

CUADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol. 2, número 1, 2002



COOPERACIÓN
INTERNACIONAL EN **S**ALUD
MENTAL

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, José Filgueira Lois, Juan José Martínez Jambrina, Alberto Durán Rivas

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de la Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Camino de Rubín s/n. Edificio Teatinos - 33011 Oviedo.

e-mail: aenasturias@hotmail.com
www.telecable.es/personales/aenasturias

Ilustración de la cubierta: El monte Fuji en una bella jornada de brisa. Katsushika Hokusai (1823 - 1829). Museo Británico. Londres

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

N.º ejemplares: 750

Depósito Legal: AS - 3.607 - 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Goymar, S.L. - Padre Suárez, 2 - Oviedo

Periodicidad: Semestral

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 2 - Núm. 1 - 2002

Presentación.	5
I – PROGRAMAS DE COLABORACIÓN DE SALUD MENTAL	
La concepción psicosocial y comunitaria del trabajo en catástrofes. Nuevas perspectivas en el marco de la elaboración de un programa internacional de formación de formadores. <i>Pau Pérez Sales.</i>	6
Los programas de salud mental de médicos del mundo en los conflictos balcánicos. <i>D. Díaz Peral, A. Fernández Liria, (Miembros del Grupo de Salud mental de Médicos del Mundo.</i>	18
Proyecto de Salud Mental de la O.M.S. en Kosovo. <i>P. Arias, J. Filgueira, D. Kestel, L. Urbina.</i>	27
El Proyecto Bulgaria. <i>M^a Concepción Fernández Pol.</i>	37
Proyecto de Cooperación para el desarrollo en Salud Mental. Experiencia en los campos refugiados saharauis. <i>José M^a Salazar, Nekane Pardo.</i>	45
II – PROGRAMAS EN AMÉRICA LATINA	
La colaboración española en la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. <i>Itzhak Levav.</i>	52
Declaración de Caracas. Derechos específicos de los enfermos mentales. ...	54
La región, Chile y la colaboración internacional en Salud Mental. <i>Benjamín Vicente, Sandra Saldívia, Pedro Rioseco.</i>	55
Colombia: Del Coronel Buendía a Rosario Tijeras. <i>Tiburcio Angosto.</i>	63
Congresos.	73
Revistas.	74
Normas de Publicación.	76

PRESENTACIÓN

Cada vez se hacen mas frecuentes en España las experiencias de colaboración internacional y en particular en el área de salud mental. En éste número monográfico hemos conseguido reunir colaboraciones acerca de los dos tipos principales de iniciativas desarrolladas: las vinculadas a la administración y organismos internacionales, y las vinculadas a O.N.Gs. o iniciativas de voluntariado. Ambas van acumulando un cuerpo de experiencia distinto, tanto por las características de sus programas y circunstancias de desarrollo como por la propia dinámica de transmisión y sedimentación de dicha experiencia en la organización. La riqueza en cuanto a experiencia e intercambio cultural que estos trabajos proporcionan puede verse encerrada dentro de las paredes del funcionamiento administrativo u organizativo.

El interés de éste número monográfico sobre Cooperación Internacional en Salud Mental es estimular al conocimiento de éstas experiencias al resto de profesionales y estimular la comunicación entre los distintos implicados y organizaciones, siempre limitados por las necesidades organizativas y la urgencia de las tareas a desarrollar.

Agradezco la colaboración a todos los presentes realizada de manera completamente desinteresada.

Jose Filgueira Lois

La concepción psicosocial y comunitaria del trabajo en catástrofes.

Nuevas perspectivas en el marco de la elaboración de un programa internacional de formación de formadores

Pau Pérez Sales.

Psiquiatra.

Técnico de Salud Psicosocial. Médicos Sin Fronteras - España.

RESUMEN

Se presenta un análisis de conjunto de los diferentes tipos de programas de salud mental que pueden desarrollarse en el contexto de catástrofes, poniendo especial énfasis en dos arquetipos: aquellos con énfasis en la detección y tratamiento precoz a través de counselling de reacciones emocionales agudas y patología psiquiátrica, y aquellos que priman un enfoque comunitario y de salud pública, postulándose que se trata en realidad de una falsa dicotomía. Se profundiza en los conceptos de vulnerabilidad y en el carácter transversal del concepto psicosocial que se pretende no como un aspecto complementario de los programas sino como una dimensión que debería permear todas y cada una de las acciones que se desarrollen: alimentación, agua y saneamiento, seguridad, albergue etc. Se presenta por último una iniciativa internacional impulsada por personas y equipos de América Latina para la elaboración de un CD-ROM multimedia de formación de formadores en aspectos

psicosociales en catástrofes congruente con estos postulados.

Palabras Clave: Catástrofes, Desastres Naturales, Actuaciones Comunitarias, Formación de Formadores.

ABSTRACT

Psychosocial and community perspectives in catastrophes. New perspectives in the context of an international program for training the trainers.

We present an overall analysis of two archetypes of mental health programs in the context of catastrophes: those with special emphasis in the detection and early treatment of acute stress reactions and psychiatric pathology, and those prioritizing a community focus based on public health postulates. Both are presented as complementary. We discuss the concept of vulnerability and propose a conceptualization of a psychosocial perspective in catastrophes as traverse

axis that should underline any single action developed : from the distribution of food, to water and sanitation, security, shelter and so on. We present an international initiative for the development of a training the trainers multimedia CD-ROM on psychosocial work in catastrophes, promoted by persons and groups from Latin America.

Key-Words: Catastrophes, Natural Disasters, Community Interventions, Training the Trainers.

TRABAJO PSICOSOCIAL Y COMUNITARIO: ALGUNOS APUNTES DE UN CONCEPTO TRANSVERSAL

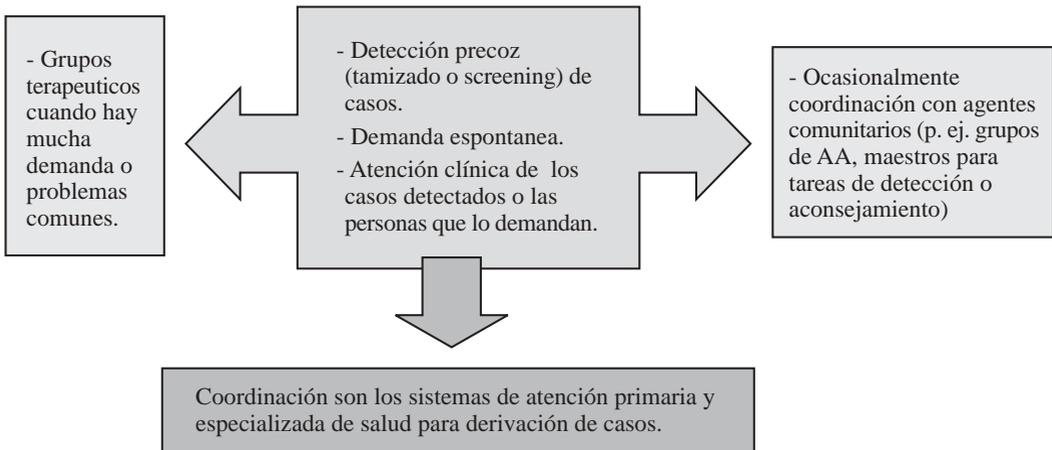
En el trabajo de salud el modelo psicosocial o comunitario tiene sus raíces

de las personas (2) Entiende entre sus responsabilidades aquellas situaciones que constituyen puntos de vulnerabilidad para el equilibrio comunitario. En este sentido cabría considerar problemas de salud comunitaria la violencia - , la desestructuración del tejido social o la marginalidad económica o política de sectores de la población.

En el caso de una emergencia humanitaria, pueden considerarse dos arquetipos de intervención:

a) Esquema que prioriza el foco clínico. El núcleo del trabajo y al que se dedicaría más tiempo vendría dado por la detección de casos con mayor afectación. Ocasionalmente se emprenderían otras tareas en coordinación con otros agentes sociales.

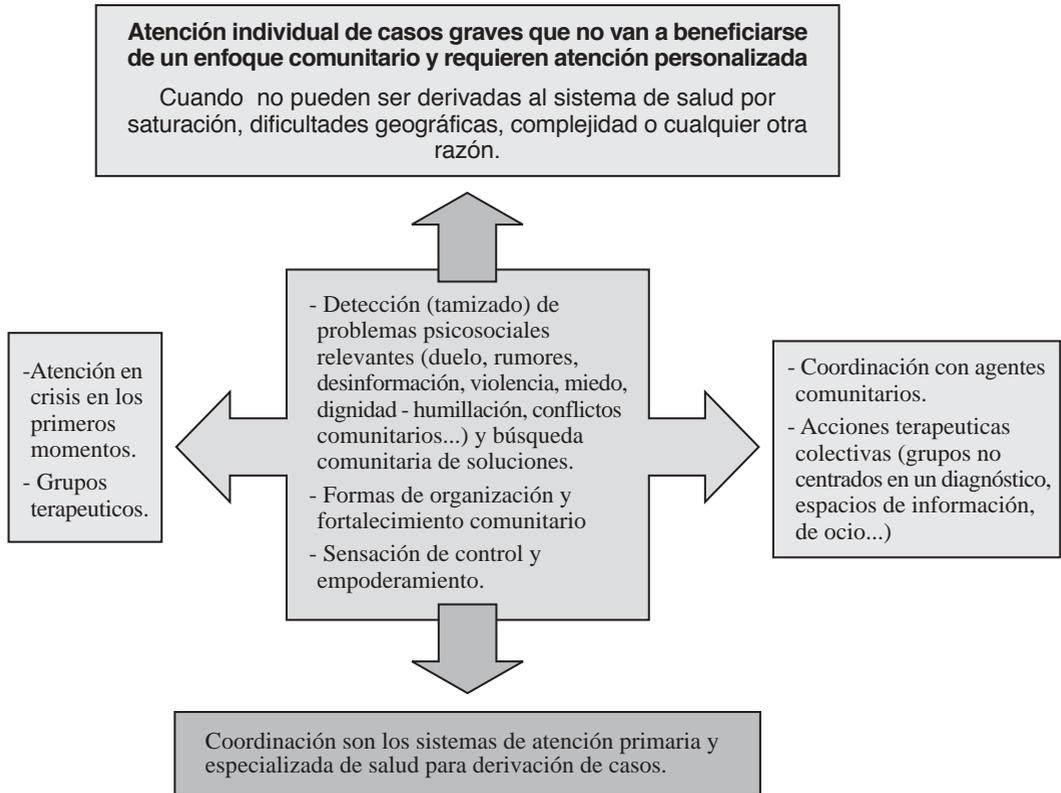
a) Esquema que prioriza el foco clínico.



en dos conceptos básicos de la salud pública : (1) Desplaza el foco desde la lucha contra la enfermedad a la búsqueda de la salud. El énfasis es en la medicina preventiva y en disminuir las condiciones que promueven la vulnerabilidad

b) Esquema que prioriza el enfoque psicosocial o comunitario. La mayor parte del tiempo y el centro de la intervención tiene que ver con un proceso de detección de problemas y fortalezas desde una perspectiva comunitaria. Ello

b) Esquema que prioriza el enfoque psicosocial o comunitario.



no es incompatible con dedicar una parcela de tiempo a la atención individual de algunos casos especialmente graves.

Optar por un esquema u otro dependería de criterios ideológicos (¿Dónde creemos que debe estar el foco desde nuestro modo de entender la salud y la enfermedad y su relación con lo social?), de criterios coste / beneficio. (Con los recursos de que se dispone para realizar un programa en un contexto de crisis ¿con qué acciones llegamos a un porcentaje mayor de población?) y criterios temporales. (Primeros momentos post-crisis o fases posteriores).

En realidad se trata de modelos complementarios. La cuestión radica no tanto en por cual de los modelos se opta, como *en dados los recursos de que se dispone (generalmente escasos), y entendiendo que se trata de tres modos indisociables e interrelacionados de trabajo, ¿dónde se pone el mayor énfasis?. ¿Cuál es el punto de arranque del que se parte?.*

En este sentido es clave entender que lo psicosocial no es una dimensión aparte que haya que considerar en la atención a víctimas como una actividad complementaria, sino que es un concepto transversal a todas y cada una de las

decisiones que se toman en un contexto de crisis.

LAS CATÁSTROFES COMO EJEMPLO

Para algunas personas una catástrofe es “*una situación de amenaza extraordinaria para una comunidad de una magnitud tan grande que desborda la capacidad de respuesta de ésta*”. Esta idea se acerca a la realidad y es una superación de aquellas que intentan separar catástrofe de emergencia y urgencia basándose en la cuantificación de la magnitud de los daños. Pero tiene un inconveniente: pone el énfasis en si esa comunidad necesita o no ayuda. Una definición alternativa sería que una catástrofe es aquella situación de amenaza puntual (por ejemplo un huracán) o repetida (por ejemplo el hambre o la violencia política) que provoca una desestructuración y una ruptura importante del tejido social impidiendo a la población afectada continuar funcionando con normalidad.

Esta es una definición poco práctica para un planificador, que prefiere tener datos para tomar decisiones, pero es en cambio muy útil para quienes trabajan desde una óptica social y de salud porque nos ayuda a pensar los posibles modos de enfrentar la *situación desde las propias personas*. El énfasis no es ahora en si necesitan o no ayuda para salir adelante. Cambia quien es el protagonista.

PERSPECTIVA PSICOSOCIAL EN CATÁSTROFES

Ante un desastre aparecen una serie de aspectos críticos que van a condicionar, de manera decisiva, la capacidad de

recuperación posterior:

- En un primer momento el *miedo* y el aturdimiento como posibles factores de confusión o de bloqueo de la población. Con frecuencia, además, el miedo sigue más allá del primer impacto. En la población desplazada por la violencia política el estado de miedo a nuevas acciones de violencia acaba por definir las relaciones sociales (desconfianza, silencios, falta de apoyo mutuo...).
- Más adelante las dificultades para elaborar lo ocurrido, para asumir la magnitud de lo perdido y para realizar un *proceso de duelo*. Esto es especialmente cierto cuando no hay restos como en el caso de los familiares de personas desaparecidas
- La *pérdida de referentes en la vida*: el mundo pasa a ser un lugar inseguro, impredecible, en el que es posible perderlo todo en minutos. Si es posible perderlo todo en un minuto, ¿para qué reconstruir? ¿para qué volver a organizarse?
- La *ruptura del entramado social y de las formas de organización y gestión*, sobretudo las de carácter más informal. Puede aparecer una desestructuración de las redes de apoyo mutuo y una mayor indefensión de las personas.

Además, también son muy relevantes:

- La escasez de recursos, que puede conllevar dificultades de convivencia

En la comunidad de retornados Nuevo Amanecer una persona explicaba : “Cuando estábamos en México no tenía-

mos más que las pocas ayudas que nos daba la COMAR. La gente permanecía unida. Ahora cada donación que llega provoca divisiones en la gente. Y es por la escasez que todo el mundo desconfía. Ya no se respeta a nuestras autoridades”.

- El agotamiento físico y psicológico.
- La confusión organizativa: La aparición de múltiples actores en escena, cada uno con su propia agenda e intereses y con planes respecto a lo que debe hacerse y dejar de hacerse, suplantando la voz de los supervivientes, aumentando la sensación de vulnerabilidad, indefensión y pérdida de control sobre la propia vida.

Para el rediseño de la población de Armero se convocó a famosos arquitectos que elaboraron bocetos imaginativos y compitieron con sus proyectos. El gobierno negoció con ellos un diseño final en función de sus propias ideas y de los presupuestos que asignó a la reconstrucción. La población no fue parte del proceso hasta una fase muy avanzada y de modo parcial, cuando las principales decisiones ya estaban aprobadas y no podían cambiarse.

- La respuesta de los medios de comunicación y el respeto a la intimidad de los supervivientes, y la respuesta de la sociedad hacia ellos con muestras de apoyo y solidaridad o de rechazo y aislamiento.

Gran parte del daño que sufren las víctimas de la violencia política o sus familiares viene del aislamiento a que se ven sometidos en parte por miedo (“que no piensen que yo...”) , en parte por la imagen que se pueda transmitir

de ellos (“algo harían...”).

- Crear una falsa dicotomía entre supervivencia y dignidad, basándose en razones “técnicas”.

Es raro que en un albergue para desplazados se habiliten duchas, considerándose éstas con frecuencia elementos de lujo. Pocos técnicos saben lo que puede ser vivir durante semanas o meses en el suelo sin tener la posibilidad de bañarse.

- ¿Damnificados o supervivientes?. Evitar la condición de víctimas de las personas (enfoque de vulnerabilidad) y potenciar la de supervivientes (enfoque de resistencia).

Si estos temas no se enfocan como prioridad, los programas de ayuda pueden, no sólo no ayudar a una recuperación de la población, sino perpetuar y ampliar el daño producido, al aumentar, sin querer, el daño psicosocial, con algunas de sus acciones.

TRABAJAR FORTALECIENDO: EL ANÁLISIS DE VULNERABILIDADES Y LA PERSPECTIVA COMUNITARIA

Existen numerosas definiciones de vulnerabilidad. Denominamos aquí como tal al conjunto de factores que hacen a una comunidad más frágil. Anderson y Woodrow consideran que ésta puede resumirse dentro de tres grandes componentes:

- **Vulnerabilidad física y material:** son más vulnerables las personas que viven en áreas de riesgo, que viven en la pobreza o en situaciones de privación, con pocos medios, sin acceso

a la educación, a la salud y a los recursos productivos.

- **Vulnerabilidad social y organizativa:** son más vulnerables las personas marginadas de los sistemas económicos, políticos y sociales debido a procesos de exclusión basados en razones políticas, económicas, religiosas, de raza, género, clase, casta u otras. También son más vulnerables las personas y las comunidades cuyas instituciones son ilegítimas e ineficaces, y están minadas por la corrupción, y se insertan en sociedades desarticuladas y sin redes de solidaridad.
- **Vulnerabilidad motivacional y actitudinal:** son más vulnerables las personas y las comunidades con actitudes fatalistas y con barreras culturales y religiosas desfavorables al cambio, la participación o la solidaridad.

De acuerdo con este enfoque, un trabajo de fortalecimiento, que vaya más allá de las necesidades para atacar las vulnerabilidades, deberá tener como objetivos las mismas tres áreas: **Fortalecimiento físico y material** (dotación de recursos económicos y materiales, incluyendo las rentas e ingresos, el acceso a los recursos productivos, la dotación de infraestructuras y el acceso a la educación y la salud), **Fortalecimiento social y organizativo** (existencia de instituciones locales y nacionales representativas, eficaces y legítimas; de organizaciones sociales efectivas y de amplia base y de redes de solidaridad y apoyo mutuo, y de valores y prácticas que aseguran la plena participación de la población sin que existan situaciones de discriminación) y **Fortalecimiento de habilidades y actitudes** que amplían las

opciones de las personas y las comunidades, y los valores y comportamientos favorables a la solidaridad, la innovación, la participación y la tolerancia.

En suma, existen enfoques limitados en el trabajo en un contexto de catástrofe centrados en las necesidades inmediatas y que ponen el foco en los aspectos físicos y materiales. Un enfoque psicosocial y comunitario va más allá para :

- Poner el foco en las vulnerabilidades y no en las necesidades.
- Considerar el fortalecimiento social y organizativo y el fortalecimiento en las actitudes y habilidades de las personas y las comunidades como elementos básicos que puedan romper la espiral de vulnerabilidad de las poblaciones afectadas por desastres.

MOMENTOS EN LA HISTORIA NATURAL DE LOS DESASTRES

Las figuras siguientes muestra un modelo de conceptualización temporal de los desastres, basado en la idea de los Riesgos y Problemas que pueden aparecer y de las Fortalezas con que puede contarse para hacer frente a ellos. En ellos se enfatizan cómo se entendería un enfoque psicosocial en el trabajo en catástrofes. Este, como decíamos, debe conceptualizarse como un **que atraviesa todas y cada una de las decisiones que se toman** en un contexto de crisis. Para entender esta idea de la transversalidad del trabajo psicosocial puede pensarse en algunos ejemplos prácticos ilustrativos:

- *Tras una catástrofe muchas personas tienen una gran ansiedad al no saber qué ha sido de sus familiares ¿se*

trata de un problema psicológico o de un problema de información?

A veces las organizaciones construyen campos de acogida en los que se estudia minuciosamente dónde colocar los puntos de agua o dónde deben estar las letrinas o las basuras para que no molesten ni contaminen.

- *Después observan que, paradójicamente, los puntos de agua son el principal lugar de reunión de las personas y donde pasan los niños la mayor parte del día, o que los lugares para la basura o las letrinas no se usan porque quedan tan lejos que las personas tienen miedo de ir hasta allí, especialmente por la noche.*

En ocasiones, apremiados por las circunstancias, las autoridades realizan promesas que luego no se cumplen y eso se interpreta como que hay planes escondidos sobre qué va a pasar con la comunidad. No es raro que empiecen a circular rumores cada vez más negativos y las personas dejan de participar en la reconstrucción y cada vez haya más pesimismo y surjan algunas situaciones incipientes de violencia o de falta de solidaridad.

- *En ocasiones se ha intentado dar la voz a los damnificados e intentar organizarlos con sistemas de representantes. En realidad las personas estaban situadas de tal modo en el albergue que no se conocían entre sí porque provenían de zonas diferentes con intereses diferentes. Los representantes elegidos resultaban serlo sólo formalmente. Nadie les escuchaba y no se sentían respetados ni por la gente. Las autoridades consideraban, en cambio, que las personas no querían participar o que eran apáticas cuando en reali-*

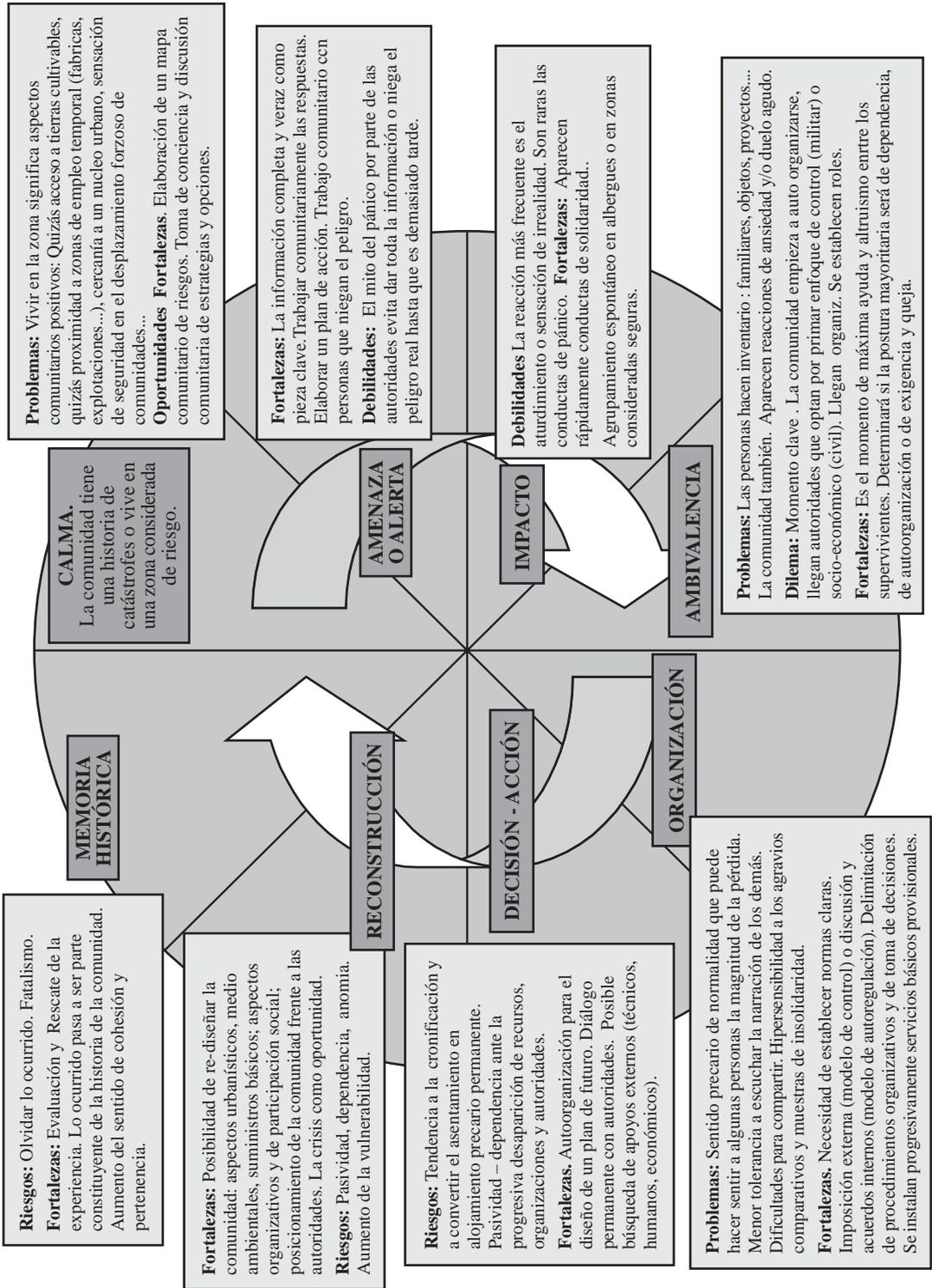
dad la distribución del espacio fue errónea y no se les permitió organizar por ellos la manera de elegir representantes o de tomar decisiones.

