Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS
Nº 564

ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS PAISES EN DESARROLLO

16º informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA
1975

ISBN 92 4 320564 1

PRINTED IN SWITZERLAND

INDICE

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS PAISES EN DESARROLLO

Ginebra, 22–28 de octubre de 1974

Miembros : *

Señorita A. Altschul, Profesora del Departamento de Estudios de Enfermería, Universidad de Edimburgo, Edimburgo, Escocia

Dr. M. A. Bakiri, Jefe de la Oficina de Psiquiatría e Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública, Argel, Argelia

Profesor A. L. Banks, Oxford, Inglaterra (es Profesor Emérito de Ecología Humana en la Universidad de Cambridge, Inglaterra)

Dr. B. Diop, Neuropsiquiatra, Departamento de Neuropsiquiatría, Centre Hospitalier de Fann, Universidad de Dakar, Dakar, Senegal (*Vicepresidente*)

Profesor R. Giel, Profesor de Psiquiatría Social, Departamento de Psiquiatría, Academisch Ziekenhuis, Groninga, Países Bajos (*Relator*)

Profesor F. M. Katz, Profesor y Director del Centro de Investigaciones sobre Enseñanza Superior, Universidad de Nueva Gales del Sur, Kensington, Australia

Profesor C. A. León, Profesor y Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, Cali, Colombia (*Presidente*) [a]

Profesor E. S. Tan, Profesor y Jefe del Departamento de Medicina Psicológica, Universidad de Malaya, Kuala Lumpur, Malasia

Profesor N. N. Wig, Profesor y Jefe del Departamento de Psiquiatría, Instituto Superior de Enseñanza e Investigaciones Médicas, Chandigarh, India (*Relator*)

Profesor F. Workneh, Profesor Auxiliar de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Haile Selassie I, Addis Abeba, Etiopía

Representantes de otras organizaciones :

Organización International del Trabajo

Sr. E. Sackstein, Sección de Rehabilitación Profesional, OIT, Ginebra, Suiza

Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Profesiones Afines

Dr. B. Cramer, Servicio de Orientación Infantil, Ginebra, Suiza

Consejo Internacional sobre el Alcoholismo y las Toxicomanías

Dr. E. Tongue, Subdirector, Lausana, Suiza

Consejo Internacional de Asistencia Social

Dr. P. Hermann, Centro Psicosocial Universitario, Ginebra, Suiza

---

* *No pudo asistir :* Dr. T. Bana, Director de Sanidad, Ministerio de Sanidad, Niamey, Níger.

[a] Representaba también a la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Federación Mundial para la Salud Mental

Doctor T.-Y. Lin, Departamento de Psiquiatría, Hospital Central de Ciencias de la Salud, Universidad de Columbia Británica, Vancouver, Canadá

Federación Mundial de Neurología

Profesor M. Jéquier, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Cantonal, Lausana, Suiza

Secretaría :

Dr. T. A. Baasher, Asesor Regional de Salud Mental, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, Alejandría, Egipto

Dr. M. B. Badri, Departamento de Psicología y Educación, Universidad de Al Riyadh, Riad, Arabia Saudita (*Asesor temporero*)

Dr. A. Binitie, Clínica de Enfermedades Nerviosas, Ciudad Benin, Nigeria (*Asesor temporero*)

Dr. B. S. Brown, Director del Instituto Nacional de Salud Mental, Rockville, Maryland, Estados Unidos de América (*Asesor temporero*)

Profesor G. M. Carstairs, Vicecanciller de la Universidad de York, York, Inglaterra (*Asesor temporero*)

Dr. M. Davies, Médico Jefe, Ministerio de Sanidad, Freetown, Sierra Leona (*Asesor temporero*)

Sra. L. R. Fischer, Profesora de Enfermería, Universidad Estatal de Wayne, Facultad de Enfermería, Detroit, Michigan, Estados Unidos de América (*Asesora temporera*)

Dr. T. W. Harding, Médico de la Oficina de Salud Mental, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretario*)

Sra. J. Moser, Especialista científica de la Oficina de Salud Mental, OMS, Ginebra, Suiza (*Vicesecretaria*)

Dr. N. Sartorius, Médico Jefe de la Oficina de Salud Mental, OMS, Ginebra, Suiza

ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS PAISES EN DESARROLLO

16° informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental

El Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental se reunió en Ginebra del 22 al 28 de octubre de 1974 con el fin de estudiar la organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo. En nombre del Director General inauguró la reunión el Dr. T. A. Lambo, Director General Adjunto, quien se refirió a los eficaces métodos de tratamiento de que hoy se dispone para modificar y atenuar una vasta gama de trastornos psiquiátricos y señaló que en los países en desarrollo sólo se han aplicado hasta ahora en escala muy modesta, por lo que abundan los casos de enfermedades mentales que no se tratan pese a ser tratables. Además, en muchos países, los escasos recursos destinados a la salud mental se utilizan de forma inapropiada y antiterapéutica, por ejemplo, para la construcción de costosos hospitales centralizados para recluir a los enfermos mentales. Tal es la razón por la que se ha pedido al Comité de Expertos que estudie la organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo. El Dr. Lambo, después de señalar las restricciones con que tropiezan todos los servicios sanitarios y de subrayar el interés que suscita en la Organización Mundial de la Salud el mejoramiento de los servicios básicos de salud, afirmó que esos factores tendrían una importancia primordial en las deliberaciones del Comité y pidió que se abordaran con criterios nuevos e innovadores los problemas de la asistencia mental.

INTRODUCCION

La salud mental es inseparable de la salud general y del desarrollo de la colectividad

En los países en desarrollo hay actualmente más de 40 millones de hombres, mujeres y niños que padecen graves trastornos mentales no tratados. Los miembros del Comité de Expertos han abordado este problema con el convencimiento de que la organización de servicios nacionales de salud mental no se puede separar de otros problemas más amplios de salud pública

y de progreso socioeconómico que se plantean a los gobiernos de todos los países en desarrollo. Muchos de estos países han de hacer frente a las gravísimas amenazas que hacen pesar sobre el bienestar de sus habitantes el rápido crecimiento demográfico, las crisis de producción de alimentos, las migraciones internas y la aceleración de los cambios sociales. Al subrayar la alta prevalencia de padecimientos mentales para los que se dispone de medidas de tratamiento aunque no hayan sido utilizadas aún en la escala necesaria, el Comité no ignora en modo alguno la existencia de otras necesidades que no han sido debidamente atendidas : alimentación, agua potable, erradicación de enfermedades infecciosas, instrucción pública y elevación del nivel básico de vida.

La morbilidad mental sólo es causa de una parte de los sufrimientos experimentados por las tres cuartas partes de la humanidad que viven en el tercer mundo ; esa parte es importantísima por la suma de limitaciones y penalidades que representa para las personas afectadas, así como para sus familias y la colectividad. Aunque hasta ahora no se ha podido ayudar más que a una pequeña proporción de esos enfermos, hoy ya se puede hacer mucho más, a condición de que se supriman ciertos obstáculos. En el presente informe se indica cómo, a juicio del Comité de Expertos, podrían organizarse los servicios de salud mental de manera que contribuyan mucho más que hasta ahora a la salud general y al bienestar social.

EXTENSION, NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS PAISES EN DESARROLLO

Las detenidas encuestas epidemiológicas efectuadas en varias regiones del mundo no revelan ninguna diferencia fundamental ni en la gama de los trastornos mentales registrados ni en la prevalencia de alteraciones mentales gravemente incapacitantes. Los resultados de esos estudios indican que estas últimas alteraciones suelen afectar al menos al 1 % del total de una población en un momento dado y al menos al 10 % de los individuos en algún momento de su vida. En los países en desarrollo, como en los demás, las grandes psicosis funcionales (esquizofrenia y trastornos afectivos) constituyen una elevada proporción de esas alteraciones graves y también son relativamente frecuentes los trastornos mentales consecutivos a enfermedades infecciosas u otras afecciones orgánicas. En muchos países en desarrollo la mitad de la población es menor de 15 años y los trastornos infantiles y de la adolescencia representan una pesada carga. La prevalencia de trastornos psiquiátricos seniles (especialmente la demencia), que por

ahora es relativamente baja, aumentará probablemente a medida que crezca la expectativa de vida. Ciertas enfermedades orgánicas del cerebro se harán menos frecuentes gracias a la introducción de medidas de salud pública, pero también es probable que éstas entrañen un aumento del número de niños que sobreviven con lesiones cerebrales causantes de retraso mental. La prevalencia de las lesiones cerebrales provocadas por accidentes, especialmente del tráfico, aumenta sin cesar y probablemente seguirá aumentando en los países en desarrollo. Los índices de prevalencia de la epilepsia (idiopática y sintomática) obtenidos en ciertos países en desarrollo son más elevados que en los países desarrollados, oscilando entre 0,9 y 2,1 %. En cuanto al alcoholismo y otras toxicomanías, los índices son muy variables; en cualquier caso, el alcoholismo plantea un grave problema de salud pública en la mayoría de las colectividades urbanas en rápido crecimiento y su prevalencia aumenta también en algunas zonas rurales.

La difusión de otras formas de trastorno mental (psiconeurosis, trastornos afectivos y de la personalidad) es más difícil de precisar, pero nada permite afirmar que esos trastornos sean menos frecuentes en los países en desarrollo que en los demás. Diversos estudios han demostrado que alrededor de la quinta parte de los enfermos que acuden a los servicios curativos (centros de salud, dispensarios) de los países en desarrollo padecen algún trastorno psiquiátrico importante e incluso se ha visto que en la población general la prevalencia de esos trastornos puede llegar hasta un 10 % o más. En estos casos, los enfermos suelen presentar síntomas somáticos y a veces no reciben el tratamiento adecuado, por lo que pueden convertirse en asiduos visitantes de los centros sanitarios y absorber así una proporción desmesurada del tiempo del personal médico.

El Comité examinó las características especiales de la morbilidad psiquiátrica en los países en desarrollo, donde las infecciones, las parasitosis y la malnutrición son causa de numerosos casos de trastorno mental. En los países en desarrollo de Africa y de otros continentes, se consideran frecuentes ciertas formas de psicosis funcional aguda con síntomas floridos. La falta de medios de tratamiento conduce al desarrollo de modalidades especialmente graves de psicosis. Con frecuencia no es el conjunto de la mortalidad psiquiátrica sino que son estos ejemplos llamativos de patología mental — que sólo representan una pequeña proporción de la totalidad del problema — los que atraen la atención del público y preocupan a las autoridades. En los países en desarrollo, las enfermedades depresivas y las psiconeurosis suelen manifestarse por síntomas predominantemente somáticos, con las consecuencias antes indicadas.

En los países en desarrollo la población es en su mayoría rural (80–85 %), pero también existen muchas ciudades que crecen rápidamente. En

las zonas rurales, los enfermos mentales están muy alejados de cualquier servicio psiquiátrico y su afección puede restarles eficiencia en los trabajos agrícolas, el cuidado de los niños y otras importantes actividades ; a consecuencia de ello, sus hijos suelen estar desnutridos y ellos mismos no recobran a veces su antigua eficacia social ni siquiera después de haberse restablecido por completo. En las zonas urbanas, la pérdida del apoyo familiar agrava el estado de los enfermos mentales. El hacinamiento, el paro y las rápidas transformaciones sociales, unidos a la falta de medios sanitarios modernos, se combinan para convertir a la enfermedad mental en un grave problema. El propio proceso del desarrollo engendra problemas de ajuste y adaptación que requieren la atención de toda la sociedad, además de tener importantes repercusiones en la salud mental.

