

ACTUALIZACIONES

LA SALUD MENTAL EN EL AREA MATERNOINFANTIL*

1. INTRODUCCION

1.1 La organización del conocimiento

El conocimiento es un complejo proceso dialéctico, a través del cual la razón va penetrando en la esencia de las cosas. Esta capacidad le permite al hombre reflejar la realidad, interpretar sus leyes y buscar los mecanismos de su transformación. El conocimiento posee un carácter histórico y se desarrolla de acuerdo a las exigencias de la sociedad, siendo su fin primordial y básico, la búsqueda de la satisfacción de las necesidades materiales y espirituales que son significativas desde una perspectiva social. El conocimiento emerge entonces de la actividad práctica de los hombres y su meta es la transformación de la realidad.

En principio, el reflejo de las cosas y fenómenos del mundo objetivo —que existen independientemente de la conciencia— se hace a través del conocimiento sensorial: sensaciones, percepciones, que permitirán la posterior elaboración de representaciones y pensamientos. En la estructuración del pensamiento, tiene importancia el camino descrito, pero también hay que tomar en cuenta la personalidad del sujeto, su actividad práctica y su grado de aprehensión de la experiencia de la humanidad. Así, el re-

* Trabajo presentado en la "III Reunión del grupo de Estudio en Integración de la Enseñanza en Salud Materno-Infantil y Reproducción Humana". San José de Costa Rica, 31 de octubre - 9 de noviembre, 1976.

** Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Unidad de Psiquiatría Social, Hospital "J. Endara".

flejo objetivo de la realidad se transforma en un fenómeno subjetivo.

Para alcanzar esta comprensión, el pensamiento del hombre cumple un proceso evolutivo, cuyo último fin es la adquisición de un procedimiento lógico-concreto en la elaboración de los juicios, en el establecimiento de conceptos y en la obtención de conclusiones. En este proceso se viven crisis y se enfrentan reordenamientos, pero de lo que se trata es de romper los obstáculos y entender al mundo para de ese modo tratar de modificarlo.

1.2 Medicina y estructura social

Los conceptos y prácticas que utiliza la medicina, deben ser analizados como parte de la estructura social, ya que son el resultado de la forma como está organizada la sociedad, en un momento dado de su desarrollo histórico. En este contexto, partimos del hecho de que el "modo de producción" es el factor básico que determina la forma de articulación de la medicina a la estructura social⁽¹⁾, siendo el momento económico, el que en última instancia estatuye el instante, sitio y forma de esta articulación.

Los conceptos de salud y enfermedad, y las prácticas médicas asumen así un carácter dialéctico y se enmarcan en el conjunto de las relaciones técnicas y sociales de producción. En la evolución de la sociedad, los referentes conceptuales y empíricos de la salud han cambiado, la interpretación de la enfermedad y sus "daños" ha sido diferente, la noción de normalidad y anormalidad ha variado, siempre en concordancia con el quehacer productivo y la ideología dominante de la formación social.

1.3 Salud y enfermedad mental

El concepto de enfermedad mental es el indicador más claro de la articulación entre medicina y estructura social, ya que tanto a nivel de las relaciones de producción como desde el punto de vista supraestructural se ha manejado históricamente al enfermo mental y la noción de su enfermedad. Los supuestos del sentido común, los postulados precientíficos, impregnan la definición de enfermedad mental por largas épocas. Solo últimamente la ciencia toma atención especial del fenómeno, tanto porque en su interior se presentan elementos especiales, como por sus repercusiones a nivel social. El tratamiento de la enfermedad mental, ha evolucionado exactamente en concordancia con la idea que se ha tenido acerca de su origen, evolución y resolución; así, se han utilizado tratamientos mágico-religiosos, empíricos y científicos.

Conforme ha desarrollado el estudio y resolución del "supuesto fenómeno negativo": la enfermedad, se ha tomado conciencia de su "supuesto contrario", la salud mental. Primero surge la certeza de que entre lo normal y lo patológico no hay diferencias cualitativas, sino de grados; y, posteriormente se establece que al hablar de enfermedad, se la debe considerar una nueva noción de la existencia, en cuya conformación es necesario el exhaustivo análisis de sus antecedentes⁽²⁾.

