

“La salud mental es más vulnerable y sensible que la salud física”



*Entrevista a **Yuri Cutipé**, Director de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA).*

*Por **Diana Tantaleán C.***

Apostolado de Justicia Social y Ecología

La relación entre violencia física y salud mental es muy estrecha y frágil, según nos lo explica el Dr. Yuri Cutipé, Director de Salud Mental del Ministerio de Salud. Él nos recalca la importancia de trabajar de manera coordinada, desde el Estado, en beneficio de toda la población.

¿Qué se entiende por salud mental?

La salud mental es definida de diferentes maneras, pero el Ministerio de Salud impulsa la definición que plantea la Organización Mundial de la Salud, la cual vincula este concepto al bienestar que está asociado con cuatro capacidades que deberían tener las personas: el darse cuenta de sus capacidades, el poder afrontar las tensiones y demandas de la vida, el poder trabajar de manera fructífera y la capacidad de aportar a la construcción de una comunidad.

Estas características apuntan fundamentalmente a tres dimensiones: la dimensión intrapersonal, la dimensión social, en términos de la interacción entre las personas, y la dimensión comunitaria de construcción para la participación de una vida mejor.

¿Qué relación existe entre la violencia en nuestra sociedad con los problemas de salud mental?

En general, los problemas de salud mental pueden considerarse, a la vez, un producto como un factor determinante de diferentes fenómenos sociales que se presentan en cada comunidad. Es, probablemente, un factor en la reproducción de la violencia, pero también es un espacio de impacto de la propia violencia. Donde hay violencia, obviamente va a dañarse la salud mental de la población en una o todas las capacidades de las que habla la Organización Mundial de la Salud.

Es obvio que, cuando se da una situación de violencia, pueden generarse fenómenos clínicos, dentro de los cuales están los denominados “trastornos o desórdenes” mentales, que están vinculados con el estrés por la situación de violencia, más aún cuando esta se prolonga o es continua.

Después de una emergencia o un desastre, la frecuencia de los trastornos mentales se multiplica por cuatro o cinco en una población. [...] entre más días, semanas o meses una persona o familia no tenga agua, alimento, o no se le repare la casa, la probabilidad de tener más trastornos mentales es mayor...

Un ejemplo es el caso de los ciudadanos venezolanos: la propia migración es una situación de violencia social que obviamente impacta en su salud mental. De no haber estado en esa situación, probablemente existirían algunos casos de trastorno depresivo severo o de ansiedad tipo obsesivo-compulsivo, inclusive cuadros psicóticos; pero, bajo el efecto de la violencia propia de la migración, esos casos se van a multiplicar, en tres o cuatro veces más.

A su vez, la pérdida de la salud mental también es un factor que puede contribuir al reforzamiento de la violencia. Muchos estudios han demostrado que, en el caso de una mujer que es víctima de violencia, y más aún si es sistemática, la probabilidad de tener un trastorno mental, o ideas de suicidio, es mucho mayor que en las mujeres que no son víctimas. Además, por tener este desorden mental, sus posibilidades de búsqueda de ayuda para hacer un alto a la espiral de violencia van a ser mucho menores mientras no recupere su salud mental. Si se le ayuda a que la recupere, o se la protege, va a permitir que no se repliquen los patrones de interacción violenta en los hijos, de modo que sea un factor de corte de la transmisión intergeneracional de la violencia.

¿Cómo acompaña el Ministerio de Salud esta realidad?, ¿qué acciones

realiza el Estado?

Para atender la tarea recuperativa de las víctimas, inclusive con una visión preventiva, es importante que el Estado pueda tener un sistema sanitario que trabaje conjuntamente con los otros sectores, y que sea suficiente para la atención de la población.

En ese sentido, el sistema sanitario peruano no tuvo el desarrollo necesario desde los años 80 o 90, cuando en el mundo se comenzó a dar mayor importancia a este componente de los servicios de salud.

Entonces, con todo el retraso que implicó, con la presión de la población que fue víctima de la violencia política, los problemas sociales emergentes a partir del mejoramiento económico, pero también de la postergación de las poblaciones que no tienen oportunidades y viven en la pobreza, y de todos estos fenómenos violentos, es que la sociedad peruana exige cumplir con sus responsabilidades al Estado Peruano.

Producto de esto, en el año 2012, el Congreso de la República aprobó una modificatoria de la Ley General de Salud que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, y ordena que el Ejecutivo implemente un modelo de atención basado en la comunidad, que implique la construcción de la salud mental a partir de las cuatro capacidades mencionadas, y para lo cual hay que poner servicios en la propia comunidad.

En el año 2015 se aprobó el reglamento y dio paso a la aprobación del programa presupuestal. Por primera vez el Ministerio de Salud tenía una línea de financiamiento exclusiva para salud mental, que es el Programa Presupuestal 131 de Control y Prevención en Salud Mental, así lo denomina el MEF. Esto dio paso para que la ley sea efectiva y poner los primeros servicios en la comunidad.