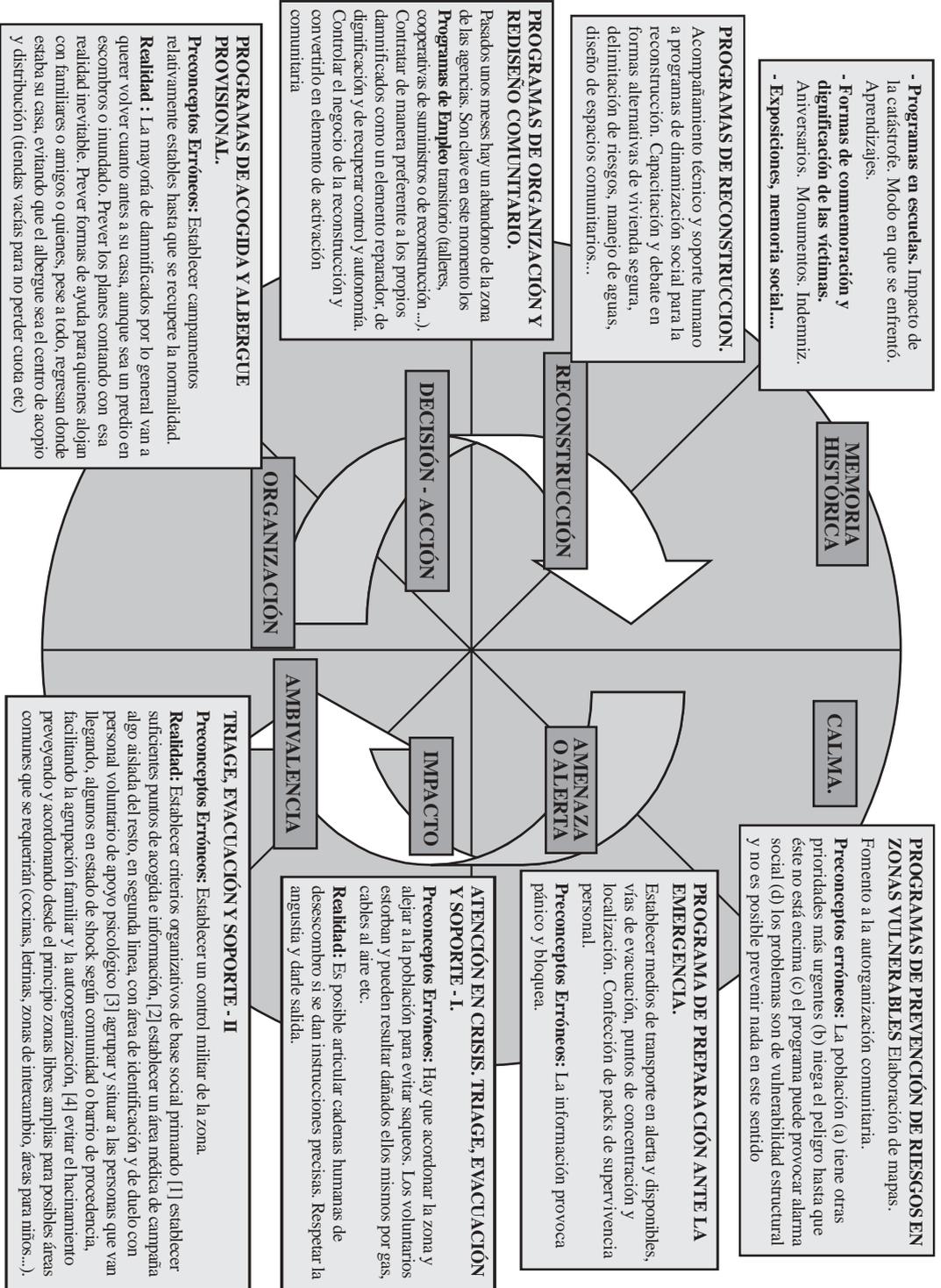
Todos estos aspectos (información, rumores, estilos de organización adaptados a la realidad, a las costumbres y al contexto, planificación teniendo en cuenta la voz de las personas afectadas etc) aparecen en todas y cada una de las decisiones que atañen al proceso y en cada uno de sus diferentes momentos. Es necesario por tanto impulsar un determinado espíritu que impregne el conjunto de las acciones de las agencias y gobiernos frente a una catástrofe. A esto esa lo que llamamos un enfoque psico-social en catástrofes.

Esto tiene que ver sobretudo con dos conceptos nucleares y básicos que son los que van a definirlo:

1. Considerar la dignidad de los supervivientes como un elemento fundamental, ya no sólo por razones de índole humanitaria, como en cuanto a factor determinante de las consecuencias psicológicas y psicosociales futuras de la catástrofe en las personas y la comunidad y al modo en que se va a producir la respuesta de los afectados a medio y largo término.

2. Priorizar todos aquellos elementos que otorguen a los supervivientes el máximo control sobre sus vidas, esquivando en la medida de lo posible todas aquellas situaciones que lleven a percepciones de desesperanza, indefensión y vulnerabilidad por parte de las personas afectadas.





CREAR UN MODELO LATINO DE TRABAJO

Las propuestas de trabajo actuales desde las que trabajan la mayoría de instituciones internacionales que prestan atención en salud mental en catástrofes basan sus postulados en los modelos derivados de la teoría del estrés.

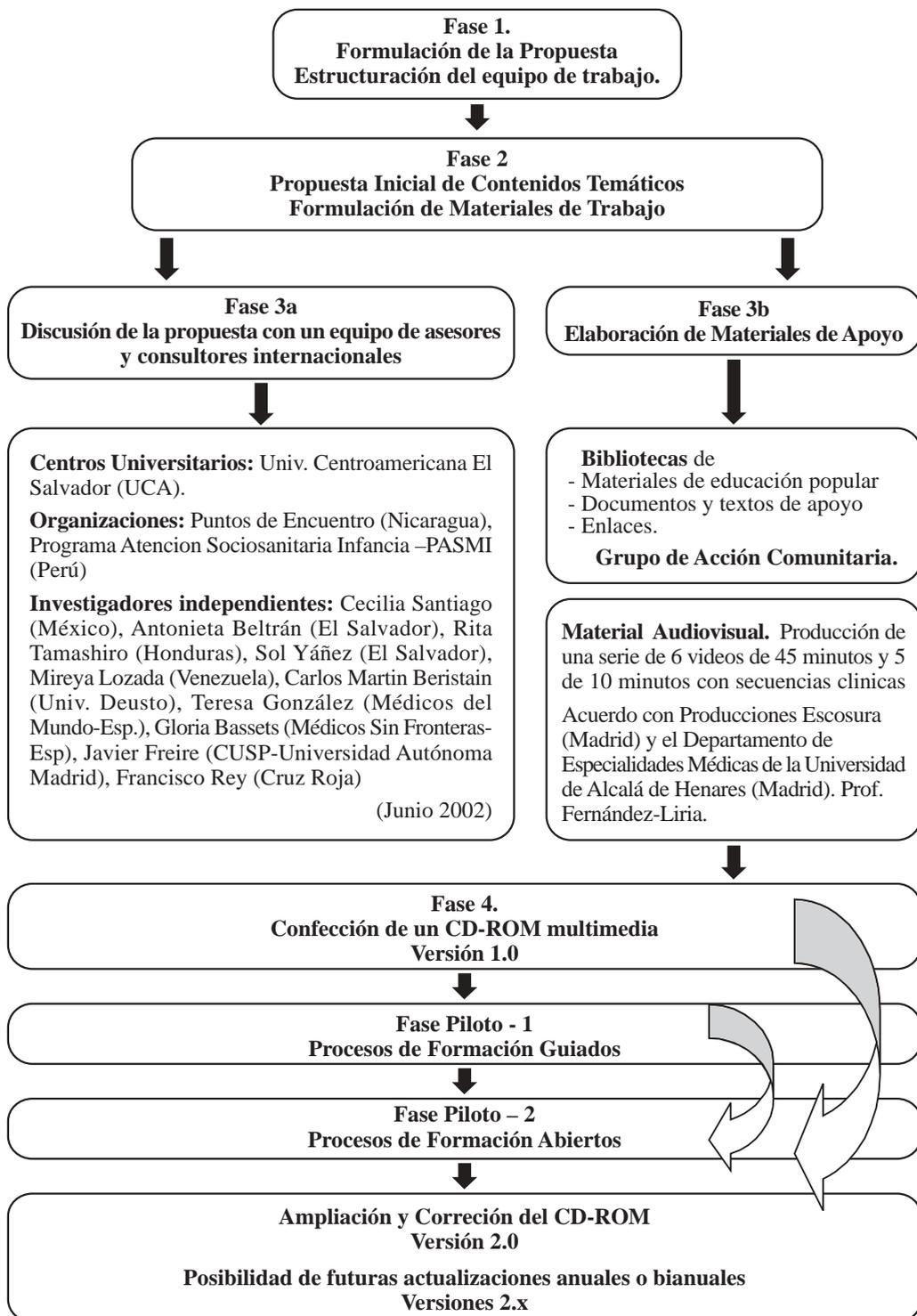
Acorde con esta visión, los manuales de formación priman la provisión de primeros auxilios psicológicos en una primera fase y técnicas para una formulación posterior de estrategias de manejo individual o grupal de aquellas personas más afectadas. Así, se han elaborado protocolos de atención a los síndromes de estrés agudo, al síndrome de estrés post-traumático, y en un segundo nivel diferido, a los procesos de duelo. Los modelos de intervención en crisis han constituido también marcos de referencia obligada. La dificultad para la reconstrucción en catástrofes como la del Volcán Nevado del Ruiz, en Colombia, donde años después grupos muy importantes de población seguían dependiendo de la ayuda externa ¡Error! Marcador no definido., mostró el peligro de esta visión cortoplacista en cuanto a la posibilidad de fomentar la aparición de actitudes de pasividad y dependencia y la sensación de indefensión y vulnerabilidad de las poblaciones afectadas.

Muchos equipos de trabajo en América Latina se han movido desde ópticas distintas, no siempre reflejadas en la literatura internacional. Basan sus postulados en la investigación-acción participativa que arrancara en Colombia en los cincuenta, en las dinámicas de la educación popular que empujara Paulo Freire en los sesenta, en los grupos de

acción comunitaria que en zona andina y cono sur, y sobretodo en centroamerica han ido cristalizando desde los setenta y que Ignacio Martín-Baró supo aunar desde su cátedra de la Universidad Centroamericana de El Salvador. Tiene a su favor, por un lado, las muchas décadas de experiencias acumuladas que hacen que sea la forma natural en que muchos de los profesionales del área entienden el concepto de salud mental. Por otro su mayor coste eficiencia y su adaptabilidad a contextos en que muchas veces la comunidad apenas dispone de apoyos puntuales, debiendo asumir por si misma el grueso de la responsabilidad a la hora de enfrentar las situaciones de crisis.

Con la idea de crear un procedimiento de formación de formadores sobre trabajo psicosocial y comunitario en catástrofes se está desarrollando una experiencia de colaboración internacional entre personas y grupos de varios países de América Latina. El objetivo final es crear a través de un procedimiento multimedia, un programa formativo basado en ese otro modo de entender las cosas que hemos venido mostrando en este artículo. El gráfico siguiente muestra el alcance y dimensiones del proyecto, y el estado actual del mismo, a caballo entre la fase 3 y la 4 al momento de escribir este artículo.

Iniciativas como el proyecto de la Esfera y otros señalan que esta es la vía que marca, probablemente, el principio de realidad y las experiencias acumuladas en estas últimas décadas, como camino del futuro.



BIBLIOGRAFÍA

LEVAV I. Los modelos de atención en la comunidad. En Levav I. (ed). Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie PALTEX nº 19. Organización Panamericana de Salud. 1992.

FOURNIER M, DE LOS RIOS R, ORPINAS P, PIQUET-CARNEIRO L. Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia (Proyecto ACTIVA): metodología. Rev. Panam. Salud Pública (1999) 5 (4/5) 222-230.

KLEINMAN A, KLEINMAN J. Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio-somática del sufrimiento. En González E, Comelles JM (comp). Psiquiatría Transcultural. AEN-Estudios. Madrid. 2000.

ANDERSON M.B., WOODROW P.J. Rising from the Ashes : Development Strategies in Times of Disaster. Book News, Inc. Portland, Oregon. 1988.

COHEN R.E., AHEARN F.L. Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres. Organización Panamericana de Salud. Ed. Harla. Mexico. 1980.

WOLFE, D. Field manual for mental health and human service workers in major disasters. 2000, Washington. US Department of Health and Human Services. 1998

RUBIN B, BLOCH E.L. Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. Desclee de Brower. Biblioteca de Psicología. 2001.

SAAVEDRA, M. DEL R. Desastre y riesgo: actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná. Bogota, Colombia: Centro de Investigación y Educación Popular. 1996

De aquí no nos moverán. Respuesta comunitaria al terremoto de Ciudad de Mexico. Servicio de Publicaciones de la Universidad Iberoamericana. Mexico 1991.

Los programas de salud mental de médicos del mundo en los conflictos Balcánicos

Domingo Díaz Peral
Alberto Fernández Liria
Francisco González Aguado
Vicente Ibáñez Rojo
Inmaculada Massip Amorós
Beatriz Rodríguez Vega

Psiquiatras.

Miembros del Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo

RESUMEN

Los programas de Salud Mental en situaciones de crisis son útiles si se orientan mediante intervenciones que apoyen los recursos de la comunidad; reconstruyendo tejido social y sistemas de atención; garantizando la atención a la población con trastornos mentales previos y previniendo los problemas derivados de experiencias de guerra, evitando estigmatizar. Realizadas por expertos en las actividades a desarrollar (clínicas, organizativas, etc.) que cooperan; más que expertos en programación y coordinación. Sin olvidar el cuidado a los cooperantes y las tareas en relación con los derechos humanos de denuncia de daños y culpables.

MdM lleva la preocupación sobre los temas de salud mental de manera transversal a todos los programas que desarrolla.

Finalmente se describen y reflexiona sobre los programas desarrollados en Mostar (Bosnia) y Kosovo (actividades de apoyo a los profesionales, de capacitación, clínicas, apoyo a la reorganización).

Palabras clave: Programas Salud Mental. Emergencia social. Recursos comunitarios. Expertos en salud mental. Programas transversales.

ABSTRACT

We hold that is possible to develop Mental Health Programs in emergency situations if they are aimed to support the community services, building up the social net and assistance facilities; taking care of the population with previous mental health problems as well as detecting and assisting the people with stress disorders from traumatic experiences, without creating further burdens due to stigmatising.

Experts should collaborate as qualified technicians in different activities (either clinical or organizative ones) rather than remain as experts in programming and coordinating. Taking care of the people at work and not forgetting the fight for civil rights issue are questions that should not be forgotten. MdM wants to have the presence of mental health issues in every

program developed by the NGO.

We follow with the description and evaluation of the experience of the programs set up in Bosnia and Kosovo.

Key words: Mental Health programs. Social emergency. Comunnitary resources. Mental Health experts. Transverse programs.

La organización de Médicos del Mundo (MdM, España) se planteó la puesta en marcha del primer programa de salud mental en situaciones de emergencia, como resultado de las necesidades de esta naturaleza detectadas por los médicos que estaban realizando una misión exploratoria sobre la que articular una intervención en la guerra de Bosnia en 1993.

Dos psiquiatras desplazados sobre el terreno (Díaz del Peral e Ibáñez Rojo, 1994) propusieron en 1994 un programa que sentó las bases de lo que serían las sucesivas actuaciones del Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo (España) (Fernández Liria y González Aguado, 1995).

La pertinencia de un programa específico de salud mental como intervención de emergencia en una situación de guerra, fue discutida dentro y fuera de la organización. Hasta ese momento, las organizaciones médicas humanitarias, en este tipo de situaciones, habían aportado fundamentalmente, recursos de salud pública y quirúrgicos de urgencia. La oportunidad y, aún, posibilidad de actuar durante la crisis sobre la salud mental de la población era negada por buena parte de los cooperantes. Las dificultades derivadas de las barreras idiomáticas o culturales eran contempladas como insalvables.

Lo ocurrido durante la guerra de Bosnia cambió este panorama y la sensibilidad de los agentes de salud frente a

los problemas de salud mental. De hecho, en 1999, los sanitarios de la Cruz Roja que atendieron la primera oleada de refugiados kosovares en Albania, lo primero que señalaron fueron las necesidades de atención en este campo. Para entonces, las diversas organizaciones médicas que actúan en situaciones de emergencia habían desarrollado distintas estrategias de intervención e incluían actuaciones específicas de salud mental en sus programas.

Los programas de salud mental de Médicos del Mundo contemplan algunas características específicas, que los diferencian de los de otras ONGs. Señalaremos algunos.

1. APOYAR Y NO SUSTITUIR LOS RECURSOS DE LAS COMUNIDADES AFECTADAS

El Programa de Salud Mental de Médicos del Mundo en Mostar, y los sucesivos, intentaron en todo momento huir, en la medida de lo posible, del modelo de ayuda basado en el envío de recursos asistenciales que actuaran directamente sobre las necesidades, supliendo las deficiencias de los sistemas dañados por la guerra.

El propósito que ha guiado los programas de salud mental de MdM ha sido el de facilitar el que las comunidades afectadas utilicen y desarrollen sus propios recursos y capacidades para afrontar la situación. En países como los balcánicos, que disponían de unos servicios sanitarios y sociales desarrollados, aunque con una concepción desfasada de la atención a la salud y la enfermedad mentales, se actuó facilitando a dichos servicios los medios para hacerlos accesibles a la población. La intervención se dirigió tanto a los pacientes mentales graves como a las personas con problemas de salud mental

relacionados con el conflicto y no manejables por los recursos de apoyo comunitario que el programa también pretendió desarrollar. En este sentido se utilizaron medios como la radio o se impulsaron los llamados grupos de reconstrucción que actuaron como marco para la elaboración colectiva de la experiencia bélica. Se procuró asimismo que la reconstrucción de estos servicios se hiciera, no replicando el antiguo sistema, sino conformando un modelo más adecuado para atender necesidades futuras: por ejemplo, desarrollando sistemas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario y no reconstruyendo los manicomios destruidos o separados de su población de referencia por las nuevas fronteras, como a veces, planteabas las autoridades o los profesionales bosnios o kosovares.

Este modo de proceder confiere a los programas de emergencia características de programas de reconstrucción, en un sentido doble, reconstrucción del tejido social (Martín Berinstain 1999) como factor de salud mental y reconstrucción de los sistemas de atención, con énfasis en la óptica comunitaria.

Por este motivo, los programas de actuación en los escenarios bélicos incluyen actividades de asesoramiento técnico, colaboración en la planificación y programación, formación de profesionales y multiplicadores, mediación y apoyo logístico.

2. GARANTIZAR EL CUIDADO DE LAS POBLACIONES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES Y NO SÓLO LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EXPERIENCIA DE LA GUERRA

La guerra supone una experiencia que es de alto riesgo para la salud mental de toda la población. Pero la guerra, deja

también sin el necesario tratamiento y cuidado a la población de personas con trastornos mentales graves y persistentes, en los que a la referida experiencia, se suma su condición de personas con menor autonomía, el riesgo de descompensación y el atribuible a su menor capacidad de defenderse de los abusos y calamidades propios de la situación.

Por ello, desde el programa de Mostar, para el Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo, el intento de garantizar una atención lo más completa y digna posible a esta población ha sido una prioridad en los programas de salud mental. Probablemente, ha sido también el campo en el que los profesionales desplazados sobre el terreno han tenido que implicarse coyunturalmente, más en actividades de índole clínico directo (no mediadas por otros agentes de salud) hasta que ha sido posible iniciar la reconstrucción de un sistema local capaz de garantizar un mínimo de cuidados.

3. PREVENIR, DETECTAR Y TRATAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EXPERIENCIA DE LA GUERRA: UN MODELO SOCIO-COMUNITARIO FRENTE A UN MODELO MÉDICO-QUIRÚRGICO (EXPERIENCIAS A ELABORAR FRENTE A NOXAS)

Buena parte de los programas de intervención en situaciones de guerra y violencia política desarrollados por las organizaciones humanitarias se basan en lo que llamaremos la metáfora de la noxa. Si los proyectiles o la metralla actúan como noxas capaces de producir heridas tratables mediante intervenciones quirúrgicas practicables por cirujanos desplazados al terreno, las atrocidades de la guerra pueden producir una suerte de heridas psicológicas, cuyo pa-

radigma sería el llamado trastorno post estrés traumático¹, que igualmente, podrían ser tratadas por especialistas personados al efecto.

Durante los conflictos de Bosnia y Kosovo, menudearon los expertos implicados en investigaciones acerca del PTSD y las actividades de formación dirigidas a distintos agentes de salud, para adiestrarlos en la detección de este tipo de trastornos, para derivarlos a unidades especializadas, que cuando llegaron a existir (lo que ocurrió raramente), consistieron frecuentemente en personas o equipos desplazados desde otros países que aplicaban procedimientos más o menos estructurados de prevención o tratamiento del PTSD.

Como hemos expuesto en otros lugares (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2000, 2002 y en prensa), el modelo de la noxa y el PTSD se ajusta mal a la experiencia de las comunidades devastadas por la guerra. Los “síntomas” característicos del trastorno (hiperalerta, evitación, anestesia afectiva...), pueden ser considerados reacciones adaptativas en el escenario bélico. La supuesta base empírica que ha servido para respaldar o rechazar el uso de algunas de las propuestas de intervención, además de ser harto poco consistente, se basa frecuentemente en estimaciones de su capacidad de disminuir la tasa de alrededor del 15% de personas que al cabo del tiempo cumplen criterios de PTSD, pero no aportan información sobre lo que sucede con el 85% restante (con alto riesgo de otros problemas de salud mental) ni con otros problemas diferentes de los contemplados en los citados criterios para ese 15%.

Por ello, para el trabajo con supervivientes, el Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo, ha preferido partir de otras metáforas diferentes de la de la

noxa y la herida y ha basado sus actuaciones en modelos como el del duelo (Fernández Liria y Rodríguez Vega 2000 y en prensa) o la crisis (Fernández Liria y Rodríguez Vega 2002) que permiten organizar la ayuda en términos de contribución a un trabajo (de duelo, de crecimiento) que los individuos y las colectividades deben afrontar poniendo en juego sus recursos propios.

4. EXPERTOS QUE COOPERAN FRENTE A EXPERTOS EN COOPERACIÓN

El tipo de cooperante reclutado por los programas de emergencia de Médicos del Mundo en general y, en particular, por los de Salud Mental, difiere de los reclutados por otras organizaciones. El trabajo en salud mental, sobre todo cuando el cooperante debe desarrollar actividades de intervención interpersonal, requiere de éste un conocimiento profundo de la realidad cultural y social en la que se mueve y que sea aceptado por esta comunidad. Por ello el perfil deseable es el de un profesional con experiencia en el contacto con otros contextos culturales y sociales, dominio del idioma local, posibilidad de mantenerse en el terreno durante períodos muy dilatados de tiempo y otras características que difícilmente pueden reunir personas que no sean prácticamente cooperantes profesionales. El desafío aceptado por Médicos del Mundo en general y por el Grupo de Salud Mental en particular, consiste en organizar actividades de cooperación a las que puedan incorporarse personas que generalmente son profesionales asentados en España, generalmente con trabajo en el sector público, que se desplazan al terreno durante períodos limitados, para realizar actividades que requieren un alto nivel de cualificación, no en cooperación, sino en las

tareas a desarrollar, sean éstas clínicas (como sucede en algunos programas en los que participan oftalmólogos u otra clase de cirujanos) o de asesoramiento y organización (como sucede en los programas de salud mental que procuran la transformación a la vez que el apoyo o la reconstrucción de los sistemas de atención a la salud mental).

Esta forma de actuar se justifica no sólo porque permite un tipo de actuación sobre el terreno que no sería fácilmente practicable de otro modo, sino también, porque la participación de un número importante de profesionales en actividades de cooperación tiene un indudable efecto sobre el país emisor de la ayuda, que nos parece que constituye una de las justificaciones posibles de la cooperación (Fernández Liria, 1999).

5. ATENCIÓN AL CUIDADO DE LOS CUIDADORES

Probablemente hay dos factores que han contribuido a despertar en el Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo la especial atención que ha prestado al cuidado de las personas que, como cooperantes, se involucran en tareas de cuidado sobre el terreno. El más obvio es que algunos de los equipos desplazados de MdM han sido víctimas de experiencias que podrían calificarse como traumáticas. El segundo es la observación temprana, de que muchos de los principales obstáculos encontrados para el desarrollo previsto de los programas sobre el terreno han derivado, no de dificultades imprevistas o de las características de la tarea, sino de conflictos en el seno de los equipos de expatriados o de actitudes difíciles de explicar desde fuera, de algunos de sus miembros.

Un grupo de trabajo del Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo, co-

menzó en 1995 un programa de “cuidado de cuidadores” que se ha traducido en algunas guías prácticas, algunas aportaciones en la información previa que se da a las personas que van a desplazarse como cooperantes, diversas actividades de formación, un texto que pretende favorecer la autoayuda y alguna norma interna como la de evitar expatriar a cargo de los programas propios cooperantes aislados y procurar trabajar en equipos de al menos dos personas.

