

# P REVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y NEUROLÓGICOS<sup>1</sup>

Ramón Florenzano Urzúa<sup>2</sup>

## INTRODUCCION

El desafío planteado por el compromiso de Alma-Ata en relación con el aumento de la cobertura de los servicios de salud abarca los servicios de salud mental, no solo por la elevada prevalencia e impacto de los desórdenes neuropsiquiátricos sino por la importancia cada vez más destacada de los componentes psicosociales en la promoción y recuperación de la salud.

Tanto las declaraciones de las reuniones de los ministros de salud de las Américas (1) como los programas globales de la Organización Mundial de la Salud han enunciado entre sus prioridades la de enfrentar las condiciones neuropsiquiátricas prevalentes; en el Séptimo Programa de Trabajo (1984-1989) de este último organismo se ha formulado un conjunto específico de actividades destinadas a la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos (2).

Las metas, enfoques específicos y actividades de dicho programa, que se presentan resumidas en este artículo, constituirán el marco para la presente revisión.

En un continente en el que se está intentando ampliar la cobertura de los servicios con objeto de alcanzar a los grupos de población menos privilegiados, el desarrollo de tecnologías apropiadas para intervenciones de salud mental en el nivel primario pasa a ser una estrategia prioritaria de los programas de salud mental, en especial después de la Conferencia de Alma-Ata (3). Para ello es necesario tener diagnósticos adecuados acerca de la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y neurológicos. Estos diagnósticos, a su vez, requieren de un sistema de clasificación común, elaborado en forma científica y con niveles de confiabilidad y validez mejores que los utilizados hasta hoy día. En ese sentido, los actuales intentos de revisar la *Clasificación Internacional de Enfermedades* son tan importantes como la revisión de la clasificación de *Desórdenes mentales* (DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Americana (4-7). Distintos grupos (8-10) han elaborado escalas e instrumentos para detectar y diagnosticar este tipo de desórdenes y se ha intentado ligar este proceso de detección con intervenciones simples que pueden ejecutarse en el nivel primario de atención, sea a través de profesionales de

<sup>1</sup> Basado en un documento de trabajo presentado en la Reunión del Grupo Asesor del Programa Regional de Salud Mental (OPS/OMS) celebrada en Panamá en abril de 1985.

<sup>2</sup> Universidad de Chile, Facultad de Medicina, División de Ciencias Médicas. Dirección postal: Avenida Con-dell 285, Casilla 16117, Correo 9, Santiago, Chile.

salud general (11), sea por medio de voluntarios de la comunidad adecuadamente capacitados (10, 12).

## CONDICIONES DE SALUD MENTAL Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Una revisión general de las condiciones de salud en América Latina pone de manifiesto que el retardo mental es uno de los trastornos de mayor prevalencia. Históricamente la psiquiatría ha tratado de desligarse de este tema, transfiriéndolo a la pediatría y neurología (5), si bien en los últimos años se ha intentado revertir esta tendencia, al aumentar el interés por el retardo mental por causas potencialmente prevenibles, como el síndrome alcohólico fetal o el retardo de origen sociocultural.

El suicidio no parece tener en la Región la prevalencia que tiene en Europa. Sin embargo, en los Estados Unidos de América y en los centros urbanos más poblados de América Latina ha llegado a representar una de las causas más importantes de hospitalización en las unidades psiquiátricas de hospitales generales. La información sistemática acerca de este problema, que es indispensable para el diseño de programas eficaces de intervención, es escasa.

Por otro lado, la búsqueda de factores biológicos ("marcadores") genéticos y de riesgo, precursores de determinados cuadros psiquiátricos (13) constituye un área importante de estudio para la prevención de desórdenes mentales y neurológicos; la comparación transcultural de las formas de comienzo de las psicosis funcionales con el enfoque

sugerido por Seguin (14) es otra medida para la detección precoz de estos trastornos.

Todo lo anterior exige el establecimiento de programas adecuados de formación de recursos humanos. Ya en 1979 se señalaba (15) que la formación de los futuros psiquiatras tendía a capacitarlos en la práctica intrahospitalaria e individual de su profesión, lo que en definitiva perpetúa el fenómeno denunciado por Bermann (16) para la Argentina y por Martins (17) para el Brasil del desarrollo de sistemas paralelos de atención: uno privado, de mayor calidad, para estratos urbanos, medios y altos de la población, y otro público, para grupos rurales y marginales, de insuficiente cobertura y capacidad. A este respecto, se ha propuesto un plan de enseñanza de la psiquiatría en las facultades de medicina de América Latina (18) y la Organización Panamericana de la Salud lleva a cabo cursos sobre temas de administración para el personal de salud mental, los cuales son indispensables para la planificación, aplicación y evaluación de programas comunitarios y de atención primaria.

Consideraciones semejantes se pueden hacer con respecto a los trastornos neurológicos más frecuentes y graves. La epilepsia, que por su frecuencia y consecuencias es uno de los principales problemas de salud pública de América Latina, así como los trastornos cerebrovasculares y los desórdenes ligados al envejecimiento, deben enfrentarse sistemáticamente. Los traumatismos del sistema nervioso, tanto centrales como periféricos, originan múltiples problemas que deben ser reconocidos y tratados por personal de salud debidamente adiestrado. Las mismas consideraciones con respecto al sesgo intrahospitalario y puramente clínico que se mencionaron en relación con el personal de servicios psiquiátricos se aplican al de servicios neurológicos.

Por último, en lo que se refiere a la rehabilitación y prevención de la invalidez, es necesario evaluar las limitaciones resultantes tanto de los cuadros psiquiátricos como neurológicos, con el fin de introducir intervenciones que prevengan o reduzcan las incapacidades. Todo lo anterior implica un esfuerzo dirigido a adiestrar al personal de salud en técnicas y programas de rehabilitación, así como a fortalecer los servicios de rehabilitación tanto para pacientes crónicos como para aquellos con secuelas de procesos neurológicos invalidantes.

### Clasificación y epidemiología

Una de las áreas en las que se debe recolectar información es la de frecuencia y distribución de los desórdenes mentales. Para llevar a cabo esta tarea de manera satisfactoria es necesario contar con un sistema de clasificación homogéneo y operativo. Un avance importante en este terreno en la Región ha sido la preparación y puesta en uso de la nueva clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), que ofrece las siguientes ventajas: a) se inscribe dentro de un modelo médico revisado, al utilizar los conceptos de desórdenes múltiples; b) emplea criterios operativos de inclusión y exclusión para realizar cada diagnóstico, basados en psicopatología descriptiva más que en etiologías no demostradas; c) tiene índices muy aceptables de confiabilidad, producto de estudios de campo previos al uso definitivo del sistema de clasificación, y d) utiliza un sistema de clasificación multiaxial, que permite ordenar diferentes aspectos de la realidad del paciente.

