas respecto a la respuesta terapéutica; no se identificó diferencia entre grupos ($p=0.47$), esto a consecuencia de que ambos grupos recibieron la misma intervención terapéutica, por lo que se entiende que la contención la realiza la Casa de Medio Camino. (Ver Gráfico 3).

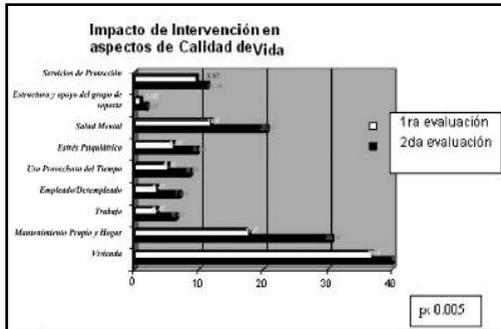
GRAFICO 3



En cuanto a la variable en la Calidad de Vida, podemos observar que intervención medida por el Cuestionario de Calidad de

Vida de Bigelow modificado, produjo un impacto significativo para una p menos de 0.005 en las áreas evaluadas (Ver Gráfico 4), pues 20 de los 21 pacientes elevaron su puntaje de menos de 130 antes de la intervención a más de 130 después de la intervención.

GRAFICO 4



ENFOQUE CUALITATIVO

Al entrevistar por primera vez a uno de los responsables de las personas con trastorno mental encontramos frases como:

- “Ay doctor, es que mire él solo vive en la calle y la gente le tiene miedo porque es agresivo y yo creo que también usa droga a veces llega a la casa y me tumba la puerta, le tengo miedo”
- “Mire doctora, mi mujer solo anda en las calles, a veces no se donde duerme, se pierde por días hasta que aparece toda sucia o sin ropa”
- “Mi hijo solo se queda sentado sin hacer nada no se ocupa de nada, como que nadie le importara, vive ensimismado en su mundo”

Actualmente los responsables nos presentan a las personas con trastornos mentales así:

- “Doctorcito, esto es como un milagro, mi hijo ya está trabajando, y hasta me dá dinero para que yo compre medicinas para mi artritis.”

• “Ay doctora viera que estoy contento porque mi mujer ya no se va a la calle, ahora está bien controladita, me hace comida, ella asea la casa, se baña, ya no me amenaza.”

• “¡No sabe como estoy de contenta!, ya mi hijo no se queda en la silla ensimismado sino que ahora se preocupa por las cosas que está a su alrededor; la vez pasada uno de mis nietos ya estaba a punto de caerse por unas gradas y él me dijo ¡mamá el niño! se levantó y lo agarró y me dijo mamá hay que estar más pendientes, suerte que yo lo miré porque sino se hubiera golpeado.”

DISCUSIÓN

El enfoque actual de la psiquiatría de poner a disposición de los pacientes con trastornos mentales crónicos, diversos sistemas complementarios de asistencia y rehabilitación psiquiátrica a nivel comunitario, como la Casa de Medio Camino, ha resultado en la práctica ser una estrategia viable para este grupo de pacientes.²²

En el presente estudio se comprueba la utilidad de estos centros pues encontramos que el 95,2% de los pacientes respondieron a la intervención terapéutica sin importar si tenían red de apoyo o no, lo cual se explica porque es la Casa de Medio de Camino quien brinda la contención terapéutica y no la familia; llama la atención que en el grupo sin red de apoyo o que deambulan sin propósito predomina el sexo masculino, posiblemente porque el varón sea más difícil de controlar por su familia.

En cuanto al impacto de la Casa de Medio Camino en la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales crónicos en incidencia médica, encontramos que hubo un aumento del puntaje en las áreas: vivienda,

si está empleado o no, mantenimiento propio y del hogar, uso provechoso del tiempo, estrés psiquiátrico, servicios de salud mental, estructura y apoyo del grupo de soporte, servicios de protección; los pacientes encontraron una mayor satisfacción y una mayor interacción en su entorno posterior a la intervención realizada, lo cual va de acuerdo con lo expuesto en otros estudios^{23,23} en donde encontraron que aquellos que vivían en establecimientos extra hospitalarios tenían más posibilidades de estar satisfechos, incluso en actividades recreativas y relaciones sociales.

El Sistema de Salud de Honduras no ha contemplado como una prioridad la salud mental, en el año 2004, se elaboró el documento “Política Nacional de Salud Mental”⁷⁴, el cual es un acuerdo ministerial, que entre otros aspectos hace alusión a la descentralización de los servicios y a una participación activa de la comunidad en la rehabilitación y reinserción de los pacientes con trastornos mentales empero no ha sido aprobado por el Congreso Nacional.

En nuestro estudio encontramos que la Casa de Medio Camino es una buena alternativa terapéutica como lo proponen otros investigadores^{7,24,25} de que las personas con trastornos mentales tratados en su comunidad en un ambiente menos “hospitalario” tiene una mejor respuesta y una mejor socialización que los que son tratados puramente en un ambiente hospitalario.

Además se observó que efectivamente son una alternativa que se deberá establecer en otras comunidades, pues de acuerdo a los resultados obtenidos, el 95,2% de los pacientes en indigencia médica que ingresaron al programa mostraron una disminución de su sintomatología psicótica.

Al tratar a los pacientes que sufren trastornos mentales con el modelo terapéutico Casa de Medio Camino además de ser efectivo, es más económico, pues el costo por día por paciente en Casa de Medio Camino es L.45.76 (US\$2.40) mientras que un paciente que recae le significa al hospital un costo por día de L.432.15 (US\$22.71).

Consideramos este estudio como un trabajo piloto que haciendo ajustes desde todos los niveles pueden solventar al menos en parte el problema de los trastornos mentales crónicos en indigencia.

CONCLUSIONES

El 95,2% de los pacientes presentó respuesta terapéutica. No hubo diferencia en la respuesta terapéutica entre los pacientes en indigencia médica con red de apoyo y sin red de apoyo con una $p=0.47$, esto hace que la Casa de Medio Camino sea contención para los pacientes.

Posterior a la intervención se observa que el 95,23% de los pacientes elevaron su puntaje de menos de 130 a más de 130 impactando más en el mantenimiento propio y del hogar, salud mental y vivienda.

La Casa de Medio Camino resulta ser una opción terapéutica económica para los pacientes con trastornos mentales crónicos.

III. SEGUIMIENTO

A dos años de haberse inaugurado la casa de medio camino en Juticalpa, Olancho, continúa funcionando: los pacientes asisten con regularidad a sus consultas psiquiátricas y a las actividades recreativas y ocupacionales diarias programadas. De 21 pacientes que originalmente entraron al programa se mantienen 14, debido a que el resto viven en

aldeas y no cuentan con recursos económicos para su desplazamiento. Los que continúan en el programa se mantienen sin síntomas psicóticos, con buena adaptación familiar y aceptable calidad de vida.

El Postgrado de Psiquiatría mantiene la atención psiquiátrica y colabora en la atención de pacientes remitidos del hospital regional que no cuenta con especialistas en psiquiatría.

Las autoridades municipales y los líderes de la comunidad están brindando el apoyo correspondiente garantizando la continuidad de la casa de medio camino.

En vista del éxito obtenido ésta experiencia a las autoridades municipales afiliadas a la Asociación de Municipalidades de Honduras (AMHON) para motivarlos a que se establezcan casas de medio camino en sus respectivas regiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud. Indicadores Básicos.** Situación de Salud de Honduras. 2008
2. **Chirinos A, Munguía A, Lagos A, Salgado J, Reyes-Ticas A, Padget D, Donaire I.** Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 16 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001. *Rev Med Post UNAH*, Vol 7, No. 1, Enero-Abril, 2001
3. **Palacios H, Mass C, Almendarez D, Jerezano A, Reyes-Ticas A, Villalobos C.** Situación estructural y funcional del sistema nacional de salud mental en Honduras, 2003
4. **Departamento de Salud Mental, Secretaría de Estado en los Despachos de Salud.** Política Nacional De Salud Mental. Honduras, 14 de Enero del 2004
5. **Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Saxena S, Sarraceno B.** Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica/ Panam Health* 18(4/5), 2005
6. **Periódico El Heraldo**, 13 de Julio, 1990
7. **Bobadilla JL.** Avances y retos en el establecimiento de prioridades en Salud. *Salud Pública, México*, 34; 1992
8. **John Howard Society of Alberta.** Halfway houses. *The Reporter*. Vol 19, No. 1, may 2002
9. **WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000)** Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* v.78 n.4
10. **Saraceno B, Saxeno S, Caraveo-Adnuaga J, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, et al.** Los Trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*.2005; 18 (4-5): 229-240.
11. **Diccionario Vértice de la Lengua Española.2da ed. La Coruña:** Editorial Everest; 2004. Indigencia; p.309
12. **Pérez R.** Servicios de Salud Mental. plandesaludgobiernodecanarias.org
13. **Desviat M.** La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de Salud Mental* 2006;25:8-14.
14. **Kesselman Hernan.** Desmanicomialización en la formación de trabajadores en salud mental. *Rev. Zona Erógena* 1993; 14.
15. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** IV Cumbre del mecanismo Permanente de consulta y Concertación Política Grupo de Río "Declaración de Caracas" Oct.1990.
16. **Barbotte DE, Guillemin F, Chou N, y LorhandicapGroup.** Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001. 79(11)
17. **Asociación de Salud Mental y Psiquiatría comunitaria.** Las Personas con Enfermedad Mental Crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV. País Vasco, 2000.

18. **Reyes Ticas, A. Manual de Exploración Psiquiátrica.** 1ra ed. Tegucigalpa. Editorial Universitaria (2000).
19. **Harvard Univ Hlth Svcs. Psychosis Rating Scale.** UpToDate 2008 Disponible en URL: www.uptodate.com
20. **Bigelow D, Gareu M, Young D.** Quality of life questionnaire- Interviewer Rating version. Western Mental Health Research Center. Oregon Health Sciences University Portland, Oregon.
21. **Glantz S.** Experiments when each subject Receives More Than One Treatment. Chapter 9. 6th Ed. McGraw-Hill/Medical Publishing Division, New York, USA. pp: 354-7
22. **Leíbe M, Kallert T W.** Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes. Eur Psychiatry Ed.Esp. (2001); 8:93-94
23. **Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al.** Quality of life in Schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. Acta Psychiatr Scand 1996; 94: 118-24
24. **Newman S y Ridgely S.** Independent Housing for persons with Chronic mental illness" Administration and Policy in Mental health 21 (3):199-215
25. **Jones, M.** The Concept of A Therapeutic Community. Am J Psychiatry 1956 112: 647-650

Dirección para correspondencia:

Américo Reyes Ticas

*Coordinador Académico Postgrado de Psiquiatría,
Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)*

Email: americo@honduras.com

Política Nacional de Salud Mental: Experiencia de El Salvador

National Policy of Mental Health: Experience of El Salvador

Carlos Escalante

Psiquiatra

Jefe del Programa Nacional de Salud Mental. El Salvador

Maribel de la Rosa

Psicología

Programa Nacional de Salud Mental. El Salvador

Lorena Bonilla

Enfermera

Programa Nacional de Salud Mental. El Salvador

Félix Evangelista

Psicólogo

Programa Nacional de Salud Mental. El Salvador

Hazel Valdez

Médico

Programa Nacional de Salud Mental. El Salvador

RESUMEN

En El Salvador se hizo necesario y urgente contar con lineamientos que canalizaran el accionar en materia de Salud Mental de las diferentes instituciones y organizaciones a nivel nacional, ya que al conocer la realidad de los servicios de Salud Mental, según evaluación IESM-OMS 2006 se citaron los siguientes datos: en gastos de salud el 1% esta destinado a Salud Mental y de esto el 93% a gastos del Hospital Psiquiátrico. Menos de la mitad de los establecimientos cuentan con psicofármacos, Se cuenta con 2.9 camas por 100,000 habitantes.

Las debilidades encontradas eran la falta de legislación, la no promoción y protección sistemática de los derechos humanos de los pacientes con problemas mentales, la concentración de los recursos en la capital del país y la poca disponibilidad de recursos para Salud Mental.

Dentro de los antecedentes en materia de Salud Mental se pueden citar los compromisos re-

ABSTRACT

In El Salvador, there was a need and urgency to count on directions to drive for results in terms of Mental Health among the different organizations nationwide, as the results of the IESM-OMS 2006 evaluation show the following: when it comes to Health expenses, 1% is budgeted for Mental Health and, from this, 93% goes to the Psychiatric Hospital expenses. Less than half of the entities have psychoactive drugs. There are 2.9 beds per 100,000 people.

Some of the weaknesses found are the lack of legislation, there's no systematic promotion and protection of the patients with mental disorders human rights, concentration of resources in the Capital and low Mental Health resources availability.

As part of the background in terms of Mental Health, we may mention regional commitments, such as: the Government Program "La nueva alianza"; El Salvador permanent member of Mental Health policies forum, initiated in Dominican

gionales tales como: el programa de Gobierno La Nueva Alianza; El Salvador miembro permanente del foro de políticas de Salud Mental iniciado en República Dominicana con asistencia de la OMS, Establecimiento de convenios de cooperación técnica (TCC) con países de la región para el fomento de políticas OPS- OMS.

En tal sentido se hizo necesario considerar el diseño de una Política de Salud Mental que provea de un instrumento fundamental por medio del cual se aborde de manera integral las metas a alcanzar, se establecieran prioridades, se dividieran y compartieran responsabilidades entre los diversos sectores y actores involucrados y se definieran las acciones necesarias a ejecutar, a fin de mejorar las situación de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, problemas neurológicos, condiciones adictivas y problemas psicosociales en el entorno familiar y de la comunidad. En este sentido, la Política Nacional de Salud Mental establece los principios y las acciones estratégicas principales para ser implementadas a nivel nacional.

Palabras claves: *Salud Mental, vigilancia de la salud mental, Plan Nacional de Salud Mental, atención primaria en salud y niveles de atención.*

INTRODUCCIÓN

La constitución de la republica de El Salvador², reconoce a la persona humana como el origen y fin de la actividad del Estado, y que en consecuencia esta obligado a protegerla (Art. 1). Los derechos humanos están reconocidos para todas las personas sin discriminación de ningún tipo. De acuerdo con el Art. 35, el Estado protegerá la salud mental y en el Art. 37 se establece que promoverá el trabajo y el empleo de las personas con limitaciones o incapacidades físicas, mentales o sociales. Así mismo el Art.70 establece que el Estado tomara a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean hábiles para el trabajo.

En 1990, surgió como resultado de un análisis critico del estado de Salud Mental en

Republic with assistance from OMS; establishment of technical cooperation agreements (TCC) with countries from the region to promote OPS-OMS policies.

In this regard, it was necessary to consider the design of a Mental Health Policy which provides an instrument to integrally address the goals, establish priorities, divide and share responsibilities among the different parties involved and define actions to be taken in order to improve the situation of people with mental and behavior disorders, neurological problems, addictive conditions and psychosocial problems within their families and community. In this matter, the Mental Health National Policy establishes the principles and the main strategic actions to be implemented nationwide.

Key words: *Mental health, Mental health policy, Mental health national plan, Health primary care, Care levels.*

las Américas, la Declaración de Caracas, la cual considero que el mejoramiento de la atención en salud mental era posible a través de alternativas comunitarias de atención, y por acciones de salvaguardas de los derechos humanos e inclusión de social de las personas afectadas por trastornos mentales.

En el año de 2000 se destaca la creación del Consejo Nacional de Salud Mental³, coordinado por la Secretaria Nacional de la Familia y se le atribuye, entre otras, las funciones de coordinar revisar y aprobar las políticas y estrategias nacionales para promover un enfoque integral de la salud mental de la población y proponer medidas para su ejecución alas instituciones publicas y privadas respectiva además favorecer el desarrollo, aprobación, difusión, y aplicación de la política y de el programa nacional de salud mental.

Con referencia a la legislación internacional, la Organización de las Naciones Unidas, ONU, promueve entre los países miembros la implementación de las leyes que garantizan los derechos de las personas con trastornos mentales. Así como otras resoluciones para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. Así como otras resoluciones para proteger los derechos de la persona en su carácter integral.