6. EL GRUPO DE SALUD MENTAL EN LA ESTRUCTURA DE MÉDICOS DEL MUNDO

El Grupo de Salud Mental se integra en la estructura de Médicos del Mundo como un grupo transversal como son el de Mujer o el de Derechos Humanos. Su propósito es mantener una actividad coordinada de un conjunto de profesionales, principalmente psiquiatras y psicólogos, en su mayoría vinculados a la sanidad pública española, plantear y apoyar el desarrollo de nuevos proyectos y trabajar para que la óptica de la salud mental sea contemplada en la actividad de Médicos del Mundo en general.

Pretende también desarrollar tareas de sensibilización en la población general y en la de profesionales. Mantiene relaciones privilegiadas sobre todo con la Asociación Española de Neuropsiquiatría con la que ha realizado actividades conjuntas.

El grupo realiza encuentros periódicos en los que evalúa su actividad, se proponen nuevos proyectos y se realizan actividades de formación.

7. DENUNCIA Y TESTIMONIO

En la reparación y prevención de las secuelas es fundamental evitar la nega-

ción, juzgar a los culpables, y facilitar una reparación de los daños. Como proponía una psiquiatra de Mostar en un escrito durante la guerra (Díaz del Peral et al, 1995), hay que condenar a los criminales para que la gente no se sienta culpable, hay que ayudar a las víctimas para que se liberen del dolor, la rabia, la culpa.

En los conflictos recientes ha quedado patente que la población civil es cada vez más un objetivo militar: a la pérdida de derechos que de facto implica la guerra se suma la utilización de elaboradas técnicas de intervención psicosocial (Díaz del Peral e Ibáñez Rojo, 1997). En el trabajo de cooperación la denuncia y el testimonio de estos hechos se vuelve imprescindible en el proceso de ayuda a víctimas. Es necesario analizar de dónde viene la violencia, qué y quienes son los responsables, y cómo denunciar esto de manera segura, fomentando la educación para la paz.

8. PROGRAMAS REALIZADOS

El Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo ha desarrollado hasta la fecha programas en el interior del país, como parte de los Programas de Cuarto Mundo de la organización, en los Balcanes (Bosnia entre 1994 y 1997, Kosovo, Albania y Macedonia desde 1997), y, posteriormente en Latinoamérica. Ha realizado exploratorias y propuesto proyectos en Africa y Latinoamérica, y ha trabajado por la sensibilización de la organización en general a los problemas de la salud mental y en el programa de cuidado de cuidadores ya reseñado. Nos referiremos al trabajo realizado en los países balcánicos

EL PROGRAMA DE MOSTAR: 1994-1997

El programa se desarrolla en el contexto de una ciudad bosnia que fue escenario

de un cruel enfrentamiento entre bosnio-croatas y musulmanes, bajo el fuego serbio, después de que los dos primeros contendientes (aún unidos) hubieran rechazado el ataque del ejército de los terceros. Según su declaración inicial, el programa (Díaz del Peral e Ibáñez Rojo, 1994) se atenia a un propósito bien definido:

Apoyar y dinamizar los dispositivos asistenciales en salud mental de Mostar para que asuma con carácter urgente la patología psiquiátrica "mayor" y prepararlos en coordinación con los servicios sociales para atender las necesidades psicológicas de la población derivadas de la guerra.

Se trataba, pues, de un programa orientado a la reconstrucción del sistema local de atención a la salud mental, a fomentar y apoyar la generación de recursos propios por parte de la población, incluyendo aportar recursos importados en situaciones de emergencia, más que prestar atención directa creando una red asistencial paralela que a largo plazo no tenía mucho sentido.

Para ello se marcaron 5 objetivos específicos, se establecieron las metas a lograr para cada uno de ellos, y las actividades a realizar para conseguirlos. Se estableció también un sistema de evaluación bimensual.

El **primer objetivo** era: Asegurar la cobertura asistencial para toda la población detectada con trastornos psiquiátricos "mayores".

Para ello se proponen dos tipos de actividades. El primero, definido como **apoyo a los trabajadores de salud de Mostar Este**, parte de la consideración de que el principal obstáculo a vencer era la desmoralización y la sensación de impotencia que lo tremendo de la situación general y, en numerosísimas ocasiones, lo

atroz de la situación personal, había provocado en los profesionales sanitarios.

El segundo tipo de actividades orientadas a la consecución de este primer objetivo se caracterizaba por estar orientadas a **subsana las deficiencias que, por motivo de la guerra o de las carencias de la propia red, dificultaban alcanzar este objetivo**. Comprendía actuaciones como *apoyar los mecanismos de derivación (incluidas las dificultades de transporte), aportar psicofármacos o coordinar la asistencia a la salud mental con la atención primaria y mejorar la formación de los profesionales sanitarios*.

El **segundo objetivo** se definía como: Crear un sistema de atención para la población que ha sufrido la guerra y sus consecuencias

Para lograrlo se construyó todo un abanico de modalidades de atención que, por motivos de eficiencia, priorizaba las intervenciones grupales. En un extremo de este abanico se sitúan los llamados **grupos de reconstrucción**, concebidos como grupos de actividad (alrededor de actividades propuestas por la propia población a partir de un concurso de ideas que se lanzó a través de la emisora de radio local) para facilitar la resocialización y la posibilidad de pensar colectivamente en el futuro, a una población que podríamos definir como compuesta por personas normales en circunstancias anormales. Se impulsaron igualmente en cada barrio **grupos de apoyo** coordinados por monitores no especialistas para personas que presentaban dificultades psicológicas. Se formaron **grupos terapéuticos** (coordinados por psiquiatras) en todos los ambulatorios con médico general y se mantuvo la oferta de **tratamiento individual** (por los psiquiatras locales) para quien precisase este tipo de intervención. Se organizaron **seminarios de**

formación para los monitores de los grupos de apoyo y reconstrucción.

Se realizó un trabajo de identificación de grupos de riesgo (mujeres, prisioneros, ex-soldados...) y no se escatimó el uso de medios poco convencionales (como la radio) en la tarea de ayudar a la detección, difundir el programa e implicar a la población en su desarrollo.

Un **tercer objetivo** proponía la: Creación de un Comité de Salud Mental de Mostar que coordine los anteriores objetivos, supervise y evalúe el programa.

En él se integraron los profesionales locales y los cooperantes españoles. Cumplió una función de planificación y programación, evaluación de lo realizado y, a la vez, fue un instrumento para prestar el necesario apoyo a las personas que debían desarrollar - a veces en condiciones de extrema dificultad - las tareas.

El **cuarto objetivo** pretendía: **Avanzar en la realización de un proyecto común de salud mental para todo Mostar (Este y Oeste) que se concreta en la constitución de una comisión de salud mental única y en la utilización conjunta de los recursos**.

Se trataba de un objetivo coherente con la política de la Unión Europea (que financiaba el programa a través de los fondos ECHO) pero que encontró una acogida poco entusiasta por parte de las autoridades y de la población local a la que le era difícil olvidar que los habitantes de *la otra orilla* (sea esa cual sea) eran, ayer, el enemigo y son responsables de atrocidades de las que ellos habían sido víctimas.

El **último objetivo** resumía el propósito general del programa de no sustituir sino de *fomentar el desarrollo* de los recursos locales y de trabajar en la situa-

ción de emergencia sin dejar de pensar en la situación de reconstrucción que habría de seguirla, del siguiente modo:

Generar las condiciones necesarias para que este *programa continúe autónomamente* sin apoyo externo.

El programa, a partir del segundo semestre de 1994 se enfrentó a numerosos problemas. En primer lugar, la situación, esperada por todos, de paz entre los frentes distaba mucho de ser real, por lo que la población se desmoralizó y desesperanzó enormemente (cada granada que caía en Mostar dificultaba mucho cualquier actividad programada). Lejos de encontrarnos con un país en una posguerra, lo que había en Mostar era una posición de retaguardia (sobre todo en el Este) con ataques relativamente frecuentes. En segundo lugar, fue muy difícil encontrar a profesionales dispuestos a continuar con la labor durante un periodo largo de tiempo (de 6 meses), y, a veces, para encontrar psiquiatras dispuestos a ir. Esto originó recambios frecuentes, vistos con cierto agotamiento por la población y los profesionales locales. En tercer lugar, asociaciones locales empezaron a florecer (algunas con el apoyo de MdM) restando actividades a la propia organización - esto ya lo preveía el programa y era considerado uno de los objetivos -, también empezaron a llegar otras ONGs dentro del campo psicosocial, elaborando algunas de éstas, un gran trabajo en ese terreno.

El programa hubo de ser reformulado para ajustarse a la evolución del conflicto, varias veces después de 1995. Finalmente se cerró en el momento en el que se consideró que los servicios locales, que se habían reforzados por el regreso tras el armisticio de algunos profesionales y a los que se consiguió proveer de los recursos materiales necesarios para garantizar una atención

digna, podían asumir su tarea sin ayuda externa.

EL PROGRAMA DE KOSOVO: 1999

La intervención en el conflicto de Kosovo se inicia en junio de 1999, concebida como ayuda a los refugiados albanos-kosovares en Albania y Macedonia. La intervención de la OTAN y el regreso de esta población al país, supone un cambio de situación que se traduce en un replanteamiento del programa.

Una exploración realizada en septiembre de ese mismo año por dos psiquiatras españoles que habían participado en los trabajos de Bosnia, detectó una situación muy diferente a la que hubo de enfrentar en ese país, no sólo por las características del conflicto, sino también por el papel de coordinación que en este caso habían asumido las agencias internacionales, como la OMS.

El programa propuesto en septiembre se proponía actuar sobre cuatro órdenes de **necesidades**:

- 1) necesidades relativas a la capacitación de los profesionales de atención primaria
- 2) necesidades relativas a la capacitación de los profesionales de atención especializada
- 3) necesidades relativas a la cantidad de recursos de atención especializada
- 4) necesidades relativas a la construcción de la nueva red de atención a la salud y los trastornos mentales

Para atenderlas se planificaron tres tipos de líneas de actuación

- a) Estrategias de atención directa para

la reparación del daño causado por la guerra (complementarias a las actuaciones de MdM en atención primaria de salud)

b) Estrategias para la formación de profesionales de atención primaria y de atención especializada a través de

b.1. seminarios en el terreno

b.2. “becas” para la formación de especialistas en el terreno.

b.3. “estancias de especialistas y especialistas en formación en servicios españoles

b.4. provisión de material docente

c) Estrategias de intervención sobre los planes de reconstrucción del sistema de atención a la salud y los trastornos mentales

A partir del mes de enero, cuando se cierra el programa de atención primaria que sostenía MdM, se considera que conviene mantener las otras dos líneas de actuación, pero que ello puede hacerse sin necesidad de mantener de forma estable profesionales de salud mental sobre el terreno. Se produjeron materiales en albanés y se impartieron seminarios a lo largo de los años 1999 y 2000. Se procuraron becas para la formación de profesionales locales y se ofertaron estancias en servicios españoles que no pudieron llevarse a cabo por problemas para el desplazamiento de la población kosovar.

BIBLIOGRAFÍA

DÍAZ DEL PERAL D, IBÁÑEZ ROJO V. Programa de Salud Mental de Médicos del Mundo en Mostar. Madrid: Médicos del Mundo 1994.

DÍAZ DEL PERAL D, IBÁÑEZ ROJO V, MASSIP I, ARTUONDO C. MOSTAR: ciudad de la luz, ciudad de las tinieblas, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1995; 15 (52): 121-123.

DÍAZ DEL PERAL D, IBÁÑEZ ROJO V. Socioplastia, guerra y psiquiatría, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1997; 17 (64): 763-771.

FERNÁNDEZ LIRIA A. Sobre la actuación de las ONG en situaciones de guerra y violencia política. Revista de Administración Sanitaria 1999; 3: 17-32.

FERNÁNDEZ LIRIA A, GONZÁLEZ AGUADO F. Sobre el programa de salud mental de Médicos de Mundo en Mostar. Boletín Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial 1995; 4: 16-19.

FERNÁNDEZ LIRIA A, RODRÍGUEZ VEGA B. Trabajo de duelo o trastorno por trauma: modelo para la actuación en situaciones de guerra o violencia política. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría 2000; 20 (74): 189-205.

FERNÁNDEZ LIRIA A, RODRÍGUEZ VEGA B. Intervención en crisis. Madrid: Síntesis, 2002.

FERNÁNDEZ LIRIA A, RODRÍGUEZ VEGA B. Intervenciones en duelo en situaciones de catástrofe. Revista de Psicoterapia 2002 (en prensa).

MARTÍN BERINSTAIN C. Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Barcelona: Icaria 1999.

1 Post Traumatic Stress Disorder significa "trastorno post estrés traumático", y no "trastorno de estrés post-traumático". Es el trastorno que ocurre después de un estresor que tiene la característica de ser traumático. Lo otro indicaría que se trata de un trastorno que se caracteriza por la existencia de un estrés que ocurre después de un trauma (lo que no parece muy exacto).

Proyecto de Salud Mental de la O.M.S. en Kosovo

Paz Arias

Psicóloga.

Servicios de Salud del Principado de Asturias. Salud Mental.

José Filgueira

Psiquiatra.

Servicios de Salud del Principado de Asturias. Salud Mental.

Dévora Kestel

Psicóloga.

Mental Health Program Manager. WHO Albania.

Liliana Urbina

Psiquiatra.

Desk Officer for Mental Health. O.M.S. Regional Office for Europe.

RESUMEN

Ante situaciones de emergencia la respuesta debe ser de refuerzo de los recursos existentes en la comunidad, trabajando para el desarrollo de servicios sostenibles y con clara orientación hacia la atención comunitaria; desde la Asistencia Primaria a los servicios específicos de Salud Mental. Describimos la situación sociopolítica kosovar. El programa de la O.M.S. se centró principalmente en impulsar el trabajo de una Task Force que diseñó los nuevos servicios. Explicamos en breve la situación de los servicios y el proyecto diseñado. Explicamos la actividad desempeñada para su desarrollo por los centros colaboradores de la O.M.S. de Trieste, Birmingham y Asturias y describimos la situación actual.

Palabras clave: Emergencia. Asistencia sostenida. Servicios comunitarios de Salud Mental. Task Force. Plan estratégico de

Salud Mental de Kosovo. Centros colaboradores.

ABSTRACT

Emergency interventions in mental health require the support of community services in order to provide sustained care in the community to the whole population and to integrate communitary mental health services in the general health system. It follows a description of the Kosovo political and social evolution. W.H.O. program was aimed mainly to urge the kosovo Task Force it supported to design a strategic plan for the mental health services of the country. We describe in short the services and the project. The help of the collaborating centres of Trieste, Birmingham and Asturias to carry out this plan is explained, as well as the current situation of the services.

Key words: Emergency. Sustained care. Community Mental Health Services. Task Force. Kosovo Mental Health strategic plan. Collaborating Centres.

INTRODUCCIÓN

La situación en Kosovo era de emergencia social seguida de cambios radicales en la sociedad (división étnica). Se contaba con los restos de las antiguas estructuras sanitarias que se pudieron mantener funcionales pero de un marcado carácter hospitalocéntrico, medicalizado, con orientación puramente biológica y con escasos y mermados recursos. El trabajo en Salud mental de la O.M.S. siguió dos líneas principales:

1. Integrar la respuesta a las situaciones de emergencia dentro de la atención en servicios normalizados y sostenibles. Los programas de atención en situaciones de emergencia son normalmente de corta duración y dirigidos a sectores en riesgo específicos; por lo que abandonan grupos poblacionales con necesidades importantes (como personas que sufrían previamente patologías psiquiátricas, desde leves a graves, que tienen dificultad para demandar la oportuna asistencia) y además son de dudosa eficacia (muchas veces simplemente por la brevedad de la intervención en problemas de evolución lenta y larga).

2. Impulsar una asistencia sanitaria comunitaria desde el nivel de atención primaria con su implicación en la continuidad de cuidados por equipos multidisciplinares coordinados con la red sanitaria y la comunidad y orientados hacia una atención integral (prevención, tratamiento y rehabilitación; considerando los aspectos biopsicosociales del enfermar). Ello implica también la participación de la comunidad en dichas tareas, así como en la gestión y desarrollo de recursos.

Describiremos pues someramente como

se plasmaron estas ideas en la experiencia del proyecto de salud mental en Kosovo impulsado por la oficina de la O.M.S. presente en dicho país en los años posteriores al conflicto que llevó al bombardeo de la O.T.A.N.

KOSOVO

Un territorio en el centro de la península de los Balcanes de unos 1.500.Km².

Es una planicie rodeada de montañas atravesada por tres ríos que desembocan cada uno fuera del país en distintos mares. En medio de los Balcanes, Kosovo es como la casilla vacía de esos juegos con los que se forma un dibujo o una frase a base de mover las demás. Esa figura sintetiza la historia de la península balcánica.

En el momento actual la estimación de población es de unos 2.176.231 habitantes.

Una tierra que los serbios reclaman como el lugar de origen histórico de su nación y en la que los albaneses convivieron con las distintas potencias dominantes.

Realmente en la antigua Yugoslavia los albaneses pasaron por distintos periodos políticos. Desde la concesión de una autonomía parcial en 1963-1974 hasta 1989 los albaneses estaban claramente presentes en la administración kosovar, a pesar de la queja de que los puestos de mando eran serbios. Maliqi. Líder albanés respetado en círculos nacionalistas, vivía en Belgrado en esos años y era hijo del secretario de asuntos internos de Kosovo del gobierno comunista.

La universidad de Prishtina formó en los años 70-80 una plétora de licenciados que se vieron abocados al paro. Los serbios habitantes de Kosovo fueron emigrando a Serbia por la economía pobre de Kosovo y por la búsqueda de mejores trabajos allí. Por su parte los albaneses emigraban a Turquía.

En 1986 el Memorándum de la Academia Serbia de las Ciencias y de las Artes se difundió en la prensa. Es considerado pronto

como la plataforma del nacionalismo serbio.

En 1987 Milosevic comienza su campaña nacionalista demandando reducción de la auto-nomía para Kosovo y Vojvodina. En 1988 promueve medidas legales que significarán la supresión de dichas autonomías y en respuesta los albaneses demandan la secesión de Serbia. Los líderes albaneses son expulsados del partido y de la administración. Las manifestaciones de ambos nacionalismos se hacen multitudinarias.

A lo largo de la década de los 90 se van sucediendo los conflictos en la península balcánica mientras en Kosovo la situación era de represión sobre la población albanesa que se organizaba en resistencia pacífica y con un sistema social paralelo (escuela, servicios médicos,..).

En 1996 aparecen los primeros indicios de resistencia armada que permanece poco importante hasta que en el año 98 ante hechos sangrientos represivos de la policía serbia en el valle del Drenica, la guerrilla UÇK responde firmemente. La respuesta serbia represiva en un clima de limpieza étnica provoca el éxodo de cientos de miles de albanos-kosovares. Con el otoño se enfría la situación bélica pero las conversaciones de paz de Rambouillet no llegan a puerto. Finalmente en la primavera el bombardeo de la O.T.A.N. provoca un nuevo éxodo de ambas etnias y lleva a la situación actual de separación real de la sociedad; con la búsqueda de vías de convivencia por ahora concretadas en la participación en las nuevas estructuras gubernamentales democráticas y las iniciativas de colaboración limitadas auspiciadas por los organismos internacionales.

En verano de 1999 las fuerzas militares de la KFOR (fuerza militar de pacificación bajo mandato de la O.N.U.) tomaron el control del territorio y a lo largo del verano se fue creando la administración que bajo mandato de la O.N.U. tomó el poder político del país: U.N.M.I.K. (Misión para la intermediación en Kosovo de las Naciones Unidas).

Antes que ellos la UÇK (Frente de

Liberación Nacional) creó una especie de gobierno provisional que favoreció la toma de puestos de poder en las ciudades y pueblos por parte de personas afines auto-nombradas. Mientras en las zonas de población serbia (norte) los cuerpos administrativos ya existentes continuaron funcionando.

La UNMIK respetó la situación que se encontró y creó administraciones internacionales municipales que dirigían la actividad de los locales y trabajaban con ellos en la restauración del funcionamiento administrativo. Crearon una estructura de gobierno con las distintas oficinas ministeriales centrales y sus representaciones en el nivel regional. Mientras tanto la OSCE desarrollaba las tareas de censo, etc. para la realización de elecciones democráticas, primero a los municipios (Otoño 2000) y posteriormente al parlamento (verano 2001) con el consiguiente traspaso paulatino de los cargos a los candidatos electos.

El proyecto de Salud Mental de la O.M.S. La Task Force de Salud Mental en Kosovo

Las actividades principales de la OMS en Salud mental en Kosovo, teniendo en cuenta la situación socio-política relatada, se podrían esquematizar así:

- Promoción de servicios de salud mental comunitarios.
- Trabajar conjuntamente con los profesionales locales en la elaboración del Plan Estratégico para la reforma de la salud mental en Kosovo.
- Coordinar las actividades en salud mental de las ONG.
- Actuar como equipo consejero para el Departamento de Salud y Servicios Sociales de UNMIK.

1. TASK FORCE

La sección de neuropsiquiatría de la Asociación médica de Kosovo se reunió en Noviembre de 1999 y discutió la propuesta de la O.M.S. en relación con el futuro de la salud mental en kosovo.

Se formó un equipo multidisciplinar que se reunía una vez a la semana de manera regular, formado por:

7 neuropsiquiatras (cada uno representando su región de proveniencia), 3 residentes de neuropsiquiatría, un psicólogo, un enfermero psiquiátrico, el director de la institución de Shtime, un representante de la asociación médica de Kosovo, un representante de servicios sociales del departamento de Salud y Servicios Sociales de UNMIK y la oficial de Salud Mental de OMSy su asistente.

Los objetivos asumidos por dicho grupo de trabajo fueron:

- Elaboración de una estrategia de reforma de los servicios.
- Dotarla de un soporte legal.
- Programas de formación completos, incluyendo el nivel regional.
- Seguimiento del proceso de reforma en todos sus pasos, incluyendo las responsabilidades de evaluación.

La estrategia final de Salud Mental ha sido aprobada por el gobierno kosovar y puesta en marcha. Ello implicó varias decisiones de principio:

1. La dirección de los servicios de Salud Mental en Kosovo será hacia un abordaje de tipo comunitario.
2. La regionalización de los servicios se

basará en la completa responsabilidad de la región sobre las necesidades de salud mental de su territorio. Lo que implica que no habrá derivaciones a Prishtina que no continuará funcionando como nivel terciario durante más tiempo.

3. División de neurología y psiquiatría.

4. Redistribución de los recursos (camas, psiquiatras, enfermeros, residentes) para llegar a un equilibrio entre las regiones para posibilitar la regionalización.

Como desarrollo de sus trabajos se formaron **grupos de trabajo de salud mental regionales** que elaboraron los detalles de los proyectos locales y de la instauración y funcionamiento de los futuros centros de salud mental de orientación comunitaria. El representante de cada región en la task force participó y lideró el grupo de trabajo regional, asegurando así continuidad y coherencia entre los proyectos locales y el plan global de salud mental. Los participantes de los grupos de trabajo de salud mental regionales incluyeron personas de los servicios sociales, representantes de la oficina de salud de UNMIK y otros individuos o instituciones relevantes.

Las ciudades kosovares seleccionadas fueron hermanadas con **centros colaboradores de la OMS** que se comprometieron a dar apoyo de formación y consejo basado en su experiencia en el trabajo comunitario.

Otros grupos de trabajo se desarrollaron para elaborar actividades relacionadas con:

A/ La legislación de la asistencia en salud mental (en colaboración con las agencias implicadas Departamento de justicia, Dep. de Salud y S. S., OSCE, OMS, centros colaboradores de OMS,...).

B/ Temas de formación: a médicos de familia, enfermeros de salud mental, currícula del programa de residentes de psiquiatría.

C/ Salud mental de niños y adolescentes: el grupo se ocupó de desarrollar una estrategia para el desarrollo de servicios específicos, apoyo a nuevos servicios, coordinación de intervenciones y formación de profesionales.

Una generosa donación del gobierno japonés ha permitido a la unidad de salud mental de la OMS el desarrollo del proyecto en iniciativas materiales concretas. Ulteriores financiamientos de parte de ECHO y del Gobierno Suizo han reforzado el programa y permitido de desarrollarlo y seguirlo por un tiempo razonable (probablemente todavía todo este año). Se decidió conjuntamente con los profesionales locales, de acuerdo con las necesidades reales el desarrollo de 7 proyectos demostrativos (centros de salud mental comunitarios) en las 6 regiones básicas: Prizren, Gjilan-Ferizaj, Peja, Mitrovica, Gjakova y Prishtina., de los cuales 4 eran directamente implementados por OMS y otros tres delegados a otras organizaciones que los financiaron e implementaron.

2. SITUACIÓN INICIAL DE LOS SERVICIOS

En el momento de comienzo del programa los servicios estaban saturados y atendían a la vez neurología y psiquiatría. Había pocos servicios y muy poco dotados en el primer nivel. En síntesis:

1. Los **médicos generales** derivan a sus pacientes principalmente a los hospitales y en general ellos no atienden pacientes psiquiátricos de ninguna patología.