Es así como va surgiendo una ideología y una práctica de la salud mental, los conflictos no emergen básicamente del interior de los hombres, sino que son productos de su vida en sociedad; y, es a nivel de esta configuración donde debe plantearse la práctica. En 1973, el Comité de Expertos

de la OPS/OMS, elaboró un concepto de salud mental, que es necesario anotar: "es la condición de la vida humana que resulta de un armónico desarrollo, intelectual, emocional y social del individuo, y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro del bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio"⁽³⁾.

En una perspectiva médica integral, salud mental no sólo significa ausencia de enfermedad, ni siquiera "normalidad mental", sino que es más bien una capacidad "que permite contribuir a modificar la realidad y a uno mismo, con imaginación sociológica, vinculaciones afectivas profundas, con imaginación sociológica, vinculaciones afectivas profundas, condiciones para establecer relaciones y contradicciones, tolerancia a la frustración y la ambigüedad"⁽⁴⁾.

1.4 El campo de la salud materno-infantil

Al interior de la medicina y sus regiones —educación y práctica médicas, producción de conocimientos científicos— el campo de la salud materno-infantil tiene una gran importancia, a pesar de las dificultades de su determinación espacio-temporal, toda vez que no se sabe exactamente donde comienza o termina su acción. Salud materno-infantil es un concepto tan amplio que puede conducir a generalizaciones ambiguas e inclusive a reducciones equívocas. Así por ejemplo, se puede decir que su área de acción se extiende a todo el ciclo reproductivo de la mujer o a todo el período de desarrollo infantil, o también se puede reducir determinadas conductas, únicamente, a la relación afectiva madre-hijo, olvi-

dando las interacciones familiares, sociales, etc.

Sin embargo, pensamos que al tratar de llegar a la definición de lo que "le corresponde" a la salud materno-infantil, no debe ser motivo de largas discusiones o reuniones, ya que no aportaría mayores posibilidades en referencia a su consideración. Creemos que mayor valor tiene, conocer que el tipo de teoría y práctica que se va a aplicar, son adecuados a la realidad del objeto y que se va a trabajar en sentido dialéctico, es decir, adaptando cambios, confrontando hipótesis.

1.5 La salud mental materno-infantil

La salud mental en el área materno-infantil está en pleno período de estudio y consolidación, de tal manera que es una zona que puede dar lugar a la formulación de varias hipótesis de trabajo. Es indudable que fenómenos tales como reproducción, desarrollo, relación madre-hijo, etc., contengan en su interior o generen conflictos que puedan alterar la salud mental, ya que son procesos que se encuentran en la confluencia de las más variadas acciones orgánicas y medio ambientales. Así, estos conflictos, no solamente podrán ser examinados como productos de la conducta de los hombres, sino básicamente como resultados de las relaciones del hombre con la cultura del medio, entendida en sentido histórico.

En el área materno-infantil, se han señalado varios problemas psíquicos e igualmente se han determinado necesidades de salud mental.

Dadas las múltiples relaciones entre sistema endocrino, sistema nervioso y medio ambiente, el período reproductivo de la mu-

jer, se desarrolla en un plano en el cual los niveles de la salud mental pueden tener variaciones, modificaciones, o cambios significativos orientados a zonas patológicas. En efecto, se conocen las modificaciones de la conducta y se han determinado verdaderos cuadros psiquiátricos que pueden acompañar al período de maduración sexual, concepción, embarazo, parto, puerperio y lactancia.

La pubertad y la adolescencia son épocas de confrontación de elementos madurativos y nuevas concepciones culturales de la sexualidad. La conducta se transforma y en el proceso surgen necesidades, que de no ser satisfechas pueden afectar los cambios normales y dar lugar a la generación inmediata o posterior de conflictos significativos. El desarrollo futuro de la vida afectiva, el modo de práctica de la sexualidad dan también lugar a problemas psíquicos que deben ser evaluados.

