

ACCION DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD (Salud Mental y Asistencia Primaria)*

Manuel DESVIAT

Este trabajo nace con una doble limitación: las apretadas páginas que permiten una comunicación a unas Jornadas y el carácter de la demanda que para éstas se me hizo: conceptualizaciones generales para Médicos de Familia. No tiene más ambición que recoger las aportaciones básicas que, a mi juicio, configuran hoy la atención en salud mental comunitaria. Intencionalmente queda fuera una reflexión sobre el relativo fracaso de las experiencias más significativas de los últimos años y una profundización en el andamiaje conceptual de la psiquiatría preventiva — surgido de la extrapolación de presupuestos de salud pública hoy cuestionados pero, no obstante, absolutamente vigentes (desde la dimensión específica de lo psíquico no se ha elaborado una teoría propia en salud mental, y tampoco parece posible utilizar las que sirven para la atención individualizada) —. Esta falta de articulación entre principios terapéuticos centrados en el sujeto, en su dinámica intrapsíquica, y presupuestos de salud mental que permitan el abordaje preventivo

de la población, sitúa la organización de los servicios públicos en dos registros que, si bien deben estar estrechamente relacionados, no pueden confundirse. (Lo contrario sería algo semejante a estudiar los procesos bioquímicos desde el psicoanálisis o la teoría de las pulsiones mediante principios neurológicos). Esto no debe implicar separar la asistencia de la prevención, ni privilegiar una sobre otra. Significa que los equipos de la Psiquiatría Pública deben formarse y estar preparados para actuar en cualquiera de los niveles de atención, sin excluir ni degradar ninguno de ellos.

1. CONSIDERACIONES PREVIAS

«En el país de las maravillas, Alicia creció repentinamente hasta alcanzar una estatura gigantesca. Lo experimentó sintiendo que crecía, mientras la habitación se hacía más pequeña. Si Alicia hubiese crecido en una habitación que lo hubiese hecho con el mismo ritmo, hubiese sentido probablemente que todo permanecía igual. Sólo si Alicia o la habitación cambian por separado su experiencia se modifica». Así comienza un conocido terapeuta de familia (MINUCHIN, 1974) el

* Ponencia a las I Jornadas de Medicina Comunitaria. C.S. de la S.S., 1.º de Octubre; octubre 1982.

estudio de un caso de paranoia para indicar la posibilidad de trabajar sólo con Alicia o bien con Alicia y la habitación de forma conjunta.

Una atención «comunitaria», valga de momento la ambigüedad del término, debe pasar de la fascinación por la dinámica intrapsíquica de un sujeto aislado —los cambios en la cabeza de Alicia— a una conceptualización más amplia donde quepa la intervención sobre la habitación donde crecía Alicia.

Abandonar las premisas de la medicina tradicional para hablar de salud o salud mental comunitaria, implica aceptar los factores ecológicos y sociales que se asocian, influyen, participan o generan los trastornos orgánicos y psíquicos y, en consecuencia, asumir un modelo de salud integral y positiva donde es prioritaria, sin abandonar nunca la asistencia curativa ni la rehabilitación, la prevención y la promoción de la salud.

Un modelo de salud pública orientado a la población en general que trascienda la mera asistencia clínica, centrada exclusivamente en el sujeto enfermo, asiento individual de patología, o en indicadores negativos: morbilidad, invalidez y muerte, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: asilos, colegios, atención social, centros laborales, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores predisponentes a la enfermedad, por una parte y, de otra, posibilitar más bienestar y gozo o al menos la información necesaria para ello.

Esta orientación representa algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el quehacer

cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos de salud que la posibiliten.

En esta planificación, los Centros de Salud Comunitaria o de Atención Primaria, serían la piedra angular, el punto neurálgico del sistema.

De la relación de estos centros de salud con la psiquiatría y la salud mental, de su interrelación o trabajo en común, trataremos a continuación.