2. **7 equipos de neuropsiquiatría ambulatoria:** en: Prishtina, Podujevo, Vushtrri, Klina, Mitrovica, Ferizaj y Gjilane. Consisten en uno o dos psiquiatras con alguna enfermera, que proporcionan asistencia ambulatoria y en

alguna ocasión asistencia domiciliaria con sus propios coches.

3. **Hay 5 unidades de psiquiatría en los hospitales generales** de las ciudades mayores: Prishtina, Peja, **Prizren**, Gjakova y Mitrovica (en éste no son atendidos los pacientes albanokosovares por la situación política).

En el hospital de Prishtina: la Clínica Central de Neuropsiquiatría de la universidad tiene 75 camas para pacientes neurológicos y otras 75 para pacientes psiquiátricos. Las unidades en la región tienen por término medio 30 camas para neurología y psiquiatría juntas. Todas padecen falta de material y de personal. En parte paliado por la ayuda internacional y de ONGs.

4. El Asilo de Ancianos de Prishtina y la institución especial de Shtime. Aunque ambas son destinadas al cuidado de ancianos y retrasados mentales respectivamente, albergan a un número alto de pacientes psiquiátricos (mas del 40%).

Por el momento no hay estructuras de rehabilitación de pacientes psiquiátricos crónicos. Por ello los servicios están sobrecargados de pacientes de estancia prolongada en camas para internamientos de agudos.

Al estar dotados por completo de personal albanokosovar los pacientes albanokosovares utilizan con mayor facilidad los servicios y ello también lleva a la mayor demanda en éstos de problemas de estrés y situaciones de necesidad social importante entre los internados, con la consiguiente dificultad para darles salida al no disponer de medios o coordinación eficiente para atender estos problemas.

PSIQUIATRAS

Hay unos 38 neuropsiquiatras en Kosovo y su mayoría trabajan en los servicios públi-

cos. Ello significa una ratio aproximada de un psiquiatra (después de desdoblar la neurología) por 100.000 habitantes. El objetivo sería llegar a 1 por cada 30.000. lo que se intentaría como objetivo para el 2006.

PSICÓLOGOS

Sólo hay 2 psicólogos clínicos en Kosovo. En la actualidad ante la ausencia de facultad de Psicología en Kosovo se ha hecho un programa específico para crear un instituto de psicología que está comenzando sus actividades. Mientras tanto se trataran de cubrir las necesidades asistenciales con personas entrenadas en habilidades de consejo psicológico.

TRABAJADORES SOCIALES

Se solicita que los Centros de Servicios Sociales municipales asignen un trabajador social para trabajar en los servicios de Salud Mental, aunque continúe perteneciendo al

personal de Servicios Sociales para facilitar la coordinación y utilización de los recursos de éstos. A la espera de que los Directorados de Salud Municipales den vía a ésta petición.

ENFERMEROS

Actualmente hay 58 enfermeros psiquiátricos en Kosovo; uno por cada 37.500 habitantes. Lejos de la cifra ideal de 1 por cada 2.500. Se calcula que teniendo en cuenta las dificultades de presupuesto, para un número de 1 cada 8.500 harían falta 203.

3. PLAN ESTRATÉGICO. SÍNTESIS DE LOS OBJETIVOS

LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y FUNCIONAL

Sistema basado en la atención comunitaria en salud mental ofrecida por los médicos de familia, enfermeros, trabajadores socia-

RECURSOS HUMANOS

Septiembre 2000-Agosto 2001

LOCALIDAD	CAMAS HOSPITALARIAS	ESPECIALISTAS	RESIDENTES
Pristina	52	7	14
Gjakovë/	20	2	4
Mitrovicë	20, pero no disponibles para albanokosovares	1	2
Pejë	20	2	4
Gjilan/	20 a rehabilitar	1	2
Prizren	20	1	2
Especialistas nuevos	20	5	5
TOTAL:	20	14+5= 19	28+5= 33

les, trabajadores comunitarios (agentes de casos) voluntarios y usuarios.

Los dispositivos de salud mental se organizarán sobre el criterio de la territorialización. Dividiéndose así en 6 distritos. Cada distrito tendrá un Centro de Salud Mental, 2 apartamentos protegidos para pacientes psiquiátricos de larga estancia. Y una unidad hospitalaria para trastornos agudos y exacerbaciones de psicosis crónicas.

La autoridad de salud de distrito creará y presidirá un Consejo de Salud Mental del Distrito que coordinará las actividades semanalmente y estará constituido por representación de los dispositivos de salud mental y la persona responsable de salud mental del directorado de salud del municipio.

Se ha nombrado un Director de Salud Mental que asume la jefatura del Departamento de Salud Mental creado en el Ministerio de Sanidad con funciones definidas en el territorio directivas, ejecutivas y de coordinación de los 6 consejos de distrito.

OBJETIVOS EDUCATIVOS

Es una de las funciones principales de la OMS. Los más inmediatos serían:

Al dividir la psiquiatría de la neurología se plantea la adecuación en los estudios de la facultad de medicina de Prishtina y en la residencia de especialización en psiquiatría.

Programas de formación para médicos generales, trabajadores sociales, enfermeros, agentes de casos, en la atención de salud mental comunitaria desde una perspectiva amplia. Formación de los futuros profesionales de enfermería.

Actividades de formación en psiquiatría infantil, forense y abuso de tóxicos.

RECURSOS INSTITUCIONALES

- División de los servicios de neuropsiquiatría, creando unidades de psiquiatría para agudos. La idea sería que cada dis-

trito tuviera una unidad de agudos de alrededor de 20 camas. Rehabilitando unidades en los hospitales en Pristina (52 camas para una zona mucho más densamente poblada que el resto de Kosovo), Mitrovica, Peja, Gjakova, Prizren. Construyendo una unidad en Gjilan (las camas de esta unidad se "mueven" desde el reparto de Pristina, que no recibe más usuarios de la zona gjilan/ferizaj).

- Establecer unidades de cuidado intensivo en las unidades de agudos de unas 6 camas en cada distrito.
- Crear 7 Centros de Salud Mental, 1 por cada distrito (en Ferisaj habría 2). El Centro sería la estructura que proveerá servicios de salud mental comunitaria según los programas a realizar: visitas domiciliarias, agentes de casos, abordajes familiares,...
- Reducción del tamaño de la institución de Shtime de deficientes mentales. Continuará la política de no admisión de casos nuevos.
- Creación de 2 apartamentos protegidos en cada distrito. Uno con asistencia las 24 horas y otro con 12 horas. Previstos para comenzar pronto (el de Gjakova está funcionando ya hace algún tiempo y se espera abrir pronto el de Gjilane) tendrán 10 camas cada uno y proveerán con 140 camas de larga estancia llevadas por enfermeros o agentes de casos, supervisadas por los psiquiatras del centro de Salud Mental. Mientras no estén en marcha se reservarán un 20% de camas en las unidades hospitalarias de agudos para estancias largas, que no deben ser superiores a 3 meses.
- Promoción de iniciativas asociativas la-

borales (cooperativas) o sociales (clubs sociales, organizaciones no gubernativas de apoyo,...).

- Desarrollo de un servicio de salud mental para niños y adolescentes en el hospital de la universidad de Pristina separado del de adultos.
- Coordinación con el Departamento de Justicia UNMIK para pensar soluciones a la atención psiquiátrica forense, no atendible en la actualidad en las unidades psiquiátricas.

EL TRABAJO DE LOS CENTROS COLABORADORES

Como hemos citado previamente el programa de salud mental de la O.M.S. tenía múltiples aspectos para los que a veces se apoyaba en otras agencias: programa de formación para la atención primaria de la O.M.S.; colaboración con las oficinas ministeriales, con la universidad... En tareas específicas contó con la colaboración de diversos expertos por tiempo breve (elaboración del presupuesto del programa). Especialmente innovadora fue la colaboración de 3 centros colaboradores de OMS, que a modo de hermanamiento, se vincularon al desarrollo del programa en una región particular. Así el centro de Trieste (Italia) colaboró en el desarrollo del plan en la región de Gjakova; el de Birmingham en la región de Ferisaj- Gnjilane y el de Asturias en Mitrovica.

La base de esta colaboración consistió en la presencia de un trabajador de Salud mental de los servicios de los centros colaboradores durante períodos cortos (4 a 6 meses a lo largo de poco más de un año) para favorecer la puesta en marcha en el terreno del programa.

Por ello las tareas prácticas se extendían a lo:

ORGANIZATIVO:

- Participar de la organización del trabajo en equipo de los equipos en los nuevos centros de salud mental. Desarrollar las relaciones con los dispositivos en la comunidad: hospitalarios, atención primaria, sociales, ONGs.
- Estimular el desarrollo de asociaciones civiles para iniciativas laborales en cooperativa o actividades de apoyo al ocio y rehabilitación.
- Cooperar con el grupo de trabajo de salud mental regional (de distrito).
- En particular el desarrollo de la actividad de visitas domiciliarias, utilizando los automóviles comprados por el propio programa
- Establecimiento de un sistema de registro clínico básico, con la discusión y puesta en marcha del modelo de historial clínico que fue aprobado por la Task Force así como el comienzo de registro de las incidencias diarias, visitas domiciliarias. Ello unido a la entrega de equipos informáticos por el programa permitió iniciar las bases del sistema de monitorización de los servicios.

DOCENTE

- La formación al equipo de salud mental se centraba obviamente en habilidades y conocimientos relacionados con la nueva organización de los servicios y con la toma a cargo de los usuarios en la comunidad y centradas en las tareas diarias.
- Otras actividades docentes se realizaban esporádicamente. Tanto a otros colectivos sobre salud mental como sesiones de contenidos diversos (enfermería de pri-

maria , trabajadores sociales, maestros,). Organización de la formación en informática.

- La parte básica del programa docente fue le estancia de formación de los equipos de Salud mental en los servicios de los centros colaboradores. En periodos de 3 semana, en pequeños grupos los trabajadores de salud mental viajaron a los países de los centros colaboradores observando el funcionamiento de los diferentes tipos de dispositivos de las redes de salud mental, conociendo su organización y participando en sus actividades en la medida de lo posible.

ADMINISTRATIVAS

Habría que citar que por la peculiaridad de la situación de emergencia social, las actividades se multiplicaban a veces por la necesidad de agilizar o solucionar temas administrativos como permisos de obras, pasaportes, gestiones sobre los viajes, apoyos sociales a pacientes, fomento del desarrollo de asociacionismo,...Ello aparte de la solución a las propias necesidades de infraestructura para las diferentes actividades.

La colaboración con la institución de Shtime la mencionaremos aparte. Esta institución acogía en su momento a 360 personas teóricamente con problemas de retraso mental pero realmente en un 40% padecían psicosis.

Médicos del Mundo americana hizo una tarea encomiable al organizar y fundar la externalización de los menores de edad que convivían en la institución con adultos (entre 20-30). La Cruz roja Noruega desarrolló un plan de mejora física de la institución y de modernización organizativa y profesional. Los centros colaboradores participamos en esas tareas además del intento de renovar el contacto la red de trabajadores sociales de las regiones con los internos correspondientes;

así como comenzar la realización de alguna visita domiciliaria con algún interno.

En definitiva, la razón por la que la colaboración establecida entre el proyecto OMS en kosovo, con el apoyo de las oficinas tecnicas centrales de OMS en Ginebra y Copenhagen, y los centros de colaboracion de Asturias, Trieste y Birmingham fue la clave del éxito del proyecto, es que estos centros permitieron un intercambio en las dos direcciones, poniendo a disposición estrucutras, recursos humanos y materiales, conocimiento y experiencia que superan a las de cualquier consulente propuesto aisladamente. Asi, la respuesta ofrecida a los profesionales Kosovares asegura un nivel de calidad y empeño difícilmente alcanzable de otra manera. La relación establecida prevé una continuidad que supere la presencia limitada en el tiempo de OMS en el territorio cuando posible.

Por otro lado, el hecho de que las relaciones se hayan establecido entre centros de colaboracion de OMS, reconocidos desde hace tiempo por su experiencia en procesos de reforma de los servicios de salud mental en sus países y en el exterior, fue una fianza extra de la calidad de las experiencias de origen de los cooperantes.

Los centros de colaboración apoyaron el proyecto no solo en su aspecto de implementación regional, aunque este fuera quizás el lado mas visible. Estuvieron directamente implicados en la elaboración del plan estrategico, el marco legal, etc Esto permitió, junto con la coordinación de los tres centros un nivel de coherencia y consistencia de la operación.

SITUACIÓN ACTUAL

En esquema resumiríamos la situación actual así:

- Servicios de salud mental del Kosovo.

- Existe la estructura administrativa reconocida y con el respaldo jurídico correspondiente, tanto en los dispositivos a desarrollar como en la organización y actividad que deberán desarrollar en la comunidad.
- Director de Salud Mental y directores regionales, El nombramiento de los responsables asegura dicho respaldo y el desarrollo y funcionamiento de dichos servicios.
- 4 CMHC ya trabajando y 3 en el inmediato futuro.
- 1 apartamento protegido ya operativo y otro en el inmediato futuro.
- 80 trabajadores de la salud mental que han recibido formación específica en Kosovo y/o en el exterior
- Borrador de ley de salud mental. (en relación con la regulación de los derechos civiles, no con la estructura de los servicios ya aprobada).
- Servicios de psiquiatría para niños y adolescentes
- 2 actividades productivas en marcha
- 2 clubes sociales para pacientes psiquiátricos
- Sistema de monitoring

BIBLIOGRAFÍA

Acerca de la historia de Kosovo.

JUDAH, TIM. "Kosovo. War and Revenge". Yale Univ. Press 2000.

KAPLAN, R. "Fantasmas Balcánicos". Ediciones B. 1998.
MALCOLM, NOEL. "A short history of Kosovo"

Acerca de acción humanitaria.

MENDILUCE, JOSÉ M^a. "Con rabia y esperanzas.

Retos y límites de la acción humanitaria". Planeta 1997.

OMS. " Psychosocial consequences of disasters. Prevention and management" Ginebra 1992.

"La red Internacional para la lucha contra la exclusión social". Documento y programas promovidos por OMS, PNUD (programa UN para el desarrollo), OIT y otros. WWW.exclusión.

DR. B. SARACENO. "Mental Health: from emergency to sustainable care". Article O.M.S. Ginebra Octubre 2000.

Documentos y otras publicaciones relacionadas con la experiencia.

AGANI, FERID Y OTROS. "Salud mental, función social y actitudes en albanokosovares después de la guerra de Kosovo". Artículo en JAMA ed. Española Vol. 10, 2, 2001.

OMS. Kosovo. Fernández, Leticia y Castañeda, Ileana. "Analysis of selected demographic indicators in Kosovo. 1975-1995.

OMS. Kosovo. Unidad de Salud Mental. "Overview of the mental health situation in Kosovo and activities of WHO mental health unit". (April 2000).
Task Force for Mental Health. Kosovo. "Fourth draft mental health strategic plan".

OMS. Kosovo. "Kosovo health sector. Situation report". Pristina Enero 2000.

OMS. "Distribution of psychiatric beds and of human resources in hospital centers of Kosovo". Pristina Abril 2000.

OMS. "Community based mental health in primary health care". Pristina Marzo 2000.

El proyecto Bulgaria.

M^a Concepción Fernández Pol.

Psicóloga.
Centro Salud Mental de Otero SESPA. Oviedo

RESUMEN

El informe presentado por Amnistía Internacional, Bulgaria. Escondidos de la sociedad: discriminación sistemática contra las personas con discapacidad mental, está basado en las investigaciones realizadas por esta organización de derechos humanos en colaboración con el Comité Búlgaro de Helsinki y Mental Disability Rights International, una organización no gubernamental de defensa de los derechos de las personas con discapacidad mental. En el informe se analiza la situación de las personas internadas en instituciones psiquiátricas y en hogares sociales de dicho país y se denuncian violaciones de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad mental. Como paso previo al apoyo técnico y económico por parte de los gobiernos y organizaciones intergubernamentales, Amnistía Internacional recomienda al gobierno búlgaro una reforma integral de los servicios de salud mental y de asistencia social que respete las normas internacionales de derechos humanos y de buena práctica profesional.

Palabras clave: Discapacidad mental, derechos humanos, discriminación.

ABSTRAT

The review presented by Amnesty International, Bulgaria. Systematic discrimination against people with mental disabilities is

based on the investigation carried out by this human rights organization in collaboration with the Helsinki Bulgaria Committee and Mental Disability Rights International, a non-governmental organization. In this report, the situation of interns in psychiatric institutions and mental houses is analysed. As well, it denounces the violations of the fundamental rights of people with mental disabilities. As a previous step to the technical and economic support on the part of governments and non-governmental organizations, Amnesty International recommends the government of Bulgaria to carry out a complete reform of the mental health and social assistance services so that respects the international rules of human rights and guaranties professional efficiency.

Key Words: Mental disability, human rights, discrimination.

INTRODUCCIÓN

Amnistía Internacional, coincidiendo con el Día Mundial de la Salud Mental, ha presentado un informe sobre la situación de derechos humanos de niños y adultos con discapacidades mentales que están reclusos en hogares sociales y de las personas que están recibiendo tratamiento involuntario en hospitales psiquiátricos. El informe, *Bulgaria: far from the eyes of society. Systematic discrimination against people with mental disabilities,*¹ fue presentado en Sofía en el Foro sobre la Discriminación de Personas con

Discapacidad Mental, organizado conjuntamente con el Comité Helsinki de Bulgaria, y en él se documenta la estigmatización social y la discriminación sistemática de la que son objeto las personas con discapacidad mental².

A lo largo del tiempo, Amnistía Internacional se ha mostrado preocupada por las personas privadas de libertad de forma arbitraria y por las condiciones de reclusión de toda persona privada de libertad cuando constituyen trato o pena cruel, inhumana o degradante. Esta preocupación ha estado relacionada tanto con personas bajo custodia policial o condenadas a prisión como con solicitantes de asilo reclusos en centros de detención a la espera de la decisión de una autoridad estatal. Con este proyecto piloto, la organización de derechos humanos -que no trabaja globalmente sobre el tipo de problemática abordada en el informe sobre Bulgaria-, saca a la luz una situación dramática y extendida cuya gravedad ha sido reconocida por las autoridades de ese país e intenta conseguir cambios en la actitud de la sociedad búlgara hacia los enfermos mentales, al tiempo que reconoce la cooperación y el apoyo de las autoridades búlgaras en la investigación realizada y valora positivamente algunas de las acciones emprendidas, aunque la falta de medios económicos haya hecho que éstas resulten insuficientes.

A continuación se analizará la situación de las personas con discapacidad mental que están internadas en instituciones búlgaras, así como los procedimientos y disposiciones de internamiento que son motivo de preocupación para Amnistía Internacional y que aparecen detalladas en el informe. También se abordarán algunas de las recomendaciones efectuadas al gobierno de Bulgaria para que realice una reforma integral de los servicios de salud mental y de asistencia social que respete las normas internacionales de derechos humanos y de buena práctica profesional como paso previo al apoyo técnico y económico por parte de los gobiernos y

organizaciones intergubernamentales.

METODOLOGÍA

En octubre de 2001 y enero de 2002, una delegación de representantes de Amnistía Internacional, del Comité Búlgaro de Helsinki y de Mental Disability Rights International, la organización no gubernamental de defensa de los derechos de las personas con discapacidad mental, estudió los procedimientos y disposiciones jurídicas empleadas para internar a los pacientes en los hospitales psiquiátricos y hogares sociales para niños y adultos con discapacidad mental y las condiciones de vida y el tratamiento administrativo en estas instituciones. Los delegados (un psiquiatra, un psicólogo clínico, un médico forense, un especialista en administración y reforma de sistemas de atención psiquiátrica y abogados especializados en discapacidad mental) hablaron con pacientes de tres hospitales psiquiátricos estatales y se reunieron con los directivos de otros hospitales psiquiátricos estatales de Sofía. Además, visitaron cinco hogares sociales para niños y ocho hogares para adultos. Posteriormente, en abril, junio y julio de 2002, representantes de Amnistía Internacional y del Comité Búlgaro de Helsinki realizaron más visitas a tres de los anteriores hogares sociales y visitaron por vez primera otros cuatro hogares sociales.

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

La investigación efectuada en los hospitales psiquiátricos estatales estuvo centrada en los pacientes sometidos a “tratamiento obligatorio” en virtud del derecho civil. En las visitas realizadas a estas instituciones se han constatado:

- Condiciones de vida malas y antihigiénicas y necesidad de efectuar grandes obras de acondicionamiento en los edificios.
- Malas condiciones laborales y ubica-

ción de las instituciones en lugares alejados de la comunidad, lo cual, entre otras cosas, dificulta la contratación de personal cualificado.

- Procedimientos inadecuados para solicitar y conseguir el consentimiento de los pacientes para su tratamiento voluntario, habiéndose documentado casos de personas que no han sido declaradas legalmente incapaces para dar su consentimiento, pero cuyos familiares han accedido a que se les someta a tratamiento, incluyendo terapia electroconvulsiva.

- Casos de personas sin síntomas de enfermedad mental a las que se les había internado por motivos sociales. A su vez, en los hogares sociales había personas que requerían con urgencia tratamiento psiquiátrico.

- Muchos de los pacientes que recibían el alta regresaban al hospital debido a la falta de apoyo y de servicios en la comunidad.

- Los hospitales carecían de protocolos sobre prácticas de inmovilización y reclusión y no se guardaba un registro especial, los celadores no habían recibido formación al respecto y los pacientes se quejaban de agresiones de agentes de policía y del personal no médico. Tampoco solían ofrecerse actividades terapéuticas ni rehabilitadoras y se administraba terapia electroconvulsiva de forma inadecuada; en ocasiones, incluso con pacientes voluntarios, parece ser que se utilizaba la reclusión para castigar “fugas frustradas”.

La situación que acaba de exponerse no cumple las normas sobre las condiciones y el tratamiento en las instituciones psiquiátricas que fueron elaboradas en 1998 por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y otros Tratos Inhumanos o Degradantes.

Otro motivo de preocupación reflejado en el informe es el concerniente a la documentación de casos de internamiento para recibir tratamiento obligatorio tras procedimientos que excluyen todo derecho a una revisión judicial, ya que la Ley de Sanidad de Bulgaria dispone que puedan recibir tratamiento obligatorio aquellos pacientes que puedan suponer un peligro grave para sí mismos o para otras personas y el fiscal de distrito lleva a cabo investigaciones y ordena exámenes psiquiátricos que suelen realizarse en secciones cerradas de centros psiquiátricos. Una vez concluida la evaluación (el plazo para realizarla es de 30 días, pero en casos excepcionales pueden durar hasta tres meses), un tribunal de distrito debe decidir si se acepta la propuesta de someter al paciente a tratamiento obligatorio y habrá de examinar cada seis meses cualquier propuesta posterior de prolongar el tratamiento. El paciente tiene derecho a recibir asesoramiento legal, pero éste no es obligatorio y en la mayoría de los casos se sobrepasa el período de 30 días de internamiento permitido para realizar la evaluación psiquiátrica de aquél, pues las vistas no pueden fijarse a tiempo. También suelen retrasarse las revisiones judiciales de las recomendaciones de dar el alta y ha habido procedimientos de reclusión en los que el tribunal ha llamado a un abogado a representar al paciente sólo unos minutos antes de la vista e incluso se ha mostrado de acuerdo con el fiscal y los peritos sin cuestionar en modo alguno sus recomendaciones. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en una sentencia de octubre de 2000, resolvió que era ilícito decidir la reclusión de una persona para someterla a evaluación psiquiátrica si no estaba basada en una opinión médica, pero una reforma posterior de la ley otorgó poderes a los fiscales para ordenar la reclusión de una persona para su evaluación psiquiátrica sin exigir que solicitase previamente una opinión médica ni dar derecho a revisión judicial. La vaguedad de esta disposición jurídica da lugar a interpretaciones arbitrarias acerca de lo que constituye un “peligro grave” y concede excesiva impor-

tancia al deseo de los familiares o a las hospitalizaciones previas del paciente.

A la luz de estos procedimientos, se puede concluir que el internamiento para recibir tratamiento obligatorio en Bulgaria vulnera los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, concretamente el principio 9, en donde se establece que “todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros”. Estos procedimientos son discriminatorios en comparación con los procedimientos de internamiento “involuntario” de acuerdo con el derecho penal, que obliga a contar con representación letrada y exige al fiscal que obtenga la opinión de un médico y que investigue si la persona supone algún riesgo para la sociedad.

LOS HOGARES SOCIALES: UNA CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE

“Una cuestión de vida o muerte”, éstas han sido las palabras de Irene Khan, la secretaria general de Amnistía Internacional, para referirse a la necesidad de mejorar la situación padecida por hombres, mujeres y niños internados en los hogares sociales de Bulgaria.

Las personas aquejadas de discapacidades mentales suelen ser abandonados por sus familias, generalmente al nacer, y se pasan la vida en instituciones de tipo asilar. Existen más de un centenar distribuidas por todo el país, sus condiciones materiales son a menudo espantosas (hacinamiento y pobreza de medios) y los tratamientos de rehabilitación, prácticamente inexistentes. Estos centros no disponen de profesionales cualificados y están situados en pueblos remotos de montaña a donde resulta difícil

el acceso o en pequeñas poblaciones sin infraestructura adecuada, lejos de donde de donde puedan atraer la atención del resto de la sociedad. Una práctica, ésta de esconder a las personas con discapacidad, que ha sido heredada del período comunista anterior a la década de 1990.