En relación a lo anterior en El Salvador se realizó un análisis de los sistemas de salud (2006 OPS/OMS) el cual permitió identificar las acciones prioritarias que se debió desarrollar en el campo de la salud mental, para lograr los cambios que en esta materia debe ser impulsado.

Uno de los productos logrados posterior a esta evaluación es la creación de la Política Nacional de Salud Mental y registrar una de las experiencias exitosas que como país se ha tenido en materia de Salud Mental ;ya que permite poner de manifiesto el fruto del trabajo de toda una coordinación intersectorial interinstitucional que dio como resultado un documento final de Política Nacional de Salud Mental en la cual se establece las líneas estratégicas y acciones para el logro de los objetivos establecidos en materia de salud mental, para lo cual es importante reconocer que la participación ciudadana y la gestión democrática contribuye a la implementación de acciones orientadas al fomento, promoción, protección, prevención y rehabilitación de Salud Mental.

En 2007, la ley de creación del Sistema Nacional de Salud estableció en su Art. 3 que el SNS tiene como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio. En el Art.4, se define como uno de los objetivos del sis-

tema “Desarrollar un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y del daño en el individuo, la familia y la comunidad” estos elementos se desarrollan a partir de 2008 por medio de la Política Nacional de Salud, la cual ha establecido como uno de los retos nacionales en salud y como política promover, fomentar, y proteger la salud mental, consignándolo en la estrategia 14 **toxicomanías, violencia, y salud mental:** definir estrategias orientadas al mejoramiento de la atención integral a la Salud Mental, a la reducción del alcoholismo y toxicomanías y a los aspectos vinculados a la salud mental que se identifique con respecto a la violencia social contra la mujer.

En tal sentido la Política Nacional de Salud Mental se convierte en una política específica derivada de la Política Nacional de Salud.

MÉTODO

Para el diseño de la Política Nacional de Salud Mental se elaboraron términos de referencia para la contratación de un consultor que trabajaría desde la conducción del proceso elaboración, consenso y validación del documento.

Para el proceso de elaboración del documento se utilizó la estrategia de mesas de trabajo integradas por trabajadores de la Salud Mental de 36 instituciones, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y municipales. Quienes fueron convocados a jornadas de trabajo de 8 horas cada 15 días en grupo ampliado y cada 8 días con el equipo conductor del proceso.

El trabajo inicial consistió en la revisión de un primer borrador de la Política de Salud Mental el cual había sido elaborado en el año 2003 pero no finalizado.

Sobre este borrador se iniciaron una serie de observaciones las cuales dieron lugar al diseño de matrices que permitieran a los participantes consensuar sus aportes en áreas específicas que un documento de Salud Mental debería contener el cual estaba integrado por el consultor contratado, el Consejo Nacional de Salud Mental, Programa Nacional de Salud Mental, y asesores de salud mental asignados al Consejo Nacional de Salud Mental.

Las matrices diseñadas para el trabajo integraban componentes de trabajo tales como: Valores, objetivos, comunicación, género, violencia, integralidad, marginación, derechos humanos, ejes programáticos, riesgos, prevención, adicción, familia, estilo de vida, morbilidad psicológica, discapacidad, participación, presupuesto, y financiación para los programas de Salud Mental, disseminación, evaluación, monitoreo, seguimiento y negociación entre otros elementos.

La modalidad del trabajo por mesas facilitaba el aporte técnico de los diferentes trabajadores de la salud mental, ya que los contenidos trabajados en una mesa era revisada por el resto de las mesas, y eran devueltos con las respectivas observaciones, al equipo conductor quienes las incorporaban al documento para ser revisada en la próxima reunión, generándose así un proceso de retroalimentación y una versión sistemática de cada componente.

RESULTADOS

Los logros de las mesas de trabajo concluyen en la formulación de las medidas de política, estrategias de políticas y líneas de acción que se dejan plasmadas en el documento con el objetivo de regular la atención que se brinda a la población en lo que respecta a salud mental.

Acá solamente se mencionan las medidas y estrategias de política que contiene el documento:

LINEAS ESTRATEGICAS	ACCIONES
<p>Financiación Elaboración, gestión y ejecución efectiva de los presupuestos anuales de las distintas instituciones para el desarrollo de planes y programas de Salud Mental, con la participación de los responsables de estos servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar la inversión y el gasto público en acciones de salud mental. • Incrementar el financiamiento de las instituciones miembros y colaboradores del Sistema para la ejecución de las acciones de salud mental.
<p>Intersectorialidad Desarrollo de mecanismos de coordinación intersectorial para el fortalecimiento de la estructura institucional en la atención de la salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la incorporación y participación de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en la ejecución de actividades de salud mental, según área geográfica de influencia. • Formular e implementar programas de salud mental en los establecimientos, centros u organizaciones prestadoras de servicios de salud, orientados a la complementariedad de las acciones y la optimización de los recursos • Promover y fortalecer espacios de participación de los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares para el desarrollo de acciones conjuntas con instituciones vinculadas.

<p>Recursos Humanos y Capacitación Gestión, desarrollo y fortalecimiento del recurso humano para los servicios de salud mental, de acuerdo con las necesidades actuales y futuras del país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el diagnóstico de los recursos humanos en salud mental para determinar la brecha entre la disponibilidad y los requerimientos que para el modelo de atención integral en salud define el Sistema. • Diseñar e implementar programas de capacitación y educación permanente en salud mental, que respondan al modelo definido. • Definir de manera coordinada entre el sector salud y el sector educación, los perfiles profesionales y técnicos para la formación calificada de los recursos humanos en salud mental que requiere el Sistema y coordinar acciones para garantizar su cumplimiento. • Fortalecer la implementación de medidas y acciones de auto cuidado de la salud mental del recurso humano y sus familias en las instituciones miembros del Sistema Nacional de Salud.
<p>Sistemas de Información Diseño e implementación de un sistema integrado de información en salud que permita a las instituciones miembros y colaboradores del Sistema Nacional de Salud la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes y programas en salud mental, que incidan en los factores determinantes de la salud mental y coadyuven al fortalecimiento de los servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un sistema de vigilancia en salud mental que oriente la toma acertada de decisiones, estableciendo el marco conceptual, estándares e indicadores que faciliten la evaluación de la efectividad de los planes y programas. • Fortalecer los mecanismos de comunicación entre las instituciones miembros del SNS, que permitan disponer de información veraz, accesible y oportuna sobre discapacidad mental con enfoque de equidad, género y derechos. • Fortalecer los mecanismos de control y vigilancia que aseguren la aplicación de las normas jurídicas y las normas de atención integral en salud mental
<p>Investigación en Salud Mental Diseño y ejecución de estudios e investigaciones en materia de salud mental para apoyar la toma acertada y oportuna de decisiones para incorporar cambios en el diseño y desarrollo de los planes y programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la investigación en salud mental a partir de el análisis de las condiciones de vida de las necesidades de los grupos mas vulnerables, desde la primera infancia, edad escolar y adolescencia, como base a principios éticos, bioéticos, y científicos • Fomentar el desarrollo de tecnologías sanitarias apropiadas y costo-efectivas en función de las prioridades y retos nacionales en salud mental.

<p>Mejora de la Calidad</p> <p>Fortalecimiento de los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, con eficiencia y eficacia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover los procesos de certificación de los profesionales especializados en salud mental. • Consolidar el proceso de modernización de las instituciones y actores vinculados con la salud mental, mediante la dotación adecuada de recursos humanos, financieros, infraestructura y materiales en cantidad y calidad de acuerdo a los niveles de atención. • Descentralizar la atención psiquiátrica hacia un modelo comunitario e interdisciplinario que incluya la promoción de la salud mental y el fortalecimiento en el primer nivel de atención. • Garantizar que los planes de acción de los servicios de atención en salud mental incluyan el enfoque de género, la atención a grupos minoritarios y grupos vulnerables, poniendo en perspectiva las condiciones socioculturales y las conductas de riesgo.
<p>Organización de los Servicios</p> <p>Fortalecimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para la reducción de los problemas Psicosociales, cognitivos, afectivos y relacionales de la población con énfasis en los grupos vulnerables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la desconcentración del recurso humano de salud mental según necesidades en los niveles de atención de los establecimientos priorizando la atención primaria en salud. • Fortalecer la coordinación de los establecimientos de salud con servicios de rehabilitación, propiciando su articulación en red desde la comunidad hasta el tercer nivel de atención • Incorporar la atención de salud mental dentro de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria. • Crear y fortalecer redes de instituciones y organizaciones locales para el desarrollo de programas y proyectos de prevención en salud mental dirigidos a grupos vulnerables. • Fortalecer la capacidad de gestión de riesgo y desarrollo de habilidades de intervención para prevención y preparación de la respuesta emocional en situaciones de emergencia, epidemia y desastres.

<p>Promoción de la salud mental</p> <p>Fortalecer la capacidad de gestión de riesgo y desarrollo de habilidades de intervención para prevención y preparación de la respuesta emocional en situaciones de emergencia, epidemia y desastres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar acciones para la promoción de la salud mental por medio de redes institucionales y comunitarias que estimulen las capacidades funcionales del individuo • Implementar espacios comunitarios que contribuyan al desarrollo, promoción y aprovechamiento efectivo de los talentos, habilidades y destrezas de todos los grupos vulnerables con la participación coordinada de instituciones, comunidad y familia. • Fomentar la creación de espacios seguros, accesibles y adecuados para realizar actividades físicas, recreativas y deportivas que contribuyan al desarrollo de conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población.
<p>Prevención, Tratamiento y Rehabilitación</p> <p>Fortalecimiento de los planes, programas y proyectos para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la planificación nacional, regional y local con enfoque preventivo de los problemas de la salud mental. • Fomentar acciones para la detección oportuna de riesgos y daños a la salud mental en los ambientes familiar, comunitario, laboral y educativo. • Fortalecer acciones de prevención y tratamiento para grupos vulnerables, considerando sus características de género, edad y factores de riesgo tales como malnutrición, discapacidad, pobreza o abandono social. • Fortalecer acciones para la identificación, valoración e intervención en riesgos y daños a la salud mental de la población ante situaciones de violencia, abandono, emergencias y desastres. • Desarrollar e implementar programas para la rehabilitación y reinserción social de personas con conductas adictivas, en los tres niveles de atención de las instituciones miembros del Sistema.
<p>Marco legal y Derechos Humanos</p> <p>Modernización y aplicación del marco legal que responda en forma efectiva al deber del Estado de proteger la salud mental en el contexto de los derechos humanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover y desarrollar acciones que contribuyan a garantizar el cumplimiento del derecho de la población a la salud mental y a la atención oportuna de los trastornos mentales.

	<ul style="list-style-type: none"> •Desarrollar un marco regulatorio aplicable a los medios masivos de comunicación para la protección y fomento de la salud mental de la población. •Proponer acciones para atender de manera oportuna los efectos y consecuencias de la legislación internacional en el ámbito de salud mental con pertinencia a la realidad del país. •Divulgar por medios apropiados y dinámicos los estándares internacionales y normas generales de Derechos Humanos que protegen a las personas con problemas de salud mental.
--	--

DISCUSION

La dinámica del proceso de elaboración del documento de Política Nacional de Salud Mental propicio espacios para visualizar la importancia de diversos aspectos que deberían ser tomados en cuenta para el diseño de este tipo de documento continuación se citan alguno de ellos:

- La priorización de las instituciones, organizaciones no gubernamentales y municipalidades idónea para aportar al proceso

- Durante la conducción de este proceso se logro una completa integración de los referentes de salud mental de cada instancia, quienes facilitaban aportes integrales y puntuales para el documento.

- Se comprobó la importancia del trabajo previo, en la estrategia de la intersectorialidad para contar con la estructura social que permita diseñar documentos normativos y regulatorios en el tema de Salud Mental.

- A partir de la elaboración del documento del Plan Nacional de Salud Mental surge la necesidad de elaborar un Plan de implementación de dicha Política, a fin de que todas las instituciones publicas privadas que están relacionadas en el que hacer de Salud Mental, orienten su actuar en base a dicha política. Lo cual hace necesario el desarrollo de un amplio proceso de socialización con todos los sectores de la sociedad.

AGRADECIMIENTOS

El trabajo de elaboración de la Política Nacional de Salud Mental, fue posible gracias al apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, y la participación de las siguientes instituciones, organizaciones y equipo de asesores de Salud Mental del país: Medicina Legal, Juzgado Tercero de Familia, Fiscalía General de la República, Universidad de El Salvador, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Consejo Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Publica, Policía Nacional Civil, Secretaria Nacional de la Familia, Asociación Nacional de Enfermería, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Invadidos, Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, Procuraduría General de la República, Comisión Nacional Antidrogas, Red Viva El Salvador, Universidad Francisco Gavidia, Instituto Salvadoreño de la Niñez y la Adolescencia, Hospital Nacional Psiquiátrico, Universidad Tecnológica, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Corte Suprema de Justicia, Las Dignas, Ministerio de Educación, Cruz Roja Salvadoreña, Visión Mundial, Fuerza Armada, Arquidiócesis de San Salvador, Comité de Proyección Social, COMURES, ACISAM.

REFERENCIAS

- 1-Constitución Política de la República de El Salvador de 1983 actualizada hasta reforma introducida por el DL N° 56, del 06.07.2000
- 2-Diario oficial, ramo 348, numero 159. 28 de agosto de 2000.
- 3-Informe sobre sistemas de salud mental en Nicaragua, El Salvador, Guatemala. IESM – OMS. OPS 2006.

*Dirección para correspondencia:
Carlos Escalante
Psiquiatra
Jefe del programa nacional de salud mental
El Salvador
Email: c.escalante1935@hotmail.com*

Suicidio en Centroamérica y República Dominicana, 1998-2008

Suicide in Central America and the Dominican Republic, 1998-2008

Andrés Herrera

Médico

Unidad de Salud Mental.

Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS-UNAN-León (Nicaragua)

Lucía Solórzano

Psicóloga

Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS-UNAN-León (Nicaragua)

Víctor Aparicio Basauri

Psiquiatra

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS)

Panamá

Trinidad Caldera

Psiquiatra

Unidad de Salud Mental.

Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS-UNAN-León (Nicaragua)

RESUMEN

El suicidio es un problema de salud pública en Centroamericana y República Dominicana. Este estudio tuvo como objetivo recopilar información sobre tasas de suicidio en Centroamérica y República Dominicana entre los años de 1988 a 2008.

Metodología: Consistió en revisión de material secundario obtenida de registros oficiales de los Centros de Estadísticas, Ministerio de Salud, OPS/OMS, RESSCAD, además de artículos científicos, material gris no publicado. El cálculo de las tasas por suicidios y lesiones auto-infligidas para un año determinado, se hicieron basados en lo establecido por la OMS/OPS en 1992.

Los resultados destacan un aumento en tasas de suicidio por 100,000 habitantes en: Panamá, Costa Rica, Nicaragua y República Dominicana. Panamá, la tasa de suicidio en 1988 fue de 3.7, creciendo hasta 5.09 para el 2008. En 1988, Costa Rica reportó 4.93; para el año de 2008 de 7.14.

ABSTRACT

Suicide is public health problem in Central American and Republic Dominicana. This study had as a purpose compiling information on rates of suicide in Central America and the Dominican Republic between the years of 1988 to 2008.

Methodology: It consisted under review of secondary material obtained of official registries of the Centers of statistical, Ministry of Health, PAHO/WHO, RESSCAD, in addition to scientific articles, material gray unpublished. The calculation of the rates by suicides and self-inflicted injuries for a given year were done based in the provisions of WHO/PAHO in 1992.

