

La psiquiatría comunitaria en Cuba

Community psychiatry in Cuba

Dra. Liuba Peña Galbán,^I DrC. Alberto Clavijo Portieles,^{II} Lic. Alberto Bujardon Mendoza,^{II} Dra. Yohanys Fernández Chirino,^{III} DraC. Ludmila Casas Rodríguez^I

^I Hospital "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Camagüey, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

^{III} Hospital Psiquiátrico Provincial Comandante René Vallejo Ortiz. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el desarrollo de la psiquiatría comunitaria en Cuba, los factores que han contribuido a ello, y se propone cómo articular un nuevo paradigma basado en el modelo de atención comunitaria de salud mental, un modelo de organización de los servicios de salud mental más avanzado. Dicho modelo se materializa en los centros comunitarios de salud mental, con una base teórico y práctica que integra todos los aspectos que debe contemplar la atención integral al proceso salud-enfermedad, como forma de abordar este complejo sistema.

Palabras clave: psiquiatría comunitaria, modelo de atención comunitaria, psiquiatría, salud comunitaria, estructura organizativa, paradigma.

ABSTRACT

An overview is presented of the development of community psychiatry in Cuba and its contributing factors. A proposal is made about how to build a new paradigm based on the community primary health care model, a more advanced organization model for mental health services that takes shape in mental health community centers, based on a theoretical and practical foundation that integrates all the aspects of a

comprehensive approach to the health-disease process as a way to deal with such a complex system.

Key words: community psychiatry, community care model, psychiatry, community health, organizational structure, paradigm.

INTRODUCCIÓN

Por los avances de la epidemiología psiquiátrica, se demostró que entre el 10 % y 15 % de la población mundial sufría enfermedades mentales; el 20 % de los enfermos que buscaban atención en los centros de atención primaria presentaba una o más de la referida afección, muchas veces sin diagnóstico; y una de cada cuatro familias tenía al menos un miembro con algún trastorno mental o de comportamiento. Las enfermedades mentales constituyen el 12 % de la carga global de las enfermedades en el mundo y el 24 % de esa carga en la región de las Américas.¹

Se calcula que el número de personas con trastornos mentales en la región de las Américas aumentó de 114 millones en 1990 a 176 millones en el 2010. Ya en el 2000, este tipo de trastornos representaba el 24 % de la carga de enfermedades en la región, y la depresión constituyó su principal componente.²⁻⁴

En la mayoría de los países, los hospitales psiquiátricos seguían siendo la estructura básica del Sistema de Salud Mental. Más del 70 % de los países tenían menos del 20 % de las camas de psiquiatría en hospitales generales. Aunque el 70 % de los países contaba con servicios en la comunidad, en la mayoría de los casos se trataba de experiencias locales que abarcaban solo una pequeña parte de la población necesitada. En el 30 % de los países, los medicamentos esenciales no estaban al alcance de los pacientes de atención primaria. El presupuesto de salud mental era exiguo en la mayoría de los países de la Región, pues en el 30,7 % de ellos se asignaba a la salud mental menos del 2 % del presupuesto sanitario, en el 46,2 % se le destinaba entre el 2 y 5 % y solo en el 23,1 % de los países se le asignaba más del 5 %.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incita a un cambio de estrategia: la responsabilidad de la sanidad pública ya no es solo la reparación del daño o el control de las epidemias, sino hacerse cargo del cuidado de la salud de la población. La medicina se piensa como rama de la salud pública; la psiquiatría como parte de la salud mental.⁶

En el ordenamiento de los servicios se pasa del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental. Algo más que un cambio de nombre, como bien dice *Sarraceno*,⁷ significa una nueva formulación de las políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje biomedicosocial, con una mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos. Supone la necesidad de crear redes complejas con recursos formales e informales, que dan continuidad de cuidados, de gestión de casos o seguimiento de pacientes.

En América Latina, la iniciativa de la reestructuración de la atención psiquiátrica se originó en Venezuela con la Declaración de Caracas en 1990; pero en Cuba se inició hace más de cuatro décadas con el triunfo de la Revolución y la socialización de la salud pública.

Los autores plantean una reflexión acerca del desarrollo de la psiquiatría comunitaria en el país, los factores que han contribuido a ello y un análisis de la propuesta de articular un nuevo paradigma basado en el modelo de atención comunitaria de salud mental.

SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN CUBA

La relación de las enfermedades mentales con los factores socioculturales que incluyen a las diferentes clases sociales en una misma sociedad y época, pueden ser elementos desencadenantes, en algunos casos causales, y siempre influirán en la patoplastia o modo de manifestarse la enfermedad de base.

Se ha definido a la psiquiatría comunitaria como la psiquiatría social en acción. La psiquiatría social según *Barrientos*,^{8,9} es un área de dedicación centrada en lo social del psiquismo tanto en salud como en enfermedad; va en búsqueda de determinación de la salud mental y de los factores que condicionan la enfermedad en el medio social; se ocupa del desarrollo de intervenciones para promover y proteger la salud, prevenir las enfermedades mentales, tratarlas, disminuir sus secuelas, proveer servicios asistenciales, evaluarlos y garantizar la participación de la comunidad.

Lo que quiere decir que la psiquiatría social es su base teórica y el punto de partida de su práctica, va a tener lugar en un escenario diferente al habitual y es el de la propia comunidad a la que pertenece, su objeto de estudio: el hombre tanto sano como enfermo mentalmente. La psiquiatría comunitaria incluye las acciones de promoción y protección de la salud, la determinación del riesgo y su superación, mantiene la atención al daño desde el propio medio social y se ocupa de la rehabilitación psicosocial del paciente con secuelas. Se integra al sistema de salud desde el primer nivel, interactúa con los otros dos niveles, como parte de una red, favorece la proyección comunitaria del hospital psiquiátrico, su redimensionamiento con una concepción gerencial y una mayor calidad con el menor costo. De igual modo se vincula al resto de la atención primaria en una modalidad particular, lo que se conoce como psiquiatría de enlace en el marco intrahospitalario del hospital general.^{9,10}

La génesis de la psiquiatría social o comunitaria hay que buscarla tanto en la práctica diaria de la psiquiatría, como en su capacidad para abordar y resolver su problema principal: la salud mental del hombre, según Hiram Castro.

La creación del Sistema Nacional de Salud como sistema único e integral y el Ministerio de Salud Pública fueron requisitos indispensables para establecer y controlar los aspectos normativos y metodológicos vinculados con la promoción, prevención y recuperación de la salud, y la formación, perfeccionamiento y superación de los recursos humanos. El Subsistema de Salud Mental enmarca todas las actividades relacionadas con la psiquiatría y la salud mental organizadas por el Grupo Nacional de Salud Mental y los grupos provinciales.

Desde sus inicios se le concedió gran importancia a la red de atención primaria en la que se instituyen desde los años 60 los policlínicos integrales. Posteriormente, a partir de 1975, los policlínicos pasan a denominarse comunitarios y se establecen los sectores, se daba consulta de psiquiatría por los especialistas de los hospitales, denominándose proyección comunitaria.

Desde 1984 con el surgimiento del modelo del médico y enfermera de la familia se produce un salto cualitativo en la atención primaria de salud (APS), pues se logra la cobertura asistencial. La presencia del médico y enfermera de la familia, equipo de APS, provoca un impacto en la atención psiquiátrica, se hace entonces necesario buscar mecanismos de acercamiento del Equipo de Salud Mental (ESM) al entorno social, no solo para conocer la problemática en dicho medio, sino para utilizar ese medio en pro del propio enfermo y del resto de la población para proporcionar su bienestar.

El Grupo Nacional de Psiquiatría¹¹ en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) organizó un evento denominado *La reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria* en octubre de 1995, en el que se aprobó la Carta de La Habana. En este documento se plantea la Plataforma Programática para el desarrollo de alternativas de atención comunitaria que incluyen no solo el tratamiento y rehabilitación del enfermo en su medio, sino actividades destinadas a la promoción y prevención de salud.

A partir de 1996 en el marco de la reorientación de la psiquiatría hacia el nivel primario, se inició un proyecto de trabajo comunitario en salud mental en diferentes localidades y ciudades del país, donde se crearon los centros comunitarios de salud mental (CCSM), lo cuales se encuentran ubicados en la propia comunidad y realizan un trabajo no solo de atención al daño, sino fundamentalmente hace énfasis en la promoción y prevención de salud, que actúa sobre factores de riesgo y protectores de salud mental con la participación activa de la propia comunidad.