HOGARES SOCIALES PARA NIÑOS

Hasta fechas recientes, las condiciones existentes en muchos hogares para niños constituían trato cruel, inhumano y degradante. Por ejemplo, en febrero de 1997, Amnistía Internacional expresó su preocupación por la muerte por hipotermia y desnutrición de seis niños y un joven de 18 años del hogar social de Dzhurkovo. A su vez, el Comité Búlgaro de Helsinki consideró un amenaza para la vida las condiciones del hogar social de Fakia, en donde, según informes, habían fallecido dos niños debido a negligencia médica. Y en agosto de 2000, en el hogar social de Medven murieron tres niños de disentería.

En la actualidad, las condiciones materiales de los hogares infantiles han mejorado, pero persisten deficiencias graves:

- Algunos de los niños llegan a los hogares por razones sociales tales como haber sido abandonado o estar desatendidos.
- Otros niños son internados como resultado de diagnósticos inadecuados que suelen realizarse a la edad de tres años. Aquellos que según diagnóstico psiquiátrico (en los historiales médicos no existen indicios del uso de otros métodos diagnósticos como análisis bioquímicos o exámenes electroencefalográficos) sufren “retraso mental moderado, grave o profundo” son trasladados a hogares sociales en donde no reciben los cuidados médicos ni la rehabilitación adecuada y no se les suele volver a evaluar

hasta los 16 años, cuando optan a un subsidio por discapacidad. Según informes, en algunos casos se les diagnostica un grado de discapacidad superior al real con el objeto de que se les conceda un subsidio lo más cuantioso posible.

- Los contactos de estos niños con la comunidad son escasos y son pocos los que reciben visitas de sus familiares. A los más discapacitados se les suele abandonar en la cama y cuando llegan a la edad adulta son incapaces de comunicarse y de presentar cierto grado de autonomía.

- Sólo había educadores con cierta formación en discapacidades del aprendizaje en uno de los hogares sociales visitados y ninguno de ellos ofrecía programas de rehabilitación a cargo de terapeutas, pedagogos o psicólogos para niños con trastornos de desarrollo. Habitualmente, las actividades especiales eran organizadas por “educadores” con formación en docencia general y los celadores, generalmente contratados en el mismo pueblo, no tenían formación para trabajar con niños con discapacidades del desarrollo. El número de hogares que disponían de médicos internos, era escaso.

La falta de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que se acaban de señalar están dañando gravemente el desarrollo de estos niños y los privarán de su derecho fundamental a una vida con dignidad y respeto, una circunstancia que viola las normas internacionales de derechos humanos y que Bulgaria, como Estado Parte en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño está obligada a reconocer.

En los hogares infantiles no suelen presentarse denuncias de maltrato, pero este hecho parece relacionarse con la incapacidad de los niños para presentarla y con la escasa supervisión por parte de las autoridades municipales y

del Ministerio de Trabajo y Política Social. En agosto de 2001, la prensa informó de que una celadora del hogar de Trnava maltrataba a los niños con una vara, había hecho comer a la fuerza, abofeteado y atado a una niño de cuatro años y quemado a otro con agua hirviendo. El informe de la investigación realizada por el Ministerio de Trabajo y Política Social reveló la suspensión de la investigación policial por falta de pruebas sobre el caso del niño de cuatro años y se indicaba que habían recluido a una niña ciega con deficiencias auditivas porque impedía que los demás niños durmieran, pero no se especificaba cómo se había quemado el otro niño, qué atención médica había recibido en los tres días previos a su traslado a un hospital ni si se habían investigado las circunstancias en las que se recluía a los niños. La investigación, aunque concluía la existencia de maltrato a algunos niños del hogar social, sugería que la cuestión quedaba zanjada con el despido de la celadora. Amnistía Internacional teme que esta investigación haya incumplido los Principios de Naciones Unidas Relativos a la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y otros Tratos.

HOGARES SOCIALES PARA ADULTOS

En estos hogares están internadas personas a las que sus tutores legales o sus familiares no les prestan o no les pueden prestar la atención necesaria. También acaban siendo trasladados a estas instituciones, cuando cumplen los 18 años, la mayoría de los niños que viven en los hogares sociales para niños. Lamentablemente, la vulneración de los derechos humanos de las personas que residen allí alcanza unos niveles inconcebibles:

- Las condiciones materiales de estos hogares se han considerado peores que las de las prisiones o celdas de las comisarías búlgaras y los tratamientos de rehabilitación prácticamente inexistentes. La mayoría de los hogares visita-

dos no reunían las condiciones requeridas para cuidar a personas con necesidades especiales y algunos de ellos ni siquiera eran habitables. Los residentes de la mayoría de los hogares sociales se quejaban de que la comida era mala y escasa. Conseguir combustible suficiente era un motivo continuo de preocupación y en los hogares sociales en donde no se disponía de calefacción central, se utilizaban estufas que suponían un riesgo constante de incendio. Las instalaciones de aseo de muchos hogares sociales eran muy rudimentarias, se encontraban en mal estado y en edificios anexos, a cierta distancia de los dormitorios, y los residentes tenían permiso para usarlos una vez a la semana. En el hogar social de Samuil para mujeres con discapacidad grave, existía una celda de reclusión sin ventanas y con barrotes de hierro en la puerta en la que yacía una mujer; una residente le explicó a una de las investigadoras que “el personal golpeaba a las residentes, les ponía una inyección y las recluía en esta celda si se portaban mal” (Freese-Treck, 2002).

- Apenas pudo accederse a los registros sobre mortandad, pero la información disponible indicaba una elevada tasa que incluía defunciones por neumonía, hipotermia y desnutrición. Factores como el abandono, la falta de cuidados médicos adecuados y de alimentos y calefacción pueden haber sido la causa del fallecimiento de algunos residentes, pero rara vez se realizaban autopsias y ninguna autoridad solía investigar la muerte. Así, el hogar social de Razdol no disponía de información sobre las muertes ocurridas en el año 2001; de los 140 residentes del hogar social para hombres de Dragash Voyvoda, 22 habían fallecido durante los meses más fríos del año 2001 (el personal informó que, en inviernos más fríos, el número de muertes había sido mayor) y las autopsias realizadas en cinco casos en febrero y marzo de 2002 revelaron que las muertes se habían debido a neumonía y desnutrición, pero no consta que se haya abierto ninguna investigación sobre esta alta tasa de mortalidad.

También en el año 2001 murieron 14 de los 91 residentes de un hogar social de Radovets; el médico de dicho centro refirió que establecía la causa de los fallecimientos basándose en los datos proporcionados por el personal de servicio. Estas prácticas suponen incumplimiento del Principio 34 del Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.

- En cuanto al trato dispensado, se han documentado casos de inmovilización de los residentes mediante camisas de fuerza o reclusión en habitaciones diminutas o en jaulas durante períodos indefinidos. Los residentes de la mayoría de las instituciones se quejaban de malos tratos infligidos por los celadores, pero muchos temían hablar de ello, pudiendo concluirse que no existían salvaguardias efectivas para protegerles de acosos o malos tratos y que tampoco disponían de medios para presentar denuncias o interponer recurso por malos tratos. En el centro de reclusión del hogar social de Cherni Vrh, una habitación estaba dividida en tres celdas, cada una de las cuales era poco mayor que la cama que tenía dentro; en una de las celdas se encontraba una mujer de 38 años, según la enfermera, “porque se pelea con otras residentes, y no la dejaremos hasta que aprenda a comportarse”; en otra de las celdas, a instancias de su hermano y con la aprobación de un psiquiatra, una mujer de 50 años llevaba un año recluida por haberse escapado en varias ocasiones. En enero de 2002, en otra habitación de ese mismo centro, estaba recluida una joven diagnosticada de retraso moderado que era inmovilizada todas las noches y, en ocasiones, de día (parece ser que la tenían inmovilizada porque en julio de 2001 se había enrollado un hilo alrededor de un dedo de una forma tan fuerte que habían tenido que operarla para amputárselo) y en otra habitación estaba tumbada en la cama una mujer de 28 años que llevaba un año con un tobillo encadenado a la pared “por haberse escapado de la institución”. Estos métodos de reclusión e inmovilización que se

acaban de citar constituyen trato cruel, inhumano y degradante y suponen incumplimiento de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes de la que Bulgaria es Estado Parte.

- Algo que resulta común a estas instituciones es que el personal resulta insuficiente y que, tanto el personal médico como el no médico, suele carecer de formación adecuada. Estas deficiencias relativas a la escasez de personal quedan reflejadas en la visita realizada por Amnistía Internacional en enero de 2002 a una institución de Dragash Voyvoda en la que se encontraban internados más de 140 hombres y en donde sólo había tres celadores de servicio por la noche; en la visita realizada en abril, sólo había dos celadores y una enfermera

- El tratamiento farmacológico y la atención médica dispensada en alguno de los centros sociales sugería incumplimiento de los Principios de las Naciones Unidas, habiéndose detectado graves deficiencias relativas a la atención médica y al tratamiento farmacológico, pues los médicos generales que trabajaban en estos centros se contrataban en la comunidad local y solían visitar el hogar social una vez a la semana o incluso menos, los registros del tratamiento médico y las lesiones de los residentes eran deficientes y los medicamentos psicotrópicos se suministraban en exceso y de forma inadecuada, para controlar la angustia o el enfado. El contrato del psiquiatra del hogar social de Samuil había expirado en mayo de 2001, pero varios residentes a quienes ya no se les administraban antipsicóticos continuaban recibiendo anticolinérgicos potencialmente peligrosos y, en muchos centros, la elección de los medicamentos estaba en función de que pudieran adquirirlos gratuitamente o a un bajo precio y los residentes eran medicados para tenerlos controlados, resultando sorprendente que ninguno de los 700 residentes visitados hubiera sido diagnosticado

de un trastorno de tipo depresivo ni recibiera tratamiento antidepresivo.

- En relación al internamiento en los hogares sociales y a los procedimientos de tutela, señalar que en la mayoría de los residentes se viola el derecho al debido proceso y a no ser detenidos arbitrariamente, unos derechos que están contemplados en los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (principios 10 y 11). También suponen una violación de los derechos humanos los procedimientos por los que los tutores controlan los bienes y la pensión estatal de los residentes, pues varios residentes se quejaron de que sus parientes, con objeto de adueñarse de sus bienes y fondos, habían utilizado el procedimiento de incapacitación y que, una vez internados en el hogar social, no les resultó posible contactar con un abogado o fiscal para que se reconsiderase su situación.

- A pesar de que las autoridades estatales tienen la responsabilidad de supervisar los hogares sociales, de que se mantengan las condiciones de higiene necesarias y de prevenir las enfermedades y los incendios, los servicios de inspección no habían estado en ninguno de los hogares visitados por Amnistía Internacional y los servicios médicos de los hogares no estaban sujetos a inspecciones o reglamentos específicos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE AMNISTÍA INTERNACIONAL

Los abusos cometidos contra las personas aquejadas de discapacidad mental vulneran disposiciones vinculantes para Bulgaria en virtud de tratados internacionales de derechos humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos ampara por igual a todas las perso-

nas, sin distinción de ningún tipo, y los gobiernos tienen la obligación de proteger el derecho de todas las personas a la vida, a igual protección de la ley, a un nivel de vida suficiente y a recibir educación, así como a no sufrir tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes.

Amnistía Internacional considera digno de encomio el esfuerzo de administradores y personal que, a pesar de las limitaciones impuestas por su formación y por los recursos disponibles, intentaban proporcionar a los residentes la mejor atención posible. También reconoce la colaboración mostrada por las autoridades búlgaras y por el personal empleado de estas instituciones para que se pudiera investigar la situación de los residentes y el funcionamiento de dichos centros, valorándose positivamente la intención de reformar el sistema actual de atención psiquiátrica manifestada por el gobierno. Pero ese programa de salud no contempla medidas para mejorar los hogares sociales para personas con discapacidad mental, que dependen del Ministerio de Trabajo y Política Social.

Si bien es cierto que el gobierno de Bulgaria se enfrenta a una situación heredada, que el país está económicamente hundido y que lo más urgente es cubrir las necesidades básicas de las personas que residen en esas instituciones, también lo es que no basta con sacar los abusos a la luz. Es preciso realizar una inversión considerable en programas sobre alternativas al tratamiento y de sensibilización a la opinión pública, por cuanto el trato inhumano dispensado a las personas aquejadas de discapacidad mental refleja la actitud de la población.

Las propuestas de reforma indicadas por Amnistía Internacional requieren, además de la colaboración de las organizaciones in-

tergubernamentales, la implantación de determinadas medidas que el gobierno búlgaro se encuentra en condiciones de efectuar. Es por ello que la organización de derechos humanos insta a las autoridades de Bulgaria a poner fin a las violaciones de derechos humanos de las personas con discapacidad mental, así como a establecer normas adecuadas de buena práctica profesional y a crear un organismo de vigilancia independiente. Este organismo de vigilancia se ocupará de mantener bajo observación las condiciones de vida, el tratamiento y la atención recibida en las instituciones psiquiátricas y hogares sociales, visitará estas instituciones sin anunciarse, estudiará las denuncias y realizará recomendaciones, incluida la remisión de casos a las fiscalías. Por su parte, las organizaciones gubernamentales e intergubernamentales deberán ofrecer el apoyo técnico y económico necesarios para que la reforma integral de los servicios de salud mental y de los hogares sociales llegue a ser una realidad.

BIBLIOGRAFÍA

AMNISTÍA INTERNACIONAL. (2002). Bulgaria: far from the eyes of society. Systematic discrimination against people with mental disabilities. Índice AI: EUR 15/005/2002.

AMNISTÍA INTERNACIONAL. (2002). Bulgaria: Maltrato y detención arbitraria de personas con discapacidad mental. Índice AI: EUR 15/008/2002/s.

FREESE-TREECK, T.(2002). Vivir peor que encarcelado: mi visita a las personas con discapacidad mental en Bulgaria. Amnistía Internacional, 58, 34-37.

¹ El informe aún no ha sido traducido al español, pero existe una versión resumida de dicho documento, *Bulgaria: Maltrato y detención arbitraria de personas con discapacidad mental* (Índice AI: EUR 15/008/2002/s).

² Amnistía Internacional utiliza el término "discapacidad" de acuerdo con el uso que le dan las Naciones Unidas. En el informe sobre Bulgaria, el término "discapacidad mental" es utilizado para referirse a las personas con trastornos mentales o con discapacidades del desarrollo.

Proyecto de cooperación para el desarrollo en salud mental

Experiencia en los campos de refugiados saharahuis

José M^a Salazar Fdez. de Erenchun

Psiquiatra.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital de Navarra

Nekane Pardo Gaskue

Psicóloga.

Unidad Infanto-Juvenil. Pamplona

RESUMEN:

Se describe un Proyecto de Cooperación para el Desarrollo en Salud Mental dirigido a una población desplazada por un conflicto bélico y refugiada en campamentos en el desierto del Sahara, analizando las circunstancias vitales con potencial psicopatógeno, así como las características de expresividad clínica de los pacientes atendidos en consultas.

El programa se apoya en la formación y sensibilización social a través de la Asociación de Mujeres Saharauis, y en los técnicos locales como agentes de salud.

Palabras Clave: Salud Mental. Cooperación. Formación. Refugiados. Mujer

ABSTRACT:

The paper describes a Cooperation Project for the Development of the Mental

Health in a population that lives in Camps as refugees at the Sahara desert due to war. We analysed several living aspects related to psychiatric disorders and the symptomatic features of the illness among the patients attended at the outpatient clinic.

The program is based on the training and social involvement through the "Women Association of Sahara" and through local agents which act as Health Caregivers.

Key Words: Mental Health. Cooperation. Training. Refugees. Woman

INTRODUCCIÓN

La presente comunicación es el resultado de 7 años de trabajo en Salud Mental con el pueblo saharahui en los campos de refugiados del Frente POLISARIO.

El Frente POLISARIO (Frente Popular para la liberación de Seguí y Río de Oro, constituido en mayo de 1973 y liderado por el Wali Mustafa Sayed, muerto en

1976 en la guerra contra Mauritania) es un movimiento de liberación que se generó, dando coherencia social y política a la oposición frente a la colonización española en los territorios del Sahara Occidental, que por Decreto de Presidencia del gobierno español desde 1958 era provincia española. Es a partir de los Acuerdos Tripartitos de Madrid (Pactos de Madrid, noviembre 1975), que Marruecos, tras la renuncia a sus derechos por parte de Mauritania, reclama y arrebató los territorios coloniales ocupándolos militarmente hasta la actualidad.

El 16 de octubre de 1975 Hassan II inicia la Marcha Verde.

La presencia colonial española, iniciada como protectorado en 1884, finaliza la noche del 26 de febrero de 1976, y el 27, el Frente POLISARIO proclama la constitución de la República Árabe Saharaui Democrática (R.A.S.D.).

Tras los ataques de la aviación marroquí, buena parte de la población saharauí se ve obligada a desplazarse de su territorio, abandonándolo todo. Unos emigraron a los países limítrofes, mientras que la mayoría asientan sus haimas en lo más inhóspito del desierto argelino (la Hammada), organizándose cerca del puesto fronterizo de Tindouf en campamentos, con carácter de provisionalidad que ya dura más de 25 años.

Según los cálculos del gobierno argelino, viven en estos campamentos unos 175.000 refugiados. Administrativamente forman 4 *Wilayas* (Provincias), compuesta cada una por 6 *Dairas* (Municipios).

Las condiciones de vida en los campos de refugiados son extremadamente duras, con serias repercusiones sobre la salud tanto física como psicológica, y están determinadas por:

1. Dependencia absoluta de recursos externos, de la ayuda humanitaria, para la subsistencia¹. Carentes de re-

ursos energéticos. Los pequeños huertos de las *dairas*, así como otros elementos productivos tienen una función más simbólica y ocupacional que rentable y suponen un continuo esfuerzo frente al desierto. El agua escasa y, en la mayoría de los pozos, con malas condiciones de potabilidad y generalmente contaminadas bacteriológicamente.

2. Aislamiento geográfico y político. Confinados en el desierto y sin que la comunidad internacional les reconozca su nacionalidad (su pasaporte es argelino, obtenido tras un largo proceso administrativo, que limita su capacidad de desplazamiento). Las grandes potencias, en especial EEUU y Francia, han tomado partido, rindiéndose a intereses económicos, del lado de las tesis colonialistas marroquíes.

3. Familias dispersas por el éxodo y mutiladas por la guerra. El exilio es la ruptura violenta con la vida y la historia de la población. El desarraigo de los espacios, cultura, relaciones afectivas y pertenencias ha cercenado los paisajes físicos, psicológicos y sociales. No corren mejor suerte los que no abandonaron su tierra, víctimas de una guerra sucia, si es que hay alguna limpia. Cualquier expresión de independentismo es perseguida y reprimida con dureza por la omnipresente policía gubernativa marroquí.

4. Mantenimiento de un frente bélico oficialmente en tregua desde 1991, aunque no son infrecuentes las escaramuzas, con un reguero de heridos, mutilados y muertos. Una buena parte de los hombres están movilizados, siendo las mujeres las que sostienen el peso de la vida familiar y social. Mujeres

por otra parte sometidas a la presión de un “islamismo democrático”.

5. Y, por último la falta de esperanza. Las sucesivas fechas propuestas para la celebración del referéndum, como instrumento para propiciar una solución no bélica del conflicto, han sido repetidamente pospuestas (diciembre 1998, diciembre 1999, julio 2000) a instancias de Marruecos, por los organismos internacionales, víctimas de las presiones y artimañas de aquel.

PROGRAMA DE COOPERACIÓN EN SALUD MENTAL

EL Programa de Salud Mental se viene desarrollando en el marco del Proyecto de Cooperación en Salud de la “comisión sanitaria Navarra”, financiado por el Gobierno de Navarra, a propuesta y demanda del Gobierno de la República Árabe Saharaui Democrática.

Técnicamente es un “Proyecto de Cooperación para el Desarrollo” de ejecución directa.

Objetivo General:

“Promoción y desarrollo de la Salud Mental en los campamentos de refugiados saharauis”

Desde el inicio del proyecto de cooperación de Atención Primaria en la wilaya de Aaium (1997) se detectó, tanto por parte del equipo de cooperantes como por parte de los responsable sanitarios y políticos de la RASD, la necesidad de contar con un programa específico de Salud Mental².

En la filosofía que lo sustenta (no lo podemos ni negar ni evitar) subyacen algunos de los fundamentos que nos animaron en la Reforma Psiquiátrica de nuestro país (1985/86): la universalidad de la asistencia,

la calidad, la accesibilidad, la integración en el conjunto de programas y recursos sanitarios, y, cómo no, el compromiso.

Compromiso solidario que se traduce en un posicionamiento no solamente técnico, sino ético y político, que no partidario, alejado de la neutralidad aséptica, en la defensa de los derechos del pueblo saharauí y de los valores genuinamente democráticos (pluralidad, tolerancia, libertad, igualdad) desde la cultura árabe. Convencidos de que occidente no es el único poseedor y defensor de estos valores. Aceptando sin recelo a la mujer que se reafirma voluntaria y conscientemente en su identidad árabe e islámica. En consecuencia, el trabajo como cooperantes en los campamentos de refugiados se complementa, a nuestro regreso, con actividades de divulgación y sensibilización hacia el conflicto saharauí.

Objetivos Específicos:

1. Sensibilización de la población hacia los problemas emocionales y la patología psiquiátrica, evitando la estigmatización (por ejemplo los niños que en alguna ocasión han padecido crisis epilépticas se quedaban en la haima, sin escolarizar), el abandono nihilista o algunas “curas tradicionales”, a veces crueles y casi siempre sin fundamento ni resultado práctico. Esta educación ha sido necesario extenderla a los agentes de salud, representantes sociales y autoridades políticas, con la exigencia formal de aceptación e implicación de la “contraparte”, que en nuestro caso es el propio gobierno de la RASD³.

2. Dotación de medios y recursos materiales y de infraestructura para la rehabilitación del “Hospital Psiquiátrico 12 de Octubre”. La mejora de las condiciones estructurales y la puesta en marcha de programas funcionales, a través de la formación y motivación de los sanitarios, ha permitido pasar de los 60 enfermos que habitualmente

estaban ingresados a una ocupación media de 6-10 pacientes⁴.

3. Provisión de psicofármacos y control de su distribución, ajustándonos a la lista de medicamentos básicos, utilizando de forma preferente nomenclatura genérica, que facilita el almacenamiento y dispensación. Hemos adoptado una actitud firme, incluso beligerante, frente a donaciones de “modernos” psicofármacos, sin duda útiles y modernos, pero poco adaptados a las circunstancias y condiciones locales. Un vademecum excesivamente amplio no hace sino dificultar el trabajo de los sanitarios, desorientando con una larga letanía de nombres, a veces en varios idiomas, a médicos, farmacéuticos, y al mismo paciente. Y lo que es más grave, no garantizando la continuidad del tratamiento.

4. Apoyo, motivación, asesoramiento, formación y supervisión del personal sanitario local y, en particular, de aquellos que están a cargo de la salud mental, de forma que se conviertan en los auténticos protagonistas del Sistema de Salud Saharaui, capaces de reconocer y analizar en el contexto psicosocial la patología psiquiátrica y el sufrimiento emocional de los individuos y los grupos (Taller de Asesoramiento, Formación y Reciclaje en Psicología y Salud Mental). Nuestro programa de cooperación está orientado a la promoción y desarrollo, y sólo de forma marginal, aunque inevitable, a la asistencia directa.

5. Actividades de promoción de la Salud Mental, fundamentalmente a través de la Asociación de Mujeres Saharaui, que se han convertido en un factor de singular importancia como agentes de cambio social, tanto por su interés y motivación como por su organización, influencia y penetración en la vida social y familiar (Cursos de crecimiento y Desarrollo Personal).

Metodología:

En estos años se han venido realizando 2 viajes de 15 días al año de profesionales de Salud Mental (generalmente psicólogo y psiquiatra). Estos viajes se complementan y coordinan con los del Equipo de salud Mental de Valencia (*Salam*). Se visitan los hospitales de todas las *wilayas* y otros centros sanitarios y educativos: Hospital Psiquiátrico 12 de Octubre, Hospital Militar, Centro de Parapléjicos, Hospital Nacional de Rabouni... En todos se pasa consulta, revisando la dotación de psicofármacos en las farmacias y se mantienen reuniones con el personal asistencial. Así mismo se realizan viajes puntuales de carácter administrativo para supervisión de obras, recepción de envíos...

Hemos contado con el apoyo insustituible de los técnicos para la acometida de las obras, así como la instalación, puesta en marcha y reparación de los equipos mecano-eléctricos y electrónicos, sacando tiempo y ánimos para formar a los técnicos locales.

Resultados de la actividad asistencial:

Durante este tiempo se han visto unos 1.500 pacientes, de los que aproximadamente un 10% constituyen patología banal o mal derivados (el caso del paciente con una dermatitis seborréica en cuero cabelludo que acude a consulta porque somos los “médicos de la cabeza”); del mismo modo somos conscientes de que esto supone cerca del 60% de la población tributaria de asistencia neuropsiquiátrica. Por tanto, un buen contingente de pacientes siguen “ocultos” por causas diversas, entre las que destacan: dificultades de identificación y detección del problema por parte de las familias y/o agentes sanitarios, dificultades en la comu-

nicación y aviso de nuestra visita, dificultades de transporte de pacientes hasta el lugar de consulta.

