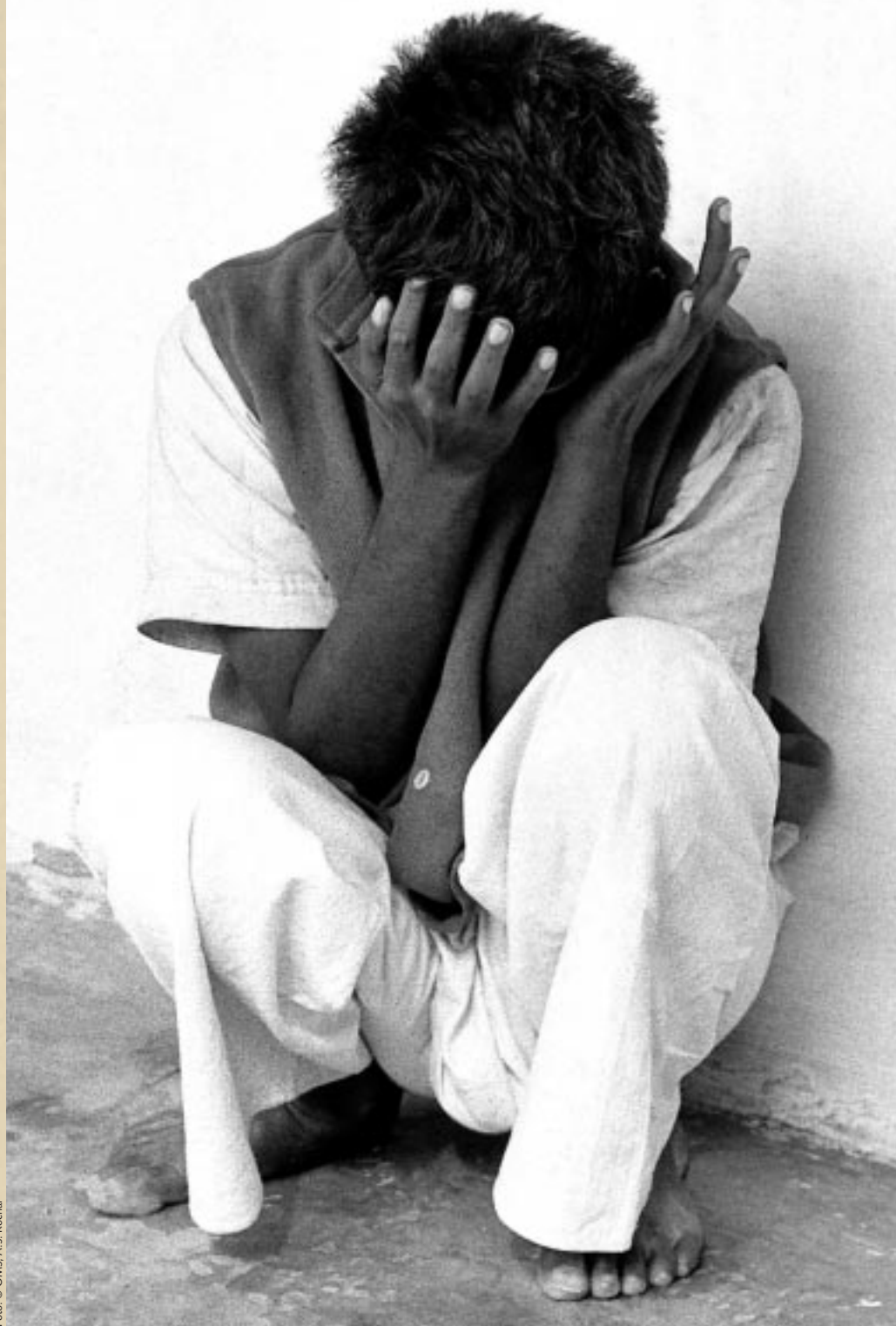


P O R L A S A L U D M E N T A L E N E L M U N D O



**Sí a la atención
No a la exclusión**

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD 2001
Organización Mundial de la Salud



Mensaje de la Dra. Gro Harlem Brundtland

Directora General de la Organización Mundial de la Salud



Foto: © OMS, Akerden



El 7 de abril de 2001, todos los pueblos y gobiernos del mundo celebrarán el Día Mundial de la Salud, que en este año estará dedicado a la salud mental. Se ha seleccionado la salud mental como tema del Día en reconocimiento de la carga que los trastornos mentales y del cerebro representan para las personas y familias afectadas, y a fin de destacar los importantes logros conseguidos por investigadores y clínicos en la reducción del sufrimiento y de la discapacidad que acompaña a esos trastornos. El mensaje desde la Organización Mundial de la Salud es a la vez de preocupación y de esperanza.

Tenemos un largo camino por delante, un camino aún sembrado de mitos, secretos o de vergüenza. Rara es la familia que no se ha visto afectada por un trastorno mental, o que no vaya a necesitar cuidados y asistencia en algún período de la vida. Sin embargo, fingimos ignorancia y cerramos los ojos ante esa realidad. Puede esto resultar de la falta de datos suficientes para empezar a abordar el problema. Dicho de otro modo, no sabemos cuántas personas no reciben la ayuda que necesitan, una ayuda que está, o debería estar, disponible y que puede obtenerse sin costos inasequibles. Por no reconocer esta realidad, estamos perpetuando un círculo vicioso de ignorancia, sufrimiento, miseria, e incluso de muerte prematura. Afortunadamente, disponemos de la capacidad necesaria – en

nosotros mismos, en las sociedades y en los gobiernos – para superar este estado de cosas, pero tendremos que obrar juntos si deseamos cambiarlo.

Se estima en 400 millones el número de personas que actualmente sufren de trastornos mentales o neurológicos, o de ciertos problemas psicosociales, por ejemplo, los derivados del abuso del alcohol y de las drogas. Muchas personas los sufren en silencio, y muchas solas. Además del sufrimiento por la falta de asistencia, deben afrontar el estigma y, como se ha señalado antes, la sensación de vergüenza, la exclusión y, más a menudo de lo que queremos reconocer, la muerte prematura.

La verdad es que tenemos medios para tratar numerosos trastornos. Tenemos los medios y conocimientos científicos necesarios para ayudar a afrontar el sufrimiento. Cabe admitir que muchos gobiernos han sido negligentes, al no proporcionar a la población atención adecuada, mientras que gobiernos y comunidades han seguido discriminando a las personas aquejadas de esos trastornos. Basta citar, y sólo a modo de ejemplo, las violaciones de derechos humanos en muchos hospitales psiquiátricos, la prestación insuficiente de servicios de salud mental en la comunidad, los planes de seguro médico poco equitativos, y las prácticas discriminatorias en materia de empleo. Todos somos responsables de esta situación, causada de manera accidental o intencionada.

Ha llegado la hora de hacer un balance. Consideremos este Día como una oportunidad y como un desafío para reflexionar sobre lo que queda por hacer y sobre la manera de hacerlo. Aprovechemos este Día y los que siguen para evaluar la situación y propugnar cambios de política, por un lado, y cambios de actitud, por otro. Junto con nuestros Estados Miembros, la OMS se compromete a trabajar para que llegue el día en que buena salud signifique también buena salud mental.

Durante el último siglo se han producido cambios espectaculares en nuestra manera de vivir y pensar. El ingenio humano y la tecnología han propuesto soluciones que apenas imaginábamos hace cincuenta años. Hemos dominado enfermedades que parecían insuperables. Hemos librado a millones de personas de una muerte prematura y de la discapacidad. Nuestra búsqueda de medios para mejorar la salud es, y es así como debe ser, incesante. No es difícil hallar las soluciones para los problemas de salud mental, y ya hemos encontrado muchas de ellas. Lo que necesitamos es centrar nuestros esfuerzos en este objetivo como imperativo fundamental. Debemos buscar soluciones y proporcionar atención de salud mental de modo sistemático en nuestra aspiración incesante y posible de lograr una vida mejor para todos. En síntesis, en este Día debemos comprometernos a decir «sí a la atención, no a la exclusión».

Gro H. Brundtland



Los mitos dañan: afrontémoslos

Los hechos ayudan: utilicémoslos

La salud mental hoy

Una visión para el futuro

Dónde encontrar más información

Introducción

La salud mental es un componente integral de la salud, por medio de la cual una persona aprovecha su potencial cognitivo y afectivo, así como su capacidad para relacionarse. Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés, realizar un trabajo fructífero y efectuar un aporte positivo a la comunidad. En cuanto afectan a la salud mental, los trastornos mentales y cerebrales impiden o disminuyen la posibilidad de alcanzar todos o parte de esos resultados. Dicho de otro modo, prevenir y tratar esos trastornos despeja el camino para el pleno aprovechamiento del potencial individual.

Como quiera que la salud mental es parte fundamental del desarrollo humano, hay que reconocer los problemas de salud mental como una realidad inseparable de la vida, pero una realidad a la que se puede hacer frente.

No a la exclusión

No existe justificación ética, social ni científica para excluir de la comunidad a las personas que sufren de una enfermedad mental o trastorno cerebral. Hay lugar para todos.

