

"PLAN PILOTO DE DESCENTRALIZACION DE ATENCION EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL : AYACUCHO 1995-1996"

Manuel Eduardo Escalante Palomino *
Rita Marion Uribe Obando **

Se presentan algunos resultados del "Plan Piloto de Descentralización de Atención en Psiquiatría y Salud Mental: Ayacucho 1995 - 1996"; el que se ejecutó a través del Convenio establecido entre el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" y la Sub Región de Salud de Ayacucho. Se demuestra que ante la escasez de profesionales especializados en salud mental y psiquiatría, es posible que se brinde atención de este tipo a través de la conformación de equipos multidisciplinarios que reciban una adecuada capacitación y supervisión.

PALABRAS CLAVE : salud mental - psiquiatría - convenio

"PILOT PLAN FOR THE DECENTRALIZATION OF THE PATIENT CARE IN PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH AYACUCHO 1995 - 1996"

Some results of the "Pilot Plan for the decentralization of the patient care in psychiatry and mental health" are presented; the project has been executed on behalf of an Agreement between the Peruvian National Institute of Mental Health "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" and the Ayacucho's department of Health. The results show that in face of the scarce resources of professionals specialized in mental health and psychiatry, patient care can be carried out through the implementation of multidisciplinary teams carefully trained and supervised.

KEY WORDS : Mental Health - Psychiatry- Patient Care

* Médico Psiquiatra. Jefe del Departamento de Adultos y Geriátrica del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

** Enfermera del Departamento de Salud Mental Comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Desde la década del 70 se tiene referencia de trabajos tendientes a la descentralización de los servicios de Salud Mental y Psiquiatría; sin embargo es a partir de los 80 en que se hacen conocer publicaciones sobre estos trabajos; entre los cuales tenemos el Proyecto de Salud Mental del Barrio Santa Eduvigis, Tegucigalpa, Honduras; el realizado en el Centro de Atención Psicosocial de ciudad Sandino, Nicaragua; el de Salud Mental de Curundú, Panamá; y el Programa de Salud Mental del estado de Santa Catalina, Brasil; se concluye que la mayoría de éstos han sido proyectos experimentales; casi siempre en áreas urbanas y, salvo algunas excepciones, de duración efímera. Raramente estos esfuerzos han respondido a postulados de políticas nacionales y con frecuencia, el éxito ha dependido del factor individual y de la presencia fortuita del apoyo político-administrativo. Estas circunstancias han determinado en muchos casos la desaparición de los programas o que estos fueran posteriormente desvirtuados. (1)

A pesar de todo, los ejemplos existentes han permitido demostrar que los programas comunitarios son una respuesta más lógica, efectiva y oportuna a los problemas de Salud Mental de América Latina.

En nuestro país se cuenta con experiencias de trabajos comunitarios en Salud Mental y Psiquiatría como la del Departamento de Salud Mental Comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", desarrollados en los distritos de San Martín Porres e Independencia del cono norte de Lima, donde las principales estrategias han sido la delegación de funciones a otros profesionales de la salud y la integración de la salud mental dentro de la salud pública en dos distritos del cono norte de Lima. Sin embargo la centralización que vive nues-

tro país no ha permitido que los servicios de salud, y sobre todo los de salud mental y psiquiatría, lleguen a toda la población. Se conoce que sólo tiene acceso a los servicios de salud alrededor de 40% de la población (2). En lo que se refiere a la dinámica de los recursos profesionales, la mayoría están concentrados en Lima y en algunas capitales de departamentos.

AYACUCHO : PLAN PILOTO

En el departamento de Ayacucho, con una población de más de quinientos mil habitantes, ubicado en la sierra central sur del Perú, donde la cantidad de personas que vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas es muy alta y fluctúa entre 67% y 98% y la tasa de mortalidad infantil es de las más altas del país(3), no se cuenta con médico psiquiatra y el personal de otras disciplinas no se encuentra capacitado en estos aspectos. Lo que indudablemente repercute sobre todo esfuerzo que se haga por prevenir secuelas de la violencia armada, que por doce años imperó con mayor crudeza en esta región.