Los pacientes vistos, en líneas generales, se pueden clasificar:

- 1/3 niños con problemas fundamentalmente neurológicos (epilepsias, parálisis, oligofrenias) en gran medida secundarios a embarazos y partos distócicos (partos prolongados con nulas condiciones de higiene, madres anémicas...), junto con retrasos en el crecimiento y desarrollo por malnutrición.
- 1/3 “grandes cuadros psiquiátricos” (esquizofrenia, PMD), para los que es difícil garantizar un tratamiento psicofarmacológico continuo, observándose frecuentes recaídas por falta del mismo.
- 1/3 trastornos de ansiedad y humor (“trastornos neuróticos”, en el sentido clásico y genérico), muy en relación con las condiciones de vida anteriormente descritas y que tienden a expresarse como “trastornos por somatización”.

DESARROLLO Y MUJER SAHARAUI

Como ya se ha dicho, la mujer tiene un papel relevante en la RASD, debido a los “privilegios” conseguidos durante una guerra de casi veinte años. Así, mientras los hombres estaban en el frente, fueron ellas las que se hicieron cargo de la vida cotidiana en los campamentos, y sin tener una preparación, ejercieron de maestras, sanitarias, administradoras..., manteniendo la organización y dinámicas sociales. Fruto de esta situación se han ganado el respeto de los hombres, conquistando una

posición más avanzada que el resto de países árabes.

La sede de la UNMS (Unión Nacional de Mujeres Saharaui, en el que militan cerca del 80% de las mujeres refugiadas) está en el “27 de Febrero”, donde radica la Escuela de Mujeres, con diversos talleres de formación profesional. Esta Escuela es el símbolo de la ruptura con los prejuicios, miedos y prohibiciones que ataban a las mujeres y es el escenario al que ha sido llamada la mujer saharauí. En torno a la actividad de estas instituciones se ha asentado un importante contingente poblacional, constituido fundamentalmente por mujeres en formación y sus familias, de forma que se ha constituido una *wilaya*.

Los objetivos de la UNMS pretenden, a través de la formación, potenciar, dignificar y activar el papel de la mujer en una sociedad de costumbres tradicionalmente machistas, e impedir que, a la finalización del conflicto y con el retorno a su tierra, se produzca un proceso involutivo en sus niveles de autonomía y responsabilidad social, viéndose relegadas a los límites de sus *haimas*, el papel tradicional de madres y esposas.

La integración de las mujeres en el desarrollo se debe considerar como un proceso para facilitar la adquisición de poder (“empowerment”), entendido como la capacidad para aumentar su autonomía y convertirse en agente de cambio de sí misma y del conjunto social, y no como mero factor de producción o como un medio para aumentar la eficacia de las acciones de desarrollo⁵.

Para ello, organiza de forma continua diferentes actividades culturales y formativas en las que nuestro Proyecto de Cooperación participa a través de los cursos de “Crecimiento y Desarrollo Personal” dirigido a mujeres, y “Taller de Asesoramiento, Formación y Reciclaje

en Psicología y Salud Mental”, dirigido a psicólogo/as locales.

PROGRAMA FORMATIVO

Cursos de Crecimiento y Desarrollo Personal

Consta de dos cursos de 15 días, con temas complementarios que forman un ciclo completo.

- El primero orientado hacia la “Autoestima”, como elemento indispensable de autoconocimiento y afirmación en un medio físico y cultural hostil, mediante la revisión de los valores, normas e ideas, así como los sentimientos, deseos y frustraciones, de manera que se puedan modificar los comportamientos.

- El segundo titulado “Mujer y Trabajo”, pretende el análisis y valoración de la actividad laboral fuera de casa, en una mujer que, además de mantener su haima (de la que se ocupa de forma tradicional), debe también mantener la dinámica social. Por lo que se desarrollan aspectos como: rol, género y sexo en relación con el trabajo, trabajo en equipo y liderazgo, resolución de conflictos...

Taller de Asesoramiento, Formación y Reciclaje en Psicología y Salud Mental

Con una duración de 50 horas, dirigido a psicólogos saharauis (unos 20, de los que 17 son mujeres), que se han formado en Cuba y que no han ejercido su profesión y que, al regreso a los campamentos, vuelven a tomar contacto con un mundo y una cultura frontalmente distinta de la del país de adopción,

que abandonaron de niños. Por esto el taller consta de dos partes bien diferenciadas:

- Reciclaje y actualización de conocimientos técnicos a partir de módulos de formación teóricos y prácticos
- Toma de conciencia de la realidad y necesidades en materia de Salud Mental de su pueblo, para la adquisición progresiva de responsabilidades asistenciales

CONCLUSIONES

1. Una vez más estamos obligados a denunciar la repercusión sobre la población general, en especial los elementos más vulnerables, de los conflictos bélicos, que sufren de forma crónica las agresiones y carencias.

A pesar de la aparente calma, la sensación de asedio, aislamiento y amenaza que vive el pueblo saharauí refugiado es permanente, con efectos patógenos, tanto sobre los individuos (psicopatología) como sobre el conjunto del entramado social (psicosociopatía). El sufrimiento es una experiencia social además de privada.

En respuesta a esta situación se desarrollan cuadros ansioso depresivos crónicos, que son difícilmente diferenciables de la “fatiga crónica” (a veces, incluso coexisten) y desde luego, los afectados tienen una gran dificultad para identificarlos en el ámbito de lo psicopatológico: culturalmente no pueden admitir sentirse “angustiados” o “deprimidos” sin vivirlo como una especie de insolidaridad o de traición a la lucha por la liberación de su pueblo.

2. Frente a la guerra y el exilio como factores psicopatógenos, el pueblo saharauí cuenta con elementos que le protegen

del desplome moral y que deben ser tenidos en cuenta a la hora de cualquier intervención y, con más razón, si la cooperación es en materia de Salud Mental.

No se puede dejar de lado que es un pueblo con una estructura y dinámicas sociales propias, con características culturales y religiosas específicas de larga tradición y firmemente asentadas, que reclama y lucha por ser independiente en su tierra. Lo contrario es ignorar los mecanismos psicosociales de adaptación y lleva, lo hemos observado con excesiva frecuencia, a:

- Colonización y contaminación cultural: mucho más sutil y dañina que la física, sin dejar de ser lamentable el grotesco espectáculo del utillaje sanitario, a veces de alta tecnología, abandonado en el desierto, devorado por el sol y la arena. Cada cultura tiene una forma propia de

elaborar los acontecimientos traumáticos, integrándolos en su memoria colectiva, por lo que intervenciones psicológicas desde la concepción occidental de “trauma” pueden ser interpretadas como insensibles o impuestas, además de desacreditar a los agentes de salud locales.

- Frustración y desmotivación del personal cooperante, que pueden llegar a expresarse como un cuadro típico de “burnout”, con manifestaciones clínicas que van desde lo depresivo (apatía, desmoralización, abatimiento), hasta la hostilidad y desprecio hacia las personas a las que supuestamente tenía que ayudar. Por más que anecdótica, no deja de ser trágica la experiencia de tener que tratar “in situ” a cooperantes con brotes nítidamente psicóticos consecuentes a dificultades de adaptación a las duras condiciones de vida y al disloque cultural.

¹ Principalmente:

Gobierno Argelino
Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)
Comité Internacional de la Cruz Roja-Media Luna Roja
Programa Mundial de Alimentos (PMA)
ONG's

En 1991 se crea la MINURSO (Organismo dependiente de la ONU para controlar el Plan de Paz y la celebración del Referéndum)

² “El hecho de que los países deban abordar otros problemas sanitarios y que sus presupuestos en salud sean limitados ya no puede aducirse como justificación para no adoptar medidas encaminadas a resolver los problemas en materia de salud mental” (OMS, Informe de la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, 19/05/2001). Además acordaron “que la atención en salud mental debe integrarse en el sistema de atención sanitaria general” (OMS, Inf. cit.)

³ “Puesto que gran parte de la estigmatización de que son objeto las personas que padecen enfermedades mentales es el resultado de una falta de información sobre las causas, y las posibilidades de tratamiento de dichas enfermedades, es necesario proporcionar información precisa y educación a los políticos, las instancias decisorias y los medios informativos, como instrumento fundamental para reducir los prejuicios” (OMS. Inf. cit.)

⁴ “Es indispensable definir las categorías de agentes sanitarios que pueden ser capacitados para administrar psicofármacos y realizar intervenciones psicosociales con un nivel razonable de calidad. Se consideró importante proteger a los profesionales de salud mental que trabajan en condiciones adversas para prevenir las altas tasas de desgaste que se observan entre este personal” (OMS. Inf. Cit.).

⁵ “El objetivo final de lograr un desarrollo sostenible, con equidad de género, no puede ser alcanzado hasta tanto no cambien las relaciones entre los sexos y el sistema de patrones socioculturales que coloca a la mujer en un papel subordinado excluyente e incompatible con su capacidad de tomar parte, en condiciones igualitarias, en una sociedad moderna”. 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. China. 1995

⁶ “Los ministros destacaron la importancia de situar el tema de salud mental en el contexto social pertinente” (OMS, Inf. Cit.)

**“II PROGRAMAS
EN AMÉRICA LATINA”**

La colaboración española en la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina

Itzhak Levav

*Asesor en investigación, salud mental, Ministerio de la Salud, Jerusalén, Israel.
Consultor, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.*

El 14 de noviembre de 1990 se adoptó, durante una conferencia en la cual participaron once países latinoamericanos realizada en Caracas, Venezuela, lo que con el tiempo se conoció como La Declaración de Caracas. La importancia de esta estriba en el hecho de que planteó simultáneamente la necesidad de reestructurar la atención psiquiátrica y de salvaguardar los derechos humanos de las personas con trastornos psiquiátricos en América Latina. Su contenido está imbuido de una orientación humanista y científico-técnica a la vez. (ver Desviat M: La Reforma Psiquiátrica, Editorial Dor. Madrid, 1994).

La Conferencia había convocado trabajadores de la salud mental y, por vez primera a representantes políticos (del ejecutivo y del parlamento), abogados, prensa, así como a un limitado número de usuarios. A esta Conferencia fueron invitados trabajadores de la salud mental y de abogados de países europeos (de España, Andalucía, Cataluña y Asturias) y tres senadores de Las Cortes de España.

La participación europea fue de importancia capital, proveyó de una perspectiva técnica así como de una dimensión política. La primera, en cuanto aportó los resultados de la reforma psiquiátrica en tres comunidades autónomas de España, del Norte de Italia y de Suecia. La segunda permitió a los legisladores latinoamericanos conocer las opciones que se les abría en el ámbito parlamentario en cuanto a legislación y políticas públicas al informarse sobre lo actuado en España. (Levav I: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 39: 285-293, 1993)

ANTECEDENTES

La Conferencia de Caracas fue convocada a raíz de un examen de la situación de los servicios y programas a la luz de las necesidades crecientes de atención en salud mental. En efecto, los resultados de estudios epidemiológicos realizados dentro y fuera de la región que se proyectaron a la población de América Latina revelaban cifras abrumadoras. Era evidente que una Organización de servicios que girara alrededor del hospital mental no podría satisfacer esas necesidades y de hacerlo de manera que asegurara la equidad.

Se sumó a lo anterior el despertar del tema de los derechos humanos con la conclusión de los regímenes militares y su reemplazo por gobiernos democráticos. Con la democracia surgió el interés por extender el tema a las personas con trastornos psiquiátricos, víctimas frecuentes de violaciones sea por comisión sea por omisión.

LA COLABORACIÓN ESPAÑOLA

No solo en relación con la Conferencia antes citada la colaboración prestó señalados servicios, sino que a partir de la misma (1990) se establecieron relaciones de trabajo entre las Comunidades Autónomas y países de América Latina. Así es que trabajadores de salud mental (de psicología, psiquiatría, enfermería, trabajo social) comenzaron la difícil tarea de colaborar con el proyecto de reestructuración. Cabe señalar que a las tres comunida-

des citadas arriba (Andalucía, Asturias y Cataluña) se agregaron Madrid y Galicia. Estos colaboradores visitaron periódicamente Brasil, Chile, Colombia, Panamá, Honduras, Ecuador, República Dominicana, Uruguay, Argentina. En gran parte, la colaboración se ha centrado en problemas del cuidado y la rehabilitación de las personas con trastornos psiquiátricos de manera que adquiriera una orientación comunitaria, tal cual lo recomienda la OMS en su Informe Mundial de la Salud 2001 (WHO, Ginebra, 2001). Con ese objetivo los colaboradores españoles realizaron un número diverso de actividades, a saber:

- Consultoría sobre políticas de salud mental.
- Capacitación de recursos humanos.
- Asistencia técnica diversa.

Con el tiempo, las actividades se extendieron. Así, con el propósito de fomentar la investigación se estableció un programa multicéntrico, que incluye, Chile, Brasil, Argentina, y que es orientado por la Universidad de Granada. En los últimos años, el gobierno de España destacó a una psiquiatra en Panamá a fin de colaborar a tiempo completo con el programa de control de los trastornos depresivos. Cabe destacar que estos trastornos constituyen una verdadera epidemia, tal como lo consideraron los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS. Esta psiquiatra ha colaborado y continúa haciéndolo en diversos estudios, entre ellos el papel de las enfermeras en el control de los trastornos depresivos, ídem por parte de los líderes religiosos, así como por parte del personal de los salones de belleza. Estos estudios son previos a su inclusión en el programa regional de control.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA COLABORACIÓN

Una colaboración internacional es compleja, requiere del conocimiento íntimo del país y sus habitantes y profesionales por parte del colaborante, capacidad para establecer una relación simétrica y, naturalmente, alta capacidad técnica. Un consultor, cabe destacarlo, no es solo un transmisor de conocimientos y técnicas sino una persona que puede

abordar problemas actitudinales e ideológicas, ambas no necesariamente sujeto de una aproximación racional. Por otra parte, las condiciones frecuentemente adversas en países con altos índices de pobreza (v.g., Ecuador) hace necesario que el colaborador sirva de estímulo y contrarreste la desmoralización que puede afectar un trabajo en condiciones no favorables a la tarea profesional.

¿Qué se logra con la colaboración española?:

En grandes rasgos es factible afirmar que merced a ella (y otras que se sumaran a los esfuerzos liderados por OPS/OMS) el proceso de reestructuración abrió espacio tanto político, cultural como profesional. Los Cuerpos Directivos de OPS/OMS la respaldaron en 1997. Resolución CD 40. R19, 1997, la mudanza de la atención intramuros a la comunidad o comenzó o se reforzó, y la sociedad en general acepta mas esta última, a juzgar por las leyes que se adoptaron (v.g., Brasil, República Dominicana).

También es cierto que la tarea esta lejos de haberse concluido o de ser totalmente satisfactorios los resultados obtenidos. La Reforma Psiquiátrica despierta oposición sea por razones ideológicas (lo mas frecuente) sea por razones científicas (las menos), los colaboradores españoles han sabido, por lo general, ayudar a los países a realizar un examen sin pasiones sobre las mejores estrategias a implantarse para el beneficio de la salud mental de las poblaciones, sin aferrarse a la antinomia comunidad vs hospital psiquiátrico que suele agotar todo esfuerzo de cambio.

En conclusión, en un mundo de divisiones esta colaboración es un ejemplo de solidaridad que refuerza el sentimiento que la salud no reconoce fronteras.

BIBLIOGRAFÍA:

DESVIAT M: La Reforma Psiquiátrica, Editorial Dor. Madrid, 1994.

LEVAV I: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 39: 285-293, 1993).

OPS/OMS. Resolución CD 40. R19, 1997. respaldaron la declaración de Caracas.

Declaración de Caracas

Derechos específicos de los enfermos mentales

Para elaborar este listado, cuyo orden no significa necesariamente jerarquías ni prioridades, se ha tenido presente la importante contribución de Gostin sobre Derechos Humanos en Salud Mental y su proposición de 5 reglas internacionales basadas en la experiencia japonesa (Principios de Kyoto, 1987). Asimismo, las disposiciones de las secciones 501 y 502 del Título V de la Ley sobre Sistema de Salud Mental, aprobada por el Congreso de Estados Unidos de América en octubre de 1980 y las pautas para el perfeccionamiento de la atención de salud mental que recomendó un documento de agosto de 1988 de la Subcomisión de Prevención de la Discriminación y Protección de las Minorías de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

(OPS - "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica" - Caracas - 1990)

La Asociación de Psiquiatras Argentinos adhiere a esta Declaración en Reunión abierta de todos sus asociados en el marco del Congreso de Mar del Plata 1991.

- Derecho del enfermo mental a ser tratado en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propias de su condición de persona.
- Derecho a no ser calificado como enfermo mental ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
- Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas éticas.
- Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso, y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.
- Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
- Derecho a que sus antecedentes personales y fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.
- Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso, y de libertad de conciencia y religión.
- Derecho a recibir educación y capacitación adecuadas a su estado.
- Derecho a trabajar y a recibir la remuneración correspondiente.
- Derecho a personalidad civil y a que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento establecido por la ley al efecto.
- Derecho a que en caso de ser inculpado por algún delito u otra infracción criminal, su responsabilidad o inimputabilidad se determinen por un tribunal de justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere el estado de su salud con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos.
- Derecho a un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por la ley para reclamar de toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos.
- Derecho a no ser discriminado ilegalmente en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de salud.

La religión, Chile y la colaboración internacional en salud mental

Benjamín Vicente ^{1,2}

Sandra Saldivia ¹

Pedro Rioseco ¹

Psiquiatras

1-Facultad de Medicina. U. de Concepción. Chile

2-Serv. de Psiquiatría. Hosp. Guillermo Grant Benavente. Concepción. Chile

RESUMEN

No estamos en la 3ª revolución en salud mental, desarrollo de intervenciones comunitarias, sino en una 4ª, la prevención y promoción de salud.. La sociedad globalizada y liberal tiene un estado menos controlador que también da menos apoyo. Aparecen además nuevas y numerosos desórdenes emocionales que requieren atención. La dificultad de extender la promoción de la salud en la prestación de servicios deviene del modelo explicativo anclado en lo individual y en la enfermedad además de la dificultad para definir el concepto promoción de la salud. Lo que se ha hecho en la declaración de Ottawa(1986).

En la Región sudamericana se detecta un cambio de perfil epidemiológico y nuevos grupos de riesgo. Estábamos en los comienzos de la 3ª revolución y ya está en el centro de la atención la 4ª que la Declaración de Caracas se ha comprometido a impulsar.

La colaboración internacional del centro colaborador de Granada (España) a modo de consultoría avanza en el diseño de un plan de modernización y redefinición organizativa de los servicios y redes asistenciales. Describimos sucintamente la situación actual de la red y subprogramas en desarrollo en Chile.

Palabras clave: Salud mental comunitaria. Promoción de la salud mental. Declaración de Caracas. Organización de la red asistencial. Programas específicos.

ABSTRACT

We are not just in the third mental health revolution (communitary psychiatry) but in the fourth one: (promotion and prevention of mental health). State in globalise and liberal society exert less control but also gives less social support. We find also new and a big number of emotional disorders that require assistance. Health promotion is difficult to develop because it goes against common mentality based in illness and individuals. Its definition, as stated in Ottawa statement (1986) is a difficult one.

In south America is detected a change in epidemiology as explained before, as well as new risk groups. We were starting the third revolution and fourth one is already taking attention. Caracas statement in 1990 shows the commitment with it.

International collaboration in Chile by the Granada collaborating centre (Spain) in its auditorial tasks shows the designing of a mo-

dernising and organizative resetting of the system and facilities in the community. We describe in brief the current situation of the system and the specific programs that are being set up.

Key words: Communitary mental health. Mental health promotion. Caracas Statement. Assistance net organization. Specific programs.

INTRODUCCIÓN

Muchos autores estarán de acuerdo que han habido al menos tres grandes revoluciones en el campo de la salud mental o de los desórdenes emocionales. La primera ocurrió cuando Pinel sacó las cadenas y liberó a los insanos de las mazmorras de París y los trajo a la luz. El movimiento humanitario se desarrolla a continuación. La segunda revolución fue iniciada por Freud y llevó a una progresiva comprensión de la dinámica y de la temprana estructuración de algunos desórdenes mentales o emocionales. La tercera revolución, se ha sugerido, fue el desarrollo de las intervenciones especialmente comunitarias, que implicaban tener ayuda adecuada y oportuna para las personas que lo necesitaban en centros comunitarios de salud mental, simplemente “atravesando una puerta”. Ahora, Albee sugiere que estamos en medio de una cuarta revolución de la salud mental. Esta es una revolución que involucra un gran cambio orientado hacia la prevención. Parte con reconocer que nunca será posible controlar la actual epidemia de desórdenes emocionales sólo intentando ayudar a individuos. Acepta, y así queremos nosotros creer, que la doctrina de la prevención junto a la promoción es la única estrategia posible para reducir el estrés generalizado (1).

Parece fuera de discusión que en las últimas décadas hemos estado realmente siendo testigos de un aumento considerable de lo que podríamos llamar una epidemia de des-

órdenes psicológicos o de desórdenes emocionales que ha sido muy bien documentada por muchos investigadores e instituciones tales como la Universidad de Harvard y el Banco Mundial, y nuestros propios estudios (2, 3, 4, 5, 6), por lo tanto no parece necesario reproducir o entregar aquí más datos sobre algo público y bien conocido. Pero no es esta epidemia el único hecho relevante en nuestros días.

Nos hemos ido moviendo, al menos en Chile así como en la parte sur de la región de las Américas, y en la mayoría de los países en desarrollo desde una sociedad preferentemente controlada por el estado, hacia una estructura relativamente más laxa y sin duda con mucho más libertad, tal vez diríamos libertad negativa, aquella que nos permite elegir pero no nos asegura que ninguna verdadera elección pueda ser hecha (7, 8).

Nadie jamás podría haber dudado que la globalización, el libre mercado, los mercados regionales y subregionales habrían de impactar nuestra calidad de vida, pero las profecías a menudo fallan. El Estado tiene ahora menos control pero también entrega menos apoyo. El sector privado no está siempre dispuesto a invertir donde las ganancias no son obvias. Los menos privilegiados, los pobres, los discapacitados, no son o no tienen una buena posición económica en nuestro país, en nuestra región y en la mayoría de las regiones. El activismo (advocacy) de personas y organizaciones interesadas no debe estar solo dirigido hacia los Gobiernos y Estados. El sector privado también debe ser considerado.

Es también contemporáneo, ya sea con la tercera o la cuarta revolución, que otros cambios nos han sobrevenido, muchos de ellos silenciosamente, la mayoría deseados por todos nosotros. Algunos pueden ser considerados como positivos y éticamente imposterables desarrollos como por ejemplo el au-

mento en el nivel educacional de la mujer y su progresivo y cambiante rol en la sociedad. Otros, menos esperados o deseados pero inevitables, sólo mencionemos la urbanización, la contaminación y los muchísimos cambios en nuestra dieta.

Tal vez el maíz, el trigo, las papas, las empanadas y el pescado no era todo lo que necesitábamos pero seguramente los Mac'Donalds, los Kentakyes y los Doggies no fueron el mejor cambio ni el mejor negocio posible.

Esta cuarta revolución pone nuevas demandas a las personas que estamos trabajando en el área. Estrategias deben ser encontradas para desarmar esta compleja red de causalidad social. Exige que dejemos de mirar o de poner exclusiva atención a los problemas del individuo. Debemos levantar los ojos, cambiar nuestros focos hacia la comunidad, hacia la sociedad. Debemos ver la patología individual como un reflejo de una patología social más general y debemos desarrollar esfuerzos activos para cambiar y mejorar las condiciones de vida, para reducir el estrés innecesario y aumentar las oportunidades y la capacidad de ser felices. Las familias que viven en la pobreza y sufren discriminación constituyen un grupo especial de alto riesgo que requiere nuestra ayuda focalizada y nuestra especial atención. Las actitudes en salud mental deben cambiar de la búsqueda exclusiva de causas desde una perspectiva o modelo de patología individual a una perspectiva o modelo de patología más orientada a la sociedad y comunidad, más orientada a la prevención.

No tenemos la intención de sugerir lo que debieran ser las acciones de salud mental tampoco criticar, ni siquiera describir críticamente, lo que muchos servicios, unidades y agencias gubernamentales, gobiernos y grupos interesados están haciendo ahora gracias a la colaboración internacional entre otros insu-

mos. Sólo queremos asegurarnos de que todos y cada uno hagan suyos en un futuro próximo, no sólo los objetivos de la prevención sea ésta primaria, secundaria o aún terciaria sino abrir nuestro horizonte, alzar la mirada hacia un mundo donde la promoción sea una estrategia predominante. Organizaciones Internacionales como la Federación Mundial de Salud Mental nos propone:

1. Aumentar la conciencia pública acerca de la importancia de la salud mental, ganar la comprensión de las personas y mejorar sus actitudes acerca de la salud mental.
2. Aumentar o mejorar el cuidado y tratamiento de aquellos con desórdenes mentales y psicológicos.
3. Prevenir los desórdenes mentales, neurológicos y psicológicos, y.
4. Promover la salud mental y el mejor funcionamiento global.

En suma, mejorar la calidad de nuestras vidas.