Por otra parte, la preocupación por el diagnóstico y la clasificación de los cuadros psiquiátricos en el último decenio ha permitido la realización de estudios de epidemiología psiquiátrica mediante protocolos de encuestas comuni-

tarias que buscan no ya determinar la prevalencia global de desorden psiquiátrico en la población general, sino la de desórdenes específicos (19-21). Se han establecido criterios diagnósticos operacionales para estos cuadros (22), y se han elaborado instrumentos de diagnóstico, como el confeccionado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos para un subconjunto de los cuadros descritos en el sistema de clasificación. Este protocolo, traducido ya al español (23), se ha aplicado en forma piloto en un estudio en Lima, Perú, así como en poblaciones de habla hispana dentro de los Estados Unidos. Los primeros hallazgos de estas investigaciones confirman, por una parte, las cifras de prevalencia global de desórdenes mentales encontradas en estudios previos, pero, por otra, arrojan nueva información y modifican algunas de sus aseveraciones.

Entre 1950 y 1970 se realizaron en América Latina algunos estudios epidemiológicos (24); sin embargo, la metodología seguida en ellos es poco comparable entre sí, ya que en algunos se utilizaron cuestionarios de síntomas psiquiátricos globales, según la tradición anglosajona posterior a la Segunda Guerra Mundial, y en otros se buscaron desórdenes psiquiátricos específicos. Una de las áreas de mayor interés actual será la realización de un estudio de centros múltiples en América Latina mediante un instrumento común; por otro lado, la existencia de instrumentos estandarizados al mismo tiempo en inglés y español permitirá comparar transculturalmente la frecuencia de cuadros que aparezcan en las distintas subregiones así como entre los países de habla hispana e inglesa de la Región de las Américas.

# ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

## Hospitalización y desinstitucionalización

El retorno de la psiquiatría a un modelo médico por una parte, y los nuevos avances teóricos y terapéuticos por la otra, han transformado la atención psiquiátrica que, de su confinamiento en antiguos asilos se ha extendido a unidades especiales en hospitales generales cercanos a la comunidad (25). El tratamiento hospitalario en la comunidad es especialmente importante en zonas rurales y en poblados pequeños, tanto por su mejor calidad humana como porque apresura la reinserción familiar, laboral y comunitaria del paciente. El hospital general se ha beneficiado de este retorno de la psiquiatría a la corriente principal de la medicina, ya que se facilitan los servicios de enlace e interconsultas, así como el manejo de casos psiquiátricos que llegan a las unidades de urgencia (26, 27). La presencia de psiquiatras debidamente capacitados y de enfermeras o trabajadores sociales adiestrados en intervenciones en momentos de crisis permite un diagnóstico precoz de los cuadros que llegan a los servicios de urgencia no como casos neuropsiquiátricos, sino camuflados como accidentes de tránsito y riñas domésticas o callejeras (28, 29).

La desinstitucionalización de los pacientes con desórdenes mentales crónicos es otra área crucial en la organización de los servicios de salud mental. Los grandes hospitales para enfermos

mentales contruidos a fines del siglo pasado siguen existiendo en muchos países y albergan a un gran número de los llamados pacientes crónicos, muchos de ellos con diagnóstico de esquizofrenia, retardo mental, u otras formas de trastornos psiquiátricos. La preocupación por los derechos humanos y los aspectos éticos del cuidado de los pacientes, así como el conocimiento de que la hospitalización prolongada no solo no tiene mayor efectividad terapéutica sino que genera el llamado "síndrome de desintegración social", han hecho que en muchos países se hayan establecido políticas de "desinstitucionalización" de estos pacientes. Para ello se requieren, sin embargo, sistemas activos de rehabilitación dentro del hospital y en la comunidad. Estos sistemas tienen un costo superior al de la hospitalización prolongada (30), pero garantizan una mejor reinserción de los pacientes en la familia y la comunidad.

No obstante, los hospitales para enfermos mentales cumplen una función necesaria, y hoy día es innegable que no pueden suprimirse totalmente. Siempre existe un porcentaje de pacientes que, bien por su falta de aptitudes y destrezas sociales o bien por su conducta peligrosa, nunca podrán funcionar en forma adecuada en la comunidad. Estos hospitales tienen, además, una función como establecimientos de nivel terciario llamados a elaborar programas de rehabilitación y a diagnosticar y tratar casos de complejidad especial (31-33).

La coordinación entre los hospitales generales con servicios psiquiátricos y los hospitales mentales especializados debe planificarse cuidadosamente para evitar la duplicación de servicios o, lo que es peor, la competencia de ambos niveles por fondos que son escasos, o por orientaciones del adiestramiento de recursos humanos también escasos. La consideración prioritaria del nivel primario

de atención permite ordenar políticas y fijar criterios de coordinación.

## Sistemas de servicios

Los cambios descritos han llevado a distintas formas de organización de los servicios de salud mental en el nivel primario, a saber:

□ Sistemas de centros de salud mental comunitarios. Estos servicios se han establecido sobre todo en los Estados Unidos, con apoyo financiero del gobierno federal, estatal y municipal, así como por medio de reembolsos directos de los seguros, la seguridad social o los usuarios mismos. El número de centros de salud mental comunitarios ha aumentado en forma continua desde el decenio de 1960 hasta la fecha, y este aumento se relaciona directamente con el decremento en el número de hospitales mentales. Sin embargo, estos centros tienen un costo elevado, escasa inserción local real y poca vinculación con médicos y psiquiatras.

□ Sistemas de atención primaria de salud mental dentro de los servicios de salud general. Este esquema se ha aplicado, en especial, en países como el Canadá y Chile, que contaban con un servicio nacional de salud. Su política se ha centrado en planes de capacitación y perfeccionamiento continuos del personal de salud general en materia de salud mental, así como en el mantenimiento de los recursos especializados en los niveles terciario (hospital mental) o secundario (hospital general) quedando en el nivel primario solo los consultores y capacitadores. Estos sistemas tienen la ventaja de que no requieren infraestructura, pues utilizan los consultorios de salud ya existentes, y su costo es menor. Sin embargo, presentan la desventaja de que el personal de salud general, muchas veces ya recargado con múltiples tareas, no desea asumir nuevas funciones; por otro lado,

es difícil coordinar en los diferentes niveles el envío de pacientes.

□ Una tercera modalidad en el nivel primario que se ha establecido en algunos países de América Latina ha sido la de capacitar a miembros voluntarios de la comunidad para atender los problemas de salud mental que surjan en ella, o bien, a través de intentos más ambiciosos de organización comunitaria, resolver problemas de saneamiento ambiental, hacinamiento, desempleo, etc., que inciden en el bajo nivel de salud.