No hay por qué temer a los que sufren de una enfermedad mental, y nadie es inmune

Sí a la atención

El sistema de atención de salud puede abrir el camino; no hay razón para excluir del sistema asistencial los servicios de salud mental. De ahí, entonces, que la paridad entre la salud física y la mental en los servicios de atención es vital.

No hay que desatender los signos precoces de la enfermedad.

Es preciso luchar contra los mitos y las falsas ideas.

Dispensar una mejor atención, garantizar el acceso a ella, abogar por la equidad asistencial. Todo esto debe hacerse, y todo esto es posible, si reconocemos que la atención de salud mental es, y debe ser, una preocupación básica de todos.

Intencional



¿Afectan los trastornos mentales y del cerebro sólo a los adultos de los países ricos?

No. Afectan a todos: a niños y adultos, a ricos y pobres.

Número de personas que sufren epilepsia (amarillo) y esquizofrenia (azul) en el mundo (en millones)
Fuente: Liga Internacional contra la Epilepsia, 1999

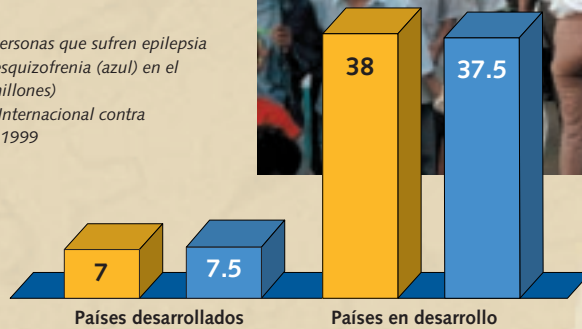


Foto: © OMS, C. Gaggero

Nadie está inmune.

Los trastornos mentales y cerebrales afectan a los adultos, los ancianos, los niños y los adolescentes.

Aproximadamente uno de cada cinco jóvenes (hasta los 15 años de edad) sufren trastornos, ya sean moderados o graves. No obstante, gran número de esos niños y adolescentes no reciben aún atención por la sencilla razón de que no hay servicios disponibles. La mayor parte de la atención se ha destinado tradicionalmente a los adultos y se ha desatendido la intervención en la infancia.

- Unos 17 millones de jóvenes de 5 a 17 años de edad de América Latina y el Caribe padecen trastornos mentales de suficiente gravedad como para requerir tratamiento.

- Un estudio ha mostrado que el 10% de los escolares de la ciudad de Alejandría (Egipto) sufren depresión. Se comprobó también que el 17% de los alumnos del último curso de la enseñanza secundaria sufren ansiedad.

Los trastornos mentales y cerebrales son motivo de preocupación en los países tanto desarrollados como en desarrollo.

No hay persona de nación o población alguna que no corra riesgo de sufrir un trastorno mental:

- En un estudio de la OMS efectuado en 27 países en desarrollo y desarrollados no se halló ninguna población libre de esquizofrenia.

- El abuso del alcohol es otro trastorno que no respeta fronteras. Así, por ejemplo, en Rusia mueren 35 000 personas de alcoholismo cada año.
- La epilepsia, si bien es más frecuente en los países en desarrollo, se encuentra en todas las capas sociales.
- En una reciente encuesta realizada en una población rural del Pakistán se llegó a la conclusión de que el 44% de los adultos sufrían trastornos depresivos.

¿Son los trastornos mentales y cerebrales un artificio de la imaginación?

No. Son afecciones reales que causan sufrimiento y discapacidad.

«Anímese, todo esto es fruto de su imaginación». Cuántas veces no hemos oído esto. No sólo amigos, familiares y médicos no perciben la existencia de un trastorno mental. Incluso los gobiernos optan por cerrar los ojos, como lo prueba la frecuente ausencia de la salud mental en sus prioridades y planes de salud.

Los trastornos mentales son reales

Las enfermedades mentales y los trastornos cerebrales provocan sufrimiento y discapacidad, e incluso pueden acortar la vida, como se observa en los episodios de depresión posteriores a un ataque cardíaco, en varias afecciones resultantes de la dependencia del alcohol, o en los casos de suicidio. Muchas veces la existencia de un trastorno mental o cerebral se mantiene oculta, por voluntad del paciente o porque éste o sus familiares no lo reconocen como una enfermedad susceptible de atención y mejoría. Sin embargo, las enfermedades mentales son reales; en efecto, imágenes del cerebro captadas con métodos modernos han permitido identificar la estructura anormal subyacente de numerosos trastornos. Así, ignorar su existencia equivale a negar que existe el cáncer porque no se pueden ver las células anormales sin un microscopio. **Las enfermedades mentales se pueden diagnosticar y tratar antes de que sea demasiado tarde.**

Los síntomas son un signo de una enfermedad real

Hay personas a quienes les asalta un miedo sobrecogedor que va acompañado de toda una serie de síntomas reconocibles. Otras se debaten contra pensamientos negativos o desagradables persistentes y recurren al alcohol como escapatoria. En algunos casos, el paciente sufre de manera tan atroz que considera el suicidio como un alivio. Según estimaciones, en el año 2000 habrá habido una muerte por suicidio cada 40 segundos.

Aunque se suele pasar por alto o negar la existencia de los síntomas mentales, el hecho es que cinco de los diez trastornos más discapacitantes son de naturaleza psiquiátrica. **La depresión unipolar, el consumo de alcohol, los trastornos afectivos bipolares (maníacodepresivos), la esquizofrenia y los trastornos obsesivo-compulsivos figuraban entre las diez principales causas de discapacidad en el mundo en 1990.** La discapacidad asociada a un trastorno mental o cerebral impide al paciente trabajar y dedicarse a otras actividades creativas; así, por ejemplo, la madre no se ocupará debidamente de su bebé, el adolescente dejará de relacionarse socialmente con sus compañeros y amigos, y el anciano dejará de cuidarse.



Foto: © ACNUR, A. Hoffmann

« Si alguien tiene un brazo roto, usted se compadece. Pero cuando (el problema es) psiquiátrico, la gente no sabe cómo reaccionar porque no lo ve. Pero el hecho de que no pueda verse el dolor no significa que la persona no necesite atención y apoyo. »

Mujer de Samoa, maníacodepresiva, 29 años de edad, Auckland (Nueva Zelanda)



¿Es imposible ayudar a alguien aquejado de un trastorno mental o cerebral?

No. Existen ahora tratamientos eficaces.



Foto: © OPS, A. Waalk

Una consejera habla con una madre y su hijo mentalmente discapacitado en una sesión de apoyo psicosocial en un centro de salud comunitario

En todos los trastornos mentales y neurológicos es posible hacer algo

Algunas personas se recuperan totalmente. A otras les resulta más difícil. Pero en todos los casos se puede aliviar el sufrimiento, merced al uso de distintos métodos. Por ejemplo:

- La esquizofrenia, un trastorno grave, puede tratarse. Se puede ayudar a las personas que sufren esquizofrenia con medicamentos para reducir los síntomas. El riesgo de recaídas puede disminuirse adoptando dentro de la familia medidas de índole psicosocial en beneficio de todos, con métodos que los servicios implementan.
- En niños y adultos diagnosticados con epilepsia se podrían controlar totalmente las convulsiones durante muchos años a condición de que reciban medicamentos apropiados diariamente.

■ Las medidas de rehabilitación, destinadas a mejorar las aptitudes sociales y personales, ayudan a las personas con depresión a reanudar su vida normal. En la gran mayoría de los casos la medicación antidepressiva disminuirá o eliminará por completo la enfermedad depresiva.

Se puede obtener ayuda de los agentes de salud en dos niveles.

El personal general de salud, médicos y enfermeras, son los primeros profesionales a los que se puede consultar. La mayoría de las comunidades pueden recurrir a ellos, pero, debe admitirse, en algunas partes del mundo aún no están preparados para hacer frente a las necesidades afectivas de los pacientes. Con formación y supervisión apropiadas, esos profesionales estarían mejor preparados para identificar los trastornos mentales y cerebrales y proporcionar tratamientos más eficaces. Un importante obstáculo en la atención será reducido si se lograra que el paciente no se sienta avergonzado por su trastorno y, por el contrario, hable libremente de sus problemas afectivos con su médico o su enfermera.

Las profesiones especializadas, en particular los psicólogos, los psiquiatras (para los trastornos mentales) y los neurólogos (para los trastornos cerebrales), las enfermeras psiquiátricas y de los servicios neurológicos, los asistentes sociales y los terapeutas ocupacionales, proporcionan atención especializada donde existen.

Pero no basta con atender sólo a la persona que sufre.

La familia, que es la principal fuente de apoyo, necesita apoyo también, para asegurar su buen funcionamiento y bienestar. Rara vez recibe apoyo, por lo cual es totalmente necesario crear más servicios para las familias en todos los países.

¿Los trastornos mentales o cerebrales son el resultado de una personalidad débil?

No. Las causas son de índole biológica, psicológica y social.