Cabe concluir pues que los trastornos mentales constituyen un problema muy grave en los países en desarrollo, donde se observan por doquier psicosis funcionales y los trastornos mentales graves de base orgánica son más frecuentes que en los países desarrollados. Las afecciones mentales no psicóticas representan una proporción importante del total de enfermedades atendidas en los servicios sanitarios curativos. Por otra parte, la morbilidad psiquiátrica se puede manifestar bajo formas muy diversas, como achaques físicos, delincuencia, suicidio, absentismo laboral frecuente o prolongado, abandono de los estudios, etc. A estos problemas de por sí bastante graves, hay que añadir los sufrimientos de los parientes y la merma del rendimiento socioeconómico de la unidad familiar del propio enfermo y de la colectividad en general.

REACCIONES ACTUALES FRENTE A ESOS PROBLEMAS

Actitudes ante el trastorno mental

Los trastornos mentales graves suelen ser fuente de temores. En muchos países en desarrollo se les atribuye con frecuencia un origen sobrenatural y, en ciertos casos, esto da lugar a que se rechace al enfermo mental o a que se adopte una actitud fatalista. Los enfermos y sus familias tienden a desconfiar de la medicina moderna y consideran que los hospitales psiquiátricos, más que instituciones curativas, son establecimientos carcelarios destinados a internar a los individuos molestos y temibles. En el sistema de la « gran familia » puede haber una tolerancia relativamente buena para los sujetos anormales. En cambio, en las sociedades en rápida urbanización donde abundan cada vez más las familias « nucleares » y las personas que viven solas, el enfermo mental no encuentra la misma actitud de tolerancia y apoyo.

Importa señalar que esas actitudes frente a los trastornos mentales no sólo son frecuentes en el gran público sino también entre administradores, planificadores, políticos e incluso el personal sanitario. A veces, esa manera de pensar no se expresa claramente, pero constituye un gran obstáculo para el buen desarrollo de los servicios de salud mental. Mientras quienes mantengan tal actitud no tengan oportunidad de apreciar directamente la eficacia de los métodos modernos de tratamiento y la feliz reincorporación de los enfermos mentales al seno de la sociedad, las dolencias de la mente no perderán el estigma que sobre ellas gravita ni la sombra de temor que inspiran. Incluso entre los que trabajan en el campo de la salud mental hay quienes, influidos por el medio en que actúan, son partidarios del internamiento en instituciones y esa actitud dificulta la introducción de nuevos métodos de asistencia de los enfermos mentales.

En el caso de trastornos mentales no psicóticos, muchos pacientes prefieren atribuir su afección a causas físicas, poniendo tal insistencia en ello que obligan al personal sanitario a practicar reconocimientos costosos y tratamientos físicos de escasa eficacia.

Tratamiento tradicional [a]

La función de los curanderos tradicionales en el tratamiento de los trastornos mentales se presta a controversias. Aunque esta forma de curanderismo está muy difundida, tanto los métodos utilizados como el tipo de personas tratadas y la posición social del curandero varían mucho de unos lugares a otros ; de ahí que algunos psiquiatras hayan podido colaborar eficazmente con los curanderos, mientras que otros se abstienen sistemáticamente de hacerlo. Aunque no puede darse ninguna regla uniforme, cabe formular las siguientes consideraciones generales :

1) Los curanderos tradicionales suelen tener una función social mucho más amplia que la del mero acto de curar : sus conocimientos y sortilegios pueden englobar las creencias y la cultura de una tribu o de un poblado, así como su « folklore », sus valores y sus leyendas. A veces tienen ocasión de influir considerablemente en la mentalidad del público acerca de muchos problemas importantes, entre ellos la asistencia sanitaria. Como consejeros de las familias, pueden asesorar sobre la época más propicia para construir una casa o para contraer matrimonio ; también pueden desempeñar funciones semijudiciales y religiosas, actuando a menudo como nexo entre los

[a] El Comité hizo notar que en algunas regiones del mundo los « curanderos » no pueden calificarse estrictamente de « tradicionales », aunque sus funciones en la sociedad se asemejen en cierto modo a las de los curanderos tradicionales de otros países.

mundos físico y espiritual, entre el mundo actual y el ancestral. Sus actividades curativas se extienden a veces a trastornos mentales, diversas dolencias somáticas y diferentes problemas quirúrgicos y obstétricos; con frecuencia emplean tratamientos a base de hierbas y preparan medicamentos de ese tipo o ensayan otros nuevos; algunos de esos remedios vegetales contienen tranquilizantes muy activos.

2) Algunos de estos curanderos son profesionales capaces y comprensivos, pero también los hay poco escupulosos, tanto por los métodos que emplean como por sus móviles mercenarios. Tal es el caso de los curanderos que, tras un somero reconocimiento del cliente, se limitan a prescribir un tratamiento único y costoso. Otros, en cambio, aplican un tratamiento eficaz y humano a sus enfermos epilépticos y psicóticos, a los que con frecuencia cuidan durante semanas o meses, sometiéndolos a diversas terapias y colaborando luego a su rehabilitación. Estos curanderos constituyen la única asistencia de que disponen los enfermos mentales en muchas zonas que carecen totalmente de medios modernos de tratamiento psiquiátrico, y a veces aportan también una valiosa ayuda a los enfermos con síntomas neuróticos.

3) Ciertos grupos religiosos proporcionan también asistencia y cuidados a los enfermos mentales, sin designarles necesariamente un « curandero » particular. La terapéutica se basa esencialmente en ceremonias de curación, que comprenden la inducción de estados de trance y otras técnicas de sugestión.

4) La colaboración estrecha entre curanderos tradicionales y psiquiatras sólo está indicada probablemente en algunas situaciones muy especiales. En cambio, hay muchos casos en que los encargados de los servicios de salud mental habrán de tener en cuenta la labor de los curanderos, tanto terapéutica como educativa. También puede resultar eficaz cierta colaboración entre el personal sanitario rural y los curanderos tradicionales, sobre todo cuando aquél es originario de las propias aldeas y conoce y respeta a los curanderos. Las tentativas de suprimir o de limitar directamente la acción de los curanderos podrían ser contraproducentes, a menos que haya pruebas patentes de que las prácticas de éstos resultan perjudiciales.

5) Importa tener en cuenta también la actitud de la colectividad hacia el curandero tradicional. La gente suele ser muy pragmática y trata de conseguir ayuda donde quiera que pueda encontrarla, ya sea a través del médico o del curandero. No es raro que los enfermos consulten con uno y otro, a fin de aprovechar los conocimientos de ambos.

El Comité opinó que convendría vigilar de algún modo las prácticas de los curanderos tradicionales y, al mismo tiempo, explorar las posibilidades de darles cierta formación sanitaria.

Función de los servicios generales de salud y de asistencia social

Hasta ahora, los servicios sanitarios generales de los países en desarrollo se han ocupado sobre todo de combatir las enfermedades transmisibles e infecciosas y de evitar la malnutrición, haciendo hincapié en el saneamiento del medio, el abastecimiento de agua potable, las campañas de vacunación en masa y de erradicación de enfermedades y la protección maternoinfantil. A pesar de que se han logrado éxitos considerables, forzoso es reconocer que muchos de los problemas planteados siguen siendo graves y que sólo se ha logrado proporcionar servicios básicos de salud a una minoría (10–15 %) de la población de los países en desarrollo.

El fortalecimiento de los servicios sanitarios básicos se ha considerado como un sector clave de la asistencia de la OMS y, a ese respecto, se han definido varias estrategias que parecen prometedoras. Uno de los procedimientos propuestos para mejorar los servicios sanitarios básicos es el uso de « personal primario de salud »,[a] constituido por agentes que reciben una breve formación y a los que se asignan funciones claramente definidas. El Comité estimó que se trata de un importante sector de actividad e hizo notar que todavía no se ha introducido la salud mental en los servicios sanitarios básicos.

En varios casos se ha logrado integrar con éxito la acción de salud mental en los servicios hospitalarios generales. En los hospitales generales — e incluso en los centros sanitarios — es posible tratar una amplia gama de trastornos mentales, entre ellos, las psicosis agudas. A veces se ha conseguido este resultado por medio de médicos generales entre cuyas funciones figuraba el tratamiento de los casos de trastorno mental, mientras que otras los servicios de psiquiatría se han dejado a cargo de enfermeras psiquiátricas, respaldadas por visitas ocasionales de psiquiatras. En algunos sitios se han establecido consultorios de psiquiatría en los hospitales generales o en los centros de salud. Todos estos ejemplos demuestran claramente la posibilidad de integrar los servicios psiquiátricos en los servicios sanitarios generales ; sin embargo, forzoso es reconocer que son relativamente raros y que son muy escasos los países en desarrollo donde existen servicios

[a] El Comité ha preferido esta denominación a la de « trabajador sanitario rural », por considerar que estas personas han de trabajar también a veces en zonas urbanas, por ejemplo en barrios de chabolas. Este personal, originario de la colectividad en la que ha de ejercer sus funciones, recibe una breve formación acerca de los principios básicos de la salud pública y de la asistencia médica.

de salud mental integrados en los servicios generales de salud. Con harta frecuencia, ni los planificadores sanitarios ni los médicos se percatan de la importancia de la morbilidad mental. Este hecho se debe en parte al tipo de enseñanza recibido en las escuelas de medicina, muchas de las cuales no han incluido hasta hace muy poco tiempo la psiquiatría en sus planes de estudio. Una consecuencia de esta situación es que muchos de los enfermos con trastornos psiquiátricos que acuden a los centros de salud o a los dispensarios, y que incluso a veces son hospitalizados, no se diagnostican correctamente y reciben un tratamiento ineficaz.

Lo mismo puede decirse de los servicios de asistencia social, que atienden sobre todo a las personas con defectos físicos. Sin embargo, está demostrado que las medidas de protección de los pacientes con perturbaciones agudas o crónicas y de sus familias pueden influir favorablemente en el curso de la enfermedad mental, mejorar el comportamiento social de los enfermos y reducir las necesidades de asistencia hospitalaria. Los servicios de asistencia social de los países en desarrollo no han atendido esta necesidad, como tampoco se han ocupado de los problemas de los niños sin hogar, de los retrasados mentales, de los delincuentes jóvenes y de las personas de edad avanzada. La necesidad de esos servicios es aún más acuciante en las zonas urbanas.

Recursos de salud mental disponibles

En general, el único medio con que cuentan los países en desarrollo para abordar los problemas de la salud mental es el hospital psiquiátrico. Los centros de este tipo suelen ser grandes establecimientos aislados, que atienden a una vasta zona y tienen poco contacto con las colectividades atendidas. Los enfermos llegan al hospital conducidos por sus parientes o por la policía, a menudo después de haber pasado largo tiempo encerrados y sin recibir ningún tratamiento. Los propios hospitales adolecen de escaso personal y de exceso de pacientes. El tratamiento activo se limita casi siempre a la terapia física; rara vez se pueden practicar la rehabilitación y la socioterapia. Esos hospitales acaban casi siempre por convertirse en centros de reclusión donde el paciente permanece prisionero, a menudo durante largo tiempo. A pesar de la mediocre asistencia que prestan, resulta muy caro sostenerlos. Su existencia refuerza la actitud negativa hacia la salud mental, tanto entre el público como entre el personal sanitario. La presión de una opinión pública bien intencionada puede conducir a que se introduzcan mejoras en esos hospitales, e incluso a que se construyan otros nuevos; no obstante, siempre subsiste el problema básico que plantea una gran institución alejada de la población a la que sirve. Se ha intentado utilizar los hospitales psiquiátricos para formar el personal destinado a los

hospitales generales y centros de salud, así como personal de salud mental encargado de supervisar ulteriormente las actividades de aquél. Aunque en algunos casos estos ensayos han tenido éxito, la experiencia docente dista de ser ideal y se tropieza con dificultades para confiar funciones extrahospitalarias al personal de los hospitales psiquiátricos.

