



LA REORIENTACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA A LA COMUNIDAD: UN SALTO CUALITATIVO

Lourdes Rodríguez Pérez¹; Morayma Zulueta Yate²

¹Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría. Profesora ISCM-H. Diplomada en Terapia Floral y en Psiquiatría Social.

² Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría. Profesora ISCM-H.

lardquez@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Se realizó una investigación descriptiva sobre la Reorientación de la Psiquiatría hacia la comunidad teniendo en cuenta la magnitud de este proceso a nivel mundial y en Cuba. Se expusieron los siguientes aspectos:

- ◆ Reformulación del modelo biomédico imperante con la redefinición de los determinantes del proceso salud enfermedad.
- ◆ Contexto actual de la Psiquiatría como resultado de las profundas crisis del modelo tradicional biomédico centrado en el Hospital Psiquiátrico de corte manicomial
- ◆ Reformas ocurridas. Importancia de La Declaración de Caracas.
- ◆ Transformaciones en la salud pública cubana. Replanteamiento del enfermo psiquiátrico y el papel de la psiquiatría. Declaración de La Habana.
- ◆ Creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental.

LA REORIENTACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA A LA COMUNIDAD: UN SALTO CUALITATIVO

Objetivos

Objetivos Generales:

1. Determinar la significación de la reorientación de la psiquiatría a la comunidad para el enfermo mental, su familia y la sociedad

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar las concepciones fundamentales acerca del enfermo mental que primaron durante siglos.
2. Identificar los factores que propiciaron la crisis del modelo tradicional de atención de corte manicomial.
3. Indagar sobre las principales Reformas Psiquiátricas
4. Profundizar en las transformaciones del enfermo psiquiátrico y el papel de la psiquiatría a partir de la Declaración de La Habana.

Desarrollo

A lo largo de los siglos han existido diversas teorías acerca de la naturaleza de la enfermedad mental entre ellas: (1)

1- Los que creían en el origen somático de estas enfermedades, considerándolas como síntomas de trastornos orgánicos (lesión cerebral, endocrina o metabólica).

Dada la poca esperanza de recuperación de estos pacientes, preconizaban la importancia de institucionalizarlos lejos de la sociedad que les rodeaba.

2- Los que consideraban que la locura era una "tara hereditaria" que formaba parte de la selección natural, que apartaba a los débiles y defectuosos de los demás. Pensaban que el ambiente influía en esta degeneración.

3- Los que admitían aspectos de las dos teorías anteriores, haciendo hincapié en el ambiente, la cultura y la educación, individualizando al paciente con sus síntomas, más que la propia enfermedad.

Desde la Edad Media los pacientes psiquiátricos que provocaban problemas de desorden social eran enviados a lugares de reclusión, donde se encerraban. Con frecuencia la misma institución acogía mendigos, delincuentes, lisiados y enfermos mentales.

En este "gran encierro" de una mayoría de los marginados sociales vivieron los pacientes mentales.

En el manicomio, la idea fundamental del trastorno mental era la de una enfermedad crónica que exigía la separación del paciente de su medio habitual, necesitando un tipo de cuidados que incluían su contención, protección y custodia.

En la segunda mitad del siglo XX el modelo tradicional biomédico centrado en el Hospital Psiquiátrico de corte manicomial entra en crisis propiciada por: el desarrollo científico técnico, por las condiciones internas del manicomio y por los grandes movimientos sociales de la Europa de la posguerra donde el hombre alcanza su verdadera dimensión, siendo el ejercicio de sus derechos fundamental (2).

LA REORIENTACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA A LA COMUNIDAD: UN SALTO CUALITATIVO

Se producen movimientos reformadores de la Psiquiatría que la han de llevar a un salto cualitativo. Es en Inglaterra donde se inician estas reformas extendiéndose rápidamente a Francia, Alemania Federal e Italia.

Estas alternativas adquieren su mayor significación con la reforma italiana de Basaglia, la Ley 180 de 1978 y hoy se continúa expandiendo en todo el mundo occidental (3,4).

Fue necesario modificaciones tales como:

-Un aumento de la tolerancia pública a las enfermedades mentales.

-Un compromiso político para mejorar la asistencia de los enfermos psiquiátricos.

-La presencia de un grupo de trabajadores motivados, con una modificación de la cultura del profesional psiquiátrico y una reformulación de roles.

-Una relación estrecha y constante con las autoridades políticas y administrativas (5, 6).