Los científicos están realizando investigaciones para determinar el origen genético o los factores biológicos de diversos trastornos

Se ha mostrado que el origen de la esquizofrenia y de la enfermedad de Alzheimer guarda relación con los genes. Se sabe que la depresión está asociada a la modificación de las sustancias químicas cerebrales. La dependencia del alcohol, a

menudo considerada como un vicio resultante de una moral deficiente, se relaciona ahora tanto con el entorno social como con los genes. El retraso mental es otro ejemplo; una causa biológica de este trastorno es la falta de yodo, sustancia indispensable para el desarrollo cerebral en la alimentación del niño en crecimiento.

Causas de naturaleza social pueden contribuir considerablemente a la aparición de diversos trastornos

En efecto, y sólo a título de ejemplo, la pérdida de un ser querido puede ser la puerta de entrada a la depresión. Perder el empleo puede dar lugar a un fuerte consumo de bebidas alcohólicas, al suicidio y a la depresión. Un deficiente entorno afectivo, resultante de la disgregación familiar o de la violencia en el hogar o la comunidad, puede aumentar el riesgo de contraer una enfermedad mental.

En algunos lugares del mundo se considera que las enfermedades mentales son obra de los malos espíritus. Esta es una cuestión espinosa. Una postura así puede dar lugar a un enfrentamiento de la fe con los hechos, de los curanderos espirituales con los médicos, y de las creencias culturales con los conocimientos científicos. Sea cual fuere la postura de las personas, legas o profesionales, debe evitarse que una situación empeore. En ocasiones, pocas o muchas, según lo dicten las necesidades, los profesionales de la salud mental podrían colaborar con los curanderos, de forma que cuando la medicina tradicional no sea de ayuda se pueda recurrir a los tratamientos convencionales. En cualquier caso, **los profesionales de la salud mental servirán mejor a la comunidad si comprenden el contexto cultural y social en el que realizan su trabajo.**

«Puede usted superar su estado si de verdad lo intentara». Cuántas veces se oye esta reflexión. Sin embargo, no es tan sólo una cuestión de voluntad o de esfuerzo. En algunos medios culturales, tal vez se considere que un comportamiento «inmoral» o la mala suerte son responsables de los problemas de salud mental. Dejemos de achacarlos simplemente a la persona afectada o a la mala suerte y tratemos de comprender la complejidad del trastorno mental o cerebral.

La pobreza extrema, la guerra y los desplazamientos pueden influir en la aparición, gravedad y duración de los trastornos mentales.



Foto: © OMS/WPRO, M. Murray, Lee



Foto: © ACNUR, C. Sattlberger

«La enfermedad mental, una de las principales aflicciones de la humanidad, ha recibido poca atención en el pasado. En el último medio siglo hemos presenciado una profunda revolución en el conocimiento y el tratamiento de las principales enfermedades mentales, por ejemplo la depresión, la esquizofrenia, la ansiedad. Las recientes investigaciones han mostrado que las enfermedades mentales, lejos de ser un defecto de la personalidad o una consecuencia de la disfunción familiar, tienen raíces biológicas.»

Julius Axelrod, Premio Nobel de Medicina, 1970, en una carta dirigida a la Directora General de la OMS el 30 de junio de 2000



¿Debemos limitarnos a encerrar a las personas que sufren una enfermedad mental?

No. El aislamiento y la imposición de restricciones a las personas aquejadas de una enfermedad mental, no constituyen soluciones.



¿Es esto lo que queremos?

El tratamiento de las enfermedades mentales se asocia muy a menudo con los hospitales psiquiátricos. Pero dado que hay todavía establecimientos que violan los derechos fundamentales de la persona y atentan contra su dignidad mediante tratamientos inhumanos, la atención psiquiátrica es desafortunadamente evitada. Con demasiada frecuen-

cia se considera que el abandono, la reclusión o el aislamiento son la única solución a los problemas que plantea una persona enferma. **Sin embargo, los hechos muestran que las personas aquejadas de una enfermedad mental o un trastorno cerebral pueden mejorar y aportar una contribución útil a la sociedad.**

Foto: © CICR, C. Chiachiani

Existen numerosos tratamientos posibles y entornos apropiados para dispensar esos tratamientos; ni el hospital psiquiátrico ni el aislamiento son la respuesta más apropiada o única.

Aunque actualmente el panorama mundial no es del todo halagüeño, cabe notar que **se dispone ya de atención en una variedad de entornos**. Son opciones viables el propio hogar del paciente, los dispensarios, las unidades de urgencia, las salas psiquiátricas de los hospitales generales y los centros de atención diurna. Son opciones de la rehabilitación, las residencias, las cooperativas, los talleres protegidos y los grupos de apoyo social.

Al igual que las dolencias físicas, los trastornos mentales y cerebrales son de gravedad variable. Existen trastornos :

- transitorios, como el trastorno agudo causado por el estrés;
- periódicos, como la enfermedad bipolar, caracterizada por periodos de euforia exagerada seguidos por periodos de depresión;
- prolongados y progresivos, como la enfermedad de Alzheimer.

El tratamiento debe adecuarse al trastorno y tener en cuenta la situación del paciente: por ejemplo ¿Vive solo en su domicilio? ¿Tiene familia que pueda ocuparse de él, junto con el médico o la enfermera u otro agente de salud? **La mejor opción dependerá de la situación de cada individuo pero, sea cual fuere la situación, deberán protegerse los derechos humanos ante todo.**

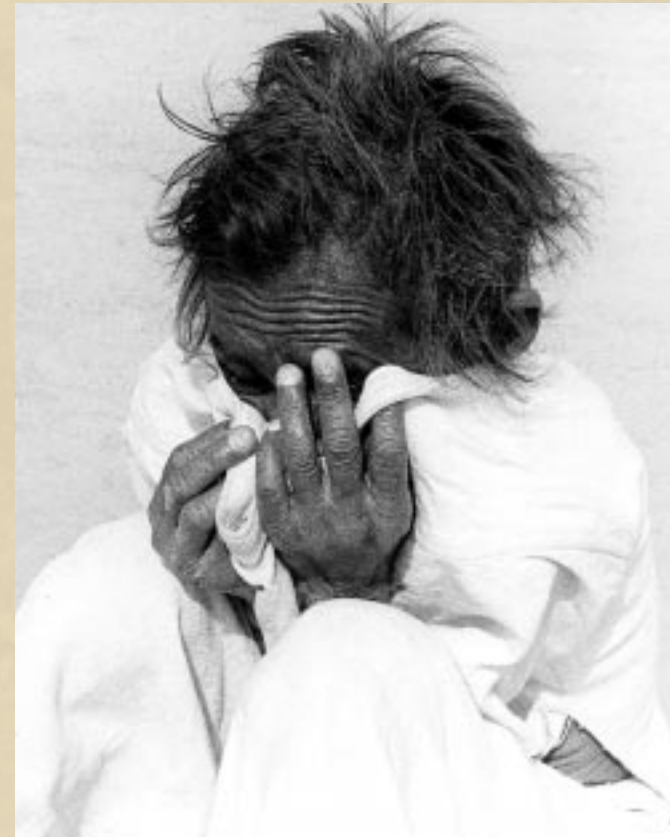


Foto: © OMS, A.S. Kochar

Hay muchas otras ideas falsas sobre las enfermedades mentales y los trastornos del cerebro. Enumerarlas aquí no es el propósito del presente folleto. El lector deberá explorar sus propios mitos.

Todos debemos reconocer que las personas aquejadas de una enfermedad mental sufren no sólo a causa de su enfermedad. En su vida diaria, frecuentemente estigmatizadas e incluso condenadas por la sociedad, no pueden:

- reintegrarse totalmente a la sociedad, obtener una vivienda decente, lograr un trabajo retribuido o llevar una vida social razonable. En el caso de las personas dadas de alta de un hospital psiquiátrico, esa exclusión puede llevarlas de nuevo al hospital;
- acudir en busca de tratamiento cuando lo necesitan, por miedo a que otros se enteren, lo cual redundaría en desprestigio social para sí mismas o sus familiares. Esto constituye un problema grave, pues el sufrimiento no disminuye y el ejercicio normal de las funciones o la calidad de vida pueden verse afectados al perdurar el trastorno.

Los mitos que rodean a los problemas de salud mental son responsables del terrible sentimiento de vergüenza de las personas afectadas y de que la búsqueda de la atención sea tan limitada.

