

Salud mental: Sí a la atención, no a la exclusión

El pasado 7 de abril, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó el Día Mundial de la Salud. Cada año se selecciona un nuevo tema para resaltar aspectos de la salud pública de interés mundial.

Durante el Día Mundial de la Salud 2001 se llevó a cabo una iniciativa de sensibilización mundial sobre aspectos de la salud mental. El objetivo primordial se centró en influir sobre la opinión pública y estimular el debate sobre la manera de mejorar la actual situación en esa esfera. Afortunadamente, cada vez es mayor la atención internacional dedicada a la salud mental, pero así y todo queda mucho por hacer. Ningún país, ninguna persona es inmune a los trastornos mentales, y su repercusión en los planos psicológico, social y económico es enorme. En todo el mundo, unos 400 millones de personas sufren trastornos mentales, neurológicos o psicosociales como los relacionados con el abuso del alcohol y las drogas. De cada cuatro personas que buscan ayuda en los servicios de salud, una al menos padece alguno de esos trastornos, que a menudo no se diagnostican correctamente y, en consecuencia, no se tratan.¹ Se dispone de medicamentos para tratar muchos trastornos y lograr que las personas con problemas mentales/cerebrales se desenvuelvan en la comunidad. Sin embargo, las sociedades siguen levantando barreras tanto a la asistencia que requieren esas personas como a su reintegración.

El lema del Día Mundial de la Salud 2001, “Salud mental: sí a la atención, no a la exclusión”, llevó implícitos dos mensajes universales:

1. Todas las sociedades deben concentrarse en la reducción de las diferencias existentes en torno al tratamiento de los trastornos mentales. Se ha avanzado mucho en la investigación sobre los marcos disponibles para el tratamiento como el reemplazo de los obsoletos hospitales mentales por modernas y funcionales unidades de salud mental adjuntas al hospital general; el centrar la atención mental con intervenciones oportunas en la atención primaria; la atención comunitaria y los métodos de intervención basados en las evidencias o las pruebas bien fundadas. Se han descubierto datos importantes sobre las causas, las características asociativas y la prevención de los problemas mentales/cerebrales. Varias poblaciones todavía tienen que beneficiarse de estos conocimientos, como nuestro país, especialmente las más pobres. Muchos países son reticentes a tratar de un modo eficaz la carga de los problemas mentales existentes, mediante unas políticas, una legislación y unos servicios apropiados. Colombia tiene una política acorde con los lineamientos modernos de atención en salud mental;² sin embargo, la exclusión de la atención de las personas en los estratos económicamente deprimidos por intermedio

del régimen subsidiado y la permanencia en funcionamiento de los antiguos hospitales tipo manicomio es sólo una mínima muestra de la no aplicación de estas políticas, políticas de papel.

2. Los efectos generalizados de la exclusión social resultante del estigma y de la discriminación y la naturaleza desfasada de muchas instituciones mentales impiden que puedan procurarse tratamiento quienes lo necesitan. En nuestro medio es objeto de burlas aquel que menciona la necesidad de consultar al hospital mental y todavía más preocupante al psicólogo o al psiquiatra, profesionales también estigmatizados aunque en menor proporción.

Menos exclusión, menos discriminación, ayudarán a los afectados y a sus familias a vivir mejor, de forma más productiva, y alentará a procurarse tratamiento a quienes lo precisen.

Es innegable que el trastorno mental soporta el lastre de un estigma en nuestra cultura, una discriminación presente también en el ámbito de la salud. Los profesionales de la salud podríamos ver al enfermo mental como lo que es: un enfermo en el sentido epistemológico de la palabra y reflejarlo en nuestra praxis.

Un paciente con una patología coronaria presenta hechos diferenciales que modulan el manejo de su enfermedad, sin olvidar que su cronicidad puede conllevar alteraciones en su esfera psicológica. Pero en este caso prima lo “psicológicamente comprensible”, con mayor o menor empatía por parte del profesional de la salud. ¿Por qué entonces ese “extrañamiento” al que sometemos al enfermo mental?

Lo primero es envolverlo con el manto de la confidencialidad, como si se tratase de una confidencialidad similar a la de una intervención por hemorroides interna. ¿Cómo saber distinguir entre el deseo de respeto a la intimidad de uno y otro? Lo más acertado es dar el mismo trato confidencial a todo lo que hace al otro vulnerable: la enfermedad.