En la Declaración de Alma Atá se patentizó la necesidad de tener en cuenta para lograr los objetivos de la Declaración, requisitos tales como: la paz, la vivienda, la educación y la alimentación, los cuales constituyen los determinantes de salud, ampliándose el concepto de está más allá del binomio salud - enfermedad al incluirse los daños, los riesgos y los determinantes de la salud (6-8).

En Caracas en 1990, con auspicio de la OPS se definen los fundamentos y objetivos básicos de la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina que tiene como proyecto fundamental cambiar el centro de las acciones de la atención psiquiátrica y llevarla hacia la comunidad (9, 10).

En Cuba, como parte de los profundos cambios sociales, se humanizaron las instituciones psiquiátricas donde el sentido amplio de justicia social y equidad predominó, privilegiándose el trato humano y decoroso de los enfermos mentales. La Psiquiatría se integra al Sistema Único de Salud, se realiza la apertura de salas de Psiquiatría en Hospitales Generales, se fundan los Hospitales de Día y las salas de Cuidados de Intervención en Crisis. Se desarrolla la atención primaria y con esta, los policlínicos y el Médico de la Familia, a la cual se incorpora el psiquiatra ampliando los horizontes de la atención médica integral en el país apareciendo programas preventivos específicos destacándose los de lucha contra el alcoholismo y el suicidio (11).

Nuestro país constituye un caso particular en el área latinoamericana con una red de atención primaria altamente desarrollada que descansa en el modelo de la medicina familiar que abre amplias posibilidades en la conceptualización y práctica de la Salud Mental en el seno mismo de la comunidad donde esta tiene su papel protagónico como promotor y eje de las acciones de salud.

En la Carta de La Habana, firmada en 1995 quedaron definidos los lineamientos esenciales de lo que es la política de Salud Mental.

En 1996 el Viceministro de Asistencia Médica traza las líneas directrices para la Psiquiatría en el fin de siglo adoptándose en 1998 como política por el Ministerio de Salud Pública, definiéndose el Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) como el eje de las acciones con un equipo interdisciplinario que despliegue acciones de salud en las siguientes instancias (7).

- ❖ El individuo
- ❖ La familia
- ❖ La comunidad
- ❖ La atención primaria y los servicios de atención secundarios
- ❖ La sociedad en general.

El equipo de salud mental (ESM) puede colaborar con el de atención primaria reforzando su integralidad en las acciones de salud lo que garantiza que el trabajo conjunto resulte más eficaz.

-3-

LA REORIENTACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA A LA COMUNIDAD: UN SALTO CUALITATIVO

Este nuevo tipo de atención brinda la posibilidad a la población de intervenir en las estrategias y acciones de salud mental (12, 13).

El Diagnóstico de Salud Mental es un procedimiento que se apoya de diferentes herramientas para la intervención comunitaria, lo que permite elaborar estrategias de intervención donde se señalan los problemas encontrados y las posibles vías para resolverlos. Su esquema general es: (13)

- Características generales de la comunidad.
- Cuadro de Salud-enfermedad.
- Condiciones de riesgo identificables.
- Recursos existentes.
- Determinación de prioridades.
- Estrategias de intervención comunitaria y un plan de acción.

La presencia de los equipos de salud mental en la comunidad ha permitido la hospitalización domiciliaria y programas psicoeducativos, con lo que se evita en una gran proporción la recaída de los enfermos crónicos y en caso de internamiento reduce su permanencia en los hospitales porque utiliza los recursos propios de la comunidad responsabilizando a la familia con sus pacientes (14). Esto ha permitido reducir el número de camas en los hospitales al igual que en otros países (14-16).

La rehabilitación en la atención psiquiátrica lleva implícito el trabajo con la familia fomentando la transmisión de valores colectivos, impulsando programas focalizados en la atención de la familia en situaciones especiales de alto riesgo y vulnerabilidad (17).

Los Centros Comunitarios no están destinados únicamente a la atención y a la rehabilitación del paciente psiquiátrico sino que prestan servicios con énfasis en la prevención de los problemas relacionados con la pérdida del bienestar y la promoción de estilos de vida saludables en la población. Dentro de sus principales programas se encuentran :

La atención al adulto mayor
La clínica del estrés
La conducta suicida
Atención a las adicciones
Atención infanto-juvenil
Rehabilitación del paciente psiquiátrico

En nuestro país se hace factible la organización comunitaria, con las organizaciones sociales que favorecen la creación y desarrollo del CCSM en todos los municipios aprovechando los recursos locales existentes. (18, 19).

