



Anales de la Facultad de Medicina

ISSN: 1025-5583

anales@unmsm.edu.pe

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Perú

Kendall Folmer, Rommy; Matos, Luis J.; Cabra, Miriam
Salud mental en el Perú, luego de la violencia política. Intervenciones itinerantes
Anales de la Facultad de Medicina, vol. 67, núm. 2, 2006, pp. 184-190
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37967212>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Artículos Especiales

Salud mental en el Perú, luego de la violencia política. Intervenciones itinerantes

Rommy Kendall ¹, Luis J. Matos ¹, Miriam Cabra ¹

*Debemos ser el cambio que queremos en el mundo.
Mahatma Gandhi*

Resumen

Las actuales políticas de salud, con un rostro más participativo, inclusivo y equitativo, han logrado establecer a la salud mental como una de las prioridades sanitarias a nivel nacional. La violencia política, presente durante veinte años en nuestro país, ha tenido un alto costo social, económico, moral y de salud; su impacto se evidencia hoy, no solo en la generación que afrontó el conflicto armado, sino también en las generaciones siguientes. Sentimientos de desconfianza, temor y desesperanza se imbrican con los proyectos de desarrollo y generación de capital social en las poblaciones rurales, mermando su bienestar y productividad. La determinación en las decisiones tomadas a nivel global, por la Organización Mundial de la Salud, y nacional, por el Ministerio de Salud, sobre la importancia y trabajo en el tema de salud mental, han generado acciones dirigidas a brindar capacitación al personal de salud de las localidades afectadas, como también atención y seguimiento a las personas afectadas por el conflicto armado. Como producto de ello se presenta los alcances de la experiencia de intervención que viene realizando el equipo técnico itinerante de salud mental del Instituto Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, en tres departamentos del interior del país.

Palabras clave

Salud mental; Perú, salud mental; violencia; política de salud.

Mental health in Peru after political violence. Itinerant interventions

Abstract

Mental health has evolved as a main sanitary goal at national level because of the more participative, inclusive and equitable rostrum of current health politics. Political violence, present during the last twenty years in our country, has had high social, economical, moral and health costs. Today's impact is evidenced not only by the generation that lived the armed conflict, but also by the following generations. Feelings of distrust, fear and hopelessness are interlaced with the projects of development and generation of social capital in rural populations, decreasing their well-being and productivity. The international and national decision taken by the World Health Organization and the Peruvian Ministry of Health on the importance and intervention on mental health has generated actions addressed to enabling health workers of affected

regions, as well as offering care and follow-up to people affected by the armed conflict. Results of our experience as the Peruvian Ministry of Health's National Institute of Mental Health itinerant technical team on three Peruvian departments and our ongoing intervention are described in this article.

Key words: *Mental health; Peru, mental health; violence; health policy.*

Los países de América Latina y el Caribe comparten, en su pasado y presente, violencia y sufrimiento social. En un incesante ritmo, gobiernos de turno generan, toleran o enfrentan la violencia, pareciendo que el aprendizaje entre pueblos es un proceso aún muy lento en la región. Sin embargo, el avance en nuestros procesos de reparación, memoria histórica y cultura de paz, continúa siendo posible a través del diálogo

¹ Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). Ministerio de Salud. Lima, Perú.

go con países vecinos afectados por la violencia interna; compartiendo experiencias, replicando estrategias y obviando caminos de inversión y esperanza estériles. Estas acciones, sumadas a las que miles de mujeres y hombres solidarios mantienen, pueden lograr objetivos y legitimidad mayores, con políticas de salud sensibles y sintónicas con la realidad diversa del país, promoviendo equidad y justicia social, desde la atención primaria en salud. Este planteamiento se basa en el concepto de que los países pueden aprender mediante un proceso de tanteo, como también de un compartir experiencias entre ellos mismos ⁽¹⁾.