The results point out an increase in rates of suicide per 100,000 `population` in: Panama, Costa Rica, Nicaragua, and the Dominican Republic. Panama, the rate of suicide in 1988 was of 3.7, growing up to 5.09 for 2008. In 1988, Costa Rica reported 4.93; for the year of 2008 of 7.14. Nicaragua in 1990 registered a suicide rate of 2.2,

Nicaragua, en 1990 registró una tasa de suicidio de 2.2, incrementando a 13.21 en el 2007. República Dominicana, la tasa reportada en 1990 fue de 3.66 aumentando a 5.57 para 2008. En Guatemala la tasa fluctuó de 1.8 en 1990 a 3.3 en 2004. Sin embargo, Honduras presentó en 1988 una tasa de 5.4, decreciendo a 1.18 en 2006. El Salvador se registró una tasa de 11.4 en 1990, disminuyendo a 6.9 para 2005.

En conclusión los países con tasas de suicidio más altas fueron: Nicaragua con 13.21 (x 100,000 hab), Costa Rica 7.14 (x 100,000 hab), seguido de El Salvador con 6.90 y por último República Dominicana con 5.57 (x 100,000 hab).

Palabras claves: Suicidio, Tasas, Centroamérica, República Dominicana

increasing to 13.21 in 2007. The Dominican Republic, the rate reported in 1990 was of 3.66 increasing to 5.57 for 2008. And Guatemala, rate ranged of 1.8 in 1990 to 3.3 in 2004. However, Honduras presented in 1988 a rate of 5.4, decreasing to 1.18 in 2006. El Salvador was recorded a rate of 11.4 in 1990, declining to 6.9 for 2005.

In conclusion the countries with higher suicide rates were: Nicaragua with 13.21 (x 100,000 inhab), Costa Rica 7.14 (x 100,000 inhab), followed by El Salvador with 6.90 and finally the Dominican Republic with 5.57 (x 100,000 inhab).

Key words: Suicide, Rates, Central America, Dominican Republic

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida ha incrementado alrededor del mundo y es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública siendo señalado como una de las primeras causas de muerte en jóvenes en los países en desarrollo (WHO 1995).

El *Informe Mundial sobre la salud en el mundo 2001* publicado por la Organización Mundial de la Salud señalaba que aproximadamente 814.000 defunciones en el 2000 podían ser atribuibles a las conductas autoagresivas, incluyendo el suicidio (World Health Organization 2001). Asimismo, se estimaba que los intentos de suicidio están en una proporción de: 20 a 1 respecto a los suicidios y los adolescentes que tienen una conducta autoagresiva, sólo un 50% solicita atención. Por otra parte, se sabe que los cambios demográficos también influyen en las tasas de suicidio y con el envejecimiento de la población estas tasas aumentan.

Es opinión de los investigadores y de los profesionales de Salud Mental que el suicidio encuentra dificultades socio-culturales al momento de su exploración (la de-

claración de suicidio puede marcar la denegación de servicios religiosos) y también deben tomarse en cuenta los aspectos éticos como el respeto a la familia, valores culturales (Salander Renberg 1998).

La conducta suicida ha sido comparada con un Iceberg, de la cual se conoce únicamente lo que aflora a nivel público, -los intentos de suicidio y los suicidios consumados-. La presencia de ideas suicidas, pensamientos suicidas y/o planes suicidas han sido objetos de investigaciones muy específicas. Más aún la búsqueda de las actitudes y valores hacia la conducta suicida (Salander Renberg 1998).

Los estudios frecuentemente tienen como fuente de sus datos los registros de las emergencias de los hospitales, los certificados de defunción, se ha buscado en las publicaciones periodísticas. Hasta el momento ninguna de las fuentes contiene el 100% de los casos de suicidios; considerándose que el sub-registro es significativo, impidiendo la evaluación confiable del problema.

Únicamente se cuentan con aproximaciones muy cercanas a la realidad de esta

temática; estudios de vigilancia epidemiológica instalados en las salas de emergencias de hospitales generales han permitido una aproximación a la conducta suicida (intentos de suicidio y suicidios consumados) (Caldera, Herrera et al. 2004). Un reciente estudio comunitario sobre conducta suicida en Nicaragua ha evidenciado que el 46% de los jóvenes de 15-24 años reportaron en los últimos 12 meses algún tipo de conducta suicida (Herrera, Caldera et al. 2006). De igual manera a través de estudio cualitativos se ha demostrado que las principales categorías relacionadas con la conducta suicida en mujeres jóvenes son: problemas de condiciones materiales entre ellas la pobreza, valores; y segundo, problemas negativos en la vida, problemas emocionales y dificultades para resolver problemas (Herrera, Dahlblom et al. 2006).

Las principales fuente de información Centroamérica y República Dominicana han sido los trabajos publicados por OPS/OMS, RESSCAD y los datos que suministraron los Ministerios de Salud a través de los puntos focales o de sus páginas Web. Sin embargo, interesan estudios subregionales que detallen mejor la situación y los factores que influyen sobre la misma con el fin de hacer abordajes contextualizados a las diferentes realidades nacionales y culturales. Por tanto, este estudio buscó información sobre conducta suicida en Centro América y República Dominicana y su relación con los determinantes sociales de salud en los últimos 20 años; enfocado específicamente en conocer los modelos de diagnóstico legal del suicidio en los diferentes países, describir las tasas de suicidio nacionales grupos etarios y género, conocer las tasas de suicidio en base a la distribución administrativa del país y presentadas por quinquenios, describir y analizar los métodos de suicidio por cada país, así como, revisar los programas o planes de pre-

vención de las conductas suicidas existentes en los países de Centro América y República Dominicana.

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

La revisión partió de los datos más relevantes en el mundo haciéndose énfasis en Centroamérica y República Dominicana. La bibliografía consultada incluye artículos científicos, revisión de las investigaciones sobre el tema de suicidios en los países de la subregión, libros y documentación de organizaciones relacionadas con el suicidio como OPS/OMS, RESSCAD, Centros de Estadísticas de cada país, Ministerio de Salud de los países participantes. La revisión contempló el periodo de Enero 1988 a diciembre 2008. Basados en la OMS/OPS 1992, las tasas de mortalidad por suicidios y lesiones autos infligidos se calculan como el cociente, para un año determinado, entre el número de defunciones estimadas por suicidios y lesiones auto infligidas divididas por la población de los grupos de edad especificados, multiplicados por 100,000 (OPS/OMS 1992). Para el cálculo de las tasas se hizo uso de los censos Nacionales de cada país y en los que no se tenía se hizo basada en la población proyectada usada por los Ministerios de Salud o por los Institutos de Estadísticas y Censo.

RESULTADOS

Aspectos sobre los diagnósticos y registros de los suicidios.

En los países de Centro América y República Dominicana los diagnósticos oficiales de las muertes por suicidios son realizados por el personal de salud en los hospitales o centros de salud. También, ellos se auxilian para dilucidar responsabilidades de la policía judicial, así como, de instituto de medicina forense. Y los registros se pueden encontrar en los datos de epidemiología y los centros de estadísticas de cada país.

Tasas de suicidio (por 100,000 habitantes) en ambos sexos, en Centroamérica y República Dominicana desde 1988 hasta 2008. (Cuadro N.º 1)

Se encontró que los países con mayor incremento en las tasas de suicidio fueron Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Belice y República Dominicana.

En Panamá se observó 3.7 suicidios en 1988 y 5.09 suicidios por 100,000 habitantes en 2008. Por otra parte, Costa Rica reportó en 1988 una tasa de 4.93, llegando a 7.14 en 2008. Mientras tanto en 1990, Nicaragua presentó una tasa de 2.2, aumentando a 13.21 en el año 2007. Comparativamente, en República Dominicana la tasa de suicidio en 1990 fue de 3.66, llegando a 5.57 en 2008.

Asimismo, en el caso de Belice, se indica una disminución en sus tasas, sin embargo, se es prudente con el uso de dichos datos debido a la escasez de registros.

Al estudiar Honduras se encontró una disminución que va de 5.4 suicidios en 1988 a 1.81 suicidios por 100,000 habitantes en 2006. También, El Salvador reportó una disminución de sus tasas pasando de 11.4 suicidios en 1990 a 6.90 suicidios por 100,000 habitantes en 2005. Finalmente, en Guatemala se observa un incremento de las tasas de suicidios de 1.8 en 1990 a 3.2 suicidios por 100,000 habitantes para 2004.

Tasas de Suicidio por sexo (por 100,000 habitantes) Centroamérica y República Dominicana, 1988 - 2008. (Cuadro N.º 2)

Las tasas de suicidio por sexo en Centroamérica y República Dominicana, son al igual que otros países, mayores en los hombres. En la mayoría de los países se presenta un aumento en las tasas de suicidio en hombres, a excepción de El Salvador, Honduras, Belice y Guatemala, país donde casi no se

noto variabilidad en sus tasas. Las tasas en mujeres no presentaron mayor variabilidad en sus resultados, sin embargo, en Nicaragua se observó un aumento importante desde 1990 hasta 2007; caso opuesto a países como Honduras y El Salvador donde se observan cifras menores de las mismas, pero esto se puede deber a problemas en los registros.

En el caso de Panamá, las tasas de suicidio en hombres en 1989 fueron de 5.1, aumentando 11.1 en 2003, hasta llegar a 8.85 en el año 2007. Mientras las tasas de suicidio en mujeres fueron de 0.8 en 1989, alcanzando 2.2 en el 2004, para luego pasar a 1.26 en 2007.

Las tasas de suicidio varían de un país a otro, Costa Rica en 1988 reportó una tasa de suicidio de 8.40, elevándose en el año 2006 a 12.82, manteniéndose en 12.36 durante 2008. La tasa de suicidio en mujeres fue de 1.33 en 1988, creciendo hasta 2.60 en 2003, continuando en 1.74 en 2008.

En 1990, Nicaragua presentó una tasa de suicidio de 3.1 en los hombres y en las mujeres fue de 1.4; en 2005, los hombres alcanzaron una tasa de 19.10, mientras que para el 2001 las mujeres reportaron una tasa de 12.72. El año 2007, los hombres notificaron una tasa de 16.23, y las mujeres 10.62 suicidios por 100,000 habitantes.

También, Honduras en 1988 se encontró tasas de suicidios en hombres de 8.8, y en las mujeres 2.2. Pero por otra parte, en el año 2005 las tasas de suicidios en los hombres disminuyeron hasta 2.62, mientras en las mujeres obtuvieron 0.99.

El Salvador reportó en 1990 una tasa de suicidio para hombres de 15.6 y las mujeres de 7.7. Para el año 2005, las tasas se redujeron, los hombres obtuvieron 10.3, y las mujeres 3.5.

En Guatemala en 1990 se encontró tasas de suicidio en los hombres de 2.9, y en las mujeres de 0.6. Mientras en el 2004, las tasa reportada en hombres fue de 2.85 y las mujeres de 1.04 suicidios por 100,000 habitantes.

En Belice durante el año de 1989 se hallaron tasas de suicidio en hombres 1.1 y las mujeres no se encontraron datos disponibles. Para el año 2007, los hombres llegaron a reportar tasa en 4.50 y las mujeres en 1.50.

Finalmente, República Dominicana reportó para 1990 tasas de suicidio en hombres de 5.95 y en mujeres de 1.35. Durante el 2008, las tasas en hombres aumentaron hasta 9.42 y en mujeres se mantuvo en 1.72 suicidios por 100,000 habitantes.

Tasas de Suicidio por estratos de edad (por 100,000 habitantes) en Centroamérica y República Dominicana 1988-2008. (Cuadro N.º 3A y 3B)

La distribución de tasas de suicidio en grupos de edades presenta algunas diferencias entre países Centroamericanos y República Dominicana. Las tasas más altas pertenecen a los grupos de edades de 15-24 años y de 65 años a más. En Nicaragua, El Salvador y Guatemala predominan en el grupo de 15-24 años, mientras que Belice, Panamá, República Dominicana y Costa Rica se encontraron en el grupo de 65 años a más. Por otra parte, Panamá, Costa Rica y Honduras coincidieron en los principales grupos de edades con tasas más altas que son los de 45-64 años y 65 años a más. El Salvador y Nicaragua tienen grupos de edades similares con tasas más altas. También, en Belice, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua se observa variación en las tasas de suicidio por grupos de edades.

Cuando se estudio el período de 2001-2003, en Panamá y Costa Rica predominaron

las tasas más altas en los grupos de 45-64 años y 65 años a más.

En Nicaragua durante el periodo de 1996-2005 los grupos que destacaron fueron de 15-24 años (2005: 14.4 x 100,000 habs) y 25-44 años (2005: 9.56 x 100,000 habs) respectivamente.

También, en Honduras las tasas referidas corresponden para el año 1989, donde los grupos de 45-64 años registran tasas de 9.7 y 65 años a más 9.5 suicidios (x 100,000 habs).

Por otra parte en el periodo 1999-2004, en El Salvador destacaron los grupos de 15-24 años (2004: 14.72 x 100,000 habs) y 25-44 años (2004: 11.66 x 100,000 habs) con las tasas mas elevadas.

Asimismo, Guatemala reportó en el periodo de 2001-2003 tasas altas de suicidio en los grupos de 15-24 años (2001-2003: 3.7 x 100,000 habs) y de 65 años a más (2001-2003: 3.6 x 100,000 habs).

De 1997-2005, Belice registró las tasas más altas en los grupos de 65 años a más (2005: 8.3 x 100,000 habs) y de 25-44 años (2004: 17.5 x 100,000 habs).

Se observa desde 1990 hasta el 2008 que República Dominicana muestra tasas elevadas en los grupos de 25-44 años (2008: 8.15 x 100,000 habs) y 65 años a más (2008: 10.06 x 100,000 habs).

Métodos principales de suicidios en Centroamericano y República Dominicana.

Países que usan más pesticidas como método

Los países que registra la prevalencia más alta en relación a otros métodos para cometer suicidio son: El Salvador (86%),

Nicaragua 72% y Guatemala con 40.4%. Siendo el pesticida más frecuente las pastillas Phostoxin (fosforo de aluminio), al igual que Nicaragua, Honduras y el Salvador. *Los medios de comunicación en Nicaragua denominan a este producto de forma muy negativa y errónea, llamándolo “Pastilla del Amor”, la cual es utilizada por mujeres con la intención de llamar la atención.*

Países que usan más ahorcamiento como método.

Panamá reporta que el 67% de los suicidios usan este método, seguido por Costa Rica (37%). República Dominicana registra un 49.3% de uso de este método.

Países que usan más arma de fuego como método.

Se encuentra específicamente a Honduras que marcha a la cabeza con 35.9% de los suicidios ejecutados con este método (Paz, Carlos et al. 1998), En Honduras se observa además una disminución del método de suspensión y envenenamiento mientras incrementan el uso del método de arma de fuego y arma blanca.

Se puede deducir en general, que los principales métodos de suicidios en el istmo Centroamérica, (según la tabla 3) son la asfixia por ahorcamiento con un 57,2%, seguido por método el envenenamiento con 23,2% y en tercer lugar las armas de fuego (15,5%) (OPS/OMS 2009). Los hombres reportan una prevalencia de 61.0% del uso del asfixia por ahorcamiento, con la excepción de Nicaragua (OPS/OMS 2009). Mientras las mujeres usan más envenenamiento con un 45,1%.

Programas de prevención de suicidios.

En general, en Centro América y República Dominicana no se cuenta con programas formalmente diseñados para la prevención de suicidios a través de los Ministerio

de Salud, sin embargo en Panamá, Nicaragua, El Salvador y Guatemala se observan esfuerzos sin embargo hace falta seguimiento y evaluación porque las iniciativas corresponde más a esfuerzos esporádicos. Países como Cuba poseen programa que según los datos ha tenido un efecto positivo que sería bueno aprender de sus experiencias.