Logros de La Psiquiatría Comunitaria

- ❖ Atención ambulatoria más aceptada por parte de la comunidad y accesible a un mayor número de personas
- ❖ Diagnóstico precoz de los trastornos mentales
- ❖ Rapidez en el inicio del tratamiento y su evaluación sistemática por el ESM
- ❖ Atención cerca de la residencia del paciente
- ❖ La incorporación temprana de éste a sus actividades cotidianas

LA REORIENTACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA A LA COMUNIDAD: UN SALTO CUALITATIVO

- ❖ Participación de la familia y de la comunidad

La participación de la comunidad:

Modifica las actitudes hacia los enfermos mentales, facilita la toma de conciencia en relación con la importancia de las relaciones familiares y comunitarias en la prevención y el tratamiento, y previene el aislamiento e institucionalización de los enfermos mentales.

Se mejoran las posibilidades para los estudios epidemiológicos y el conocimiento de los problemas. Se garantiza la continuidad del tratamiento no solo del paciente sino de los familiares que así lo necesiten. Es factible educar en salud mental a las personas que debido a su posición (maestros, dirigentes, jueces, entre otros) juegan un papel importante en la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Kaplan HI, Sadock BJ. "Psiquiatría Comunitaria". En: Tratado de Psiquiatría; 1989; vol. II; pgs. 1873-92.
2. Evaristo P. Manual del operador en salud mental comunitaria. Cuba: Ministerio para la Inversión Extranjera y la Colaboración Económica; Italia: Ministerio de Relaciones Exteriores, 2000
3. Barrientos G. Las alternativas de la psiquiatría. Enfoques para un debate en Salud Mental. Colectivo de autores, 2000. Lt 45-68.
4. Dorner K . Faces of work in the psychiatry yesterday – today – tomorrow. Psychiatr Prax 1999 ; 26 (Suppl 1) : 53-6.
5. Fioritti A, Lo Russo L, Melega V. La asistencia psiquiátrica en Emilia Romagna, 1978-1994: la revolución del terciopelo. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología 1997; 43 (88): 119-30.
6. Alarcón R. Psiquiatría latinoamericana en el nuevo milenio. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología 1999; 45 (92): 10-7.
7. Barrientos G. Las alternativas de la psiquiatría. Rev. Hosp. Psiq. Hab 1999; 40 (2) :113- 25.
8. Larrobla C, Botega NJ. Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28 (1): 22-30.
9. Alvarez N. Conclusiones de la mesa redonda No. 6. Procesos de transformación institucional, celebrada en el marco del Simposio Regional Norte – Sur. Jornadas nacionales de la S.V.P: la reestructuración de la atención psiquiátrica en Venezuela. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología 2000; 46 (94): 22-3.
10. García J. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España Actas Esp Psiquiatría 1999; 27 (5): 281-91.

LA REORIENTACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA A LA COMUNIDAD: UN SALTO CUALITATIVO

11. Calzadilla Fierro L. Apuntes para la historia de la psiquiatría en Cuba. Rev Hosp Psiq 1998 ; 39 (2) : 174-181.
12. Barrientos G. Las alternativas de la psiquiatría. Enfoques para un debate en Salud Mental. Colectivo de autores, 2000. Lt 79-86.
13. León M. Salud mental y comunidad. Serv. de Psiq HDCQ 10 de Octubre. CCSM Lawton. Folleto. Ciudad de la Habana, 1999.
14. Shore JH. Psychiatry at a crossroad: our role in primary care. Am J Psychiatry 1999 ; 153 : 1358-1403.
15. Merinder LB, Viuff A.G, Laugesen H.D, Clemmense K, Misfelts S. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34 (6) : 287-94.
16. Pietzcker A, Schonhoff M. Psychosocial rehabilitation today and tomorrow: therapeutic adaptations to altered life styles. Psychiatr Prax 1999; 26 (Suppl I):1-2.
17. León M, Piloto M, Rodríguez E, Vargas M. Examen preliminar: diagnóstico de salud. CCSM. Lawton. Jornada Taller Proyección Comunitaria de la Atención Psiquiátrica. Ciudad de la Habana, 1997.
18. León M. Impacto del proyecto comunitario de Lawton después de un año de trabajo [trabajo para optar por el título de Master en Psiquiatría Social] 1997. HCQD 10 de Octubre, Ciudad de la Habana.
19. Castanedo I, Ochoa Soto R. Municipios por la salud. En: Promoción de Salud: compilaciones. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1997: 30-37.