

Salud Mental y desarrollo nacional.

Mental Health and development

PERALES Alberto¹

¹ Director Ejecutivo, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

Cuando la OMS planteó su ya universalmente aceptada definición de salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades ", el problema de la salud fue ampliado a dimensiones vastas y extraído del hasta entonces dominio médico. La interpretación biológica y psicológica (soma y psiquis), hasta entonces imperante en la comprensión de la salud, al integrar la dimensión social por efecto de la nueva definición, ubicó variable médica como una más entre muchas otras cosas en el interjuego productor de la resultante final: salud o enfermedad.

A diferencia de la psiquiatría que como especialidad médica se ocupa del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, la Salud Mental abarca el estudio, en general, de la conducta humana, tanto de aquella adaptativa que conduce al desarrollo pleno como de la patológica, propia del trastorno mental. Así considerada, la Salud Mental deviene en concepto que engloba a la psiquiatría (del mismo modo que el concepto de salud engloba a la medicina como una de sus áreas).

Cuando aquella es plena, orienta al individuo hacia una relación armoniosa con su medio y a las conductas necesarias para su autorealización. En tal sentido, la Salud Mental se vincula intimamente al desarrollo humano, tanto individual como poblacional. El indicador más inmediato y visible de su presencia es el bienestar psicológico, social y espiritual de la persona así como su productividad amplia, incluyendo la económica. Así, y por definición, un individuo que goce de salud mental contribuirá decididamente, no solo a su propio progreso y al de su familia, sino, al de su comunidad y nación. Consecuentemente, el desarrollo social y económico de un país dependerá, en último análisis, desarrollo de cada uno de sus habitantes, vale decir, de su nivel de salud mental.

Como se colige, establecer claramente las diferencias entre salud mental y psiquiatría, que equivocadamente han sido consideradas como sinónimos, resulta, por lo expuesto, imprescindible. Remitimos al lector interesado a artículos especializados (Perales, 1988 y 1989).

En lo práctico la importancia se desprende del tipo de problema que en cada área se genera, pues, mientras que en el campo psiquiátrico hablamos de presencia de trastornos mentales con prevalencias de vida, en primer lugar, de Abuso y Dependencia de Alcohol de orden del 16.8% (HAYASHI et al, 1985; y 18.6% Minobe et al 1990) en el

de salud mental señalamos : a) el subdesarrollo nacional; b) la corrupción generalizada; y, c) la violencia como sus problemas más críticos.

a) EL SUBDESARROLLO NACIONAL, complejo fenómeno que no depende exclusivamente de una variable económica que, más bien, resulta su consecuencia y manifestación más evidente. Para nosotros, el subdesarrollo depende básicamente de una actitud mental del hombre frente a la vida que lo conduce a enfrentar los problemas de la misma con repertorios ineficaces de afronte, tanto de evaluación de la realidad cuanto de estrategias de solución de problemas. Es el caso de muchos pobladores peruanos cuya actitud mental preferente y mecanismos de afronte (coping styles) tienden a ser pesimistas, poco apegados a los objetivos de calidad y de logro, y con disminuida asertividad. Aumenta, así su probabilidad de desistir ante los inevitables obstáculos que encontró en la consecución de sus metas y los desafíos de su existencia.

Es de hacer notar que las condiciones nacionales de subdesarrollo han producido en el país dos corrientes de acción que postulan, de muy diferente manera, su superación. La primera, vinculada a la acción terrorista, expresa la finalidad de cambiar el "estatus quo" por medio de métodos cruentos. La segunda, vinculada a un sector de la población en gradual incremento, ha generado un modelo de conducta de esforzado trabajo, específicamente en el campo de la economía informal, produciendo el fenómeno que tan acertadamente Hernando de Soto et al, 1986; han llamado "El Otro Sendero".

