



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD 10 DE OCTUBRE**

**“GENERALIDADES
EN
PSIQUIATRÍA”**

PROFESORES: Dra. Zoila E. Acosta Hernández.

Especialista de I y II Grado en Psiquiatría
Profesora Auxiliar de Psiquiatría. Facultad 10 de Octubre.
Máster en Psiquiatría Social.
Profesora Principal de Psiquiatría ISCM Habana.

Dr. Mario León González.

Especialista de I y II Grado en Psiquiatría
Profesor Auxiliar de Psiquiatría. Facultad 10 de Octubre.
Máster en Psiquiatría Social.
Director del CCSM Lawton, 10 de Octubre
Aspirante a Doctor en Ciencias

**MATERIAL DE ESTUDIO PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA.
CIUDAD HABANA. 2008.**

Generalidades en Psiquiatría.

Sumario:

1.1.- Introducción a la Psiquiatría.

- ❖ Breve historia de la Psiquiatría teniendo en cuenta momento histórico-social y concepciones de la misma.
- ❖ Concepto y objeto de estudio actual de la Psiquiatría y su relación con otras ciencias.
- ❖ Relación de la Psiquiatría con el Método Clínico, Epidemiológico y Salubrista. Determinantes de la salud, factores psicosociales, protectores y de riesgo.

1.2.- Psiquiatría en el Sistema Nacional de Salud.

- ❖ Principios Básicos del Sistema Nacional de Salud. regionalización y estratificación. Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la Psiquiatría en la Atención Primaria de Salud (APS). Objetivos y funciones de la Psiquiatría en el Segundo Nivel de Atención.
- ❖ Reorientación de la Psiquiatría. Política de Salud Mental y Psiquiatría del MINSAP.
- ❖ Principios básicos del Modelo de Atención Comunitaria.
- ❖ Diagnóstico de Salud Mental Comunitario.

1.3.- Historia Clínica

- ❖ Importancia de la Historia Clínica. Sus diferentes acápites.
- ❖ La entrevista como medio idóneo para realizar las diferentes técnicas de exploración clínica, epidemiológica y social.
- ❖ Introducción al Examen Psiquiátrico.

BIBLIOGRAFÍA

1.1.- Introducción a la Psiquiatría.

Sumario ⇨

Breve historia de la Psiquiatría teniendo en cuenta momento histórico-social y concepciones de la misma.

No siempre la Psiquiatría fue considerada una rama de la Medicina, a pesar de que personas con trastornos mentales, han existido siempre. En las sociedades más primitivas (egipcia, hebrea, persa, etc.) no había una distinción entre enfermedades orgánicas y psíquicas y la tarea de curar la llevaban a cabo el brujo, curandero o sacerdote; ya que las enfermedades eran atribuidas a poderes mágicos.

Se señala que la “Historia de la Psiquiatría comienza en el momento en que un hombre intentó aliviar a otro hombre enfermo influyendo sobre él” (1).

En esa etapa antiquísima de la cultura universal, la ayuda que se les brindaba a los enfermos era a través de procedimientos mágicos y oraciones.

Hipócrates (460-377 a.n.e.) conocido como el padre de la Medicina, trató de explicar que todas las enfermedades eran producidas por causas naturales. Fue el primero en plantear que del cerebro nacen nuestras alegrías, tristezas, temores, placeres y que dicho órgano es el intérprete de la conciencia. También desmitificó la Epilepsia, la que era denominada como divina o enfermedad sagrada, considerándola una entidad de causa natural, siendo ésta la base que sustentó la escuela hipocrática.

Los médicos hipocráticos describieron por primera vez el delirio de causa tóxica, la depresión y consolidaron el uso del término “histeria” para describir el trastorno que en aquella época se consideraba que no sufrían sólo las mujeres debido a una rotación de útero —de ahí su nombre de histeria, proveniente del útero—.

El tratamiento indicado a los enfermos mentales eran higiene ambiental, dietas y purgantes. Todo este pensamiento racional primitivo de la Medicina y por tanto de las enfermedades mentales, se perdió en el período medieval en el que el pensamiento científico sufrió una regresión hacia las creencias mágicas, mística y demonológicas.

El cuidado de los enfermos fue a parar a manos de los sacerdotes cristianos, existiendo un estancamiento en todas las ciencias por el pensamiento irracional impuesto por las leyes de la Iglesia Católica.

Los enfermos mentales se consideraban poseídos por un espíritu diabólico, llegando a ser perseguidos y la atención que recibían era el exorcismo, llegando a la expresión máxima de intolerancia y agresividad con la caza de las “brujas” y la hoguera de la Inquisición.

El Renacimiento (Siglo XV a comienzos del XVII) surge en la época de decadencia del feudalismo y el incipiente desarrollo de las clases medias y de los comerciantes que darían a la formación de la incipiente sociedad burguesa.

Fue un período de tránsito, donde se retoman el pensamiento filosófico y la esencia natural del origen de las enfermedades descritas por los griegos. Surge el movimiento humanista (*) que se opone al dominio de la teología en el pensamiento filosófico, científico y cultura.

En los Siglos XVII y XVIII, hubo grandes avances en las ciencias naturales, teniendo como principio la razón y la observación experimental. Impera el biologicismo mecanicista, superándose el misticismo y la superstición en el origen de las enfermedades mentales.

Se realizaron observaciones clínicas muy detalladas y una tendencia a un trato más humano a los pacientes psiquiátricos cuya forma de tratamiento era el internamiento en hospicios de caridad y casas de salud surgidos desde el medioevo.

La historia de la psiquiatría moderna y la reforma al trato del paciente psiquiátrico en las instituciones manicomiales se ubica en las acciones de Pinel (1745-1826) cuando liberó a los pacientes de las cadenas.

Se formuló el dualismo cartesiano (René Descartes, 1596-1650) que plantea la separación de la mente del cuerpo, estableciéndose una errónea dicotomía que influyó negativamente hasta nuestros días.

Fue a comienzos del Siglo XIX que se incluye la Psiquiatría como una rama de la Medicina. Se mantiene el carácter biologicista, centrado en la institución (e manicomio) su forma de atención, manteniéndose el criterio de incurabilidad y aislamiento para los pacientes psicóticos. Esta visión se mantuvo hasta la primera mitad del Siglo XX.

La responsabilidad del tratamiento recaía en el psiquiatra y la modalidad que prevalecía era el ingreso de carácter alienable y con métodos de tratamiento fundamentalmente somáticos tales como: la malaria en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva, los comas insulínicos y el electrochoque para las patologías de nivel psicótico.

A partir de la segunda mitad del Siglo XX, la Psiquiatría experimenta un cambio radical en sus concepciones, pasando de un perfil biomédico estrecho al biopsicosocial de carácter integrador y amplio.

Este salto cualitativo se hizo posible por el desarrollo alcanzado por las neurociencias, la genética, la psicofarmacología, la imagenología, dentro de las ciencias médicas y por las ciencias sociales.

O

(*) Humanismo: Conjunto de ideas que expresan respeto hacia la dignidad humana que sustentan el desarrollo del hombre su derecho a la libertad y a la satisfacción de sus necesidades y combatían es ascetismo religioso. (2).

En este período, el psiquiatra comparte la atención con el psicólogo y otros técnicos y profesionales de la salud y de las ciencias sociales, formándose un equipo. Deja de prevalecer el internamiento institucional como forma de tratamiento dando paso a la atención ambulatoria y a otras acciones de salud, además de la curativa, como son las de promoción, prevención y rehabilitación.

Esta integración va a permitir profundizar en el conocimiento de la interacción que cada una de estas vertientes (biológica, psicológica y social) tiene en el hombre como ser social.

Concepto y objeto de estudio actual de la Psiquiatría y su relación con otras ciencias.

Sumario ⇨

Tanto la definición como el objeto de estudio de la Psiquiatría, no se han mantenido estáticos, sino que han evolucionado en correspondencia con el devenir histórico de la especialidad.

La Psiquiatría está ubicada dentro de las Ciencias Médicas, como una rama de la Medicina e identificada con la corriente biologicista, fue definida por los clásicos “como la rama de la Medicina que se ocupa del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales”, de lo que se desprende que su objeto de estudio se limita a la atención al daño del sujeto de forma individual.

Atendiendo al perfil biopsicosocial y salubrista que caracteriza el ejercicio de la Medicina actual — lo que es primordial para la Psiquiatría— el Dr. Barrientos plantea que su objeto de estudio cambió y que el mismo es el estudio del psiquismo del hombre como ser social (3), o sea, que se amplía el objeto de estudio a la integralidad del psiquismo del hombre tanto sano como enfermo. Esta opinión aproxima la Psiquiatría a la Salud Mental, la cual abarca según la OMS el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (4).

Las manifestaciones del hombre, sus hábitos y costumbres de vida, sus sufrimientos, sentimientos y su forma de actuar en interacción con su medio, son la esencia de la Psiquiatría.

Por este amplio perfil la Psiquiatría mantiene relación con otras ramas de la Medicina y con otras ciencias naturales y sociales. Dentro de las ciencias médicas se relaciona con la Medicina Interna, la Pediatría, la Neurología, pues en múltiples ocasiones la forma de presentación de una patología orgánica es con alteraciones de las funciones psíquicas.

Además hay que tener presente que estudios estadísticos expresan que del 30 al 40% de todos los pacientes que acuden a un médico de familia, lo hacen por afecciones en las que existen manifestaciones psicopatológicas de diferente significación, que requieren una atención psiquiátrica menor (5).

También guarda relación con las neurociencias y la neuroimagenología cuya interrelación brinda la posibilidad de avanzar en la identificación de áreas específicas del funcionamiento cerebral en cuanto al pensamiento, las emociones y el comportamiento.

La relación con la genética viene dada desde el desarrollo fetal, el cual puede verse afectado por factores ambientales como el abuso de sustancias psicoactivas, durante el embarazo. Además los avances en el genoma humano son esperanzadores en el logro de tratamientos más eficaces.

Otra de las ramas de la Medicina con las que guarda relación estrecha la Psiquiatría, es con la farmacología, cuyo desarrollo permite contar con psicofármacos de acción específica sobre determinados neurotransmisores y los síntomas negativos de la esquizofrenia, la enfermedad más grave de la especialidad.

Al cambiar el perfil y el objeto de estudio de la Psiquiatría, proyectarse a la comunidad y dar prioridad a las acciones de salud en la atención primaria, unido a las modificaciones del cuadro epidemiológico salud-enfermedad (aumento de la esperanza de vida, prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, daño a la salud mental personal y comunitaria por comportamientos inadecuados como el abuso de sustancias psicoactivas, violencia, etc.) se necesita de la epidemiología para conocer el cuadro de salud-enfermedad mental de una comunidad.

También guarda relación con otras ciencias no médicas como la psicología en general y la psicología de la salud en particular, que aplica la psicología a los problemas relacionados con el

binomio salud-enfermedad y cuyas funciones se centran en la promoción, prevención, cuidados de la salud y en el diseño de estructuración de las políticas de salud y del sistema que las ejecuta (6).

Dentro de otras ciencias no médicas tiene relación con la computación y las ciencias sociales (sociología, antropología) las que de conjunto han hecho posible establecer modelos del psiquismo, perfeccionar la taxonomía e introducir múltiples variables de la psiquis y acercar lo subjetivo del hombre a su medio social (3).

Relación de la Psiquiatría con el Método Clínico, Epidemiológico y Salubrista. Determinantes de la salud, factores psicosociales, protectores y de riesgo.

Sumario ⇨

De todas las especialidades médicas, es en la Psiquiatría donde se hace más necesario tomar en cuenta la integralidad del hombre para el abordaje de los trastornos mentales, tanto en su etiología como en la curación y rehabilitación del paciente con secuelas.

Sabemos que para el desarrollo del psiquismo, además del componente biológico (cerebro, sistema nervioso) es imprescindible la relación con el medio social, lo que da lugar a la integración de los 3 niveles superiores de la evolución de la materia: el biológico, el psicológico y el social.