Pusimos 23 centros de salud mental en cinco regiones del país. En 2017 llegamos a 34 centros, y en el 2018 a 106 centros.

También en el 2018 se aprobó un Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria, que establece las metas nacionales hacia el 2021, y los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. El primer lineamiento establece, por primera vez en un documento, la salud mental como prioridad sanitaria nacional. Así tenemos todas las herramientas que permiten un desarrollo

formal y permanente, pues el Estado lo ha asumido como una responsabilidad, y debe responder ante la sociedad para que esto se cumpla según como se ha planificado.



Existe una gran demanda de la población por servicios de salud mental, es por ello que el Estado lo ha denominado una prioridad sanitaria nacional.

¿Existe algún plan que trabaje en conjunto la salud mental con otros sectores?

Es que es una obligación, no podemos no hacerlo porque la ley de prevención de violencia contra las mujeres, u otros miembros del grupo familiar, así lo exige. El plan conjunto aprobado el año pasado por el Ejecutivo incluye a todos los sectores, eso es parte de la característica del trabajo de prevención, la salud no puede trabajar solo por su lado, tiene que trabajarse de manera conjunta.

Esto está establecido por ley, pero su implementación no es al 100% porque mucho depende de los recursos y del monitoreo que se haga por las propias autoridades para que esto se cumpla así.

¿Cuál es el porcentaje de la población que sufre problemas mentales en el

país?

Se calcula que, en el Perú, por los estudios hechos por el Instituto Nacional de Salud Mental, cada año estaría afectada el 21% de la población, no solamente adulta sino también de niños, niñas y adolescentes. Esto es prácticamente lo mismo en otros países de la región.

Muchas veces se dice que primero se debe hacer prevención, pero no se puede hacer prevención y sin recuperación; es como decir que, en una familia, me ocupo de la educación de los hijos sanos, pero a los que no están sanos no le doy educación. No es así, tiene que atenderse a toda la población, tanto la que tiene problemas como la que no.

¿Cree que la población está poco educada en el cuidado de la salud mental?

Creo que lo principal, para todo proceso educativo o de socialización, es el interés de las personas a quienes están dirigidos los servicios, y hemos encontrado mucho interés en la población. A veces, desde Lima, somos prejuiciosos, más aún los profesionales de la salud mental, pero donde ponemos uno de estos servicios, se satura inmediatamente; y hay mucho interés de las autoridades.

Le cito un ejemplo: en Ayacucho, hasta hace cinco años, las autoridades de la zona peleaban porque se implemente un hospital psiquiátrico. Pero desde hace cinco años, cuando vieron el primer centro de salud mental que instalamos en Vista Alegre, Huamanga, no han vuelto a solicitarlo. Ahora tenemos centros de salud mental en Cangallo, Huanta y San Francisco. Todos los alcaldes quieren tener un centro porque ven cómo realmente hay una ayuda efectiva.

Tocando justamente la realidad que menciona en las regiones, ¿dónde existe mayor demanda en salud mental?

En todas partes del Perú, la demanda es en todos lados. Esto es porque la salud mental es muy vulnerable, más vulnerable y sensible que la salud física. Los seres humanos tenemos mayor resistencia para mantener nuestras fortalezas físicas, pero mucho menos para nuestras fortalezas mentales, porque depende mucho del contexto, de lo que pase la persona en sus relaciones, y de las relaciones con las propias instituciones.

Todos sabemos que, después de una emergencia o un desastre, la frecuencia de los trastornos mentales se multiplica por cuatro o cinco en una población. Ya

ocurrido el desastre, ¿qué es lo preventivo en salud mental?, que el Estado llegue, lo antes posible, y le reponga las condiciones a los afectados inmediatamente. Entre más se tarde esa respuesta efectiva, entre más días, semanas o meses una persona o familia no tenga agua, alimento, o no se le repare la casa, la probabilidad de tener más trastornos mentales es mayor porque el bienestar mental tiene que ver mucho con ese contexto, por eso es tan vulnerable.

¿Cómo han acompañado a las víctimas de la violencia armada?

Antes tratábamos de armar equipos itinerantes y siempre terminábamos por reforzar la “violencia del abandono del Estado” porque el equipo itinerante va, viene y desaparece. Nos dimos cuenta que debíamos poner una oferta permanente, de modo que, si hay que hacer itinerancia por las zonas altamente dispersas, esta sea mucho más intensiva y no sea como el fantasma que aparece y desaparece.