Antes vamos a exponer brevemente las aportaciones en planificación y en técnicas que, a mi entender, posibilitan hoy un abordaje diferente de la salud mental.

2. ANTECEDENTES HISTORICOS

La modificación de la legislación en USA (el Acta Kennedy de 1963), privilegiando los Centros de Salud Mental Comunitaria y la política de Sector, en Francia, son por su dimensión pública, dos hitos fundamentales en la planificación y ordenación de servicios de Salud mental. Entramos con ellos en la llamada tercera revolución psiquiátrica: la salud mental comunitaria. Detrás hay una larga historia de cuestionamiento del manicomio y la psiquiatría tradicional: el movimiento de higiene mental norteamericano (Beers D.W., 1939), las comunidades terapéuticas inglesas (Maxwell Jones), la psicoterapia institucional (Tosquelles, Bonnafé,...), orientaciones afianzadas con los cambios políticos y sociales acaecidos tras la segunda guerra mundial.

Tanto los norteamericanos como los franceses (también el Reino Unido merced a su Servicio Nacional de

Salud), parten de la sectorización, de la zonalización de la asistencia.

En estos territorios delimitados se intentan realizar programas integrales de Salud mental, como alternativa al manicomio. En este sentido, en Francia, en las Jornadas Nacionales de Psiquiatría de 1945 y 1947 se fundamentan dos principios básicos: «La Unidad e indivisibilidad de la prevención y de la postcura» y «la necesidad de un mismo equipo en los diversos tiempos de tratamiento y rehabilitación». En USA los centros comunitarios de salud mental, es decir, cada área de salud mental, cuenta con cinco servicios esenciales: hospitalización, hospitalización parcial, consultas externas, servicio de urgencias de 24 horas y educación a la comunidad, para una población entre 75.000 y 200.000 habitantes.

En cada una de estas áreas se trata de unificar los recursos de salud mental, evitando duplicidades. Se pretende que los servicios comunitarios tengan las siguientes características:

a) *accesibilidad* (ubicación conveniente y, si es preciso, con descentralización de los servicios).

b) *información* sobre la existencia y características de los servicios.

d) *gratuidad*

e) *disponibilidad*

f) *continuidad por el mismo equipo de los tratamientos*

g) *investigación y formación de personal.*

Esta organización de servicios fue asumida por estados latinoamericanos que aportan modificaciones importantes. Así, en México D.F. (G. Cal-

deron, 1974), las unidades de salud mental se instalan dentro de los centros de salud pública, en la idea de disminuir costos y facilitar la comunicación interdisciplinar. O en Chile, donde gracias a la existencia de un Servicio Nacional de Salud y, sobre todo, el auge participativo y comunitario de la población durante el gobierno de Salvador Allende, se instaura una planificación sanitaria integrada, con importantes delegaciones en agentes de la propia comunidad (L. WEINSTEIN, MARCONI).

No voy a analizar las condiciones políticas y económicas que hicieron posible la Política de Sector Francesa o el Acta de Salud Mental Kennedy, ni tampoco las razones de su absoluto o relativo fracaso. Ni de cualquier otra experiencia. Prefiero, dada la necesaria brevedad de la comunicación, pasar a reseñar algunas técnicas imprescindibles para una atención comunitaria.

Entre éstas, las técnicas de «intervención en crisis» constituyen, junto con los conceptos de «poblaciones con riesgo especial» y «situaciones de alto riesgo», instrumentos claves para toda planificación y práctica en salud mental comunitaria.

La «población en riesgo» incluye a todos los miembros de la comunidad susceptibles de sufrir un determinado trastorno: la psicosis puerperal en los tres primeros meses del embarazo, trastornos emocionales por la separación madre-hijo en los primeros años de la vida del niño, por ejemplo; o bien situaciones de alto riesgo en grupos o subgrupos de la población constatadas por estudios epidemiológicos o por la clínica.