Una política de salud mental acorde con nuestra historia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una política de salud mental explícita es una herramienta esencial y poderosa dentro de cualquier ministerio de salud en el mundo ⁽²⁾. Sin embargo, también reconoce que, a pesar de su importancia, hasta el 2004, 37,9% de países del mundo no tenía una política de salud mental y 30,4% no tenía un programa ⁽³⁾.

En enero de 2002, una Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS, reconoce que “los problemas de salud mental revisten gran importancia para todas las sociedades y todos los grupos de edad...; causan sufrimiento humano y discapacidad, aumentan el riesgo de exclusión social, incrementan la mortalidad y tienen enormes costos económicos y sociales”. Por otra parte, también subrayan “la necesidad de aumentar la notoriedad de la salud mental y sensibilizar al público y a los profesionales acerca de la carga real de los trastornos mentales” ⁽⁴⁾, recomendando respaldar la aplicación de programas destinados a reparar los daños psicológicos causados por las guerras, los conflictos y los desastres naturales como una prioridad.

La elaboración tanto de programas, planes, como políticas en salud mental, requiere un conocimiento cercano de las necesidades de la población. En el caso de Perú, tenemos distintos escenarios, con características marcadamente disímiles en el aspecto social, económico, religioso, cultural, y con un pasado de violencia política vivido de diferente magnitud geográficamente, como fueron el terrorismo y el conflicto armado que este provocó. Este mosaico, plural en necesidades, ha demandado al Ministerio de Salud conocer, estudiar, participar, idear y finalmente desarrollar acciones que tengan impacto en el futuro de un modo sostenible.

En el año 2004, se comenzó a visualizar la intención y decisión política de desarrollar el tema de salud mental en el Perú, en su verdadera dimensión; intervenciones objetivas y cambios en las prioridades de la agenda interna de salud hicieron posible la publicación de los Lineamientos para la Acción en Salud Mental, establecimiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (ESNSMyCP) y Plan General 2005 – 2010; y, finalmente, en el 2006, la creación de la Dirección Ejecutiva de Salud Mental, como una instancia gubernamental rectora para velar por la atención integral en los servicios de salud de todo el país.

La creación de la ESNSMyCP en nuestro país es una herramienta política de cambio; es también una respuesta solidaria y coherente a la urgente demanda de acciones en promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud mental en el Perú. El actual abordaje de promoción de la salud considera enfoques transversales de equidad en derechos en salud, equidad de género e interculturalidad ⁽⁵⁾, permitiendo que poblaciones más alejadas o vulnerables del país tengan igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud mental a través del acceso a una atención en

salud adecuada; considerando las diferencias de género y el impacto diferencial que tuvo la violencia política sobre las mujeres, las cuales son las que “generalmente inician los procesos de búsqueda y denuncia, reclaman por sus desaparecidos, gestionan la libertad de sus presos o el entierro de sus muertos, reclaman verdad sobre todo lo sucedido y justicia para sus familiares” (6). Finalmente, respetando su libertad cultural, la cual es un derecho a apreciar su identidad y vivir sin perder el acceso a otras opciones que les resultan importantes (7).

La ESNSMyCP y el Plan General 2005 - 2010 buscan no solo dar respuesta a la demanda de atención en salud mental, sino desestigmatizar la percepción de los trastornos mentales, difundir la importancia de la salud mental y el grado de influencia de ésta en el desarrollo nacional. Sus seis objetivos contemplan: 1) Asumir el rol rector del Ministerio de Salud en la elaboración y conducción de las políticas, planes y estrategias de Salud Mental en el país; 2) Posicionar a la salud mental como un derecho humano y un componente indispensable para el desarrollo nacional sostenible; 3) Implementar el Modelo de Atención Integral en Salud Mental y Psiquiatría; 4) Fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental; 5) Garantizar el acceso equitativo y uso racional de medicamentos necesarios para la atención psiquiátrica, dentro de una política nacional de medicamentos; y, 6) Desarrollar un Programa de Reparaciones en Salud, para contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, que se reconstituya las redes de soporte social y se fortalezca las posibilidades para el desarrollo personal y social (8). El sexto objetivo, en particular, representa un reto para el personal de los servicios de salud en las zonas afectadas, como para los equipos técnicos itinerantes de salud mental que intervienen en zonas afectadas por

la violencia política y que han sido conformados por el Ministerio de Salud.