Entre 1975 y 1982 la Organización Mundial de la Salud elaboró un estudio en colaboración acerca de las estrategias para extender los servicios de salud mental en siete áreas del mundo, dos de ellas en América Latina, mediante un programa de integración de servicios simples de salud mental dentro del sistema de atención primaria de salud. Publicaciones recientes sobre este proyecto (34-38) demuestran que los estudios de esta índole promueven el desarrollo de servicios y generan instrumentos de investigación simples y de aplicación transcultural.

## Adiestramiento de recursos humanos

El adiestramiento de recursos humanos en salud mental debe plantearse en diferentes niveles, de manera que el personal de salud general reciba el grueso de su formación psiquiátrica en el pregrado, con cursos que realmente lo capaciten para destrezas diagnósticas y de intervención simples. Un exceso de información sobre los cuadros psiquiátricos de mayor gravedad, la sutileza diagnóstica y la psicopatología más compleja no solo no prepara sino que predispone en contra de la intervención personal en el

manejo de los problemas. La formación de recursos humanos especializados debe, por otra parte, orientar su enfoque desde el de psiquiatría de hospital mental hacia el de hospital y consultorios generales, así como hacia actividades comunitarias. Dada la carencia de recursos especializados en los países de América Latina sería conveniente que psiquiatras, psicólogos y otros especialistas de salud mental dedicaran gran parte de su tiempo a adiestrar y asesorar al equipo de salud general y a otros miembros de la comunidad en actividades de salud mental.

## **P**REVENCIÓN **Y TRATAMIENTO** **DE CUADROS ESPECÍFICOS**

### **Suicidio**

El suicidio representa el modo más directo de expresión de desorden mental en los índices de mortalidad. Los accidentes y la violencia son la primera causa de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes, y la conducta suicida, ya sea abierta u oculta bajo conductas semi-destructivas (accidentes de tránsito, abuso de alcohol y drogas), constituye un porcentaje apreciable de esta mortalidad.

Los estudios epidemiológicos sobre este tema son más frecuentes en la literatura anglosajona de América del Norte (39, 40) que en la latina. En todo caso, los datos concuerdan al señalar que los diagnósticos más comunes entre los suicidas son la esquizofrenia, el abuso de alcohol y los cuadros depresivos. El grupo de mayor riesgo lo constituyen los hombres de mediana edad, con problemas graves de salud, familiares o ambos. Los

gestos suicidas son más frecuentes en el sexo femenino y, dentro de este, en los casos de histeria (41).

En diferentes centros urbanos de los Estados Unidos se han organizado unidades de prevención del suicidio por medio de sistemas de asistencia telefónica continua o de otras modalidades, aunque la eficacia de estos centros ha sido puesta en duda por algunos autores (42). Donde es esencial tener sistemas organizados de prevención del suicidio es en el ambiente hospitalario, el cual, por su naturaleza, concentra grupos expuestos a riesgo (43). También se ha discutido la función protectora o desencadenante de la familia en relación con el acto suicida (44). La detección de personas en riesgo de adoptar conductas suicidas (lo que implica el diagnóstico de algunos cuadros psiquiátricos ya mencionados) pasa, pues, a ser una prioridad en el adiestramiento del personal tanto de servicios de salud mental como de salud general. Debieran así organizarse seminarios sobre factores de riesgo, toxicología clínica y tratamiento de pacientes con historia de conductas suicidas previas, o con gestos o ideas suicidas actuales.

### **Cuadros ansiosos, psicossomáticos y depresivos**

Dentro de los cuadros clínicos en los que se ha avanzado tanto en aspectos conceptuales como en cuanto a tecnologías diagnósticas más específicas cabe mencionar los cuadros ansiosos, psicossomáticos y depresivos. Los primeros, delimitados por Freud a fines del siglo pasado como una entidad nosológica independiente de la neurastenia, se han re-clasificado en el último decenio separándose los desórdenes de pánico de los fenómenos de angustia anticipatoria y de los cuadros de ansiedad crónica. Los últimos hallazgos de la psicofarmacología al lograr aislar receptores específicos para

benzodiazepinas en el cerebro, o encontrar modelos animales que separan las distintas formas de angustia (45) descubren nuevas posibilidades terapéuticas y preventivas (46, 47). Los trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos son de alta prevalencia y de interés conceptual. Ya en los escritos clásicos de Alexander y sus seguidores se señaló que los pacientes de este tipo tenían ciertas dificultades en la expresión verbal y simbólica, que luego sistematizó Sifneos en su concepto de "alexitimia"; este concepto puede explorarse con métodos cuantitativos como los descritos por Von Rad y Lolas (48) y abre nuevas posibilidades terapéuticas específicas como las revisadas por Taylor (49). Los cuadros depresivos son un tercer grupo de síndromes frecuentes que se han reclasificado recientemente. Los estados depresivos, o depresiones mayores, tienen una base biológica cada vez más evidente (pruebas de supresión de dexametasona, de hormona liberadora de tirotrópina (TRH) o la prueba de clonidina), y la psicofarmacología ha realizado a este respecto avances terapéuticos espectaculares.

## Retardo mental

Durante mucho tiempo los profesionales de la salud mental prestaron poca atención al retardo mental, a pesar de su prevalencia y de los elevados costos de su tratamiento. Sin embargo, hace poco se ha comenzado a revertir esta tendencia, en especial por intervenciones que promueven la desinstitucionalización de aquellos casos que pueden mantenerse en la comunidad y, de preferencia, en sus hogares (50, 51), o que se pueden incorporar a una vida social y laboral satisfactoria a través de una planificación sistemática (52).

La prevención del retardo mental se liga a los programas de prevención de accidentes y traumatismos peri-

natales e infantiles, así como a los que previenen y tratan el alcoholismo materno. Se ha observado que el síndrome alcohólico fetal es especialmente frecuente en niños retrasados mentales de diferentes lugares de las Américas. Entre las causas metabólicas prevenibles mediante programas de detección precoz con pruebas bioquímicas, las más frecuentes son el hipotiroidismo congénito (un caso en 5 000 nacimientos) y la fenilcetonuria (uno en 12 000), seguidas de la histidinemia (uno en 17 000), galactosemia (uno en 44 000) y homocistinuria (uno en 218 000) (53).

Por otro lado, se han elaborado métodos e instrumentos de selección para medir las destrezas conductuales y auditivas de retrasados mentales (54), los que pueden ser utilizados por trabajadores no profesionales. La estimulación psicosensorial es otra área que ha aportado importantes posibilidades de ayuda a niños marginados, y que junto con los planes de nutrición infantil adecuados representan también enfoques preventivos y de intervención temprana.

## Desórdenes neurológicos

Se ha estimado que la prevalencia de los desórdenes convulsivos en América Central y América del Sur es superior al 2%; no obstante, solo una fracción de los epilépticos se diagnostica correctamente. En la actualidad se llevan a cabo algunos estudios patrocinados por la Organización Panamericana de la Salud para determinar la epidemiología de estos desórdenes en forma más exacta.