LINDEMANN, en 1943, estudió las

reacciones de duelo entre los sobrevivientes del incendio de un club nocturno, y desarrolló los fundamentos de la «teoría de la crisis» como esquema conceptual para la psiquiatría preventiva, al pensar que las posibles secuelas psicopatológicas de la superación enfermiza de la crisis de aflicción podrían ser prevenidas a través de una intervención que ayudara a elaborar un duelo adecuado (CAPLAN, 1966).

En este sentido preventivo se desarrollaron los trabajos de GRETE BIBRING, presidenta de la Sociedad Psicoanalítica de Boston, sobre la psicología del embarazo (1959), al presentar éste como una crisis evolutiva en cuyo transcurso tienen lugar importantes cambios de la personalidad, y formulando métodos de intervención para asegurar un resultado saludable.

Los estudios de ERIKSON (1959) aportan los conceptos de «crisis evolutiva», como períodos transicionales caracterizados por trastornos en las áreas intelectual y afectiva (pubertad, climaterio, etc) y el de «crisis accidentales»: momentos de alteración psicológica ocasionados por acontecimientos que suponen una pérdida súbita, o amenaza de pérdida, de aportes básicos para la persona (muerte o enfermedad grave de una persona amada, pérdida de un empleo, amenaza a la integridad corporal, cambio de situación o función social y/o afectiva, conflictos y heridas narcisísticas que afectan a la autoestimación...).

CAPLAN (1966) define la crisis como «un período corto de desequilibrio en una persona enfrentada a situaciones que constituyen un problema ante el cual no puede, por el momento, huir ni resolver con su habitual equipamiento defensivo». Y considera la crisis como

un período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad, como el peligro de un mayor desequilibrio psicológico, cuyo desenlace depende del manejo que se haga de ella.

Basándose en las secuencias del «trabajo de duelo» LINDEMANN y CAPLAN, entre otros, explicitan el cometido de las intervenciones en crisis, tratando de:

1°. Identificar a grupos y sectores de la población susceptibles de encontrarse en las llamadas «situaciones de alto riesgo», para realizar con ellas un trabajo preventivo.

2°. Evaluación de la persona, del contexto situacional y de los supuestos factores precipitantes o condicionantes de la crisis. No se trata de buscar un diagnóstico, sino de evaluar la conducta y sentimientos conformantes de la crisis, así como la posibilidad de ciertos actos como el suicidio.

3°. Planificación de la actividad terapéutica tendente a una resolución rápida de la crisis o por lo menos, situándole en un nivel de funcionamiento que le permita buscar posteriormente soluciones más profundas.

4°. La intervención propiamente dicha, centrada en ayudar al sujeto a ponerse en contacto con los sentimientos ocultos tras la fenomenología de la crisis y a obtener un conocimiento intelectual del significado de la crisis.

5°. Tras la resolución de la crisis nueva evaluación y, si fuera preciso, planificación de la posterior actividad terapéutica (DESVIAT, CORCES, F. FAU..., 1979).

Otras técnicas de especial interés son las que consideran a la familia

como objeto de intervención terapéutica, terapias de familia, de cuyas orientaciones y corrientes (transicional, existencial, sistémica) da cuenta MINUCHIM (1974) y en España, CARMEN ROJERO, TERESA SUAREZ, FERNANDO CABAILEIRO, entre otros.

3. NIVELES DE ACTUACION EN SALUD MENTAL

A partir de CAPLAN (Psiquiatría Preventiva, 1966), se suelen utilizar tres niveles de actuación en salud mental:

1°. *Prevención primaria* (reducción de la *incidencia**), conjunto de medidas, inespecíficas (de contenido en salud mental en general) y específicas (programa ante un riesgo determinado: toxicomanías, por ejemplo), tendentes a prevenir el trastorno psíquico.

Exige el conocimiento previo de la situación sanitaria de la comunidad y, sobre todo, la detección y estudio de los grupos de alto riesgo.