Se han realizado varios estudios sobre las necesidades y los trastornos de la salud mental de la concepción y embarazo, de la contracepción y aborto. En el embarazo se han señalado una serie de factores que pueden conducir al aborto, o en el caso de aceptación, a sobrellevar anormalmente el período de gestación o a desarrollar patologías específicas como neurosis, psicosis, enfermedades psicofisiológicas, etc. Estos factores, en resumen, son los siguientes:

- Rechazo al embarazo.
- Temor al parto.
- Temor a que se compliquen las situaciones socioeconómicas.
- Miedo a perder el cariño del esposo.
- Temor al nacimiento de un niño enfermo.
- Temor a no ser capaz de conducir adecuadamente el desarrollo del niño, etc.

En relación al aborto, en un amplio estudio sobre aspectos epidemiológicos y prácticos, se reportó que: "la gran mayoría de mujeres que recurren al aborto, son casadas o viviendo en unión estable, entre 20 y 24 años de edad, tienen dos y cuatro niños y además, dificultades económicas y emocionales para cuidar un nuevo niño"⁽⁵⁾. Cuando se hizo un listado de las principales causas que inducen al aborto, se anotó lo siguiente:

- Insuficiente ingreso.
- Familia numerosa.
- Problemas maritales.
- Estado precario de salud
- Separación marital
- Temor a familia numerosa.
- Relaciones premaritales⁽⁶⁾.

Según los reportes anteriores, en el aborto hay muchas variables a considerar y no es posible hacer reducciones. De hecho hay factores psicológicos alrededor de la problemática del aborto: en la toma de decisión, realización y consecuencias.

El parto se describe como una experiencia única en la vida de la mujer⁽⁷⁾, tanto si el proceso decurrió sin mayores complicaciones, como si la ansiedad y el miedo fueron evidentes, hasta los extremos de la sensación de muerte inminente. La futura relación de aceptación o rechazo al niño, puede ser el resultado de la experiencia del trabajo de parto.

El puerperio y el inicio de la lactancia, provocan también problemas afectivos y alteraciones de la relación madre-hijo; la falta de preparación materna, las dificultades de la lactancia, las situaciones familiares, los factores socioeconómicos, son variables a considerar.

La relación madre-hijo, ha sido objeto de importantes investigaciones especialmente a partir de la publicación de la monografía de Bowlby (1951), que desarrolló el tema de las consecuencias de la privación de cuidados maternos en niños pequeños. Según el autor: "la privación parcial trae consigo ansiedad aguda, exceso de anhelo de amor, de poderosos sentimientos de venganza y, como consecuencia de éstos, los de culpabilidad y depresión... La privación absoluta, determina otros efectos de mayor alcance en el desarrollo del carácter, que pueden llegar hasta invalidar por entero su capacidad de adaptación social"⁽⁸⁾. Estas y otras conclusiones del autor han sido criticadas y ampliamente revisadas⁽⁹⁾, sin que esto haya restado el valor de sus trabajos. El estudio de la privación de cuidados maternos en nuestros países latinoamericanos, ofrece enormes perspectivas para la investigación y el planteamiento práctico de soluciones.

El desarrollo del niño —el proceso, las necesidades y conflictos—, ha llamado la atención de varios autores que han dedicado vidas enteras a su estudio. En el análisis se han utilizado diferentes esquemas teóricos. Las observaciones iniciales postularon los factores hereditarios como los primordiales y el desarrollo del niño fue considerado como un "desenvolverse" de algo previamente elaborado. Posteriormente, los trabajos se han encaminado hacia la determinación de las influencias medio-ambientales y los factores culturales e históricos en la evolución del niño.

Señalamos la importancia de los trabajos de Gesell en este campo. Este autor elabora sus escalas de desarrollo sobre esquemas morfogenéticos y predeterministas, donde el desarrollo del niño puede ser eva-

luado por la forma como se comporta, pero guardando siempre secuencia al interior de "niveles". Estas escalas son descriptivas, se cumplen en un orden cronológico y dan un valor estadístico en términos de cociente de desarrollo⁽¹⁰⁾. Los trabajos de Gesell son ampliamente conocidos en psicología infantil.

