

SITUACION DE LA SALUD MENTAL EN EL PERU

Edgar Miraval Rojas ^{1, a}

VIOLENCIA POLÍTICA Y CULTURA DE PAZ

En el informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación alertó de manera impactante sobre los efectos psicosociales de las dos décadas de violencia política sufrida por el país señalando que amplios sectores de la población afectada por la violencia sufren una u otra forma de secuela en su salud mental, asimismo ha resquebrajado las redes de soporte social, eje fundamental del desarrollo y convivencia de las comunidades campesinas que fueron aproximadamente el 80% de las poblaciones afectadas, lo que limita sus capacidades de desarrollarse y superar las heridas del pasado. Señala que el conflicto armado interno intensificó hasta niveles insostenibles el miedo y la desconfianza que a su vez contribuyeron a fragmentar y atomizar la sociedad, condiciones en las que el sufrimiento extremo ha causado resentimiento y ha teñido de violencia la convivencia social y las relaciones interpersonales. Se ha perdido la confianza en la institucionalidad y la justicia con equidad, legitimándose en este proceso la violencia como mecanismo de resolución de conflictos. De ahí la pertinencia de trabajar por una cultura de paz, sustentada en el respeto a las diferencias, en la negociación y en la concertación.

En este contexto es fundamental la voluntad política del Estado a fin de que se faciliten las normas, procedimientos, autorizaciones, representaciones y presupuestos adecuados para que, en esta nueva ocasión, se pueda lograr no sólo la elaboración, ejecución y seguimiento de un nuevo plan, sino, fundamentalmente, el posicionamiento político y social de la salud mental, aportando de esta manera al desarrollo integral de nuestro país.

PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS ANÍMICOS Y SUICIDIO

Existe una serie de estados que sin ser por sí mismos patológicos pueden generar repercusiones significativas en la calidad de vida de las personas. Se ha evaluado la presencia en forma significativa de tales sentimientos en la persona; no se contraponen con que una persona pueda en un mismo mes experimentar significativamente sentimientos contrapuestos. La situación socio-económica prevalente facilita que dicha situación se presente. En la población general, alrededor del 20% y el 30% de las personas experimentan significativamente sentimientos negativos (tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, y aburrimiento). Cabe resaltar que las mujeres experimentan en mayor proporción que los hombres tales sentimientos ⁽¹⁾, según la Tabla 1.

INDICADORES SUICIDAS

El aumento reciente en el índice de suicidios consumados obliga a investigar el fenómeno desde sus raíces. En este estudio se ha elegido investigar el pensamiento y el intento suicidas como indicadores más sensibles a cambios, antes del suicidio consu-

Tabla 1. Prevalencia de sentimientos anímicos en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao 2002.

SENTI- MIENTOS	Tris- te	Ten- so	An- gus- tiado	Irri- ta- ble	Pre- ocu- pado	Tran- qui- lo	A- le- gre	Abu- rri- do	O- tro
Total	20.8	34.1	20.9	18.6	50.7	59.1	61.6	18.2	2.0
Masculino	13.0	27.3	15.7	12.8	45.3	66.4	66.0	14.7	2.5
Femenino	28.2	40.4	25.8	23.9	55.8	52.2	57.6	21.5	1.6

Fuente: Anales de Salud Mental, 2002 (Ver Referencias).

mado y más susceptible de acciones preventivas. No sostenemos que las causas que expliquen uno u otro, o el mismo suicidio, deban ser necesariamente las mismas, sin embargo existe algún tipo de vinculación importante. De primera intención observamos que los indicadores son elevados y que el género femenino se ve significativamente más afectado que el género masculino, lo que es congruente con los hallazgos de sentimientos prevalentes y con la presencia de trastornos clínicos como veremos más adelante.

¹ Director General, Hospital Victor Larco Herrera. Lima, Perú

^a Asociado de Número de la Academia Peruana de Salud.

En la tabla 2 observamos que un 30,3% de la población adulta alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas ⁽¹⁾, un 8,5% lo ha considerado en el último año y un 3,5% en el último mes. En cuanto a la conducta suicida que denota una afectación más seria, con mayor impacto en la vida de la persona y de sus familiares; el 5,2% de la población ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 1% lo habría realizado en el último año. Esta última cifra, debido al tamaño de muestra y al nivel de precisión, debe ser tomada con cautela, sin embargo es clara la tendencia. Un 11,6% de las personas que intentó hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta.