El diagnóstico preciso en estos casos es importante dada la efectividad del tratamiento medicamentoso, apoyado por tratamiento psicoterapéutico y social (55). El diagnóstico diferencial en-

tre convulsiones epilépticas e histéricas (56) o entre alteraciones de la personalidad, psicosis o lesiones del lóbulo temporal (57), puede realizarse mediante una evaluación clínica cuidadosa o por medio de exámenes de laboratorio más o menos complejos (tomografía axial computarizada, emisión de positrones o electroencefalografía continua).

Los cuadros epilépticos y otros problemas psicoorgánicos son muchas veces secuelas de daños perinatales o de procesos traumáticos infecciosos en los niños, y por lo tanto son potencialmente prevenibles. Esta es una área donde la educación de los padres y del personal que cuida a los niños puede tener mayor rendimiento, así como los programas de diagnóstico precoz y tratamiento adecuado para evitar la progresión del daño neurológico, y una rehabilitación adecuada. Es necesario modificar la actitud de rechazo que muchas veces se encuentra en la familia, la comunidad, y entre el propio personal de salud frente al paciente epiléptico. El hecho de que los neurólogos históricamente hayan mantenido una mayor identidad médica que los psiquiatras hace que estos últimos sean más proclives a hacerse cargo de cuadros socialmente rechazados, pero el cuidado del epiléptico es una tarea conjunta del equipo primario de salud y de ambos tipos de especialistas (58).

### **Cuadros geriátricos**

Con el aumento de la esperanza de vida de la población, en América Latina crecerá cada vez más el número de personas mayores de 65 años y sus problemas de salud mental serán progresivamente más importantes. En la actualidad no hay muchos datos epidemiológicos al respecto, pero los estudios

existentes muestran que los cuadros neuróticos (entre ellos los depresivos) y los procesos de deterioro psicoorgánico se encuentran entre las condiciones más prevalentes (59).

La mayor frecuencia de síntomas depresivos en la ancianidad parece estar ligada al proceso de pérdidas biológicas y psicosociales inherente a esta etapa. La disminución del vigor físico y el ímpetu sexual, así como otros síntomas físicos son mal tolerados por muchos (60); la pérdida de apoyos sociales, en especial familiares, se traduce no solo en síntomas depresivos sino en una mayor mortalidad (61), y el retiro o la jubilación prematuros o indeseados pueden conducir a trastornos psicológicos o al abuso de alcohol (62). La organización de clubes de la tercera edad o la creación de programas para mantener la interacción social de los ancianos, así como planes de retiro laboral, en los que las personas programen sus actividades con tiempo antes de la jubilación, son útiles al respecto.

Las demencias más frecuentes en los ancianos son del tipo Alzheimer (senil o presenil, según la edad de comienzo), o están causadas por infartos múltiples. Hay consenso (63-65) sobre la importancia de una búsqueda activa de etiologías tratables de las demencias (por ejemplo, infecciones intercurrentes, "pseudodemencia depresiva", uso o abuso de alcohol, o interacciones medicamentosas). El tratamiento de los ancianos implica siempre un grado de apoyo psicosocial, con el fin de incorporarlos, siempre que sea posible, a sus sistemas de origen, tanto familiares como comunitarios, y favorecer así la posibilidad de su recuperación.

### **Grupos de riesgo**

El concepto de riesgo se aplica cada vez más para identificar a los subgrupos de población que están más ex-



puestos a contraer enfermedades. A continuación se sintetizan tres de los más estudiados recientemente en relación con la salud mental.

**Niños maltratados.** El síndrome del niño maltratado se diagnostica cada vez con mayor frecuencia en todos los países, si bien no hay aún cifras estadísticas exactas (66, 67). El antecedente de maltrato no es informado de manera voluntaria por los sujetos y es necesario buscarlo dirigidamente. En aquellos países en los que existe una legislación específica para proteger a estos niños, los profesionales de la salud mental desempeñan un papel importante como peritos no solo para ofrecer opciones terapéuticas sino también para buscar la colocación de los niños en los ambientes más adecuados (68).

Entre los antecedentes más frecuentes en relación con el maltrato infantil se encuentran el de violencia familiar en los padres que a su vez luego abusan de sus hijos, así como el consumo de alcohol y drogas entre los progenitores (69). El abuso sexual conlleva mayor psicopatología en los niños o adolescentes. Este riesgo aumenta cuando existe consanguinidad, es decir, en niños que son producto de relaciones incestuosas entre padres e hijas o entre hermanos (70).

**Psicopatología paterna.** Los hijos de padres alcohólicos con psicosis funcionales tienen no solo un mayor riesgo estadístico de presentar la misma patología, sino también otras psicopatologías. Se ha observado (69) que los hijos de alcohólicos tienen mayor riesgo de transformarse en bebedores excesivos o de presentar cuadros neuróticos o desórdenes de la personalidad. Lo anterior jus-

tifica la implantación de programas de prevención primaria para este grupo específico.

**Síndrome alcohólico fetal.** El síndrome alcohólico fetal fue descrito por primera vez en 1973 por Jones (71). Se presenta en hijos de mujeres alcohólicas que han continuado bebiendo en exceso durante el embarazo y se caracteriza por un retardo en el crecimiento pre y postnatal, microcefalia con retardo mental y fisuras palpebrales cortas. Otras anomalías faciales son hipoplasia maxilar, nariz corta y cóncava y pliegues con epicanto. Además se han descrito anomalías cardíacas (principalmente septales), defectos en las articulaciones, genitales externos, oído y riñones (72). Este síndrome es prevenible en la medida en que las mujeres bebedoras excesivas disminuyan o suspendan el consumo de alcohol durante el embarazo; para ello es necesario que los profesionales de la salud, y en especial los ginecoobstetras, reconozcan y diagnostiquen adecuadamente a las madres alcohólicas (73).

## Rehabilitación

No solo es importante la organización de programas destinados a prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los desórdenes mentales sino que también es necesario preocuparse por reducir la invalidez resultante de estos cuadros. La rehabilitación constituye una de las tareas fundamentales y a la vez más arduas en el campo de la salud mental.

La importancia de la rehabilitación se ha demostrado en estudios (74, 75) que señalan que los pacientes dados de alta de hospitales mentales son readmitidos en las mismas instituciones en porcentaje menor que los casos testigo, cuando se han sometido a un programa activo de rehabilitación y de adquisición de destrezas sociales y laborales ade-

cuadas. Por otro lado, la naturaleza intersectorial del proceso de rehabilitación hace que esta sea una tarea compleja, ya que son necesarias legislaciones que protejan los derechos y den oportunidades a los enfermos mentales, y que los organismos estatales encargados del empleo participen en el proceso de rehabilitación laboral de los pacientes. Es necesario asimismo que el público y los profesionales de la salud mental, que muchas veces desconocen las posibilidades de los tratamientos, tengan mayores conocimientos a este respecto.