Por otra parte, el programa de intervención “*Por la vida*” implementado en un hospital general y el nivel comunitario en la Ciudad de León, Nicaragua (1999-2002) también ha mostrado un efecto positivo al hablar y ofertar consejería sobre la vida a personas que han realizado un intento de suicidio. Además, este programa contempla un seguimiento a nivel comunitario a los intentos de suicidios observando que el nivel de repetición después de tres años de seguimiento fue muy bajo (4.8%) (Caldera, Herrera et al. 2007)

DISCUSIÓN

El suicidio es un fenómeno *alarmante* en Centroamérica y República Dominicana. Según los hallazgos, se observan cambios en el comportamiento de las tasas de suicidios destacándose un incremento en las tasas de suicidios en el caso de Nicaragua, Costa Rica, El Salvador y República Dominicana. La Organización Panamericana de la Salud ha sugerido la necesidad de mejorar los cuidados de salud mental en América Latina y sobre todo Centroamérica y el Caribe (World Health Organization 2005). Medir el suicidio a través de los registros secundarios de los Ministerios, medicina forense, fuentes policiales; resulta bastante laborioso, sin embargo a través de RESSCAD esta laboriosidad puede ser diferente. Otros autores han reportado que el suicidio tiene una variabilidad en las diferentes naciones donde se ha estudiado, pero es consistente en que los grupos de adolescentes y jóvenes representan un grupo de riesgo que hay

que poner particular atención (Nock, Borges et al. 2008).

CONCLUSIONES

De todos los países de estudio los que tienen las tasas más altas al final del periodo de estudio fueron:

En primer lugar Nicaragua con 13.21 suicidios por 100,000 habitantes. En segundo lugar Costa Rica 7.14 suicidios/100000 habitantes. En tercer lugar El Salvador 6.90 suicidios 100,000 habitantes y en cuarto lugar República Dominicana con tasas de 5.57 suicidios por 100,000 habitantes al año.

Calidad de los registros

Los países que presentan los mejores registros son: Panamá, Costa Rica, República Dominicana y Nicaragua. En los otros países se requieren más esfuerzos para mejorar los registros estadísticos de suicidios. En general la información sobre intentos de suicidios de forma oficial es muy escasa porque no se tiene un sistema de vigilancia sostenida sobre este evento.

Es muy complejo comparar tasas por estratos de edad porque los países no tienen uniformidad en recolección de información debido a que los datos por grupos de edad los colectan de forma diferente. Por consiguiente, se necesitan más esfuerzos para unificar la forma de recolección y la división por grupos de edad que permitan compararlos.

El subregistro sugiere una invisibilización de la verdadera magnitud del problema de suicidio, por eso invertir en mejorar los registros y en medidas preventivas sobre todo en jóvenes es necesario ahora.

AGRADECIMIENTO

Se agradece a los diferentes puntos focales de salud mental de OPS/OMS de Centroamérica y República Dominicana.

Nuestro agradecimiento al Ministerio de Salud de Centroamérica y República Dominicana por su apoyo y colaboración.

Igual a todos/as los que participaron en las sesiones de trabajo de discusión de los resultados de los diferentes países.

Cuadro No. 1

Tasas de suicidio por 100.000 habitantes ambos sexos en Centroamérica y República Dominicana, 1988-2008

Pais	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Panamá	3.7	2.9	3	2.7	3.1	3.7	3.8	4.2	4.1	9.4	5.2	5.1	4.9	5.4	5.2	6.3	6.5	5.3	5.66	5.09	-
Costa Rica	4.93	5.71	5.21	4.16	4.79	5.04	4.86	8.5	5.92	5.14	5.95	6.07	6.2	5.14	7.7	7.66	8.3	7.1	7.63	6.81	7.14
Nicaragua	-	-	2.2	-	-	-	-	4.84	7.21	10.79	10.52	10.46	11.36	15.12	14.76	14.9	14.74	14	14.1	13.21	-
Honduras	5.4	6		2.9				2.8					1.9	1.16	8.1	1.46	6.5	1.81			
El Salvador	-	-	11.4	-	-	-	-	11.2	-	-	-	9	7.76	8.66	8.7	8.71	7.92	6.9	-	-	-
Guatemala	-	-	1.8	-	-	-	-	2.1	1.59	1.81	2.02	2.09	1.6	1.81	2.3	2.1	3.2	-	-	-	-
Belice	-	0.5	-	-	-	-	-	6.5	1.4	0.5	5.6	7.5	7.4	7.9	5.8	4.1	8.5	4.1	4.1	3	3.8
República Dominicana	-	-	3.66	4.08	3.87	4.03	4.65	4.36	4.43	4.16	4.09	4.16	3.61	4.31	4.61	3.46	5.52	4.5	5.5	5.57	5.57

Fuentes: OMS/OPS. RESCAD. Ministerio de Salud. Contraloría de Republica.

Cuadro No.2
Tasas de Suicidio (x 100,000 habitantes) por Sexo en Centroamérica y República Dominicana 1988-2008

País	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Panamá																					
Masculino	-	5.1	-	-	-	-	-	-	7.1	8.76	8.45	8.49	8.4	9.17	8.42	11.1	9.5	9	10.44	8.85	-
Femenino	-	0.8	-	-	-	-	-	-	1.1	1.45	1.71	1.33	1.3	1.55	1.98	1.4	2.2	1.5	0.80	1.26	-
Costa Rica																					
Masculino	8.40	9.18	9.09	7.03	8.01	8.29	8	10.54	9.60	8.60	10.49	10.76	10.72	8.70	11.65	12.57	12.24	11.59	12.82	11.20	12.36
Femenino	1.33	2.12	1.20	1.24	1.47	1.68	1.8	1.41	2.11	1.56	1.25	1.22	1.45	1.47	2.00	2.60	1.60	2.45	2.26	2.27	1.74
Nicaragua																					
Masculino	-	-	3.1	-	-	-	4.7	7.00	10.83	12.62	13.08	12.99	13.74	17.53	17.80	18.58	18.77	19.10	17.73	16.23	-
Femenino	-	-	1.4	-	-	-	2.2	2.76	7.98	8.97	7.96	7.93	8.99	12.72	11.94	11.23	11.08	11.12	11.30	10.62	-
Honduras																					
Masculino	8.8	9.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.75	2.32	2.30	2.62	-	-	-
Femenino	2.2	2.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.04	0.58	0.63	0.99	-	-	-
El Salvador																					
Masculino	-	-	15.6	-	-	15.4	-	9.7	-	-	-	12.49	11.18	12.66	10.73	13.50	12.14	10.3	-	-	-
Femenino	-	-	7.7	-	-	5.5	-	2.1	-	-	-	5.73	4.60	4.96	4.31	4.38	4.10	3.5	-	-	-
Guatemala																					
Masculino	-	-	2.9	-	-	-	-	3.3	2.5	2.7	3.08	3.38	2.6	2.67	3.31	3.4	2.85	-	-	-	-
Femenino	-	-	0.6	-	-	-	-	0.9	0.67	0.91	0.95	0.78	0.7	0.94	1.13	0.9	1.04	-	-	-	-
Belice																					
Masculino	-	1.1	-	-	-	-	-	12	2.80	0.90	10.20	14.80	11.50	14.00	7.40	5.20	11.90	7.40	6.70	4.50	-
Femenino	-	0	-	-	-	-	-	0.9	0.00	0.00	1.00	0.00	3.40	1.70	4.20	3.00	1.50	0.80	1.50	1.50	-
Rep. Dominicana																					
Masculino	-	-	5.95	6.63	6.64	6.17	7.14	7.73	7.18	7.53	6.97	7.18	6.72	6.62	7.67	8.16	5.85	9.08	7.99	9.63	9.42
Femenino	-	-	1.35	1.51	0.94	1.53	0.88	1.55	1.53	1.30	1.33	0.98	1.59	0.60	0.93	1.05	1.08	1.95	1.00	1.37	1.72

Fuentes: OMS, Estadísticas de la Salud de las Américas 2007, RESSCAD, Ministerio de Salud, Contraloría General de la República.

Cuadro No. 3 A
Resumen de Tasas de Suicidio (x 100,000 habitantes) por Estratos de Edad Centroamérica y República Dominicana 1988-2008

País	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Panamá																					
5-14 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 0.6	-	-	-	-	-	-
15-24 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 9.4	-	-	-	-	-	-
25-44 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 9.2	-	-	-	-	-	-
45-64 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 9.7	-	-	-	-	-	-
65 años a más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 12.7	-	-	-	-	-	-
Costa Rica																					
5-14 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 0.7	-	-	-	-	-	-
15-24 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 12.6	-	-	-	-	-	-
25-44 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 12.8	-	-	-	-	-	-
45-64 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 13.1	-	-	-	-	-	-
65 años a más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 13.9	-	-	-	-	-	-
Nicaragua																					
5-14 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	1.34	0.95	0.5	0.98	0.92	0.68	0.59	0.87	0.93	1.21	-	-	-
15-24 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	11.03	11.9	14.19	13.06	15.95	15.71	13.9	14.3	14.25	14.4	-	-	-
25-44 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	6.62	8.97	9.67	9.99	10.99	9.08	11.41	10.64	11.02	9.56	-	-	-
45-64 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	5.3	7.08	6.01	9.07	7.17	11.43	6.68	11.16	7.4	6.94	-	-	-
65 años a más	-	-	-	-	-	-	-	-	5	6.12	6.6	5.88	4.46	6.24	9.78	8.98	12.76	9.55	-	-	-
Honduras																					
5-14 Años	0.8	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-24 Años	7.2	7.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-44 Años	8	8.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45-64 Años	6.7	9.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 años a más	9.4	9.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Ministerio de Salud, RESSCAD y Estadísticas Salud de las Américas 2007.

Cuadro No. 3 B
Resumen de Tasas de Suicidio (x 100,000 habitantes) por Estratos de Edad Centroamérica y República Dominicana 1988-2008

País	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
El Salvador																					
5-14 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.35	0.42	0.90	0.76	0.87	1.07	-	-	-	-
15-24 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.70	17.40	18.49	15.50	16.73	14.72	-	-	-	-
25-44 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.91	11.66	13.41	10.31	12.83	11.66	-	-	-	-
45-64 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.56	9.04	8.42	8.92	11.44	10.85	-	-	-	-
65 años a más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.24	5.32	8.86	8.86	5.32	6.24	-	-	-	-
Guatemala																					
5-14 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 0.3			-	-	-	-	-
15-24 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 3.7			-	-	-	-	-
25-44 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 3.5			-	-	-	-	-
45-64 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 3.2			-	-	-	-	-
65 años a más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001-2003: 3.6			-	-	-	-	-
Belice																					
5-14 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	1.60	0	0	1.60	1.60	0	0	-	-	-
15-24 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	4.50	0	4.50	15.60	9.80	11.70	5.90	5.30	12.50	7.10	-	-	
25-44 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	2.00	2.00	13.90	11.40	14.70	16.30	11.40	5.50	4.20	8.30	-	-	
45-64 Años	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	10.20	8.40	12.60	4.20	8.40	6.80	13.50	3.40	-	-	
65 años a más	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	11.20	0	9.90	19.90	9.90	8.70	17.50	0	-	-	
Rep. Dominicana																					
5-14 Años	-	-	0.28	0.33	0.38	0.16	0.11	0.32	0.37	0.41	0.15	0.81	0.35	0.35	0.30	0.65	0.25	0.60	0.94	0.94	1.03
15-24 Años	-	-	3.79	4.54	4.62	4.89	4.77	4.52	4.96	7.12	4.34	4.03	3.92	3.93	3.93	3.82	3.04	6.01	3.63	5.72	4.10
25-44 Años	-	-	5.02	5.98	6.01	6.04	5.18	6.33	7.20	5.63	5.33	5.56	5.71	4.69	5.96	6.31	5.26	8.00	6.75	7.74	8.15
45-64 Años	-	-	6.50	6.70	5.51	7.62	6.99	8.83	7.24	6.83	7.31	6.81	6.50	5.49	6.60	8.03	4.80	8.27	5.74	7.76	7.90
65 años a más	-	-	6.85	6.19	9.18	7.82	8.07	10.87	9.03	9.97	6.04	5.55	8.59	6.48	7.54	7.07	5.63	6.42	6.05	5.90	10.06

Fuente: Ministerio de Salud, RESSCAD y Estadísticas Salud de las Américas 2007.

Cuadro No. 4

Prevalencia de los diferentes métodos usados para cometer suicidio en Centroamérica y República Dominicana

Países	Pesticidas %	Ahorcamiento %	Arma de fuego %	Precipitación al vacío %	Otros métodos %	Métodos no especificados %
Panamá	16.0	67.0	14.0	9.0	-	2.0
Costa Rica	25.0	37.0	22.0	-	7.0	-
Nicaragua*	72.0	30.6	7.0	0.4	0.6	0.3
Honduras *	29.7	31.7	35.9	1.9	0.8	-
El Salvador*	86.0	29.0	5.9	-	-	15.0
Guatemala	40.4	24.0	2.7	4.6	-	-
Belice	NR	NR	NR	NR	-	-
República Dominicana	14.9	49.3	19.6	4.3	2.3	-

*Se reporta uno de Guatemal (país) usado para cortar granos básicos que es muy fácil) los medios de comunicación se han mal llamado "la pañuela del amor" principalmente en Nicaragua

Cuadro No. 5

Métodos de suicidio y porcentaje del número total de suicidios, Centroamérica, 2000-2004

Métodos	Porcentaje ^a
Total	
Cortes con arma blancas	1,0
Asfixia por sumersión	0,5
Precipitación	0,8
Fuego	0,2
Arma de fuego	15,5
Envenenamiento	23,2
Asfixia por ahorcamiento	57,2
Otros	1,5
Hombres	
Cortes con arma blancas	1,1
Asfixia por sumersión	0,4
Precipitación	0,7
Fuego	0,2
Arma de fuego	17,0
Envenenamiento	18,1
Asfixia por ahorcamiento	61,0
Otros	1,4
Mujeres	
Cortes con arma blancas	0,6
Asfixia por sumersión	0,5
Precipitación	1,4
Fuego	0,5
Arma de fuego	8,8
Envenenamiento	45,1
Asfixia por ahorcamiento	40,8
Otros	2,3

^a incluido México.

Fuente: Datos obtenidos de las bases de datos de la Organización Panamericana de la Salud y la Mundial de la Salud

BIBLIOGRAFÍA

Caldera, T., A. Herrera, et al. (2007). "Suicide intent among parasuicide patients in Nicaragua: a surveillance and follow-up study." *Arch Suicide Res* 11(4): 351-60.

Caldera, T., A. Herrera, et al. (2004). "Parasuicide in a low-income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua." *Scand J Public Health* 32(5): 349-55.

Herrera, A., K. Dahlblom, et al. (2006). "Pathways to suicidal behaviour among adolescent girls in Nicaragua." *Soc Sci Med* 62(4): 805-14.

Herrera, R. A., T. Caldera, et al. (2006). "Suicidal expressions among young people in Nicaragua: A community-based study." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(9): 692-697.

Nock, M. K., G. Borges, et al. (2008). "Suicide and suicidal behavior." *Epidemiol Rev* 30: 133-54.

OPS/OMS, Ed. (1992). *Estadísticas de Salud de las Américas*. Washington, D.C., OPS/OMS.

OPS/OMS, Ed. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., OPS.

OPS/OMS (2009). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional (en proceso de publicación)*. Washington, D.C.: 1-29.

Paz, F., S. Carlos, MC., et al. (1998). "Suicidio en Honduras: Estudio comparativo." *Rev Med Post UNAH* 3(1): 35-41.

Salander Renberg, E. (1998). *Perspectives on the suicide problem : from attitudes to completed suicide*. Umeå, Univ.

WHO (1995). "World mental health: problems and priorities in low-income countries. Oxford: Oxford University Press."

World Health Organization (2001). *The world health report 2001 mental health : new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2005). *Mental health atlas*. Geneva, World Health Organization.