En algunos sitios no hay establecimientos dedicados específicamente al tratamiento de los enfermos mentales, a los que a veces se encarcela cuando perturban el orden público.

En todos los países en desarrollo, el personal psiquiátrico competente es muy escaso para atender las necesidades de la salud mental. (En la mayoría de esos países hay menos de un psiquiatra y dos enfermeras psiquiátricas por 100 000 habitantes, en muchos menos de un psiquiatra y de una enfermera psiquiátrica por un millón de habitantes y en algunos ese personal falta por completo.) Aunque algunos países han podido aumentar sus disponibilidades de psiquiatras y de enfermeras con formación psiquiátrica, no es de esperar que en los diez o veinte próximos años exista suficiente personal especializado para atender siquiera las necesidades más fundamentales de la salud mental.

Con frecuencia escasean los medicamentos psicotrópicos y no sólo faltan en algunos hospitales generales sino también incluso en los propios hospitales psiquiátricos. Rara vez existe una política concreta sobre adquisición, normas de calidad o distribución de medicamentos y el personal carece de una formación adecuada acerca del uso conveniente y eficaz de esos fármacos. Paradójicamente, en las clínicas y en los hospitales generales no es raro que se utilicen mucho y sin necesidad diversos hipnóticos y sedantes suaves de elevado precio.

A veces se dispone de equipos costosos, pero mal conservados y aprovechados. La escasez de recursos puede verse agravada por la falta de administradores familiarizados con las técnicas de planificación y gestión.

Disposiciones jurídicas y administrativas

En casi todos los países existen leyes o reglamentos relativos a los enfermos mentales. Por otra parte, el código penal puede contener disposiciones aplicables a los delincuentes con perturbaciones mentales. Muchas de esas disposiciones legales están anticuadas y no protegen los derechos del enfermo psiquiátrico (especialmente el derecho al tratamiento) ni precisan los requisitos mínimos que deben satisfacer las instituciones en que esos enfermos pueden verse confinados por muchos años. En cualquier caso, de poco sirve una legislación si no se dispone del mecanismo administrativo necesario para hacerla cumplir y, en caso necesario, aplicar las sanciones previstas en ella. Por otra parte, una legislación engorrosa puede

obligar a los escasos psiquiatras disponibles a pasar buena parte de su tiempo ante los tribunales de justicia.

Son raros los países donde en el Ministerio de Sanidad existe un representante de los profesionales de la salud mental autorizado para intervenir en la redacción, la administración y la actualización de las leyes sobre salud mental o para integrar esta actividad en la planificación de los servicios generales de salud. Casi siempre, esta labor está en manos de comités especiales en los que no siempre figuran psiquiatras y otros profesionales de la salud mental.

Factores económicos

Aunque es natural que la mayor proporción de los presupuestos nacionales de salud pública se haya dedicado hasta ahora a la erradicación de enfermedades infecciosas con altas tasas de morbilidad y mortalidad, no deja de ser lamentable que la salud mental figure casi siempre al final del orden de prioridades. Esta relegación puede obedecer en parte a que los planificadores sanitarios no se percatan de la importancia de la morbilidad y de las incapacidades resultantes de los trastornos mentales, aparte de que rara vez tienen en cuenta los enormes gastos que entrañan esos procesos. Los enfermos crónicos que no pueden cuidar de sí mismos suelen depender durante muchos años del apoyo social de la colectividad. Por otra parte, sabido es que las familias entre cuyos miembros figura un enfermo mental pueden sufrir pérdidas económicas o no alcanzar el pleno potencial económico que de otro modo conseguirían. También se ha señalado la importancia de los factores psicológicos en el absentismo laboral. Los trastornos psíquicos pueden ser causa de la tercera parte del número total de faltas al trabajo. Aunque estas consecuencias de los trastornos mentales no se han evaluado todavía de manera sistemática en los países en desarrollo, los médicos de estos países han observado ya un fenómeno parecido entre los empleados de la administración civil, los miembros de las fuerzas armadas y los operarios de las plantaciones. En la infancia los trastornos mentales son causa frecuente de malos resultados escolares y de abandono de los estudios, con el consiguiente despilfarro de recursos docentes y la mutilación del potencial económico y social de los niños.

METODOS DE ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Determinación de objetivos y prioridades

Los objetivos de los programas de salud mental han de definirse en cada país teniendo en cuenta los objetivos globales de los servicios sanita-

rios generales y, si es posible, en el marco del programa nacional de salud. Por supuesto, es inevitable que difieran, no sólo de unos países a otros, sino también dentro de un mismo país, las necesidades patentes en el campo de la salud mental, los recursos disponibles, los criterios que sirvan de base a las posibles soluciones y los juicios de valor utilizados para fijar los objetivos y establecer el orden de prioridad. Con todo, ciertos principios y criterios generales son universalmente aplicables :

1) Las necesidades se han de evaluar en función de la prevalencia y de las consecuencias de los distintos trastornos mentales. Las consecuencias se pueden enjuiciar desde varios puntos de vista, por ejemplo : repercusiones sociales y sanitarias, impacto en los servicios de bienestar social y de salud pública, etc. No debe dejarse que el público se convierta en sujeto pasivo, sino que se le ha de incitar a que participe activamente en la planificación de los servicios sanitarios, con lo que también tenderá a intervenir más en la prestación de asistencia.

2) Al elegir los objetivos habrá que tener especialmente en cuenta si existen medios eficaces para modificar el curso de las distintas enfermedades mentales.

3) Habrá que tomar también en consideración los recursos disponibles, que inevitablemente serán limitados. Aparte de los recursos destinados por el gobierno a la asistencia psiquiátrica, habrá que allegar fondos de otras procedencias, particularmente por conducto de las colectividades locales.

4) Como el hecho de fijar objetivos implica una planificación de las actividades futuras, la previsión de las necesidades y los recursos futuros debe ser parte integrante de la planificación.

El paso siguiente, es decir, la especificación de los objetivos, debe basarse en la satisfacción de necesidades sanitarias bien definidas, sea como efectos mensurables sobre la salud, sea como unidades de prestación de servicios expresadas cuantitativamente. Habrá que especificar también los plazos previstos para el logro de esos objetivos. Es evidente pues que no cabe definir sencillamente los objetivos en términos de necesidades de servicios (puestos, edificios o equipo) ni tampoco en términos vagos o generales. Los planificadores deben abordar cada problema por separado y decidir, en primer lugar, si deben incluirlo o no en un programa, y en segundo lugar, de qué manera se le puede hacer frente en la práctica para obtener resultados positivos en un plazo determinado. Si, por ejemplo, se trata de urgencias psiquiátricas, podrá tomarse la decisión de establecer un servicio de diagnóstico y traslado inmediato de estos casos a un centro adecuado de tratamiento, que en el plazo de cinco años permita atender al

50 % de la población de una zona determinada. (Por supuesto, en algunas circunstancias puede resultar inasequible incluso este modesto objetivo.)

El Comité estimó que en los programas sanitarios de muchos países en desarrollo debería incluirse el tratamiento de los siguientes estados patológicos :

1) *Trastornos psiquiátricos agudos* (v.g., excitación aguda, estados confusionales, actitudes suicidas, estupor). Estos trastornos pueden provocar graves perturbaciones en la familia y en la colectividad en general. La falta de tratamiento o de asistencia adecuada puede tener secuelas nocivas para el individuo y su familia. El diagnóstico es relativamente fácil y el tratamiento, generalmente limitado en el tiempo, tiene una eficacia indiscutible. El objetivo, por consiguiente, debe ser la detección de estos casos en la colectividad y el tratamiento de los mismos en un servicio apropiado. Los objetivos de cobertura y plazo de ejecución dependerán de los recursos disponibles y, en particular, del grado de desarrollo de los servicios sanitarios periféricos.

2) *Psicosis graves* (v.g., esquizofrenia y psicosis afectivas). Estos procesos tienen consecuencias sociales y económicas nefastas que pueden atenuarse considerablemente con una terapéutica adecuada, hasta el punto de que el paciente tratado logra mantenerse en su puesto en el seno de la colectividad. En consecuencia, el objetivo ha de ser ayudar y tratar a domicilio o en régimen ambulatorio a los pacientes que sea posible mantener en la colectividad e internar en servicios especiales a los enfermos mentales crónicos que carezcan de hogar. También en este caso hay que fijar con realismo la cobertura y el plazo de ejecución teniendo en cuenta los servicios de apoyo y de vigilancia requeridos, el costo y las disponibilidades de medicamentos y las necesidades de formación de personal.

3) *Retraso mental, epilepsia y defectos crónicos* consecutivos a trastornos orgánicos del cerebro. En este caso, los objetivos pueden consistir en reducir el número de sujetos con defectos de ese tipo que requieran asistencia institucional y en aumentar el número de los que pueden vivir con un máximo de posibilidades en el seno de la sociedad.

4) *Otros trastornos psiquiátricos* descubiertos en dispensarios y hospitales. Pasar por alto esos trastornos conduce a intervenciones inútiles y que, además, hacen perder tiempo. Tanto la depresión como la ansiedad pueden ser objeto de tratamientos modernos. Un objetivo simple podría consistir en asegurar la detección y el tratamiento apropiado de un número importante de esos casos. A veces habría que abstenerse de intervenir activamente, pues muchos de estos trastornos mejoran espontáneamente o responden a sencillas medidas de sostenimiento.

5) *Problemas psiquiátricos y afectivos de los grupos muy expuestos.* En algunos países suelen encontrarse ciertos sectores de la población especialmente predispuestos a sufrir trastornos psiquiátricos y afectivos que tal vez necesiten una asistencia concreta : niños sin hogar, refugiados, personas con enfermedades orgánicas de carácter crónico como la lepra, ancianos solitarios, etc. También los estudiantes constituyen un grupo merecedor de especial atención por ser, en potencia, valiosos miembros de la sociedad cuyos estudios podrían verse interrumpidos a consecuencia de trastornos emocionales.

Establecimiento de estrategias para alcanzar los objetivos prioritarios

Servicios en zonas rurales

En lo que respecta a la organización y la prestación de cualquier tipo de servicio sanitario, el problema más urgente es lograr una cobertura suficiente de la población. Así ocurre particularmente en las zonas rurales con una población muy dispersa y mal provistas de personal sanitario. La labor básica de higiene mental (empezando por la asistencia psiquiátrica de urgencia y el cuidado de los epilépticos y psicóticos que vivan en el seno de la colectividad) ha de confiarse a un personal de salud primario reclutado en las propias aldeas o a auxiliares de medicina y enfermeras venidos del exterior. En este nivel de servicios, al personal primario de salud sólo se le pueden encomendar las tareas más sencillas : reconocimiento de las urgencias psiquiátricas, elección entre la administración de algunos de los pocos medicamentos de que dispone o el traslado del enfermo a una instancia superior ; apoyo y asesoramiento a la familia ; vigilancia de los pacientes crónicos.