Acciones en salud mental y reparaciones

Las secuelas de la violencia política son parte del pasado histórico de la población peruana y latinoamericana. Sin embargo, múltiples factores hacen que este pasado persista de una manera patologizante en la memoria de los pueblos que la padecieron; como una secuela social e individual, la desconfianza persiste en el interior de las comunidades, la inseguridad de ser protegidos por el Estado y la desconfianza entre vecinos son nocivas para su bienestar y el desarrollo de su capital social. Aún hoy, pobladoras y pobladores de zonas afectadas en el interior del Perú identifican a sus vecinos como aliados o colaboradores de acciones terroristas pasadas o represión cruenta, albergando sentimientos negativos, como el temor, rencor o venganza. Las víctimas denuncian impotentes la libertad impune de perpetradores que conviven en sus pueblos y, en algunos casos, postulan u ostentan un cargo público. El silencio y su búsqueda de justicia ante un débil o inexistente sistema legal local, no hace más que perpetuar su sufrimiento y transmitirlo como un legado ominoso a su siguiente generación. En el 2003, el Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho (9) encontró que, en la población general, entre 14,5% y 41% de las personas experimentaban con mucha frecuencia estados negativos, como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, preocupación o aburrimiento. Otro dato aún más preocupante fue el porcentaje de confianza nula o escasa experimentada hacia líderes de la comunidad o alcaldes (84%), autoridades políticas (93,5%), autoridades policiales y militares (79%) y vecinos (65,5%). Así mismo, 82% y 59% de los encuestados refirieron no sentirse protegidos o poco protegidos por el Estado y su comunidad, respectivamente.

Se ha evidenciado, a través de las intervenciones en salud mental del Ministerio de Salud, que las medidas de reparación que buscan cubrir aspectos prioritariamente materiales no obtienen los resultados esperados en las comunidades. ¿Cómo pueden las medidas materiales lograr reparar la salud mental de las comunidades? ¿Cómo se puede esperar productividad en un grupo social emocionalmente afectado? El reconocimiento social por parte del Estado, veracidad, diálogo participativo, perdón y compensación sensible con el sufrimiento como comunidad, son acciones de mayor impacto en la salud mental colectiva e individual, influyendo directamente en la generación, regeneración o fortalecimiento de redes sociales y su consecuente desarrollo. Caso contrario, estamos probablemente ante beneficiarios que no logran ver lo alcanzado como propio, recibiendo, más no experimentado. satisfacción plena y contemplando, parcialmente con indiferencia, aquellas acciones carentes de articulación con la interpretación histórica de su comunidad rural.

Equipos itinerantes de intervención en salud mental

Dentro del marco del programa de reparaciones para las víctimas de la violencia política (1980-2000), el Ministerio de Salud, en el año 2004, estableció cinco líneas de acción a desarrollar: capacitación, recuperación integral desde la intervención comunitaria, recuperación integral desde la intervención clínica, acceso a la salud, y promoción y prevención. Consideró a Ayacucho, Apurímac, Huanuco, Junín, San Martín y Huancavelica, los departamentos más afectados por el conflicto armado interno.

La intervención del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM) se inició en octubre de 2003, cuando Antonette Carbon, misionera

católica, solicitó apoyo de un psiquiatra para atender a la población de Huamanga, Ayacucho. Posteriormente, se conformó un equipo voluntario, conformado por dos psiquiatras y tres enfermeras del INSM del MINSA y colaboradoras civiles, denominadas 'entusiastas', en coordinación con la Comisión Arquidiocesana de Ayacucho (CASA). Este acto dio inicio a diversas actividades que han sido de gran beneficio para todas las personas que han acudido a recibir atención o la han recibido en su domicilio.