Dirección para correspondencia:

Andrés Herrera

aherrera@cable.net.com.ni

Programa CLIPLE: Seguimiento de Psicóticos en la Comunidad en República Dominicana

CLIPLE Program: Community monitoring of psychotic patients in the in Dominican Republic

José Mieses Michel

Psiquiatra

*Director Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública (MISP)
Santo Domingo. República Dominicana*

Jacqueline Gernay

Médica

*Consultora Sistemas y Servicios de Salud OPS-OMS.
Santo Domingo. República Dominicana*

Ivonne Soto

Médica Salubrista

*Coordinadora Técnica Departamento Salud Mental (MISP)
Santo Domingo. República Dominicana*

RESUMEN

Para la sociedad dominicana es un imperativo garantizar, en breve plazo, un plan básico de atención de la salud mental que promueva con efectividad el involucramiento y la participación de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental y sus familiares, tanto en el desarrollo de su tratamiento y rehabilitación, como en la defensoría de sus derechos. En este sentido, el propósito de esta iniciativa es que las personas con trastornos mentales de larga evolución (esquizofrenia y trastornos bipolares), reciban una atención integral con seguimiento comunitario que les garantice, su integración socio familiar y laboral en la comunidad, prevenir las recaídas, disminuya los internamientos y logre que los resultados de la atención puedan visualizarse en un sistema sencillo de información.

Es un proyecto de localización nacional ejecutado por las unidades hospitalarias y comunitarias del ministerio de Salud Publica (MSP). Se agrupan los usuarios y usuarias según diagnósticos (esquizofrénica y bipolares) garantizando y monitoreando el acceso y uso de medicamentos anti psicóticos; registrando las acciones ejecutadas y

ABSTRACT

It's imperative for the Dominican Republic ensuring at short term, a basic mental health programme promoting the involvement and participation of patients and their relatives in their treatment and rehabilitation as well as in the defense of their rights. The objective of this initiative is to ensure that persons suffering from schizophrenia and bipolar disorders receive an integral care including community follow up that will facilitate their family, social and community reintegration , prevent relapses and hospitalizations and that the results can be visualized through a simple information system.

The project involves Ministry of Health centers and hospital units distributed nationally. Patients are grouped according to their diagnosis and receive access to their medication, They and their relatives have access to psycho educative sessions and telephone calls and or home visits are used to ensure compliance to appointments. Results cover 2008 and January to September of 2009. The fact that 40% of the expected reports were missing does not allow us an in depth analysis but there are major lessons learned. Patients did not receive integral care as the community component and

remitiendo informes periódicos en fichas elaboradas para tales fines con el fin de monitorear y dar seguimiento al proyecto. Los resultados contemplan los informes de 2008 y de enero a septiembre 2009. La falta de un número importante de informes que no fueron reportados no nos permite hacer un análisis de un nivel significativo sobre los resultados, pero queremos sobre todo resaltar las lecciones aprendidas. No se dio una atención integral a los pacientes dado la escasez de intervenciones psico educativas y comunitarias. La falta crónica de medicamentos no facilitó la adherencia a las citas, favoreció las hospitalizaciones y la desmotivación del personal de salud. Se recomienda difundir los resultados con el personal de los centros, aprovechando la oportunidad para capacitación en Atención Primaria de salud y trabajo comunitario y asegurar la integración de los centros en la red del primer nivel de atención.

Palabras claves: *trastornos mentales de larga evolución, atención integral, intervención comunitaria, acceso a psicotrópicos, integración socio familiar, sistema de información.*

INTRODUCCION

La República Dominicana es un país perteneciente a las Antillas Mayores en el Caribe Hispano, en la parte oriental de la isla Española, con un área geográfica aproximada de 48,442 kilómetros cuadrados y una población de 8, 562,541 millones de habitantes (último Censo ONE 2002). Presenta una estructura poblacional relativamente joven donde el 34% de la población tiene menos de 15 años y el 6% de la población tiene más de 60 años; concentrándose el 60% de la población en los centros urbanos.

La atención de la salud mental en República Dominicana se ha desarrollado desde una perspectiva inicial basada en la atención de los enfermos mentales, con predominio del internamiento “manicomial”, luego mejorada con la cobertura de consultas externas y hospitalizaciones de corta estadía, hasta su nueva visión de priorización de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mentales, los trastornos de la

psycho educative sessions were few. The chronic shortage of psychotropic drugs did not facilitate compliance to appointments, would not help reduce hospital admissions and impacts negatively on staff's motivation. It is recommended to share results with the staff, taking the opportunity to retrain them in Primary Health Care and community involvement as well as ensuring the integration of the community mental health centers into the primary health level network

Key words: *longstanding mental illness, comprehensive care, community intervention, access to psychotropic drugs, family and social integration, information system.*

conducta y las problemáticas psicosociales, basado en la Estrategia de Atención primaria (APS) con participación comunitaria.

A pesar de disponer de un nuevo ordenamiento legal basado en las leyes, y sus reglamentos; General de Salud (42-01) y de Seguridad Social (87-01); implementando esta última el Sistema Dominicano de Seguridad Social; de la promulgación de la Ley sobre Salud Mental No. 12-06 y del involucramiento participativo de los actores compromisarios del desarrollo de la Red Nacional de Salud Mental, prácticamente se carece de una organización nacional, intersectorial, multidisciplinaria e interinstitucional de niveles de atención que permita una capacidad de respuesta básica y oportuna a los problemas de la salud mental integral en los escenarios de riesgo o vulnerabilidad y más próximos o accesibles a la población.

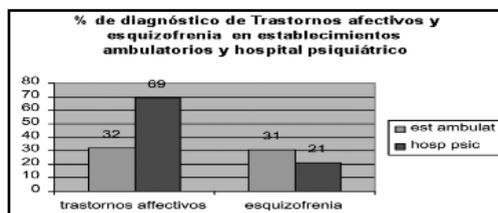
Los servicios de atención en salud mental no están integrados en redes lo que significa un débil desarrollo de la salud mental en el primer nivel de atención, un lento desarrollo

de los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM) y de los Hospitales de DIA (HD) lo que limita el manejo ambulatorio de los pacientes con trastornos mentales crónicos, su rehabilitación y reinserción social y laboral, y se traduce en un aumento de personas con trastornos mentales hospitalizadas y deambulando por las calles donde por lo general son sometidos a estigmatización y prejuicios.

La asignación de recursos para la salud mental en la República Dominicana es muy baja con relación a las necesidades y demandas ya que como se observó al aplicar el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) solo se dedica a la salud mental menos de un 1% (0.38%) de los egresos en atención de salud por parte del Ministerio de Salud; observándose además que el 50% de estos gastos están dirigidos al hospital psiquiátrico nacional, lo que va en menoscabo de los servicios ambulatorios y de atención primaria.

En términos de accesibilidad de los servicios de salud mental, un bajo porcentaje de la población, apenas un 7%, tiene libre acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales. Para aquellos que tienen que pagar por sus medicamentos, el costo de los medicamentos anti psicóticos representa el 12% del salario mínimo nacional equivalente a US \$0.58 dólares por día y el costo de los medicamentos antidepresivos el 10% del salario mínimo equivalente a US \$0.49 dólares por día.

Además de los datos expresados, la aplicación del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) durante el 2006, mostró una prevalencia de los trastornos afectivos y la esquizofrenia tanto en los establecimientos ambulatorios como en el hospital psiquiátrico (Ver Cuadro)



A pesar de las grandes limitaciones para obtener información con relación a la morbilidad, en el gráfico anterior se puede observar que existe una presencia importante de los trastornos de larga evolución los cuales tienen un curso con recurrentes cuadros agudos que van dejando como secuela un deterioro notable en la personalidad de los enfermos y representan una carga económica y emocional para la familia, además de causa frecuente de reingreso al hospital psiquiátrico.

A partir de estas reflexiones, la Dirección Nacional de Salud Mental (DGSM), considerando que alrededor del 70% de los pacientes esquizofrénicos sin tratamiento adecuado tienden a cronificarse con deterioro marcado de la personalidad y estimando que un 20 o 30 % de los bipolares pueden cronificarse representando ambas patologías una enorme carga económica y emocional para la familia; y ante la evidencia de contar en la actualidad con psicofármacos efectivos que producen recuperación y control de los síntomas y previenen las recaídas, como el decanato de flufenazina y las sales de litio, demostrándose que mediante su uso continuado y a dosis terapéuticas, se controlan los síntomas y se previenen las recaídas; la DGSM se propuso desarrollar este proyecto.

PROGRAMA CLIPLE

Este programa tiene como propósito que las personas con trastornos de larga evolución,, Esquizofrenia y Trastornos Bipolares, reciban una atención integral que les garantice la recuperación de los síntomas y su integración

socio familiar y laboral en la comunidad; permitiendo además la obtención de información confiable sobre el seguimiento y evolución de estos pacientes. Se trata de un programa de atención ambulatoria y seguimiento comunitario, de alcance nacional, (20 centros en 2008 y 23 en 2009) a ser ejecutado por las unidades de salud mental hospitalaria y comunitaria en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud Pública.

Objetivos:

- Asegurar una atención integral al paciente.
- Disminuir el número de internamientos.
- Garantizar el acceso a los medicamentos psicotrópicos.
- Obtener información confiable y oportuna.
- Facilitar la integración en el orden familiar, social y laboral.

Metodología:

Los usuarios (as) son seleccionados a través de la consulta de los servicios de salud mental y de los egresados referidos desde las unidades de hospitalización. Los pacientes ingresan a la Clíple, una vez controlados sus síntomas, mediante una ficha de admisión y se les otorga un carnet o tarjeta de citas donde figuran las fechas de consultas y que deben presentar en otros servicios, en caso de urgencia u otro motivo, facilitándoseles la atención. Se agrupan según diagnóstico (esquizofrénicos y bipolares) siendo citados en días comunes para cada grupo junto a sus familiares.

Mediante un riguroso control de las citas, acceso al medicamento, apoyo emocional y psicoeducativo a los pacientes y familiares se garantizará la adherencia al tratamiento. El incumplimiento de las citas será objeto de contactos con el paciente y familiar mediante llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias.

Las visitas domiciliarias se realizarán de acuerdo a la situación organizativa en que se encuentre el sector de salud a que pertenece el servicio: a través de la UNAP, de la unidad de salud mental comunitaria, de la enfermera o psicóloga comunitaria del equipo u otro personal de salud asignado para tales fines.

Con cada visita en el centro se ofrece medicamentos y apoyo emocional y psicoeducativo a los pacientes y familiares con lo que se garantiza la adherencia al tratamiento. El control de citas se ejecuta a través de llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias ante su incumplimiento. El personal que ofrece la atención está constituido principalmente por médicos. Otro personal de salud puede incluir psicólogos, enfermeras, promotores y voluntarios.

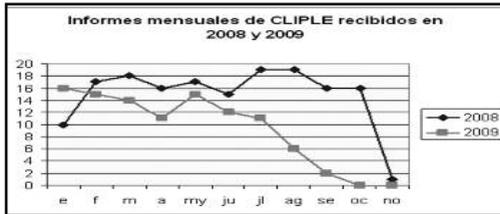
Los psicofármacos que se utilizan están contenidos en el programa de medicamentos esenciales incluyendo el Decanato de Flufenazina, Carbonato de Litio, Haloperidol, Carbamazepina, Risperidona, Ácido Valproico, Clorpromazina e Imipramina. Además el programa incluye psicoeducación para usuarios y familiares, resocialización, formación de grupos de autoayuda, inserción laboral, asociación de usuarios y clubes de usuarios y familiares.

El monitoreo se hace de manera mensual a través de un formulario enviado al nivel central. Los médicos de los centros fueron capacitados en el uso del formulario. El análisis se hizo con el programa EPIINFO 3 (periodo 2008- septiembre 2009).

Resultados:

El análisis de los resultados se realizó a partir de la información registrada en el periodo enero a noviembre 2008 y enero a septiembre 2009 durante el cual debieron entregar informes 20 centros en el 2008 y 23 para el 2009. 4 formularios no fueron incluidos por

errores. De los informes esperados en 2008, se recibieron solamente un 64% y un 57% en 2009 con una disminución marcada en la segunda parte del 2009. La falta de informes representa un sesgo importante a los resultados y análisis que se puedan obtener.



Con relación al tipo de información registrada, hay variaciones muy grandes de un mes al otro en el mismo registro, por lo cual decidimos utilizar el promedio del año en cada registro como número de pacientes con ambos trastornos en el centro.

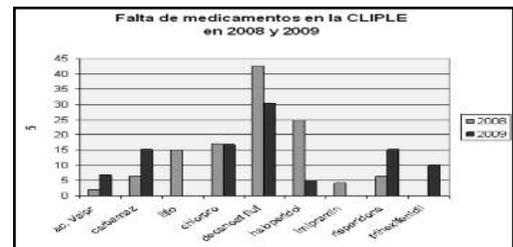
Solo 16 centros (80%) registraron información sobre trastornos bipolares en el 2008 informando la atención de 453 pacientes bipolares y 14 centros (61%) en el 2009 donde se registraron 504 bipolares;

29 pacientes (6.4%) fueron hospitalizados en el 2008 y 37 pacientes (7.3%) en el 2009, presentando una relación de un paciente bipolar hospitalizado por cada 15 registrados en el 2008 y de un bipolar hospitalizado por cada 12.5 registrados para el 2009.

En cuanto a los pacientes esquizofrénicos en el 2008 reportaron 16 centros (80%) donde se registraron un total de 249 pacientes esquizofrénicos y en el 2009 rindieron informes 15 centros (65.2%) donde se reportaron 290 pacientes atendidos. Como se puede inferir se mantuvo una proporción de los centros que reportaron ambos grupos de pacientes pero se evidencia una disminución promedio de un 17% de los centros que reportaron información en el año 2009 con relación al año 2008.

Respecto a los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el periodo, se reportaron un total de 28 pacientes esquizofrénicos hospitalizados (11.2%) para el 2008 y 49 (17%) pacientes para el 2009; existiendo una relación promedio de un paciente esquizofrénico hospitalizado por cada 9 registrados en el 2008 y de un esquizofrénico hospitalizado por cada 6 registrados para el 2009.

En relación al suministro y disponibilidad de psicofármacos se obtuvieron 129 respuestas de los 163 informes entregados en el 2008, de los cuales el 73.6% (95 respuestas) respondieron que el pedido de medicamentos no llegó completo o no llegó, representando esta respuesta un 63.4% para el 2009.



Las mayores deficiencias de medicamentos se reportaron con relación al Decanoato de flufenazina y el Haloperidol, de suma importancia para el manejo de los pacientes esquizofrénicos y para evitar las recaídas. En general se expresaron quejas en los informes con relación a la irregularidad en la entrega de los medicamentos y cantidades insuficientes, en no asumir los listados de solicitudes a partir de necesidades, siendo remitidos los medicamentos a la farmacia de los centros de salud sin contar con la supervisión del personal que coordina las CLIPLE.

El reflejo en los informes de las actividades de apoyo comunitario fueron muy escasas reportándose según cálculos a partir de los datos recibidos de los bipolares para el año 2008, la realización de una reunión de psicoeducación para familiares para cada dos

pacientes por año y menos de una reunión de PE con usuarios y una visita domiciliaria para cada 10 pacientes por año. Casi nunca se usaban llamadas telefónicas.

En cuanto a las informaciones reportadas en este aspecto para el año 2009 se evidencia una disminución en las actividades de apoyo comunitario reportándose una reunión de PE con familiares para cada 5 pacientes, una reunión de PE para cada tres usuarios y una visita domiciliaria para cada 25 pacientes.

La información sobre Esquizofrenicos es similar. Hubo muy poca información sobre grupos de autoayuda y no se menciona la integración en el orden familiar, social ni laboral.

Conclusiones:

La falta de un numero importante de informes que no fueron reportados no nos permite hacer un análisis de un nivel significativo sobre los resultados, por lo que no se puede ofrecer una visión general del impacto generado por el proyecto pero a partir de los resultados expresados se generan algunas conclusiones importantes y queremos sobre todo resaltar las lecciones aprendidas:

- Como quedó evidenciado al considerar las limitaciones en el Informe Sobre los Sistemas de Salud Mental en Centroamérica y República Dominicana; existen grandes limitaciones y deficiencias en los sistemas de información lo cual se refleja de manera importante en la evaluación de los resultados de este proyecto ya que apenas se recibió en promedio el 60% de los informes que debieron reportarse en el periodo analizado considerando como causa, entre otros factores, la falta de cultura de coleccionar datos para tener la evidencia que permite la toma de decisiones. Se evidencio además al revisar los informes que aun existe confusión entre el número de pacientes y el número de visitas.