Ahora bien, ni siquiera estas tareas sencillas y limitadas podrán llevarse a cabo de manera satisfactoria sin el apoyo y el asesoramiento del personal especializado en higiene mental.

La higiene mental en los centros de salud

Los casos más difíciles se pueden remitir a este escalón menos periférico y mejor equipado de los servicios generales para ser objeto de una evaluación más exacta y de un tratamiento más intensivo con medicamentos psicotrópicos, sobre todo cuando resulte terapéuticamente indispensable separar el enfermo de su medio inmediato durante un breve espacio de tiempo. También en este nivel se podrá iniciar la identificación de problemas psiconeuróticos y trastornos de la personalidad como causa de molestias físicas crónicas y de una utilización excesiva de los servicios médicos. Estos trabajos pueden confiarse al personal de los servicios sanitarios generales, a

condición de que su labor esté regularmente supervisada por especialistas en higiene mental.

Servicios en zonas urbanas

Las poblaciones en rápida expansión de las grandes ciudades se caracterizan por su heterogeneidad. En muchas ciudades, por ejemplo, los habitantes se pueden dividir cuando menos en dos grandes categorías: *a*) la población urbana propiamente dicha, bien asentada en la ciudad y relativamente instruida, y *b*) los habitantes de las barriadas de chabolas y de arrabales pobres. Muchos de los miembros del primer grupo acuden a los consultorios de los hospitales generales por presentar trastornos neuróticos o psicosomáticos, mientras que los del segundo grupo dan un contingente elevado de psicóticos crónicos, epilépticos, débiles mentales profundos e individuos con trastornos de la personalidad. Muchos de estos sujetos son vagabundos que han recalado en la ciudad después de haber perdido el contacto con sus familias; la mayoría de ellos viven de la mendicidad y rehuyen los servicios sanitarios. Será preciso que el personal básico de salud y los demás miembros del personal sanitario entren en contacto con estas personas y persuadan a las que necesiten cuidados psiquiátricos de que se sometan regularmente a ese tratamiento. Al planificar servicios para las zonas urbanas, por consiguiente, habrá que tener en cuenta las diferencias demográficas y socioeconómicas existentes entre los distintos sectores de la población.

Aunque es posible que la vida en un medio urbano provoque un aumento de la morbilidad por trastornos mentales, esta hipótesis no se ha demostrado todavía de modo concluyente. En cambio, lo que sí es cierto es que las poblaciones urbanas se preocupan más por la enfermedad que las rurales y exigen un volumen cada vez mayor de servicios médicos. Otra característica del medio urbano es la proximidad de servicios sanitarios más especializados. En las zonas urbanas de los países en desarrollo, por consiguiente, habrá que prestar especial atención a la prestación de servicios de salud mental, utilizando si fuera preciso el personal de higiene mental de los hospitales psiquiátricos o de los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales, los médicos generales disponibles o incluso nuevas categorías de personal de salud mental.

Departamentos psiquiátricos y consultorios en los hospitales generales

Los hospitales generales, tanto si son de ámbito regional como provinciales o de distrito, pueden ofrecer el primer escalón de servicios especializados de higiene mental en forma de pequeñas unidades de hospitalización, consultorios y personal especializado en salud mental (v.g.,

enfermeras, ayudantes de medicina y asistentes sociales con una formación práctica en psiquiatría). En otros hospitales se asiste a los sujetos con enfermedades mentales en los departamentos de medicina general y es aquí donde el psiquiatra debe prestar servicio o, al menos, girar visitas regulares. También habrá que organizar buenos servicios auxiliares (transporte, etc.).

Aparte de sus funciones terapéuticas, los miembros del personal psiquiátrico de los hospitales generales regionales deberán participar activamente en la asistencia, la supervisión y la acogida de los casos remitidos por el personal de otros servicios más periféricos. Deberán asimismo dedicarse a programas de educación sobre salud mental, bien directamente, bien a través de otras categorías de personal.

Adaptación de los servicios de salud mental existentes

En ciertos países los hospitales psiquiátricos podrán, una vez adaptados convenientemente, contribuir útilmente al desarrollo de los servicios que se requieran en el futuro. El personal de estos establecimientos no deberá limitarse a ejercer en ellos, sino que también participará en la labor de los servicios de asistencia basados en la colectividad. El propio hospital deberá subdividirse en unidades funcionales más pequeñas, cada una de las cuales se encargará, por ejemplo, de los pacientes procedentes del mismo sitio y dispondrá de instalaciones separadas para el tratamiento de los enfermos crónicos y de los agudos. Una vez reorganizados de esta manera, los hospitales psiquiátricos podrán hacerse cargo asimismo de una parte del adiestramiento clínico en el curso del servicio que ha de recibir el personal periférico de salud mental y el personal de los servicios sanitarios generales. El personal de los hospitales tendrá también que supervisar y apoyar la labor de los servicios periféricos.

Cooperación con los servicios sanitarios generales

Será preciso recabar la conformidad y el apoyo de los administradores y dirigentes de los servicios sanitarios generales para facilitar *a*) la participación del personal de estos servicios en la prestación de una asistencia básica de higiene mental, y *b*) la creación de servicios psiquiátricos de consulta y de hospitalización en las clínicas y los hospitales de los servicios sanitarios generales. Este objetivo se conseguirá con mayor facilidad si se mejora la situación profesional del personal de salud mental (véase más adelante).

Planificación de los servicios de salud mental en el ministerio de sanidad

Los psiquiatras y demás personal de los servicios de higiene mental no podrán llevar a cabo sus planes de mejoramiento de dichos servicios a

no ser que los gobiernos reconozcan la validez del proyecto y concedan el apoyo financiero y administrativo necesario. Por desgracia, no es frecuente que los administradores — médicos o no médicos — de los ministerios de sanidad estén bien informados de los problemas de salud mental o dispuestos a resolverlos. Para conseguir que estos problemas reciban la atención que merecen, cada ministerio nacional de sanidad debe contar con un servicio especialmente consagrado a la planificación y la administración de los servicios de salud mental.

Disponibilidad y coste de los medicamentos

Los nuevos medicamentos psicotrópicos son un elemento importantísimo para el mejoramiento de la asistencia en el campo de la salud mental; por desgracia, su precio es elevado y no cesa de aumentar y, en muchos lugares, las disponibilidades de estos fármacos siguen siendo irregulares o insuficientes. Por ello, en los planes destinados a aumentar la cobertura de la población será conveniente prever un número limitado de estos productos y garantizar su venta a un precio asequible para el paciente (o para los servicios sanitarios financiados por el Estado). Para conseguir este objetivo se requiere evidentemente una intervención de la administración sanitaria nacional, apoyada por los profesionales de la salud mental. En los países donde la inspección de las importaciones y de la fabricación de medicamentos esté a cargo de organismos especiales, éstos deberán recabar el asesoramiento de los psiquiatras. El empleo de medicamentos a granel, la compra al por mayor y la manufactura local de estos productos son otros posibles medios de reducir el costo. También habrán de adoptarse disposiciones para limitar el uso indebido de los fármacos, problema que merece un estudio más detenido en el plano internacional.

Legislación relativa a la salud mental

Incumbe al personal especializado en salud mental movilizar a la opinión pública con el fin de que se modernice la anticuada legislación que todavía está vigente en la materia. Es esencial garantizar el derecho del enfermo al tratamiento, sin que esto signifique que, como algunas legislaciones estipulan, al enfermo mental no se le pueda dar de alta mientras no esté « curado ». Hay que simplificar asimismo los procedimientos de ingreso y alta de los enfermos en el hospital y prever el ingreso voluntario. La legislación sobre salud mental ha de servir para proteger tanto al paciente como a la colectividad, al médico en el ejercicio de su profesión como al enfermo mental perseguido por la justicia.

Participación de organismos no médicos

Es evidente que, si bien las medidas tomadas en el sector sanitario pueden servir para mejorar y ampliar los servicios de salud mental, no

bastarán para satisfacer todas las necesidades. Es necesario que la colectividad lo comprenda para que no abrigue esperanzas excesivas. Hay que estimular a las personalidades y autoridades locales no sólo a que determinen y expongan las necesidades de la población en materia de salud mental, sino a que hallen la manera de atender estas necesidades con los recursos locales o con una ayuda mínima. Los profesionales de la salud mental y el resto del personal sanitario deben seguir este criterio en sus contactos con las entidades públicas, a fin de entablar un diálogo en el que la colectividad pueda manifestar sus necesidades y el personal profesional informar sobre los servicios disponibles, impartir enseñanzas de higiene mental y promover las iniciativas de la población local. En semejante diálogo, ninguno de los interlocutores debe asumir un papel pasivo, sino que ambos han de actuar y desenvolverse de manera constructiva.

Los maestros, la policía (y otros organismos encargados de imponer la ley), los magistrados, los dirigentes religiosos, los funcionarios municipales y los agentes de desarrollo comunal figuran entre los miembros socialmente más activos de la mayor parte de las colectividades, aún en los lugares donde no existen servicios sanitarios. Muchas de las funciones que ejercen están estrechamente relacionadas con la salud mental, por ejemplo, en la medida en que llevan a tratar con personas de comportamiento anómalo, niños anormales y delincuentes, familias en crisis y sujetos afligidos, desamparados o inadaptados. Por sus reacciones ante las situaciones críticas y ante los prolongados problemas que plantean los individuos inadaptados o de comportamiento anormal, las instancias mencionadas pueden influir — positivamente o negativamente — en la salud mental de la colectividad en general y en el equilibrio individual. También pueden facilitar o mejorar la asistencia a los enfermos mentales crónicos en el seno de la comunidad. Esta aportación se debe apreciar, estimular y utilizar con el mayor provecho posible, para lo cual habrá que reforzar la formación psicosocial de ese personal. Es probable que la organización de reuniones de ese personal no médico en las que se trate libremente de los problemas psicosociales y de sus consecuencias resulte útil para interesar más a esas personas en los problemas de salud mental y en su solución. El personal sanitario puede intervenir directamente en las reuniones de esa índole, al menos en las fases iniciales; en todo caso, no hay razón alguna para que las reuniones no se celebren con regularidad y de un modo independiente. Sería interesante evaluar los resultados de una iniciativa de ese género desde el punto de vista de la actitud y las reacciones de los organismos no médicos ante los problemas de salud mental. Asimismo convendrá aumentar la contribución a la salud mental de diversas asociaciones y organizaciones no médicas de la colectividad, tales como sindicatos, asociaciones religiosas y comités de ayuda voluntaria ; lo mismo

podría hacerse en otros medios, por ejemplo los organismos públicos, universidades, fábricas, plantaciones y cárceles.