b) LA CORRUPCION GENERALIZADA que, es conveniente precisarlo, no es problema exclusivamente peruano sino universal, y que suele acrecentar sus malévolas consecuencias en situaciones de deterioro del orden social. Considerada como conducta humana, no necesariamente asentada en patología psiquiátrica subyacente (por lo cual no es, es estricto, problema psiquiátrico) se observa en individuos e instituciones de diverso orden, en estas últimas, aún en aquellas que por sus objetivos específicos están obligadas a mantener una conducta intachable entre sus miembros. Los medios de comunicación, en general, señalan diariamente evidencias de conductas corruptas, cada vez con mayor escándalo en la sociedad peruana.

c) LA VIOLENCIA, tanto la estructural, vinculada a los grupos terroristas como la generalizada que se observa en nuestra población aún en la vida cotidiana. Síndrome importante de este tipo es el que ocurre en los hogares, ya sea por maltrato al cónyuge, prioritariamente a la mujer o por abuso físico de padres a hijos o de adultos a niños. Del mismo modo, debe considerarse que, entre las causas de muerte los factores de violencia, premeditada o como consecuencia de accidentes ocupan lugar preferente en las respectivas estadísticas.

SALUD MENTAL Y EDUCACIÓN

Desde que la Salud Mental corresponde a una actitud mental que, en términos científicos puede denominarse conducta mental, ingresamos al gran capítulo de la conducta humana. Como tal, si bien ésta apoya sus bases en el substrato biológico del hombre, especialmente en el funcionamiento del sistema nervioso y, en particular, del cerebro, el gran porcentaje restante de la organización de la conducta depende del

proceso de aprendizaje al que es sometido el individuo desde su nacimiento hasta el final de su tránsito cultural.

Se infiere de ello que el hombre se comporta tal y conforme ha sido enseñado a comportarse. Si actúa subdesarrolladamente es porque sus esquemas mentales adquiridos por aprendizaje (repertorios de afronte o coping styles) han sido, también, subdesarrollados. He aquí la gran importancia que asume la investigación en salud mental. Precisar científicamente que factores interfieren y cuales facilitan la adquisición de actitudes mentales subdesarrolladas constituye el primer paso para el diseño de estrategias de intervención en este álgido campo. Debe recordarse que, de acuerdo a los expertos, los patrones básicos de la personalidad y, por ende, del comportamiento, se adquieren entre los 0 y 5 años, aunque la influencia del medio continúa durante toda la vida. El medio familiar y la educación formal e informal surgen, así, como los mayores modeladores de la conducta básica en el futuro ciudadano.

En síntesis, podemos postular que la Salud Mental es susceptible de ser "enseñada", es decir, transmitida de un ser humano a otro por el proceso de transferencia cultural; por lo mismo, pasible de transferencia sistemática por medio de metodologías educativas específicas.

Cuando los niveles de decisión política comprendan el enorme valor que para el desarrollo nacional tiene la investigación en salud mental, habrán recapturado, al mismo tiempo, el verdadero significado del concepto de salud como inversión y potencial económico del país para la conquista de su futuro.

SALUD MENTAL Y POBREZA

En el Perú, de los estimados 22 millones de habitantes, el 53.7% vive en condiciones de pobreza crítica (con ingresos que no permiten comprar la canasta básica) y entre éstos, el 21.7% lo hace en condiciones de pobreza extrema (con ingresos insuficientes para cubrir el costo de la canasta de alimentos).

Podría plantearse, fácilmente, y de hecho los economistas así lo han hecho, que la pobreza representa el problema económico más urgente a resolver en el país.