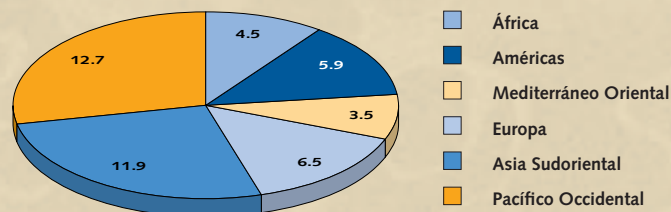
« Me quedé sin vivienda en el momento de salir del hospital. No tenía adónde ir. En aquel momento en mi familia no había lugar para mí. Si se hubiera enseñado a mi familia la manera de ayudarme y apoyarme, si se la hubiera ayudado y apoyado, mi situación habría sido muy distinta. Hay que implicar a los familiares, pues después de todo es en ellos en quienes más se confía. »

Mujer con un trastorno esquizofrénico, de 43 años de edad, Nueva Zelanda

« Soy la persona principalmente encargada de cuidar a mi cuñado, que es esquizofrénico. Las familias de los enfermos mentales ... necesitan saber que no tienen ninguna culpa de la enfermedad. La vergüenza y el miedo levantan un muro de silencio. Ha llegado el momento de hablar claro, para que las familias sepan que no están solas y que no tienen nada de qué avergonzarse. Hay que instruir a la gente para que reconozca los síntomas, admita que las enfermedades mentales pueden afectar a cualquiera, y comprenda que se puede obtener ayuda. »

Señora Kathy Esquivel, esposa del ex Primer Ministro de Belice, América Central

Esquizofrenia



Número de personas con esquizofrenia en el mundo (en millones)

¿Qué es?

La esquizofrenia se caracteriza por una profunda perturbación de las ideas y los sentimientos, que afecta al lenguaje, al pensamiento, a la percepción y al sentido de la propia identidad. Con frecuencia va acompañada de elementos psicóticos, como la percepción de voces o el mantenimiento de ideas fijas anormales, conocidas como delirios.

¿Cuántos la padecen?

En todo el mundo, unos 45 millones de personas mayores de 15 años sufren esquizofrenia en algún momento de su vida. Se ha hallado este trastorno en todos los países donde se han efectuado estudios. Comienza en la juventud y puede perturbar el funcionamiento de la persona provocando la pérdida de una aptitud adquirida (p. ej., ganarse la vida o cursar estudios normalmente).

¿Qué puede hacerse?

Gracias a las investigaciones científicas se conoce mejor este trastorno y se ha avanzado mucho en su tratamiento. Las terapias son de carácter biológico (por ej., medicación) y psicosocial (por ej., instrucción psicológica de la familia y rehabilitación). En contraste con la impotencia de antaño se abriga ahora gran-

des esperanzas, pues ciertas afecciones que antes se trataban en instituciones cerradas se atienden hoy recurriendo a intervenciones en el hogar del paciente, en servicios comunitarios, en hospitales generales y en residencias. Gracias a la

rehabilitación psicosocial, que ha realizado grandes progresos, el paciente puede encontrar un lugar en el mundo laboral, en su familia y en la comunidad. El tratamiento precoz es indispensable para una mejor recuperación.

« Mi hijo mayor, que tiene ahora 39 años, fue hospitalizado por primera vez, durante unos cuatro meses, cuando tenía 17 años; cuatro después de que muriera su madre de cáncer. Sólo me enteré del diagnóstico oficial de esquizofrenia a los cinco años de la aparición del mal.

Durante unos diez años, en los cuales vivía en casa, mi hijo se negó a tomar los medicamentos por miedo a los efectos secundarios, y tampoco quiso que le visitara el médico, lo cual dio lugar a graves conflictos. En los cinco últimos años ha seguido un tratamiento medicamentoso y su enfermedad se ha estabilizado. Ahora vive en una residencia muy agradable (semihogar) y trabaja, con la debida supervisión, unas horas cada día. Su vida social y sus relaciones personales han mejorado mucho.

Esta historia personal me ha permitido adquirir gran experiencia en los últimos años. He participado como miembro, y recientemente como presidente, en una organización de familias. Creo firmemente que en la actualidad la mayoría de los enfermos de esquizofrenia y sus familiares pueden evitar el calvario que nos tocó vivir a nosotros, combinando adecuadamente los medicamentos y la rehabilitación psicosocial, pero dando prioridad a esta última. Para ello, sin embargo, la corporación médica y las autoridades públicas, en vez de limitarse a hacer promesas, tendrán que introducir cambios draconianos en el proceso de asignación y utilización de los fondos y de los recursos humanos de la salud pública. Nuestra organización se ha propuesto luchar para conseguirlo, sabemos que la batalla será ardua.

El padre de una persona con esquizofrenia, de Israel



Foto: © ACNUR, A. Hollman

¿Qué son?

Estos trastornos se caracterizan por un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés y gusto por la vida. Cuando alternan con euforia o irritabilidad exageradas se conocen con el nombre de trastornos bipolares (un polo, depresión; otro polo, euforia o manía). Su gravedad, los síntomas que acompañan a menudo al estado de ánimo deprimido y la duración del trastorno los diferencian de los cambios de estado anímico normales que forman parte de la vida.

Las causas de estos trastornos son diversas: hay factores de riesgo psicosociales que influyen en la aparición y persistencia de los episodios depresivos, así como factores biológicos de distintos tipos.

¿Cuántos los padecen?

Los estudios demuestran que, en un solo año, una de cada siete personas adultas en los Estados Unidos de América padece un trastorno anímico, el 7% en el Brasil, casi el 1% en Alemania y el 4,2% en Turquía. En los Estados Unidos se observó que el 5% de los niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 9 y los 17 años padecían depresión, trastorno que, según se creía, no afectaba a los jóvenes. Pasar por alto la realidad de la existencia de los trastornos depresivos puede dar lugar al suicidio. En efecto, estos trastornos y la esquizofrenia son responsables del 60% de todos los suicidios.

« Tengo 57 años. Nunca había pasado por un estado mental extraño o anormal. Tampoco pensé que esto le podría ocurrir a algún familiar mío. Soy por naturaleza una persona alegre, en general dispuesta a prestar ayuda y a cooperar, incluso con personas poco conocidas. Desempeño un alto cargo en un importante centro de enseñanza; ... no tengo problemas ni en el trabajo ni en el ámbito social y familiar.

En abril de 2000 noté de pronto ciertos cambios en mi estado mental. Aunque no hubo nada de tipo personal que los provocara, me invadió una especie de ansiedad fóbica: empecé viendo un designio o intención en los sucesos y en las personas que me rodeaban. Tuve una sensación de excesiva tristeza y falta de energía, sin la capacidad necesaria para concentrarme en el trabajo y mis asuntos personales. Comencé a perder interés por todas las actividades normales; perdí peso como consecuencia de la falta de apetito y me era difícil conciliar el sueño, lo que trajo numerosas complicaciones, tanto físicas como mentales, y todas a la vez.

Se me diagnosticó depresión y me aseguraron que se podía curar. Seguí fielmente las instrucciones del médico. Fui a verlo cuatro veces, y por suerte puedo decir que, gracias a Dios Todopoderoso y a la habilidad con que me atendió mi estimado doctor, he recobrado la confianza y de nuevo siento interés por todas las actividades de la vida cotidiana.

Un persona enferma de la India

Trastornos depresivos

¿Qué puede hacerse?

Diagnosticar tempranamente y tratar eficazmente. Pero, pese a la existencia de soluciones, la mayoría de las personas que sufren depresión no reciben un tratamiento adecuado. Esto significa que en el mundo hay actualmente millones de personas afectadas por este trastorno, cuyos sufrimientos y discapacidades se prolongan por no haberse diagnosticado la enfermedad o, como sucede con frecuencia, por no tratarla como es debido.

Ello puede deberse a la reticencia del paciente a hablar de sus sentimientos o a la deficiente formación del personal médico en el diagnóstico y tratamiento. Por fortuna, existen ya directrices claras para tratar los trastornos del estado de ánimo, en particular combinando la administración de medicamentos antidepresivos con las intervenciones psicológicas, como son las psicoterapias cognitiva e interpersonal.



Foto: © ACNUR, E. Dagnino

¿Qué es?

La enfermedad de Alzheimer es una forma de demencia caracterizada por la destrucción de células en el cerebro, con la consiguiente alteración de los transmisores, en particular los encargados de almacenar información en la memoria. Es uno de los tipos más comunes de demencia en todo el mundo y representa entre el 50 y el 60% de todos los casos. La demencia es un síndrome cerebral degenerativo y progresivo que afecta a la memoria, el pensamiento, el comportamiento y el estado emocional. Entre los síntomas pueden figurar: pérdida de memoria, dificultad para hallar las palabras apropiadas o comprender lo que se dice, dificultad para realizar tareas antes rutinarias, y cambios de personalidad y de estado de ánimo.

¿Cuántos la padecen?

Se calcula que en la actualidad hay 11 millones de personas aquejadas de la enfermedad de Alzheimer en todo el mundo. Según previsiones, esta cifra casi se duplicará de aquí al año 2025.

En la fase tardía de esta enfermedad, el grado de dependencia e inactividad del paciente es total. En esa fase, es incapaz de valerse por sí solo, y no reconoce a los parientes o amigos ni los objetos familiares. Esto representa una enorme carga para la familia y el sistema asistencial.

En 1998, un estudio de la American Alzheimer's Association mostró que esta enfermedad costaba a las empresas esta-

¿Qué puede hacerse?

