

¿Manejamos con eficiencia la salud mental en atención primaria?

Do we properly manage Mental Health on primary care?

Franco Ernesto León-Jiménez^{1,3,a}, Fernando Cubas-Benavides^{2,3,b}

RESUMEN

La elevada prevalencia, la alteración de la calidad de vida y la escasez de estudios descriptivos y de intervención, hacen de la salud mental una prioridad en investigación mundial. En el Perú y en Lambayeque, son una prioridad las investigaciones para mejorar la salud mental y conocer los factores de riesgo asociados; el objetivo de este artículo es remarcar la importancia del personal de atención primaria que el enfoque y manejo de la salud mental; ésta, no es tarea exclusiva de psiquiatras y psicólogos. En los países del tercer mundo en los que existe un aumento significativo de las patologías de orden mental, neurológico y de abuso de sustancias, la ineficacia y escasez de formación en salud mental, es apremiante. Tres enfoques podrían explicar esta realidad: el bajo nivel de conocimientos en salud mental en atención primaria; la escasa cantidad y deficiente distribución del recurso humano a nivel nacional y el déficit en formación en tópicos de salud mental en las Universidades.

Palabras clave: Salud mental, Atención primaria de salud, Educación médica, Recursos humanos en salud (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

The high prevalence, the impairment of quality of life and the lack of descriptive and intervention studies, make mental health a priority in global research. In Peru and in Lambayeque, the investigations to analyze mental health problems and define the associated risk factors are a priority; the main objective of this study is to note the importance of primary care in the diagnosis and initial treatment of mental health problems. These are not the sole responsibility of psychiatrists and psychologists. In third world countries there is a significant increase of mental, neurological and substance abuse pathologies. Inefficiency and lack of training in mental health in third world countries, is desparating. Three approaches could explain this fact: the low level of knowledge in mental health topics among primary care staff, the small number and poor distribution of human resources and the deficit in training on mental health topics at universities.

Key words: Mental health, Primary health care; Education, medical; Health manpower (Source: MeSH-NLM)

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud ha establecido que Depresión es la cuarta causa de carga de enfermedad a nivel mundial, representando el 12% de la carga para el año 2000(1). La elevada prevalencia, las alteraciones en la calidad de vida, los altos costos al sistema de salud y la escasez de estudios de

investigación descriptivos y de intervención, hacen de la línea de salud mental una prioridad en investigación en los países de Latinoamérica y el Caribe, así como a nivel nacional y regional^(2,3,4).

Salud Mental en las Américas en atención primaria

Los hitos en el establecimiento de la salud mental como parte del régimen de atención primaria en las Américas se planteó como estrategia en las reuniones de la Organización Panamericana de la Salud que citamos a continuación: Caracas en 1990, en la cual se propuso una integración de la salud mental en la atención primaria en salud; Brasilia en el 2006, en la que se hizo un resumen de las estrategias llevadas a cabo en los siguientes países en el abordaje de los trastornos mentales como problema nacional de salud: El Salvador, Guatemala, Chile, Brazil, Jamaica, Bélize y Panamá. Los ejes fundamentales abordados en estos países fueron: la caracterización de la violencia, el comportamiento suicida, los problemas psicosociales en adolescentes y jóvenes y la problemática en relación a los grupos vulnerables (indígenas e indigentes)⁽²⁾.

Salud Mental en el Perú como prioridad de investigación

En el Perú, mediante Resolución Ministerial N°220-2010/MINSA, se definió a la línea: Investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental como una de las prioridades nacionales de Investigación en Salud⁽³⁾.

En relación a Lambayeque, en la agenda propuesta para el periodo 2010-2014 figura como línea: Investigaciones para conocer la prevalencia y factores de riesgo en salud mental⁽⁴⁾. Si se toma en cuenta que ésta no es responsabilidad exclusiva de psiquiatras y psicólogos, se hace evidente que el personal de atención primaria en salud (médicos generales, personal de enfermería) debería conocer el abordaje de primera línea de

1. Coordinador de Investigación de la Escuela de Medicina: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo.

2. Director departamento de ciencias de la Salud: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo.

3. Hospital Regional de Lambayeque

a. Médico Internista. b. Médico Gastroenterólogo

éstos problemas. El reconocimiento y abordaje de primera línea de los problemas de salud mental por médicos de atención primaria y médicos de diferentes especialidades no psiquiatras, es fundamental.