- En general, al revisar los objetivos contemplados en el proyecto de disminuir las recaídas y hospitalizaciones a través de una atención integral centrada en la comunidad y con un enfoque de psicoeducación del usuario y de su familia no pudo lograrse pues revisando los resultados es evidente que la parte de acción comunitaria fue escasa o ausente. Eso nos permite inferir que todavía existe una tendencia o criterio muy clínico en el personal que ofrece la atención estando ausente la visión/estrategia de atención primaria en salud (APS).

- Existe además una falta crónica de medicamentos que no facilita la adherencia a las citas, favorece las hospitalizaciones y la desmotivación del personal de salud.

Recomendaciones:

- Compartir esta información con los Medicos capacitados en salud mental comunitaria y desarrollar una estrategia de sensibilización sobre la importancia de generar información correcta y a tiempo.
- Remitir la información al Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE) y establecer los procedimientos para regularizar la entrega de medicamentos tomando en cuenta la demanda y los comentarios de los Médicos.
- Informar a los Sistemas Regionales de Salud (SRS) del acuerdo entre PROMESE y la Dirección de Salud Mental para evitar que los medicamentos del programa se queden en las regionales.
- Integrar la CLIPLÉ en el sistema de red integrada de servicios de salud basada en la Atención Primaria en Salud (APS)

Dirección para correspondencia:

Dr. José Mieses Michel

*E-mail: josemiesesmichel@yahoo.com y
saludmentalrd@gmail.com*

Dra Jacqueline Gernay

*E-mail: jgernay@dor.ops-ops.org
Santo Domingo, República Dominicana*

INFORMES

La 63 Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2010 el proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol.

En este informe se recoge una parte del documento que el Consejo Ejecutivo de OMS presentó para mostrar ante la asamblea un conjunto de argumentos a favor de la Estrategia Mundial.

DATOS DEMOSTRATIVOS DE LA EFICACIA Y COSTOEFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

1. En los últimos años se ha acumulado un corpus sustancial de conocimientos sobre la viabilidad, la eficacia y el costo-eficacia de diferentes opciones de política e intervenciones encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol. La mayor parte de esos datos proceden de países de altos ingresos, aunque el número de estudios referentes a los países de ingresos bajos y medios no cesa de crecer. En el presente anexo se resumen brevemente las conclusiones principales de las investigaciones que podrán servir de base para la elaboración de políticas y programas destinados a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.

2. Por muchos motivos, se debe hacer hincapié en la educación y la información, incluida la noción de que la población debe saber y comprender qué significa el uso nocivo del alcohol y los riesgos conexos para la salud, aun cuando la base evidencia indique que el impacto de los programas educativos sobre el uso nocivo del alcohol sea pequeño. Para ser provechosa, la educación acerca del alcohol no debe conformarse con proporcionar información sobre los riesgos del uso nocivo del alcohol si no que también ha de fomentar la disponibilidad de intervenciones eficaces, movilizar a la opinión pública y prestar apoyo a la adopción de políticas idóneas en la materia.

3. Existe un amplio acervo de datos, procedentes de un gran número de exámenes sistemáticos realizados en diversos contextos sanitarios de diferentes países, sobre la utilidad de la identificación temprana y el asesoramiento breve de quienes hacen un uso del alcohol peligroso y nocivo. Según esos datos, el asesoramiento más intensivo no parece ser más eficaz que el menos intensivo. Las terapias cognitivo-conductuales y los tratamientos farmacológicos tienen efectos positivos en el tratamiento de la dependencia del alcohol y los problemas conexos. También se debería considerar la posibilidad de ofrecer un tratamiento integrado de las patologías concomitantes, como la hipertensión, la tuberculosis y el VIH/sida, así como de recurrir a grupos de autoayuda.

4. Un componente importante de los programas de acción comunitaria, que se ha demostrado que modifica la pauta de consumo de alcohol de los jóvenes e incide en los daños relacionados con el alcohol como los accidentes de tránsito y los actos de violencia, es la promoción en los medios de comunicación. Otro método de la acción comunitaria en los países de bajos ingresos ha consistido en alentar a las comunidades a movilizar a la opinión pública para abordar los determinantes locales del aumento de los niveles del uso nocivo del alcohol.

5. Hay sólidos datos que respaldan la conclusión de que un límite suficientemente bajo de la concentración de alcohol en sangre (0,02% a 0,05%) es eficaz para reducir el número de víctimas a causa de la conducción bajo los efectos del alcohol. Tanto las pruebas de alcoholemia aleatorias realizadas en forma intensiva, en las cuales la policía detiene sistemáticamente a los conductores al azar para controlar su concentración de alcohol en sangre, como las selectivas, en las cuales se detiene a los vehículos y se somete a una prueba de alcoholemia a los conductores sospechosos de conducir bajo los efectos del alcohol, permiten reducir los traumatismos y defunciones relacionados con el alcohol. Hay pruebas de que tienen cierta eficacia medidas como la fijación de límites más bajos de las concentraciones de alcohol en sangre (incluido el nivel cero) para los conductores jóvenes o noveles, la suspensión administrativa del permiso de conducir en caso de constatarse una concentración de alcohol en sangre superior al límite establecido, el asesoramiento o el tratamiento obligatorio de los trastornos relacionados con el alcohol, y el uso de dispositivos de bloqueo del arranque en el caso de conductores ebrios reincidentes. Una actuación policial firme, acompañada de pruebas de alcoholemia aleatorias o selectivas, seguidas en su caso de sanciones eficaces, es una medida fundamental, que debería ser apoyada mediante campañas sostenidas de publicidad y concienciación.

6. La evidencia obtenida en diversos entornos demuestra que es importante que exista un marco Jurídico para reducir la disponibilidad física de alcohol, que incluya restricciones tanto de la venta como del servicio de alcohol. Contar con un régimen de licencias para la venta de alcohol permite ejercer un control, ya que la infracción de la ley se puede sancionar mediante la revocación de la licencia. La aplicación de leyes que establecen una edad mínima para la compra de alcohol redundan en una clara disminución del número de víctimas debidas al alcohol al volante y otros daños relacionados con el alcohol. El medio más efectivo de hacer cumplir la ley es centrarse en los vendedores, que tienen un interés comercial en conservar el derecho a vender alcohol. El aumento de la densidad de los puntos de venta de alcohol se asocia con el incremento de los niveles de consumo de alcohol entre los jóvenes, el aumento de los niveles de agresión y otros daños como homicidios, maltrato y abandono de niños, lesiones autoinfligidas y lesiones por accidentes de tránsito, aunque sobre esto último hay pruebas menos contundentes. La limitación del horario o los días de venta de bebidas alcohólicas permite reducir el número de problemas relacionados con el alcohol, incluidos los homicidios y agresiones.

7. Un volumen creciente de pruebas procedentes de estudios longitudinales sobre los jóvenes señalan el impacto que diversas formas de marketing del alcohol tienen en la iniciación de los jóvenes a la bebida y en la adopción de pautas de bebida más arriesgadas. Algunos resultados son objeto de controversia, en parte debido a las dificultades metodológicas. Para ser eficaces, los regímenes de reglamentación del marketing tienen que contar con incentivos suficientes para el éxito; en general, los marcos reglamentarios funcionan mejor cuanto mayor es la presión que se ejerce desde los poderes públicos, y sólo pueden funcionar en la medida en que prevean exámenes por terceros de las denuncias de violaciones. Se necesitan sanciones y la amenaza de sanciones para hacer cumplir las normas.

8. Cuanto más asequible es el alcohol - ya sea porque su precio es más bajo o porque la gente tiene más ingresos disponibles - más se consume y mayor es la magnitud de los daños conexos tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos. La modelización muestra

que cuando se fija un precio mínimo por gramo de alcohol se reduce el consumo y los daños relacionados con el alcohol. Se estima que tanto el aumento del precio como la fijación de un precio mínimo tienen un impacto mucho mayor en los bebedores que consumen más que en aquellos que consumen menos. Los experimentos naturales consecutivos a tratados económicos han demostrado que a medida que se han reducido los impuestos y rebajado los precios del alcohol para contrarrestar el comercio transfronterizo, también la venta y el consumo de alcohol así como los daños relacionados con éste, por lo general, han aumentado.

9. Algunos datos indican que el diseño de los locales donde se sirven bebidas alcohólicas concebido en función de la seguridad así como el empleo de personal de seguridad, en parte para disminuir las posibilidades de episodios de violencia, permiten reducir los daños relacionados con el alcohol. Aun cuando las intervenciones para modificar la conducta de quienes sirven alcohol parezcan ineficaces por sí solas, pueden ser eficaces cuando están respaldadas por actuaciones de la policía o los inspectores de licencias de venta de alcohol encaminadas a hacer cumplir la ley. El enfoque de reducción de daños se puede apoyar en una promoción más enérgica de productos que tengan una concentración más baja de alcohol, junto con advertencias sanitarias obligatorias en los envases de los productos alcohólicos. Aunque esas advertencias no produzcan cambios en el comportamiento de consumo de alcohol, inciden en la intención de modificar las pautas de consumo y recuerdan a los consumidores los riesgos asociados con el consumo de alcohol.

10. Se debe disponer de una buena capacidad científica, técnica e institucional para planificar y aplicar las medidas nacionales, regionales e internacionales apropiadas. También son importantes un buen conocimiento del mercado y una correcta comprensión de la composición y la producción del alcohol informal o ilícito, además de un marco legislativo adecuado y medidas para su activo cumplimiento de la ley. Las medidas de control deberían combinarse con la concienciación y la movilización de la comunidad.

11. En el sitio web de la OMS se presentará una bibliografía de las principales fuentes de datos.

IN MEMORIAN

Analía Broide (1951-2009)

La historia de un compromiso

La mañana del sábado 28 de noviembre de 2009, durante una actividad docente pública que estaba desarrollando en la localidad de Lago Puelo, falleció de forma súbita a sus 58 años, la Dra. Analía Broide, jefa del servicio de salud mental del hospital general de El Bolsón, Río Negro (Argentina) y coordinadora de salud mental de la IV Zona Sanitaria (zona andina). Fue médica psiquiatra con dedicación exclusiva a la salud pública desde hacía más de 25 años, impulsora de la labor de desmanicomialización desde sus comienzos, ocupando distintas responsabilidades institucionales. Presidenta de la Asociación Rionegrina de Salud Mental y fundadora de la primera cooperativa de usuarios, familiares y voluntarios, que hoy dirige el refugio de alta montaña de la localidad. Asimismo, fue líder en el debate y sanción de la ley provincial 2440. Ocupó también la Dirección de Salud Mental de la provincia de Río Negro.

El servicio que supo construir, comenzando en forma marginal desde los oscuros tiempos de la dictadura, es hoy un modelo en Argentina y la Región. Profesionales de Chile, Perú y Bolivia han sido capacitados en dicho servicio así como estudiantes del pregrado, médicos pasantes y psicólogos de diversas regiones del país.

Fue asesora temporaria de la OPS en Ciudad Juárez, México, ante la problemática de los feminicidios y disertante en congresos en Italia, Inglaterra, Chile, Colombia, entre otros.

Estudió medicina en la Universidad de Buenos Aires y se especializó en psiquiatría en la misma ciudad de la que era oriunda, migrando luego a la Patagonia.

Recibió diversos reconocimientos por su labor, entre ellos, el premio a la salud pública “Artémides Zatti”, otorgado por el Ministerio de Salud de Río Negro, Argentina. Casada con el operador de salud mental, Sr. Gutiérrez, madre de cuatro hijos y abuela de tres nietos, enseñó con su valor, pasión y entrega por los derechos de las personas marginadas, que es posible una sociedad más justa.

*Hugo Cohen
Psiquiatra-Sanitarista
Asesor Subregional de Salud Mental para Sudamérica (OPS/OMS)
Argentina*

Eduardo Gutiérrez Cienfuegos

El 26 de mayo de 2010 nos dejó nuestro compañero y amigo Eduardo Gutiérrez Cienfuegos, médico-psiquiatra, trabajador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Falleció prematuramente después de mantener una lucha desigual contra una cruel enfermedad, dejando en todos los compañeros un intenso recuerdo pleno de respeto y cariño por su profunda calidad humana, su desempeño profesional de valor excepcional y la tristeza por la pérdida de un compañero insustituible.

Eduardo “el de Mieres”, no porque fuera de esta bonita localidad Asturiana sino porque debutó en la atención a las drogodependencias allá por los años noventa precisamente en la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías (UTT) de esta población. Más tarde, las cosas de la Institución le llevaron a la UTT de Gijón y de ahí a aceptar el reto de entrar a formar parte de la difícil y sacrificada tarea de la gestión como responsable técnico del Plan de Drogas de Asturias (España).

Llevó a cabo y participó en numerosos e importantes proyectos de investigación obteniendo distintos premios y el reconocimiento del Plan Nacional sobre Drogas. Autor de comunicaciones y publicaciones científicas, también fue impulsor de innovadores programas y proyectos en la atención a las drogodependencias que fueron de utilidad para los pacientes y los profesionales. Era una persona tenaz, meticulosa y con un cariño especial por su profesión. Eduardo siempre defendió sus creencias y, se estuviera de acuerdo con él o no, admirábamos su carácter y su firmeza.

Fue un hombre comprometido con su profesión y con la institución a la que sirvió por alrededor de 20 años. Tenía una gran fuerza. Su filosofía de vida se basaba en la integridad y en el respeto a las ideas de los demás.

La última vez que compartimos un espacio de trabajo fue pocas semanas antes del último ingreso en el hospital. Resultaba admirable la entereza con que afrontaba el delicado estado de salud. Estoy seguro de que nos querías transmitir a todos esa fuerza de la que tú eras tan afortunado poseedor.

Lamento profundamente que un hombre bueno y excelente profesional haya partido. Sin duda alguna tu trayectoria y gentil talante serán un ejemplo a seguir. Querido amigo, nos has dejado un gran vacío. Procuramos llenarlo con el recuerdo de los momentos vividos y te garantizo que no es tarea fácil.

Mi último recuerdo es para Celestina, tu esposa, tu otra mitad, con la cual formaste “el uno sólo” que fuisteis; en el trabajo, en la familia y en la amistad.

Me despido de ti querido amigo y compañero y cuando lo hago me emociono por la gran pérdida que hemos sufrido todos los que te hemos conocido. Un fuerte abrazo, y... estés donde estés, cuida de nosotros.

*Tomás Díaz González
Psiquiatra
Asturias (España)*

RESEÑAS

La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo de red de redes

Francisco Rodríguez Pulido (Ed).

Edita Fundación Canaria Sanidad y Universidad, Tenerife, España, 2010.

Esta obra describe el proceso participativo de construcción en la comunidad de los principios tradicionales de la psiquiatría comunitaria. Describe el proceso abierto en los espacios sanitarios, sociales y laborales, basado en la información científica, la experiencia clínica y el conocimiento del medio. Se ha construido un modelo de atención personalizado diferente en su articulación a los modelos que predominan en otras Comunidades Autónomas y sin a la vez querer ser la experiencia única, pero no deja de llamar la atención su singularidad y originalidad. La comunidad deja de ser un concepto vago para convertirse en una realidad participativa.

Los fundamentos de la Red de redes, el plan de rehabilitación psicosocial o los recursos y su gestión van siendo descritos de modo especialmente didáctico. Diez años de una experiencia, donde se describe la intimidad de los recursos de soporte comunitario, con la valentía de los grupos que desean transformar la realidad asistencial. La articulación participativa, con amplia base social y profesional, cobra un sentido transformador. La construcción real de diversos y diferentes espacios a través de unos fundamentos, unos técnicas y unos soportes, facilitar la participación y el empoderamiento de las personas. Un camino desde la perspectiva del otro.