Un programa de prevención primaria debe identificar las influencias perjudiciales existentes en la zona de población donde trabaja, las fuerzas ambientales: recursos naturales y respuestas populares que sirven a los ciudadanos para combatirlas, y aquellas otras que inciden sobre este equilibrio, rompiéndole a favor de la patología.

La prevención primaria abarca el fomento de la salud, la educación sanitaria, la psicoprofilaxis y la intervención en crisis.

2°. *La prevención secundaria* (reducción de la *prevalencia**), es la detección precoz y el tratamiento reparador. Pero en Salud Pública es preciso entender la prevención secundaria como algo más que el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz; se trata de aumentar la disponibilidad y adecuación de los servicios para que éstos estén al alcance de toda la población. Es decir: se debe partir de *una logística de utilización óptima de recursos*. La desigualdad existente entre unos centros excelentemente dotados de medios técnicos y de personal, que pueden, sin embargo, atender a una población mínima, y otros prácticamente huérfanos de todo, se justifica como centros pilotos, experimentales, de investigación, pero, por lo general, responde tan sólo a las necesidades de los programadores y de los técnicos, cuando no son meros escaparates más o menos lujosos y ficticios de una Administración que vive de la apariencia.

En salud pública la importancia de cada curación es relativa: depende del número de casos que prevalecen. Lo que no significa descuidar al individuo: sin una respuesta eficaz al sujeto enfermo no existe credibilidad de trabajo alguno, sino una distribución de los servicios para que puedan abarcar los diferentes niveles de actuación y una distribución del tiempo dedicado a cada tarea y a cada paciente individual en función de las necesidades del conjunto, no de las del técnico en salud mental o de un paciente determinado.

* *Índice de incidencia*: es el número de casos nuevos que se producen durante determinado período.

* *Índice de prevalencia*: es el número de casos de una enfermedad que existen en una población en determinado momento.

3º. Prevención terciaria: reducción de las secuelas de la enfermedad, rehabilitación y reinserción social.

La medicina tradicional ha ignorado, en su modelo de inmediatez reparadora, la prevención primaria, más allá del control de las enfermedades infecciosas, pero más aún los aspectos de rehabilitación de los trastornos crónicos. Minusválidos físicos, tuberculosos y psiquiátricos dan cuenta de ello. Se ha limitado a ignorarles o almacenarlos. En salud mental, cualquier planificación ha de considerar este tipo de enfermos, asilados en manicomios. Hacer borrón y cuenta nueva, creando una red «comunitaria» paralela a los hospitales psiquiátricos, conlleva mantenerles como «vertederos» de supuestos enfermos incurables. Sin extenderme más en este tema de actualidad, no es éste lugar para tal polémica, diré que estoy con quienes piensan que cualquier reforma en salud mental que ignore el manicomio o es fruto de la ignorancia o es un premeditado fraude social, o ambas cosas a la vez, y está destinada al fracaso.

Los niveles de atención apretadamente expuestos deben, en mi opinión, entenderse de forma integrada, como un todo indivisible, implicando una unidad de acción, del acto terapéutico, y privilegiando, según las necesidades de programación y las concretas de intervención terapéutica, el aspecto preventivo, curativo o rehabilitador en cada una de las actuaciones comunitarias.

4. EVALUACION DE LAS NECESIDADES Y RECURSOS

En una actividad comunitaria es preciso investigar, de una parte la inci-

dencia y prevalencia de trastornos psíquicos y, de otra parte, los recursos sanitarios, de asistencia social y propios de la comunidad, para asegurar una adecuación y una sinergia máxima, tanto en los objetivos, como en los medios.

La información de personas significativas de la comunidad —expresión de necesidades por miembros de ésta o por líderes o agentes comunitarios— y las investigaciones epidemiológicas, permiten una primera evaluación de necesidades.

