

REFLEXIONES SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

(SIMPOSIO INTERNACIONAL EN PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL)

Alvaro Gallegos Chacón*

COMENTARIO FINAL

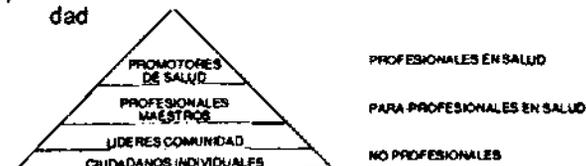
Estimados colegas: podría decir queridos amigos:

Muchos de nosotros mantenemos contacto, por compartir ideales, desde hace veinte o casi treinta años. No voy a exponer ni la estructura de los programas, ya sean asistenciales, ya sean preventivos en que el destino me ha hecho ir participando a través de mi carrera. Les presentaré, casi en forma de viñetas, mis reflexiones sobre lo que aquí se ha dicho y comparto enteramente con los diferentes expositores. He sintetizado pensamientos, en unos treinta puntos. Algunos contienen toda una presentación. Fundamentalmente he recogido los puntos de consensos en las discusiones finales de cada una de nuestras cuatro muy densas sesiones. Y siempre hay campo para discutir, añadir, aclarar y crear en la relativamente nueva área de la Salud Mental.

- 1) La prevención primaria efectiva es la que se produce por el fomento de normas de vida adecuadas y desarrollo de los medios para lograrla. Las normas de vida adecuadas variarán de un medio a otro, pero básicamente tenderán al respeto, la cooperación y a la capacidad de auto-ayudarse. La Salud Mental es responsabilidad de todos, no solo del personal de Salud.
- 2) Los sacerdotes de la Salud Mental, los profesionales especializados en los aspectos sociales o psicológicos o biológicos están estructurados en "programas estrictos". La flexibilidad se produce por medio de la interacción de esos profesionales, tanto en el adiestramiento como en el trabajo.
- 3) Los problemas prioritarios de Salud Mental, para los cuales la prevención es esencial son:
 - 1) Angustia
 - 2) Depresión
 - 3) Farmacodependencia
 - 4) Alcoholismo
 - 5) Problemas de aprendizaje

PRIMER NIVEL
O
PRIMER FRENTE

- 4) Pirámide del agente de salud mental en la comunidad



- 5) Educación hacia la auto-asistencia:

- | | |
|------------------------------------|--|
| Auto-ayuda
o
Auto-asistencia | <ol style="list-style-type: none"> 1) Promoción de su propia Salud Mental 2) Preservación de su propia Salud Mental 3) Llegar al autodiagnóstico 4) Auto-tratamiento de su cuadro clínico 5) Uso oportuno y racional de las facilidades existentes. |
|------------------------------------|--|

Con esta filosofía disminuye el consumismo de personal especializado. El equipo de Salud Mental puede generar el apoyo a los grupos de auto-ayuda.

- 6) Papel de los usuarios en los programas de Salud Mental. Entre ellos mismos crear la estructura de servicio para los grupos, de acuerdo a lo que el grupo considere que es problema. El profesional no va a decirle al consumidor lo que necesita. Si es problema laboral, crearán bolsas de trabajo; si es drogas, organizarán su desintoxicación, cura y erradicación. Se irá, pues, a mantener la Salud Mental de los usuarios en su propio medio, de acuerdo a la idiosincrasia del grupo. De manera mancomunada el usuario y el equipo de Salud Mental deben compartir el interés y la responsabilidad de la promoción, la prevención y la educación en Salud.
- 7) Centros y equipos de Salud Mental en prevención primaria. Los Centros de Salud y sus equipos de Salud Mental no tienen mayor función en la prevención primaria que la vigilancia, el apoyo a los programas y acciones del agente de Salud Mental, sea profesional (promotor de Salud), para-profesional (otros profesionales inmersos en la Comunidad) y, sobre todo, los no profesionales. El Capítulo local de la Asociación de Salud Mental y sus voluntarios son esenciales.
- 8) Otras funciones del equipo de Salud Mental. El equipo de Salud Mental, aparte de esa vigilancia de prevención primaria, tiene dos funciones locales:

* Vice-Presidente de la Federación Mundial para la Salud Mental para América Latina

- la prevención secundaria (diagnóstico precoz, *tratamiento oportuno, intervención en crisis, seguimiento paciente identificado*) y filtro para referenciar a *tratamiento local, o al Hospital Psiquiátrico.*
- 9) Propósito de la referencia de pacientes a internamiento. El propósito del internamiento es para casos confusos, aclarar el diagnóstico o internamiento breve, ojalá muy breve y pronta rehabilitación, que de preferencia se hará en la comunidad.
 - 10) Personal. El derecho del ciudadano a la Salud Mental exige la existencia de personal adecuado, en número y calidad. Tiene el derecho, pues, a un presupuesto y una organización acordes al desarrollo en Salud de la región, estado o país.
 - 11) Apoyo político. Si la prevención de la enfermedad mental tiene carácter prioritario, para el logro de programas en ese sentido, se ha de tener el apoyo franco y leal de las estructuras políticas responsables de la Salud.
 - 12) Coordinación y creatividad. Cada institución del Sector y de diferentes sectores deben crear, ejecutar armónica y coordinadamente sus propias estrategias, pero sin duplicaciones, ni celos ni envidias. Coordinación, cooperación, colaboración y competencia sana si logra una acción globalizadora y efectiva.
 - 13) Formación de profesionales. Si la formación adecuada de personal para los equipos de Salud Mental es altamente deseable, más importante es vincular a los Centros Superiores de Enseñanza en las profesiones afines y en que los cursos pertinentes se orienten hacia el "bien común" que indefectiblemente llevará conductas conducentes al mayor bienestar psíquico.
 - 14) Psiquiatría y Salud Mental. Los instrumentos propios de la Psiquiatría, no son aplicables al nivel primario de Salud. La dicotomía entre los servicios comunitarios para la Salud Mental y la Psiquiatría tradicional puede observarse. Ambos son servicios incompletos y la coordinación eficiente es lo más deseable.
 - 15) Capacitación técnica del Promotor de Salud. Dentro de las tecnologías válidas y pertinentes por el significado y aplicable es el T.A.P. (Manual de Psiquiatría para el trabajador primario de Salud OPS/OMS).
 - 16) El psiquiatra común y el especialista en Salud Mental se verá obligado a:
 - 1- Crear técnicas para atender servicios para mucha gente.
 - 2- Aprender que la demanda satisfecha está muy lejos de la demanda real.
 - 3- Aceptar que ni él solo, ni el equipo profesional podrán satisfacer todas las necesidades en Salud Mental (liderazgo, intervención de crisis, problemas familiares, laborales, etc.)
 - 4- Comprender que sin conocimientos de administración no irá muy lejos.
 - 5- Reconocer que si la comunidad misma no participa en el planeamiento de programas, no se lograrán estos.
- 17) Educación en Salud Mental. La promoción de Salud Mental, para una población adscrita, el medio para lograrla es la educación en Salud Mental. Así, los objetivos del fomento de la Salud Mental, mejoría de las condiciones laborales, alteración de hábitos, reducir el número de enfermos mentales, correspondiendo a actividades tales como mejoría en la calidad de vida, programas socio-culturales y recreativos, difusión sobre los factores para el desarrollo de la personalidad sana, etc.
 - 18) La familia; la Coordinación Central y la responsabilidad local. Ante la posibilidad de la desaparición continua de los grupos familiares (cada vez menos familias nucleares), desarrollar los grupos vecinales, y la forma de auto-ayuda. Toda coordinación central delegará en los equipos y comités locales las acciones directas, formándose en promotores de la auto-ayuda.
 - 19) Modelos de intervención en la comunidad y sus derivados. Hay varios modelos, por ejemplo:
 - a) La psico-comunidad, en la que la intervención del equipo es análoga a la del psicoanalista individual; ayuda a la comunidad a manifestarse sus necesidades y a buscar sus propias soluciones. La comunidad se va haciendo auto-suficiente.
 - b) La comunidad organizada, en que la iniciativa y la responsabilidad vienen de la comunidad y piden al equipo de Salud Mental su ayuda.
 - c) El centro de Salud, que piensa, planifica, organiza y diseña sus acciones para esa comunidad. Ninguno es ideal y cada comunidad necesitará más de una modalidad, la combinación de varias o una diferente aquí no descrita. Lo importante es que con el resultado del diagnóstico previo de cada comunidad a servir, surja, con claridad, el modelo de la intervención, que encaje a ese lugar. Básico es que la población participe en la programación y ejecución; para ello si hay que producirse la conciencia real de lo que es Salud Mental. Junto con la conciencia de la Salud Física y sus métodos preventivos, irán los de la Salud Mental. Medir el grado de Salud Mental es como medir el grado de amor o de libertad: es una exigencia del que