Tabla 2. Indicadores suicidas de la población adulta de Lima y Callao 2002.

INDICADORES SUICIDAS	%
Prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole suicida	
Total	30.3
Masculino	19.6
Femenino	40.4
Prevalencia en el mes de consideraciones o pensamientos de índole suicida	
Total	3.6
Masculino	1.5
Femenino	5.6
Prevalencia en el año de consideraciones o pensamientos de índole suicida	
Total	8.5
Masculino	4.9
Femenino	11.9
Prevalencia de vida de conductas suicidas	
Total	5.2
Masculino	3.3
Femenino	7.0
Prevalencia en el mes de conductas suicidas	
Total	0.3
Masculino	0.2
Femenino	0.5
Prevalencia en el año de conductas suicidas	
Total	1.0
Masculino	0.6
Femenino	1.5
Prevalencia de la potencialidad suicida	
Total	0.6
	(11.6% de los intentos)
Masculino	0.4
Femenino	0.8

Fuente: Anales de Salud Mental, 2002 (Ver Referencias).

ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS

La generación de indicadores acerca del uso de sustancias obliga a considerar no sólo a los cuadros

clínicos diagnosticables sino a condiciones más sutiles susceptibles a intervenciones en niveles iniciales. En este sentido son importantes, desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, la prevalencia ⁽²⁾ de consumos en general, la edad de inicio y las conductas alcohólicas riesgosas, entre otras. En general todos los resultados apuntan a una mayor frecuencia de uso, abuso y dependencia en el género masculino ⁽¹⁾. Observamos que la prevalencia de vida del consumo de sustancias no alcohólicas legales se encuentra en 71,6%, mientras la prevalencia de vida de consumo de sustancias no alcohólicas ilegales se encuentra en un 7,8%. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia de consumo de vida y actual de sustancias no alcohólicas en general en la población adulta de Lima Metropolitana y el Callao 2002, incluido distribución por género.

TIPO DE SUSTANCIAS Y PERIODO	Total %	Masculino %	Femenino %
Prevalencia de vida de consumo de sustancias no alcohólicas en general (legales e ilegales).	71.6	86.0	58.0
Prevalencia de vida de consumo de sustancias no alcohólicas legales	70.8	85.2	57.2
Prevalencia de vida de consumo de sustancias no alcohólicas ilegales	7.8	14.3	1.8
Prevalencia actual de consumo de sustancias en general (legales e ilegales)	22.5	31.7	13.9
Prevalencia actual de consumo de sustancias legales	22.0	31.2	13.4
Prevalencia actual de consumo de sustancias ilegales.	0.2	0.4	0.0

Fuente: Anales de Salud Mental, 2002 (Ver Referencias).

La sustancia no alcohólica legal más consumida alguna vez es el tabaco (69,5%), mientras que la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (6,3%), seguida de la cocaína con el 3,9%. El consumo actual de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 22,0% y 0,2% respectivamente.

LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL

Una persona con discapacidad no es la que tiene un impedimento físico, mental, intelectual o sensorial a largo plazo, sino aquella que, a causa de diversas

barreras puestas por la sociedad que interactúan con dichos impedimentos, no puede participar plena y efectivamente en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. La discapacidad resulta de la interacción con las barreras debidas a la actitud o el entorno. El «problema» no está en la persona sino en la sociedad.

Por ello, tal y como señala el Artículo 1 de la Convención ⁽³⁾ deben removerse esas barreras sociales para poder «promover, proteger y asegurar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente». Ni una sola referencia a su «rehabilitación» o «protección». Es la sociedad la que ha de cambiar, no las personas con discapacidad. Deben ejercer sus derechos y no ser protegidos. Esta es la esencia del modelo social basado en los derechos humanos.

Por otra parte, decíamos, la definición no es cerrada, sino abierta. En ella se «incluye» a las personas mencionadas, pero ello no significa que excluya otras situaciones o personas que puedan estar protegidas por las legislaciones internas de los Estados.

PROGRAMAS

Plan Integral de Reparaciones en Salud de la Comisión de la Verdad y Reconciliación

La Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) ha constatado que el conflicto armado interno que vivió el Perú entre 1980 y 2000 constituyó el episodio de violencia más intenso, más extenso y más prolongado de toda la historia de la República del Perú.