Con toda seguridad, los aportes más valiosos en psicología del desarrollo son los que han dado Piaget y Wallon, el primero en el campo de las operaciones intelectuales y el segundo en el desarrollo emocional y la socialización, tomando como punto de partida el materialismo dialéctico⁽¹¹⁻¹²⁾. "En realidad estas aportaciones constituyen todo un cuerpo de doctrina, en que sincronía y diacronía son complementarias. Dan valor al aspecto cualitativo de la evolución psíquica del niño, por oposición a aquellas que tienden a establecer unas medidas y que consideran que los cambios sólo pueden ser captados cuantitativamente. Piaget y Wallon, representan el desarrollo psíquico como estructuración progresiva que se produce por interacción entre el individuo y el medio ambiente. Piensan en una auténtica génesis de la psique, frente a la idea del desarrollo como realización progresiva de funciones predeterminadas"⁽¹³⁾.

En América Latina, se han efectuado y se llevan a cabo al momento, varias investigaciones sobre desarrollo infantil (Monckeberg en Chile, Fierro en Ecuador, INCAP en Guatemala y Cravioto en México, etc.); estos estudios tienen como tema central la determinación de la relación entre malnutrición calórico-proteica y desarrollo mental, mediante la aplicación de varios instrumentos psicométricos y la utilización de diferentes referentes conceptuales. Una labor encomiable sería la de recolectar esas

informaciones, analizar el tipo de instrumentos utilizados y llegar a valorar el aporte de los autores latinoamericanos en este tipo de conocimiento.

La protección y dirección del desarrollo del niño, debe constituirse en elemental preocupación, no sólo de los estamentos médicos, sino de otras profesiones e instituciones, ya que en este tiempo surgen necesidades básicas que deben ser colmadas y, al mismo tiempo se organiza el futuro del niño en todas las direcciones. En nuestros países, los padres tienen escaso o nulo acceso a las informaciones sobre las características de la psicología infantil, hay una evidente restricción de las experiencias en el manejo de los niños y como consecuencia se pueden dar omisiones o equivocaciones, conformar tempranas manifestaciones de rechazo u oposición, aceptación y sumisión que de mantenerse o complicarse, se convertirán en problemas específicos catalogados dentro de la patología mental.

Hay pocas informaciones sobre las influencias culturales en el desarrollo psicológico del niño, especialmente en nuestros países, de tal manera que su estudio daría luz sobre varios aspectos desconocidos del problema y se evitaría así las adaptaciones de distintos esquemas y sobre todo las grandes generalizaciones.

En salud mental infantil, no se puede pasar por alto el tema del retraso mental en los países latinoamericanos. Observaciones realizadas han demostrado clara y repetidamente la gran saturación de las influencias medioambientales (tanto en el período prenatal como en el posnatal), en la etiología del retraso mental. La desnutrición calórico-proteica, la carencia crónica de yodo (en países andinos) y los factores culturales, se

señalan entre las causas básicas del retraso mental. "La elevada prevalencia del retraso mental y de la epilepsia en ciertos países de América Latina, podría explicarse en parte por el hecho de que los niños cuyas madres no han recibido cuidados obstétricos adecuados están expuestos, en mayor medida a que su sistema nervioso sufra alteraciones, de la misma manera una alta proporción de niños no son debidamente protegidos frente a enfermedades relacionadas con el ambiente, a lo que se suma como factor coadyuvante la mala nutrición. En caso de retraso mental hay que agregar otro elemento de importancia: los niños de las clases pobres, que constituyen la mayoría, no reciben en los primeros años de su vida suficientes estímulos psicosociales y como consecuencia, algunos de ellos al llegar a la edad escolar presentan un cuadro de retraso mental funcional el cual se manifiesta en un rendimiento escolar bajo⁽¹⁴⁾.

Los trastornos de conducta, epilepsia infantil, delincuencia infantil y juvenil son áreas abiertas al estudio.

En fin, la temática de la salud mental materno-infantil, es amplia y su conocimiento y búsqueda de soluciones constituye un reto para todas las personas, disciplinas e instituciones involucradas.

2. ALTERNATIVAS

El análisis de las informaciones anteriores permite entrever una gran problemática, la misma que debe ser considerada como parte de una totalidad mayor. La salud mental representa un aspecto del bienestar del hombre, es una de sus tantas necesidades y sólo se la puede particularizar en tér-

minos didácticos u operativos. Así, por ejemplo, no será posible hablar de salud mental de la embarazada utilizando únicamente el lenguaje de la psicología o la psiquiatría, sino que será necesario tomar en cuenta múltiples variables. Esto implica un enfoque multidisciplinario, que es el único camino para la comprensión real del objeto y la única posibilidad para la generación de soluciones vallederas. De este modo, estamos por la inclusión de la temática de la salud mental, en todos los niveles de trabajo del área materno-infantil, debiéndose encontrar los mecanismos más adecuados para alcanzar este objetivo.