Organización de proyectos piloto de higiene mental en la colectividad

La autoridades nacionales deberían empezar por emprender uno o varios programas piloto (tal vez con participación de las universidades) para explorar las posibilidades de incluir la higiene mental básica en los programas ya establecidos de asistencia sanitaria a una determinada población rural o urbana. Estos programas podrían tener diversos fines : efectuar estudios sobre la prevalencia, la incidencia y la historia natural de los trastornos mentales en la colectividad ; hacer comprender a ésta que las enfermedades mentales pueden y deben tratarse sin tener que aislar ni alejar a los pacientes ; persuadir a la administración y al personal de sanidad de que tienen la misión de combatir los trastornos mentales considerados como un problema sanitario de la colectividad ; y, por último, aprovechar la ocasión de instruir al personal auxiliar de medicina, salud pública e higiene mental. A efectos de evaluación, conviene que siempre que se ejecute un programa piloto de ese tipo se publique una documentación sistemática sobre la labor realizada.

PERSONAL : FUNCIONES Y FORMACION

El principal obstáculo con que se tropieza para atender las necesidades de salud mental en los países en desarrollo es la grave penuria de personal especializado. No es probable que la situación mejore en los próximos decenios, habida cuenta del pequeño número de personas que están adquiriendo una formación en la materia, así como de la frecuente emigración a países desarrollados de aquellos que terminan esa formación. Por bajas que sean las proporciones de personal psiquiátrico disponible por 100 000 habitantes que suelen mencionarse ofrecen una visión demasiado optimista, ya que la mayoría de los especialistas están concentrados en las zonas urbanas y, en consecuencia, las masas rurales se benefician muy poco de sus servicios.

Como se indica en la página 19, la organización en las aldeas de servicios sanitarios básicos apoyados por un conjunto de centros de salud, hospitales de distrito y, en un nivel más central, servicios especializados, brinda la posibilidad de establecer servicios de salud mental en una escala limitada. Por supuesto, esto exige que se reconsideren las funciones y la formación del personal sanitario general y, en particular, de los profesionales de la salud mental.

La formación de todo el personal de salud debe comprender nociones de psiquiatría y estar cuidadosamente adaptada a cada categoría profesional, teniendo en cuenta el nivel de instrucción de los alumnos, el tiempo disponible para la enseñanza y las tareas que habrán de desempeñar. Habrá que prever asimismo un sistema regular de ampliación de estudios. Los especialistas en salud mental deben encargarse de formar, apoyar y supervisar a los demás trabajadores sanitarios. La supervisión no debe tener un carácter puramente crítico (una visita mensual seguida de un informe crítico resulta ineficaz), sino que ha de hacerse con espíritu constructivo : los especialistas en salud mental (enfermeras psiquiátricas o psiquiatras) habrán de tener en cuenta para ello las necesidades expresadas por aquellos a quienes supervisen. Cualquier actividad terapéutica directa que emprendan los profesionales de la salud mental deberá desarrollarse dentro de lo posible en una situación docente y estar orientada a objetivos concretos, por ejemplo, el tratamiento de los casos más graves o la solución de los problemas psiquiátricos en las zonas urbanas, donde puede haber una mayor proporción de casos de comportamiento anormal o de enfermedades mentales graves. El Comité examinó la posibilidad de utilizar nuevos tipos de profesionales de salud mental y estimó que, una vez resueltos los problemas de carrera y de medios de formación, valdría la pena explorarla prácticamente en determinadas zonas.

Para evaluar las necesidades de personal y de formación profesional importa empezar por definir claramente las tareas que presupone la solución de los problemas de salud mental. Estas tareas han de enunciarse en términos sencillos a fin de facilitar la preparación de los programas de estudios y los manuales destinados tanto al personal sanitario general que posee nociones de salud mental como a los diversos profesionales de la salud mental. En el caso del personal primario de salud, por ejemplo, las tareas relacionadas con la salud mental se pueden agrupar en los siguientes apartados :

a) Identificación de los signos de trastorno mental (con inclusión de la ansiedad aguda y la confusión) ;

b) Investigación directa de la situación (por interrogatorio del paciente y de sus familiares y observación del comportamiento patológico) ;

c) Intervención activa (escuchando al paciente con comprensión, haciendo frente a un comportamiento agresivo y remitiendo los casos graves a un centro competente) ;

d) Educación (procurando que haya más tolerancia para con los enfermos mentales).

Cabe emplear el mismo método con otros tipos de personal y definir de este modo nuevas funciones para las enfermeras, los psiquiatras, los médicos

de otras especialidades, los psicólogos y los asistentes sociales. Al propio tiempo, importa tener en cuenta otros factores como la satisfacción derivada del ejercicio profesional, la propia estimación y las perspectivas de hacer una buena carrera, particularmente cuando se crean puestos nuevos. La rápida renovación del personal, la falta de interés de éste por mejorar los conocimientos y, en el caso de los profesionales de más categoría, la emigración al extranjero revelan la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo y elevar el prestigio social del personal.

Las necesidades de carácter administrativo que se plantean en los distintos niveles de los servicios de salud mental obligan a dar una buena formación a los administradores y delimitar claramente sus atribuciones. Además de los administradores empleados en el departamento central de planificación (véase la pág. 22), habrá que nombrar administradores de distrito que se encarguen de evaluar las necesidades y los recursos de salud mental existentes en una zona determinada y, por otra parte, de planificar los medios para mejorar gradualmente la cobertura de la población. Si el número de psiquiatras es suficiente, se encomendará esta tarea a esos profesionales, para la cual habrá que darles una formación complementaria. De lo contrario, las mencionadas funciones administrativas se confiarán a enfermeras psiquiátricas o generales o a ayudantes de medicina experimentados, que necesitarán también una formación especial. Esta formación podría impartirse mediante un programa multidisciplinario sobre administración de servicios de salud mental, organizado a escala nacional o regional.

Modalidades de formación

Personal primario de salud

En varios países se emplea un personal primario de salud reclutado en las propias colectividades donde ha de trabajar y dotado de una formación elemental. Como se ha indicado antes, hay que explorar activamente la posibilidad de incluir algunas nociones de salud mental en la formación de ese personal. Si existen ya programas de formación y libros de texto habrá que modificarlos con esa finalidad y evaluar después los resultados de esa experiencia. También habrá que organizar los mecanismos de supervisión, ayuda y comunicación adecuados.

Médicos generales, ayudantes médicos y enfermeras

Algunas tareas de salud mental deberán encomendarse a todos estos grupos del personal, para los cuales habrá que prever una enseñanza apropiada tanto a título de formación inicial como en forma de cursos de

perfeccionamiento. El contacto directo con los psiquiatras y las enfermeras psiquiátricas en plena labor (por ejemplo, en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales) puede serles muy valioso. Convendría disponer de manuales en que se trate de las tareas de salud mental para la formación de ayudantes de medicina, enfermeras y demás personal.

Enfermeras psiquiátricas

En la formación y la supervisión del trabajo del personal general de salud han de desempeñar un papel importante las enfermeras especializadas en psiquiatría, cuya formación debe comprender por ello enseñanzas sobre métodos de docencia y de gestión. Las enfermeras psiquiátricas deberán pasar también buena parte de su tiempo en los servicios de consulta y recibir una formación que les permita actuar en estrecho contacto con las familias de los enfermos ambulatorios. Una medida especialmente útil es destinar enfermeras psiquiátricas en los hospitales generales y los centros de salud. Hay que darles ocasión de tratar directamente con los individuos, con las familias y con grupos de pacientes, permitiéndoles que actúen con un mínimo de supervisión y que receten ciertos medicamentos dentro de una gama limitada de fármacos psicotrópicos. En su formación deben figurar también enseñanzas sobre enfermería de salud pública.

Algunas enfermeras psiquiátricas de países en desarrollo han llegado a adquirir gran competencia en materia de dirección y de gestión. En tales casos conviene aprovechar a fondo esa ventaja, no sólo en el terreno de la enfermería sino también en el de la asistencia sanitaria general.

Psiquiatras

Al igual que las enfermeras, los psiquiatras deberán dedicar gran parte de su tiempo a la formación de otras categorías de personal sanitario, así como a asesorar a ese personal y a supervisar su trabajo. Habrán de participar también activamente en la planificación, la gestión y la evaluación de los servicios que tengan a su cargo. Estas funciones requieren una formación apropiada que ha de completarse después mediante la asistencia a grupos de prácticas, seminarios y cursillos. En los países donde se dispone de más de un psiquiatra, cada uno de ellos será responsable de una región geográfica determinada. Los trabajos clínicos deben representar una parte importante de la labor de todo psiquiatra y, siempre que sea posible, han de realizarse en una situación docente y orientarse hacia los problemas psiquiátricos más complejos y difíciles.

Conviene poner en tela de juicio la práctica de recurrir a centros de países desarrollados para formar a los psiquiatras de los países en desarrollo. Al menos una parte de esa formación debe hacerse en el país de origen

o en los centros regionales de formación, donde los alumnos podrán familiarizarse con las funciones y tareas que les esperan. Esta nueva orientación quizá contribuya a frenar la emigración de psiquiatras a países avanzados. Una formación más idónea, unida al ejercicio de funciones más eficaces, se traducirá probablemente en una mayor satisfacción profesional. Por otra parte, es preciso mejorar la consideración de que gozan los psiquiatras dentro de la profesión médica. Importa asimismo darles ocasión y medios de formación para efectuar investigaciones, por ejemplo mediante el establecimiento de centros nacionales o regionales de investigación de alto nivel y la organización de cursos sobre métodos de investigación de diversa índole.

Psicólogos

En la actualidad hay muy pocos psicólogos clínicos en los países en desarrollo y todavía no se han definido con claridad sus funciones. El psicólogo podría contribuir de manera particularmente valiosa a la enseñanza del personal sanitario e incluso de los maestros, agentes de policía, dirigentes religiosos y otras personas interesadas (véase la pág. 23), así como participar en las investigaciones.

Función del personal psiquiátrico en las investigaciones

Como antes se ha dicho, conviene ofrecer a los psiquiatras y psicólogos la oportunidad de realizar trabajos de investigación, ya que estas actividades tienen un gran valor formativo.

Las investigaciones sobre prestación de servicios, organizadas tal vez en zonas piloto y mediante planes experimentales, así como sobre los métodos didácticos y sobre la eficacia de los medicamentos, habrán de traducirse en mejoras concretas de la asistencia y, en consecuencia, merecen prioridad ; a su vez, los estudios sobre el curso y el resultado (con sus signos precursores) de los trastornos mentales y sobre su prevalencia (por ejemplo, en la clientela de dispensarios o clínicas) pueden suministrar datos básicos para la investigación operativa y para la planificación. Urge encontrar instrumentos de investigación que puedan utilizarse en los países en desarrollo para la detección de casos, la evaluación del comportamiento social, etc. Probablemente, tales instrumentos responderán mejor a las necesidades de esos países si se preparan y ensayan en el mismo lugar donde vayan a usarse.

Educación del público

En la página 23 se han indicado ya algunas posibilidades de utilizar los recursos de la colectividad para el fomento de la salud mental. Las campañas

de educación sanitaria destinadas a modificar la actitud del público ante las enfermedades mentales tendrán pocas probabilidades de éxito si no están respaldadas por buenos servicios de tratamiento. La educación ha de dirigirse sobre todo a las personas que ocupan una posición clave (por ejemplo, autoridades, políticos, maestros y miembros de familias en cuyo seno haya enfermos mentales) y la mejor manera de impartirla es el contacto directo.

VIGILANCIA, EVALUACION Y REAJUSTE DE PROGRAMAS

Acopio y análisis de la información

Para mejorar la salud mental es indispensable disponer de datos concretos sobre los recursos y servicios existentes; en consecuencia, habrá que establecer un sistema de evaluación [a] continua de toda nueva actividad. Importa conocer la proporción de sujetos que necesitan asistencia en el sector de la salud mental y que en efecto la reciben. Cuando los recursos son limitados, es asimismo importante saber si se da prioridad a los trastornos más urgentes y más incapacitantes y si los servicios disponibles están bien distribuidos.