Como afirma en sus postulados la Carta de La Habana,¹¹ la reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria debe sustentarse en un modelo comunitario en el que unido al perfil curativo-rehabilitatorio, se fortalezca la proyección preventiva y promoción de la salud mental, se promueva la iniciativa y creatividad local, se tengan en cuenta las particularidades y recursos existentes en esa instancia, y se recabe el apoyo y la colaboración de los sectores implicados; este nuevo programa de atención psiquiátrica y salud mental comunitaria amplía su campo de acción del componente enfermedad al componente salud, de manera que las necesidades tanto de prevención y promoción de la salud mental, como de rehabilitación en contextos comunitarios, no pueden ser satisfechas únicamente por instituciones que se ocupan de la especialidad.

Es imprescindible la condición de intersectorialidad, que organizaciones e instituciones locales se aúnen y trabajen en un programa de apoyo comunitario, en el análisis de los problemas existentes y en la elaboración participativa de un plan de acción para los mismos. Se trata de modificar el modelo clínico tradicional hacia una orientación epidemiológica. El modelo comunitario permite que las funciones de los operadores de la salud mental se dirijan a una gama más amplia de actividades e intercambios de roles y responsabilidades. La comunidad, de este modo, adquiere un papel protagónico en la decisión, ejecución y evaluación de los programas.

Tres grandes desplazamientos van a configurar el modelo comunitario:

1. Del sujeto enfermo a la comunidad.
2. Del hospital a los CCSM.
3. Del psiquiatra al ESM.

La estrategia de intervención se traslada del sujeto enfermo a toda la población, de manera que se incorporan nuevos instrumentos, diagnóstico comunitario, estudios de la demanda, y nuevas nociones como población en riesgo, grupos vulnerables, intervención en crisis. Se busca la integración de los tres niveles clásicos de atención, en un proyecto terapéutico único.⁶

La disminución de las capacidades hospitalarias ha permitido redimensionar el presupuesto, lo que asegura el proyecto de rehabilitación psicosocial comunitario, que consiste en brindar un estipendio salarial a los pacientes incorporados a las brigadas de trabajo, además de recursos materiales como vestuario y artículos para el aseo, y mejorar la calidad de sus viviendas a aquellos que lo necesiten.

La psiquiatría comunitaria se erige como el nuevo paradigma de la psiquiatría en Cuba, basada en el modelo de atención comunitaria, un modelo de organización de los servicios de salud mental más avanzado y que se materializa en los CCSM, un nuevo modelo de basamento teórico que a nuestro juicio integra todos los aspectos que debe contemplar la atención integral al proceso salud-enfermedad, como forma de abordar este complejo sistema.¹²

"El médico, el trabajador médico, debe ir entonces al centro de su nuevo trabajo, que es el hombre dentro de las masas, el hombre dentro de la colectividad".¹³ Esta idea de Ernesto Guevara de la Serna en relación con la medicina social se materializa en los CCSM.

El CCSM tiene la misión de garantizar la ejecución de un programa asistencial, docente e investigativo de excelencia sobre salud mental desde la atención primaria con alta profesionalidad, que permita la rehabilitación, promoción y prevención de enfermedades mentales en la población. Entre los servicios que brinda se encuentran: atención hospitalizada, atención ambulatoria, tratamientos especializados, programas de rehabilitación psicosocial, psicoterapias grupales, medicina natural y tradicional. También ofrece capacitación pre y posgrado, entrenamientos a líderes formales y no formales de la comunidad. Desarrolla más de 13 programas en espacios de la comunidad, dirigido a grupos vulnerables, población en riesgo y población supuestamente sana.

El ingreso en el hogar de aquellos pacientes en los cuales las condiciones lo favorecen es una alternativa válida con la que cuenta la psiquiatría comunitaria, la atención la realiza el ESM en el propio hogar y la comunidad en un intercambio de beneficio mutuo, paciente, familia, comunidad y equipo médico.

Las principales herramientas técnicas y metodológicas en los CCSM integran tres aspectos fundamentales: el diagnóstico de salud, el análisis de este y el plan de acción para la solución de problemas, que contemplan los factores clínicos, epidemiológicos y sociales.