Esta visión es fundamental en la valoración de la función multicausal de las enfermedades mentales y en las acciones de salud que se vayan a ejecutar.

El modelo biopsicosocial y salubrista que se asume como el nuevo paradigma de la Psiquiatría, tiene una función integradora y para lograr esa integración tiene necesariamente que ser interdisciplinaria.

En su proyección hacia la atención primaria en salud, para cumplir con todas las acciones de promoción y protección de la Salud Mental, la atención al daño y la rehabilitación psicosocial, así como satisfacer las necesidades sentidas de la población, no puede olvidar el uso del método clínico, el epidemiológico y el salubrista.

Método Clínico:

Los trastornos mentales se identifican y diagnostican mediante el método clínico similar a los utilizados para las enfermedades orgánicas.

Es en la comunidad donde el sujeto crece, incorpora los elementos de la cultura, donde trabaja, estudia, donde disfruta éxitos y sufre fracasos, en fin es el lugar donde se preserva o se pierde el equilibrio dialéctico del binomio salud-enfermedad mental, por lo que es el nivel más complejo de actuación del trabajador de Salud Mental.

Hay que identificar los síntomas y signos de la evaluación psiquiátrica, realizar correctamente el diagnóstico sindrómico, diferencial y nosológico, utilizar correctamente la clasificación de las enfermedades, indicar las medidas terapéuticas adecuadas y valorar las medidas de rehabilitación, tanto en el 1^{er} como en el 2^{do} Nivel de Atención.

Método Epidemiológico:

La multicausalidad de los trastornos psiquiátricos y la comunidad como espacio fundamental de atención a los mismos, lo que ha hecho necesario que para su estudio se utilicen los conceptos de determinantes de salud: biológicos o determinantes biogenéticas, ecológicos o determinantes del

medio ambiente, determinante modos, condiciones y estilos de vida y el determinante organización de los servicios de salud.

Cuando realizamos el diagnóstico de salud mental de una comunidad o área de salud, tenemos que trabajar con datos epidemiológicos como morbilidad, incidencia, prevalencia, factores de riesgo y las determinantes de la salud.

Los factores psicosociales son los que permiten conocer la existencia de factores de riesgo de enfermar y de factores protectores de la salud. Se clasifican en:

- **Macrosociales.** Nivel socioeconómico, las migraciones, urbanización, clase social, condiciones de vida, las creencias, el sistema sociopolítico, el sistema de salud y el medio ambiente físico.
- **Microsociales:** La familia el trabajo, el género, discapacidad o minusvalía, la soledad o aislamiento, el hacinamiento y la organización de la comunidad.
- **Individuales:** Los hábitos, adicciones, estilo de vida personal, el estrés, los conflictos intrapsíquicos y la personalidad

El significado de la palabra riesgo es el peligro o la contingencia de un daño y la vulnerabilidad se refiere a algo que puede ser herido o atacable. Se define como factor de riesgo a las características del individuo o circunstancias del medio que contribuyen a que en esa persona o grupo social exista una mayor posibilidad de pérdida de la salud o padecer un proceso morboso que inciden en su evolución y son detectables antes de la ocurrencia de la pérdida de la salud.

Desde el punto de vista médico vamos a considerar a un grupo humano como vulnerable cuando por alguna condición natural o biológica (género, edad, raza, etc.) puede ser propenso —más que otros grupos— al ser sometido a otra condición externa (factores del medio físico, químico, biológico, social, etc.), a recibir un daño en su organismo. Por ejemplo: los niños y ancianos son grupos vulnerables para adquirir enfermedades infecto-contagiosas por tener un sistema inmunológico más débil que el resto de las personas, o son más vulnerables a los accidentes domésticos, a sufrir los daños de la violencia familiar, etc.

Existe otro término que proviene de la Física denominado resiliencia. La resiliencia es la resistencia que tiene un cuerpo a ser dañado. Por tanto dentro del campo de la Salud, resiliencia es la resistencia, la fortaleza que tiene un sujeto, una familia o un grupo humano cualquiera a ser dañado frente a alguna contingencia del medio ambiente. De este modo un individuo que posea adecuados mecanismos de afrontamiento es más resistente ante eventos vitales negativos del medio social para presentar algún trastorno emocional. Un sujeto con un sistema inmunológico resistente es menos propenso a presentar alguna enfermedad infectocontagiosa.

Hay otros elementos que pueden constituir lo que llamamos factores de protección que al actuar sobre determinados grupos humanos los protegen de algún daño externo. Los factores protectores son los que llevan al bienestar, que protegen al individuo de las contingencias del medio que le rodea y con estos son con los que se trabaja fundamentalmente en la protección y promoción de la salud. Por ejemplo: el llevar una dieta balanceada y adecuada es un factor que protege al individuo de presentar una enfermedad nutricional, el haber tenido una buena educación sexual es un factor de protección contra las enfermedades de transmisión sexual, etc.

Ciertos elementos externos fundamentalmente al actuar sobre determinados grupos humanos pueden constituir factores de riesgo capaces de provocar un daño o enfermedad. Por ejemplo: el

hábito de fumar y el cáncer del pulmón, el consumo de drogas o el alcoholismo con la violencia, el desamparo filial y la depresión con el suicidio, por solo citar algunos ejemplos.

Entre estos tres elementos existe una relación directa: vulnerabilidad, factores de riesgo y de protección. Un sujeto vulnerable es sometido a un riesgo y por tanto estará más propenso a enfermar. Por el contrario uno sano y no vulnerable es sometido a un factor de protección y difícilmente recibirá un daño específico para ese factor.

Resulta mucho más riesgoso que un individuo en edad sexual activa (grupo vulnerable) mantenga una conducta sexual promiscua y no protegida (factor de riesgo) para contraer una enfermedad de transmisión sexual, que uno que mantenga una relación estable y segura (factor de protección).

Enfoque de riesgo es conocer con anticipación la aparición de las enfermedades para poder evitarlas, es decir conocer los riesgos de enfermar de un individuo o grupo social.

Método Salubrista:

Es de suma importancia que los sistemas de salud pública garanticen la accesibilidad y equidad de los servicios de salud mental a toda la población.

La OMS señala: "Aún con recursos limitados, hay formas de mejorar la organización de los servicios de modo que las personas que lo necesiten puedan aprovecharlos plenamente. La primera consiste en reducir gradualmente la atención prestada en hospitales psiquiátricos; la segunda en desarrollar paralelamente los servicios de salud mental en la comunidad y la tercera es integrar los servicios de salud mental en la atención de salud general (4).

Para poder llevar adelante esta modificación en la prestación de servicios es imprescindible que los Estados dicten políticas sanitarias que apoyen esos objetivos.

Teniendo en cuenta la multicausalidad de los trastornos mentales, las determinantes, los factores de riesgo, es obvio que muchas de las tareas a desarrollar, de las medidas a tomar rebasan las posibilidades del sector salud por lo que los prestadores de salud mental tienen que establecer vínculos intersectoriales para poder alcanzar éxito en su gestión.

Nuestro país ha llevado adelante transformaciones en la atención psiquiátrica lo que se denomina Reorientación de la Psiquiatría hacia la APS, fortaleciendo los servicios psiquiátricos en la atención primaria con la creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental que rigen las acciones de salud mental.

1.2.- Psiquiatría en el Sistema Nacional de Salud.

Sumario ⇨

Principios Básicos del Sistema Nacional de Salud. Regionalización y estratificación. Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la Psiquiatría en la Atención Primaria de Salud (APS). Objetivos y funciones de la Psiquiatría en el Segundo Nivel de Atención.

El sistema de salud cubano es de carácter nacional y único. Sus funciones son regidas por una organización central, única que constituye el Ministerio de Salud Pública.

Desde su surgimiento el Estado consideró que la atención y protección a la salud es un derecho de todos los ciudadanos y una responsabilidad estatal garantizarla.

Desde el triunfo de la Revolución la Salud Pública ha tenido un desarrollo progresivo, lo que ha hecho posible asegurar la accesibilidad a los servicios de salud a toda la población, brindando una cobertura a todo lo largo y ancho del país para que todos los ciudadanos reciban la atención que necesitan, con la calidad requerida y de forma gratuita.

Junto a los principios antes señalados que son los pilares del Sistema Nacional de Salud, se encuentran la regionalización y la descentralización.

Se entiende por regionalización de salud “el proceso de organización de la red de servicios en el ámbito territorial, mediante la descentralización de las áreas geográficas determinadas, así como la concentración de las acciones de salud bajo un mando único y un mismo programa, con el fin de alcanzar condiciones superiores de salud, al brindar la completa accesibilidad, total cobertura a la comunidad, recabando de ella su imprescindible participación” (7)

En la década del 70 del siglo pasado se consolidan los principios antes señalados, se erradican enfermedades infecciosas, se intensifica la labor preventiva y se lleva a cabo la descentralización del sector. La descentralización comprende la transferencia de poder y de recursos desde un punto central hacia la periferia de cualquier sistema (8)

El modelo asistencial que conduce el Sistema de Salud es el de la Medicina Familiar, teniendo como base el consultorio del médico y enfermera de la familia y el policlínico.

La atención psiquiátrica sigue los principios básicos y las funciones del Sistema Nacional de Salud.

Los servicios psiquiátricos se encuentran regionalizados con la finalidad de acercar lo más posible los servicios a la comunidad. Existen servicios de psiquiatría en hospitales generales o clínico quirúrgicos que atienden un área geográfica determinada. En los mismos hay cuerpos de guardia de psiquiatría para la atención de las urgencias y Unidades de Intervención en Crisis (UIC).

Estos centros pertenecen al Segundo Nivel de Atención y su función fundamental es la de brindar hospitalización a pacientes con patologías agudas o crónicas en cuadros de descompensación e iniciar la rehabilitación. El hospital psiquiátrico centra su atención al daño y a la rehabilitación institucional, en muchos de ellos apacientes portadores de patologías de larga evolución.

La hospitalización del paciente psiquiátrico puede ser total, cuando el mismo pernocta en la institución, o sea permanece todo el día y la noche en el hospital, recibiendo atención médica. Existe otro tipo de hospitalización que es denominada parcial, que consiste en la permanencia del paciente sólo parcialmente dentro de la institución. Esta hospitalización parcial es la de los Hospitales de Día, de Noche o de fin de semana. En nuestro país sólo existe la primera de estas formas de hospitalización parcial. Este tipo de hospitalización puede estar tanto en el primero como en el segundo nivel de atención.

En el Nivel Terciario se ubican los institutos de investigación, pero en nuestro país, en la actualidad no contamos con centros psiquiátricos en esa instancia.

En la APS se incluyen los equipos básicos de salud mental que laboran en áreas de salud y que forman parte de los equipos de atención primaria. Los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM) que están ubicados en la propia atención primaria o en un nivel intermedio entre la primaria y la secundaria (municipio, distrito o región) (3)

Los CCSM son la puerta de entrada al sistema. Además de las tareas asistenciales (clasificación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social) la función esencial de los mismos es la

de promoción y protección a la salud mental y prevención de daños a la misma en una comunidad determinada.

El diagnóstico de salud mental comunitario es el punto de partida para planificar y ejecutar las diferentes acciones de salud: promoción, prevención, curación y rehabilitación, para lo cual cuenta con un equipo interdisciplinario, que respetando los límites del perfil ocupacional de cada uno de sus miembros es capaz de asumir diferentes roles, logrando una estrecha cohesión en su desempeño.

La vinculación entre el primero y segundo nivel de atención tiene que estar íntimamente articulada para facilitar el flujo de información, de pacientes y lograr la atención integral y continuada de los mismos. Esta interrelación tiene que establecerse no sólo entre las dependencias de atención psiquiátricas, sino con el resto de las especialidades y componentes del sistema.

La participación social, otro de los principios del sistema de salud, está presente desde que se realiza el análisis de la situación de salud mental, pues la comunidad es objeto pero también sujeto de las acciones de salud. Se dice que es objeto porque a ella se dirigen las acciones de salud y sujeto porque sólo es posible alcanzar niveles de salud altamente satisfactorios con el concurso masivo y consciente de la comunidad (7).