Las encuestas epidemiológicas en gran escala sobre la prevalencia de los trastornos mentales, además de ser complicadas y costosas, raramente resultan factibles en los países en desarrollo. Las investigaciones publicadas ya proporcionan indicaciones sobre la frecuencia de los graves trastornos mentales antes mencionados.

Cuando es posible realizar estudios en zonas geográficas bien delimitadas o en los pacientes que acuden a una clínica determinada, los datos obtenidos pueden servir de referencia para ulteriores investigaciones sobre los servicios de salud mental, así como para hacer ver la necesidad de esos servicios a las autoridades (en particular las autoridades sanitarias) y para precisar mejor las exigencias de ciertos grupos. En el cuadro del Anexo 1 se encontrarán algunos ejemplos de encuestas efectuadas en países en desarrollo.

Habrá que informarse luego de los recursos con que se cuenta para satisfacer esas necesidades, en particular de las disponibilidades de personal, medios de formación y recursos materiales tales como medicamentos, instalaciones, edificios, medios de transporte y créditos.

---

[a] Por « evaluación » se entiende la apreciación del grado en que se han alcanzado los objetivos previstos en el programa, así como de la idoneidad de éste y de su eficacia y su aceptación por todas las partes interesadas.

La etapa siguiente consiste en vigilar las actividades que despliegan realmente los servicios de salud mental, para lo cual hay que establecer un sistema de información. Pero antes de implantarlo es importante que los administradores de servicios de salud mental, de acuerdo con médicos y estadísticos, precisen la naturaleza y la finalidad de la información que debe recopilarse. Los principales objetivos del acopio de datos son tres : facilitar la administración y la gestión del servicio o de los servicios ; aportar material para la investigación (funcional o de otra índole) e informar al público y/o a las autoridades acerca de la magnitud y carácter de los problemas de salud mental, a fin de crear una actitud favorable y facilitar la obtención de fondos, el apoyo de la colectividad, etc.

Después habrá que responder a una serie de interrogantes de orden práctico : ¿ Es posible reunir los datos necesarios ? ¿ Son adecuados para ello los servicios existentes o hay que establecer otros ? ¿ Con qué personal se cuenta para el acopio de datos ? ¿ Será preciso darle una formación complementaria ? La labor de recopilación se verá facilitada si se simplifican las fichas, se reduce el número de cuestiones y se emplea personal suplementario en caso de necesidad.

Para que los llamados a decidir tengan debidamente en cuenta la información obtenida, ésta deberá publicarse y distribuirse pronto en una forma sencilla, concisa y fácilmente comprensible. Las consultas entre autores y usuarios de las estadísticas son tan útiles en esta fase como durante la de planificación del acopio de datos.

En todo sistema de recopilación de datos es necesario definir de manera sencilla e inequívoca las cuestiones de interés y utilizar métodos uniformes de acopio y presentación de datos. También es preciso dar una formación en salud mental a los estadísticos, enseñar al personal de salud mental a manejar las estadísticas e instruir adecuadamente al personal administrativo. Para que las estadísticas sean útiles hay que establecer y ensayar instrumentos de trabajo adecuados, por ejemplo, sistemas de clasificación aplicables a las diferentes fases de la recopilación de datos. La implantación y el mantenimiento de un sistema de recopilación de datos exige un presupuesto independiente. Conviene desarrollar sistemas de este tipo para adaptarlos lo mejor posible a las necesidades de los países en desarrollo.

Investigación operativa

La investigación operativa es otro método de evaluación consistente en realizar los estudios durante el desarrollo de una actividad con el fin de obtener una base racional para la planificación. Una vez analizado el programa de salud mental, se introduce en él una variante para provocar el cambio deseado y se observan las consecuencias para determinar si la

medida surtió efecto; en caso negativo, se introducirá otra variable y se observarán las consecuencias, repitiéndose esta operación hasta conseguir el resultado que se busca.

Supongamos, por ejemplo, que el objetivo es tratar pacientes psicóticos con fármacos psicotropos en régimen ambulatorio, tratamiento que sólo resulta eficaz si los enfermos toman el medicamento con regularidad y durante un periodo prolongado. Ahora bien, como la mayor parte de los clínicos han tenido ocasión de comprobar, la proporción de individuos que abandonan la medicación es notablemente elevada entre los pacientes más necesitados de tratamiento. En tales casos, habrá que empezar por calcular la proporción de abandonos en una clínica determinada a fin de tener un punto de referencia; seguidamente, se introducirá como variable una ficha de tratamiento (es decir, una tarjeta que se entrega al paciente, en la que figuran sencillas instrucciones sobre la forma de medicación y las visitas al dispensario) o un régimen de visitas más frecuentes, y se volverá a calcular la proporción de abandonos para comprobar si el nuevo método es más eficaz. A continuación se ensayará el método de confiar la administración del medicamento a una persona de la familia y volverá a determinarse la proporción de abandonos para ver si se ha operado algún cambio. Por último, podrán organizarse visitas domiciliarias para ver si de ese modo se reduce todavía más la proporción de abandonos.

Otra posibilidad es comparar la eficacia y costo relativos de dos formas distintas de asistencia; una, centralizada en un hospital de distrito o en un centro primario de salud, al que los pacientes de las aldeas acuden regularmente para recibir el tratamiento, y la otra consistente en visitas a las aldeas por el personal primario de salud para tratar a los enfermos a intervalos regulares y en su mismo lugar de residencia.

Los resultados de los estudios de esta índole pueden tener una aplicación práctica inmediata. El Comité se mostró favorable a las propuestas de reforzar cualquier investigación operativa relacionada con los problemas de orden práctico que se plantean a diario en las actividades de salud mental. También reconoció la necesidad de llevar a cabo en zonas geográficas concretas estudios de mayor alcance para evaluar las consecuencias de una serie de cambios introducidos en la asistencia de salud mental. La mejor manera de realizar tales estudios sería en el marco de una colaboración internacional.

ACTIVIDADES REGIONALES E INTERNACIONALES DE FOMENTO DE PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

La OMS y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, tales como la Federación Mundial para la Salud Mental, la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Profesiones Afines, así como diversos organismos profesionales de carácter regional, han contribuido mucho a fomentar la colaboración internacional en el campo de la salud mental. Esta colaboración es esencial para los profesionales de los países en desarrollo, que en la actualidad apenas tienen un momento de reposo para hacer un análisis crítico de su actuación. Tampoco tienen casi la posibilidad de comparar y discutir sus problemas y sus realizaciones con vistas a reorientar su labor, a causa del exceso de trabajo, de la falta de colegas con quienes cambiar impresiones, de la penuria de revistas, libros y demás material de referencia y de la limitación de sus presupuestos para viajes.

Las organizaciones internacionales podrían mejorar la comunicación si convocasen seminarios o reuniones y se ocupasen de dar amplia difusión a sus publicaciones. También los gobiernos podrían contribuir disponiendo que se tradujera la documentación sobre servicios de salud mental a las lenguas locales y habilitando créditos en los presupuestos de salud pública para recibir por suscripción las publicaciones pertinentes, de modo que los profesionales de la salud mental pudieran estar continuamente al tanto de lo que sucede en otros países. Por su parte, la OMS podría preparar estudios sobre las innovaciones en materia de organización de servicios de salud mental en el mundo y distribuirlos a los Estados Miembros o editarlos en alguna de sus series de publicaciones. Esos estudios deberían contener también información sobre los proyectos que hayan fracasado para evitar que se cometan de nuevo los mismos errores. Además, sería útil disponer de una lista de proyectos experimentales sobre diferentes aspectos de la prestación de servicios sanitarios.

La colaboración es también necesaria para la organización de programas de formación profesional. En la sección relativa a las funciones y la formación del personal (págs. 24–29) se ha subrayado ya la necesidad de analizar en detalle las tareas que implica la prestación de servicios de salud mental adecuados, así como de preparar manuales sencillos y programas para la formación de personal de la especialidad. En vista del carácter innovador de estas actividades y de la necesidad de verificar las posibilidades de aplicación de los programas docentes en diferentes situaciones, la OMS debería estudiar si es factible realizar ensayos coordinados o en colaboración de esos programas en diferentes países.

Como no siempre es posible encontrar en un solo país los expertos necesarios para instruir a los profesionales de la salud mental en las nuevas funciones descritas en las páginas 24–29, quizá se precise recurrir a la colaboración internacional para la enseñanza de cuestiones tales como la gestión de servicios sanitarios, la planificación operativa, los métodos de enseñanza y la tecnología docente. La colaboración internacional podría adoptar la forma de visitas individuales a centros extranjeros o de enseñanza en grupo. Como acaso haga falta una base institucional para los cursos regulares, cabe utilizar al efecto los centros regionales o interregionales de formación. Estos centros podrían organizar también seminarios nacionales, regionales e interregionales sobre temas como los siguientes: contribución del personal primario de salud a la prestación de servicios de salud mental; proyectos piloto para la prestación de asistencia especializada en la colectividad; función del psiquiatra y de la enfermera psiquiátrica en la supervisión de otros tipos de personal; administración de servicios de salud mental; acopio y análisis de datos; y legislación sobre salud mental. La asistencia internacional puede ser útil para la obtención de medios audiovisuales y otro material didáctico.

También puede ser muy útil la colaboración internacional para llevar a cabo las investigaciones sobre el mejoramiento de los servicios de salud mental. Las investigaciones en colaboración deberían comprender estudios operativos sobre servicios de salud mental realizados en zonas piloto de diferentes países. El establecimiento de métodos uniformes para la detección de casos y la evaluación de la función social facilitaría considerablemente esas investigaciones y debería figurar en el programa de normalización de la terminología, la clasificación y los diagnósticos psiquiátricos y de las estadísticas de salud mental.

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN 1. El Comité insta a los gobiernos a reconocer que los trastornos mentales constituyen un problema de alta prioridad para el individuo, la colectividad y el desarrollo nacional.

En todos los países en desarrollo, los planificadores sanitarios se ven obligados a clasificar los abundantes riesgos que amenazan la salud pública según un orden de prioridad. En las épocas de hambre, malnutrición grave o epidemias peligrosas es natural que se dé la máxima prioridad a estos problemas concretos. En cambio, en los periodos normales un sinfín de necesidades se disputan los recursos de asistencia sanitaria. El Comité estima que las necesidades de salud mental no deben considerarse por separado sino parte integrante de las necesidades generales de salud de la colectividad.

Los trastornos mentales son uno de los problemas sanitarios que más importancia revisten en los países, tanto en los desarrollados como en los que aún están en desarrollo. En el mundo hay por lo menos cuarenta millones de personas con trastornos mentales graves que no reciben tratamiento alguno ; por otra parte, más del 90 % de los habitantes de los países en desarrollo se encuentran privados casi por completo de la necesaria asistencia en el sector de la salud mental.