También tiene como objeto de estudio acciones profilácticas a la comunidad y a la familia como la célula fundamental de la sociedad, como institución básica de la comunidad, donde se desarrollan los conocimientos sobre la estructura y función de la familia, su ciclo vital, su funcionamiento, sus crisis, cómo relacionarse con ella y cómo reforzar la función central de la familia que es la de proporcionar el medio adecuado para el óptimo desarrollo biopsicosocial, cultural y espiritual de sus miembros.

El modelo comunitario de atención psiquiátrica¹⁴ tiene cinco perfiles básicos:

- Clínico: brinda atención médica con acciones curativas y rehabilitatorias para los sujetos enfermos.
- Epidemiológico: aplica como estrategia de trabajo ese método para lograr el diagnóstico de salud con el cual se detectan grupos de riesgo, que evalúan no solo al individuo sino a grupos poblacionales en cuanto a estado de bienestar, o sea, su salud mental.
- Social: está dado porque considera las necesidades de salud de la población, y porque en la solución de esos problemas, la comunidad participa activamente.
- Docente: capacitación, formación de recursos humanos, educación continuada, transferencia de tecnologías y educación popular.
- Administrativo: gerencial, descentralización, estratificación, cogestión, investigación y evaluación.

El país cuenta con más de 240 máster en psiquiatría social que laboran en los CCSM, lo que permitió elevar el nivel de preparación científica de los miembros de los ESM para el desempeño de sus funciones.

Entre los principios básicos que caracterizan el modelo de atención comunitaria se encuentran:¹⁴

- *Atención integral y continuada.* Al evaluar al paciente hay que tener en cuenta estos tres aspectos: la presencia de su esencia como ser biológico con estructuras y funciones definidas, las relaciones como ser social inherentes a su condición de convivencia grupal (familia y comunidad), y la resultante de esta interrelación biosocial es la que origina el fenómeno psicológico. 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, con la asistencia a todos los episodios presentados y en las diferentes instancias.
- *Diagnóstico comunitario y evaluación de las necesidades sociales de la salud mental.* Es la base fundamental de este 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.
- *Equipo de Atención Primaria de Salud (médico y enfermera de la familia) y comunidad como ejes fundamentales del modelo.* El actual modelo cede el papel rector al equipo de APS y a la comunidad en relación con la salud mental. El médico y la 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.

- *Descentralización de los recursos materiales y humanos.* En el campo de la salud mental se puede ejemplificar esta descentralización en la transferencia de recursos humanos y materiales del segundo nivel al primero, en delegar tareas y funciones referentes a la salud mental en el ESM, en la determinación de un plan de acción.
- *La coordinación e integración funcional de los diferentes niveles del sistema de salud.* Independientemente de que el sistema centre su atención en la APS, debe integrarse como un todo. Si el ESM radica en el primer nivel de atención, debe vincularse de alguna manera al segundo 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.
- *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.
- *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, entre otros, se involucren en las acciones requeridas para ello. En el país el mayor vínculo es a través de los órganos de gobierno locales: consejos populares, con sus delegados de circunscripciones, presidentes y vicepresidentes, así como con otros organismos tales como, Ministerio del Interior (MININT); Comité de Defensa de la Revolución (CDR); Federación de Mujeres Cubanas (FMC); las instancias de educación, cultura, deportes y recreación; la Asociación de Combatientes; los organismos de justicia, trabajo y seguridad social; así como también las unidades y empresas económicas del territorio.
- *Participación social.* Si se parte del hecho de que el modelo es en principio no medicalizado ni profesionalizado, se puede 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.
- *Integración de la prevención y la asistencia con la investigación.* 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.
- *Capacitación y transferencia de tecnología.* Transferir tecnología en forma de "cascada" es imprescindible para el buen desempeño del modelo. Al descentralizar recursos y estratificar acciones con una participación social activa, se hace necesario que se transmitan 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.