Pero aún más allá, esperamos que algunas áreas o tópicos no tradicionales puedan ser explorados, tales como el mercado laboral, las identidades culturales, temas ecológicos y ambientales, la creciente disminución en la autoestima de los individuos, los conflictos generacionales, la desconfianza generalizada y muchos otros que producen sufrimiento y disminuyen la calidad de vida pero no necesariamente nos enferman o nos discapacitan.

El Banco Mundial y otros, incluidos nosotros mismos, tendemos a reaccionar más rápido y generosamente ante el enfermo discapacitado y no ante quien simplemente no es feliz. ¿Quién debe ser nuestro principal objetivo?

Los modelos explicativos que a menudo

usamos para intentar entender los orígenes y las causas de los desórdenes mentales influyen en gran medida tanto nuestras estrategias para la intervención individual como nuestras estrategias para la prevención en general. Cualquiera que esté familiarizado con la historia de la psicología, la psiquiatría y la salud mental, verá claramente que estos dos modelos corresponden a una antigua dicotomía (naturaleza-ambiente, cuerpo-alma, materia-espíritu). La pregunta central permanece ¿las personas emocionalmente alteradas sufren o están afectadas por alteraciones genéticas o bioquímicas o son víctimas de fuerzas sociales como la pobreza, la explotación, la baja autoestima o tal vez una combinación de ambos?

La realidad nos revela que la promoción de la Salud Mental tiene una presencia mínima en el modelo actual de prestación de servicios de salud, como consecuencia de la dificultad con la definición de salud, mucho menos acotada que la de la enfermedad y con el desconocimiento, en su operacionalización, de lo que podríamos llamar la “historia natural de la Salud Mental”. La Salud Mental no tiene un valor absoluto sino que depende de los ideales y valores que al respecto definen las personas y los pueblos y estos varían en diferentes circunstancias, especialmente a lo largo del ciclo vital. En consecuencia se requiere darle especificidad a la promoción de la Salud Mental acorde con los ideales de salud a fin de establecer el “que” para luego realizar el “como”.

La promoción de la salud es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Tomando como punto de partida, la defi-

nición de Promoción de Salud expresada en la Carta de Ottawa (1986), la Promoción de la Salud Mental vendría a ser el proceso mediante el cual la población es capaz de asumir el incremento del control sobre su salud mental y de mejorarla, para lo cual debe ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades o controlar el ambiente. Esta declaración reconoce como requisitos fundamentales para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad.

LA REGIÓN

Los cambios políticos, sociales y económicos, unidos al mayor desarrollo tecnológico que ha experimentado la mayoría de nuestros países en la Región de las Américas, en los últimos años, han producido una mejor calidad y una mayor expectativa de vida de la población. Asociado a lo anterior se produce también un cambio en el perfil epidemiológico, en el cual se observa que surgen nuevos grupos con riesgo de sufrir otros tipos de problemas de Salud. Además, con el aumento de la conciencia sobre la importancia de lograr una existencia plena, ha surgido el desafío de buscar estrategias que permitan, por un lado, promover estilos de vida saludables y, por otro, prevenir la ocurrencia de fenómenos que afecten negativamente el logro de este objetivo, como serían las enfermedades no transmisibles vinculadas a los problemas de Salud Mental. La tarea de llevar adelante tal desafío corresponde, a la sociedad en su conjunto, pero son los Gobiernos y los respectivos responsables del sector salud quienes tienen un rol fundamental y protagónico.

Es probable que las personas no expresen su necesidad de bienestar en términos de

Salud Mental, porque quizás la palabra "Mental" les resulta equívoca y despierta prejuicios, pero que busquen alivio a su infelicidad, su angustia y estado psicosocial deficiente. Lo común es que el individuo se interese más por su disfrute de la vida, su estado de ánimo y por su relación social que por su salud física, el individuo necesita algo más que sólo atención centrada en los aspectos biológicos.

A fines de la década de los '80 la mayoría de los países de nuestra región, recién terminaban de asimilar las consecuencias de la segunda revolución que mencionábamos más arriba y la tercera sólo ocupaba los titulares de algunos medios especializados y era el objetivo central de grandes reuniones de expertos, políticos y administradores que dieron origen a la conocida Declaración de Caracas. Panamá es la sede donde en 1990 la OPS y la Colaboración Internacional se reúne para evaluar el progreso de esta tercera revolución. Los resultados no son del todo alentadores.

COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Ya desde comienzos de la década de los '90 en Chile la cooperación internacional se hizo realidad en una serie de 7 consultorías realizadas por el Prof. Francisco Torres-González cubriendo desde 1991 a 1999.

En uno de los primeros informes de esta serie de asesorías el Prof. Torres afirmaba "el equipo técnico del Ministerio y el conjunto de responsables contactados, parecen disfrutar de criterios claros, respecto a cómo modernizar la oferta de hospitalización psiquiátrica en todo el país, o a cómo instaurar un sistema descentralizado de atención a las urgencias psiquiátricas, por poner otro ejemplo. La ejecución del plan

no debería tener otras dificultades que las derivadas de la asignación de recursos, de la fijación de prioridades, y del establecimiento de ritmos". "Sería deseable poder disponer cuanto antes de un documento claro, de obligado cumplimiento a través de la desconcentración y de la autonomía de los servicios regionales, de asignación de recursos, prioridades y ritmos". "Sería también deseable que se definiesen las redes territoriales de recursos de base comunitaria, así como sus circuitos, niveles y modos de intervención, en relación con la difusa solución de continuidad, siempre presente entre el nivel primario de atención a la salud y el nivel especializado".

En las últimas consultorías, como un claro reflejo de un progreso algo lento sin logros espectaculares, termina sugiriendo:

"Siguen vigentes otras recomendaciones de informes anteriores relativas al diseño de redes salud mental comunitaria, a los COSAMs, o a la rehabilitación psicosocial y los programas correspondientes: centros de día, residencias alternativas, y la integración social mediante la promoción de empleo. Se hace especialmente urgente el procedimiento de acreditación".

Permítase reproducir textualmente una recomendación contenida en el primer informe de 1991, que hacía referencia a la necesidad de "Elaborar un programa de reforma en profundidad de los hospitales psiquiátricos, o de cierre en el caso que fuese preferible, estableciendo nítidamente sus objetivos y sus funciones dentro de un contexto en el que la corriente internacional aboga por un menor protagonismo en beneficio de otros dispositivos más pequeños, más versátiles y más enraizados en la comunidad".

"El MINSAL debería incorporar entre

sus primeras prioridades la dotación de un servicio de atención a urgencias psiquiátricas durante las 24 horas, que esté vinculado a cada servicio de psiquiatría de las regiones centrales del país que cuente con camas psiquiátricas”.

CHILE

Chile goza de un sistema sanitario desarrollado que hunde sus raíces contemporáneas, en uno de los primeros servicios nacionales de salud surgidos tras la segunda Guerra Mundial.

Avatares históricos más recientes, como la recesión económica mundial de los 70 y la prolongada dictadura, le han conducido a una situación a comienzos de los '90 mucho menos brillante; en la que, con carácter general, los responsables han de abordar el crecimiento y la modernización de todo el sistema sanitario, partiendo de una inferioridad estructural del sector público.

Las atenciones a las patologías de salud mental se vienen realizando históricamente en los establecimientos hospitalarios de Chile, con mayor o menor aplicación de recursos y sin mucha cobertura. La existencia de hospicios, sanatorios u hospitales psiquiátricos se llevaron el peso de las atenciones de enfermedades mentales hasta hace unas pocas décadas y estaban orientados principalmente hacia la internación de los enfermos. Esta situación fue cambiando hacia un modelo de desinternación y de incorporación de su tratamiento en los hospitales generales a través de la atención especializada mediante la psiquiatría y psicología, y más recientemente con la incorporación de la promoción y atención básica y diagnóstica en la atención primaria. Si bien desde 1990 se vienen realizan-

do en forma progresiva algunos subprogramas, y con la creación de una Unidad de Salud Mental (USM) en el Ministerio de Salud se inicia un periodo de normativización técnica y uniformidad en el tratamiento de las patologías así como en la aplicación de mayores recursos, aun cuando ello ha sido parcial en el tiempo, sólo el año 1999 se oficializa como Programa de Salud Mental (9).

Esta Unidad de Salud Mental del MINSAL ha venido desarrollando una serie de Sub-programas, aún cuando algunos de ellos no son más que “inversiones, campañas, fondos, apoyos”, entre éstas están: gestión de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud; Alcohol y Drogas; Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar; PRAIS; Depresión; Trastornos Psiquiátricos Severos y Psiquiatría Forense. Ellos buscan responder a los problemas más prevalentes en esa área, pero su priorización y puesta en marcha dependen de cada Servicio de Salud.

Orgánicamente, la USM forma parte del Departamento Programa de las Personas de la División de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. En el ámbito ministerial existen además dos comisiones directamente relacionadas con el área temática de la Unidad: la Comisión Nacional de Protección a Personas con Enfermedad Mental; y la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense. El nivel ejecutor del programa lo conforman los 28 Servicios de Salud (de los cuales dependen los establecimientos secundarios y terciarios) de todo el país y las Municipalidades a través de sus Departamentos o Corporaciones de Salud (Atención Primaria).

Según estudios recientes, la prevalencia de enfermedades mentales en la población chilena de 15 años y más alcanzaba a un

22% de la muestra, en los seis meses previos al estudio (6). Por otra parte, la prevalencia de trastornos mentales en la población consultante en el nivel primario de atención en Santiago de Chile ha sido estimada en 52.5%, con una importante presencia del diagnóstico de depresión, que alcanza a 29.5%² (10). La prevalencia en Chile es la más alta de los 15 países participantes del estudio. Complementariamente, el estudio de la carga de las enfermedades en Chile señala que las enfermedades mentales, incluida alcohol y drogas representaban en 1993 el 15% de la carga por muerte prematura o discapacidad (11). De acuerdo a las proyecciones de la OMS esta proporción se elevará por sobre el 20% en el año 2020 (12).

Con relación a alcohol y drogas, los estudios llevados a cabo por CONACE permiten establecer la existencia de una alta prevalencia de consumo, iniciándose cada vez en edades más tempranas. El consumo de marihuana registra un aumento desde un 1,84% de prevalencia mes el año 1994 a un 2.76% en el estudio del año 2000. De acuerdo a este último estudio, un 20.25% de los chilenos han consumido una droga ilícita alguna vez en su vida correspondiendo a marihuana un 19.8%, pasta base 2.7%, y clorhidrato de cocaína 4.6% (13).

Si a ello se unen factores como las consecuencias asociadas a la cronicidad de muchos cuadros psiquiátricos, la carga que ello implica para la familia, la emergencia de nuevos patrones de consumo de alcohol y drogas, que aumentan la población en riesgo al disminuir la edad de inicio del consumo y aumentar éste en el grupo de mujeres, la existencia de un Programa de Salud Mental se justifica como respuesta sectorial a una demanda potencial que requiere acciones de prevención, tratamiento

y rehabilitación en sus diversas patologías.

PREVENCIÓN

Las perspectivas de prevención primaria a menudo nos llevan a concluir que la manera más sensata y adecuada de mejorar la salud y el bienestar de los individuos y sus familias es a través de cambios políticos y sociales que conduzcan a un balance adecuado de poder y oportunidades para las mujeres, los grupos étnicos minoritarios y los pobres o marginados. La meta a largo plazo es construir una sociedad en la cual cada individuo y cada familia tenga la posibilidad de realizarse y de ser feliz.

Las estrategias individuales están claramente ancladas en el modelo de prevención de las enfermedades que no es más que una hábil, y en ocasiones atractiva, extensión de la teoría de los gérmenes como explicación de toda patología. Sin embargo se está haciendo cada vez más evidente aún para las enfermedades físicas que las etiologías son mucho más complejas, dependiendo no sólo de la interacción de un gran número de factores sino también del momento en que el evento ocurra en la historia vital de cada individuo.

Las estrategias colectivas son una invitación a nuestra creatividad que han tenido algunos interesantes aunque fracasados desarrollos filosóficos, sociales y políticos en el pasado cercano. El desafío sigue presente, desafortunadamente el financiamiento tiende a fluir hacia estrategias individuales pero, en verdad, no llegaremos a ninguna parte enfrentando la presente epidemia sin un esfuerzo masivo y colectivo que sólo podrá ser construido en la actual coyuntura en la que está el movimiento de la Salud Mental en el mundo.

Un tratamiento podría ser adecuado para una crisis aguda pero es la rehabilitación lo

que se necesita para un fenómeno crónico y en rápido crecimiento.

Afortunadamente la conciencia colectiva está también creciendo y con el esfuerzo de todos y cada uno de los agentes involucrados podremos prolongar la actual tendencia hacia el futuro y convertir en realidad un gran sueño: Salud Mental para todos hoy y siempre.

Agradecimientos: Al Prof. Francisco Torres-González por habernos permitido conocer y aprender y comentar su valioso aporte entregado a la Salud Mental Chilena en la década pasada.

Dirección de Contacto: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Casilla 160-C, Concepción-Chile.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBEE, G. The fourth revolution. In: Promotion of Mental Health. Trent, D. & Colin R., (eds), Aldershot: Asligate Publishing Limited, 1994.
2. VICENTE, B., RIOSECO, P., VIELMA, M., URIBE, M., BOGGIANO, G., TORES, S. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. Rev Psiquiatría, 1992, 9 (1), 1050-1060.
3. VICENTE, B., SALDIVIA, S., RIOSECO, P., VIELMA, M., ESCOBAR, B., MEDINA, E., CORDERO, M.L., CRUZAT, M. Y VICENTE, M. Trastornos Psiquiátricos en diez comunas de Santiago: Prevalencia de seis meses. Rev Psiquiatría, 1994, 11 (4) 194-202.
4. VICENTE, B., RIOSECO, P., SALDIVIA, S., MADARIAGA, C., VIELMA, M., MUÑOZ, M., REYES, L., TOME, M. Prevalencia de vida y de seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la población de 15 años y más de la provincia de Iquique. Rev Psiquiatría, 1998, 15 (2): 59-69.
5. VICENTE, B., RIOSECO, P., VIELMA, M., BOGGIANO, G., SILVA, L., SALDIVIA, S. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Cautín-Chile. Rev Psiquiatría, 2000, 17 (2): 75-86.
6. VICENTE, B., RIOSECO, P., SALDIVIA, S., KOHN, R., TORRES, S. Estudio chileno de prevalencia psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Med Chile, 2002, 130: 527-536.
7. VICENTE, B., VIELMA, M. Chile. In: International Handbook on Mental Health Policy. Kemp (eds). London: Greenwood Press, 1993.
8. VICENTE, B., VIELMA, M., JENNER, F.A., MEZZINA, R. & LLIAPAS, I. User's satisfaction with mental health services. Int J Soc Psychiatry, 1993, 39 (2), 121-130.
9. MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, Chile, 1999.
10. FLORENZANO, R. Frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en salud en Santiago de Chile. Acta psiquiatr psicol Am Lat, 1997, 43 (4): 283-291.
11. CONCHA, M., AGUILERA, X., GUERRERO, A., STEVENS, P. Estudio de carga de enfermedad. Ministerio de Salud – Chile, 1996.
12. MURRAY C., LOPEZ, A. The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. World Health Organization, Harvard School of Public Health & World Bank Global Burden of Disease and Injury Series. Cambridge, 1996.

COLOMBIA: Del Coronel Buendía a Rosario Tijeras

Tiburcio Angosto Saura

Psiquiatra

Jefe de Servicio

Vigo

Muchos años después, frente al pelotón de fusilamiento, el coronel Aureliano Buendía había de recordar aquella tarde remota en que su padre lo llevó a conocer el hielo. “Cien años de soledad” G.Gª Márquez, 1967

Aquella mañana del 9 de abril de 1948, Juan Roa Sierra, probablemente un esquizofrénico¹, no estaba delante del pelotón sino del espejo, como exageradamente hacía otras muchas veces a lo largo de los últimos tiempos. Solo sabía que aquella mañana infausta, iba a matar a un hombre, pero no podía ni siquiera intuir que iba a impedir cambiar el destino de todo un país cuando asesinó, a las 13 horas de ese día, en la Carrera 7ª de Bogotá, a Jorge Eliécer Gaitán, político honesto y con gran apoyo popular, que aspiraba a la presidencia de Colombia y que tenía entre sus prioridades acabar con la corrupción política. Juan Roa Sierra fue linchado, unas horas después, por la muchedumbre que lo detuvo y nunca se llegó a saber con certeza cual fue el motivo real que le llevó a disparar precisamente a Jorge Eliécer Gaitán.

Los sociólogos colombianos cifran en este hecho, ocurrido hace más de 50 años, el inicio de la situación actual de descomposición social y violencia en la que vive Colombia.

A partir de aquellos días los partidos liberal y conservador se alternan en el poder de tal forma que las elecciones son algo que ocurre cada 4 años con apenas variación en lo que se refiere a verdaderos cambios políticos y sociales.

Desde entonces, Colombia uno de los países más ricos del mundo en recursos naturales •acabó convirtiéndose en el país que:

- Tiene los índices de violencia y secuestros más elevados del mundo.

Existen desplazamientos masivos de población que huye de una guerra no declarada de los cuales, en los últimos 15 años, algo más de 1 millón son niños.

- Continuamente se realizan denuncias por violación de los derechos humanos por parte de las autoridades y de otros grupos sociales.

Existe una impunidad generalizada ante la corrupción: Se dice que las FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia) se organizaron ante el abuso por parte del ejército contra bienes de *Tirofijo* su líder, cuando le quitaron los animales de su pequeña granja.

- Tiene la tasa más alta de incidencia del narcotráfico que impregna a todos los componentes del tejido social, siendo el país mayor productor de cocaína del mundo.

Posee un importante y elevado desprestigio de las instituciones del Estado centrado en: fraude electoral, uso indebido de auxilios

parlamentarios y del presupuesto público para financiar campañas, ingreso de dineros calientes, atomización de los partidos, etc etc. Todo estos aspectos han llevado a un notable descenso de la confianza de los ciudadanos en los principios democráticos².

ALGUNAS CIFRAS

Colombia “parece tener” en la actualidad 44.000.000 de habitantes con una densidad demográfica⁴ de 32,4 hab/Km².

Tiene una población indígena repartida en 81 poblados que representa el 1,7% mientras que la población de origen africano es del 25%.

Dentro de las cifras más crueles se encuentra el maltrato a la niñez. Dos de cada 10 niños de 6 a 11 años no asisten a la escuela primaria. En el 2001, había 6.000 niños enrolados en los grupos armados ilegales y 5.250 menores han muerto por minas antipersonales en los últimos ocho años. Se reciben 30 denuncias diarias por abusos sexuales en menores y alrededor de 25.000 niños ejercen la prostitución. El suicidio infantil alcanza la cifra de 100 niños al año.

El 64 por ciento de la población es pobre, es decir 28.6 millones de colombianos, de estos, el 23 por ciento, vive en extrema pobreza con menos de un dólar al día.

El presente artículo tiene como base la asesoría técnica en salud mental realizada a través de OPS mediante una Carta de entendimiento para la cooperación técnica, docente e investigadora entre la Organización Panamericana de Salud y la Consellería de Sanidade del Gobierno autónomo de Galicia.

Esta asesoría, se inicia en Diciembre de 1998. A través de ella se han visitado 20 centros asistenciales repartidos por todo el país así como se han mantenido diversas reuniones con representantes sanitarios del gobierno de la nación y autoridades departamentales, (equivalentes a los gobiernos autónomos de España).

A través de la asesoría se han realizado además actividades de capacitación en la forma de seminarios sobre neuropsicología, epidemiología y bioética.

- Los objetivos de la asesoría se centran en:

- Establecer toma de contacto con responsables colombianos de Salud Mental y analizar marco de colaboración.
- Analizar situación de la asistencia a la salud Mental en Colombia.
- Asesorar sobre reestructuración de la atención psiquiátrica.
- Sensibilizar a profesionales que trabajan en Salud Mental sobre Declaración de Caracas⁵.
- Establecer programas de habilidades en salud mental para médicos de atención primaria.
- Colaborar en actividades de capacitación

SITUACIÓN SANITARIA

En 1993 el gobierno colombiano con el fin de mejorar la equidad de la atención sanitaria elabora y publica la llamada Ley 100, reforma de corte neo- liberal que tenía como principal objetivo llegar a una cobertura sanitaria del 100% de la población. Para ello separa las funciones de prestación de servicios de las direcciones del sistema de tal forma que reduce la función pública del estado en la asistencia a modular, implantar y monitorizar las reglas de la atención del sistema de salud, imprimiéndole una dirección estratégica.

Estos objetivos que a priori parecían aceptables han conseguido una sanidad caótica y muy poco equitativa de tal forma que la medicina prepagada se ha fortalecido, el régimen subsidiado, es decir la cobertura asistencial de los mas desfavorecidos, tiene un plan de beneficios que apenas llega al 70% del contributivo por el cual los pobres tienen so-

lamente un 58% de posibilidades de ser atendidos y una cobertura de aseguramiento de apenas 39% frente a un 80% de los ricos.

En mayo de este año, *El Tiempo*⁶, diario colombiano más prestigioso, denunciaba que hace diez años el país era ejemplo para América Latina en vacunación, sin embargo en la actualidad se había incrementado notablemente la tasa de sarampión, síntoma importante que la sanidad no estaba funcionando bien.

En el 1º Congreso Nacional por la Salud celebrado en Bogotá, en Octubre del 2001 con el lema “*La salud en Colombia de cara al S.XXI: entre la desigualdad y la violencia*” centraron la configuración de la falta de equidad en salud en la intervención de los siguientes factores:

- Las barreras económicas; las diferencias entre ricos y pobres cada vez son mayores y la falta de inversión en obras sociales y de solidaridad de los más ricos. Por ejemplo entre 1984 y 1997, 300 propietarios con posesiones superiores a 2.000 hectáreas incrementaron sus propiedades con 31 millones de hectáreas. Mientras, 500 mil campesinos incrementaron sus propiedades en 238.000 hectáreas, equivalentes a media hectárea, promedio, por familia.
- La disminución en los planes de beneficios y en las posibilidades de acceso a los servicios.
- La priorización de la rentabilidad sobre la solidaridad
- El precario papel del estado frente a la salud y la política social

No es de extrañar cuando la prioridad del gasto estatal es; la seguridad, la guerra contra la guerrilla (FARC, AUC, ELN, etc.), y el pago de la deuda externa⁷, mientras un monto no cualificado, pero considerable, de recursos se pierde por la corrupción.

El actual sistema colombiano de salud con-

serva una ideología hospitalocéntrica y sobre todo de fomento de un modelo de gestión mimético de la empresa privada sanitaria, es decir la Ley 100/93 ha convertido todos los servicios sanitarios públicos en Empresas Sociales del Estado de tal forma que tienen que buscar sus propias vías de financiación mediante acuerdos con las entidades aseguradoras, lo cual ha acabado favoreciendo la creación de hospitales en demérito de los servicios comunitarios o ambulatorios ante la falta de planificación sanitaria del estado. Con esta Ley, especialmente la asistencia a la Salud Mental, ha salido francamente perjudicada.

En el citado artículo del diario El tiempo, aparecido poco antes de las últimas elecciones presidenciales, entre otros muchos aspectos en los que analizaba los problemas que se iba a encontrar el nuevo presidente salido de las urnas, respecto a la sanidad indicaba que:

- 16,9 millones de colombianos, de los estratos 1 y 2 (los más pobres), están por fuera del sistema oficial de salud.
- Las enfermedades infecciosas transmisibles como la malaria, dengue clásico y hemorrágico, tuberculosis (TBC), leishmaniasis y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) presentan una alta incidencia.
- Cerca de 20 hospitales de II y III nivel (los de más complejidad) de los 160 que hay en el país atraviesan por una crítica situación.
- En concepto de Elusión y Evasión dejan de entrarle en un año al sistema de salud 197 millones de dólares.

Visto lo anterior resulta sorprendente el resultado del **Informe sobre La Salud en el Mundo del año 2000**, (OMS) por el cual Colombia ocupa ¡¡ el primer lugar del mundo en cuanto a la equidad⁸ de la contribución financiera y el 22 en eficiencia del sistema de salud!!. Informe que cuando se hizo público dejó estupefactos a muchos profesionales co-

lombianos y más de un dirigente de este país.

LA SALUD MENTAL:

** En la denominación colombiana se refiere con Unidades de Salud Mental a las unidades de hospitalización en hospitales generales y consultas externas a los dispositivos ambulatorios.*

Tal y como vemos en el cuadro anterior el crecimiento de camas psiquiátricas ha sido espectacular tanto en el ámbito público como privado.