Si bien no se cuenta aún con un tratamiento curativo para la enfermedad de Alzheimer, existen medicamentos que parecen aliviar los síntomas en algunos casos. Por otra parte, el ritmo de las investigaciones se ha acelerado, lo cual ha dado lugar a un grupo de medicamentos en fase de desarrollo. Además, las intervenciones destinadas a los cuidadores familiares pueden reducir la angustia de la familia y de la persona aquejada del mal de Alzheimer y retrasar su ingreso en una institución, cuando existe esta posibilidad. El apoyo al paciente y a su familia puede proceder de distintas fuentes, pero con frecuencia su disponibilidad es aún limitada. Las organizaciones voluntarias, como son las asociaciones para la enfermedad de Alzheimer, proporcionan ayuda práctica y emocional, así como capacitación para los cuidadores y profesionales.

Enfermedad de Alzheimer

«*Lamento ahora profundamente la irritación con que reaccionaba ante el comportamiento de mi marido, en lugar de ser atento con él. Yo no comprendía lo que le pasaba. A los 55 años le diagnosticaron la enfermedad de Alzheimer. Asistí con él, en el centro de salud pública, a unas clases en que se enseñaba la manera de cuidar a las personas aquejadas de este mal. Por recomendación de la enfermera, mis vecinos tuvieron la amabilidad de asistir también a esas clases para aprender más sobre la enfermedad. Me ayudaron enormemente cuando mi marido empezó a perderse al salir de casa. Aunque creo que nunca podré aceptar su enfermedad, le estoy muy agradecida por la oportunidad que esta prueba representa para mi desarrollo mental.*»

Relato de una mujer del Japón

Epilepsia



Foto: © WCC, P. Williams

Escuela de Bet-El para niños con epilepsia a cargo de la Iglesia NGSK en Ciudad de El Cabo, Sudáfrica

¿Qué es?

La epilepsia es una enfermedad cerebral caracterizada por accesos repetidos («ataques») que pueden adoptar numerosas formas, desde pérdidas breves de atención hasta convulsiones intensas y frecuentes. Las causas son múltiples; por ejemplo, un traumatismo cerebral; infecciones tales como la encefalitis; una parasitosis; el alcohol u otras sustancias tóxicas; etc. Aún hoy, en la mitad de los casos se desconocen las causas. La epilepsia es tratada por neurólogos, donde los hay, o por psiquiatras, en muchos otros lugares.

¿Cuántos la padecen?

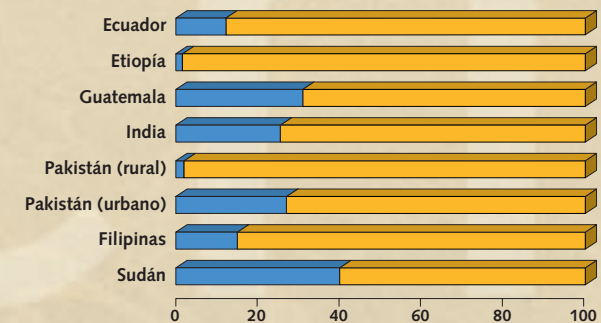
Se calcula que la epilepsia afecta a unos 45 millones de personas de todas las edades, lo cual representa un 1% de la carga total de morbilidad en el mundo. En esta estimación se han tenido en cuenta las muertes prematuras resultantes de la enfermedad y la pérdida de años de vida con salud ocasionada por la discapacidad. El número de personas con epilepsia es más de cinco veces mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados.

La inmensa mayoría de los que padecen epilepsia no reciben tratamiento. En África, por ejemplo, el 80% de esas personas no reciben ningún tratamiento.

¿Qué puede hacerse?

Las soluciones existen: nada menos que el 70% de las personas recientemente diagnosticadas pueden tratarse satisfactoriamente con medicamentos antiepilépticos si se toman sin interrupción. Después de un período de dos a cinco años sin ataques, la medicación antiepiléptica puede retirarse progresivamente en el 60 a 70% de los casos, si el médico indica esa vía de acción. Sin embargo, en muchos lugares el sistema asistencial no

ha reconocido o hallado a las personas que sufren epilepsia y, en algunas ocasiones, no ha sabido proporcionar el tratamiento idóneo a las personas diagnosticadas. Es importante señalar, en el caso de un trastorno tan frecuente como éste, la existencia de medicamentos eficaces y relativamente baratos. Dado su bajo costo, el tratamiento antiepiléptico es asequible para todos los países.



Déficit de tratamiento en los países en desarrollo en 1988-1996. En amarillo, porcentaje de personas que no reciben tratamiento. Fuente: Liga Internacional contra la Epilepsia

Retraso mental

¿Qué es?

La Organización Mundial de la Salud define el retraso mental como un estado de desarrollo incompleto o interrumpido de la mente, que se caracteriza por la dificultad en el período de desarrollo para adquirir las aptitudes que contribuyen al nivel general de la inteligencia, es decir, las aptitudes cognitivas, de lenguaje, motrices y sociales.



Foto: © UN/DPI, L. Solmissen

¿Cuántos lo padecen?

Se calcula que el número de personas con retraso mental guarda relación con el grado de desarrollo del país de que se trate. Según estimaciones, el porcentaje de jóvenes de 18 años y menos que sufren retraso mental grave se sitúa en el 4,6% en los países en desarrollo, y entre el 0,5 y el 2,5% en los desarrollados. La diferencia entre ambas cifras muestra que existe la posibilidad de que ciertas acciones preventivas, como son el mejoramiento de la atención materno-infantil e intervenciones sociales específicas, podrían dar lugar en todo el mundo a un descenso general del retraso mental.



Foto: © Producción de S. Pic

«La flor solitaria»: pintura de un adulto con retraso mental grave.

¿Qué puede hacerse?

El potencial mental de todas las personas, sea cual fuere su nivel, se puede desarrollar o desaprovechar. Una actitud positiva, acompañada de programas educativos y profesionales apropiados, puede ayudar a los que padecen retraso mental a adaptarse y a aprovechar al máximo su capacidad. Para alcanzar esos objetivos es preciso, entre otras acciones, crear servicios y fomentar la creación de grupos de autoayuda, integrados por personas vinculadas o no por lazos familiares. Dar poder de decisión a los padres podría dar impulso a la formulación de políticas, programas y servicios adecuados.

Dependencia del alcohol

¿Qué es?

La dependencia del alcohol es un trastorno mental entre cuyos síntomas cabe mencionar un fuerte y persistente deseo de beber, pese a las consecuencias nocivas, la incapacidad para dominar este hábito, la mayor prioridad concedida al consumo de alcohol respecto a otras actividades y obligaciones, la tolerancia al alcohol, y una sensación física desagradable cuando se interrumpe bruscamente su consumo.

El alcohol puede acarrear problemas de salud en gran número de bebedores (dependientes o no del alcohol), en particular enfermedades del corazón, cáncer, afecciones del hígado y psicosis alcohólica, además del riesgo de accidentes y traumatismos. El alcohol está también asociado con ciertos problemas sociales, como la delincuencia, la violencia, las rupturas matrimoniales, el mal rendimiento escolar, las altas tasas de ausentismo laboral, el suicidio y el endeudamiento.

¿Cuántos la padecen?

Según las estimaciones, hay en el mundo 140 millones de personas dependientes del alcohol, amén de otros 400 millones que beben en exceso. Esto último puede provocar accidentes, traumatismos, sufrimiento y muerte. No hay motivo para culpar sólo a los «alcohólicos». El consumo excesivo de alcohol es una de las primeras causas de mortalidad, morbilidad y traumatismos PREVENIBLES. En 1992, el costo económico del alcohol para la sociedad en los Estados Unidos de América se estimó en 148 000 millones de dólares, y según estudios efectuados en otros países el costo de los problemas relacionados con el alcohol oscila entre el 0,5 y el 2,7% del producto interno bruto.

- 140 millones de personas dependientes del alcohol.
- El 78% no reciben tratamiento.
- El alcohol es responsable del 1,5% de todas las defunciones.

¿Qué puede hacerse?

Es difícil determinar con exactitud cuándo comienza la dependencia del alcohol y en qué momento ha originado problemas para el bebedor y para otras personas. Por ello, determinar los niveles de consumo de alcohol es el modo más eficaz de identificar precozmente a los bebedores con problemas. Para las personas en riesgo, una intervención de sólo cinco minutos puede dar lugar a una reducción del 25% de su consumo de alcohol, evitándose así la evolución hacia situaciones más graves, incluida la dependencia.

En buena parte de los casos, el entorno comunitario puede contribuir de modo eficaz al tratamiento de la dependencia del alcohol y al abandono del hábito de beber. También las organizaciones voluntarias de ayuda mutua pueden desempeñar un papel importante ayudando a las personas dependientes a liberarse del alcohol. Ahora bien, las medidas únicamente encaminadas a tratar a estas personas no son suficientes. Se necesita además políticas eficaces de control de las bebidas alcohólicas.

«Me fui a una fiesta, mamá, me fui a una fiesta. Recuerdo que me dijiste que no bebiera, mamá, y sólo bebí limonada.

Estoy orgullosa de mí, pues obedecí y no bebí para poder manejar, si bien a beber me incitaron.