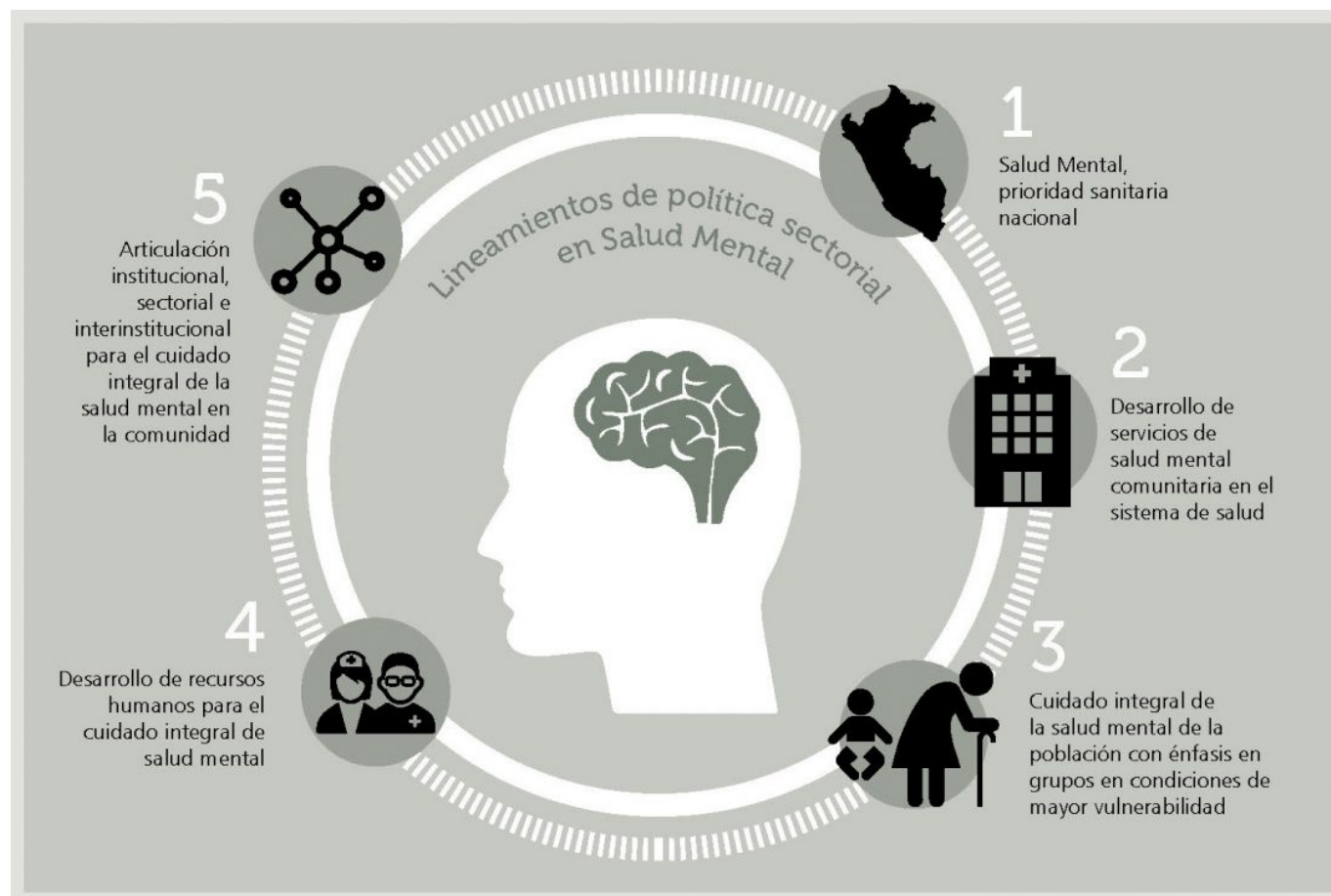
Esto nos ha permitido pensar en programas específicos que se implementan en los servicios, no como antes, que teníamos programas, pero sin servicios de salud mental, en la idea de que íbamos a capacitar a los médicos de los centros de salud y a las enfermeras, y que ellos iban a aplicar esos programas. Hay que incorporarlos para que ayuden en la identificación de casos, o en mantener acciones recuperativas y preventivas, es cierto, pero tiene que haber servicios de salud mental efectivos. En salud mental vemos que la dinámica es muy diferente a la de la salud física.

En la atención de la violencia política, en los lugares donde hemos puesto servicios, las propias asociaciones de víctimas y la propia Defensoría del Pueblo, pueden dar testimonio del impacto que tiene el hacer posible que se cumplan los derechos de salud de las personas afectadas.

Ahora vamos por un tercio de la meta programada para llegar a todo el país, y esperamos que el Perú pueda tener la capacidad financiera para tener los recursos. Ahora tenemos las ideas claras, pero se necesita que los fondos existan y que en las leyes de presupuesto se vea efectivamente que cada año está la posibilidad, de modo que no nos quedemos solo en la lamentación.

El avance ha sido que, por lo menos desde el sector salud, ya se considera a la salud mental una prioridad con respecto al resto de problemas que hay en salud, y que el Estado, a partir de la conciencia de los efectos de la violencia, está

dedicando mayores recursos para impulsar estas respuestas.



Otoño 2019

Yuri Cutipé Cárdenas

Doctor por la Universidad Nacional de San Agustín (Arequipa). Especialidad en Psiquiatría por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y Psiquiatría Pediátrica por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Actual Director de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA). Fue director de Salud Colectiva del Instituto Nacional Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.