Realidad de la Salud Mental en el tercer mundo

En los países del tercer mundo existe un aumento significativo de las patologías de orden mental, neurológico y de abuso de sustancias⁽⁵⁾. Las escasez, calidad e inequidad en la distribución del recurso humano capacitado en el abordaje y tratamiento de los problemas de salud mental, entre y dentro de los países, es alarmante⁽⁶⁾. En éstos, aproximadamente el 90% de los pacientes aquejados de problemas de salud mental, no reciben tratamiento^(7,8).

Vikram Patel del Departamento de Epidemiología y Salud Pública del London School of Hygiene and Tropical Medicine y Graham Thornicroft del Institute of Psychiatry, King's College London, en una revisión publicada en la revista PLoS Medicine definieron los 6 trastornos psiconeurológicos con alto impacto en los países del tercer mundo: Desorden por déficit de atención hiperactividad, Depresión, Esquizofrenia, desórdenes asociados al uso de alcohol, Demencia y Epilepsia⁽⁹⁾. Como vemos la necesidad existente de que pediatras, internistas, neurólogos y otros especialistas, sepan abordar la problemática planteada, es evidente.

Inequidad e Ineficacia de la Salud Mental en el Perú

El problema puede ser visto desde distintos ángulos: un primer enfoque sería la escasa cantidad de psiquiatras a nivel nacional y la deficiente distribución de éstos en zonas donde existe alta probabilidad de necesidad de profesionales de la salud mental. El Perú, cuenta con 697 psiquiatras a nivel nacional (667 de adultos y 12 infantiles) para atender a 29 millones de personas⁽¹⁰⁾. De éstos, 175 están en Lima; departamentos como Ayacucho, Ucayali y Madre Dios, no cuentan con éstos profesionales⁽¹¹⁾. Existen en el Perú aproximadamente 14,000 psicólogos colegiados⁽¹²⁾. En el año 2010, en Lambayeque habían 15 psicólogos trabajando en el MINSA⁽¹³⁾.

Según los registros del Consejo Regional VIII del CMP, actualmente existen 1,520 médicos inscritos; aproximadamente 1,312 son médicos generales. El número de psiquiatras colegiados es de 10 y el de internistas de 43⁽¹⁴⁾. Estas cifras son insuficientes para abordar el grueso número de pacientes en atención primaria.

No se hallaron los datos nacionales en el registro del Atlas Mundial de salud Mental. Los datos del número de personal asistencial dedicado a salud mental por 100,000 habitantes en América del Sur y Centro América son los siguientes: Número de psiquiatras 1,57; número de psicólogos: 1,29; número de médicos no psiquiatras: 0,72, número de enfermeras: 3,92. Se desprende que es el personal de enfermería quien debería ser capacitado con mas insistencia para cumplir con los objetivos de la atención integral de la salud mental.⁽¹⁵⁾

El problema del subregistro

Según la OMS, a nivel mundial, sólo el 10 a 75% de personas con problemas salud mental son diagnosticados en atención primaria⁽¹⁶⁾. Una realidad no sólo en la región, sino en todo el Perú es el subregistro. Ningún problema de Salud Mental figura dentro de las 20 motivos de atención más frecuentes en la región Lambayeque durante el 2010⁽¹⁷⁾. Es necesario una pesquisa activa pues las personas no acuden a consulta por "tristeza" ó "angustia" sino refiriendo síntomas de difícil

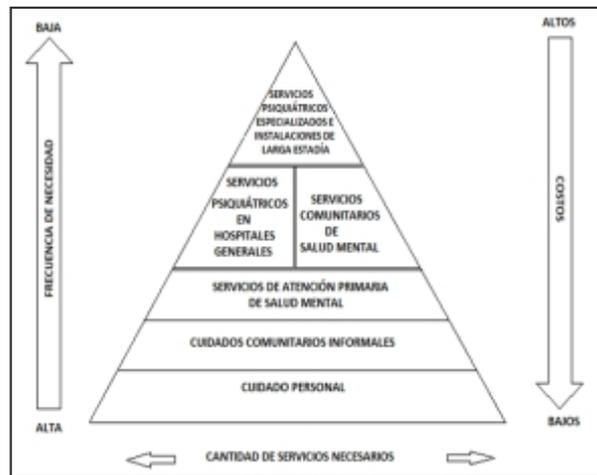
explicación. Se sabe que el 60% de pacientes con depresión acuden a atención primaria con síntomas somáticos inespecíficos⁽¹⁸⁾, o más recientemente denominados "síntomas sin explicación médica".