Este conflicto ha dejado secuelas muy profundas en todos los planos de la vida nacional. La amplitud e intensidad del conflicto acentuaron los graves desequilibrios nacionales, destruyeron el orden democrático, agudizaron la pobreza y profundizaron la desigualdad, agravaron formas de discriminación y exclusión, debilitaron las redes sociales y emocionales, y propiciaron una cultura de temor y desconfianza.

En el ámbito colectivo, se agudizaron los conflictos intracomunales y aparecieron nuevos. Se dañaron los

vínculos interpersonales y los lazos de solidaridad. Las familias sufrieron aislamiento y rupturas que en muchos casos duran hasta la actualidad. En el ámbito personal, el daño a la salud mental se expresó en una serie de problemas que afectan el funcionamiento social y limitan las posibilidades de una vida digna, encontrándose depresión, problemas psicosomáticos, estrés pos-traumático, ansiedad generalizada, impulsividad y poco control de la agresividad entre las manifestaciones más frecuentes.

Asimismo como secuelas psicosociales, se han identificado la agudización de problemas como el alcoholismo, tanto en hombres como en mujeres, el incremento de la violencia familiar, el pandillaje infantil y juvenil, problemas de aprendizaje e intentos suicidas. Estos problemas no solo mantienen una situación de violencia en sus comunidades sino que limitan las posibilidades de recuperación individual y colectiva de la población afectada. En tales circunstancias el Ministerio de Salud (MINSA) ^(4,5) ha asumido las recomendaciones de la CVR y viene desarrollando acciones orientadas a la atención de estos problemas con el objetivo de contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno, recupere la salud mental y física y que se reconstituyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social.

La población priorizada para esta atención son las comunidades campesinas y otros centros poblados afectados por el conflicto armado interno y ubicados en las regiones donde dicho conflicto tuvo mayor incidencia. En el año 2004, el MINSA ha priorizado las siguientes regiones: Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Junín, Huánuco, Pasco y San Martín. Así también, se viene estableciendo coordinación con los grupos u organizaciones sociales de base así como con otras instituciones del gobierno que trabajan en temas relacionados a la salud mental.

Intervención Clínica

Un equipo itinerante de Salud Mental con la colaboración de la Arquidiócesis de Ayacucho, de octubre del 2003 a setiembre del 2004, realizó alrededor de mil atenciones así como actividades de capacitación en la región de Huamanga.

Equipos itinerantes de Salud Mental IESM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi y los Hospitales Psiquiá-

tricos Hermilio Valdizán y Víctor Larco Herrera en forma coordinada y bajo la conducción del MINSA están trabajó desde Octubre de este año, en 10 regiones afectadas por la violencia política: Huamanga, Víctor Fajardo y Puquio en Ayacucho, Andahuaylas y Abancay en Apurímac, Huancavelica, Pasco, Junín, Huanuco y San Martín, realizando hasta el momento 1569 atenciones, iniciando la capacitación de 495 personas entre profesionales y técnicos de salud y 52 coordinaciones interinstitucionales con representantes de otros sectores del estado y organizaciones sociales de base.

Desde Noviembre del 2004, un Médico Psiquiatra se encuentra trabajando en la DIRESA Ayacucho, realizando múltiples actividades de tipo preventivo promocional, asistenciales, de investigación y de coordinación con los equipos itinerantes de salud mental.

Intervención Comunitaria

- En Ayacucho, Huancavelica, Abancay, Andahuaylas, San Martín, Junín y Huánuco. Siete Talleres Regionales Interinstitucionales de Socialización de Experiencias en Salud Mental.
- Siete Comités Regionales Interinstitucionales en Salud Mental en Ayacucho, Huancavelica, Abancay, Andahuaylas, San Martín, Junín y Huánuco.
- Integración del componente de salud mental en la Estrategia Comunitaria del Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICOS) y el Comité de Desarrollo Comunal (CODECOS).
- Implementación de cuatro Planes Estratégicos de intervención en Salud Mental 2004-2007 en Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Abancay.
- Portal de experiencias para sistematizar información nacional con instituciones que trabajan sobre afectados en violencia política en Internet.