Este Cuadro 2 muestra los datos tomados del estudio realizado por la Gobernación de Antioquia: *La salud mental en Antioquia* (1999) y los compara con las cifras que nos proporciona el DSM-IV. Observamos la alta prevalencia del síndrome de stress posttraumático. Aunque tal vez con relación a los datos del DSM-IV que aporta una horquilla demasiado amplia, no parece tanto, sin embargo si muestran cifras relativamente altas al compararlas

CUADRO 2

PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS				
TRASTORNO DEL DSM-IV	COLOMBIA			
	Hombres	Mujeres	Total	DSM IV
	%	%	%	%
Depresión mayor	0,7	3.0	1,9	5
Síndrome estrés post-traumático	5,9	1.2	3,5	1 y 14
Trastorno de pánico	0,1	0.1	0,1	1,5 y 3,5
Fobias	0,2	0.1	0,2	9
Trast. Ansiedad generalizada	1,7	0.9	1,3	5
Trastorno Obsesivo-compulsivo	2,4	3.8	3,1	1,5 y 2,1
Anorexia	1,3	2.4	1,8	0,5 y 1
Esquizofrenia	0,5	0.6	0,6	0,5 y 1

CUADRO 1

COLOMBIA		
Recursos atención a la Salud Mental		
	1999	1996
Hospitales oficiales:	12	11
Hospitales y clínicas privada	29	29
Unidades de salud mental*:	20	20
Consulta externa*:	43	42
Camas Hosp. Públicos:	5655	2360
Camas Hosp. Privados:	6445	2470

Ascofame, 1998.
Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios, 1999.
Fuente: Diagnóstico situacional y análisis de la oferta institucional. Jairo Alfaro

con los datos del estudio clásico de Keane⁹ de 1989. Los cuadros fóbicos y los Trastornos por ansiedad generalizada aparecen significativamente bajos.

Al lado de hospitales y unidades de hospitalización psiquiátrica en los cuales el gobierno departamental ha hecho un gran esfuerzo para proporcionar una atención psiquiátrica muy digna, tanto en el sentido técnico como en el de

derechos humanos, (CARI de Barranquilla, Hospital Psiquiátrico de Pereira, Hospital Psiquiátrico de Finlandia, etc.), existen demasiados hospitales en los cuales los pacientes soportan una situación de hacinamiento y de ausencia de derechos humanos. Esto ocurre sobre todo en hospitales psiquiátricos de la red pública y menos en unidades de hospitalización en hospitales generales. En ellos podemos encontrar habitaciones que albergan hasta 20 o 30 camas sin apenas servicios ni armarios para guardar sus pertenencias con unas condiciones de vida precarias y gran deterioro del hábitat en el que viven los pacientes asilados.

Por otro lado en algunos hospitales existe un alto porcentaje de internados de los cuales no se conoce su procedencia ni siquiera su identidad si bien en la actualidad y por problemas de cobro de tasas se está legalizando esta situación proporcionándole una nueva identidad... inventada por los cuidadores.

No existe una legislación de ingreso involuntario de tal forma que en el país con las tasas más altas de secuestro del mundo sería muy difícil diferenciar un internado en un establecimiento sanitario en contra de su voluntad, de alguien retenido por la fuerza con el ánimo de cobrar rescate.

No existen programas de Rehabilitación y reinserción social de los pacientes asilados y en muchos casos no hay separación entre agudos y crónicos.

Habitualmente la Administración pública (que suelen ser los gobiernos departamentales) deja la dirección de un hospital determinado, mediante concurso público, al mejor postor. Estos administradores, que suelen ser empresas privadas, administran la cantidad de dinero ofertada para atender los pacientes internados, los cuales solo pueden ser ingresados por orden de la autoridad política, no por orden médica. De esta forma es difícil que piense en dar altas o se acepten programas de desinstitucionalización.

A pesar de todo algunos hospitales lo han intentado gracias al esfuerzo y la toma de conciencia del problema de los profesionales que allí trabajan, pero pronto los esfuerzos han resultado vanos dado el precario apoyo tanto de la administración del hospital como de la política.

La ausencia de estructuras intermedias como hospitales de día, Hogares protegidos, centros de día etc., (Véase cuadro 1) tampoco facilitan el externamiento.

Los Programas de formación de los profesionales de la salud mental dependen exclusivamente de las Universidades y están basados en actividades hospitalarias fundamentalmente sin apenas incidencia en la atención comunitaria o al menos extrahospitalaria.

Tampoco existe relación entre los servicios de atención primaria y los de salud mental.

No obstante algunos profesionales han organizado Master de formación en actividades comunitarias y salud mental (Universidad de Atlántico), más a título personal que insertos en una política asistencial comunitaria preconcebida.

En el estudio citado, realizado en Antioquia respecto a la morbilidad sentida en salud mental, el 13,6% sintió necesidad de consultar con un profesional por problemas relacionados con la salud mental, pero solamente pudo hacerlo algo más del 30%, mientras que el 33,4% no pudieron consultar por problemas económicos. Cifras que no concuerdan con el Informe de la OMS citado por lo que no es de extrañar la estupefacción que creó.

En definitiva, la precariedad en la que se desarrollan los servicios de salud mental es notable. Se han realizado varios proyectos de desarrollo de servicios comunitarios (Medellín, Barranquilla, Pereira, etc.) con el fin de hacerlos más accesibles a la población pero ante los problemas derivados de financiar recursos extrahospitalarios y sobre todo las dificultades

derivadas de la situación de violencia¹⁰ que vive el país, han quedado prácticamente congelados, de esta forma sigue siendo necesario para muchos miles de habitantes desplazarse a veces durante 6 u 8 horas cuando no muchas más, a veces a través de territorios más o menos inhóspitos en los que actúan grupos guerrilleros, para inyectarse un simple neuroléptico depot o para acudir a una revisión ambulatoria ya que ambas actividades solo pueden ser realizadas en los hospitales de referencia.

La actividad ambulatoria nunca es rentable en un sistema tan basado en el rendimiento de la atención prestada y el pago por hospitalización.

LA VIOLENCIA QUE NO CESA

Actualmente los principales problemas de salud pública de la población colombiana son las lesiones por causas externas, producto de la violencia que afecta a la sociedad en su conjunto.

En 1994, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, creó el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, dependiente de la subdirección de Servicios Forenses. El Centro tiene a su cargo planificar y ejecutar intervenciones sobre fenómenos violentos.

La violencia tiene en Colombia un carácter demasiado heterogéneo, dinámico y complejo por lo que sus causas son difíciles de analizar en su totalidad. Es el principal problema de salud pública del país, veamos algunas cifras:

- En el 2001 se cometieron en Colombia 247.671 delitos (28 cada hora) mientras que el promedio para América Latina es de 20 delitos por cada 100 mil habitantes. En el mundo es de 5. En Colombia es de 80 por cada 100 mil habitantes. En el 2001¹¹ hubo 27.840 homicidios, 18.171 robos de vehículos; 27.060 hurtos a personas; 14.894 robos a residencias y 9.998 robos a

- entidades comerciales.
Colombia tuvo la tasa más alta de secuestros del mundo. 15.621 personas fueron secuestradas entre enero de 1997 y abril del 2002 siendo las Farc, Eln, la delincuencia común y Autodefensas, los principales causantes. Unas 3.100 personas permanecen cautivas en mayo del
- 2002.
Entre enero y marzo del 2002, unas 90 mil personas fueron desplazadas. Se mantiene el promedio de mil desplazados cada día, 42 cada hora. El año 2001 fueron desplazadas por causa de la delincuencia o la guerra 341.925 personas. SE calcula que hay entre 900.000 y 1500000 de desplazados por toda Colombia por causa de la violencia: guerrilla, amenazas, ajuste de cuentas, etc.

Sin embargo de toda la violencia solamente entre el 20-25% es atribuible a la guerrilla el resto es violencia cotidiana y está en su mayor parte generada por el narcotráfico.

De esta violencia cotidiana el 70% es producida por la llamada violencia instrumental: Ajustes de cuentas y atracos, mientras que el otro 30% es producido por la violencia impulsiva: peleas, agresiones en el hogar, consumo de alcohol, etc. Es llamativo que esta violencia impulsiva lleva en muy pocos casos al suicidio del homicida u suicidio altruista, mucho más frecuente en Europa.

La tasa de suicidio es por otro lado muy baja con relación a las cifras europeas. En lugares como Bogotá no alcanza el 6/100.000 mientras que la media en España se mantiene alrededor de 9/100.000 hab.

Otro aspecto importante relacionado con la violencia son las masacres. El Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, considera masacre la muerte de cuatro o más personas en un mismo lugar.

Entre enero y marzo del 2002 ocurrieron 23 masacres con un saldo de 128 personas asesinadas. En los tres primeros meses del

2002 se presentaron 42 asesinatos selectivos de autoridades locales, eclesiásticas, líderes comunitarios y de organizaciones sociales.

HIPÓTESIS QUE SE MANEJAN SOBRE LA VIOLENCIA

Cultura de respuesta violenta ante conflictos.

Leyendo Cien años de Soledad vemos como la mayor parte del tiempo se la pasa el Coronel Buendía guerreando y sufriendo las matanzas de familiares y amigos: “En el curso de esa semana, por distintos lugares del litoral, sus diecisiete hijos fueron cazados como conejos por criminales invisibles que apuntaron al centro de sus cruces de ceniza”. Probablemente este párrafo sea el precursor de las masacres que ocurrirían más tarde en toda Colombia.

Efectivamente el país ha sufrido muchas guerras civiles y tiene una larga historia de movimientos guerrilleros, de hecho las FARC son la guerrilla más antigua de toda Latinoamérica y probablemente del mundo y si esto no es así su líder Tirofijo, si que es el más anciano de los líderes guerrilleros.

Pero la aparición de las AUC (Autodefensas unidas de Colombia o paramilitares) no solo ha incrementado el grado de violencia y sadismo contra los campesinos, sino que ha hecho aparecer sospechas muy fundamentadas de corrupción y connivencia del ejército con este grupo¹². De hecho son los responsables de más del 50% de las masacres perpetradas por los grupos en armas, exceptuando el narcotráfico. Según un Informe del departamento de Estado de Estados Unidos los casos de violaciones de los Derechos Humanos adjudicables a los paramilitares se han incrementado en un año el 100%, los imputables a la guerrilla un 50% y los cometidos por la fuerza pública han dismi-

nuido en un 10%¹³.

Urbanización creciente.

Este aspecto también es discutible. El abandono del campo por los desplazados y su instalación en las ciudades hizo pensar que aumentaba el índice de violencia. Sin embargo la tasa de homicidios de Bogotá, que es la principal concentración urbana del país, es mucho menor que la de ciudades intermedias. Los actos violentos en esta ciudad han disminuido notablemente desde que su alcalde Antanas Mockus ha establecido un plan¹⁴ más sociológico que represivo para atajar la violencia en sus calles.

Medellín sigue siendo la ciudad más violenta de Colombia, no obstante ciudades intermedias como Apartadó o Bucaramanga alcanzan cifras extremadamente altas de homicidios.

Respuesta a la pobreza.

Tampoco parece ser un condicionante básico para la violencia. De hecho las ciudades con más renta per cápita son las más violentas.

Razones genéticas.

Difícilmente se puede explicar por esta causa los cambios ocurridos en los últimos 20 años ni tampoco las diferencias tan enormes entre las diferentes regiones.

Aparición del narcotráfico

He aquí el principal cambio ocurrido en los últimos 20 años. De hecho los departamentos más violentos son aquellos en los que funcionan los carteles de drogas más sangrientos.

Actualmente hay 162 carteles de la droga en el país, especialmente en el Valle, la Costa Atlántica, Bogotá y los Llanos además de Medellín. Tanto la guerrilla como las AUC están en connivencia con el narcotráfico para el cuidado de los cultivos ilegales.

El narcotráfico produce por sí solo el doble

de homicidios que toda la guerrilla junta.

FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA

Consumo de alcohol.

Según estudios¹⁵ realizados el 25% de las víctimas de homicidio habían consumido alcohol y un porcentaje muy alto de los actos violentos ocurren después de la 1 de la madrugada.

Medidas como la restricción del alcohol en lugares públicos y el cierre de los bares antes de la 1 de la madrugada, han hecho posible la disminución de hasta un 18% las víctimas de la violencia con alta alcoholemia. Pero la forma de consumo de alcohol de alta graduación (aguardiente), casi siempre en ayunas, y previamente a las comidas puede influir también en los excesos violentos.

Tenencia de armas de fuego.

El 80% de los homicidios ocurridos en Colombia en 1994 lo fueron por arma de fuego. En Bogotá desde la campaña de desarme voluntario ha disminuido el número de muertes por arma de fuego.

Impunidad del sistema judicial.

En los últimos años solamente en el 6% de los homicidios pudo ser detenido el agresor y solamente algo más del 17% de los delitos del delincuente es detenido pero no siempre juzgado.

Más tasas de homicidio en departamentos con mayor presencia de:

Guerrilla y paramilitares, Cultivos ilícitos, Corrupción y Delincuencia Común.

Narcotráfico y Sicarios:

A nuestro modo de ver es el factor más importante en el cual se desarrolla el escenario

de la violencia desmesurada de Colombia y que ha creado la imagen de la estrecha relación entre droga y los ciudadanos de este país.

Probablemente Gaitán no pensaba ni por asomo que el país que quería construir iba a sucumbir ante este estilo de vida y ni siquiera podría pensarlo Roa Sierra, pobre diablo manejado por ambiciones y ambiciosos aún muy lejanos al narcotráfico.

La ingente cantidad de dinero que el narcotráfico mueve en Colombia es incalculable, de tal forma que nadie se atreve a precisar cantidades por temor a quedarse corto; a modo de ejemplo solamente recordar que cuando fue detenido Pablo Escobar, el narco por excelencia muerto a principios de la década de los 90, se ofreció a pagar la deuda externa de su país a cambio que lo dejaran en libertad.

Probablemente, cualquiera de los 162 carteles que operan en Colombia puede pagar los alrededor de 23.000 millones de dólares que corresponden a la deuda externa en la actualidad, más aún si tenemos en cuenta que la superficie cultivada es de 162 mil hectáreas de coca en 22 departamentos y 4 mil de amapola en 6 departamentos.

Pero probablemente la aportación más cruel del narcotráfico haya sido la aparición y profusión de los jóvenes sicarios, en algún caso casi adolescentes, contratados para asesinar por una cantidad de dinero a alguien que ni siquiera conocen.

Elevados a la categoría de mitos por dos novelas recientes: *La Virgen de los sicarios* y *Rosario Tijeras*¹⁶, han implantado una nueva cultura en la que se mezclan casi a partes iguales, la religiosidad, la violencia desalmada, la vida anómica y una vinculación familiar casi fusional basada en la obediencia ciega a la madre.

Los sicarios, fenómeno que crece en Medellín y en sus Comunas, tienen toda una serie de rituales, tanto para matar como para su propia muerte en caso de que suceda, de

un extremado catolicismo sui generis: rezos a la virgen antes de matar a alguien, hervir las balas con agua bendita, etc.

Para el sicario el otro al que van a matar, no es un semejante, sino alguien vinculado a su propio lado “malo”, que solo sería humano o igual a él si la víctima lo mira¹⁷ de ahí la necesidad de, no solo matarlo, sino de destruir todas las facciones de su víctima.

La recompensa por el trabajo del sicario no es algo que se acumula, solo es para gastar y exhibir, casi siempre en su barrio. Nadie pregunta de donde ha venido el dinero, ni siquiera la madre, elemento esencial de todo el entramado del sicariato: “*gane plata honradamente, mijo, y si no puede, gane plata*”- se dice que dicen las madres a sus jóvenes hijos.

Anne Marie Losonczy, antropólogo, estudiosa de los sicarios asegura que estos solo alcanzan su identidad con la muerte, es decir cuando en la tumba ponen su autentico nombre. Durante su corta vida funcionan con un alias que ha sido toda su identidad, solo muriendo se puede saber quien era y cual su procedencia. Es la máxima representación del anonimato: cuando ya no se puede ser, es cuando se es.

Juan Roa Sierra es probable que fuera un sicario pero en su asesinato había algo de él mismo que le impulsó a hacerlo; mirándose al espejo un día descubre que se estaba transformando en el General Santander¹⁸ y tenía deseos “*de llegar a ser útil a mi patria, a mi familia y a la sociedad en general*”¹⁹ (sic). Matando a Gaitán creyó hacer algo por su país según su escala de valores.

El Coronel Buendía, no fue fusilado, combatió en treinta y dos guerras civiles y las perdió todas, pero guerreaba por el ideal liberal o contra lo gringos. Sus guerras, si se puede decir así, eran éticas.

Como a Rosario le pegaron un tiro a quemarropa mientras le daban un beso, confundió el dolor del amor con el de la muerte. Este es

el inicio De Rosario Tijeras, la sicaria de la novela de J. Franco Ramos.

Si han leído la novela recordaran que se trata de una jovencita que es violada y después de matar a su violador con unas tijeras, ante su incapacidad para sentir, es contratada como sicaria.

A Rosario le faltaba el dolor de la vida y sus víctimas no tienen identidad. Mata, al igual que el protagonista de *La Virgen...* en un orden distinto al real de la vida. El homicidio ocurre en otra dimensión ajena a ellos y a su existencia.

Este aspecto puede darnos alguna pista sobre el problema de la violencia en Colombia en los últimos años.

Gran parte de la población colombiana ha perdido la representación de la vida como diferencia o como abanico de posibilidades. Se ama o se muere. No se lucha o se guerra sino que se masaca. No hay otros diferentes, sino enemigos. No existe ya una representación de la vida sino la representación cotidiana es de las frecuentes muertes. La vida ya no está en lo cotidiano, solo la muerte. Para ello solo hay que leer las primeras paginas de todos los periódicos.

Como dice un famoso vallenato se ama o se vive para no acordarse de la muerte

Este es el amor, amor
El amor que me divierte
Cuando estoy en la parranda
No me acuerdo de la muerte

Vigo octubre de 2002
Tiburcio Angosto Saura
Psiquiatra

Agradecimientos: A todos los amigos colombianos especialmente a Marta Lucia (OPS) Cristina Franco (Medellín) Uriel Escobar (Pereira) pero muy especialmente a Pedro Gómez psiquiatra de Barranquilla, aunque nacido cartagenero y gran amigo. Parte de este trabajo se debe a largas conversaciones delante

¹ *Locura e intriga en el asesinato y proceso de Jorge Eliécer Gaitán*. Felipe González Toledo. Editorial Panamericana, Santa fe de Bogotá, 1998

² The Economist Julio 2002

³ A pesar que en los últimos días se ha celebrado el nacimiento del colombiano 44.000.000, la cifra resulta dudosa dadas las dificultades para establecer de una forma veraz el censo de población.

⁴ Observar que España tiene la tercera parte de Km² en extensión, y su densidad poblacional es de 78.7 hab/Km².

⁵ En NOVIEMBRE de 1990 y organizada por OPS/OMS se reunieron en Caracas todos los países de habla hispana y redactaron una declaración sobre como debería ser la organización sanitaria para la atención a la salud mental. Fue la llamada "DECLARACIÓN DE CARACAS" que todos los países asistentes firmaron. Los principios fundamentales de dicha declaración son:

- 1) No limitar la atención únicamente al hospital mental.
- 2) Centrar la asistencia en la atención comunitaria.
- 3) Abrir otras alternativas asistenciales.
- 4) Atención más equitativa.
- 5) Basada en los mejores conocimientos científicos existentes.
- 6) Respetuosa de los derechos humanos.
- 7) Íntimamente ligada a la atención primaria de salud.
- 8) Descentralizada.
- 9) Accesible.
- 10) Continua.
- 11) Preventiva.

⁶ Artículo del diario *El Tiempo* de 25 de mayo: "Mosaico del país que recibe el nuevo Presidente".

⁷ En el año 2000 el 36,5% del presupuesto nacional es para el pago de la deuda publica externa e interna, en el 2001 este porcentaje llegó al 41%. Documento N°2 del Primer Congreso Nacional por la Salud.

⁸ Según este estudio Colombia ocupa este primer lugar porque en este país, alguien con un ingreso bajo puede gastar el equivalente a 1 Dólar al año en atención a la salud, mientras que un individuo con ingresos altos gasta 7,6 \$.

⁹ Keane, T.M (1989) Posttraumatic stress disorder: Current status and future directions. *Behavior Therapy*, 20, 149-153.

¹⁰ Situación de violencia a la cual no son ajenos los hospitales. En un hospital psiquiátrico que visitamos los celadores llevaban armas de tipo subfusil. En un hospital comarcal de Antioquia, un grupo guerrillero irrumpió para llevarse a un paciente hospitalizado del cual no volvieron a saber nunca más.

¹¹ Diariamente, 1.424 personas mueren por homicidio, es

decir, una persona por minuto según el reciente Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS 2002.

¹² "La batalla del sur de Bolívar" Maurice Lemoine en *Le Monde Diplomatique*, 24 de Octubre de 2001

¹³ Informe sobre Derechos Humanos en Colombia, 1996. Departamento de Estado, USIS, Bogotá, Enero de 1997

¹⁴ Plan de acción de Bogotá:

- Invirtió más recursos para la profesionalización y modernización de la Policía.
- Fortaleció la Fiscalía con la creación de cinco unidades de reacción inmediata (URI).
- Creó la Unidad Permanente de Justicia.
- Recuperó sectores críticos como San Victorino y El Cartucho.
- Creó la unidad de atención a la población desplazada por la violencia, en coordinación con la Red de Solidaridad y la Procuraduría.
- Aplicó medidas preventivas como la 'hora zanáhoría' y el desarme voluntario.
- Impulsó la creación de los frentes de seguridad ciudadana

¹⁵ La salud en las Américas. Edición de 1998. VolIII. Publicación de OPS

¹⁶ *La Virgen de los sicarios* de Fernando Vallejo Ed. Alfaguara. Rosario Tijeras de Jorge Franco Ramos. Ed Mondadori, 2000

¹⁷ Conversación entre Martha Vélez experta en violencia urbana y M^a Victoria Uribe estudiosa de las masacres en el campo colombiano en los años 50. Publicada en el diario *El Espectador* 1 de diciembre de 2001

¹⁸ Junto con Simón Bolívar, padre de la patria colombiana.

¹⁹ Carta escrita antes de matar a Gaitán por Juan Roa Sierra al presidente de la Republica de Colombia en la que le solicita una entrevista.

22 CONGRESO ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

11-14 JUNIO 2003
AUDITORIO PRINCIPE FELIPE
OVIEDO

PONENCIAS:

“El quehacer en la rehabilitación psicosocial: Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave”

Coordinación: Cristina Gisbert Aguilar (Girona)

“La formación de los profesionales de la Salud mental en España: estado actual”

Coordinación: Antonio Espino Granado y Begoña Olabarría González (Madrid)

“La atención a la salud mental de la población reclusa del Estado Español: análisis y recomendaciones”

Coordinación: Mariano Hernández Monsalve (Madrid) y Rafael Herrera Valencia (Cadiz)

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:

Cine de Locura

Ciclo de cine organizado en colaboración con Cajastur

Los Surrealistas en el Museo de Bellas Artes de Asturias

Ciencia y Mente: una exposición bibliográfica

Exposición con la colaboración de la Biblioteca Central de la Universidad de Oviedo

EXPOSICIONES Y FOROS:

Las administraciones públicas y la salud mental

Exposición y debates

Foro de la Solidaridad

Exposición y debates organizados por las ONG's con programas de salud mental

Exposición comercial

Patrocinado por la empresa farmacéutica

SECRETARIA TECNICA:

Viajes El Corte Inglés
Tf. 985 963253 - FAX 985 241657
Email: oviedogesta@viajeseci.es
www.22congresoan.com

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 1 - Núm. 2 - 2001

Presentación	93
Consentimiento Informado en la práctica de salud mental <i>M^a E. Díez Fernández</i>	94
Legislación asistencial psiquiátrica española <i>A.E. Sánchez Gutiérrez y V. Aparicio Basauri</i>	100
Tratamiento sustitutorio y medidas de seguridad <i>J. A. Soto-Jove Fernández</i>	107
Legislación, derechos humanos y trastorno mental <i>A. Roig Salas</i>	113
Conflictos y dilemas éticos en la atención psiquiátrica <i>F. Santander y M. Hernanz</i>	122
Ética y sanidad: experiencia en el hospital central de Asturias <i>A. Pérez Arias, A. Álvarez Barcia, R. Álvarez Suárez y M. O. Alcelay Laso</i>	140
Congresos	146
Revistas	148
Normas de publicación	150

Editorial / Presentación

Salud Mental y atención primaria	9
--	---

Para la reflexión

Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento	13
--	----

Contribuciones a la psicopatología de la vida cotidiana	23
---	----

Vigencia de la histeria ¿Porqué seguir interesandonos por la histeria en el siglo XXI? ...	25
--	----

Patología del sexo en el nuevo milenio ¿Follar es divertido o es adicción al sexo?	29
--	----

Originales y Revisiones

Aplicación de un programa de intervención temprana en Psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental	35
---	----

La salud mental ante los nuevos modelos de gestión	43
--	----

Informe

Consenso sobre la reducción de riesgos asociados al uso de las drogas	49
---	----

Caso Clínico

Casos psiquiátricos curiosos	53
------------------------------------	----

Actualizaciones

Drogas: Qué política para qué prevención	59
--	----

www.bibliopsiquis.com/asmr	60
--	----

Agenda

Próximas citas	61
----------------------	----

Páginas de las asociaciones

Reunión de la Asociación Vasca de Rehabilitación y de la Federación Estatal de Asociaciones de Rehabilitación	63
---	----

V Jornadas del Hospital Psiquiátrico de Zamudio	64
---	----

Congreso de la AEN	66
--------------------------	----

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla, con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá, por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo; dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3.1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3.2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3.3. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3.4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas:(normas Vancouver) se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x; figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiada a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Edificio Teatinos, Carretera de Rubín s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos pre-sentados para publicación en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.