No se cuentan con datos locales en consulta externa de la distribución de los Trastornos de salud mental pero si con algunas aproximaciones. En un estudio piloto en el distrito de Lambayeque en el 2011, el autor, mediante los test de Zung para Depresión y Ansiedad, encontró frecuencias de 4,2% y 9,7%, respectivamente⁽¹⁹⁾.

Estrategias de la OMS

Según el enfoque de la Organización Mundial de la Salud por intermedio del WONCA (World Health Association of Family Doctors), existe una pirámide en relación al abordaje de la atención de la Salud mental en las poblaciones en la cuales la descentralización de la misma es una característica fundamental⁽²⁰⁾. Figura 01.

Figura N° 01. Modelo de la organización mundial de la salud para la organización de servicios de salud mental.



Fuente: Integrating Mental Health into primary care. A global perspective. World Health Organization. WONCA 2008.

Según el WONCA, la base de la pirámide se fundamenta en el autocuidado y en la educación a las personas de la comunidad en relación a su salud mental; progresivamente la complejidad de la atención pasa por la atención por parte de médicos y/o enfermeras/os de los problemas más prevalentes: Depresión, Ansiedad; los servicios de hospitalización de pacientes con problemas mentales, la formación de servicios de atención comunal de personas y finalmente los servicios de atención psiquiátrica de alta complejidad, completan la pirámide⁽²⁰⁾.

En el estudio llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, Saavedra J en el 2005 halló que los departamentos en los que se halló mayor prevalencia de por vida de algún trastorno de salud mental eran Ayacucho (50,6%), Iquitos (41,3%) y Pucallpa (39%)⁽²¹⁾. Si se evalúa la cantidad de psiquiatras que existen en éstos lugares, la cifra es alarmante.

En la tabla N° 01 aparecen las razones por las cuales es aconsejable adoptar el enfoque basado en esta estructura piramidal.

Tabla N° 01. Las siete razones para integrar la Salud Mental en la atención primaria.

1. Elevada prevalencia y alta carga de enfermedad
2. Alta comorbilidad y aumento de la morbilidad en pacientes con enfermedades crónicas.
3. Elevado porcentaje de pacientes no tratados y/o con tratamientos inadecuados
4. Mayor acceso de la población a la atención en salud mental
5. Eliminación de los aspectos estigmáticos y la discriminación
6. Es una medida costo-efectiva
7. Resultados satisfactorios en el abordaje temprano e integral de la salud mental

Fuente: Integrating Mental Health into primary care. A global perspective. World Health Organization. WONCA 2008.

En el estudio llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, Saavedra J en el 2005 halló que los departamentos en los que se halló mayor prevalencia de por vida de algún trastorno de salud mental eran Ayacucho (50,6%), Iquitos (41,3%) y Pucallpa (39%)⁽²¹⁾. Si se evalúa la cantidad de psiquiatras que existen en éstos lugares, la cifra es alarmante.

Un segundo enfoque sería abordar la oferta de médicos generales en nuestro país para hacer frente al gran grueso de pacientes con patología mental. Lamentablemente en diversos estudios internacionales y nacionales el nivel de conocimientos en salud mental por parte de los médicos de atención primaria, es deficiente⁽²²⁻²³⁾. Según un estudio llevado a cabo en 3 hospitales generales de Lima en médicos residentes y asistentes de Medicina Interna, sólo el 37% refirieron indagar sobre aspectos de salud mental en la consulta⁽²²⁾. Lo ideal es medir cuanto saben de salud mental el personal en atención primaria. Existe un estudio del autor acerca de la validación de un instrumento para medir el nivel de conocimientos en atención primaria de Depresión mayor, que está aún en prensa⁽²⁴⁾.