Los estudios efectuados muestran que los trastornos mentales son una causa de invalidez e incapacidades graves en el 10 % al menos de los habitantes de cualquier país en un momento u otro de su vida. Esos trastornos comprenden, por ejemplo, la esquizofrenia, las psicosis afectivas y los síndromes cerebrales orgánicos. Las tasas serían mucho más altas si se incluyeran otros procesos como las neurosis, la epilepsia, el retraso mental y la dependencia del alcohol y de otras drogas ; hay indicios de que el alcance y la gravedad de algunos de estos estados tienden a aumentar en las épocas de rápida transformación social e industrial, como actualmente sucede en muchos países en desarrollo. Además, tanto en los pacientes que acuden a los centros de salud o a los dispensarios como en los hospitalizados suelen observarse problemas de salud mental en forma de trastornos psiquiátricos con síntomas somáticos o de problemas psiquiátricos asociados con trastornos físicos.

Todos los servicios de salud deberían esforzarse en reducir y limitar los sufrimientos, las disfunciones y el perjuicio social que acarrean los trastornos mentales, a fin de que la mayor proporción posible de las personas que padecen trastornos crónicos de esta clase pudieran seguir viviendo en la colectividad y desempeñar una función útil. Las medidas generales de salud pública contribuyen mucho a evitar ciertos trastornos mentales y, por otra parte, hoy se dispone de medios terapéuticos eficaces para modificar y atenuar una gran variedad de trastornos psiquiátricos.

RECOMENDACIÓN 2. El Comité insta a los gobiernos a que adopten las medidas necesarias para aplicar los conocimientos adquiridos en materia de métodos eficaces de prevención, tratamiento y rehabilitación.

RECOMENDACIÓN 3. El Comité recomienda que se dé especial prioridad a las siguientes actividades en relación con los estados susceptibles de una intervención terapéutica eficaz :

a) Trastornos psiquiátricos agudos (por ejemplo, excitación aguda, confusión y estupor) : diagnóstico, asistencia inmediata y tratamiento adecuado.

b) Otros trastornos psiquiátricos graves o crónicos : en la medida de lo posible, asistencia ambulatoria en los casos de psicosis funcionales crónicas,

retraso mental, epilepsia y lesiones cerebrales resultantes de una enfermedad cerebral orgánica.

c) Problemas de salud mental de la clientela de los centros de salud, dispensarios de medicina general y otros servicios curativos : diagnóstico y asistencia adecuada.

d) Problemas psiquiátricos y afectivos de los grupos especialmente expuestos : estos grupos, que varían según los países, comprenden, por ejemplo, las personas desarraigadas, los niños abandonados, los estudiantes y los ancianos.

Estas medidas deben llegar a la mayor proporción posible de población. El Comité señaló que, en muchos países en desarrollo, el 50 % de los habitantes son menores de 15 años y que, en muchos casos, no se ha previsto nada para atender las necesidades de salud mental de ese grupo de edad.

RECOMENDACIÓN 4. El Comité recomienda que en cada país se definan los objetivos de las actividades de salud mental teniendo en cuenta la naturaleza, el alcance y las consecuencias de los trastornos mentales y el volumen de los recursos disponibles. Dichos objetivos deben ser realistas y estar formulados en función de efectos sanitarios o de prestación de servicios a una proporción determinada de la población en una zona concreta y en un plazo preciso.

RECOMENDACIÓN 5. Para alcanzar esos objetivos, el Comité recomienda que se descentralicen los servicios de salud mental, que se integren en los servicios generales de salud y que se fomente la colaboración con los organismos sociales no médicos.

La descentralización de los servicios de salud mental supone la prestación de la asistencia en las colectividades, los distritos y las regiones mediante departamentos psiquiátricos de consulta y hospitalización vinculados al sistema de asistencia médica general. Conviene oponerse a la construcción de grandes hospitales psiquiátricos y, en los lugares donde ya existan, velar ante todo por que la proporción entre el personal y los pacientes permita tratar, asistir y rehabilitar debidamente a estos últimos. Estos establecimientos deben estar respaldados por una red de servicios del tipo descrito en el presente informe.

La integración de los servicios de salud mental en los servicios generales de salud significa que la salud mental debe incluirse en las actividades del personal primario de salud, de los centros de salud de la colectividad, de los centros sanitarios de distrito y regionales y de los hospitales.

La colaboración con los organismos sociales ajenos a la medicina implica que ha de recabarse la colaboración de los agentes de la colectividad (como autoridades religiosas, maestros, personal de los organismos de desarrollo, policía y miembros de diversas asociaciones) y que los profesionales de la salud mental deben dedicar parte de su tiempo a darles la instrucción práctica necesaria para desarrollar esa acción conjunta.

RECOMENDACIÓN 6. El Comité recomienda que cada país establezca un plan nacional de salud mental donde se especifiquen y coordinen las aportaciones de los servicios de salud, enseñanza y asistencia social. Tanto en la elaboración de ese plan de acción como en sus revisiones periódicas deben participar profesionales de la salud mental, junto con especialistas de otros sectores (salud pública, educación, economía y ciencias sociales) y representantes del público.

RECOMENDACIÓN 7. El Comité recomienda también que en la administración sanitaria regional o nacional de cada país se cree un departamento o servicio de salud mental encargado de planificar y administrar los servicios de salud mental en ejecución de la política nacional y, por otra parte, de organizar la educación pública sobre salud mental y de compilar, analizar y publicar estadísticas de la especialidad. Un departamento de este tipo, por supuesto, sólo puede cumplir su cometido si el programa de salud mental dispone de los créditos necesarios.

RECOMENDACIÓN 8. El Comité recomienda a los gobiernos que establezcan una base presupuestaria adecuada para el siguiente programa :

a) contratación, formación y empleo de personal ;

b) suministro de medicamentos en cantidad suficiente ;

c) organización de una red de instalaciones, con inclusión de medios de transporte ;

d) acopio de datos e investigación.

En los países en desarrollo hay una grave penuria de buenos profesionales de la salud mental ; a veces ni siquiera se dispone de uno por millón de habitantes. No cabe duda de que si se desea que la mayor parte de la población cuente con una asistencia básica de salud mental habrá que utilizar personal sanitario no especializado de todas las categorías (desde agentes primarios de salud hasta enfermeras y médicos), auxiliado y respaldado por personal más especializado, para lo cual será preciso modificar las funciones y la formación profesional de uno y otro.

RECOMENDACIÓN 9. El Comité recomienda que todos los miembros del personal sanitario incluyan entre sus funciones normales determinadas actividades de asistencia básica de salud mental.

Esto, sin embargo, sólo podrán hacerlo si reciben la instrucción necesaria en el curso de su formación, si se les supervisa sistemáticamente y si cuentan con el apoyo de personal especializado.

RECOMENDACIÓN 10. El Comité recomienda que el personal especializado en salud mental dedique sólo una parte de su jornada laboral a la asistencia clínica de los pacientes y reserve la mayor parte de su tiempo para la formación y la supervisión del personal no especializado que más tarde habrá de encargarse de la asistencia básica de salud mental en la colectividad.

Ello requerirá una profunda modificación de las funciones y de la formación de los profesionales de la salud mental.

RECOMENDACIÓN 11. El Comité recomienda, por tanto, que la formación de los profesionales de la salud mental comprenda una preparación teórica y práctica vigilada para esta nueva función de adiestramiento y apoyo del personal sanitario no especializado.

También será necesario formar en materia de administración de servicios de salud mental al personal de las diversas disciplinas comprendidas en esos servicios. El Comité estima que hay todavía, y seguirá habiendo durante varios años, una necesidad acuciante de reclutar y formar más profesionales de la salud mental para el desempeño de estas nuevas funciones.

RECOMENDACIÓN 12. En vista de los inconvenientes que entraña el hecho de depender de los países desarrollados para la formación de especialistas en salud mental, el Comité recomienda firmemente que se forme este personal en su país de origen o, si no se dispone de medios para ello, en su propia zona cultural.

La quimioterapia es un elemento importante de la asistencia en el sector de la salud mental. Ahora bien, como los medicamentos psicotropos son caros y su precio va en aumento, no siempre es fácil conseguirlos y con frecuencia se emplean incorrectamente. Convendría disponer de una gama limitada de productos farmacéuticos para su uso en situaciones especificadas por el Ministerio de Salud. En los países donde haya organismos encargados de regular la importación, la fabricación y la distribución de medicamentos,

dichos organismos deberán contar con el asesoramiento de profesionales de la salud mental. El empleo de medicamentos debe ser objeto de inspecciones periódicas para limitar todo uso indebido. Con el fin de reducir gastos, los países deben estudiar las posibilidades de empleo de compuestos no patentados, adquisición de productos a granel y fabricación local de medicamentos.

RECOMENDACIÓN 13. El Comité recomienda, por tanto, que se tomen medidas para reducir el costo de los medicamentos, facilitar su obtención y lograr que se utilicen correctamente.

El establecimiento de programas de salud mental puede favorecerse con una legislación adecuada : en muchos países no existe esta clase de legislación o, cuando existe, está anticuada.

RECOMENDACIÓN 14. El Comité recomienda, por tanto, que los países revisen sus disposiciones legales sobre salud mental y las modernicen si es necesario. Conviene hacer una evaluación permanente de la eficacia y de los efectos de la legislación pertinente, en la que se debe prever el derecho del propio enfermo a solicitar la hospitalización y el alta cuando lo desee.

RECOMENDACIÓN 15. El Comité recomienda que se establezcan estadísticas de base sobre la mortalidad y la morbilidad por trastornos mentales, la distribución del personal y su disponibilidad, la utilización de instalaciones y la administración de medicamentos, con el fin de poder evaluar la marcha de los programas de salud mental.

Las investigaciones sobre prestación de servicios, métodos de formación profesional y eficacia de los productos farmacéuticos son indispensables para mejorar la asistencia de salud mental, mientras que las investigaciones sobre la evolución y el desenlace de los trastornos mentales y sobre su prevalencia (por ejemplo, en la clientela de los consultorios generales) permiten obtener datos básicos para la planificación. Los países en desarrollo necesitan urgentemente instrumentos de investigación adecuados (por ejemplo, para la detección de casos y la evaluación de la función social) y lo mejor sería que ellos mismos los crearan.

RECOMENDACIÓN 16. El Comité recomienda pues que se establezcan centros de investigación nacionales o regionales de alto nivel donde pueda adquirirse una formación en el empleo de diversos tipos de métodos de investigación.

El Comité puso de relieve la importante función que ha desempeñado la OMS en el intercambio de informaciones entre distintos países, así como

en la coordinación, el fomento y el patrocinio de actividades internacionales y en la prestación de asesoramiento y ayuda a los Estados Miembros.