Fue una buena decisión, y acertado tu consejo. La fiesta llegó a su fin, los chicos y chicas se fueron.

Monté luego en mi automóvil, quise llegar sana y salva. Pero nunca imaginé, mamá, que me iría a suceder lo que menos me esperaba.

Estoy tendida en el suelo, oigo al policía decir: «El chico estaba embriagado, ha provocado un desastre». Su voz parece lejana.

Tendida en un charco de sangre me esfuerzo por no llorar. Oigo al camillero decir «esta chica va a morir». Seguro que el chico no tuvo idea de lo que hacía. Bebió una copa tras otra, se puso luego al volante, y ahora yo voy a morir.

¿Por qué hacen eso, mamá, sabiendo que arruinan vidas? Siento un dolor penetrante cual afilado cuchillo. Di a mi hermana que no tema, y a papá que sea valiente. Cuando yo me vaya al cielo, grabad en mi tumba: «Aquí yace la niña querida de papá».

Alguien tendría que haber inculcado al chico lo peligroso que es beber y ponerse luego al volante. Si lo hubieran hecho sus padres, podría yo ahora vivir. Pierdo el aliento, mamá, tengo miedo de veras. Llegó el momento final, y apenas estoy preparada.

Cuánto quisiera, mamá, tendida aquí cuando muero, tenerte ahorita a mi lado, decirte adiós y que te quiero.

Autora desconocida, tomado de Internet

Examen de la situación

«Muchos enfermos mentales viven todavía encerrados, sin esperanza, en verdaderas cárceles: tal es la obra de los prejuicios sociales y de la incompreensión. Los psiquiatras más esclarecidos se esfuerzan por conseguir que los enfermos mentales sean tratados, y si es posible curados, como cualquier otro enfermo. Estos esfuerzos serán probablemente estériles mientras persista el miedo irracional a la «locura» y los miembros influyentes de la jerarquía social no comprendan que la salud mental interesa a la sociedad entera y no sólo a los especialistas».

Esta declaración apareció hace cuarenta años en un número especial de la revista Salud Mundial dedicado al tema del Día Mundial de la Salud de 1959. Lo sorprendente es que 40 años más tarde la declaración refleja la idea que aún el público se hace sobre la salud mental. Pero, si bien la percepción y la práctica de la salud mental casi no han cambiado, hay que destacar los increíbles logros realizados en muchos lugares del mundo. Tenemos hoy la oportunidad de dar colectivamente un gigantesco paso adelante y salir así de la oscuridad, guiados por los tenues rayos de la esperanza generada por los nuevos conocimientos. Sabemos ya mucho: los trastornos mentales y cerebrales son afecciones reales, diagnosticables y tratables, y en algunos casos sabemos cómo aparecen y cómo prevenirlos. Cualquiera puede verse afectado, pero hacemos como si el problema no nos concerniera.

Ha llegado el momento de cambiar en nuestro foro interior para que podamos asimilar los nuevos conocimientos y adoptar una nueva actitud hacia la enfermedad mental. Somos el eslabón que falta en la cadena del progreso; es preciso aceptar que la mente y el cerebro pueden enfermar, pero también curar, igual que el cuerpo.



Sesión de salud en grupo en Venezuela

Foto: © OPS, A. Waaik

Reorientación de los servicios de salud mental

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas declaró no sólo que **el tratamiento médico debe considerarse un derecho fundamental de las personas que sufren una enfermedad mental** sino también que estas personas deben ser **protegidas contra posibles riesgos**. Éste no fue ni mucho menos el tratamiento dispensado a los enfermos mentales durante siglos. Si bien algunos países han dado pasos para modificar esta situación, otros todavía no lo han hecho. Pueden cometerse violaciones de los derechos humanos tanto cuando se desatiende al paciente al no prestarle los cuidados necesarios como cuando es contenido por medios violentos. En épocas recientes, los familiares y los propios pacientes pueden tratar de influir en la política de salud mental y en las organizaciones de servicios, con el propósito de lograr más y mejor atención.

América Latina: un ejemplo del movimiento de «usuarios»

Conscientes de que en América Latina los cuidados a las personas con trastornos mentales graves se dispensaban sobre todo en instituciones psiquiátricas anticuadas que violaban con frecuencia los derechos humanos, un grupo integrado por parlamentarios, agentes de salud mental, periodistas, usuarios y defensores de los enfermos, provenientes de once países, se reunieron en Venezuela en 1990 para analizar la situación y proponer medios para mejorar la atención psiquiátrica. La Declaración de Caracas, resultante de esa histórica reunión, dio nuevo ímpetu al movimiento de reforma de la asistencia psiquiátrica que ya se había iniciado en varios países de América Latina.

El Brasil es un país donde se han realizado importantes progresos. **La participación activa de los propios pacientes en la formulación de políticas para acabar con las injusticias del pasado confiere gran notoriedad y vitalidad a un proceso de cambio consistente en trasladar a la comunidad la atención otrora dispensada en instituciones cerradas.** Sólo en algunos ámbitos hay resistencia al cambio, a menudo por culpa de ideas erróneas y tradiciones desacertadas, pero al examinar el caso del Brasil se observa que los pacientes llevan adelante el programa y fuerzan el ritmo de la reforma entre los profesionales y en la sociedad en general. Se ha llevado la lucha a la calle y a los recintos parlamentarios. El Brasil ha elaborado programas innovadores, como el de la ciudad de Santos (Estado de São Paulo), donde los hospitales psiquiátricos de antaño han dado paso a otros entornos asistenciales y donde los usuarios ejercen empleos remunerados en cooperativas.

Chile es otro país que avanza resueltamente hacia la transformación de sus servicios. Actualmente se multiplican en todo su territorio los dispensarios comunitarios, si bien hace falta cubrir aún algunas zonas. Más al norte, en América Central, países como Panamá y Belice, entre otros, están innovando en cuanto al tipo de los servicios ofrecidos. Belice, por ejemplo, país donde sólo hay un psiquiatra en ejercicio, ha multiplicado sus recursos al adiestrar a las enfermeras de familia en la prestación de servicios de salud mental como enfermeras psiquiátricas. Una reciente evaluación ha mostrado que el público está satisfecho con esos servicios, ofrecidos ahora en todo el país. Pese a las mejoras, queda todavía un largo camino por recorrer para alcanzar los objetivos que se propusieron los autores de la Declaración de Caracas. Aún hoy, en América Latina, algunas poblaciones no tienen cobertura de salud mental, muchos servicios siguen siendo de calidad insuficiente y las violaciones de los derechos humanos no han desaparecido.

Desinstitucionalización y derechos humanos: la situación en Europa

La desinstitucionalización (proporcionar atención a los enfermos mentales en entornos comunitarios y no en instituciones cerradas) guarda estrecha relación con la preocupación por los derechos humanos, siendo ésta una condición básica previa a toda reforma de la atención de salud mental. No es simplemente el alta administrativa de poblaciones de internados, que conduciría a un dramático descuido del paciente. Por el contrario, la desinstitucionalización es un proceso complejo, que conlleva **la adopción de una serie de soluciones alternativas, fuera de los muros del hospital psiquiátrico.** En todos los países, un concepto más positivo de «no institucionalización», en el que se dé prioridad a opciones comunitarias de atención, debería ser la norma.

En Italia se inició el proceso de «humanización» de los hospitales psiquiátricos, tras la adopción de la Reforma de la Salud Mental de 1978. Esta condujo a la creación de servicios de base comunitaria que permiten a los pacientes vivir en un entorno normal. La ciudad de Trieste creó una impresionante red de servicios de base comunitaria, de apartamentos protegidos y de cooperativas que dan empleo a las personas aquejadas de una enfermedad mental. Se cerró el hospital psiquiátrico, que fue sustituido por servicios comunitarios de salud mental abiertos las 24 horas del día. Estos centros proporcionan atención médica, rehabilitación psicossocial,

asistencia social y, cuando es necesario, tratamiento intensivo en los episodios agudos. Se crearon varios apartamentos protegidos para proporcionar un entorno «no médico» y acogedor a los enfermos crónicos y de mayor gravedad. Por último, las oportunidades de empleo han permitido a muchos pacientes integrarse relativamente bien en la vida comunitaria. En muchas otras ciudades europeas se ha producido un cambio considerable con el traslado de la atención dispensada en los hospitales hacia sistemas de base comunitaria. Esto ha dado lugar a una importante disminución del número de camas en los hospitales psiquiátricos y, en algunos casos, al cierre de todos ellos. En Lituania, por ejemplo, el hospital psiquiátrico de Siauliai está proporcionando servicios de rehabilitación a los enfermos mentales y reintegrándolos en la sociedad. Tras la eficiente adquisición de un edificio para alojar a esos pacientes, se está dando mayor prioridad a las intervenciones psicossociales para lograr que después del tratamiento puedan desenvolverse de manera autónoma en sus hogares y en la vida social. En otras regiones del mundo se están creando entornos análogos para la atención de salud mental en la comunidad, pero aún dista de ser tan general como deseable.