El estudio epidemiológico sobre la incidencia y prevalencia puede realizarse a través de los registros hospitalarios, consultas ambulatorias, centros privados, y de encuestas de población. El estudio del ambiente social y cultural de cada asentamiento urbano permite definir las categorías de mayor importancia para las investigaciones epidemiológicas. También los estudios sobre el terreno para perfeccionar las técnicas de observación, clasificación y recuento de los trastornos mentales.

Señalaré aquí los estudios sobre etiología, por su importancia en un trabajo de Atención Primaria, sobre todo los factores somáticos: influencias prenatales y paranatales, reacciones inmunológicas (ictericia del recién nacido), infecciones (rubeola, sífilis congénita), carencias alimentarias (retardos mentales), radiactividad del ambiente, complicaciones del embarazo y parto, y los factores psicosociales: vivienda, situación laboral (inseguridad económica), familiar, migración, catástrofes, factores étnicos y culturales.

Los estudios epidemiológicos tampoco deben estar, en mi opinión, separados de la asistencia. Son un ins-

trumento más que permite la evaluación y verificación constante de la actividad comunitaria. Ni pienso, como algunos, que hay que esperar a tener acabados estudios epidemiológicos, externos a la actividad asistencial, para empezar a actuar.

5. POR UNA ASISTENCIA INTEGRADA E INTEGRAL EN ATENCION PRIMARIA

El médico general y el pediatra de los consultorios de la Seguridad Social en las ciudades y el médico de pueblo, constituyen la primera barrera sanitaria. La modificación de los ambulatorios de la Seguridad Social en Centros de Salud y su coordinación funcional con la red hospitalaria pública, posibilitaría una estructura pública de atención primaria, sin la cual no existe salud comunitaria alguna. Tampoco Salud mental comunitaria. Uno de los errores de algunas experiencias psiquiátricas ha sido precisamente intentar suplir la inexistencia de una atención primaria.

En cualquier caso, es a partir de los Centros de Atención Primaria y, sobre todo, de sus médicos generales y pediatras, como puede pensarse una actuación comunitaria, en la cual los técnicos en salud mental, bien integrados en estos mismos centros, bien coordinados desde centros de salud mental, intervengan en los programas de salud general. Merced a un trabajo interdisciplinario, muchos problemas de salud mental pueden ser resueltos por el médico general, el pediatra o el ginecólogo.

En tareas de prevención, esta conjunción permite abordar mejor las Instituciones de la Comunidad: Colegios,

Asilos, fábricas, Asociaciones de Vecinos, facilitando programas concretos de información y resolución de objetivos con los técnicos de estas instituciones.

Esta orientación implica, a mi entender, la noción de un trabajo en Equipo: no sólo interdisciplinar, sino entre los diversos estamentos que forman cada grupo de trabajo específico.

La organización de los Servicios de Salud, y la forma concreta de vincularse la Salud mental con la Atención Primaria, deberá atender los recursos existentes en la zona, vinculándolos y estableciendo, a partir de esta primera estructura, una jerarquía de prioridades. Respetando lo que en planificación es un principio básico: evitar duplicidades. Los equipos de salud general de un Centro de Atención Primaria pueden atender las necesidades somáticas de los enfermos ingresados en un Unidad de Admisión Psiquiátrica o de un Hospital Psiquiátrico, al igual que los Equipos psiquiátricos las demandas de ese Centro o de un pequeño Hospital General de zona.

No tiene sentido que cada Institución tenga que poseer todos los recursos. Por ejemplo: que una Residencia de ancianos contrate a un internista y a un psiquiatra en una zona donde funcionan Centros de Salud Mental y General.

En cuanto a la integración o no en los mismos centros, creo que toda planificación debe ser flexible, dentro de una ordenación general, y permitir diversidad de experiencias. Personalmente me inclino por Centros de Salud Mental independientes en su ubicación de los Centros de Atención Primaria, utilizando recursos comunes y estrechamente relacionados.