La rehabilitación psicosocial, y en especial las técnicas específicas de adiestramiento en destrezas sociales, son avances importantes en este campo (76, 77). En el último decenio se ha demostrado su efectividad en la rehabilitación de retrasados mentales, pacientes depresivos y enfermos psiquiátricos tanto hospitalizados como ambulatorios; en algunos programas estas técnicas se centran en el desarrollo de destrezas específicas interpersonales (mayor actividad o relaciones sociales con el sexo opuesto), o bien son de tipo instrumental en el plano laboral (78, 79). Los programas de estudio de terapia ocupacional deben modificarse no solo para que los profesionales en esta materia puedan desempeñarse en instituciones terciarias y hospitales mentales clásicos, sino para que formen parte de programas de rehabilitación insertos en la comunidad dirigidos tanto a pacientes crónicos como a una amplia gama de trastornos psiquiátricos (80).

## COMENTARIOS

La prevención de los desórdenes neurológicos y psiquiátricos puede conceptualizarse con la terminología de salud pública de prevención primaria, secundaria (diagnóstico precoz y trata-

miento oportuno) y terciaria (diagnóstico y tratamiento de la invalidez secundaria a las enfermedades).

La prevención primaria es el objetivo final y más ambicioso, pero las posibilidades de acción son aún limitadas. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (81) señala que de los 30 grupos de desórdenes mentales que constituyen las categorías diagnósticas de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-9) solo cinco son totalmente prevenibles. No existen, por ejemplo, medidas preventivas específicas para condiciones como la esquizofrenia, los desórdenes afectivos bipolares y la demencia senil. Lo anterior subraya, por una parte, la necesidad de mayores investigaciones de tipo etiológico y, por otra, la de enfrentar los desórdenes secundarios como los ocasionados por el abuso de alcohol y drogas, los cuales son en principio totalmente prevenibles. Asimismo, los cuadros postinfecciosos o posttraumáticos también pueden prevenirse con medidas generales de salud, de protección ambiental y legislativas.

La situación de la prevención secundaria es más alentadora. Existen hoy intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas o conductuales que permiten tratar sintómicamente y disminuir la duración de un grupo importante de desórdenes neuropsiquiátricos. La estrategia central es integrar el diagnóstico y el tratamiento de estos cuadros dentro del sistema general de servicios de salud y, de manera específica, dentro del sistema de atención primaria. Así por ejemplo, los programas de control ambulatorio de psicosis o de epilepsia mediante el uso continuado de medicamentos adecuados pueden llegar a realizarse de modo sistemático a nivel comunitario.

Es evidente que a la prevención terciaria se le debe conceder mayor prioridad que la que hoy día tiene en casi todos los países. Las estrategias en este plano se orientan hacia la desinstitutionalización y reubicación social en la comunidad de los pacientes con cuadros crónicos, ya sea a través de grupos de autoayuda o de técnicas conductuales como el adiestramiento en destrezas sociales. La interacción, dentro de los servicios de atención primaria, de los profesionales de la salud mental y de la salud general se estudia cada vez en mayor detalle. A este respecto se ha observado (82) que:

el porcentaje de pacientes con desórdenes emocionales que acuden a los médicos generales es significativo;

las personas con desórdenes emocionales tienden a utilizar los servicios de atención primaria en forma frecuente, lo que aumenta su costo;

la coexistencia de problemas de salud física y mental en la misma población, junto a la mejor posibilidad de efectuar seguimientos longitudinales, favorece un cuidado más integral por parte del equipo de atención primaria;

el equipo de salud general, por lo común, no está debidamente adiestrado para tratar desórdenes emocionales, por lo que es necesario mejorar su nivel de capacitación y fomentar el trabajo conjunto con profesionales de salud mental;

el conflicto sobre envío de pacientes en la interacción entre profesionales de salud general y de salud mental puede resolverse mediante el uso de clasificaciones de problemas para el nivel primario de atención, así como mediante sistemas de manejo con árboles de decisiones.

Una de las estrategias que más éxito ha tenido en la puesta en marcha de programas centrados en sistemas de atención primaria como los señalados ha sido la formación de grupos nacionales, subregionales o regionales de coordinación de programas de salud mental. Estos son grupos multisectoriales y multidisciplinarios cuya acción principal es la de asesorar al gobierno acerca de la naturaleza de los problemas de salud mental, de los recursos disponibles para enfrentarlos y de la elaboración de programas nacionales en este campo.

Los programas nacionales de salud mental en los países en desarrollo deben conceder prioridad a la coordinación intra e intersectorial, la descentralización de servicios, la creación de servicios en la comunidad, la integración de los servicios de salud mental en los de salud general, y la inclusión de la salud mental en la programación del sistema de atención primaria. Uno de los problemas en América Latina ha sido que la mayoría de los programas se han orientado a la prestación de asistencia psiquiátrica y solo en algunos países se ha reorientado la programación hacia el desarrollo de actividades de salud mental dentro del sistema de atención primaria.

## RESUMEN

Se analizan las actividades destinadas a la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos propuestas por la Organización Mundial de la Salud y su aplicación en América Latina, dentro del marco de la atención primaria. Se plantea, en primer lugar, la necesidad de contar con información sistemática sobre la incidencia y prevalencia de esos trastornos, así como de un sistema de clasificación común homogéneo y operativo que permita comparar los

cuadros psiquiátricos y clínicos que se presentan en los distintos países. La preocupación por los cuadros psiquiátricos que se ha manifestado en los últimos 10 años ha favorecido la realización de estudios de epidemiología psiquiátrica dirigidos a determinar la prevalencia de desórdenes específicos. Varios investigadores han elaborado escalas e instrumentos para detectar trastornos de salud mental que pueden aplicarse en el nivel primario de atención, con la debida capacitación del personal de salud. Otra perspectiva importante es la búsqueda de factores biológicos y sociales determinantes del curso de algunas perturbaciones psiquiátricas.

Se examinan, en segundo lugar, los sistemas hospitalarios en sus dos modalidades: hospitales generales con unidades psiquiátricas e instituciones para enfermos mentales exclusivamente. Además, la preocupación por los aspectos éticos del cuidado de los pacientes ha llevado a otras formas de organización de los servicios de salud mental como son los centros comunitarios, establecidos principalmente en los Estados Unidos de América; los sistemas de atención primaria de salud mental dentro de los servicios de salud general, para los que se requiere la existencia de un servicio nacional de salud, y una tercera modalidad, enfocada hacia la atención comunitaria de casos, que se ha desarrollado en algunos países de América Latina.