Considerando que la violencia y sus consecuencias constituyen un problema de salud mental que requiere de intervención prioritaria (4); además de la falta de recursos profesionales, el incremento de la demanda de atención, la poca accesibilidad a los servicios de salud, la falta de capacitación del personal y la pobreza que se vive en este Departamento; aunado a las recomendaciones del Comité de expertos de la OMS, quien recomienda a los países en desarrollo capacitar a los profesionales que prestan servicios generales de salud en la atención de los problemas de salud mental, con miras a integrarlos en la atención general de salud (5), se consideró necesario formular un plan piloto de descentralización de atención en Psiquiatría y Salud Mental a

través del establecimiento de un convenio entre el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" y la Sub Región de Salud de Ayacucho. Dicho convenio, fue firmado el 19 de diciembre de 1994 entre los Directores Dr. Enrique Macher por el Instituto y el Dr. Antonio Sulca por la Sub Región de salud de Ayacucho, en la ciudad de Ayacucho. Entre los puntos principales, de este convenio, se señalaba que el Instituto facilitaba el traslado de su personal y se comprometía a capacitar, en el propio Instituto en Lima, al personal de enfermería que se considerase necesario ofreciendo sufragar los gastos de alojamiento y alimentación. Por su parte, la Sub Región financiaba los gastos ocasionados por el traslado de profesionales tanto a Lima como a Ayacucho y también con los gastos ocasionados por los profesionales del Instituto durante su estadía en la ciudad de Ayacucho.

Entre los **objetivos principales del plan piloto** tenemos :

1. Capacitación del personal médico , de enfermería y otros de la Sub Región, quienes desarrollarían acciones de atención y seguimiento a las personas con problemas de salud mental y/o psiquiatría.
2. Brindar atención psiquiátrica, a cargo de un médico psiquiatra, quien viajaría al hospital de Ayacucho cada 15 días.
3. Brindar asesoría técnica permanente al personal capacitado

Es importante mencionar que, apenas iniciado el convenio en el mes de marzo de 1995, el Programa Nacional de Salud Mental inició la capacitación de representantes de los diversos sectores y de la comunidad orientado a la promoción y prevención en salud mental de niños y adolescentes víctimas de la violencia armada; razón por la que las actividades orientadas a la salud mental del plan piloto se vieron limitadas en algunos aspectos.

◆ RESULTADOS

A dos años de funcionamiento del PLAN PILOTO se obtuvieron los siguientes resultados.

1. CAPACITACIÓN

Se estructuró un curso para enfermeras cuyo contenido se basó en aspectos teórico-prácticos de psicopatología, nosología psiquiátrica y salud mental. El equipo responsable de esta capacitación estuvo conformado por las Licenciadas de enfermería Rita Uribe, María Mendoza y Mercedes Arévalo.

En la primera actividad oficial durante los meses de febrero, marzo y abril 1995 se capacitaron, en el Instituto, a tres enfermeros designados por la Sub Región. Ellos fueron los Licenciados Rosa Quintana, Flora Solís y Jorge Castillón.

Esta capacitación fue replicada al personal de enfermería del servicio de Medicina del Hospital de Apoyo de Huamanga, servicio que acoge transitoriamente a los pacientes de Psiquiatría que requieren de hospitalización. Lo que permitió disminuir temores, paradigmas y mitos acerca de la enfermedad psiquiátrica y sensibilizarlos para un adecuado manejo terapéutico de los pacientes. De los tres profesionales capacitados en el Instituto, dos cumplieron las actividades previstas. Una se encargó de la coordinación del programa de salud mental de la UTES Huamanga, mientras la otra cumplía con actividades asistenciales dentro del hospital. El tercer profesional capacitado continuó laborando en el Centro de Salud de Huancapi en la provincia de Víctor Fajardo, por lo que no fue incorporado en las actividades programadas.

En el mes de abril del mismo año se realizó un curso de Actualización en Psiquiatría y

Salud Mental para el personal médico del Hospital de Apoyo. Producto de esta capacitación y de coordinaciones periódicas con la Dirección del Hospital de Apoyo de Huamanga, se conforma un equipo integrado por los médicos Dr. Walter Quispe, Dra. Irene Valencia, las enfermeras Lic. Rosa Quintana, Lic. Flora Solís y el psicólogo Lic. Ezequiel Tenorio, quienes desarrollaron acciones de captación, tratamiento y seguimiento de pacientes con problemas de salud mental y psiquiatría.

2. ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Desde el mes de marzo de 1995 se prestó atención psiquiátrica, en los Hospitales de Apoyo, tanto en la provincia de Huamanga como de Huanta por tres días a la semana en forma quincenal; posterior a la conformación del equipo de salud mental y psiquiatría en Huamanga, estas atenciones se realizaron en forma mensual. Dos días se atendió a los pacientes ambulatorios y hospitalizados de Huamanga y un día a los pacientes de Huanta. Para esta actividad se empleó el modelo de Historia Clínica del Instituto. En el periodo de desarrollo del plan piloto en la ciudad de Huamanga se abrieron aproximadamente 250 historias clínicas psiquiátricas a pacientes solicitantes.