Luego está el marcar distancias profundas entre lo médico y lo psiquiátrico: rama solitaria que se hace independiente. Con el trastorno mental no vale el observar mientras se escucha, explora y se decide aquello que es ético en cuanto a proceder. La distancia se hace mayor cuando hay una “crisis” que desborda la contención familiar, siendo requerido el médico con urgencia para una intervención. La mirada del que no sabe expresa temores, algunos inconfesables, que suscitan rechazo y huida que aumentan el distanciamiento del enfermo mental.

La academia no ha planteado adecuadamente este problema, sus rígidos planes de estudio y el atraso en los servicios de atención dificultan la puesta en marcha de soluciones tales como cambiar sitios de práctica como el “manicomio” por modernas unidades de salud mental, programas de psiquiatría de enlace o centros de atención primaria, en donde la atención en salud mental vaya de la mano con las otras especialidades y el desarrollo científico. El abordaje sistemático de la salud mental en pacientes de medicina interna y las principales especialidades clínicas no sólo ayudaría a resolver este problema sino contribuiría a la calidad de atención en los servicios y disminución de los costos.^{1,3,4}

Un hecho que favorece esta integración es que la psiquiatría moderna se basa, al igual que las demás especialidades clínicas, en la evidencia; prueba de ello son las dos clasificaciones de enfermedades con que se trabaja actualmente. En efecto, un primer paso hacia la utilización de un lenguaje común debe ser la utilización de unos mismos sistemas clasificatorios (*nosológicos*), aspecto que en el campo de los trastornos mentales ha seguido en ocasiones cauces complejos, pero claros desde el punto de vista científico puesto que utilizan la estadística y la evidencia. De esta forma, en los trastornos mentales los dos sistemas clasificatorios “clásicos” han sido la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).^{5,6} Su última edición corresponden a la décima versión de la primera (CIE-10) y la cuarta de la segunda (DSM-IV), con la mayoría de sus entidades diagnósticas equiparables y con criterios diagnósticos muy similares entre ambas. En las dos se han desarrollado versiones especialmente destinadas a la atención primaria, siendo utilizadas ampliamente en investigación.

El aspecto de la clasificación es francamente relevante y, de hecho, la disparidad de criterios hacia hace unos años que la comparación entre diversos estudios fuese difícil o imposible. Así, al hablar en sus resultados de conceptos tales como “depresión neurótica” o “trastorno neurótico de ansiedad” (conforme al CIE-9 utilizado anteriormente) se introducen términos como el de neurótico con significados que se refieren a aspectos como una etiología determinada sin tener evidencia de ello. Estos términos se han abandonado ya hace años en las clasificaciones vigentes y ahora se tiende a una clasificación más descriptiva (*fenomenológica*) como la de “episodio depresivo leve”, “moderado” o “grave”, con “síntomas de melancolía” o sin ellos, etc.

La adopción por parte de los médicos generales de las modernas clasificaciones con sus criterios diagnósticos y valoración por ejes ha facilitado el entendimiento de la enfermedad mental dentro de un marco científico y la conceptualización de la valoración integral.

La salud mental en la atención primaria forma parte de la atención a la salud general, teniendo en cuenta la indivisibilidad de la salud y de sus aspectos biopsicosociales. Se establece como fruto del encuentro entre una línea asistencial esencialmente psiquiátrica y psicosocial y otra línea más holística y globalizadora: la atención primaria en salud.⁷ La integración de la salud mental por el médico general a la atención primaria y la no remisión sistemática como hasta ahora se realiza en nuestro medio y el enfoque de prevención es sin duda el aporte que la salud pública en el corto tiempo podría aportar para dar cumplimiento al lema mencionado “Salud Mental: sí a la atención, no a la exclusión”.

Nuestras páginas estarán sensibles y atentas para dar la importancia y relevancia que merece la salud mental tratando con mayor frecuencia y altura científica sus temas de actualidad.

Germán Eduardo Rueda Jaimes
Profesor Asociado
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Bucaramanga

Referencias

1. Arteaga C, Ospina J. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Noosfera. Santafé de Bogotá, 1999, 18-33.
2. República de Colombia, Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, Subdirección de Promoción, Programa de Comportamiento Humano. Política Nacional de Salud Mental. Bogotá, El Ministerio, 1998.
3. Levitan SJ, Kornfeld DS. Clinical and cost benefits of liason psychiatry. *Am J Psychiatry* 1981;138:790-3.
4. Rost K, Kasnert TM. Effectiveness of psychiatry intervention: improve outcomes at reduced costs. *General Hospital Psychiatry* 1994;16:381-7.
5. OMS. CIE-9 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, Meditor, 1992.
6. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, 1995
7. Tizón García J.L. Introducción. En: Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. Barcelona, Doyma, 1992: 1-7.