Por último, se discuten algunas actividades y los avances logrados en relación con la prevención y el tratamiento de desórdenes específicos como el retardo mental, trastornos psicósomáticos y cuadros ansiosos y depresivos, así como la importancia de poner en práctica programas de rehabilitación dirigidos a reducir la invalidez resultante de perturbaciones psiquiátricas. Se concluye que en América Latina la mayoría de los programas de salud mental se han centrado

en la prestación de asistencia psiquiátrica especializada. Dada la situación actual, es necesario reorientar dichos programas hacia el desarrollo de actividades de salud mental dentro del sistema de atención primaria. □

## REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. *Plan decenal de salud para las Américas*. Washington, DC, 1973. Publicación Científica 118.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Programa mundial a medio plazo. Protección y fomento de la salud mental. Ginebra, 1983. Documento MNH/MTP/83.19.
- 3 Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978. Serie Salud para Todos 1.
- 4 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM III)*, 3 ed. Washington, DC, 1980.
- 5 Klerman, G. The advantages of DSM-III. *Am J Psychiatry* 141(4):539-542, 1984.
- 6 Vaillant, G. The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *Am J Psychiatry* 141(4):542-545, 1984.
- 7 Spitzer, R., Williams, J. B. W. y Skodol, A. E. *International Perspectives on DSM-III*. Washington, DC, American Academic Press, 1983.
- 8 Golberg, D. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London, Oxford University Press, 1973.
- 9 Wing, J., Cooper, J. E. y Sartorius, N. *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge, Cambridge University Press, 1974.
- 10 Climent, C. S. Confiabilidad, validez y sensibilidad de los ítems de una escala de autorreportaje de síntomas de enfermedad mental. *Rev Colomb Psiquiatr* 8:124-138, 1980.

- 11 Florenzano Urzúa, R. y Feuerhake Molina, O. Atención psiquiátrica en programas de salud general. *Bol Of Sanit Panam* 90(3):200-210, 1981.
- 12 Marconi, J. Epidemiología psiquiátrica. In: Vidal, E., Bleichmar, R. y Usandivares, R. J. eds. *Enciclopedia de psiquiatría*. Buenos Aires, El Ateneo, 1976.
- 13 Carroll, B. J. Neurotransmitter mechanisms of neuroendocrine disturbance in depression. *Acta Endocrinol Suppl (Copenh)* 89:14, 1978.
- 14 Seguin, C. A. Hacia una psiquiatría como ciencia del hombre. *Rev APAL* 6(1):95-97, 1984.
- 15 Organización Panamericana de la Salud. La enseñanza de la psiquiatría y la salud mental. *Educ Med Salud* 15(2):185-193, 1981.
- 16 Bermann, S. Fundamentos para una docencia y una práctica transformadoras en el campo de la salud mental. *Rev APAL* 6(1):102-107, 1984.
- 17 Martins, C. Brasil: algunos problemas psiquiátrico-sociales. *Rev APAL* 6(1):118-127, 1984.
- 18 Taborda, H. Apuntamientos sobre programas mínimos para la enseñanza de la psiquiatría en los estudios de pre y postgrado en las facultades de medicina de América Latina. *Rev APAL* 6(1):112-117, 1984.
- 19 Regier, D. A. y Goldberg, I. P. The NIMH epidemiological catchment area program. *Arch Gen Psychiatry* 41(10):934-941, 1984.
- 20 Eaton, W. W. The design of epidemiologic catchment area surveys. *Arch Gen Psychiatry* 41(10):942-948, 1984.
- 21 Robins, L. N. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorder in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 41(10):949-958, 1984.
- 22 Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. y Muñoz, R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 26:57-63, 1972.
- 23 Karno, M. Development of the Spanish language version of the NIMH diagnostic interview schedules. *Arch Gen Psychiatry* 40:1183-1188, 1983.
- 24 Mariátegui, J. y Adis Castro, G. *Epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires, Fundación Acta, 1973.
- 25 Glasscott, R., Gudeman, J. E. y Beigel, A. Psychiatry in smaller general hospitals. Joint Information Service APA/NAMH. Washington, DC, 1983.
- 26 Krakowsky, A. J. Integrative approach to general hospital psychiatry: indices of usefulness. *Psychiatr J Univ Ottawa* 6:30-35, 1984.
- 27 Hoffman, J. A. Emergency psychiatry training: the new old problem. *Gen Hosp Psychiatry* 6:143-145, 1984.
- 28 Gersson, S. y Bassuk, E. Psychiatry emergencies: an overview. *Am J Psychiatry* 135:213-216, 1981.
- 29 Talley, S. y Chiveron, P. The psychiatric clinical specialist's impact on psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry* 5:241-245, 1983.
- 30 Matter, J. A. Optimal length of hospitalization for psychiatric patients: a review of the literature. *Hosp Community Psychiatry* 33(10):824-828, 1982.
- 31 Goldman, H. H., Adams, N. H. y Taube, C. A. Re-institutionalization: the data demythologized. *Hosp Community Psychiatry* 34(2):129-134, 1982.
- 32 Goldman, H. H., Taube, C. A., Regier, D. A. y Witkin, H. The multiple functions of the State mental hospital. *Am J Psychiatry* 140(13):296-300, 1983.
- 33 Ames, D. Limits of general hospital care: a continuing role for State hospitals. *Hosp Community Psychiatry* 34(2):145-149, 1983.
- 34 Sartorius, N. y Harding, T. W. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care. I. The genesis of the study. *Am J Psychiatry* 140(11):1470-1473, 1983.
- 35 Harding, T. W., Busnello, E. P., Climent, C. E., Diop, M. B., El-Hakim, A., Giel, R., Ibrahim, H. H. A., Ladrado-Ignacio, L. y Wig, N. N. The WHO collaborative study on strategies for extending medical health care. II. The development of new research methods. *Am J Psychiatry* 140(11): 1474-1480, 1983.
- 36 Harding, T. W., Climent, C. E., Diop, M. B., Giel, R., Ibrahim, H. H. A., Murthy, R. S., Suleiman, M. A. y Wig, N. N. The WHO collaborative study on strategies for extending medical health care. III. Evaluative design and

illustrative results. *Am J Psychiatry* 140 (11):1481-1485, 1983.