Esta participación es importante en los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación además de en acciones de promoción y en la mejoría de la calidad de vida (9).

Con relación a la implementación de programas Psiquiatría lleva el Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida y la estrategia nacional para la prevención del uso indebido de drogas y la atención a la drogodependencia. Aunque en ambas actividades participan tanto el nivel secundario como el primario es éste último el que lleva el papel protagónico.

Otro de los principios es el de la docencia e investigación. Tradicionalmente la docencia en psiquiatría se realizó en los hospitales. En la actualidad las tareas de formación de recursos humanos y recalcificación se descentralizaron del nivel secundario, complementándose en la APS, tanto en el Policlínico Universitario, como en el CCSM.

Los programas docentes se han modificado atendiendo a la necesidad de calificar a los profesionales y técnicos en salud mental para que puedan responder a los requerimientos asistenciales actuales.

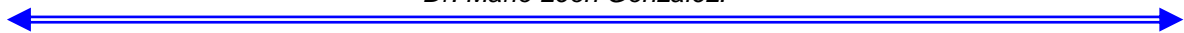
Con respecto a las investigaciones, eran las de tipo cuantitativas las que prevalecían, en la actualidad se están utilizando también técnicas cualitativas para abordar temas tan complejos como es la conducta del hombre y su subjetividad.

Reorientación de la Psiquiatría. Política de Salud Mental y Psiquiatría del MINSAP.

Sumario ⇔

La atención del enfermo mental estuvo siempre centralizada en el hospital psiquiátrico como institución de tipo asilar. En ella eran ingresados no sólo enfermos mentales, sino también indigentes, prostitutas, ladrones, o sea todos aquellos seres humanos que eran marginados por la sociedad, como una forma de "saneamiento ambiental" de las comunidades.

Estas instituciones, por su carácter asilar, cronificante y patógeno que resulta para el enfermo mental, recibieron críticas cada vez más intensas, lo que motivó que después de la II Guerra



Mundial se produjeron en el mundo movimientos para reformar la atención psiquiátrica de la población. Surge así la Reforma Psiquiátrica Italiana, cuyo modelo se extendió al resto de Europa primero y al resto del mundo después.

Con este movimiento reformativo, la institución asilar se desmembra y descompone, derivando todos sus recursos materiales y humanos a la comunidad, creando alternativas de atención totalmente sustitutivas del hospital asilar, sin prescindir de la hospitalización por períodos cortos en fases agudas de la enfermedad. Surgen así los Centros Comunitarios de Salud Mental, que apoyan este proceso de desinstitucionalización.

En el área de América Latina y el Caribe ha surgido un proceso de reestructuración en la atención psiquiátrica, cuyas bases están en las influencias de las Reformas Psiquiátricas en el resto del mundo. Nuestro país no escapa a esas influencias, pero en él se han producido cambios estructurales mucho más profundos, pues en el año 1959, se ha producido una Revolución Social que vino a dar un vuelco a la atención médica en sentido general y a la psiquiátrica en particular. (10).

En ese año triunfa la Revolución Cubana, con ella se crea el Sistema Nacional de Salud como un sistema único, y la Psiquiatría se integra a él como una especialidad médica más, constituyéndose como psiquiatría pública. El proceso de reforma cubano comienza en esa fecha con la transformación del Hospital Psiquiátrico de La Habana, antiguo Hospital de Dementes de Mazorra, en el que se humaniza el tratamiento del enfermo mental, creándose planes de rehabilitación, con la inserción de la terapia ocupacional dentro de la institución, la instauración de actividades recreativas, deportivas y culturales, el establecimiento de vínculos de los pacientes con la sociedad desde el propio hospital (visitas de familiares y amigos, pases los fines de semana al domicilio de origen, etc.) (11).

Además de la transformación de los centros existentes en el país, se crean otros hospitales psiquiátricos en todas las provincias para dar cobertura a la atención especializada a todas las regiones. En ellos se instituyó el régimen de Comunidad Terapéutica, se redujo la contención física y ambiental y la terapéutica del enfermo se comenzó a aplicar con mayor rigor científico.

Posteriormente en la década de los 60^s se inició la descentralización de los recursos y se crearon los servicios de psiquiatría en los hospitales clínico-quirúrgicos y generales, extendiéndose la red de servicios asistenciales a centros más cercanos a la comunidad.

Se instauró la regionalización, asignándole a cada hospital una zona de atención geográficamente definida. Se comenzaron a brindar consultas ambulatorias desde el propio hospital y posteriormente se creó el Equipo de Salud Mental (ESM), el que traslada el tratamiento ambulatorio, a los Policlínicos Integrales de las diferentes áreas de salud. De esta forma el tratamiento del enfermo mental se acercó al entorno donde vive.

En la década de los 70^s comenzó en todo el país el Modelo de Atención Comunitaria y los Policlínicos Integrales se convirtieron en Comunitarios. El psiquiatra del segundo nivel de atención (hospital) y el resto de los miembros del ESM (psicólogos, trabajadores sociales, psicométristas, terapeutas ocupacionales y enfermeros [as]), se proyectan a la comunidad (Atención Primaria de Salud [APS]) desde la atención secundaria.

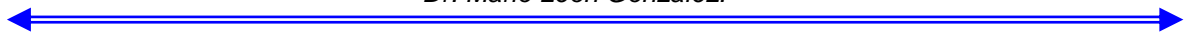
El médico del sector, interconsultaba con el especialista sus casos, el que comenzó la dispensarización de los mismos por grupos diagnósticos, para brindarle seguimiento en el propio policlínico, o enviarlo al hospital para recibir tratamiento en sala de agudos o en hospital de día, si fuera necesario.

Durante la década de los 80^s se mantiene el Modelo de Atención Bio-médico, con el enfoque fundamental de tratar el daño (curativo-rehabilitatorio). En 1984 surge el Modelo del Médico y Enfermera de la Familia y el ESM se integra al plan desde el propio policlínico, creándose actividades con un enfoque un poco más comunitario. Entre las que podemos citar:

- Grupos de psicoterapia para pacientes neuróticos, psicóticos de larga evolución, trastornos afectivos (“melancólicos”), orgánicos, adolescentes y socioterapia (modalidad para manejar conflictos laborales y sociales de los pacientes, en forma grupal).
- Psicoterapia individual (terapias comportamentales para el tratamiento de las fobias fundamentalmente, psicoterapia breve, etc.).
- Rehabilitación psicosocial con la creación de talleres de terapia ocupacional, actividades recreativas (fiestas, excursiones, cumpleaños colectivos, etc.), deportivas y culturales.
- Tratamiento psicofarmacológico controlado para pacientes de larga evolución (neurolépticos de depósito: IMAP y Decanoato de Flufenacina administrados por la enfermera del ESM en el policlínico).
- Tratamiento de acupuntura y relajación.
- Trabajo de terreno, fundamentalmente realizado por la trabajadora social psiquiátrica (TSP) o el propio psiquiatra en ocasiones, para la atención de casos en los que fuera imprescindible la presencia profesional.
- Interconsultas directas con el Equipo de Atención Primaria de Salud (EAPS) lo que facilita un mayor conocimiento por parte del ESM de los problemas del paciente. Por otro lado actualiza e instruye al médico de la familia acerca del manejo y tratamiento de los enfermos con trastornos psiquiátricos.
- En este período se inician algunas actividades preventivas vinculando a miembros de la comunidad en las mismas.

En el quinquenio 1990-95, el ESM se proyecta un poco más a la comunidad surgiendo entonces en muchas áreas del país:

- Los ingresos domiciliarios.
- Una interrelación más estrecha del ESM con el médico y enfermera de la familia.

- 
- Una mayor preocupación del ESM por los problemas más relevantes de cada consultorio médico, sobretudo con los casos de difícil manejo, pacientes psicóticos, egresados del hospital, brindándole seguimiento estrecho para evitar recaídas y reingresos (seguimiento del egresado), etc.
 - Se mantienen el resto de las actividades que previamente se hacían.
 - Se inicia en algunas áreas de salud el Diagnóstico Epidemiológico Comunitario que facilita un mejor conocimiento de los problemas locales de Salud Mental.
 - Se inicia el Programa Nacional de Atención a la Conducta Suicida.

En 1995, se firma la Carta de La Habana en la que además se hace énfasis en aspectos fundamentales como es la vinculación de la atención psiquiátrica con la APS, con una participación intersectorial y utilización de los recursos que la comunidad posee, pero además del enfoque terapéutico, la prevención y la promoción de salud son elementos primordiales en este proceso de reorientar la Psiquiatría en materia de Salud Mental, vinculando al equipo de APS, a la población y sus líderes en el proceso de formación de su salud. (12). Nos apartamos pues del modelo biomédico tradicional y entramos en uno más salubrista, centrando esfuerzos y recursos en promover salud mental.

Como podemos apreciar, la Carta de la Habana es el documento que plantea la plataforma programática de toda la atención de los problemas de la Salud Mental a partir de esos momentos, en que se celebró en el Capitolio de la capital del país, el evento Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria de Salud, proceso que ya se venía desarrollando anteriormente en todo el territorio nacional, con la proyección del trabajo hacia la comunidad cada vez más.

Podemos observar además que al ser aplicado el Modelo de Atención Comunitaria —como veremos más adelante en este material— la atención y rehabilitación no son sólo los objetivos de este programa, sino la prevención de los trastornos o sus consecuencias y la promoción de estilos de vida saludables en la población cubana. Es por ello que este modelo biopsicosocial es más salubrista que el anterior. Va directamente a fomentar y preservar la salud mental de los ciudadanos, sin dejar de atender a los ya enfermos para reinsertarlos a la sociedad como seres humanos útiles y productivos.

Principios básicos del Modelo de Atención Comunitaria. Sumario ⇔

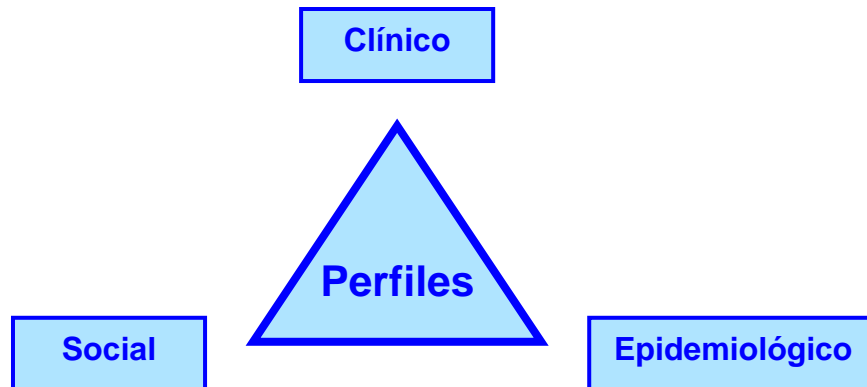
En el mundo aparecen toda una serie de sistemas organizativos de la atención psiquiátrica, que facilitan la creación de modelos de atención comunitaria. Estas premisas nos llevan desde la institución asilar clásica, convencional y retrógrada a la atención cada vez más centrada en la comunidad. Entre estos sistemas encontramos:

- ❖ Existencia de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, en los que la atención es más integral, no es asilar y el tiempo de estadía se reduce, así como que su ubicación es más cerca de la comunidad.

- ❖ Creación de un sistema de atención ambulatorio desde el mismo hospital.
- ❖ Aparición de los hospitales de día con un sistema de hospitalización parcial.
- ❖ Surgimiento de las unidades de intervención en crisis (UIC) en las que se acorta mucho más el promedio de estadía por la intensividad de la atención recibida del paciente con una crisis psiquiátrica.
- ❖ Utilización de los recursos de la propia comunidad en la solución de los problemas de salud de la población.
- ❖ En nuestro país, la proyección del Equipo de Salud Mental (ESM) en la atención del enfermo psiquiátrico en las diferentes áreas de salud (policlínicos), es también un factor que facilita la aparición de este modelo, que entre otras cosas es capaz de lograr un mayor impacto con un menor costo.