tiene conciencia de que es libre o es capaz de amar o puede funcionar con holgura dentro de sí mismo.

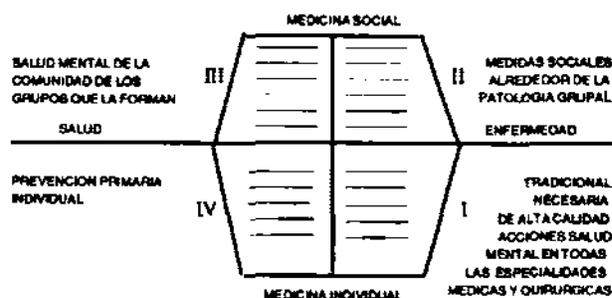
20) Programas individuales pero coordinados. Ningún programa debe ser rígido. Ofrecerá variantes de acuerdo a las decisiones del equipo de trabajo que se apoyarán en las opiniones de población adscrita. Pero no se debe perder la comunicación y la coordinación entre las diferentes áreas. Un plan global debe normalizarse, aunque los programas específicos varíen de acuerdo a su realidad.

21) Programas Piloto. El peligro de todo programa es que se realiza con entusiasmo y mucha ayuda extra, pudiendo producirse dos experiencias negativas:

- a) Cuando cesa de ser "piloto" y pasa a permanecer, sin la ayuda externa, disminuye, se desvirtualiza, se produce una decepción generalizada, se abandona y muere.
- b) Cuando se desea repetir el mismo programa piloto en otras áreas, al no tener ayuda extra del plan inicial, la diferencia de equipo, usuarios, etc. puede dar la sensación de fracaso. Cada nuevo programa es un plan piloto en sí mismo.

Los remedios preventivos:

- a) Todo plan piloto debe surgir de la comunidad misma y todas las acciones del grupo accesorio de ayuda debe irse delegando hasta dejarla en manos locales.
 - b) Todo plan de Salud Mental debe tener una fuerte coordinación apoyo político y económico.
- 22) Presupuesto para programas de Salud Mental. Papel de cada grupo de Salud. Aunque es válido el esperar la cooperación de personal de Salud Mental en programas asistenciales, no es de esperar el sacar el presupuesto para Salud Mental de esos presupuestos, ya por sí poco abundantes y antidemocráticos, pues se basan en que el enfermo mental no necesita tanta inversión como los enfermos diagnosticables de enfermedad física, aunque sea incurables también y tengan menos lucidez y capacidad de recuperación que muchos enfermos psiquiátricos. En esencia, el personal especializado no hará las acciones preventivas directamente, pero apoyará a todo el grupo envuelto en prevención primaria con educación permanente, supervisión y asesoramiento. Para ello, debe hacerse presente en el Centro de Salud y actuar allí, con el equipo profesional y los grupos para y no profesionales. En cambio, el personal técnico de Salud es el que actuará directamente.