- 37 Murthy, R. S. y Wig, N. N. The WHO collaborative study on strategies for extending medical health care. IV. A training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country. *Am J Psychiatry* 140(11):1486-1490, 1983.
- 38 Climent, C. E. y de Arango, M. V. Estrategias para la extensión de los servicios de salud mental en países en desarrollo. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 26:48-53, 1980.
- 39 Nutall, E., Pérez-Cruet, J. y Jackson, I. V. Patients of a public state mental health system who committed suicide. *J Nerv Ment Dis* 168(7):424-480, 1980.
- 40 Roy, S. y Glaister, J. Suicide in psychiatric patients. *Psychiatr J Univ Ottawa* 9(1):42-44, 1984.
- 41 Goldney, R. D. Are young women who attempt suicide hysterical? *Br J Psychiatry* 138(2):141-146, 1981.
- 42 Hirsch, S. Critique of volunteer staffed suicide prevention center. *Can J Psychiatry* 26(10):406-410, 1981.
- 43 Faberow, N. L. Suicide prevention in the hospital. *Hosp Community Psychiatry* 32(2):99-104, 1981.
- 44 Rendon Aponte, R. La familia: su papel protector o desencadenante del acto suicida. *Rev APAL* 6(1):128-131, 1984.
- 45 Kandel, E. R. From metapsychology to molecular biology. Explorations into the nature of anxiety. *Am J Psychiatry* 140(10):1277-1293, 1983.
- 46 Florenzano, R. y Gloger, S. Diagnóstico y etiopatogenia de los cuadros ansiosos. *Bol Hosp San Juan de Dios (Chile)* 30(5):252-260, 1984.
- 47 Tyrer, T. Classification of anxiety. *Br J Psychiatry* 144:78-83, 1984.
- 48 Von Rad, M. y Lolás, F. Empirical evidence of alexythimia. *Psychother Psychosom* 38:91-102, 1982.
- 49 Taylor, G. J. Alexythimia: concept, measurement and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 141(6):725-732, 1984.
- 50 Hull, J. T. y Thompson, J. C. Predicting adaptative functioning of mentally retarded

persons in community setting. *Am J Ment Defic* 85(11):253-261, 1980.

- 51 Sutter, T. Comparison of successful and unsuccessful community-placed mentally retarded persons. *Am J Ment Defic* 85(11):262-267, 1980.
- 52 Gair, D. S. Successful psychotherapy of severe emotional disturbances in young retarded boys. *J Am Acad Child Psychiatry* 19:257-269, 1980.
- 53 Acosta, P. B. Prevention of mental retardation through screening, retrieval, diagnosis, and management of inherited metabolic disease. *Ala J Med Sci* 19(110):10-16, 1982.
- 54 Holmes, N., Shah, A. y Wing, L. Disability assessment schedule. Brief screening device for use with the mentally retarded. *Psychol Med* 12(11):879-890, 1982.
- 55 Sonis, W. A., Petti, T. y Richey, E. T. Epilepsy and psychopathology in childhood: Controlled study with carbamazepine. *J Am Acad Child Psychiatry* 20:398-409, 1981.
- 56 Ramani, S. W. y Gummit, R. J. Diagnosis of hysterical seizures in epileptic patients. *Am J Psychiatry* 137(6):705-709, 1980.
- 57 Bear, D., Levin, K., Blumer, D., Chetham, D. y Ryder, J. Interictal behavior in hospitalized temporal lobe epileptics: Relationship to idiopathic psychiatric syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 45(6):481-488, 1982.
- 58 Robb, P. *Epilepsia. Manual para trabajadores de salud*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1983. Publicación Científica 447.
- 59 Perssons, G. Prevalence of mental disorders in a 70 year old urban population. *Acta Psychiatr Scand* 62(8):119-139, 1980.
- 60 Solomon, K. The depressed patient: Social antecedents of psychopathologic changes in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 29(1):14-18, 1981.
- 61 Helsing, K. J. y Sklo, M. Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol* 114(7):41-52, 1981.
- 62 Murphy, G. Social origins of depression in old age. *Br J Psychiatry* 141(8):135-142, 1982.

- 63 Coyle, J. T., Price, D. L. y De Long, M. R. Alzheimer's disease: a disorder of cortical cholinergic innervation. *Science* 219:1184-1190, 1983.
- 64 Heston, L., Mastri, A. P., Anderson, J. E. y White, J. Prevention of the Alzheimer's type: clinical genetics, natural history and associated conditions. *Arch Gen Psychiatry* 38(10):1085-1090, 1981.
- 65 Wilson, R. S., Fox, J. H., Huckman, M. S., Bacon, L. D. y Lobick, A. A. Computed tomography in dementia. *Neurology* 32(10):1054-1057, 1982.
- 66 Newberger, E. N., Newberger, C. M. y Hampton, R. L. Child abuse: current theory base and future research needs. *J Am Acad Child Psychiatry* 22(5):262-268, 1983.
- 67 Baird, P. y McGillivray, B. Children of incest. *J Pediatr* 101(11):854-857, 1982.
- 68 Kaplan, S. J. Psychiatric consultation for abused and neglected children. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 9:140-148, 1981.
- 69 Star, B. Patterns of family violence. *Soc Casework* 61(6):339-346, 1980.
- 70 Adams-Tucker, C. Proximate effects of sexual abuse in childhood. *Am J Psychiatry* 139(10):1252-1256, 1982.
- 71 Jones, K. L. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* 1:1267-1271, 1973.
- 72 Claren, S. K. Recognition of the fetal alcohol syndrome. *N Engl J Med* 298:1063-1067, 1978.
- 73 Russell, M. Evaluation of an educational program on the fetal alcohol syndrome for health professionals. *J Alcohol Drug Educ* 29(1):48-61, 1983.
- 74 Diucin, J. y Witheridge, T. F. Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hosp Community Psychiatry* 33(8):645-650, 1982.
- 75 Presly, A. S., Grubb, A. B. y Semple, D. Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients. *Acta Psychiatr Scand* 66(7):83-88, 1982.
- 76 Brady, J. P. Social skills training for psychiatric patients. I. Concepts, methods, and clinical results. *Am J Psychiatry* 141(3):333-340, 1984.
- 77 Brady, J. P. Social skills training for psychiatric patients. II. Clinical outcome studies. *Am J Psychiatry* 141(4):491-498, 1984.
- 78 Cunan, J. P. y Monti, P. M. eds. *Social Skills Training: A Practical Handbook for Assessment and Treatment*. New York, Guilford Press, 1982.
- 79 Beck, A. T. y Wright, J. H. Cognitive therapy of depression: Theory and practice. *Hosp Community Psychiatry* 34(12):1119-1127, 1983.
- 80 Smith, P. A., Zimmy, E. A. y Sata, L. S. How psychiatrists use vocational rehabilitation resources. *Hosp Community Psychiatry* 32(10):714-716, 1981.
- 81 Organización Mundial de la Salud. Report of the Fifth Meeting of the Global Coordinatory Group for the Mental Health Programme, 1983. Ginebra, 1984. Documento MNH/POC/84.1.
- 82 Hankin, J. y Oktay, J. S. *Mental Disorder and Primary Medical Care: An Analytical Review of the Literature*. Washington, DC, National Institute of Mental Health, 1979. USPHS Publication (ADM) 78, 661.

# SUMMARY

## PREVENTION AND TREATMENT OF PSYCHIATRIC AND NEUROLOGIC DISORDERS

This study analyzes the activities proposed by the World Health Organization for the prevention and treatment of mental and neurological disorders and their application in Latin America within the framework of primary care. The first consideration is the need for systematized information on the incidence and prevalence of those disorders and for a homogeneous and workable common classification system that will facilitate comparison of psychiatric and clinical pictures that present in the different countries. Concern over the clinical pictures that have emerged in the last 10 years has prompted psychiatric epidemiology studies aimed at determining the prevalence of specific disorders. Several researchers have devised scales and instruments for detecting mental health disorders that can be used at the primary care level by suitably trained health personnel. Another important prospect is the identification of biological and social determinants in the progress of some psychiatric disorders.