De los datos obtenidos por el servicio de estadística encontramos lo siguiente:

Se observa que de un total de 460 atenciones, 252 (54.7%) lo constituyen pacientes de sexo femenino, quedando 208 (45.2%) para pacientes de sexo masculino. De acuerdo a edad 365 (80%) de los solicitantes se encuentran entre el rango de 18 a 60 años.

Empleando la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9-OMS)(6); de las 460 atenciones en consulta externa, los diagnósticos más

frecuentes son los trastornos neuróticos (300 ICD-9-OMS), con el 32.6%, los que incluye estados de ansiedad (300.0) y depresión (300.4).

El segundo gran grupo de enfermedades lo constituyen las esquizofrenias (31.7%); y dentro de éstas la más frecuente ha sido la de tipo paranoide (295.3 ICD-9-OMS).

En tercer lugar, con un 9.8%, encontramos las Psicosis Afectivas, constituídas por la Psicosis maniaco depresiva en su fase maniaca (296.0) y en su fase depresiva (296.1). Estos datos encontrados son coincidentes con informes de la epidemiología clásica que nos dice que neurosis y psicosis son aun problemas prevalentes en America Latina, con peculiaridades clínicas y socioculturales aún no del todo estudiadas en nuestros países. (7) Las Reacciones de adaptación (309 ICD-9-OMS) ocupan el cuarto lugar con un porcentaje de 4.8% y lo conforman manifestaciones que presenta el paciente como consecuencia de haber experimentado un evento particular, que si no hubiese ocurrido, no aparecerían las manifestaciones que motivan la consulta. Las manifestaciones halladas son las de tipo depresivo preferentemente.

Los cuadros de psicosis orgánica (290-9-OMS) ocupan el quinto lugar de consultas con un 4.6%, en su mayoría constituida por padecimientos de demencia senil (290.0 ICD-9-OMS).

En un sexto lugar porcentual de consultas lo constituyen los Síndromes de dependencia al alcohol (303 ICD-9-OMS) con un 4.3%; aún cuando se conoce que uno de los problemas más apremiantes de salud mental a ser enfrentados ahora y en el siguiente siglo es el alcoholismo.(7) Se concuerda con la opinión

de estos autores ya que durante las visitas realizadas a la ciudad de Huamanga se apreció un consumo de alcohol realmente considerable, sumado a esto hemos recogido solicitudes de familiares cuyos pacientes no aceptan ir a consulta por no considerarse "enfermos".

Es importante mencionar que durante la ejecución del Plan se creó el servicio de psiquiatría, acogido en el servicio de medicina. El promedio de pacientes psiquiátricos hospitalizados era de 6, llegando en algunas oportunidades hasta 12. La mayoría de ellos por cuadros psicóticos y depresivos.

3. ASESORÍA TÉCNICA

Se realizaron reuniones técnicas con el equipo para evaluar el manejo de los casos de mayor complejidad y brindar las sugerencias respectivas.

Con las enfermeras se enfatizó en el manejo psicofarmacológico, efectos colaterales y afronte en casos de emergencia.

Existía la posibilidad, considerada en el convenio, de comunicación telefónica en el momento que se considerase necesario.

OTRAS ACTIVIDADES

Dentro de las actividades relacionadas con los problemas de salud mental que afectaban a

la población se realizaron actividades preventivo promocionales a través de los medios de comunicación masiva (radio y televisión) en los que se brindó orientación sobre temas de interés para la población, también se participó en eventos científicos y capacitación a diferentes instituciones. Así mismo se realizó un estudio sobre la violencia juvenil en la ciudad de Huamanga, centrado en pandillas juveniles.(8)

◆ CONCLUSION

La ejecución del "Plan Piloto de Descentralización de atención en salud mental y psiquiatría, Ayacucho 1995 - 1996" ha permitido demostrar, que en países como el nuestro, donde existe escasez de personal de salud especializado, es posible brindar atención de salud mental y psiquiatría a través de la conformación de equipos multidisciplinares no especializados previa capacitación y supervisión adecuada.