Desde la perspectiva de la salud mental, consideramos, sin embargo, que la pobreza no es sólo un estado de economía deficitaria, sino, básicamente, consecuencia de un estilo de vida incompetente de enfrentar el mundo. Se puede formular, inclusive, que hay dos tipos de pobreza en nuestra población (*). En el complejo fenómeno de migración interna, de tan acelerada acentuación en las últimas décadas, muchos de los pobladores, a pesar de haber migrado con escasos recursos educacionales, económicos, de lenguaje, y otros, han tenido la capacidad organizativa necesaria para producir estrategias de sobrevivencia y desarrollo; por ejemplo, resolver el problema de vivienda por medio de invasiones planificadas de terrenos formando los llamados Asentamientos Humanos. Se sabe, tal como De Soto y col. (1986) han demostrado, que tales asentamientos, que al inicio se constituyen como manifestación evidente de poblados de escasos recursos (incluyendo ausencia de servicios sanitarios básicos) van gradualmente transformándose, en un promedio de 25 a 30 años. En pequeñas urbanizaciones y, eventualmente, en nuevos y pujantes distritos urbanos. Gran parte de la población que en ellos habita logra alejarse, así, de la pobreza; en realidad "su pobreza nunca fue

absoluta" pues su actitud frente a la vida, vale decir, su salud mental, lo propulsó hacia el desarrollo. En cambio, el otro tipo, o mejor dicho, el otro estilo de vida de pobreza, constituyen una subcultura diferente. Se trata aquí de una "pobre población" que ha nacido y crecido en "un barrio o comunidad" que ha asimilado el hábito de la pobreza por generaciones. El morador de antiguos barrios capitalinos, tradicionalmente pobres, por ejemplo, constituye un pobre diferente. Puede tener, a veces, mayor nivel de educación formal, pero su actitud frente a la vida tiende a ser perdedora, desmoralizada, abúlica resignada y sin ambiciones realistas. Con frecuencia, dependiente y quejoso, muestra poca disposición para el esfuerzo continuado y laborioso necesario para la obtención de logros. Se trata de una población con esperanzas disminuidas de un futuro mejor. Así, sus posibilidades de mejorar su nivel económico se reducen. Su salud mental vale decir, sus mecanismos de afronte (coping styles) funcionan más como estrategias de sobrevivencia que de desarrollo. El objetivo del primer grupo es triunfar por esfuerzo propio y desarrollarse; el segundo, sobrevivir, y "si la suerte lo acompaña", tener algo de dinero.

SALUD MENTAL Y LA DESCONFIANZA APRENDIDA

En el Perú de hoy, especialmente en las grandes ciudades como Lima Metropolitana, se aprecia un comportamiento colectivo que ha devenido en estilo normal (estadísticamente hablando) de relación social. Implica un tipo de respuesta colectiva que puede interpretarse como una nueva modalidad o como la exageración de un rasgo presente pero hasta hace poco no dominante. **La desconfianza aprendida.** La gente actúa como si fuera necesario estar prevenido y en guardia ante un posible engaño. Esto suele manifestarse con mayor claridad ante las figuras de autoridad. En el área industrial se asiste a un patrón muy extendido por el cual las fuerzas básicas de trabajo por otro lado el nivel gerencial, y por otro, el del trabajador, se perciben como enemigos y no como socios ante un objetivo común. El argumento que tal sentido de relación es la lógica consecuencia de la explotación de los primeros sobre los segundos, no resulta muy consistente ante la experiencia de las instituciones hospitalarias estatales que se muestra que el factor de desconfianza tiene, además, otras variables en su génesis. Por ejemplo, la palabra de la autoridad tiende, a priori, a ser puesta en duda. Suele ser percibida como falsa y con intenciones diferentes al mensaje verbal explícito, preenjuiciando engaño del cual el trabajador parece protegerse. El peso en contra al desarrollo institucional que está **desconfianza aprendida** genera, pues es transmitida como parte de la cultura laboral y colectiva, constituye problema grave en nuestro país pues destruye la posibilidad de esfuerzos colectivos mayores en busca de objetivos institucionales y nacionales comunes. Así, todos perdemos. La actitud de desconfianza, muy vinculada a la patología de la comunicación social de la mentira que altera profundamente la credibilidad de los mensajes, en tanto problema generalizado, merma toda posibilidad de acción social y fuerza de conjunto, de solidaridad orgánica como planteó Durkheim en el siglo pasado, afectando negativamente, el desarrollo del hombre peruano a nivel personal, familiar y social. Sobre ello ha incidido, en gran medida, el negativo ejemplo de conducta de muchos líderes y de una prensa no siempre veraz. Recordemos que hubo una época que hubo una época en la que el uso de la mentira fue ingrediente corriente del lenguaje oficial.