Perfiles del modelo:

El Modelo Comunitario de atención psiquiátrica, tiene 3 perfiles básicos: clínico, epidemiológico y social. Clínico porque brinda atención médica con acciones curativas y rehabilitatorias para los sujetos enfermos, epidemiológico porque aplica como estrategia de trabajo el método epidemiológico para lograr el diagnóstico de salud con el que se detectan grupos de riesgo, evaluando no sólo al individuo, sino a grupos poblacionales en cuanto a estado de bienestar, o sea su salud mental. El perfil social porque considera las necesidades de salud de la población y porque en la solución de los problemas de la misma, la comunidad participa activamente (13).

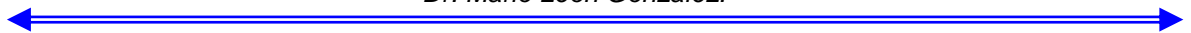


Entre sus principios básicos se encuentran:

- La atención es integral y continuada:

El ser humano debe concebirse como una unidad, que integralmente visto posee elementos biológicos, psicológicos y sociales. Al evaluarlo hay que tener en cuenta estos tres aspectos, la presencia de su esencia como ser biológico con estructuras y funciones definidas, las relaciones que como ser social inherentes a su condición de convivencia grupal (familia y comunidad) y la resultante de esta interrelación biosocial que origina el fenómeno psicológico.

Evaluar al hombre longitudinalmente a lo largo de su vida, teniendo en cuenta su historicidad y futuro es importante. La continuidad de la atención está dada por la existencia de un equipo de



APS que garantiza su seguimiento individual y en el contexto donde vive y se desarrolla de forma permanente y sistemática, debiendo existir un dominio absoluto de los factores que influyen individualmente y en la comunidad. Desde el punto de vista especializado, el ESM vinculado al de la APS garantiza esta continuidad tanto en el primer nivel de atención como en el segundo, asistiendo a todos los episodios presentados y en las diferentes instancias (UIC, Sala de Agudos u H. Día), independientemente de que radique en uno u otro nivel. Esta vinculación es imprescindible para garantizar la continuidad del tratamiento

- Se basa en el diagnóstico comunitario y la evaluación de las necesidades sociales de la salud mental.

Es la base fundamental en la que se cimienta el modelo. Conocer los principales problemas de salud de la población y sus necesidades es esencial para establecer planes de acción o programas específicos capaces de solucionarlos. El diagnóstico comunitario es un proceder epidemiológico que nos permite conocer el proceso salud-enfermedad en una población dada y en un período de tiempo determinado, pero que a su vez incluye la evaluación de un conjunto de problemas de la salud mental del hombre concebidos en un sentido más integral y amplio y que va más allá del proceso morboso en sí. Evaluar cuanti-cualitativamente las necesidades sociales de la salud es en esencia su objetivo fundamental. Más adelante profundizaremos sobre este aspecto.

- El Equipo de Atención Primaria de Salud. (Médico y Enfermera de la Familia) y la comunidad como ejes fundamentales del modelo:

El modelo tiene un carácter no medicalizado, no profesional, por lo que su concepción dista mucho del antiguo modelo bio-médico en el que el profesional y técnico de la salud es el centro de la atención y el eje determinante de las acciones que se brindan. El individuo y la comunidad permanecen pasivos sin participación alguna en lo referente a su salud. El modelo cede el papel rector al EAPS y a la comunidad en relación con la Salud Mental. El médico y enfermera de la familia dominan los problemas fundamentales de la salud de su comunidad, por lo que el vínculo del ESM con él es fundamental no solo para lograr el conocimiento necesario, sino para asesorarlo en la solución -conjuntamente con la población- de dichos problemas.

- La descentralización de los recursos materiales y humanos.

La descentralización de recursos es fundamental para que un sistema local de salud, tanto el EAPS como el ESM funcionen adecuadamente, distribuyendo funciones y responsabilidades entre la propia comunidad. Descentralizar recursos, competencia y poderes de decisión es esencial para llevar a efectos acciones de promoción, prevención y rehabilitación comunitarias. Lo anterior lleva implícito además que la descentralización implica factores y decisiones políticas y jurídico-administrativas, que sobrepasan el marco de la salud mental y de la salud en general. La planificación normativa y centralizada debe progresivamente convertirse en gran parte local y participativa, ajustándose a las necesidades locales de una comunidad determinada.

En el campo de la Salud Mental podemos ejemplificar esta descentralización en la transferencia de recursos humanos y materiales del 2do nivel al 1ro, en delegar tareas y funciones referentes a la Salud Mental en el EAPS, en la determinación de un plan de acción, una vez realizado el diagnóstico de las necesidades de salud de la población sin necesidad de esperar burocráticamente decisiones de un nivel administrativo superior, etc.

- La coordinación e integración funcional de los diferentes niveles del sistema de salud:

Independientemente que el sistema centre su atención en la APS, debe integrarse como un todo. En nuestro campo, el vínculo de los diferentes niveles de atención es primordial. Habíamos visto que la continuidad del tratamiento es esencial pues aumenta el dominio del equipo acerca de los problemas de salud del individuo y fortalece la relación equipo-paciente.

En nuestro país deben buscarse alternativas regionales que fomenten esta vinculación hospital-comunidad. Si el ESM radica en el 1er nivel de atención, debe vincularse de alguna manera al 2do y viceversa, de tal forma que aproximadamente el 70% de las horas laborables estén dedicadas al trabajo comunitario y el 30% restante dirigido a pacientes hospitalizados.

- La estratificación de acciones:

Con la aplicación del modelo se hace necesario estratificar las acciones por los diferentes niveles del sistema de una forma coherente y armónica, de tal forma que:

- No se repitan acciones
- No desempeñar esfuerzos paralelos para lograr un mismo objetivo.
- No dejar por hacer acciones necesarias quedando “espacios no cubiertos”.

En este sentido es importante que cada cual deba hacer lo que le corresponda hacer en el momento preciso. El papel fundamental del ESM es apoyar y asesorar al EAPS y la comunidad en su accionar diario.

- La coordinación intersectorial:

En el modelo de atención comunitaria se hace imprescindible la participación de otros sectores de la sociedad en el quehacer amplio y multidimensional de la salud mental. La participación comunitaria en la solución de los problemas relacionados con la salud de sus habitantes requiere que organizaciones de masas, políticas, instituciones gubernamentales o no, centros productivos, etc., se involucren en las acciones requeridas para ello.

En nuestro país el mayor vínculo es a través de los órganos de gobierno locales: Consejos Populares, con sus delegados de circunscripciones, presidentes y vicepresidentes de los mismos, así como con otros organismos tales como, MININT, CDR, FMC, Educación, Cultura, Deportes y Recreación, Asociación de Combatientes, Organismos de Justicia, Trabajo y Seguridad Social, Unidades y Empresas Económicas del territorio, etc.

La intersectorialidad es válida para el accionar en todos los niveles del Sistema de Salud. Ejemplos: Consejos de Salud, Prevención Social y Grupos de Salud Mental a nivel de área, Municipal, Provincial y Nacional.

- La participación social.

Si partimos del hecho de que el Modelo es en principio no medicalizado ni profesionalizado, podemos entender que la participación social es vital para el buen desempeño de las acciones que en materia de Salud Mental se requieren. Pero no es solo en el accionar que se requiere de la participación social, sino también en el diseño y planificación de las tareas, así como en la detección de los problemas que constituyen necesidades sentidas de la población. El ESM debe participar en Asambleas populares e interrelacionarse con la comunidad y sus líderes directamente para divulgar aspectos relacionados con la Salud Mental, conocer sus preocupaciones y comprometerlos para que participen activamente en la solución de sus propias necesidades de salud con los recursos disponibles para ello.

En este sentido las acciones pueden ser de dos tipos:

- Acciones de Co-gestión: Cuando éstas se realizan en conjunto con los equipos y servicios de salud y la comunidad. Ejemplo: Prevención del alcoholismo, rehabilitación psicosocial de deambulantes.
- Acciones de Auto-gestión: Cuando la propia comunidad realiza acciones de salud sin que sea imprescindible la participación de los servicios del MINSAP. Ejemplo: Limpieza de vertederos, solución de iluminación de las calles, abasto de agua, etc.
- La integración de la prevención y la asistencia con la investigación.

El modelo bio-médico centra su atención en las acciones curativas y rehabilitatorias, a diferencia del modelo salubrista que - sin descuidar la curación y rehabilitación del enfermo - dirige su accionar hacia la prevención y promoción de salud. Para lograr lo anterior se impone profundizar en el conocimiento de los problemas de salud locales a través de la realización de investigaciones cuanti-cualitativas relacionadas con la asistencia para el buen desempeño de prevenir y promover salud en la población. Tanto el ESM como el de APS debe desarrollar habilidades complementarias desde el punto de vista clínico-epidemiológico para poder lograr esta profundización asistencial.

- La capacitación y transferencia de tecnología.

Transferir tecnología en forma de “cascada” es imprescindible para el buen desempeño del modelo, pues el ESM es de hecho incapaz - por su reducido número de integrantes - de poder abordar todos los problemas de la salud mental de la comunidad. Al descentralizar recursos, estratificar acciones con una participación social activa, se hace necesario que se trasmitan herramientas de trabajo no solo al médico y enfermera de la familia, sino a los líderes comunitarios y a la propia comunidad para que se conviertan en agentes de salud mental comunitaria.

El EAPS debe conocer y manejar elementos de diagnóstico, tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico individual y familiar, así como dinámicas grupales y técnicas de intervención comunitaria y social para el buen desempeño de sus funciones como médico general integral.

El propio ESM debe capacitarse en técnicas grupales participativas para el desempeño de actividades de promoción, profundizar conocimientos acerca de tecnologías investigativas y en todo lo que relacionado con su trabajo diario sea necesario profundizar.

Pero vamos más allá, los miembros de la comunidad deben recibir un entrenamiento básico y elemental para desarrollar acciones de co y autogestión relacionadas con la salud mental en las familias, escuelas, centros de trabajo, comunidad donde reside, etc. (13).

Diagnóstico de Salud Mental Comunitario:

Sumario ⇌

Como bien hemos señalado anteriormente, el diagnóstico de salud comunitario es la base fundamental en la que se sustenta el modelo de atención comunitario, por lo que resulta imprescindible su manejo adecuado por parte de los miembros del equipo de salud. El proceso de Reorientación de la Psiquiatría hacia la APS, requiere la creación de CCSM a nivel de locales,

capaces de asumir la responsabilidad de promover, prevenir, atender y rehabilitar a la población a la que brinde asistencia psiquiátrica.

Cuando un ESM inicie el trabajo en una localidad determinada, debe partir de lo que llamamos examen preliminar de la comunidad. Y ¿qué es este examen que preliminarmente debe hacerse? No es más que la primera identificación de las necesidades de Salud Mental o de salud en general que presenta la comunidad y en el revelamiento de los recursos existentes para atenderlas.

El examen preliminar permite determinar aproximadamente cuáles son los problemas prioritarios que merecen ser explorados con mayor detalle (Levav) (14). En nuestro criterio es la primera identificación del estado de salud de la población, sus necesidades sentidas, sus características generales, las condiciones de riesgo y los recursos existentes en la misma.

Es como una “foto flash” inicial que el ESM realiza a su comunidad y que constituye la base para iniciar el trabajo, establecer un plan de acción acorde a las necesidades fundamentales de la comunidad y que servirá de base para profundizar posteriormente y llegar al diagnóstico de salud.

Para su buen desempeño proponemos el siguiente esquema de trabajo que se basa en la revisión crítica de la información ya existente en el área de trabajo, a través de registros administrativos-asistenciales, controles existentes en los policlínicos, consultorios médicos, Consejos Populares, información recogida a través de informantes claves de la comunidad, participación en asambleas populares, etc.