Los factores que a nuestro juicio han contribuido al desarrollo de la psiquiatría comunitaria son:

- Voluntad política del Estado cubano al considerar a la salud pública una conquista irrenunciable de la Revolución y la APS considerada como eje central del Sistema Nacional de Salud.
- Un sólido sistema de organización de los servicios de salud.
- El sistema de salud cubano, universal, gratuito y al alcance de todos los ciudadanos sin distinción de edad, sexo, raza, procedencia social y religión, se ha conformado y desarrollado a partir de un concepto social de la salud que en el momento actual es preciso decir que va más allá de la ausencia de enfermedad, que rebasa los límites del individuo y que abarca su relación e interacción con el medio donde este se desarrolla.
- Financiamiento de la salud a través del presupuesto estatal.
- Las organizaciones de masa juegan un papel fundamental en las acciones de salud mental en la comunidad.
- Elevada preparación científica de los recursos humanos.
- La adopción de un nuevo paradigma más expansivo, que comprenda al ser humano, en lo social, lo psicológico, lo antropológico, lo filosófico, lo ético, lo humano, lo biológico, lo político, lo cultural "...que tenga la fuerza para comprender el hombre en su integralidad, abarcar más lo colectivo que lo individual, más la salud que la enfermedad, más prevenir, promover y rehabilitar que curar, y más transformar la salud que explicarla".¹⁵
- Experiencias prácticas que demuestran su factibilidad.
- Desarrollo de una política de prevención social vinculada a la comunidad.
- Credibilidad e impacto de la resolución de los problemas de la comunidad y en la comunidad.
- Desarrollo de investigaciones científicas.
- Desarrollo del programa de medicamentos.

PROYECTOS DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL

En los CCSM se realizan actividades de enriquecimiento cultural y espiritual como la escultura en madera y piedra, el dibujo, la pintura y el grabado. La artesanía se desarrolla en sus variadas modalidades y la danza en sus diversas manifestaciones. Todos estos aspectos son tenidos en cuenta en la rehabilitación psicosocial que se basa en la valoración integral del paciente en sus aspectos biológico, psicológico, social, cultural y espiritual; para ello los proyectos rehabilitatorios, más que la enfermedad, toman en cuenta la historia de vida del individuo, sus habilidades, las relaciones familiares y sociales, el entorno en que se desarrollan.

Lo anteriormente referido está relacionado con lo que José Martí expresó en relación con la higiene mental: "Las condiciones espirituales tienen su higiene lo mismo que las físicas; y de una condición se ha de reposar en otra que lo modere y modifique. De la fuerza se ha de descansar en la ternura".¹⁶

En el Centro Comunitario de Regla se desarrolla el Programa de Desarrollo Humano a Nivel Local (PDHL)¹⁷ del cual Cuba es parte de una iniciativa de cooperación internacional que interesa a 18 países y que tiene como objetivo apoyar a los países interesados en la aplicación de la Carta de Copenhague y de Beijing. La acción del programa y de todas las ciudades europeas que participan así como asociaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG) que operan en este marco, está orientada en apoyar el esfuerzo de los ministerios de Salud, Educación, la Comisión Nacional de Prevención y Atención Social. La FMC y otros organismos nacionales cubanos e internacionales (UNICEF, OPS, PNUD, UNESCO, entre otras) apoyan iniciativas de capacitación, intercambio y promoción de la salud mental; promueven a través de seminarios, encuentros y conferencias espacios de intercambio y reflexión científica entre los profesionales y técnicos dedicados al trabajo en salud mental desde la APS a nivel nacional e internacional.

El Proyecto Global de Cienfuegos¹⁸ es un ejemplo concreto de promoción y prevención de salud en la comunidad y de la búsqueda de nuevas soluciones a los cambios producidos en el perfil local. Tiene como objetivo principal mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de los pobladores, a partir de un diagnóstico de la situación de salud que se basa en intervenciones intersectoriales integradas sobre los principales factores de riesgo identificados en la comunidad y una participación social activa. En septiembre de 1992 el gobierno de la provincia anunció en Sevilla, España, su compromiso con el "movimiento de ciudades saludables", y de esta forma Cienfuegos se convirtió en la primera urbe de América Latina en incorporarse a esta novedosa tendencia. El sistema provincial se compone de un esquema de organización territorial de tres estructuras complementarias: el Centro de Referencia Provincial en Salud Mental (CRPSM), los once CCSM y la Unidad de Intervención en Crisis (UIC).