En agosto de 2004, el Ministerio de Salud (MINSA) consideró conveniente la conformación de equipos técnicos itinerantes de salud mental, para intervenir en las zonas afectadas por la violencia política a nivel nacional. Esta medida aseguró una acción de mayor alcance y sostenibilidad en la incorporación de servicios de salud mental en nuestro país. El MINSA solicitó entonces a los tres centros de atención en salud mental más importantes del país -Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Hermilio Valdizán y el INSM-, que conformaran equipos para brindar capacitación en salud mental al personal de salud y atención a la población en los departamentos señalados. La acción del INSM entonces se vio ampliada a tres departamentos: Ayacucho (Huamanga, Huanta, Vinchos Huancapi, Cayara, Huancasancos y Lucanamarca); Huancavelica (Daniel Hernández y Pampas) y la provincia de Andahuaylas, en Apurímac.

Paralelamente, con la política de salud mental vigente, el trabajo del INSM en estas poblaciones definió tres objetivos:

1. Apoyar a la comunidad, organizando actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental.
2. Desarrollar actividades de capacitación en salud mental con diferentes sectores sociales, poniendo especial énfasis en el personal de salud.

3. Promover un trabajo organizado entre las diferentes organizaciones de la comunidad y el Ministerio de Salud.

El trabajo del equipo itinerante en el campo se ha transformado en un aprendizaje social y antropológico; la interacción con personas afectadas por la violencia política ha generado apertura en nuestra percepción y la modificación de nuestra interpretación tradicional, limitada por los criterios aprendidos y utilizados para diagnosticar y contextualizar a la persona con trastornos mentales. Al intervenir, nos percatamos que la percepción del tiempo y el mapa mental de las/os pobladoras/es difieren, en la mayoría de los casos, marcadamente del nuestro. En la descripción del reconocido psicoanalista peruano Max Hernández, "... el pasado está frente a sus ojos y el futuro a sus espaldas, mientras que, si algo caracteriza a la modernidad occidental es mirar al futuro dando las espaldas al pasado" ⁽¹⁰⁾. Aprender a acoger, escuchar y dialogar, antes que informar, preguntar o decidir son cualidades esenciales en los equipos itinerantes de intervención en poblaciones que han sufrido violencia. Estas actitudes se desarrolla a partir de un trabajo sustentado en la solidaridad y colaboración entre colegas y en la expresión genuina de emociones generadas de los encuentros con los pacientes y su entorno.

A través de las actividades de promoción y prevención, los equipos itinerantes están contribuyendo en el cumplimiento de cinco de los nueve Lineamientos para la Acción en Salud Mental ⁽¹¹⁾: Promoción de la salud mental, desarrollo y ejercicio de la ciudadanía; concertación multisectorial de la salud mental; creación de un sistema de información en salud mental; desarrollo de recursos humanos; y, participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de salud mental.

Los equipos itinerantes están conformados por tres profesionales de la salud men-

tal, realizan viajes al interior del país y permanecen cinco días en cada zona. La intervención es mensual y los medicamentos son brindados a la población por el Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud, y también por donaciones de médicos peruanos y extranjeros, perteneciendo la mayoría de ellos a la Asociación Médica Peruana Americana.

Resultados

La atención brindada por el equipo itinerante del INSM en el periodo diciembre 2004 – diciembre 2005, en las poblaciones afectadas por violencia política, en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, fue un total de 1560 personas. Se encontró una mayor demanda de atención en el grupo etario de 26 a 45 años, que corresponde al adulto joven (Figura 1).

En las diferentes poblaciones de la sierra, fueron las mujeres quienes acudieron en mayor proporción a recibir atención (Figura 2).