Hospital facilities are considered in their two main configurations: general hospitals with psychiatric departments, and institutions devoted exclusively to mental patients. In addition, concern for the ethical aspects of patient care has led to other organizational arrangements of mental health services, such as community centers, established chiefly in the United States of America; primary mental health care facilities as part of general health services, which require the existence of a national health system; and a third arrangement, geared to the care of cases in the community, which has been developed in some Latin American countries.

Finally, the analysis centers on some activities and gains made in the prevention and treatment of specific disorders such as mental retardation, psychosomatic disorders and anxiety and depression pictures, and on the importance of implementing rehabilitation programs in order to reduce the disabilities resulting from psychiatric disorders. It is concluded that, in Latin America, most mental health programs have been focused on the delivery of specialized psychiatric care. The present situation requires these programs to be reoriented toward the development of mental health activities within the primary care system.

## RESUMO

### PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E NEUROLÓGICOS

Analisam-se as atividades destinadas a prevenção e tratamento dos distúrbios mentais e neurológicos propostas pela Organização Mundial da Saúde e sua aplicação na América Latina, no âmbito do atendimento primário. Em primeiro lugar, assinala-se a necessidade de contar com informações sistemáticas sobre a incidência e prevalência desses distúrbios, bem como de um sistema de classificação comum homogêneo e operacional que permita comparar os quadros psiquiátricos e clínicos que se apresentam nos diversos países. A preocupação com os quadros psiquiátricos manifestada nos últimos 10 anos favoreceu a realização de estudos de epidemiologia psiquiátrica para determinar a prevalência de distúrbios específicos. Vários pesquisadores elaboraram escalas e instrumentos para detectar distúrbios de saúde mental que podem ser aplicados no nível primário de atendimento, com a devida habilitação do pessoal de saúde. Outra perspectiva importante é a busca de fatores bioló-



gicos e sociais determinantes do curso de alguns distúrbios psiquiátricos.

Em segundo lugar, examinam-se duas modalidades de sistemas hospitalares: hospitais gerais com unidades psiquiátricas e instituições exclusivamente para doentes mentais. Além do mais, a preocupação com os aspectos éticos do atendimento dos pacientes levou a outras formas de organização dos serviços de saúde mental, como os centros comunitários, estabelecidos principalmente nos Estados Unidos da América, os sistemas de atendimento primário de saúde mental dentro dos serviços gerais de saúde, para os quais se requer a existência de um serviço nacional de saúde, e uma terceira modalidade, enfocada no atendimento comunitário de casos, que se desenvolveu em alguns países da América Latina.

Por último, discutem-se algumas atividades e os progressos obtidos com relação à prevenção e ao tratamento de distúrbios específicos como o retardamento mental, distúrbios psicossomáticos e quadros ansiosos e depressivos, bem como a importância dos programas de reabilitação que visem a reduzir a invalidez resultante de distúrbios psiquiátricos. Conclui-se que na América Latina a maioria dos programas de saúde mental se concentraram na prestação de assistência psiquiátrica especializada. Dada a situação atual, é necessário reorientar esses programas para o desenvolvimento de atividades de saúde mental dentro do sistema de atendimento primário.

## RÉSUMÉ

### PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET NEUROLOGIQUES

Ce document analyse les activités destinées à la prévention et au traitement des troubles mentaux et neurologiques proposées par l'Organisation mondiale de la Santé, et leur application en Amérique latine, dans le cadre des soins de santé primaires. Il souligne d'abord la nécessité de disposer d'une information systématique sur l'incidence et la prévalence de ces troubles, ainsi que d'un système de classification commune homogène et pratique qui permette de comparer les contextes psychiatriques et cliniques des différents pays. L'intérêt manifesté depuis dix ans à l'égard des contextes psychiatriques a favorisé l'exécution d'études d'épidémiologie psychiatrique destinées à déterminer la prévalence de troubles spécifiques. Divers chercheurs ont élaboré des échelles et des instruments afin de détecter les troubles de santé mentale, qui peuvent être utilisés au niveau des soins de santé primaires, à condition de dispenser la formation appropriée au personnel de santé. Une autre perspective importante est la recherche de facteurs biologiques et sociaux qui déterminent le cours de certains troubles psychiatriques.

Cet ouvrage examine ensuite les systèmes hospitaliers sous leurs deux formes : les hôpitaux généraux avec service de psychiatrie et les établissements consacrés exclusivement aux malades mentaux. En outre, la préoccupation pour les aspects moraux des soins aux patients a conduit à d'autres formes d'organisation des services de santé mentale, tels que les centres communautaires, établis principalement aux Etats-Unis d'Amérique, les systèmes de soins primaires de santé mentale dans le cadre des services généraux de santé, qui nécessitent l'existence d'un service national de santé, et une troisième forme, axée sur les soins communautaires, qui s'est

développée dans certains pays d'Amérique latine.

Enfin, il examine certaines activités et les progrès réalisés en ce qui concerne la prévention et le traitement de certains troubles spécifiques tels que l'arriération mentale, les troubles psycho-somatiques et les manifestations d'angoisse et de dépression, ainsi que la nécessité de mettre en pratique des programmes de rééducation destinés à réduire l'invalidité résultant des troubles psy-

chiatriques. Il conclut qu'en Amérique latine, la plupart des programmes de santé mentale sont concentrés sur la prestation de soins psychiatriques spécialisés. Etant donné la situation actuelle, il convient de réorienter ces programmes vers le développement d'activités de santé mentale dans le cadre du système de soins de santé primaires.

## Prevención de trastornos mentales

La implantación de programas de prevención que abarquen las causas biológicas y sociales podría reducir notablemente los trastornos mentales y sus consecuencias sociales y económicas, ha declarado la oms. Esto puede lograrse con la seria intención de los países y la acción coordinada de los sectores de educación para la salud, información pública, y organizaciones cívicas, culturales y religiosas. La intensificación del apoyo de los servicios de salud a la familia es primordial en atención prenatal, perinatal y nutricional; inmunización; planificación familiar; prevención de accidentes; intervención en casos de crisis, y manejo de pacientes con enfermedades crónicas. También es importante movilizar cuantos recursos sea posible para lograr la estimulación psicosocial del niño; el mejoramiento de instituciones de larga estancia; la introducción de nociones de salud general, reproductiva y nutricional en las escuelas; la orientación contra el consumo de sustancias nocivas, y la prevención de daños yatrogénicos y de las secuelas incapacitantes que producen ciertas afecciones. Además de ofrecer su colaboración en estas áreas, la oms asesora a los países en el estudio del alcance de los trastornos mentales y evaluación de los programas de intervención.