6. FORMACION

Una atención comunitaria plantea un cambio de orientación y la necesidad de nuevas herramientas. La práctica integrada de equipos de salud va a ser, sin duda, el principal elemento formativo. Pero no debe ser el único. La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene insistiendo desde hace más de veinte años en la necesidad de que los médicos de familia cuenten con una formación adecuada en psicología y psiquiatría.

Así en su 11° Informe Técnico la OMS recomienda el conocimiento de los médicos generales sobre:

- El desarrollo de la personalidad y especialmente el desarrollo afectivo, intelectual, psicosexual y psicomotor de la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez;

- las emociones y su relación con la actividad motriz, el pensamiento, etc.;

- los principios de psicología social (influencias recíprocas entre el individuo y la familia, la sociedad y el medio; comportamiento de grupo).

- Técnicas terapéuticas y de detección de enfermedades psíquicas.

- Higiene mental.

- Medicina psicosomática.

- Repercusiones de la enfermedad somática sobre el psiquismo.

En esta formación creo que debería insistirse en el conocimiento de síntomas anunciadores de trastornos mentales, y en las medidas a tomar en caso de crisis agudas, sin olvidar las no-

ciones de salud pública a las que me referí antes: situaciones de alto riesgo, intervenciones en crisis, etc.

La medicina comunitaria plantea un enfoque total. Los equipos de salud deben estar preparados para pasar fácilmente del sujeto enfermo a la familia, al grupo, a la comunidad. Y ser capaces de atender no sólo lo somático, sino, también, los afectos. Enfrentándose, como dice LUIS WEINSTEIN (*Salud Mental y Proceso de Cambio*, 1975), indistintamente, según las circunstancias, con los aspectos preventivos, curativos y rehabilitadores.

7. CONCLUSIONES

La Salud Comunitaria Pública —no veo otro marco posible para tal empeño— debe significar una ruptura epistemológica con la teoría médica tradicional, no un mero remedio ambulatorio y zonalizado que acerque la estructura asistencial a los usuarios.

La medicina hospitalocentrista y reparadora está en crisis: su eficacia es dudosa y su coste social insostenible.

En Salud Mental, la psiquiatría tradicional es un residuo, un arcaísmo.

En nuestra formación social quizá no sean posibles, sin embargo, y a pesar de todo, grandes transformaciones, de momento.

Pero sí ir cambiando nuestro que-hacer y la mentalidad que lo sustenta. Por de pronto, un cambio, aunque sea mínimo, en Atención Primaria, abre camino.

BIBLIOGRAFIA

GUILLERMO CALDERON: *Salud Comunitaria en México*. «Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat.» 1974, 20, 247.

GERALD CAPLAN: *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Paidós, 1966.

VALENTIN CORCES: *Un acercamiento al problema de la psiquiatría comunitaria*. «Rev. de est. social. y de sociol. méd.» abril-junio 1982.

DESVIAT, CORCES, ESCRIBANO, F. FAU, L. KRAHE: *Técnicas específicas en salud mental comunitaria*. «Ponencia en las II Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiq.», 1979.

DESVIAT, M: *Las herramientas del cambio psi-*

quiátrico: entre la integración y la ruptura. «En la transformación de la asistencia psiquiátrica». (Coordinador Glez de Charez). Edit. Mayoría, 1980.

JUAN MARCONI: *La revolución cultural chilena en programas de salud mental*. «Acta psiquiát. psicol. Améri. Lat.», 1972, 19, 17.

SALVADOR MINUCHIN: *Familia y terapia de familia*. «Granica». 1977.

Informes técnicos de la OMS, 134, 177, 233, 235.

MILTON TERRIS: *La revolución epidemiológica y la medicina social* «Siglo XXI», 1980.

OMS: *Cuadernos de Salud Pública 2 y 16 sobre Epidemiología psiquiátrica*.

LUIS WEISNTEIN: *Salud mental y proceso de cambio*. «ECR», 1975.