Con la intervención de la Clínica del Alma se abrieron las puertas a la salud mental y se reestructuró la psiquiatría en la provincia Camagüey en 1966. Quedó instaurado el primer servicio comunitario: La Clínica del Egresado.¹⁹

Los pacientes eran atendidos mensualmente con sus familias, recibían gratuitamente almuerzo y el tratamiento indicado y se transmitían orientaciones a la familia individual y colectivamente. Los que permanecieron ingresados comenzaron un programa de rehabilitación basado en el trabajo, el deporte y la recreación, en un ambiente de comunidad terapéutica y de contacto directo con su medio; se procuraba su alta lo más pronto posible.¹⁹

Comenzó la docencia de pregrado para estudiantes de Medicina, la aplicación de técnicas grupales y el funcionamiento del primer hospital diurno del interior del país. Se trabajó en el primer plan de psiquiatría en la comunidad, con acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria: trabajo del ESM en las antiguas comisiones regionales de evaluación y dictamen de prevención y asistencia social en el de Diagnóstico y Orientación en el Ministerio de Educación (MINED), la Columna Juvenil del Centenario y los centros de rehabilitación de menores del MININT.

En 1969 se construyó el Hospital Psiquiátrico de Camagüey, se comenzó la docencia de posgrado con la formación de residentes en psiquiatría. Se llevó el trabajo del ESM a las áreas de salud y las antiguas regiones; se desarrolló en 1971 un pilotaje comunitario, en el Policlínico Norte que después fue extendido a otras áreas.¹⁹

Desde 1973 es sectorizado el Hospital Psiquiátrico, primera institución del país en hacerlo y que se mantiene en la actualidad, esto permite que el mismo ESM atienda las necesidades de la población de un territorio específico, distribuyendo su trabajo en la atención secundaria y terciaria con un número de camas asignadas en los distintos

servicios y seguimiento de los egresados en la comunidad con medicación garantizada, historia clínica con evolución y medidas terapéuticas empleadas, junto al control estadístico de sus diagnósticos y de las principales variables epidemiológicas y sociodemográficas; la sectorización garantizó estos avances.¹⁹

En 1974 se trazaron los lineamientos de perspectiva y desarrollo de la salud mental en la provincia Camagüey, pionera del programa comunitario de salud mental en el país, así se actuó en diferentes niveles de prevención sobre la base de seis principios:¹⁹

- Equipo interdisciplinario.
- Sectorización.
- Psiquiatría en la comunidad.
- Empleo de las técnicas grupales de tratamiento.
- Integración con el Equipo de la Atención Primaria de Salud.
- Subordinación del hospital al área.

Los pacientes egresados del hospital eran seguidos en la comunidad por el ESM de su área de residencia, con medicación garantizada, historia clínica, con evolución y medidas terapéuticas empleadas, junto al control estadístico de sus diagnósticos y de las principales variables epidemiológicas y sociodemográficas; la sectorización garantizó estos avances.¹⁹

Tras la Declaración de Camagüey en 1996 se produjo un salto cualitativo en la atención a la salud mental, el redimensionamiento del Hospital Psiquiátrico, con la reducción de las camas de hospitalización; se incorporaron los pacientes psicóticos a los talleres de rehabilitación; otros fueron incorporados como trabajadores normales a los centros de trabajo. El 100 % de la población tiene acceso a los ESM. Los CCSM se encuentran acreditados en su mayoría, funcionan en red enlazados con el Hospital Psiquiátrico y los consultorios de la atención primaria.

La Red Comunitaria de Salud Mental de Camagüey en su estructura consta de los siguientes elementos: un hospital psiquiátrico provincial sectorizado, dos salas de corta estadía, una Unidad de Intervención en Crisis (UIC), un servicio de deshabitación de alcoholismo y otras drogas en crisis, un servicio de rehabilitación sectorizado, un hospital de día de neuróticos y psicóticos, así como el servicio de urgencias que funciona las 24 h del día.

En estrecha relación con la ATS atiende los CCSM, cuenta con una clínica del estrés, un servicio de medicina natural y tradicional, clínica del litio, así como un gabinete docente de salud mental familiar y psicoterapia, que compartido con el ESM Infantojuvenil radica en el Policlínico Provincial de Especialidades Pediátricas, un servicio de psiquiatría infantojuvenil en el Hospital Pediátrico Provincial y en el Hospital Militar Clínicoquirúrgico Docente Territorial, una UIC en el Hospital Municipal del municipio Nuevitas y de enlace en los hospitales clínicoquirúrgicos provinciales. Tanto en la docencia de pregrado como posgrado los programas fueron ajustados a un perfil comunitario de formación.