El espacio sanitario con sus centros de recuperación psicosocial, la atención a los cuidados físicos o la integración de diversos abordajes: habilidades sociales contextos reales, las terapias cognitivas, las terapias creativas, con frecuencia escasamente consideradas, ven un preciso análisis junto a la valoración de los espacios de alojamiento (miniresidencias, pisos supervisados, domicilio propio) o la descripción de la labor del Equipo Comunitario Asertivo.. Finalmente también hay sendo capítulos para la reflexión y valoración de experiencias sobre la formación, la ocupación y la inserción rápida en el empleo ordinario. Esta ultima estrategia novedosa en nuestro país. Todo ello profundizando en el significando la actual ley de “dependencia” en relación al trastorno mental grave tanto en relación impacto sobre el modelo de red de redes como en la continuidad de los cuidados.

Desde la experiencia clínica, la evidencia científica y el conocimiento del medio se ha llevado a articular un proceso que facilitar la individualización y la pertenencia de las personas en su recuperación y empoderamiento.

Veinticinco capítulos, con trescientas cincuenta y cuatro paginas y un CD con documentación diversa complementaria que inducen a hacernos numerosas preguntas sobre la propia re-

alidad sirviendo de espejo la experiencia y el desarrollo de la asistencia en salud mental destinada a la recuperación de las personas con trastornos mentales graves.

Francisco Rodríguez Pulido
Psiquiatra
Tenerife (España)

Las vidas y las muertes de Luis Martín Santos

José Lázaro

Tusquets, 2009, 449 páginas

Pocas personalidades tan brillantes como la del psiquiatra Luis Martín-Santos han pasado desapercibidas durante años merced a un oscurantismo social tan ilógico como innecesario. Para José Lázaro, la recuperación biográfica y la rehabilitación de la obra literaria y psiquiátrica de Martín Santos se convirtió en una pequeña obsesión hace ya muchos años. Casi 20 años lleva el Prof. Lázaro tras de este formidable trabajo literario que ahora ha merecido el XXXI Premio Comillas de Historia, Biografía y Memorias. Los años que hace que descubrió la lucidez y la claridad expositiva de los trabajos psiquiátricos de Martín Santos, la mayor parte de ellos inéditos hasta hace poco en que vieron la luz reunidos en un volumen editado también bajo la supervisión del propio Lázaro (2004). Porque Lázaro era un ferviente devoto del Luis Martín Santos novelista desde que en la adolescencia leyó la frenética *Tiempo de Silencio*. Llovía, pues sobre mojado.

Lázaro quiere dejar sentado un corolario básico con su trabajo: que con la muerte de Luis Martín-Santos se fue uno de los más solventes y modernos intelectuales que ha tenido nuestro país. Y que al morir en 1964, con apenas 40 años, Luis Martín Santos podía haber sido considerado como el psiquiatra español con una obra científica más estimulante, como uno de los novelistas más seguidos y revolucionarios y como uno de los cerebros políticos a tener en cuenta para una adecuada comprensión de los movimientos de resistencia al régimen de Franco. Casi nada para un hombre de quién la mayor parte del público culto no sabría más que adjudicarle un par de novelas y unos cuantos rumores venenosos. Eso ya no puede seguir sucediendo tras la publicación de esta obra. La cantidad de fuentes primarias y de documentos que ha reunido Lázaro y que se vierten en la obra alejan de la biografía del infortunado autor donostiarra la sombra de muchas dudas.

Esto lo alcanza Lázaro gracias a un enfoque originalísimo que consiste en mostrar collages, entrevistas, fragmentos de obras que componen una visión coral del personaje y en el que el narrador/ inquiridor no toma partido sino que se dedica a hacer presente de forma ordenada las voces, algunas contradictorias o distorsionantes, de casi todos los amigos y familiares de Martín Santos que siguen vivos. Esa visión panorámica aporta algo que a Lázaro le seduce sobremedida: el carácter poliédrico y multidimensional de la personalidad y de la obra de Luis Martín Santos. Este difícil juego literario que Lázaro asume proporciona al lector un ritmo de lectura ameno. En él se adivinan influencias de Enszemberger en su trabajo sobre Durruti o de Kurosawa en *Rashomon* o del propio Martín Santos en *Tiempo de Silencio*.

Pienso que si algo ha sobrado hasta ahora en los estudios sobre Luis Martín Santos han sido tanto ficción como imaginación. Luis Martín Santos parece que trató de fundir su vida con una novela. Quizás el tiempo haya postergado su memoria merced a esa obsesión del autor donostiarra por lo novelesco. Podríamos decir que el primer responsable de las distorsiones y el olvido que ha sufrido su obra y su vida fue el propio Luis que nunca tuvo demasiado en cuenta el riesgo de bailar tanto y tan pegado a un peligroso vitriolo como es el mundo-novela.

Con su obra, *Lázaro* nos proporciona un texto trascendental para entender la vida, la psiquiatría, la política y la literatura españolas de los últimos 50 años. Y lo hace recurriendo a la llamada *FACTION*, es decir a los hechos, a los datos. Y es así como la figura de Luis Martín Santos luce mejor, desprovista de tantos rumores, dudas y oscuridades como arrastran tras de sí las ficciones.

Juan José Martínez Jambrina
Psiquiatra
Asturias (España)

Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas

Mari Luz Esteban (ed.) 2007 Bilbao

Editado por: OSALDE (Asociación por el derecho a la salud)

Barrenkale, 40 – 1º - 48005 Bilbao

OP (asociación por la defensa de la salud pública – País Vasco)

ISBN: 13:978-84-611-7304-4

La antropología de la salud promueve un análisis alternativo de los procesos de salud/enfermedad, teniendo en cuenta la inserción de dichos procesos en contextos sociales, políticos, económicos y culturales concretos y diversos.

Fruto de un ciclo de conferencias y talleres realizados entre sanitarios y socios de dichas asociaciones el presente libro responde exactamente al título: una clara y amena introducción a la antropología de la salud. Abordando tanto ideas generales como experiencias concretas; pudiendo agrupar sus artículos en cuatro epígrafes: introducción a la antropología de la salud; salud y género, migraciones, y epidemiología y cooperación en salud.

El artículo de A. Martínez Hernáez es una exposición brillante en cuanto a claridad y profundidad de la crítica de la antropología al determinismo biológico de la medicina científica o biomedicina, a los límites de la medicina en su vocación de universalidad y en su etnocentrismo.

De orientación general también podemos citar los artículos acerca de la atención primaria y la bioética (J.M. Uribe) o acerca de la aportación de la antropología al campo de las drogadicciones (Oriol Romani).

Siguiendo la línea del estudio de las desigualdades que se producen en la manera de enfermar de las diferentes personas o grupos en contextos concretos, los estudios acerca de las migraciones permiten señalar tanto los déficits estructurales en los modelos de atención sanitaria en países desarrollados (como muestra J. Comelles al describir la evolución del modelo de atención sanitaria en España y la inmigración) como los problemas que la emigración produce en la implantación de los servicios públicos de atención sanitaria en los países en vías de desarrollo (estudios en Ecuador o Malí).

La antropología feminista y la antropología de la salud permiten dar una perspectiva general desde la que es posible analizar, y criticar, el sistema médico-científico en su conjunto. A las contribuciones de ésta se dedica en artículo de la editora del libro M. L. Esteban. Un ejemplo de su aplicación lo presenta el estudio del papel de las mujeres en la atención a las enfermedades infantiles en un suburbio de Ciudad de México (R.M^a Osorio). O el análisis del feminismo en los programas de cooperación internacional en distintas ONG (R. Iraola).

Las instituciones de ayuda humanitaria y los cooperantes de ONG son especialmente demandantes de herramientas para el análisis de las situaciones en las que intervienen, dada la situación producida por la globalización de desestructuración, pérdida de cohesión social y aumento de las desigualdades entre los distintos grupos sociales y culturales. Los últimos artículos tratan de casos de intervención en Brasil, Mozambique y Honduras (C. Larrea; JC Rumbero; E. Sánchez).

Sería deseable la difusión de éste ameno tomo cuya lectura permitiría alejarnos de concepciones tremendamente anticuadas y coloniales de la antropología y nos abre al análisis y crítica que ésta hace del funcionamiento y desigualdades de las diferentes (e interrelacionadas) sociedades, incluida inevitablemente la nuestra.

José Filgueira Lois
Psiquiatra
Asturias (España)

“Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad”

Martínez Hernández, A.; 2008,; “Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad”; Barcelona; Anthropos ed.

La antropología viene a cubrir, frente a la biomedicina cada vez más tecnificada, la necesidad de teorías sociales que nos inviten a repensar la salud y la enfermedad en el mundo actual; a estudiar la manera en que las desigualdades sociales, las estructuras de poder y los modelos culturales afectan y determinan la salud.

Siguiendo la campaña de acercar la medicina, y con mayor interés la psiquiatría, a la antropología actual aconsejo la lectura de este pequeño tomo que mientras nos informa de las diferentes perspectivas antropológicas en el estudio de la antropología médica nos da a la vez una

amplia visión de las diferentes escuelas antropológicas en general; de la evolución de éstas, explicando los cambios y críticas que aportaron en su avance hasta el estado actual de la ciencia. Algo que por cierto el autor ya había hecho, en colaboración con el Dr. Comelles, en su libro, más sintético aunque igual de ambicioso: “Enfermedad, Cultura y Sociedad” (1993; Madrid; Eudema). Todo un recorrido desde las posiciones iniciales de descripción de las medicinas indígenas estudiadas como ejemplos de irracionalidad hasta la aproximación crítica actual en la que la biomedicina y la ciencia se convierten en objeto de estudio para la antropología médica. Añadiendo también el abordaje de las demandas del sistema médico en sus tareas de intervención en el llamado Tercer Mundo.

La antropología médica unida a otros saberes propone frente al determininismo biológico, trabajar con una perspectiva global para tratar un mundo de relaciones y complejo; propone la crítica del modelo biomédico que mantiene la ilusión de la independencia de lo biológico de todo contexto social e histórico.

El planteamiento antropológico frente al enfoque biomédico que atomiza el cuerpo y la enfermedad dividiéndolos en compartimentos propone una perspectiva holística, ampliando el campo para incluir la biografía, las relaciones sociales, las representaciones culturales y los procesos de la economía política. Retomando la concepción de una etiología de redes multicausales. Dando primacía a lo local y particular en vez de la idea médica de universalidad de las enfermedades.

La biomedicina define los criterios biológicos de desviación o disfunción, según su concepción estática de la biología humana y de la enfermedad como invariable y universal (descontextualizada) y olvidando que normatividad moral y normalidad biológicas están interconectadas. La antropología viene a negar la neutralidad de las nosologías médicas para considerarlas, desde una perspectiva crítica y constructivista, como productos de la vida social y oponiendo la multidimensionalidad de la enfermedad, como hecho social, cultural y político-económico, frente al reduccionismo biológico.

La antropología médica comenzó a analizar las dimensiones culturales y simbólicas de los procesos de salud y de enfermedad dando un giro hacia modos de conocimiento más propios de las ciencias humanas que de las ciencias naturales. En lugar de la explicación, la comprensión de la enfermedad como un símbolo, como texto interpretable en términos de un contexto. Ello, pensar la enfermedad como un símbolo un texto o una narrativa de aflicción, permite recuperar sentidos considerados erróneos desde la perspectiva biomédica. La biomedicina centrada en la enfermedad y no en el enfermo deja fuera de la atención al propio enfermo a su mundo local y sus condiciones sociales y materiales de asistencia.

“Las enfermedades y sus síntomas al igual que la vida cotidiana, son construcciones de significado que se articulan en un contexto cultural. El análisis de los modelos explicativos (EM) constituye un instrumento clave para dar cuenta de las diferentes versiones de la enfermedad que se establecen en los universos profesionales y populares, de sus diversas significaciones y resignificaciones. Los síntomas por un lado son entendidos como artefactos comunicativos en donde se pone a prueba la pericia del afligido para movilizar su red social o para negociar de-

terminados privilegios con su interlocutor. Ellos son también símbolos condensadores de significación cuya interpretación abre las puertas a una narrativa de aflicción y sufrimiento. La enfermedad se reconvierte así en texto biográfico, documento humano pero también cultural”.

Nuevos desarrollos han criticado: 1/ la limitación de estos modelos para la investigación empírica en sentido amplio, proponiendo un método de estudio empírico para el estudio de las enfermedades que parte del soporte del conocimiento biomédico; o 2/ indagar en los procesos de socialización de la disease (dimensión biológica o etiológica) y de la illness (dimensión cultural) mediante el estudio de la sickness o dimensión social de la enfermedad. Abriéndose paso en los últimos años aproximaciones de corte fenomenológico, como el paradigma del embodiment, que tratan de alcanzar la base experiencial de la enfermedad; ésta como experiencia humana intersubjetiva.

Otras perspectivas dan cuenta también de la necesidad de incorporar variables no sólo culturales, estudiando la enfermedad como producto de las desigualdades sociales, los procesos políticos y los conjuntos normativos de una sociedad, reflexionando por otra parte en el papel de la medicina en tanto que sistema de conocimientos y prácticas que produce sus propios fetiches y enmascaramientos. Proponiendo una hermenéutica crítica para entender los vínculos entre las representaciones de la enfermedad y las estructuras de poder, entre significados culturales de la aflicción y las desigualdades sociales en salud, entre la voz del sufrimiento y las lógicas de la dominación.

Finalmente el autor propone “el método etnográfico como instrumento de análisis pero también de intervención” pues “el vínculo entre etnógrafo y realidad social estudiada es una relación social en sí misma que puede propiciar el diálogo con los grupos sociales, y en esta medida, la participación ciudadana y la corresponsabilización en materia de salud”.

José Filgueira Lois
Psiquiatra
Asturias (España)

Complejidad Social y Salud Mental

Beatriz Fernández Castrillo

Editorial CSIC - Universidad de la República

Montevideo, Uruguay. 2009

Vale celebrar la aparición de este libro de Beatriz Fernández Castrillo, investigadora y docente de la Universidad de la República de Uruguay. Las relaciones entre la comprensión psicopatológica del sufrimiento mental y el contexto social ha dado lugar a numerosas publicaciones, que en general han mantenido la diferencia entre el componente psíquico individual y el componente de la vida social y cultural del mismo individuo. Esto es entender lo psicopatológico como el “texto” de la enfermedad y lo socio cultural como el “contexto” que acompaña al sufrimiento. Sin duda esta diferenciación proviene de una comprensión médica positivista

que entiende una autonomía “objetiva” de los mecanismos biológicos o psíquicos, y un acompañamiento de las condiciones sociales de existencia del individuo enfermo. Esto se refleja en una causalidad lineal, “causas psíquicas” y “causas sociales”, que ignoran la complejidad de la determinación del trastorno. Se disocia así lo que se presenta a la experiencia de todos como una unidad inseparable. El texto del sufrimiento mental es indisociable de la situación social y cultural de quien lo padece. Esta posición psiquiátrica positivista no solo ha afectado a la comprensión del sufrimiento mental, reflejado en las diferentes nosografías, sino que determina también en los cuidados de salud mental que se brindan una disociación entre el tratamiento del trastorno, orientado por los síntomas psicopatológicos, y los cuidados psicosociales, por lo general limitados al apoyo social. El desafío que asume Beatriz Fernández Castrillo en este libro es mostrar que si el malestar social y la desesperación del individuo lo llevan a la consulta en salud mental recibiendo un diagnóstico de depresión y/o ansiedad, debemos asumir que lo social y lo mental no son totalmente discernibles ni separables.