Hospital psiquiátrico de Siauliai en 1980

Foto: © L. Sepetuskas



Hospital psiquiátrico de Siauliai en 2000

Foto: © O. Bielluskienė

La salud mental como parte de los servicios generales de atención sanitaria

La atención de salud mental es un elemento básico e indispensable para lograr una buena salud a lo largo de toda la vida. Se ha insistido reiteradamente en que el médico de familia y el generalista tienen que ser cada vez más capaces de reconocer cualquier afección mental o trastorno cerebral para dispensar cuidados de buena calidad. En muchas partes del mundo se están utilizando diferentes métodos para abordar este tema.

Un ejemplo del Oriente Medio

En el Irán, un enfoque innovador para lograr que los servicios básicos de salud mental llegaran a todos, incluso a los grupos más vulnerables y desamparados, se concretó en 1985 en su Programa Nacional de Salud Mental.

Un rasgo singular del sistema de salud iraní es la integración de la administración sanitaria y de la enseñanza médica en un solo ministerio. En la base de esta pirámide están las «casas de salud» en

las zonas rurales (y más recientemente las «unidades de salud» en las zonas urbanas), cada una de ellas encargada de atender las necesidades básicas de salud de unas 2000 personas. Atiende estas pequeñas unidades el personal reclutado en la comunidad y previamente formado para ello. Hay un voluntario por cada 50 familias, que las ayuda a obtener la atención médica necesaria. Los «centros de salud» son grupos de cuatro o cinco casas o unidades de salud y proporcionan servicios de medicina general. Cada centro de salud, que es a su vez supervisado por el «centro de salud del distrito», tiene acceso a centros especializados que suelen formar parte de una «universidad de ciencias médicas y servicios de salud». En cada provincia del país (de 60 millones de habitantes) hay por lo menos una universidad de este tipo, que se encarga también de los asuntos sanitarios de la provincia.

La integración de la atención de salud mental en la estructura nacional se inició a título experimental en el Irán central

en 1987. Se definieron claramente las responsabilidades en materia de salud mental en cada nivel y se proporcionaron medios adecuados de formación, seguimiento y supervisión. El sistema de salud mental recibe apoyo de un tercer nivel especializado, que dispone de 650 psiquiatras y 10 000 camas psiquiátricas, la mayoría de éstas todavía en los grandes hospitales psiquiátricos. Para disminuir progresivamente la proporción del apoyo prestado por los establecimientos psiquiátricos, se ha mantenido vigente un decreto del Ministerio de Salud y Educación Médica en virtud del cual el 10% de las camas de todos los nuevos hospitales generales deberán utilizarse para la atención psiquiátrica.

En la actualidad, el programa abarca todo el país: casi el 60% de las casas de salud rurales y el 25% de los centros de salud urbanos o mixtos, que comprenden 5500 médicos generales, prestan servicios de salud mental.

Este mismo enfoque ha sido adoptado por otros países de la región, por ejemplo la Arabia Saudita, Bahrein, Chipre, Egipto, Jordania, Túnez y el Yemen. Aunque hay varias opciones para lograr buenos resultados, este método, consistente en integrar los cuidados psiquiátricos en el sistema de atención primaria de salud, es buena prueba de lo que podría conseguirse en otras partes del mundo.



Formación de profesionales de la salud mental en el Irán

Foto: © A. Mohit



Mujer afectada de esquizofrenia (sosteniendo una niña) atendida en el hogar por su familia en la India

Foto: © R. S. Murthy

Dar poder de decisión a las familias

En todo el mundo se reconoce que la participación de la familia en el cuidado y la rehabilitación de las personas que padecen una enfermedad mental o cerebral es decisiva para el éxito del tratamiento.

La situación en Asia meridional

Desde hace cincuenta años, la familia es parte primordial de los programas de atención de salud mental en Asia meridional.

El primer reconocimiento oficial de la importancia de la familia como parte de la atención de salud mental se remonta a mediados del decenio de 1950 en el hospital psiquiátrico de Amritsar, India. Por ese entonces, los enfermos mentales eran llevados al hospital como una forma de abandono, cuando se encontraban en ese estado desde hacía largo tiempo y los parientes habían perdido toda esperanza. De modo experimental, se comenzó a animar a los familiares a que permanecieran con el paciente durante el tratamiento, levantando tiendas de campaña en los terrenos del hospital. El éxito de esta iniciativa condujo a otros experimentos análogos, y el sistema de hacer participar a un familiar se convirtió en un ele-

mento fundamental de la atención psiquiátrica hospitalaria en todos los países de la región.

Hasta ahora, las intervenciones familiares se han centrado en establecer con los cuidadores una relación basada en la comprensión y la empatía, ayudándoles a:

- identificar formas de promover la adhesión a la medicación;
- reconocer los signos precoces de recaída;
- lograr una pronta resolución de la crisis;
- reducir la discapacidad social y personal;
- moderar el efecto en el entorno familiar;
- mejorar el funcionamiento laboral del paciente;
- establecer grupos de autoayuda para el apoyo mutuo y la formación de redes entre las familias.

En Sri Lanka se ha rehabilitado, mediante la educación comunitaria y la participación de las familias, a más de 500 personas que llevaban mucho tiempo internadas en el hospital psiquiátrico. En algunas ciudades, como Jodhpur y Chennai, en la India, los campamentos

de desintoxicación de drogas incluyen a las familias como «asociados en la atención». Los programas de atención domiciliaria para los ancianos con demencia iniciados en Kerala (India) se están extendiendo ahora a otras partes del país. Otra iniciativa consiste en preparar para la atención y el apoyo en el hogar a los familiares de las personas con retraso mental. Esto ha originado un movimiento a favor de la rehabilitación profesional de los adultos con retraso mental. En muchas ciudades (como Bangalore, Chennai y Gauhati en la India, Katmandu en Nepal y Colombo en Sri Lanka), las familias de personas con esquizofrenia se han reunido para formar grupos de autoayuda y establecer centros de atención diurna y residencias permanentes y semipermanentes, y para ejercer presión sobre los decisores políticos a fin de mejorar los servicios para los enfermos mentales.

Pese a los buenos resultados logrados, los programas de atención familiar no se han granjeado el pleno apoyo de los profesionales y los planificadores hasta el punto de pasar a constituir una parte habitual de la atención psiquiátrica. Al entrar en el siglo XXI, habrá que conseguir que estén al alcance de todos en el mundo entero.



Foto: © Douleus Sans: Frontières, S. Laurent

Consejos de salud mental después de las inundaciones en Mozambique

La atención de salud mental en los países en conflicto

Muchos países africanos están sumidos en conflictos y guerras civiles que tienen efectos adversos en la salud mental y el bienestar de las poblaciones afectadas. Se estima que en la actualidad hay entre 40 y 50 millones de refugiados y personas desplazadas en el mundo. De ellos, sólo 22,4 millones reciben protección y asistencia humanitarias, y alrededor del 30% se hallan en África. La creciente pobreza y la falta de consenso jurídico internacional son dos de los principales factores que privan de apoyo a la mayoría de los refugiados.

Las guerras, otras formas de violencia y los desastres contribuyen a agravar la carga psicológica y socioeconómica. La disgregación de las familias, con un aumento de los niños abandonados y de los hogares encabezados por mujeres, el aumento de los niños de la calle, la delincuencia juvenil, la prostitución, y los problemas relacionados con el alcohol y las drogas constituyen una realidad común en varios países de África. Todas estas situaciones, que crean estrés social contribuyen a generar depresión, distintos trastornos somáticos, fobias y estrés postraumático.

Intervenciones psicosociales basadas en la comunidad: la situación en África

Los enfoques de base comunitaria para abordar los problemas de salud mental y otras consecuencias de los disturbios bélicos y sociales fueron recientemente el tema de dos importantes reuniones interpaíses en las que participaron Angola, Burundi, el Congo, el Chad, Eritrea, Etiopía, Lesotho, Liberia, Mozambique, Namibia, la República Democrática del Congo, Rwanda, Sierra Leona, Sudáfrica, Uganda y Zimbabwe. Pese a las difíciles condiciones reinantes, estos países han emprendido distintos tipos de intervenciones de base comunitaria, que incluyen

lo siguiente:

- **actividades de prevención y promoción**, como la educación para la paz, la creación de aptitudes para la resolución de conflictos y la prevención del abuso del alcohol y las drogas;
- **la detección y el tratamiento precoces de los problemas físicos, psicológicos y sociales**, lo que comprende la rehabilitación nutricional, los primeros auxilios a las víctimas de minas terrestres y otras formas de lesiones, el apoyo psicológico por parte de los docentes y los grupos de autoayuda;
- **la rehabilitación**, mediante la reintegración social, la reunificación de las familias y la promoción de los derechos humanos.

La participación de los líderes comunitarios y religiosos, los prácticos de la medicina tradicional, las organizaciones de mujeres y jóvenes y los grupos de autoayuda es muy útil para garantizar que las iniciativas respeten las características culturales.