Es prioritario capacitar a los médicos de atención primaria en la prevención, reconocimiento y diagnóstico temprano de los trastornos de salud mental. Quedaría preguntarnos si es que las Universidades están cumpliendo su rol como formadores de médicos que tengan la capacidad de hacer un enfoque holístico del proceso de salud enfermedad del paciente sin desmedro del componente mental, sesgándose hacia diagnósticos de tipo "orgánico", si es que el término lo permite.

Un tópico a investigar sería cuál es la formación que tienen los alumnos de pregrado en tópicos de salud mental, es decir, si al final pueden reconocer que la depresión, la ansiedad, y los trastornos funcionales, son problemas de alto impacto en la salud de las personas y constituyen un tema de investigación permanente.

Hasta ahora no hay uniformidad en la formación de pre grado en medicina en nuestro país, el Dr. Alonso Soto⁽²⁵⁾, pone en evidencia la importancia de los "recursos humanos en salud", lo cual parece estar reconocido solo en la teoría pero no en la práctica pues sucede todo lo contrario, y se demuestra con la facilidad y pasividad que existe para la creación de facultades de medicina, la escasez de campos clínicos, la infraestructura deficiente y toda la problemática remunerativa y de reconocimiento que existe. Pero estos puntos -también importantes-, no deben afectar la preocupación que debemos

tener por mejorar los planes curriculares que aseguren la formación integral y multidisciplinaria del médico general, reconociendo que la problemática de la salud mental en nuestro país es una tarea prioritaria.

El Dr. Carlos Fernández⁽²⁶⁾, hace una reflexión sobre la formación de pre grado en Argentina, y destaca lo que ésta significaría: "...incorporar la salud de grupos a la medicina individual, sumar la salud mental y la rehabilitación a la curación, la pesquisa poblacional de afecciones crónicas inadvertidas con potencialidad invalidante y riesgo de vida...", planteando al final algo que nosotros podemos también asumir y reflexionar sobre la responsabilidad que tenemos cuando estamos formando médicos que nuestra realidad requiere, con un enfoque multidisciplinario y de prevención, donde los problemas de salud mental en la población son muy importantes.

La emergencia también es un lugar donde es prioritario un conocimiento básico en salud mental. Los estados confusionales, los casos de intento-gesto suicidio y los trastornos de pánico manifestados como dolor torácico, son algunos de los ejemplos que sustentan un enfoque integral por parte del médico de Emergencia. La OMS⁽²⁷⁾ cuando habla de salud mental en emergencias se ha referido a la labor asistencial que se da en las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos, como los refugiados, los desplazados internos, los sobrevivientes de desastres y poblaciones expuestas al terrorismo, a la guerra o al genocidio. Pero en los servicios de emergencia de los hospitales las personas con problemas de salud mental requieren de una atención integral, por ejemplo en Estados Unidos se ha calculado que la cantidad de atenciones para niños y jóvenes con problemas de salud mental en emergencia oscilan entre 200,000 y 825,000 por año⁽²⁸⁾.

Es fundamental que para hacer frente a éste álgido problema exista un consenso entre las Universidades, el estado y la empresa privada para apoyar toda iniciativa que pueda mejorar la salud mental de nuestra población. Conocer nuestra realidad mediante la ejecución de estudios descriptivos inicialmente y posteriormente mediante estudios de intervención, son medidas necesarias si es que se desea cumplir con este objetivo.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murria JL. **Global burden of depressive disorders in the year 2000.** Br J Psychiatry. 2004; 184: 386-392.
2. Panamerican Health Organization. **Mental Health in Latin America and the Caribbean.** Washintong DC: PAHO.
3. MINSA. Prioridades nacionales de investigación en salud 2010-2014. Resolución ministerial 220-2010/MINSA. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/prioridades_inv3/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial.PDF. [Acceso el 27 de Julio del 2012]
4. Caballero P, Yagui M, Espinoza M, Castilla T, Granados A, Velásquez A, Cabezas C. **Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: un proceso con enfoque participativo y descentralista.** RevPeruMedExp SaludPublica. 2010; 27(3): 398-411.