A continuación plantearemos para la discusión algunos puntos de vista, en relación con educación médica, docencia e investigación, partiendo del señalamiento de prioridades en cada uno de estos tres aspectos.

2.1 Educación médica

Tanto en el currículum, como en el plan de estudios de las escuelas de medicina de América Latina, constan algunos temas de salud mental materno-infantil, diseminados en el proceso de enseñanza-aprendizaje de áreas tales como psicología, psiquiatría, pediatría, ginecología y obstetricia⁽¹⁾. Estos temas no se refieren al área materno-infantil como tal, pero pueden ser considerados como parte de su currículum. Un somero análisis de esta situación permite encontrar la ausencia de algunos contenidos y la falta de coordinación y peor integración.

Creemos que deben señalarse objetivos básicos y partir de ellos, los contenidos y planes. Los objetivos deben mencionar cla-

ramente las necesidades del médico latinoamericano en términos de conocimientos, prácticas y actitudes. Los objetivos deben tomar en cuenta las particularidades de cada región, su desarrollo histórico y social. Los contenidos en general deben referirse a temas globalizadores como: sociología y medicina, psicología evolutiva, psiquiatría infantil, psicología social, crecimiento y desarrollo, psicología de la concepción, embarazo, parto, puerperio y lactancia; psicología de la contracepción, esterilidad, aborto; relación médico-paciente. La distribución del currículum debe hacerse guardando cierta lógica y coherencia y sobre todo debe ser el material que permita la coordinación de la enseñanza. Desde el punto de vista metodológico, el proceso de enseñanza-aprendizaje debe vincular la teoría y la práctica, estudio y trabajo, siempre al interior del contexto social del medio. Cuando se abra el camino hacia la reforma, como ha sucedido en la Escuela de Medicina de Costa Rica, la creación de la Unidad Materno-infantil, supone una gran apertura hacia la consideración de la salud mental, al interior de un concepto-generalizador⁽¹⁵⁾.

La enseñanza de salud mental materno-infantil debe ser parte importante de la formación integral de otros recursos humanos en salud: enfermeras, auxiliares. Se conoce poco acerca del tipo de formación específica del tema que estamos considerando en el personal técnico medio que en la práctica, es el que se mueve mucho más cerca del núcleo social de la familia. Se debe propender a que se incrementen los conocimientos y prácticas de salud mental a estos grupos⁽¹⁶⁾.

En el equipo de salud, el trabajador social es ya un elemento imprescindible, las facultades de medicina deben coordinar ca-

da vez más sus labores con las escuelas de trabajo social de tal manera que su formación en el campo de la salud sea más completa.

2.2 Práctica médica

Se ha mencionado que la salud materno-infantil, es en la práctica una actividad prioritaria de los servicios de salud y "que podría postularse como el cuidado integral y continuo, durante los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo humanos, incluyendo la ejecución de actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de la madre y el niño, y orientadas a los individuos, las familias y la comunidad"⁽¹⁷⁾. Las características generales del desarrollo económico social de los países latinoamericanos, condicionan un bajo nivel de salud del binomio madre-hijo y los recursos humanos y materiales son insuficientes y mal distribuidos.

Se debe propender a una integración de los servicios médicos y a la inclusión de la temática de la salud mental, en los planes generales de salud. "La problemática de la salud materno-infantil merece un trato preferencial y en consecuencia, es indispensable dedicar gran parte de los recursos, de los esfuerzos y proteger íntegramente a ese grupo de la población"⁽¹⁷⁾.

Es fundamental la participación de la comunidad en la programación de las acciones; únicamente, cuando se perciba a la salud como parte del proceso reivindicatorio de la sociedad, los programas se cumplirán y tendrán éxito.