Esquema general:

I. Características de la comunidad:

1. Ubicación Geográfica: Es importante conocer la ubicación geográfica de la comunidad identificando sus límites, extensión territorial, así como el número de habitantes y su densidad poblacional.

2. Redes de comunicación y transporte público: Se debe buscar información acerca de la vías que utiliza la población para comunicarse con otras regiones e incluso para acceder a los servicios de salud locales. Rutas de ómnibus urbanos o rurales y frecuencia que influye en la rapidez de acceso o no, redes de comunicación a través de trenes, lanchas u otros medios de transportación pública o comunicación.

3. Datos socio-demográficos: En este sentido identificar los grupos poblacionales por edades, sexo, etnias, estado civil, ocupación y escolaridad, así como conocer grupos religiosos predominantes, (religión católica, cristianismo, yoruba, paleros, espiritismo, etc.) y número y características de los núcleos familiares (familias nucleares, ampliadas o extensas). En aquellas regiones donde sea posible la recogida de la información por grupos de edades con índice de frecuencia uniforme, podrá realizarse la pirámide poblacional e incluso combinando otras variables tales como edades y sexo por ejemplo. Esto nos permite tener una imagen gráfica de la información obtenida.

4. Características socio culturales: En este aspecto debemos considerar lo siguiente:

a) Organización de la comunidad, instituciones y líderes: Se debe conocer como está organizada la comunidad donde vamos a trabajar, cuáles son las instituciones que existen y los líderes de las mismas. En nuestro país la población está organizada en Consejos Populares; cada consejo está constituido por circunscripciones con sus respectivos delegados elegidos por la población. Deben identificarse el número de circunscripciones de cada consejo, el número de Consejos Populares a

los que pertenece nuestra población y el número de habitantes de cada Consejo Popular que debemos atender. Deben identificarse otras formas organizativas tales como instituciones existentes, centros y empresas productivas y de servicios, etc., así como si existen redes sociales de apoyo.

b) Valores, creencias, actitudes y prácticas: Muchas regiones tienen su idiosincrasia cultural que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar el fenómeno salud-enfermedad. Los patrones de conducta están muy en relación con los conocimientos y actitudes de la población. Hay regiones dentro de un mismo país que difieren en relación con ciertos patrones culturales, por lo que es necesario tener en cuenta los valores y definiciones de salud y enfermedad tanto de los miembros de la comunidad como de sus líderes. Un ejemplo fehaciente lo son los patrones de ingestión de bebidas alcohólicas de un país o región a otra.

II. Información sobre salud y enfermedad:

1. Mortalidad: Conocer las principales causas de muerte en la comunidad en cuestión y sus tasas es imprescindible para ejercer acciones que ayuden a su disminución. En materia de salud mental los indicadores de mortalidad por suicidio, homicidios y accidentalidad son importantes para contribuir a su prevención. Otras causas como la cirrosis hepática tienen gran relación con la ingestión de bebidas alcohólicas, el infarto de miocardio, asma bronquial, etc., están muy en relación con el estrés y es también esencial conocerlas. Las tasas de mortalidad se expresan generalmente en número de fallecidos por 100 000 hab. y se calculan de la siguiente forma:

$$\text{Tasa mortalidad} = \frac{\text{No. muertes} \times 100\,000}{\text{Población total}}$$

2. Morbilidad: Se debe investigar acerca de la morbilidad general y la morbilidad psiquiátrica existente en registros previos. A diferencia de las tasas de mortalidad, las de morbilidad se expresan en números de personas afectadas por 1000 habitantes. En este sentido la morbilidad general debe desglosarse en: enfermedades crónicas no transmisibles, infectocontagiosas, y de transmisión sexual. La morbilidad psiquiátrica se puede expresar en grupos diagnósticos como por ejemplo trastornos psicóticos, neuróticos, orgánicos, etc., o si se tiene la posibilidad de desglosarla porque existen registros y controles previamente en el lugar, mucho mejor. Ejemplo: Esquizofrenia, Trastornos afectivos bipolares, enfermedades psicosomáticas. Las tasas de morbilidad pueden calcularse según la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de Morbilidad} = \frac{\text{No de casos} \times 1000}{\text{Población total}}$$

En el caso que vayamos a calcular la tasa de riesgos familiares, entonces procederíamos así:

$$\text{Tasa de Riesgos Familiares} = \frac{\text{No de familias afectadas} \times 1000}{\text{Número de núcleos familiares}}$$

Grupos de dispensarización:

- ❖ Grupo I: Personas sanas.
- ❖ Grupo II: Personas en riesgo.
- ❖ Grupo III: Personas enfermas.
- ❖ Grupo IV: Personas con secuelas.

Se deberán estudiar las Enfermedades Transmisibles, incluyendo las de transmisión sexual (ETS), así como las Enfermedades no Transmisibles o Crónicas no Transmisibles, también los diferentes grupos diagnósticos de los trastornos mentales o las entidades específicamente si se pudiera hacer.

Morbilidad Psiquiátrica:

❖ Población adulta:

▪ Grupos diagnósticos:

- Psicóticos.
- Neuróticos.
- T. Personalidad.
- Trastornos Orgánicos.
- Demencias.
- Conducta Suicida.

Desglose de grupos diagnósticos. Tasas de morbilidad (CIE-10, GC-3, DSM-IV, etc.)

❖ Población infanto-juvenil:

- Retraso mental.
- Trastornos neuróticos.
- Trastornos de la conducta.
- Trastornos de esfínteres.
- Trastornos psicóticos.
- Trastornos del sueño.
- Epilepsias.

III. Condiciones de riesgo identificables:

Deben investigarse los factores de riesgo identificables en la población de estudio, los que deben desglosarse en riesgos de carácter individual entre los que podemos citar el desamparo filial, alcoholismo, dependencias a sustancias psicotrópicas, adolescentes solteras embarazadas o con hijos pequeños, hábito de fumar, sedentarismo, obesidad, etc. entre los riesgos familiares se pueden enumerar el hacinamiento, el mal estado de las viviendas, ausencia de respaldo económico, violencia intra y extradoméstica, etc. Si vamos a estudiar a la población infanto-juvenil hay que tener en cuenta factores de riesgo escolar como pueden ser el abandono o deserción escolar, mala calidad de los maestros o de la comida en círculos infantiles y seminternados, patrones de conducta inadecuados, etc. (15) (16).

Si se tratara del examen preliminar de un centro de trabajo, deben tenerse en cuenta los factores de riesgo laborales, tales como ruido excesivo, condiciones extremas de frío o calor, mala ventilación ausencia de medios de protección física, superficies peligrosas o resbaladizas, etc. Los factores de riesgo comunitarios dependen de las necesidades sentidas de la población y entre ellos podemos enumerar los vertederos clandestinos, poca iluminación de calles, avenidas y parques, calles rotas, falta o déficit en señalizaciones del tránsito, etc.

Factores de riesgo individuales:

Para la población adulta:

- ❖ Alcoholismo.



- ❖ Tabaquismo.
- ❖ Otras toxicomanías.
- ❖ Conducta suicida anterior.
- ❖ Desvinculados laboralmente.
- ❖ Desamparo filial.
- ❖ Obesidad.
- ❖ Sedentarismo.
- ❖ Deambulantes.
- ❖ Ingresados en servicios de larga estadía

Para la población infanto-juvenil:

- ❖ Daño pre, peri y post-natal.
- ❖ Enfermedades crónicas.
- ❖ Niños y adolescentes con abandono escolar.
- ❖ Tabaquismo.
- ❖ Consumo de alcohol y otras toxicomanías.
- ❖ Adolescentes solteras con embarazos o hijos pequeños.
- ❖ Adolescentes en edad laboral, que no estudian ni trabajan.
- ❖ Conducta suicida.


Factores de riesgo familiares:

- ❖ Núcleos con hacinamiento.
- ❖ Con condiciones estructurales de la vivienda inadecuadas.
- ❖ Con dificultades en las relaciones de los convivientes (disfuncionales)
- ❖ Problemas relacionados con el alcohol y/o consumo de drogas.
- ❖ Que atentan contra las normas de convivencia social.
- ❖ Con pacientes psiquiátricos crónicos.
- ❖ Sin respaldo económico.
- ❖ Conducta suicida de algún miembro del núcleo.

Factores de riesgo educacionales:

Cuando realizamos el diagnóstico de la población infanto-juvenil, debemos tener en cuenta los factores de riesgo educacionales:

- ❖ Violencia escolar.
- ❖ Falta de tiempo para el juego.

- 
- ❖ Falta de materiales de estudio (libretas, libros, lápices, cartulinas, colores, temperas plastilina, etc.)
 - ❖ Iluminación deficiente.
 - ❖ Mala elaboración de los alimentos.
 - ❖ Ausentismo laboral del personal docente.
 - ❖ Escasez de personal auxiliar pedagógico.
 - ❖ Falta de apoyo familiar a la escuela.
 - ❖ Falta de apoyo de las instituciones superiores del MINED.
 - ❖ Problemas constructivos de la escuela.
 - ❖ Hacinamiento.
 - ❖ Falta de áreas de juego.

Factores de riesgo laborales:

Si realizamos el diagnóstico de salud dentro de un centro laboral, o si dentro de la comunidad que atendemos, encontramos un centro de trabajo importante, por sus características peculiares, tamaño, cantidad de trabajadores, tipo de producción, etc. y que nuestro centro debe atender, entonces tendremos en cuenta los factores de riesgo laborales:

- ❖ Peligrosidad.
- ❖ Nocturnidad.
- ❖ Ruido excesivo.
- ❖ Condiciones extremas de frío o calor.
- ❖ Toxicidad.
- ❖ Iluminación deficiente.
- ❖ Exceso de humedad.
- ❖ Malas condiciones higiénico-sanitarias.
- ❖ Riesgo a enfermedades profesionales.
- ❖ Mala ventilación.
- ❖ Ausencia de medios de protección física.

Factores de riesgos sociales o comunitarios:

Los factores de riesgo, sociales o comunitarios, dependerán de las necesidades sentidas de cada localidad, de sus problemas específicos y personalizados. Ejemplificamos algunos que podemos encontrar en nuestras comunidades:

- ❖ Microvertederos.
- ❖ Calles rotas.
- ❖ Calles y parques oscuros.



- ❖ Violencia social.
- ❖ Déficit de señalizaciones del tránsito.
- ❖ Falta de recreación.
- ❖ Dificultades con el transporte público.
- ❖ Dificultades en las comunicaciones.
- ❖ Etc.

IV. Recursos de la comunidad:

Los recursos con los que cuenta la comunidad dependen del sector salud y los extrasectoriales. Los que dependen del sector salud pueden ser oficiales como la presencia de hospitales, hogares de ancianos o impedidos, policlínicos, farmacias, consultorios médicos, Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM), etc., los que deberán describirse detalladamente y señalar la relación existente entre ellos y la comunidad así como su funcionamiento, recursos humanos con los que cuentan, etc..

Otros recursos del sector salud son los no oficiales y en este caso nos referimos a la presencia de curanderos, grupos de ayuda mutua, alcohólicos anónimos, etc.

Los recursos extrasectoriales incluyen todos los sectores de la comunidad que no tienen que ver directamente con la salud y entre ellos podemos citar las instituciones estatales, organizaciones políticas y de masas con gran fuerza en cuanto a recursos humanos, etc. Estos serían los recursos extrasectoriales oficiales. Los no oficiales incluyen organizaciones no gubernamentales, comunitarias o religiosas, como lo pueden ser las logias, grupos de aficionados, deportivos, fanáticos a un artista o expresión musical (ej: rock, nueva trova, etc.) y en otros países bandas o pandillas, grupos mafiosos, hippies, etc.