5. Mathers CD, Loncar D. **Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030.** PLoS Med, 2006; 3: e442.
6. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. **Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency.** Lancet. 2007; 370(9590): 878-889.
7. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. **The treatment gap in mental health care.** Bull World Health Organ. 2004; 82(11): 858-866.
8. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, et al. **Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys.** Lancet. 2007; 370(9590): 841-850.
9. World Health Organization. **Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological and substance abuse disorders.** Ginebra: WHO; 2008.
10. Colegio Médico del Perú. Buscador de colegiados. [En línea]. Disponible en: <http://www.cmp.org.pe/>. Fecha de acceso: 10 de Setiembre del 2012
11. Fiestas F. **Los problemas de la violencia y las adicciones en el contexto peruano.** RevPeruMedExp Salud Publica. 2012;29(1):9-11
12. Benites L, Zapata L. La psicología en el Perú: formación académica y ejercicio profesional. [En línea]. Noviembre de 2010. [Acceso el 10 de Setiembre de 2012]. Disponible en: <http://maspsicologia.com/2010/04/la-psicologia-en-el-peru-formacion-academica-y-ejercicio-profesional/>.
13. Consejo Regional III. Personal del Ministerio de Salud y gobiernos regionales por grupos ocupacionales. [En línea] 2010. [Acceso el 17 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://www.cmpchiclayo.org.pe/paginas.php?colegiados=colegiados>
14. Consejo Regional III. Médicos colegiados CRVIII Lambayeque. Disponible en: <http://www.cmpchiclayo.org.pe/paginas.php?colegiados=colegiados>. Fecha de acceso: 17 de Julio del 2012.
15. World Health Organization. **Mental Health Atlas 2011.** Ginebra: WHO; 2011.
16. Üstün TB, Sartorius N (eds.). **Mental illness in general healthcare: an international study.** BMJ. 1995; 311: 696.2.
17. Ministerio de Salud. Principales causas de morbilidad registradas en consulta externa Departamento de Lambayeque Año- 2010. [En línea]. [Acceso el 18 de setiembre de 2012] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/CEMacros.asp?14>
18. Tylee A, Gandhi P. **The importance of somatic symptoms in depression in primary care.** Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2005;7:167-76.
19. León-Jiménez F, Montoya J, Suárez F. **Fibromialgia en el distrito de Lambayeque: un estudio piloto en el 2011.** RevSocPeruMed Interna (En prensa)
20. World Health Organization, World Family Doctors Caring for People. **Integrating mental health into primary care: A global perspective.** Singapore: WHO, Wonca; 2008.
21. Saavedra J. Situación de la salud mental en el Perú. Docencia en Psiquiatría. [En línea]. Noviembre de 2009. [Acceso el 13 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://docenciaenpsiquiatria.blogspot.com/2009/11/la-situacion-de-la-salud-mental-en-el.html>
22. De La Grecca PR, Zapata VMI, Vega DJ, Mazzoti G. **Manejo de pacientes con trastornos mentales en servicios ambulatorios de Medicina General en tres hospitales de Lima.** RevMedHered. 2005; 16(4): 246-252.
23. De la Grecca R, Zapata VM; Vega DJ y Mazzoti G. **Patrones de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general.** Rev. De Neuro-Psiquiat. 2005; 68(3-4): 182-189
24. Ríos-Flores AJ, Leonardo-Olivera A, Ballena-López JC, Peralta- Villegas J, Fanzo-González P, Peralta-Santos R, Díaz-Vélez C, León-Jiménez FE. Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento en depresión mayor en atención primaria. RevMedHered (En prensa).
25. Soto A. **Recursos Humanos en Salud.** RevPeruMedExp Salud Publica. 2011; 28 (2): 173-4
26. Fernández C. Formación de pregrado en medicina. Federación Argentina de Cardiología. Segundo Congreso de Cardiología [En línea] Noviembre de 2001. [Acceso el 19 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.fac.org.ar/scvc/llave/edu/fernandc/fernande.htm.
27. Organización Mundial de la Salud. **La Salud Mental en las emergencias. Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos.** Ginebra: OMS; 2003.
28. Cooper JL, Masi R. **Cuidado de la salud mental de emergencia infanto-juvenil: un problema nacional.** Nueva York: Nacional Center for Children in Poverty-NCCP; 2007.

Correspondencia

Franco León Jiménez
 Correo: francoernestole@gmail.com; fleon@usat.edu.pe
 Teléfono: 997834404; 074-234329
 Dirección: Panamericana Norte 855, Chiclayo-Lambayeque.

Revisión de pares

Recibido: 06/08/2012
 Aceptado: 21/09/2012