El diagnóstico más frecuente fue el trastorno depresivo, en su forma episódica y crónica, seguido de trastorno de ansiedad (Figura 3). Dentro del porcentaje con diagnóstico de depresión, predominó el sexo femenino. Las mujeres adultas mayores que acudieron presentaron un perfil frecuente, en el cual confluían la viudez, abandono por parte de sus hijos, pobreza extrema y dolores físicos crónicos.

Finalmente, un 41% de la población que recibió atención, tuvo antecedentes explícitos de violencia política en su historia (Figura 4).

La capacitación al personal de salud se viene realizando en las localidades asignadas dentro de los tres departamentos referidos, habiéndose reconocido la necesidad de primero sensibilizar, posteriormente brin-

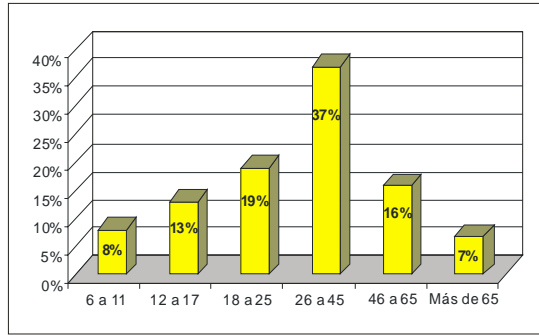


Figura 1. Distribución por grupos de edad.

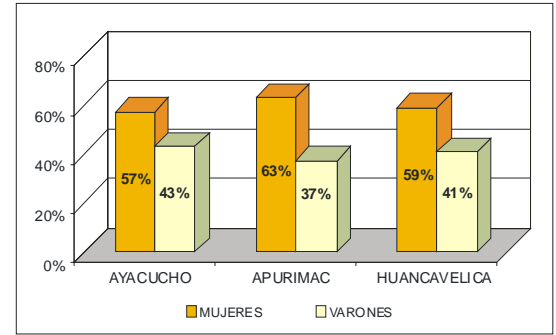


Figura 2. Distribución por sexo.

dar atención y finalmente capacitarlos. Los trabajadores de salud de los distritos más afectados por la violencia política pueden, a través de una mejor salud mental, generar una actitud más positiva en su vida, lo cual influirá directamente en la relación que desarrolle con sus pacientes.

Las actividades de seguimiento y rehabilitación vienen a ser medios de sostenibilidad para la mejora de los pacientes atendidos; el INSM ha fortalecido el Programa de Visitas Domiciliarias, en Huamanga, Huancapi y Cayara de la CASA, que ha alcanzado una cobertura de más de 100 familias. También, intervino en el programa de rehabilitación para pacientes psicóticos en Huamanga (Ayacucho), que continúa funcionando hasta la fecha.

Entre los logros alcanzados por el INSM, podemos señalar:

1. Sensibilización de las autoridades sanitarias y políticas de las zonas intervenidas, sobre la importancia de la Salud Mental.
2. Organización de la sociedad civil, afectada y no afectada por la violencia política, en pro de una vida mental saludable.
3. Reconocimiento de nuevas situaciones patologizantes en el medio social de la población afectada por la violencia política (alcoholismo, pandillaje, violencia doméstica, trastorno de atención, entre otros.)
4. Alianzas estratégicas con sectores involucrados (Ministerio de Educación,

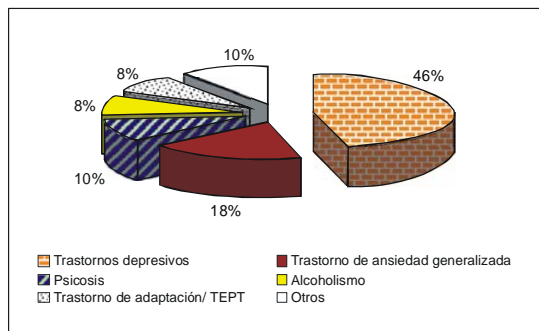


Figura 3. Diagnóstico psiquiátrico.