Entre los programas fundamentales que se llevan a cabo en los CCSM de la provincia Camagüey se encuentran:

– *Programa de prevención y control de la conducta alcohólica*: se han identificado los grupos vulnerables, de riesgo y los enfermos, los cuales tienen tratamiento en la fase aguda, rehabilitación y seguimiento. La provincia cuenta con 16 grupos de ayuda mutua (GAM) para alcohólicos.

– *Programa de droga*: se identificó la población de riesgo; los enfermos representan 0,44 % y se encuentran en tratamiento 98,4 %.

Se trabaja en el fortalecimiento de la dispensarización del llamado riesgo relevante (riesgo dentro del riesgo) y el enfermo, a través de la pesquisa activa que se realiza de conjunto con y en la comunidad.

– *Línea confidencial antidroga*: servicio confidencial de atención a la población vía telefónica, se trabaja con la estrategia de comunicación.

– *Programa de Rehabilitación Comunitaria (PRC)*: todos los pacientes esquizofrénicos se encuentran dispensarizados, ya el 96,08 % se ha incorporado al programa y el 100 % recibe seguimiento por la especialidad.

Las investigaciones más importantes que se desarrollan en la provincia están relacionadas con:

– Psicoterapia de actitudes

- Alcoholismo
- Suicidio
- Desinstitucionalización

– Rehabilitación comunitaria

- Rorschach

La comunidad tiene una participación activa en la determinación de sus necesidades sentidas, ella misma prioriza las acciones de salud más importantes y utiliza los recursos necesarios de todos los sectores involucrados. Se desarrollan también en los CCSM los servicios de Consejería Cara a Cara, primera ayuda psicológica y escuela de la familia por personal altamente calificado.

ESTRATEGIAS DE SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES

Al paso de los huracanes por la provincia se elaboraron diferentes estrategias de intervención.

Para el Huracán Ike, se revisaron y propusieron acciones a realizar por los CCSM, consejos populares y áreas de salud del territorio de Camagüey; se realizó el diagnóstico de salud mental actualizado en situaciones de desastre para evaluar las

necesidades emocionales y otras afecciones de tipo psicosocial por los CCSM y las medidas a desarrollar, para ello se establecieron estrategias individuales de intervención por cada territorio en función de sus afectaciones.

Se garantizó diariamente un personal especializado (psicólogos, psiquiatras y máster en psiquiatría social), con entrenamiento en primera ayuda psicológica en cada CCSM y en cada policlínico, de manera que se ofertó este servicio a todos aquellos que lo requirieron. Se atendieron de forma permanente, mediante atención especializada en salud mental todos los centros de evacuación y las comunidades más afectadas. Se buscaron once medicamentos homeopáticos para su uso en situaciones de desastre.

Los territorios identificados con mayores afectaciones por el desastre fueron: Guáimaro, Vertientes, Florida, Sibanicú, Najasa y Nuevitas.

Al paso del Huracán Paloma se realizó una intervención en el municipio de Santa Cruz del Sur que fue el más afectado.

Se constituyeron dos equipos de trabajo para la atención a la salud mental y sus posibles afectaciones en los damnificados por el huracán; uno de los equipos encargado de la atención en la Universidad de Camagüey al personal evacuado allí, y el otro para la atención de la población en el municipio propiamente dicho. Este último equipo integrado por 23 trabajadores de salud mental del municipio Camagüey.

A partir de un análisis preliminar de la situación de salud en la zona del desastre se pudo conocer que los Consejos Populares Sur (específicamente La Playa), Jacinto González y Cándido González eran las zonas de mayor afectación por el huracán; por lo que el equipo intencionó su intervención psicoterapéutica hacia esas tres zonas.

Las acciones del ESM estuvieron encaminadas fundamentalmente a:

- Identificación de la situación de salud mental.
- Identificación de necesidades sentidas.
- Acciones de promoción de salud y prevención de trastornos.
- Asesoría a líderes comunitarios y al ESM.
- Coordinación intra y extrasectorial de acciones que permitieran minimizar los daños.