2.3 Investigación

La producción de conocimientos científicos en salud mental materno-infantil en

América Latina es escasa, en correspondencia con el nivel de desarrollo de la psiquiatría y salud mental en general, que han estado sometidos a una gran relegación por parte de los estamentos ordenadores de la educación y la práctica médicas. Las necesidades de la atención psiquiátrica han limitado el tiempo y los recursos dedicados a la investigación. Hay pocos profesionales dedicados a esta tarea, los centros de adiestramiento son muy escasos y el financiamiento es un factor que imposibilita realizaciones aceptables. Sin embargo, señalamos que se han efectuado grandes esfuerzos y generado aportaciones valiosas; pero necesitamos seguir produciendo, «necesitamos una investigación centrada en los temas latinoamericanos... si no la emprendemos y llevamos adelante con perseverancia y seriedad nuestra mentalidad quedará considerablemente en 'condición colonial', con respecto a los países adelantados, en ingrata condición de dependencia, en posición favorable a la mistificación de lo nuestro, en favorecimiento de lo imitativo, en suma, en la sujeción a la llamada 'cultura de la dominación'»⁽¹⁸⁾. En otro documento preparado para esta Reunión⁽¹⁹⁾, se analiza la situación de la investigación materno-infantil, se hacen propuestas temáticas y se establecen metodologías; por nuestra parte anotamos a continuación algunos puntos que creemos prioritarios en términos de salud mental.

Nivel del niño

- Recopilación y análisis crítico de los trabajos latinoamericanos sobre desnutrición y desarrollo mental.
- Aplicación de nuevas hipótesis y métodos en el estudio de la relación entre desnutrición y desarrollo mental.

- Efectos de la privación de cuidados maternos.
- Problemas de sueño y control de esfínteres en niños de diferentes clases sociales.
- Trastornos de conducta en la infancia.
- El niño enfermo: componente psicológico.
- Trastornos específicos: retardo mental, epilepsia, etc.
- Trastornos del aprendizaje.
- Medicina tradicional y pediatría.

Nivel materno

- Problemas psicológicos del embarazo.
- Problemas psicológicos del aborto.
- Problemas psicológicos del parto.
- Psicoprofilaxis del parto.
- Problemas psicológicos del puerperio y la lactancia.

- Enfermedad mental y reproducción.
- Medicina tradicional y reproducción.

Nivel familiar

- Sistemas de disciplina y castigos.
- Actitudes paternas: sobreprotección, ansiedad, favoritismo, rechazo.
- Influencias patogenéticas familiares sobre el desarrollo del niño.
- El niño golpeado, el niño abandonado.
- Condiciones socioeconómicas familiares y salud mental infantil.
- Trabajo infantil y salud mental.

Nivel social

- Sociedad y salud mental maternoinfantil.
- Legislación y salud mental maternoinfantil.
- Relación médico-paciente.
- Yatrogenia.

BIBLIOGRAFIA

1. GARCIA, J. C.: La Educación Médica en América Latina. OPS/OMS, Washington, 1972.
2. CANGUILHEM, CH.: Lo normal y lo patológico. Presses Universitaires de France, París, 1966.
3. Comité de Expertos de la OPS/OMS: Enseñanza de salud mental en las escuelas de medicina de la América Latina. Educación Médica y Salud, 8: 420, 1974.
4. WEINSTEIN, L.: Salud mental y proceso de cambio. ECRO, Buenos Aires, 1975.
5. VIEL, B.: Patterns of Induced Abortion in Chile and Selected other Latin American Countries. En: Epidemiology of Abortion and Practices of Fertility Regulation in Latin America: Selected Reports. PAHO, (pub. Cient. 306), Washington, D. C., 1975.
6. ORDOÑEZ, B. R.: Induced Abortion in Mexico City, Ibid.
7. VARON, N.: Control del miedo y la ansiedad durante el trabajo de parto. En: Psiquiatría en América Latina. Anales del VIII Congreso Colombiano y V Latinoamericano. Tercer Mundo, Bogotá, 1968.
8. BOWLBY, J.: Los cuidados maternos y la salud mental. OPS (Pub. Cient. 164), Washington, D. C., 1963.
9. AINSWOZTH, M. D. y otros: Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias. OMS (Cuadernos de Salud Pública 14), Ginebra, 1963.