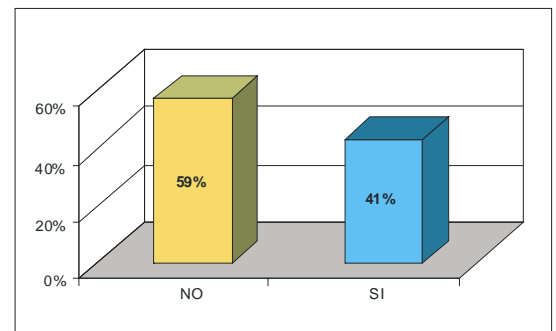


Figura 4. Antecedente de violencia política.

Ministerio de la Mujer, Municipalidades, Iglesia Católica, Iglesia Mormona, Policía Nacional, Asociaciones de Familiares, etc.)

5. Capacitación y participación activa de la comunidad en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de sus pacientes.
6. Rol rector del Ministerio de Salud en el Plan de Reparación recomendado por la Comisión de la Verdad y Reconciliación con víctimas de Violencia Política.

Como conclusión, el presupuesto para salud mental en el año 2004 fue el 2% del presupuesto general del Ministerio de Salud. Para el año 2005, el apoyo recibido a través de la cooperación internacional hizo posible continuar cumpliendo con los objetivos trazados inicialmente y agregar otros. Las actividades en salud mental en nuestro país deben continuar y seguir contando con la decisión política del Estado. La cooperación alcanzada por parte de diferentes organismos nacionales e internacionales, sobretodo durante los dos últimos años, ha hecho posible que los lineamientos y estrategias en salud mental, diseñadas por el Ministerio de Salud, hayan alcanzado el nivel de acción y profundidad requeridas para lograr transformaciones en las áreas de promoción, prevención, atención y rehabilitación. El nivel de importancia que ha alcanzado la salud mental en nuestro país no puede ser nuevamente desalentado ni postergado frente a otros desafíos sanitarios nacionales; es menester no solo aprender de los errores de nuestra historia, sino también a identificar los aciertos, contribuir con el cambio y continuar con la visión de equidad, solidaria y participativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial. Desarrollo y reducción de la pobreza. Mirada retrospectiva y panorama futuro. Washington: Banco Mundial; 2004.
2. World Health Organization, WHO. Mental, health policy, plans and programmes. Mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO; 2004.
3. World Health Organization WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse. Mental health atlas 2005. Mental health: evidence and research. Geneva: WHO; 2005.
4. Organización Mundial de la Salud, OMS. 8ª sesión, Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS. Ginebra. 17 de enero de 2002EB109/SR/8.
5. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos de política de promoción de la salud. Comité Nacional de Promoción de la Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
6. Guillerot J. Gender and Reparations in Peru [monografía en la Internet]. New York: The International Center for Transitional Justice; 2005 [citado el 12 de marzo de 2006]. Disponible en: <http://www.ictj.org/static/Americas/Peru/PeruExecSum.pdf>
7. United Nations Development Programme (PNUD). Informe Sobre Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa; 2004.
8. Ministerio de Salud del Perú. Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz. Plan General. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
9. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho 2003. Anales de Salud Mental. 2004;20(1,2).
10. Hernández M. ¿Es otro el rostro del Perú? Identidad, diversidad y cambio. Lima: Agenda; 2000.
11. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la Acción en Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud; 2004.

Manuscrito recibido el 31 de mayo de 2006 y aceptado para publicación el 28 abril de 2006.

Correspondencia:

*Dra. Rommy Kendall Folmer
Instituto Nacional de Salud Mental
Dirección de Adicciones
Jr. Eloy Espinoza # 705 Urb. Palao
Lima 31, Perú
Correo-e: rommykendall@yahoo.es*