Además, se efectuaron acciones de intervención psicoterapéutica propiamente dichas, las cuales se realizaron casa por casa, utilizando entre otros, recursos tales como rapport, empatía, apoyo e inspiración para la población en general, y técnicas más específicas para cada caso con síntomas identificados.

CONCLUSIONES

La psiquiatría comunitaria se erige como el nuevo paradigma de la psiquiatría en Cuba, basada en el modelo de atención comunitaria de salud mental, un modelo de organización de los servicios de salud mental más avanzado y que se materializa en los CCSM.

Los factores que han contribuido al desarrollo de la psiquiatría comunitaria son voluntad política del Estado cubano al considerar a la salud pública una conquista irrenunciable de la Revolución y la APS como eje central del Sistema Nacional de Salud, un sólido sistema de organización de los servicios de salud.

El sistema de salud cubano, universal, gratuito y al alcance de todos los ciudadanos sin distinción de raza, procedencia social y religión, se ha conformado y desarrollado a partir de un concepto social de la salud que en el momento actual es preciso decir que va más allá de la ausencia de enfermedad, que rebasa los límites del individuo y que abarca su relación e interacción con el medio donde este se desarrolla; además del financiamiento de la salud a través del presupuesto estatal, y de la función fundamental que desempeñan las organizaciones de masa en las acciones de salud mental en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. p. 2.
2. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(4/5):229.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: OPS; 2003. p. 3.
4. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: WHO; 2005. p. 5.
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental. Documento presentado en la 43ª Reunión del Consejo Directivo. Washington, D.C.: OPS; 2001. (Documento CD43/15):3.
6. Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. 2004. Disponible en: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/visit.php?cid=2&lid=292>
7. Saraceno B. Libertando identidades. Río de Janeiro: Te Corá; 1999. p. 15.
8. Barrientos G. Alternativas de la Psiquiatría. Ponencia Central. Encuentro Nacional de Reorientación de la Psiquiatría. La Habana: MINSAP; 1997. p. 3 -4
9. Sánchez Martínez F, Barrientos del Llanio G. Psiquiatría Social y Comunitaria. Santo Domingo: Búho; 2000. p. 103-5.
10. Barrientos de Llano G, Castro-López Guinart H. Tendencias actuales en Psiquiatría. Experiencia cubana. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1989. p. 86.
11. Carta de La Habana. En: Memorias. Taller Internacional Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria. Roma: Cooperaciones Italianas; 1997. p.181-3.

12. Peña Galbán Liuba Y, González Hidalgo T, Mena Fernández M, Adán Mena ER. Fundamentación Científica de la Psiquiatría Cubana Actual. Rev Hum Med [Internet]. 2007 Ago [citado 28 Abr 2013]; 7(2). Dponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Guevara de la Serna E. Escritos y discursos. Vol. 2. La Habana: Editora Política; 1977. p. 80-1.
14. León González M. La atención comunitaria en salud mental. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; (5): 3-4.
15. Aldereguía J. Sanología y salud mental. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana. 2004; 1(2-3).
16. Arteaga F. Frases geniales de José Martí. Las Tunas: Sanlope Publicigraf; 1994. p. 11.
17. PNUD. Proyecto NAC3-05/SA PDHL/Cuba. 2008. [citado 24 Abr 2013]. Disponible en: http://www.undp.org.cu/pdhl/nac03_sa.pdf
18. Jiménez Hernández B, Arias Cabeza A, Fernández López O. La reorientación de la Salud Mental hacia la Atención Primaria en la Provincia de Cienfuegos. Departamento de Salud Mental de la Provincia de Cienfuegos. 2002. [citado 24 Abr 2013]. Disponible en: http://www.exclusion.net/images/05pdf/31_nogge_cienfuegos.pdf
19. Clavijo Portieles A, Balseiro Estévez J, Carmenates Riera N. Salud Mental Comunitaria y Reorientación de la Psiquiatría en Camagüey. En: Enfoques para un debate en salud mental. Roma: Cooperaciones Italianas; 2001. p. 149-58.

Recibido: 16 de octubre de 2013.

Aprobado: 22 de noviembre de 2013.

Liuba Y. Peña Galbán. Hospital "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Camagüey, Cuba. Correo electrónico: lpena@finlay.cmw.sld.cu