23) Esquema asistencial. Usando los polos Salud, enfermedad y medicina social, individual, tenemos este esquema:

Quien trabaja cada área:

- I. El personal de salud adiestrado en prevención secundaria, para el tratamiento del enfermo individual.
 - II. El personal de Salud Pública que actúa a través de reglamentos, vigilancia, programas en nutrición, materno infantil, higiene ambiental, etc.
 - III. En el polo social de la Salud, en Salud Mental trabajarán algunos técnicos y los grupos para profesionales y no profesionales, en grupos con programas en capacitación personal, Clubes sociales, talleres protegidos apoyo a comunidades marginales, autoayuda, etc.
 - IV. Es la prevención de la Salud individual, con técnicas de seguimiento para evitación de recaídas, diagnóstico precoz, manejo de crisis en el propio Centro de Salud, envuelve a todos los profesionales, técnicos y voluntarios.
- 24) Sobre la interrelación del personal de los diferentes niveles
Debe quedar claro que:
- a) las acciones en Salud Mental del trabajador primario de la Salud sin posibilidad de interconsulta clínica, no es aconsejable.
 - b) Un interconsultante psiquiátrico sin conocimiento del área social es muy poco útil.

25) Opinión. La neuropsiquiatría, que ha resucitado, fuera del aspecto de investigación, su lugar está en medicina asistencial (Hospital General, Hospital Psiquiátrico y Consulta Privada). Ir con mentalidad de neuropsiquiatría a hacer prevención primaria, es fracasar de antemano.

26) ¿Hay necesidad de Psiquiatras? ¿De otros profesionales en Salud Mental? Sí, necesitamos de psiquiatras. ¿Sí? ¿para qué? Para cooperar en el desarrollo de la atención total en Salud Mental y Psiquiatría. ¿Para trabajar dónde? Depende de la Organización Nacional o Estatal de Salud Mental. Oficialmente la OMS sugiere un psiquiatra y un equipo

profesional por cada 30 mil habitantes. La experiencia en Cuba muestra que una cifra ideal de profesionales en Salud Mental, que se inició con un equipo de 4 a 6 profesionales por cada 60 mil habitantes, puede crecer indefinidamente hasta 20 o 40 profesionales para el mismo módulo profesional. Su necesidad es mayor por haber sido descuidada la formación de los médicos en Salud Mental, a excepción de los psiquiatras, y eso que no todos están preparados.

27) ¿Cómo debe formarse? Debe formarse de acuerdo a objetivos, y dentro de una planificación, teniendo claro el número de profesionales necesarios en cada una de las áreas de Psiquiatría y Salud Mental a satisfacer. La gran indecisión fluctúa entre la formación de personal ecléctico contra la existencia de experiencias electivas durante la especialización. Hay un núcleo básico que aún hoy es intocable, constituido por:

- a) Núcleo básico:
 1. Clínica Psiquiatría (Psicopatología)
 2. Terapéutica:
 - Biológica
 - Psicológica
 3. Psicología infantil (Principios)
 4. Psiquiatría en el Hospital General
 5. Psiquiatría Social y Comunitaria
- b) Electivas:
 1. Docencias en Salud Mental y Psiquiatría
 2. Psicoterapias (técnicas específicas)
 3. Investigación biológica
 4. Psiquiatría infantil

5. Salud Mental y afines (Rehabilitación, Administración).

- 28) Errores frecuentes en los programas de prevención primaria en Salud Mental:
- a) Se hace la oferta, sin explorar los intereses de los usuarios.
 - b) No se espera a que la demanda se haga por parte de la comunidad. En nuestros medios no se espera que se haga, por la pasividad y costumbre de recibir, sin ni siquiera pedir.
 - c) Ni se pregunta cuales pueden ser sus necesidades en Salud Mental.
 - d) Creer que el trabajador primario de Salud va a hacer todas las acciones de prevención primaria.
 - e) No entregar el programa al grupo de Salud responsable de esa área, sino querer regirlo desde el ente coordinador.
 - f) No tener claro que lo que no haga la comunidad propiamente dicha, no arraigará en el tiempo.
 - g) No focalizar la desorganización social y familiar como el factor de riesgo mayor..
- 29) Prioridad a los pobres, los de miseria extrema. "Los pobres son pobres porque son pobres en el sentido total de la palabra".
- 30) Final. Mientras el individuo no desarrolle sus valores basados en la dignidad personal, ningún preventivo en Salud Mental tendrá eco en el conglomerado.