♣ Del sector salud (intrasectoriales):

- ♣ *Oficiales* {
 - *Instituciones de salud.*
 - *Equipo de salud mental.*
 - *Equipo de atención primaria de salud.*

♣ *No oficiales: Curanderos. A/A*

♣ Fuera del sector salud (extrasectoriales):

- ♣ *Oficiales: Instituciones estatales.*
- ♣ *Organizaciones no gubernamentales:* {
 - *Religiosas.*
 - *Comunitarias.*

V. Determinación de prioridades y estrategias de intervención:

Una vez que hemos identificado los problemas existentes y tenemos un conocimiento general acerca de la población, sus características sociodemográficas, socioculturales, organización, recursos existentes, etc., debemos explorar las alternativas con las posibles soluciones eficaces y

factibles y llegar a la determinación de prioridades para la toma de decisiones, estableciendo un plan de acción inicial. (15) (16).

Si tenemos en cuenta que el modelo de atención comunitaria, con un enfoque más salubrista de la salud mental exige una participación comunitaria no solo en la detección de problemas, sino en la toma de decisiones y en el accionar, entonces nos daremos cuenta que el equipo de salud no debe determinar las prioridades aisladamente. Es imprescindible que la comunidad con sus líderes, organismos, empresas, etc., tengan una participación activa en este proceso.

En nuestra práctica diaria hemos podido apreciar que muchas veces lo que para el ESM constituye un objetivo prioritario, para la comunidad no lo es, sin que deje de constituir algo importante para ella, pero sin embargo existen otros problemas en la población que tienen un mayor significado para sus habitantes y que quizás el equipo de salud había minimizado en relación con su valor real.

Existen múltiples métodos para determinar las prioridades. Principios básicos para determinar las prioridades:

Cualquier método es bueno, siempre y cuando:

- ❖ Participe activamente toda la comunidad o una representación de todos los sectores de ella.
- ❖ Sea comprensible a todos los participantes.
- ❖ Sea democrático.
- ❖ Incluya todos los problemas detectados como necesidades sentidas de la población o problemas de salud.

Describiremos aquí cuatro de ellos someramente para que sirva de guía:

Método de Hanlon:

Este método está basado en cuatro componentes básicos, que se corresponden con los principales criterios que permiten decidir prioridades de la salud. La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula:

$$\text{Puntuación de prioridad (P)} = (\text{A+B}) \times \text{C} \times \text{D}. \text{ (10) (15) (16).}$$

Tal y como Hanlon señaló en este ejercicio como en todo procedimiento de evaluación —y esto es también válido para otras técnicas y métodos establecidos para determinar prioridades— interviene en buena medida la subjetividad, pero lo que sí es importante es que la valoración de cada componente debe hacerse de forma colectiva, buscando un consenso del grupo.

Descripción de los componentes:

- Componente “A”: Magnitud del problema: La magnitud del problema se define como el número de personas afectadas por el mismo en relación con la población total, o sea el porcentaje de sujetos afectados por el problema detectado. Para darle una puntuación a este componente utilizaremos la siguiente escala :

Unidades por 100 de población (%)	Puntuación
50 o más %.....	10 ptos.
5 a 49,9%.....	8 ptos.
0,5 a 4,9%.....	6 ptos

Menos de 0,5%..... 4 pts.

■ Componente “B”: Severidad del problema: Para evaluar la severidad deben tomarse en cuenta las tasas de mortalidad, morbilidad e incapacidad, así como los costos asociados al problema. Para ello podemos formularnos las siguientes interrogantes :

1. ¿Se considera grave este problema?
2. ¿De cuántas muertes prematuras o años potenciales de afectación es responsable?
3. ¿Cuál es la importancia de la capacidad temporal o permanente asociado a la falta de confort, dolor, etc.? (días de trabajo perdido, hospitalización, etc.).
4. ¿Existe pérdida de la autonomía, perturbación del desarrollo del individuo, desorganización familiar, carga social, etc.?
5. ¿Existe peligro para la seguridad y la salud de otros miembros de la familia o la comunidad?
6. ¿Existen riesgos ecológicos y ambientales asociados al problema?
7. ¿Es este problema más importante en ciertos grupos humanos? (ej: niños, mujeres en edad fértil, ancianos, etc.).
8. ¿Cuáles son los costos y el tiempo asociado al tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por este problema?

Cada uno de estos factores se valora según una escala que va desde el 0 al 10, correspondiendo el mayor valor a la situación más severa. La puntuación se dará por consenso del grupo teniendo un carácter básicamente subjetivo.

■ Componente “C”: Eficacia de la solución: Para determinar la eficacia debemos plantearnos la siguiente pregunta: ¿Los recursos y la tecnología con que contamos pueden alterar de alguna manera concreta este problema? Algunos autores sugieren otorgar a este componente una escala que va desde un valor de 0,5 hasta 1,5. La menor puntuación correspondería a los problemas de mayor dificultad de solución, mientras que la mayor valoración refleja una resolutivez posible o más fácil. Esta forma de puntuar tiene como efecto que al multiplicar el componente “C” por la suma de “A” más “B”, la reducción o el aumento del producto que se obtiene, está en relación directa con que la solución sea inexistente o disponible.

■ Componente “D”: Factibilidad del programa o la intervención : Para determinar si el programa o la intervención necesarias son factibles de realizar, Hanlon describe un grupo de factores que determinan si un programa puede ser aplicado o no, cuyas siglas unidas determinan la palabra “PERLA” :

P = Pertinencia

E = Factibilidad económica

R = Disponibilidad de recursos

L = Legalidad

A = Aceptabilidad.

Como hemos observado, los otros componentes fueron evaluados por una escala numérica específica para cada uno. En el caso del componente “D”, la factibilidad se determina

respondiendo a la pregunta: ¿Es factible y pertinente en estos momentos la solución de este problema? Si la respuesta es afirmativa el componente tendrá un valor de uno (1) y si no lo es se le dará la puntuación de cero (0). En este sentido se hace evidente que al obtener una puntuación de cero, fundamentalmente cuando la solución es inapropiada, demasiado costosa, inaceptable, ilegal o no hay suficientes recursos, al aplicar la fórmula, el resultado final será cero. Un valor positivo de factibilidad constituye una condición necesaria, pero no suficiente para que el problema pueda ser clasificado como prioritario. Las posibles puntuaciones del método de Hanlon van desde cero hasta 30 puntos, lo que facilita establecer las prioridades según esta valoración desde la de mayor puntuación a la de menor puntaje (10) (15) (16).

Método de Levav:

Levav considera 7 componentes para la determinación de prioridades, concediéndole a cada uno una valoración que va en una escala numérica desde el cero (0) hasta el cinco (5). (14).

Escala de medición:

- Puntaje para todos los criterios excepto costos :

0 = Ninguno o nada

5 = Máximo posible.

- Puntaje para evaluar costos :

0 = Máximo posible

5 = Ninguno o nada.

Componentes a evaluar:

1. Magnitud (dimensión) del problema: Para valorar la magnitud del problema, hay que tener en cuenta las tasas de incidencia o prevalencia de la afección, así como el porcentaje de la población afectada por dicha situación a evaluar. La puntuación la dará la colectividad por consenso en la escala de 0-5 puntos, subjetivamente según la magnitud considerada del problema de salud en sí.

2. Gravedad del problema: Para determinar la gravedad del problema, se tendrá en cuenta el grado de discapacidad o invalidez que el problema ocasiona, así como las tasas de mortalidad. También se dará una puntuación de 0-5 al igual que en el resto de los componentes y de la misma forma que evaluamos la magnitud.

3. Importancia del problema: En este aspecto tendremos en cuenta dos criterios fundamentales: el criterio técnico (profesional) y el criterio de la población pues el nivel sociocultural de una región determinada es importante. Para algunas comunidades es "natural" la muerte por ciertas enfermedades y sin embargo se le concede mucha importancia a otras que no lo son tanto pues no causan la muerte, pero por sus características o manifestaciones repercuten sobre los demás, como por ejemplo sucede con la epilepsia. Otros aspectos socioculturales como el alcoholismo varían de una región a otra según los patrones de consumo de la población. Se desprende de ello que lo anterior -si está presente- requiere un trabajo educativo posterior.

4. Controlabilidad: La controlabilidad es el grado de control que se tiene por el sector de salud u otros sectores para eliminar o atenuar un problema localmente detectado. Es en esencia la capacidad de prevenir o tratar con éxito una condición determinada.

5. Disponibilidad de recursos: La disponibilidad de recursos se refiere a la presencia de tecnologías de intervención en el nivel comunitario y en el individual, la existencia de una infraestructura física (edificios, locales, equipamiento, etc.) y de recursos humanos capacitados (profesionales y técnicos). En relación con lo anterior se mide :

- Infraestructura física (locales, equipos, medicamentos, etc.)
- Recursos humanos (profesionales y técnicos)
- Capacidad operacional del planificador para movilizar la infraestructura y seguir su evolución.

6. Costos: Al medir la puntuación de los costos hay que tener en cuenta los precios de los recursos materiales necesarios y los salarios del personal que laborará en la solución del problema por lo que tendremos en cuenta :

- Estimaciones de técnico-hora.
- Medicamentos y sustancias necesarias.
- Gastos eventuales (traslado, viático).
- Costos de monitoreo y de capacitación cuando sea necesario.

7. Compromisos institucionales externos: Tener en cuenta la necesidad de ayuda externa para la realización del plan de acción, de otras regiones e instituciones o del extranjero.

Ejemplo práctico del Método de Levav:

Problema de salud	Magnitud	Gravedad	Importancia	Controlabilidad	Disponibilidad de recursos	Costos	Compromisos externos	TOTAL
Tuberculosis pulmonar	2	3	5	5	5	3	5	28
Trastornos Mentales	5	4	4	3	3	3	1	23
Trastornos Cardiovasc.	4	5	4	2	4	1	3	21
Caries Dental	4	1	1	5	4	4	0	20
Sarampión	1	2	1	5	5	4	1	19

Al aplicar el método, el máximo de puntuación posible a alcanzar es de 35 puntos. Las prioridades se establecerán de mayor a menor puntuación obtenida. (14).

Método del Mapa de Riesgos y Recursos:

Es una metodología participativa ideada en Italia a principios de la década del 70, en una fábrica de automóviles para solucionar problemas de los trabajadores (riesgos y recursos necesarios). Posteriormente esta metodología se extendió a los servicios de salud y sigue utilizándose en la actualidad en diferentes partes del mundo. Este método ofrece un diagnóstico integral de los riesgos a los que está sometida la población de una región geográficamente definida y cómo los percibe ella misma, así como que permite determinar cuáles son los recursos con qué cuenta para solucionar las necesidades sentidas. Es un proceso donde la comunidad participa activamente con sus líderes y equipos de salud, instituciones y empresas productivas no solo en la detección de riesgos y recursos, sino en el mapeo de los mismos y en la determinación de prioridades y confección del plan de acción. El procedimiento consta de tres fases fundamentales (17):

I Fase: Fase preparatoria:

En esta fase han de tenerse en cuenta los siguientes aspectos a considerar:

- Preparación previa de toda la junta directiva acerca de la metodología a emplear así como al consejo de vecinos y el EAPS.
- Citar al mayor número de familias con anticipación para un lugar, fecha y hora preestablecidos.
- Preparar papel y lápices suficientes para los asistentes o utilizar un papelógrafo o pizarrón para reflejar la lluvia de ideas y partir de la historia de la propia comunidad cuando se celebre la asamblea comunitaria.

II Fase: Análisis de la experiencia cotidiana:

- Primera asamblea comunitaria: La experiencia cotidiana es diferente en relación al lugar, edad, género, actividad laboral o escolar, etc., por lo que se le pide a cada participante que exprese su propia experiencia en el papel entregado o a través del medio que se disponga, estimulándolos a la participación en la identificación de los riesgos ambientales y sociales existentes en la vida cotidiana de su comunidad.
- Trabajo de terreno por grupos.
- Agrupación lógica de los riesgos El análisis y discusión de los riesgos presentes en la población, permite su agrupación lógica: ej: riesgos de saneamiento ambiental (distribución de agua potable, recogida de basura, vectores, contaminación, etc.), por carencia de servicios básicos (electricidad, comunicación, transporte, salud pública, etc.), riesgos sociales (desempleo, prostitución, alcoholismo, drogadicción, abandono escolar, falta de atención a grupos vulnerables, etc.).
- Confección de mapas parciales.