Los cambios ocurridos recientemente en el desarrollo social y político de muchos países de la Región del Pacífico Occidental han provocado importantes problemas, que influyen en la vida de las personas. Esos cambios, que afectan a la estructura de la sociedad, se perciben en particular en la situación de salud mental de la población. Es evidente que en las situaciones de economías en transición, las preocupaciones por la seguridad en el trabajo y por la supervivencia económica de la familia pueden debilitar los vínculos sociales y poner duramente a prueba la estabilidad mental de las personas. En Mongolia se ha respondido a esta situación estableciendo programas de salud mental en todos los niveles, fortaleciendo la promoción, la prevención y la atención, y reorientando los servicios para atender las necesidades psicosociales de una sociedad cambiante.

La atención de salud mental en las economías en transición

Innovación en la esfera de la salud mental: un ejemplo de Asia Central

Mongolia es un país que está pasando del socialismo a la economía de mercado después de la reforma política democrática de 1990. Ese cambio ha afectado a la vida de Mongolia en todos sus aspectos - político, económico y social - y ha repercutido en particular en la familia. En 1997, la Política Nacional de Salud articuló el paso de un sistema de atención de salud prestada por especialistas a otro basado fundamentalmente en los generalistas. Como consecuencia de ello se han fortalecido los servicios generales de salud, y la atención basada en los hospitales ha cedido el paso, en gran medida, a la atención de salud de base comunitaria.

Los decisores políticos y las autoridades gubernamentales reconocieron la importancia de la salud mental al incluir expresamente los servicios de salud mental en la nueva política nacional de salud. Gracias a ello, se está proporcionando formación en salud mental y aptitudes psicosociales a todo el personal general de salud. Además se ha emprendido la promoción de la salud entre los jóvenes para prevenir los efectos desfavorables de los cambios sociales (como el aumento del alcoholismo, el suicidio, la violencia y la delincuencia). En los dos últimos años, por lo menos el 50% de los médicos generales de la ciudad de Ulaanbaatar, así como de las provincias de las regiones oriental, occidental y central del país, no sólo han recibido formación en salud mental sino que ya han comenzado a tratar a pacientes con problemas de salud mental en sus consultorios. Además, esos médicos generales han incor-

porado temas de salud mental en sus actividades de educación sanitaria en las escuelas y en sus visitas domiciliarias. Desde 1999, la formación en salud mental se ha ampliado a los agentes de salud comunitarios, muchos de los cuales atienden a los grupos nómadas que representan el 40% de la población de Mongolia.

Desde 1998 se ha observado un descenso de los ingresos y de la duración de las estancias hospitalarias en el Hospital Psiquiátrico Estatal. También se ha registrado un aumento del número de pacientes tratados en los dispensarios generales, así como de los enviados al dispensario ambulatorio y al centro de salud mental. La Ley de salud mental, promulgada en 1999, dispone la continuación de esos programas en el país.



Podemos hacer más y mejor. Sí a la atención, no a la exclusión



Foto: © OMS/WPRO, S. Suomela

Familias

- En las crisis, hagan participar a todos los miembros de la familia en la solución del problema y apóyense emocionalmente unos a otros.
- Reconozcan los síntomas precoces y estimulen a los miembros de la familia afectados a buscar ayuda si es necesario.
- Apoyen a los que sufren y no desestimen sus síntomas. Intégrenlos en la vida de la familia y la comunidad.
- Únanse a otras familias para apoyarse mutuamente y modificar los conceptos erróneos más comunes.



Foto: © OMS, A. Waack



Foto: © ACNUR, C. Black

La atención de salud mental es una tarea colectiva y continua. Implica conservar y recuperar lo que hace humanas a las personas, junto con su vida espiritual, y requiere un entorno saludable y pacífico, en el que todos puedan prosperar, en el que reine la tolerancia y no haya lugar para la violencia. Sin ello, estaremos todos más expuestos a tener problemas de salud mental.

Todos pueden ayudar

Individuos

- Fomenten en los niños la formación temprana de lazos afectivos saludables y la adquisición de las habilidades propias de la edad.
- Busquen ayuda si tienen un problema de salud mental o si creen tener síntomas.
- Únanse a los esfuerzos para disipar los mitos sobre las enfermedades mentales y los trastornos cerebrales.

Una visión para el futuro

- Todos reconocerán la importancia de la salud mental.
- Los pacientes, las familias y las comunidades estarán más capacitados para atender sus propias necesidades de salud mental.
- Los profesionales de la salud estarán mejor capacitados para prevenir y tratar las enfermedades mentales, así como para promover la salud mental.
- Los decisores políticos estarán mejor preparados para planificar los servicios de manera más racional y ética.



Foto: © WCC, P. Williams



Foto: © WCC, P. Williams

Profesionales médicos

- Examinen la situación emocional de los pacientes, además de su estado físico.
- Busquen formación para reconocer los síntomas y aprender a atender a las personas con trastornos.
- Hagan participar a las familias en la asistencia al paciente.

Decisores políticos (gobiernos y aseguradores)

- En la salud mental influyen factores sociales; velen por que las políticas se extiendan más allá del sistema de atención de salud mental e incluyan la educación, el trabajo, la justicia y los sistemas generales de atención de salud.
- Proporcionen cobertura de los costos de la atención de salud mental como garantía básica.
- Asignen fondos a la investigación en salud mental en todos sus componentes.

Científicos

- Estudien de modo integral todos los factores, incluidos los genes, el entorno y el comportamiento, que causan los trastornos mentales y cerebrales, su duración y la recuperación de la salud.

Comunidades

- Creen oportunidades educativas para que los ciudadanos aprendan la importancia de la salud mental.
- Enseñen a los niños la tolerancia ante las diferencias entre las personas y la aceptación de las discapacidades.
- Integren a los que tienen problemas de salud mental, proporcionándoles la oportunidad de contribuir a la sociedad.



Foto: © WCC, P. Williams

Asociaciones de profesionales de la salud mental

- Defiendan la idea de que la atención debe ser equitativa y debe prestarse en las mejores condiciones posibles.

Medios informativos

- Contribuyan a dar poder efectivo a las comunidades difundiendo información pertinente, desterrando los estereotipos y el sensacionalismo.
- Concedan la debida importancia a los derechos humanos de los enfermos mentales.



Foto: © OMS/WPRO, S. Suomela

ONGs

- Eduquen al público sobre la salud mental y sus trastornos.
- Contribuyan con información idónea a la movilización de la opinión pública respecto de las políticas, los programas y las prestaciones sociales para los enfermos mentales.

Para más información

En septiembre de 2001 se dispondrá del Informe sobre la salud en el mundo 2001 de la OMS, que se centrará en las enfermedades mentales y algunos trastornos cerebrales. El Informe proporcionará más información fundamental sobre las cuestiones destacadas en el presente folleto.

Direcciones de las Oficinas Regionales de la OMS

África

OMS
Parienyatwa Hospital
P.O.Box BE 773
Harare
Zimbabwe

Tél.: (+263) 407 69 51
Fax: (+263) 479 01 46

Américas

OPS/OMS
525, 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037
EE. UU.

Tél.: (+1-202) 974 30 00
Fax: (+1-202) 974 36 63

Europa

OMS
Schersfigsvej
DK-2100 Copenhagen O
Dinamarca

Tél.: (+45-39) 17 17 17
Fax: (+45-39) 17 18 18

Mediterráneo Oriental

Oficina de correos de la OMS
Abdul Razzak Al Sanhoury Sreet,
(enfrente de la biblioteca infantil)
Nasr City
El Cairo 11371
Egipto

Tél.: (+202) 670 25 35
Fax (+202) 670 24 92

Asia Sudoriental

OMS
World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002
India

Tél.: (+91 11) 331 78 04
Fax: (+91 11) 331 86 07

Pacífico Occidental

OMS
P.O. Box 2932
1000 Manila
Filipinas

Tél.: (+632) 528 80 01
Fax: (+632) 521 10 36

Muchas organizaciones no gubernamentales están logrando mejorar la atención de salud mental y reducir la exclusión. Son demasiadas para enumerarlas en este folleto. En el sitio web www.who.int/world-health-day, hallará enlaces con muchas de esas organizaciones.

Foto: © A. Mohit



Copyright © Organización Mundial de la Salud 2001

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque la Organización se reserva todos los derechos, el documento se puede reseñar, resumir, reproducir o traducir libremente, en parte o en su totalidad, pero no para la venta u otro uso relacionado con fines comerciales. Las opiniones expresadas en los documentos por autores cuyo nombre se menciona son de la responsabilidad exclusiva de éstos.

Concepto y maqueta: Tushita Bosonet; logotipo: Marc Bizet

Producto de NMH Communications



Tender puentes

La salud, según se define en
la Constitución de la OMS,
es un estado de completo
bienestar físico, mental y social,
y no solamente la ausencia de
afecciones o enfermedades.



Organización Mundial de la Salud
Departamento de Salud Mental y Toxicomanías
Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza
Tel.: +41 22 791 2111
Fax: +41 22 791 4160
Correo electrónico: WHD@who.int
www.who.int/world-health-day