En tal sentido, y tal como precisa Bandura (1969) en su concepto de aprendizaje social, el peruano de hoy no carece de modelos de conducta a seguir, los ha tenido a manos llenas, aunque, con frecuencia, conducentes al desacuerdo con las normas sociales,

además de haber recibido, durante muchas décadas, un mensaje oficial de promesa demagógica consistente en que el Estado le resolvería todos sus problemas; se estimuló, así su dependencia estatal y se frenó su impulso al desarrollo personal. En realidad, el poblador peruano aprendió bien la lección; por lo mismo, ahora reclama el cumplimiento de lo prometido. La necesidad de un cambio cognoscitivo fundamental en la mente del peruano no ha recibido suficiente atención. El peruano tiene que aprender que él será su principal sustento de desarrollo y progreso y que el Estado sólo podrá ayudarlo en tal proceso.

Para que esta colaboración pueda darse, (Estado-Individuo) debe, en primer lugar, lograrse que aquel, como autoridad nacional, deje de ser percibido como engañoso y enemigo. En otras palabras, asegurar el cambio cognoscitivo para vencer la desconfianza generalizada es fundamental para lograr el desarrollo del país. Pero ¿cómo hacerlo si existen instituciones tutelares de la sociedad que diariamente hacen noticia con la demostración de actos corruptos que impiden, por lógica, creer?. He aquí un problema clave de salud mental nacional que depende del modo de percibir la realidad incluyendo "las intenciones del otro". Tal problema sólo podrá superarse si nos unimos sobre la base de una credibilidad mutua. Toca a los responsables de la salud mental del sector salud iniciar el debate sobre ésta, planteándola como tema fundamental ante la conciencia de todos los peruanos.

Desde la perspectiva de la salud mental, el hecho importante a considerar, en virtud de lo expuesto al comienzo del presente escrito, es que tales patrones básicos de percepción y significación de la realidad así como los mecanismos de afronte y estrategias de vida son aprendidos durante toda la existencia, aunque en sus aspectos fundamentales en los primeros cinco años de existencia. En esta línea de pensamiento la salud mental resulta, en último análisis cultura acumulada en el contexto social-familiar donde el sujeto se desenvuelve, sobre la base de un sistema nervioso y, específicamente, un cerebro normalmente funcionante.

Como tal, reiteramos, la salud mental es susceptible de ser modificada y transferida, y de hecho lo es, no sólo por la educación formal, que se imparte en escuelas y universidades, sino, por la informal, que se da en el núcleo familiar y en la "universidad de la calle".

Cómo médico y líder social, nos corresponde apoyar este proceso. De nuestro compromiso y madurez dependerá, en gran parte, el futuro desarrollo del Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bandura A. Principle of behavior modification. Holt y Rinehart and Winston, Inc. New York. 1969.
2. De Soto H, Ghersi E, Ghibellini M. El otro sendero. 1era. Edición. Instituto Libertad y Democracia. Lima. 1986.
3. Hayashi S, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Novara J. Prevalencia de Vida de transtornos mentales en Independencia (Lima-Perú) Anales de Salud Mental 1985; Vol I N° 1: 2- 206.
4. Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de Vida de Transtornos en Independencia (Lima-Perú) Anales de Salud Mental 1990; Vol. VI N° 1 y 2: 9-20.

5. Peralas A. Salud Mental y Desarrollo. Anales de Salud Mental 1988; Vol. IV N° IV N° 1 y 2: 125-134.
6. Peralas A. Concepto de Salud Mental; La experiencia peruana. Anales de Salud Mental. 1989; Vol V N° 1 y 2: 103-110.