III Fase:

- Segunda asamblea comunitaria para unificar los mapas parciales confeccionados por los diferentes grupos de trabajo y mostrar los resultados a la comunidad.
- Ubicación del mapa en un lugar visible y de acceso a toda la población para su conocimiento.
- Evaluaciones de impacto posterior en el primero y segundo niveles de atención.

Cuando se trabaja en la comunidad se está muy presionado asistencialmente, sobretodo cuando se dispone de poco personal en el ESM y por tanto a la hora de determinar prioridades se necesita utilizar un método lo más simple posible no solo para su realización, sino también que sea de fácil comprensión por la población y que simplifique lo más posible el proceso. Por ello propongo un método que en la práctica nos ha dado resultados.

Método D.N.R.:

Este método, creado por el Dr. León del CCSM Lawton, consiste en valorar en puntos tres aspectos que en nuestro modo de ver recogen los acápites más importantes para determinar la prioridad de un problema específico: dimensión del problema, necesidad real de solución y recursos con los que se cuenta para ello.

Cada aspecto se valorará en una escala de cero a veinte puntos y la suma total de ellos dará una puntuación máxima posible de sesenta que sería el nivel de prioridad. Por tanto tenemos que:

$$D + N + R = P$$

D = Dimensión

N = Necesidad

R = Recursos

P = Prioridad (10) (15) (16).

Dimensión:

Al evaluar la dimensión de un problema determinado, tenemos que tener en cuenta la magnitud del mismo y su gravedad. Para medir la magnitud hay que valorar el porcentaje de la población que se encuentra afectada por el mismo, o la tasa de morbilidad de un problema de salud específico, dándosele mayor puntaje cuando mayor sea la magnitud, así como que al evaluar la gravedad hay que tener en cuenta el grado de implicación, las consecuencias sociales, el grado de compromiso con la vida de la población, tasas de mortalidad, etc. mientras más grave mayor puntaje debe recibir. Se hace una valoración integral de estos dos aspectos a tener en cuenta a la hora de ofrecer un puntaje a la dimensión del mismo.

0 5 10 15 20

Poca magnitud

Gran magnitud

Poca gravedad

Muy grave o severo

Necesidad:

En este aspecto hay que evaluar la necesidad real que tiene la comunidad de solucionar el problema y para ello tenemos que cuestionarnos:

1. ¿Es realmente imprescindible la solución por la afectación que el problema ocasiona (dimensión)?
2. ¿Existe un interés marcado por parte de la población para su solución?
3. ¿Hay motivaciones suficientes?
4. ¿De posponerse su solución se agravaría o aumentaría su magnitud?
5. ¿Puede realizarse a corto o largo plazo?

Tomando en cuenta las respuestas anteriores, la comunidad (o una representación de ella, con sus líderes, organizaciones, etc.) decidirá la puntuación que se le dará a este aspecto según la escala:

0	5	10	15	20
Poco necesaria			Muy necesaria su solución	

Recursos:

Para evaluar los recursos que se necesitan para solucionar el problema planteado hay que tener en cuenta si existen o no, cuánto cuesta la inversión necesaria para lograrlos por lo que debemos cuestionarnos lo siguiente:

1. ¿Existen todos los recursos humanos y materiales necesarios?
2. ¿Cuánto costaría invertir recursos en la solución?
3. ¿Con los recursos que existen se puede resolver el problema? ¿En parte o en su totalidad?
4. ¿Es realmente factible invertir recursos en su solución en estos momentos?

En los dos acápites anteriores la puntuación es positiva o sea que a mayor valoración de la dimensión o la necesidad, mayor será la puntuación. En este punto la evaluación es negativa, o sea que a mayor cantidad de recursos o costos necesarios a invertir, el acápite recibirá menor puntuación y mide realmente la factibilidad o no de solución del problema. La evaluación se haría según la escala siguiente:

0	5	10	15	20
Muy costoso			Poco costoso	
Necesita muchos recursos o no hay recursos disponibles para su solución		Necesita pocos recursos o existen recursos disponibles para su solución		

Con la aplicación de este método podemos determinar un puntaje que aunque se basa en elementos objetivos como son la magnitud, gravedad, necesidad, costos, etc. interviene como en todos los métodos el factor subjetivo a la hora de que un grupo de personas determinen una puntuación determinada. Sin embargo el método no difiere en cuanto a sus resultados al compararlo con otros métodos, según hemos podido comprobar en la práctica y nos parece mucho más simple y fácil a la hora de aplicarlo. (10) (15) (16).


Al concluirlo se colocan las prioridades en orden decreciente haciendo una tabla. Ejemplo:

No. de prioridad	Problema	Dimensión	Necesidad	Recursos	Total (P)
1	Vertederos	20	20	20	55
2	Calles oscuras	18	20	10	48
3	Alcoholismo	15	15	12	42
4	Deambulantes	6	20	14	40
etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.

Una vez que hayamos determinado cuáles son las prioridades en relación con los problemas detectados en una comunidad específica, debemos proceder entonces a planificar las diferentes actividades que el ESM, el EAPS y la comunidad, a través de acciones de co-gestión o autogestión, van a realizar para dar solución a cada problema de salud.

Para ello se confecciona un Plan de Acción que consiste en programar las diferentes tareas delimitando el tipo de actividad a realizar, sus participantes, el o los tipos de recursos que son necesarios para su desempeño, el lugar donde se va a realizar y el tiempo o momento en que se va a hacer lo programado (fecha y hora). Este plan de acción recoge una programación de todas las actividades que se planifiquen y tiene como valor fundamental que a través de él podemos controlar su ejecución o no, el éxito o fracaso de cada una y de esta forma retroalimentarnos para proseguir, perfeccionar o corregir errores en su realización.


1. Tipo de actividad: Deberá describirse el tipo de actividad a realizar para solucionar un problema o parte de él. Ej.: Recogida de basura, localización de deambulantes, tipificación del consumo de alcohol, etc.
2. Participantes: En cada actividad deberá especificarse quiénes serán los que participarán en su ejecución. Ej.: ESM, EAPS, CDR, delegado, comunidad, etc.
3. Responsables: Cada acción debe tener una persona que deberá responsabilizarse con la ejecución de la misma y al que se le pedirá cuentas al evaluar periódicamente el plan. Ej.: Delegado, presidente del CDR # 2, coordinador de zona, médico de la familia, etc.
4. Recursos: Deberán consignarse los tipos de recursos que son necesarios para la ejecución de la actividad programada. Los recursos dependen de aspectos humanos o materiales y se pueden clasificar según el tipo de resolución del problema en:
 - Administrativos.
 - Educativos.
 - Recreativos.
 - Culturales.
 - Deportivos.
 - Comunitarios o sociales.
 - Asistencial o terapéutico.
 - Investigativo.
 - Judicial, etc.
5. Lugar: Se especificará el lugar en el que se va a realizar la actividad programada. Ej: Zona de los CDR, consultorio médico, CDR # 16, CCSM, etc.
6. Tiempo: Se señalará el tiempo que se requiere para su ejecución o la fecha y hora exacta en que se realizará la actividad programada. Ej: Dentro de los próximos seis meses, en el segundo trimestre del año, todos los meses, los primeros lunes de cada mes a las 8.00 p.m., etc.



Actividad	Participantes	Responsable	Recursos	Lugar	Tiempo

Para confeccionar el Plan de Acción, el ESM o de APS con la comunidad y sus líderes deberán trazarse las estrategias de intervención para cada problema detectado y de allí saldrán las diferentes acciones que deberán realizarse. Ej: para solucionar el problema de los deambulantes, se podrían programar un número de actividades en las que intervendría el ESM en unas, el grupo de prevención en otras, el EAPS, la comunidad y sus dirigentes en otras, etc, según mostramos en un plan de acción supuesto:

Problema	Actividades	Participantes	Respons.	Recursos	Lugar	Tiempo
Vertederos	Limpieza de vertederos	Ceederistas Comunales	Delegado. Resp. comunales	Administrati vo. comunitario	Vertederos de Circunsc. 133	Domingo 3- oct. 8.00 am.
	Recogida de basura	Coimunales. población	Comunales	Administrati vo	Circunsc. 133	Días alternos.
	Charlas educativas	Cederistas. EAPS	Coordinado r de Zona, EAPS	Educativo	Consultorio 44-2	1ros lunes de mes. 8.00 pm.
Deambulan tes	Detección de deambulante s	ESM, EAPS, grupo Prev. Social , CDR, PNR,població n	Grupo de prevención social	Administrati vo. comunitario	Circunsc. 133	Durante el mes en curso
	Evaluación clínica de deambulante s	ESM, EAPS, Deambulante s, familiares, vecinos	ESM	Asistencial. comunitario	CCSM Lawton	Durante el trimestre.
	Tto y rehabilitación de cada uno.	ESM, EAPS, Deambulante s, familiares, vecinos.	ESM	Asistencial (terapéutico),	CCSM	A partir de la evaluación de cada uno



				Comunitario		
etc	etc	etc	etc	etc	etc	etc

Como hemos visto, para cada problema se han programado tres actividades que vendrían a constituir las estrategias de intervención para cada uno de ellos. Podemos decir entonces que el programa de actividades que hay que trazarse para solucionar un problema de salud con un orden lógico y acorde a las posibilidades locales de cada comunidad es lo que constituye la estrategia de intervención de dicho problema. (10) (15) (16).

Podemos afirmar que el diagnóstico de salud o también llamado análisis del diagnóstico de salud, atraviesa por las siguientes etapas:

1. Identificación de problemas:
 - ❖ Conocimiento = ¿cuál?
 - ❖ Definición = ¿cómo?
 - ❖ Exploración = ¿por qué?
 - ❖ Clasificación = Resolución (recursos).
2. Exploración de alternativas con las posibles soluciones eficaces y factibles.
3. Determinación de prioridades con participación comunitaria (Métodos de Hanlon, Levav, Mapa de Riesgos y Recursos, FODA, Precede, DNR, Ranqueo, etc.).
4. Plan de Acción.
5. Evaluación.
 - ❖ Reflexión:
 - Cumplimiento de tareas
 - Eficacia de soluciones.
 - ❖ Detectar errores.
 - ❖ Destacar logros.
 - ❖ Generalizar experiencias.

1.3.- Historia Clínica

Sumario ⇨

Importancia de la Historia Clínica. Sus diferentes acápitos.

Sumario ⇨

La historia clínica en psiquiatría al igual que en Medicina u otra especialidad médica es un instrumento que le permite a los profesionales y técnicos recoger de forma ordenada los síntomas y signos clínicos, así como los aspectos psicológicos y sociales de la vida del sujeto, que permitan tener una visión integral del mismo, al realizar la discusión diagnóstica y decidir las medidas

También se realiza la entrevista familiar, la cual debe hacerse a la persona que conozca mejor al paciente y cuyos datos sean confiables. Esta entrevista en psiquiatría es fundamental ya que permite corroborar o no lo dicho por el paciente, aporta en ocasiones nuevos elementos y una valoración de los hechos que puede diferir de la obtenida del paciente.

Esta historia clínica con todos sus acápites se confecciona en el nivel secundario y en el primario, tanto a los pacientes seguidos en consulta de psiquiatría como a los ingresados en el domicilio o en hospitalización parcial.

El marco para efectuar la historia clínica es la entrevista psiquiátrica y para concluir una historia se requiere de varias entrevistas.

La entrevista como medio idóneo para realizar las diferentes técnicas de exploración clínica, epidemiológica y social.

Sumario ⇔

La entrevista médica es ante todo la relación que se establece entre dos personas, en este caso entre el médico y el paciente y en la que se produce una influencia mutua, es decir del médico sobre el paciente y a la inversa.

El Dr. Ricardo González define la entrevista como “El encuentro con objetivos profesionales, del facultativo con el enfermo y constituye el marco temporal, espacial y metodológico donde se desarrolla la mayor parte del ejercicio asistencial en el ámbito de la salud” (19).