RECOMENDACIÓN 17. El Comité recomienda, por consiguiente, que la OMS prosiga sus actividades en colaboración con los organismos apropiados y, si es posible, las extienda a los siguientes sectores :

a) Investigación : convendría hacer estudios sobre diferentes sistemas de prestación de asistencia de salud mental en diversos países.

b) Análisis de funciones y establecimiento de programas de formación : sería conveniente analizar en detalle las funciones requeridas para la prestación de una buena asistencia de salud mental. También convendría establecer y evaluar programas de formación, incluyendo en estas actividades la preparación de un manual sencillo para adiestrar al personal de salud en el desempeño de esas funciones.

c) Normalización de los diagnósticos y de otros componentes de las estadísticas de salud mental (con inclusión de los métodos utilizados en los estudios de evaluación) : interesa proseguir y ampliar las actividades en ese sector porque facilitan las investigaciones y los estudios comparativos internacionales sobre servicios de salud mental. Convendría en particular establecer métodos para evaluación de la función social y detección de casos.

d) Establecimiento de criterios y normas sobre el empleo correcto de los medicamentos psicotropos : el Comité estima que a este respecto es necesaria la colaboración internacional.

e) Legislación sobre salud mental : la revisión de esta legislación se vería facilitada si se hiciera un estudio internacional y se publicaran las normas correspondientes.

f) Organización de seminarios y grupos de prácticas y distribución de publicaciones sobre salud mental : esta clase de asistencia tiene particular utilidad para los países en desarrollo, donde los profesionales de la salud mental pueden encontrarse relativamente aislados y las fuentes de información ser insuficientes. El intercambio de datos sobre los resultados de las investigaciones efectuadas en diferentes países sería especialmente provechoso, evitaría repeticiones innecesarias y facilitaría las investigaciones en colaboración.

g) Asistencia a programas de salud mental : conviene apoyar la formación, las investigaciones y el intercambio de información. Las actividades regionales resultarían más eficaces si en cada una de las Oficinas Regionales de la OMS hubiese un asesor regional de salud mental.

CONCLUSION

El Comité de Expertos, muchos de cuyos miembros procedían de países en desarrollo, indica en el presente informe las medidas que convendría adoptar para poner los actuales métodos de tratamiento de las enfermedades mentales al alcance de toda la población de esos países. Además, ha recomendado cierto número de innovaciones, por ejemplo, la distribución de las actividades de salud mental entre el personal de diferentes especialidades sanitarias y diversos organismos públicos. Al hacerlo, el Comité tuvo debidamente en cuenta la situación real con respecto de otras prioridades sanitarias y los recursos disponibles en esos países. Los miembros del Comité estimaron que había llegado el momento de intensificar la acción de salud mental y de planificar cuidadosamente las correspondientes actividades en los programas nacionales de salud y asistencia social. De este modo, además de aliviar los sufrimientos de muchos millones de enfermos mentales y de sus familias, se aportará una contribución positiva al desarrollo económico y social de las colectividades correspondientes.

NOTA

El Grupo agradece de un modo especial la participación en sus debates del Dr. T. A. Lambo, Director General Adjunto de la OMS, así como las contribuciones aportadas por el Dr. W. H. Chang, Subdirector General, y el personal de las siguientes divisiones de la Sede : Formación y Perfeccionamiento del Personal de Salud, Estadística Sanitaria, y Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

Anexo 1

ENCUESTAS SOBRE LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LOS PAISES EN DESARROLLO

Región	País	Referencia	Población estudiada y fecha del estudio	Prevalencia por 1000 habitantes: Trastornos mentales de toda clase	Psicosis: Todas las formas	Psicosis: Esquizofrenia	Epilepsia	Retraso mental	Observaciones
Africa	Ghana	Field (1958)	4283 habitantes de aldeas Ashanti (1956–1957)			10,00			« Esquizofrenia crónica » solamente
	Nigeria	Leighton y cols. (1963)	Aldeas y ciudad de Yoruba. Muestra: 326 sujetos (1961)	230,00 * 160,00 **	10,00			20,00	* « trastorno psiquiátrico evidente » ** « con incapacidad grave »
	Nigeria	Mbanefo (1971)	1460 casos nuevos examinados por médicos generales en tres meses	150,00					Igual al número de casos de paludismo
	Senegal	Beiser (1972)	65 aldeas: 35 000 sujetos (1970)	100,00 (adultos)					« Enfermedades del espíritu » (Sérer)
	Senegal	Universidad de Dakar (1972)	65 aldeas: 235 sujetos (1970)		10 varones 30 mujeres			20 v. 10 m.	Zonas rurales
					0 varones 10 mujeres			0 v. 20 m.	Zonas urbanas
Américas	Argentina	Tarnopolsky y cols. (1970)	Tres distritos de Buenos Aires: 500 000 sujetos. Muestra: 1046 (1969)	179,70	9,50		11,50	14,70	
	Chile	Horwitz y cols. (1958)	Santiago (1957–1958)	190,00	7,00		20,00	12,00	
	Chile	Moya y cols. (1969)	Norte de Santiago (1965–1966)	119,00	4,00		9,00	11,00	

ENCUESTAS SOBRE LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LOS PAISES EN DESARROLLO (*continuación*)

Región	País	Referencia	Población estudiada y fecha del estudio	Prevalencia por 1000 habitantes: Trastornos mentales de toda clase	Psicosis: Todas las formas	Psicosis: Esquizofrenia	Epilepsia	Retraso mental	Observaciones
Américas (*continuación*)	Chile	Marconi y Muñoz (1970)	Muestra de Santiago : 2705 sujetos (1967–1969)		3,00		11,00	12,00	
	Colombia	León y Climent (1970)	Distrito semirrural de 15 000 habitantes. Muestra : 184 sujetos de 20 a 40 años (1967)		23,30		10,20	29,10	
	Costa Rica	Adis Castro y cols. (1970)	Encuesta nacional : mayores de 18 años. Muestra : 646 sujetos de zonas rurales ;		25,00		22,00		
			100 de zonas urbanas (1966–1967)		60,00		20,00		
	Perú	Mariátegui (1970)	Distrito de Lima. Muestra : 2901 sujetos (fecha no indicada)	187,50	11,00		14,10	13,80	
Mediterráneo Oriental	Etiopía	Giel y van Luljk (1969)	Una aldea (1967)	91,00					Morbilidad mental patente
			Consultorios, hospital general, Adis Abeba	185,00					La tasa de enfermedades infecciosas es de 95
			Zona del estudio : 3200 sujetos (1967)	148,00					Tasa anual de consultas a médicos y curanderos
	Irán	Bash y Bash-Liechti (1973)	Zonas rurales : 505 sujetos (1963)	99,00 (12) *				14–20	* Casos definidos como « trastornos graves »
			482 sujetos (1965)	149,00 (11) *					
			Zonas urbanas : 930 sujetos (1969–1970)	166,00 (12) *					

Mediterráneo Oriental (*continuación*)	Sudán	Baasher (1961)	Aldea : 1860 sujetos (1960–1961)	62,90 **		7,00		4,00	** « Suficientemente graves para ser socialmente perceptibles y reducir la capacidad de trabajo »
	Sudán	Baasher (1972)	Zonas rurales ; niños (1968)	100,00					Síntomas psiquiátricos pronunciados (tasa estimada)
Asia Sudoriental	Sri Lanka	Jayasundera (1969)	4 aldeas :						
			2506 sujetos (1960)	10,00	8,40	5,20			Los dos primeros estudios se consideraron más fidedignos
			2212 sujetos (1961)	5,00	4,50	2,20			
			1519 sujetos (1962)	6,00	6,00	1,30			
			2497 sujetos (1964)	4,00	3,20	3,20			
	India	Dube (1970)	Zonas rurales, semi-rurales y urbanas ; región de Agra :	23,79	4,28	2,17	3,19	3,70	Prevalencia a lo largo de la vida
			29 468 sujetos	17,99	2,64	1,49	2,24	3,70	Casos activos (prevalencia : 18 meses)
Pacífico Occidental	Corea	Yoo (1961)	Seis colectividades rurales : 11 974 sujetos (1956–1960)	13,80	7,70				
	Taiwán	Lin y cols. (1969)	Tres colectividades (rural, semi-rural y urbana) :						
			19 931 sujetos (1946–1948)	9,50	3,90	2,20		3,40	
			29 184 sujetos (1961–1963)	17,20	3,10	1,40		4,90	

BIBLIOGRAFIA DEL CUADRO PRECEDENTE

ADIS CASTRO, G. Y COLS. *Prevalencia de problemas de salud mental en Costa Rica.* En: MARIÁTEGUI, J. Y ADIS CASTRO, G., ed. *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina,* Buenos Aires, Acta, 1970, pág. 89.

BAASHER, T. Survey of mental illness in Wadi Halfa, *Wld ment. Hlth,* **13** (4) : 181 (1961).

BAASHER, T. *Childhood psychiatric disorders in Sudan.* En: *Proceedings of the Pan-African Psychiatric Conference, Khartoum, 24–25 November 1972* (1973).

BASH, K. W. Y BASH-LIECHTI, J. Psychological testing and psychiatric morbidity in Iran, *Int. ment. Hlth Res. News,* **15** (2) : 1 (1973).

BEISER, M. Y COLS. Assessing psychiatric disorder among the Sérer of Senegal, *J. nerv. ment. Dis.,* **154** : 141 (1972).

DUBE, K. C. A study of prevalence and biosocial variables in mental illness in a rural and an urban community in Uttar Pradesh, India, *Acta psychiat. scand.,* **46** : 327 (1970).

FIELD, M. J. Mental disorders in rural Ghana, *J. ment. Sci.,* **104** : 1043 (1958).

GIEL, R. Y LUIJK, J. N. VAN. Psychiatric morbidity in a small Ethiopian town, *Brit. J. Psychiat.,* **115** : 149 (1969).

HORWITZ, J. Y COLS. Investigaciones epidemiológicas acerca de morbididad mental en Chile, *Rev. Ser. nac. San.,* **3** : 277 (1958).

JAYASUNDERA, M. G. *Mental health surveys in Ceylon.* En: CAUDILL, W. & LIN, T. Y., ed., *Mental health research in Asia and the Pacific.* Honolulú, East-West Center Press, 1969, pág. 54.

LEIGHTON, A. H. Y COLS. Psychiatric disorders in West Africa, *Amer. J. Psychiat.,* **120** : 521 (1963).

LEÓN, C. A. Y CLIMENT, C. E. *Evaluación de instrumentos para el estudio de la prevalencia de trastornos mentales.* En: MARIÁTEGUI, J. Y ADIS CASTRO, G., ed., *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina,* Buenos Aires, Acta, 1970, pág. 64.

LIN, T.-Y. Y COLS. *Mental disorders in Taiwan, fifteen years later.* En: CAUDILL, W. Y LIN, T.-Y., ed., *Mental health research in Asia and the Pacific,* Honolulú, East-West Center Press, 1969, pág. 66.

MARCONI, J. Y MUÑOZ, L. *Visión general de la investigación epidemiológica en salud mental en Chile.* En: MARIÁTEGUI, J. Y ADIS CASTRO, G., ed., *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina,* Buenos Aires, Acta, 1970, pág. 115.

MARIÁTEGUI, J. *Estudios de epidemiológica psiquiátrica en el Perú.* En: MARIÁTEGUI, J. Y ADIS CASTRO, G., ed., *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina,* Buenos Aires, Acta, 1970, pág. 140.

MBANEFO, S. E. *The general practitioner and psychiatry.* En: *Psychiatry and mental health care in general practice,* Universidad de Ibadán, 1971.

MOYA, L. Y COLS. Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área norte de Santiago, *Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat.,* **15** : 137 (1969).

OMS, UNIVERSIDAD DE DAKAR, ORSTOM, *Santé et migration rurale/urbaine : adaptation des migrants Sérer à la ville urbaine de Dakar* (documento inédito, 1973).

TARNOPOLSKY, A. Y COLS. *Enfermedades mentales en el partido de Lanús.* En: MARIÁTEGUI, J. Y ADIS CASTRO, G., ed., *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina,* Buenos Aires, Acta, 1970, pág. 54.

YOO, P. S. *Mental disorders in Korean rural communities.* En: *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry,* Montreal, vol. 2, 1961, pág. 1305.