Capacitación

- Siete Talleres de Formulación de Planes Estratégicos Regionales en Ayacucho, Huancavelica, Abancay, Andahuaylas, San Martín, Junín y Huánuco.
- Módulo Educativo en Salud Mental y Desarrollo Humano para trabajadores en primer nivel de atención, el cual consta de nueve fascículos.

- Diplomado en «Salud Mental en Poblaciones» para personal de salud y de otras instituciones en Ayacucho, Andahuaylas, Huancavelica (13 becas) con auspicio de la Cooperación Europea (Amares).
- Maestría en «Salud Mental en Poblaciones» para personal de Salud en Ayacucho, Andahuaylas, Huancavelica y nivel central (08 becas) con auspicio de la Cooperación Europea (Amares).
- Diseño del componente Intercultural en el Programa de Intervención de Salud Mental en zonas afectadas por Violencia Política», documento ya elaborado y listo para su publicación.

Convenios

- Convenio DEVIDA - MINSA «Red Nacional de Atención para el Tratamiento por abuso y dependencia de drogas».
- Convenio San Marcos- JICA para Capacitación en Atención Integral de salud a las Víctimas de violencia al personal del primer nivel de atención del MINSA en las regiones afectadas por violencia.
- Convenio MINSA-PASA (Cooperación Europea) para el financiamiento del Plan Integral de Reparaciones en Salud en Ayacucho, Abancay, Andahuaylas, Huancavelica y Junín.

PROYECTOS

- Proyecto Cultura de Buen Trato y Fortalecimiento de la atención del maltrato infantil y del adolescente MINSA- UNICEF.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Fortalezas

- Personal de salud comprometido con los lineamientos de política del sector.
- Red organizada con contrapartes de salud mental en las DISAS a nivel nacional.

Debilidades

- Inestabilidad y alta rotación del personal.
- Escasa capacitación en temas de salud mental.
- Ausencia de una estrategia comunicacional efectiva y permanente.
- Discontinuidad en el trabajo de salud mental.
- Grandes limitaciones para la atención a personas afectadas directamente por la secuela de violencia política en los diferentes niveles de atención.

PRINCIPALES LOGROS Y RESULTADOS.**PRODUCTOS.****Normatividad**

- Lineamientos para la acción en salud mental. Enero 2004.
- Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz. Julio 2004.
- Validación del plan nacional de salud mental. Diciembre 2004

Comisiones

- Comisión para implementar las recomendaciones formuladas por la Comisión Internacional de Derechos Humanos en materia de salud, instalada. Junio 2004
- Comisión para elaborar el Programa de Reparaciones en Salud, instalada. Noviembre 2004.

Promoción y prevención

- Proyecto «Cultura de Buen Trato y Prevención de la Violencia Familiar del Maltrato Infantil en las regiones de Abancay y Cajamarca.

PROPUESTAS

- Implementación del Plan Nacional de Salud Mental interinstitucional y descentralizado.
- Reestructuración de los servicios de Salud Mental y Psiquiatría a nivel nacional.
- Programa Integral de Reparaciones en Salud operativo, en regiones afectadas por violencia política.
- Equipos de salud mental estables en las regiones afectadas por violencia política.

- Desarrollar una estrategia comunicacional en salud mental efectiva y permanente.
- La Salud Mental como prioridad en el mejoramiento de la salud pública en nuestro país, por estar considerado como la primera carga de discapacidad en el Perú.
- Prioridad de ejecución de Investigación en Salud Mental, Considerado en la Última Reunión de Expertos en Investigación -2009.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado Hideyo Noguchi». Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Anales de Salud Mental. 2002; XVIII (1-2): 23-197.
2. DEVIDA.- Prevalencia de dependencia de sustancias psicoactivas.-estrategia-2008.
3. Sanjosé Gil A. El Primer Tratado de Derechos Humanos del siglo XXI: La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Revista electrónica de Estudios Internacionales. 2007; 1-26. Obtenido el 12 de junio de 2011 en www.reei.org.
4. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. Aproximaciones hacia el estado de la Información en Salud Mental en el Perú. Lima, Julio, 2001.
5. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la acción en salud mental. Perú, 2004.

Correspondencia: Dr. Edgar Miraval Rojas

Dirección: Manuel Segura N° 122 Of. 704. Lima 14, Perú.

Correo electrónico: edgarmiravalrojas@hotmail.com