La entrevista psiquiátrica se ajusta a esta definición y debemos tener en cuenta que para que la misma transcurra adecuadamente es preciso la observancia de algunos factores como:

- ❖ La observación: Dada la cualidad de los pacientes que acuden al Servicio de Psiquiatría es importante mantener una observación atenta para percatarnos de las actitudes, expresiones o gestos y de la conducta de los mismos.
- ❖ El saber escuchar: Hay que permitir que el paciente se exprese libremente, que se sienta atendido, escuchado e interrumpir su discurso para precisar algún dato, aclarar o guiarlo si es que ha perdido el hilo central de su narración.
- ❖ Comprensión: El psiquiatra debe ofrecer comprensión, pues el paciente con problemas psicológicos espera ante todo esto de la persona que considera capaz de ofrecerla.
- ❖ El lenguaje: Es recomendable adaptar nuestro lenguaje a la persona con la que nos estamos comunicando.

Etapas de la entrevista:

Se señalan las siguientes etapas (18) (19):

- ❖ Recepción.
- ❖ Identificación.
- ❖ Interrogatorio.
- ❖ Examen físico
- ❖ Exámenes complementarios.



- ❖ Medidas terapéuticas.
- ❖ Despedida.

La recepción es cuando se recibe al paciente y no se puede omitir el saludo. Hay que brindarle confianza, llamarlo por su nombre e invitarle a sentarse. La observación a la que se hace referencia anteriormente comienza desde este momento.

La identificación es la toma de los datos de identidad, incluyendo la ocupación. Los siguientes pasos se exploran al realizar la historia clínica y los síntomas ocupan el primer lugar desde que indagamos el motivo que lo trae a la consulta.

Es necesario aclarar que no siempre el paciente con trastornos psiquiátricos acude espontáneamente en busca de ayuda y que es traído por la familia o alguna organización o institución. En esta situación la entrevista por lo general es más enriquecedora con el familiar o el acompañante del paciente.

Al indicar las medidas terapéuticas tanto a un paciente en consulta como al darle exalta a uno hospitalizado, éstas deben ser precisas y escritas con letra legible. La despedida con la orientación de una nueva visita y la esperanza de que va a mejorar finalizan la entrevista.

Si todo el proceso se ha efectuado correctamente, esto contribuye a que se establezca una relación médico paciente positiva. El dominio de la técnica de entrevista facilita no sólo la exploración clínica sino también la social y epidemiológica, es decir que constituye el medio idóneo para implementar el perfil clínico, epidemiológico y social de la psiquiatría en la atención primaria en salud.

Introducción al Examen Psiquiátrico

Sumario ⇨

Al igual que al realizar el examen físico a un paciente, es necesario ser meticuloso en todos los aspectos que observemos cuando estamos frente a un enfermo con un trastorno mental, y esas observaciones deberán quedar plasmadas en lo que se denomina examen psiquiátrico.

Del mismo modo que al interrogar a un paciente con cualquier otra enfermedad, identificamos la presencia de síntomas, durante la anamnesis, el interrogatorio por aparatos, etc. y al examinarlo físicamente recogemos la presencia de signos clínicos, con el enfermo mental sucede lo mismo. Semiológicamente debemos recoger síntomas y signos psiquiátricos presentes que denotan alteraciones en su fenómeno psicológico.

Inicialmente cuando entrevistamos a un paciente debemos realizar una introducción del examen psiquiátrico. En ella vamos a recoger datos tan importantes como la aceptación que tiene o no a ser entrevistado, cómo viste, su actitud ante la entrevista, el nivel de cooperación, así como aquellos elementos que más nos llamen la atención durante la misma. Muchas veces detalles que posteriormente al realizar el examen por esferas, no están contemplados y que pudieran ser importantes para el diagnóstico.

Generalmente comenzamos describiendo el sexo y la raza que posea, así como al grupo etéreo a que pertenezca: si se trata de un niño en etapa preescolar o escolar, de un adolescente, adulto joven, adulto maduro, adulto mayor o anciano. Recordemos —y esto es importante— que estamos examinando al enfermo y que a través del examen clínico no podemos determinar la

edad exacta del mismo, sólo el grupo de edad al que corresponde. Se necesitarían estudios antropométricos para poder determinar la edad, más aproximada del sujeto. Aclaremos este detalle porque muchos estudiantes en esta introducción ponen la edad referida por el enfermo o comprobada por su carné de identidad en los datos generales de su historia clínica.

Posteriormente describimos los hábitos externos, si viste ropas institucionales o no, si cuida de su aspecto y aseo personal, si su vestimenta está acorde con la situación o momento en que se encuentra, pues muchos pacientes con trastornos mentales, pueden presentar extravagancias en el vestir, llevar muchos aditamentos en su arreglo personal para llamar la atención de los demás o por el contrario presentarse descuidado, desaliñado y hasta sucio, despeinado, con uñas largas y muy sucias, a veces denotan el color amarillo en sus dedos, signo evidente de que fuman demasiado. Es importante destacar estos elementos que pudieran reflejar la presencia de síntomas de un cuadro maniforme (parecido a la manía), depresivo, esquizofrénico o de un trastorno de personalidad.

Otro aspecto es en relación con su aceptación o no de la entrevista. Muchos pacientes son conducidos a la consulta por familiares, amigos o por el personal de la sala si se encuentra ingresado, en contra de su voluntad. Otras veces tenemos que entrevistarlos en su propia cama o en el domicilio, pues no desean acudir a la entrevista. Estos sujetos por lo general no se consideran enfermos, han perdido contacto con la realidad y los consideramos que funcionan a un nivel psicótico.

Por el contrario muchos acuden de forma espontánea, demandan atención pues se reconocen enfermos, sufren por los síntomas que presentan y piden ayuda, son los que no han perdido contacto con la realidad y se les denominan neuróticos. Es por tanto importante consignar estos elementos, pues muchas veces, de ellos dependerá la conducta a seguir posteriormente.

Otro elemento a tener en cuenta es el cómo se muestra el sujeto durante el interrogatorio. Puede estar tranquilo, atento a las preguntas, dispuesto a cooperar, otros se muestran muy inquietos, no pueden permanecer sentados, se levantan constantemente o simplemente mueven constantemente una parte de su cuerpo, por ejemplo las piernas, se retuercen las manos una con la otra, signo de que están muy ansiosos. La forma en que conversan, su rapidez o lentitud, el uso de palabras no conocidas denominadas neologismos, sus movimientos pueden ser rápidos o muy lentos, puede demorarse mucho en contestar, signo de que el curso de su pensamiento está enlentecido posiblemente por un cuadro depresivo.

Otro elemento es la actitud al sentarse, si es medida de acuerdo con el momento y lugar, o si son desenfadados, a veces se muestran de forma desfachatada, lo que denota frescura, exceso de confianza, signo generalmente de la presencia de un trastorno en su personalidad.

El fenómeno psicológico es muy complejo, como ya todos Uds. conocen de lo aprendido en cursos anteriores. Se divide para su estudio en esferas, en dependencia de las funciones de que se trate. Es conocido que todas estas funciones se generan en el cerebro del sujeto en fracciones de segundos y que todas se relacionan unas con otras casi simultáneamente, pero para su estudio debemos dividir las. También para conocer los trastornos presentes debemos dividir el fenómeno psicológico en esferas.

Para su estudio y mejor nivel de comprensión semiológica se realiza en siguiente esquema para confeccionar el examen psiquiátrico:

1. Introducción:



2. Esfera o Funciones de Síntesis:
 - a. Nivel de conciencia
 - b. Orientación
 - c. Atención
 - i. Activa
 - ii. Pasiva
 - d. Memoria
 - i. De fijación
 - ii. De evocación
3. Esfera o Funciones Cognoscitivas:
 - a. Sensaciones
 - b. Percepciones. Con frecuencia se unen como senso-percepción.
 - c. Pensamiento:
 - i. Origen
 - ii. Curso
 - iii. Contenido
4. Esfera o Funciones Afectivas:
 - a. Trastornos cuantitativos: Nos mide la respuesta afectiva del sujeto ante un evento, si está aumentada, disminuida o normal
 - b. Trastornos cualitativos: Nos describen los cambios cualitativos del tono afectivo del individuo
5. Esfera o Funciones Conativas:
 - a. Fase Implícita o Psicomotriz: Es la que nos prepara para la acción, es la de las actitudes del sujeto. En ella incluimos:
 - i. Trastornos cuantitativos
 - ii. Trastornos cualitativos
 - b. Fase explícita o de acción propiamente dicha: Es la de los movimientos o de la acción en sí. También incluimos:
 - i. Trastornos cuantitativos
 - ii. Trastornos cualitativos
 - iii. Trastornos de los Hábitos
6. Esfera o Funciones de Relación:
 - a. Relaciones del sujeto consigo mismo
 - b. Relaciones con las demás personas

c. Relaciones con la cosas.

7. Personalidad Premórbida. Describir cómo era el sujeto antes de enfermarse, sus rasgos de personalidad o también denominados rasgos habituales. Cómo ha sido siempre.

BIBLIOGRAFÍA:

Sumario ⇌

1. Alexander F.G.; Selesnick S.T.: "historia de la Psiquiatría". Editorial ESPAXS. Barcelona. 1970.
2. Rosental M; Iudin P.: "Diccionario Filosófico". Ediciones Universo. Argentina.1973.
3. Sánchez F.; Barrientos G.: "Psiquiatría Social y Comunitaria". Editorial BÚHO. Santo Domingo, República Dominicana. 2001.
4. OMS: "Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas". Informe sobre la Salud Mental en el mundo. Ginebra, Suiza. 2001.
5. González R.: "Clínica Psiquiátrica Básica actual". Editorial Félix Varela. Ciudad Habana. 2005.
6. Knapp Elisa: "Psicología de la Salud". Editorial Félix Varela. Ciudad Habana. 2005.
7. Fernández E.; Castell-Florit P.: "Gerencia en Salud. sistema de capacitación general". Selección de lecturas. Tomo II. ENSAP. Ciudad Habana. 1998.
8. Castell-Florit P.: "Glosario Gerencia en Salud". Cátedra de Gerencia en Salud. Centro de Perfeccionamiento Gerencial. ENSAP-MINSAP. Ciudad Habana. 2001.
9. MINSAP-ENSAP: "Gerencia en Salud". Tomo IV. Ciudad Habana. 2002.
10. León, M.: "Salud Mental y Comunidad". II Edición. Monografía. Material de estudio de la Maestría en Salud Mental Comunitaria. Ciudad Habana. 2006.
11. MINSAP-GNP: "Carta de La Habana". Reorientación de la Psiquiatría hacia la APS. Ciudad Habana. 1995.
12. OPS-OMS: "Declaración de Caracas". Reestructuración de la Psiquiatría en América Latina y el Caribe. Caracas, Venezuela. 1990.
13. León M.: "La atención comunitaria en Salud Mental". Publicación en Pág. Web Infomed. Rev. Cub. Medicina General Integral, No 5. 2002.
14. Levav, I: "Temas de Salud Mental en la Comunidad". Publicación de la OPS-OMS. Serie Paltex. Washington DC. 1992.
15. León M.; Barrientos G.; González Josefa: "Enfoques. Para un debate en Salud Mental". Guía metodológica del funcionamiento de los Centros Comunitarios de Salud Mental Colectivo de autores., Pág. 275-312. Editora Conexiones. Ciudad Habana, 2001.
16. León M.; Clavijo A. et cols: "Diagnóstico de Salud Mental comunitario". Libro de texto para residentes en MGI. Camagüey. 2007.
17. Cooperación Italiana en Salud. : "Mapa de Riesgos y Recursos. Una metodología participativa": Prog. Rehab. Cuba. Principios-Guías-Roma. May. 1989.



18. Bustamente J.A.: "Psicología Médica". Tomo II. Editorial Ciencia y Técnica. Ciudad Habana. 1969.
19. González R.: "Relación equipo de salud, paciente-familia. Aspectos éticos y tácticos". Editorial Ciencias Médicas. Ciudad Habana. 2005.