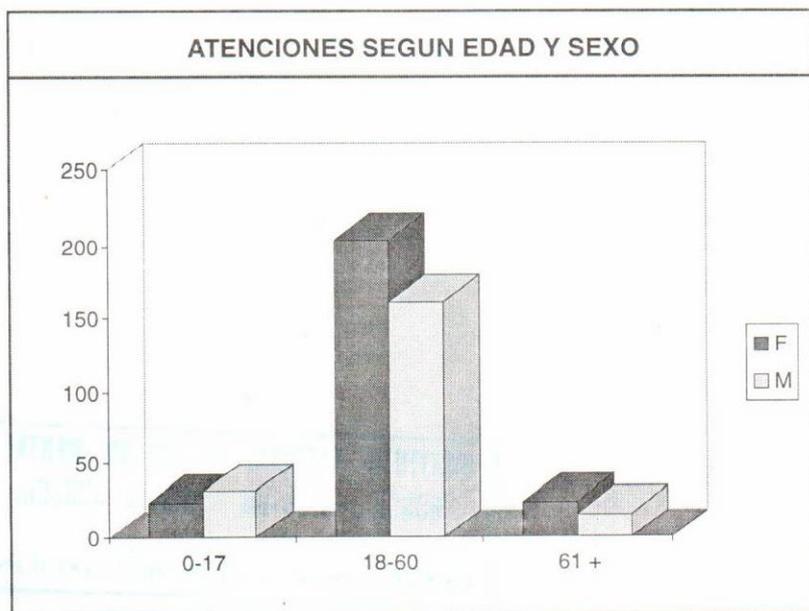
◆ RECOMENDACION

Este tipo de experiencia puede ser replicado en cualquier otra región del país considerando también a otras especialidades.



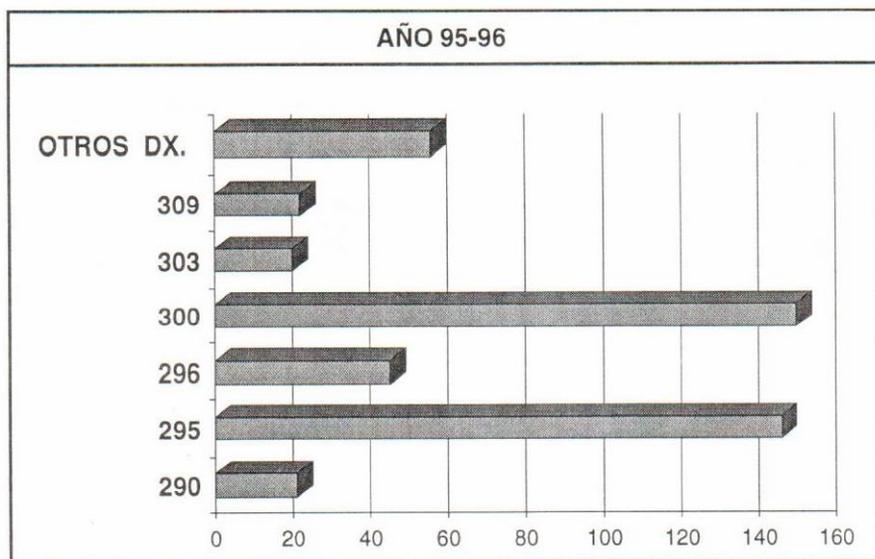
ATENCIONES SEGÚN EDAD Y SEXO
AÑO 1995 - 1996

Edad	F	M
0-17	24	31
18-60	204	161
61 +	24	16
Total	252	208



ATENCIONES SEGÚN DIAGNOSTICO
HOSPITAL DE APOYO DE HUAMANGA
AÑO 1995-1996

DIAGNOSTICO	NUMERO	%
290	21	4,6
292	1	0,2
295	146	31,7
296	45	9,8
300	150	32,6
301	1	0,2
303	20	4,3
304	1	0,2
307	4	0,9
308	13	2,8
309	22	4,8
312	2	0,4
314	2	0,4
315	5	1,1
317	4	0,9
318	2	0,4
345	3	0,7
E-950	8	1,7
Orientación	10	2,2
Total	460	100



◆ REFERENCIAS

- 1) GONZÁLEZ,R. Temas de salud mental en la Comunidad. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No 19. Capítulo XVII Salud mental en la comunidad en América Latina-Ejemplo de programas. O.P.S. 1992
- 2) PERALES,A., SOGI,C., LOLAS,F., PACHECO,A., SAMANIEGO,N., MATUTE,G., BARRETO,A., CHASQUEL,R., DÁVILA,H., Y LÓPEZ,R. Orientación de la Atención Psiquiátrica en Sudamérica. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" 1995
- 3) UNICEF/INEI Estado actual de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú 1996
- 4) ESCALANTE,M. Y URIBE,R. Promoción de la salud mental en niños y adolescentes víctimas de la violencia armada. Anales de Salud Mental, 1996, XII:61-73
- 5) HASSLER,R. (1976). La teoría y la práctica de la Psiquiatría preventiva. Publicación científica No 321. Washington D.C.
- 6) TRASTORNOS MENTALES : Glosario y guía para su clasificación según la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades . O.P.S. O.M.S. 1980
- 7) ALARCÓN,R La Psiquiatría Latinoamericana : Identidad y futuro. Rev.de Neuropsiquiatría, 59:57-68, 1996
- 8) ESCALANTE,M Y VALENCIA,I Perfil de las Pandillas Juveniles en Ayacucho Anales de Salud Mental 1996 XII:75-86