Ahora bien, ¿cómo abordar de un modo integral los aspectos psicopatológicos y los aspectos sociales integrados en el sufrimiento mental?. Esto implica tanto la comprensión diagnóstica como el enfoque terapéutico, ya que, como es obvio, la manera de comprender y explicar un trastorno decide luego el modo de actuar sobre él, esto es, la estrategia del tratamiento. Si el “texto” del sufrimiento mental integra estos aspectos de la vida del individuo, la separación entre tratamiento psiquiátrico o psicológico y apoyos o cuidados psicosociales altera la racionalidad de las estrategias terapéuticas y seguramente altera también el resultado de las mismas. Racionalmente actuar sobre los síntomas psicopatológicos puede resultar calmar su expresión en la vida del individuo, pero “curar” un trastorno obliga a la comprensión de la totalidad de la vida en que se inscribe el sufrimiento, esto es ayudar al individuo a transformar la situación compleja, social y cultural, en la cual se ha producido su trastorno psíquico. La autora señala muy ajustadamente cómo esto lleva a transformar en “nuevas enfermedades” lo que son trastornos de la existencia en condiciones sociales adversas. Cita para esto a un Documento publicado por O.P.S. en 1997, respecto a la situación de los países de América Latina y el Caribe, que resume: *“En efecto, las abrumadoras cargas sociales y psicológicas a que son expuestas las personas; producto de los procesos de modernización, de superpoblación de los centros urbanos, de precarización de las condiciones de trabajo, de pobreza creciente y fragmentación social; hacían prever a nivel mundial, la existencia de 88 millones de personas con trastornos mentales o emocionales para el año 2000, y para el 2010, 2 millones de personas afectadas por esquizofrenia y 17 millones por depresión”* Como señala con rigor la autora esto hace obligado explorar las nuevas desigualdades sociales, la vulnerabilidad y exclusión social, el papel del estado y las políticas sociales aplicadas en América Latina en estas dos décadas. Si disociáramos estos datos de aquellos de la prevalencia y morbilidad de trastornos en la población, estaríamos simplemente falseando la comprensión y equivocando el tratamiento.

El libro está basado en una investigación realizada en Uruguay entre los años 2000 y 2004, esto es dentro del período de la crisis económica que afectó a Uruguay en 2002. Esta investigación versa a la vez, es extensible, al contexto social latinoamericano de esa etapa, a la vez que sus análisis y conclusiones abarcan, como veremos, temas centrales para la construcción de una perspectiva comunitaria en Salud Mental. Para el trabajo de campo la autora seleccionó una muestra de población asistida en un Servicio universitario de atención de salud mental, entre

los años 2000 y 2004, periodo muy marcado por el impacto de la crisis económica financiera, con gran impacto en Uruguay. Si bien el estudio registra la afectación en la vida cotidiana de la población de la muestra, se amplía hacia la emergencia de una problemática psicosocial y emocional que se expresa en la consulta ambulatoria de ese Servicio. Esto permite inferir que los datos obtenidos son válidos como indicadores de la población general. Para su investigación la autora definió indicadores básicos en las dimensiones socioeconómica, el trabajo y la familia. Es muy precisa su fundamentación de adoptar la noción de “vulnerabilidad”, más amplia y precisa que la de “riesgo” utilizada en los estudios clásicos. Los indicadores seleccionados dan cuenta del amplio contexto de las transformaciones contemporáneas de la vida social, como parte del dominio de una hegemonía de los valores neoliberales y la economía de mercado impuesta en la década de los años noventa en A. Latina. Así estos indicadores permiten explorar el impacto en los individuos de cambios en el empleo con las políticas de flexibilización laboral; de la adopción de un modelo de desarrollo tecnológico que produjo una notable exclusión de muchos individuos expulsados del trabajo, de la economía y de la sociedad misma, dando lugar a lo que se ha llamado “desempleo estructural”. Se agrega a esto la inseguridad en la vida afectiva por la exclusión social: las migraciones internas y al exterior, se agregó los divorcios que hicieron de la familia misma y la pareja un ámbito incierto sobre su fortaleza y continuidad. Es interesante cómo la autora evita la noción de “adaptación” de los individuos a la nueva situación social, noción que introduce la idea de pasividad hacia los cambios sociales. Se trata de conflicto, de tensión, entre lo social-cultural y los modos de repuesta e inclusión de los individuos en ese conflicto. Dice al respecto: *“Pero la salud no se produce en las instituciones sanitarias, sino en los espacios cotidianos donde los hombres y mujeres producen y reproducen la salud y la vida. Una concepción integral de la salud involucra a las personas y su entorno; considera las relaciones y los vínculos entre ellas y su cotidianeidad. No sanan y enferman los cuerpos ni las almas, sino las personas incluidas en sus redes de vínculos. En el proceso puede prevalecer una u otra situación que afecte predominantemente a la mente, el cuerpo o el mundo vincular, pero no es posible pensar estas entidades sin involucrar a las personas y su entorno. La pareja, la familia, la vida comunitaria, la participación en la vida política, entre otras manifestaciones propias de la vida humana no condicionan o son el contexto del bienestar subjetivo, son el ámbito mismo de la producción de valores de bienestar o sufrimiento, de conocimientos enriquecedores de la personalidad o empobrecimiento intelectual. Estos valores, como los sistemas teóricos que los representan en el pensamiento, son propios de cada cultura en cada momento de su desarrollo”*. Esto es que el sufrimiento mental no es algo causado en la interioridad del individuo que padece, sino una relación compleja entre el individuo, la vida social y la cultura.

Si bien el libro es la publicación del estudio que mencionamos, no es solamente el informe de una investigación, se trata más bien de una intervención muy clara y precisa en el debate actual en Salud Mental, donde, son ejes, los problemas éticos, la perspectiva de Derechos Humanos, las políticas públicas y su relación con el funcionamiento de los servicios de atención de la salud mental. Desde esta perspectiva amplia, la autora vincula con rigor epistemológico el concepto de salud mental y de salud en general con el concepto de “reproducción social”, abriendo una interesante brecha a un aspecto central: cual es el problema de la fundamentación epistemológica de los actuales principios que impulsa Salud Mental. Esto es, la interrogación acerca de la racionalidad científica con que se construye el conocimiento actual de

una salud mental comunitaria. En esto inscribe con mucho rigor estos nuevos desarrollos de S.M. Comunitaria en la teoría moderna de la complejidad. Señala al respecto: *“Modularidad social que refiere a que valores, códigos y pautas son propias de un particular modo de relacionamiento, donde el proceso de reproducción humana reconoce cuatro grandes zonas: la reproducción biológica, como patrón genético; la reproducción de la autoconciencia y de la conducta, como resultante de las experiencias vinculares en la familia que construyen el sentido de sí; la reproducción de los medios de vida económicos y societales; la reproducción de las relaciones materiales y jurídicas que originan la existencia del Estado como regulador de las relaciones comunales y sus asentamientos territoriales de desempeño político y ecológico”*.

Salud Mental Comunitaria no puede reducirse a la creación de servicios comunitarios, esto es servicios territorializados, que aseguren la accesibilidad geográfica y cultural a la atención. Esta perspectiva es más amplia: si queremos asegurar que los mismos afectados, su familia y la comunidad sean parte de los procesos de atención y rehabilitación, debemos ampliar nuestra comprensión del sufrimiento mental y reflejar esta comprensión en las formas de relación terapéutica. Salud Mental Comunitaria requiere de una nueva ética que regule la relación entre quienes sufren y requieren de atención y quienes debemos dispensarla. Ampliar la atención a la participación de la comunidad es a la vez que los problemas y criterios de la comunidad tengan lugar en nuestra comprensión del sufrimiento. Así señala Beatriz Fernández Castrillo: *“La población que consulta en los servicios de Salud Mental del subsector público esta expuesta por su condición a formas de vulnerabilidad agregadas. Vulnerables en tanto son pobres, y vulnerables en tanto su subjetividad esta afectada. Es una población que tiene resentido su capital social, disminuidas las posibilidades de aprovechamiento de recursos, afectados sus activos y alteradas las estructuras de oportunidades disponibles. Esto desde una perspectiva micro. Desde una perspectiva macro, los vulnerables son cada vez más vulnerables (Castel, 1984). La organización social es cada vez menos tolerante con quienes tienen algún padecimiento mental. La sociedad cada vez más fragmentada, bajo el mecanismo de la regulación social de la estigmatización, discrimina a las personas con perturbaciones mentales bajo el supuesto de la falta de competencia en la reproducción social, en el desempeño de roles sociales y en la imposibilidad de mantener un comportamiento sostenido en forma continuada en el mercado, especialmente en el mercado laboral.”*

Pobreza, desempleo, exclusión social y abandono familiar, inseguridad e incertidumbre sobre el futuro. Como señala la autora, el malestar y la desesperación llevan a muchos a acudir al sistema de salud mental en búsqueda de alguna repuesta que les ayude a sobrellevar la vida. En muchos de los servicios existentes, ya no en todos, el malestar, la desesperación, la angustia sobre el provenir, la impotencia para actuar en el presente, se transforman en diagnósticos como depresión, trastorno de ansiedad, bipolaridad. Reciben entonces medicamentos para calmar sus malestares. En cómo seamos capaces de ampliar más científica y racionalmente nuestras repuestas de atención se definirá el futuro de una perspectiva comunitaria en Salud Mental. A esto nos convoca con inteligencia y rigurosa lucidez el libro de Fernández Castrillo.

*Emiliano Galende
Psicoanalista
Buenos Aires (Argentina)*

NOTICIAS BREVES

Diploma Internacional sobre Legislación en Salud Mental y Derechos Humanos (2009-2010)

Se ha realizado la segunda convocatoria del **Diploma internacional sobre legislación en salud mental y derechos humanos (2009-2010)**, que desarrolla el ILS Law College de Pune (India) en colaboración con la Indian Law Society y la Organización Mundial de la Salud.

Este diploma innovador puede contribuir al aumento de la capacidad de los países de promover los derechos de las personas con discapacidades mentales de acuerdo con la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidades mentales y otras normas internacionales de derechos humanos. El curso proporciona a los estudiantes la oportunidad de mejorar su conocimiento y experticia en el área de la salud mental, derechos humanos y legislación.

El diploma incluye tanto sesiones de “educación a distancia” como presenciales y el profesorado lo forman expertos internacionales. El curso va dirigido a una amplia gama de personas interesadas en esta área; profesionales de la salud, asistentes sociales, abogados, legisladores, usuarios y familiares, funcionarios gubernamentales,...

Las solicitudes de admisión pueden ser realizadas online en:
<http://www.mentalhealthlaw.in/admission.html>

Más información en: www.mentalhealthlaw.in

Fomento de la Salud Mental y Financiación de la Salud Mental

Dos nuevos módulos, en español, sobre “Fomento de la salud mental” y “Financiación de la salud mental”, del Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental esta disponible en la página WEB de la OPS y en la WEB de INFOCOM (sección guías del tema salud mental) (<http://www.infocom-ca.org.pa/drupal/?q=node/117>)

Son el quinto y sexto módulos disponibles en español, los anteriores son; “El contexto de la salud mental”, “Política, planes y programas en salud mental”, “Legislación y derechos humanos en salud mental” y “La mejora de la calidad en salud mental”.

Informe de Evaluación de los Servicios de Salud Mental de Honduras

El informe de evaluación de los servicios de salud mental de Honduras, en sus versiones al español y al inglés, esta disponible en las páginas WEB de la OMS, de la OPS

(http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=625&Itemid=353) y de INFOCOM.

Salud Mental de la Mujer

La OMS en conjunto con el Centro Colaborador de la OMS de la Universidad de Melbourne (Australia) han publicado un documento sobre *“Aspectos de la salud mental dentro de la salud reproductiva de la mujer: una revisión global de la literatura”*

Master Internacional sobre Servicios y Políticas de Salud Mental

La Universidad de Lisboa (Portugal) y el Departamento de Salud Mental de OMS han convocado este master internacional (2009-2011) que ha comenzado el 7 de septiembre de 2009 y que combina dos cursos presenciales con una programación online. El master cuenta con un elenco de profesores internacionales de reconocido prestigio. El curso es coordinado por los profs. Caldas de Almeida y Benedetto Saraceno.

Más información en www.fcm.unl.pt/masterint

Jornada Mundial de Sensibilización para el Autismo

La Asamblea general de Naciones Unidas del 18 de diciembre de 2007 adoptó la resolución 62/139 para celebrar cada 2 de abril la jornada mundial de sensibilización para el autismo.

REUNIONES CIENTIFICAS

- **XXI^o. Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría:**
“Migración, Salud mental y Transculturalidad en el Siglo Barcelona, (España)
del 30 de octubre al 01 de noviembre de 2010.
- **XXVI Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina**
29 de Octubre al 2 de Noviembre del 2010. Puerto Vallarta. México
<http://apal2010.server272.com/>
- **IX Jornadas Internacionales Dr. W. Winnicott y la psicoterapia psicoanalítica hoy.**
“Expóraciones. Aperturas. Fronteras”,
12 y 13 de Noviembre de 2010. Auditorio de la U. de Deusto Bilbao
www.gpab.org
- **2ème Édition. Congrès Français de Psychiatrie**
Lyon 17-20 novembre 2010
<http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/>
- **“10th international forum on Mood and anxiety disorders”.**
Viena 17 – 19 November, 2010-06-22
www.ifmad.org
- **8ª Reunión Internacional sobre las Fases Tempranas de las Enfermedades Mentales.**
“Genes y ambiente: desde la etiopatogenia al tratamiento en las psicosis”
Santander 18 a 20 de Noviembre
<http://www.fasestempranas.com/genesyambiente/>
- **XV curso anual de esquizofrenia**
“Crisis, emociones y psicosis”.
Madrid 25 – 27 de Noviembre 2010
<http://www.cursoesquizofreniamadrid.com/esp/cursos.html>
- **“Early Psychoses: A lifetime Perspective”.**
Amsterdam 2010 and the 7th biennial conference of the International Early
Psychosis Association.
29th November to 1st December 2010 in Amsterdam, the Netherlands
<http://www.iepa.org.au/2010/>
www.iasp.info

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 1, número 1, 2001



ADICIONES

Pablo Martín González
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 1, número 2, 2001



ÉTICA Y LEY

Vicente Aparicio Basauri
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 2, número 1, 2002



**COOPERACIÓN
INTERNACIONAL EN SALUD
MENTAL**

José Filgueira Lora
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 2, número 2, 2002



**HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA
EN ESPAÑA**

Vicente Aparicio Basauri
José María Martínez González
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGÍA Y SALUD
MENTAL**

José Filgueira Lora
Ignacio López Pertierra
Gloria Álvarez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACIÓN SIN HOGAR**

Marta Torralba Barrio
Vicente Aparicio Basauri
Doroteo Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 3, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**

Berta Alonso Kjaer
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Luis Sáez de la Cueva
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LIMITE

Pablo Martín González
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 6, número 1, 2005



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**

Ana Esther Sánchez Domínguez
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 6, número 2, 2005



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiberio Argandoña Somo
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**

Pilar Ariza García
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**

José Juan Usárate Urbieta
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSIQUIATRÍA

Osar Martínez Álvarez
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL

Purificación Ripollés Eiro
(Coordinador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**

Vol. 8, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPÉUTICA**

José Luis Hernández delgado
(Coordinador)

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 9 - Núm. 1 - 2009

PRESENTACIÓN 7

ARTÍCULOS ORIGINALES

Adherencia terapéutica. Generalidades

José Luis Hernández Fleta, Francisco Javier Acosta Artilles y José Pereira Miragaia 13

La Adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis

Francisco Javier Acosta Artilles, José Luis Hernández Fleta y José Pereira Miragaia 29

La Adherencia en los trastornos afectivos

Rafael Touriño González 49

La Adherencia en psicoterapia

José Pereira Miragaia Francisco Javier Acosta Artilles y José Luis Hernández Fleta 67

Métodos de evaluación de Adherencia

Francisco Javier Acosta Artilles, José Luis Hernández Fleta y José Pereira Miragaia 79

Estrategias de intervención para mejorar la adherencia

Enrique Hernández Reina, Francisco Javier Acosta Artilles y José Luis Hernández Fleta 95

INFORMES 107

Estrategia y plan de acción sobre salud mental

IN MEMORIAM 113

Leon Eisenberg

RESEÑAS 115

REUNIONES CIENTÍFICAS 121

NORMAS DE PUBLICACIÓN 127

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en un disquete de 3,5” (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiado a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Carretera de Rubín, s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
Carretera de Rubín, S/N
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)**

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (centro de trabajo)
y con domicilio en c/
Población..... D. P..... Provincia
Tel..... e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.
D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido
Dirección
BANCO/CAJA DE AHORROS

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

