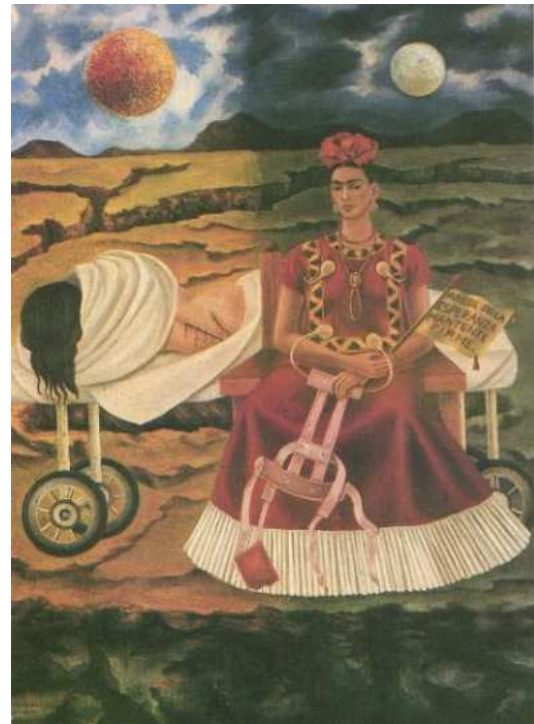


# Salud mental



## Diagnóstico departamento de Matagalpa

Realizado por: Colectivo de mujeres de Matagalpa

Matagalpa-Nicaragua. Agosto 2006

**Realizado por:** Colectivo de Mujeres de Matagalpa. Área de salud  
Ana Ara, Zoraida Torres, Carlos Fuentes  
Equipo Colaboradores: Machú Ara, Danelia López, Leo Arguello, Benoit Marchand, Carlos Berrios, Silvia Manzanares

**Personas informantes:**

Jamileth Alegría González, Directora de Salud Municipio de Matagalpa  
Santos C Altamirano, Subdirector Hospital Regional Cesar Amador Molina- Matagalpa  
Jorge Alejandro Martínez (Responsable programa salud Mental SILAIS Matagalpa).  
Lidia Jiménez Uriarte (Licenciada en trabajo social Hospital psiquiátrico de Managua)  
Jairo Chavez Salazar ( Responsable atención psiquiatrica departamento de Matagalpa)  
Claudia Azucena Leyva Vazquez ( Responsable atención psicologica Municipio de Matagalpa)  
Katia Urbina, Municipio Río Blanco  
Janeth Arauz, Municipio Matiguás  
Ana Cecilia José, Municipio Muy Muy  
Araceli Lacayo, Municipio Esquipulas  
Yesenia Reyes Laguna, Municipio San Dionisio  
Oscar Alvarado, Municipio San Ramón  
Norma Torres, Municipio de Paiwas  
Esperanza de Socorro Martínez Chavaría, Municipio de Sébaco  
Isaac Mayrena, Municipio de Rancho Grande  
Isabel del Socorro Sequeiro Miranda Municipio de La Dalia  
Carmen Marina Zúñiga, Municipio de Darío  
Karla Vanesa, Municipio de Terragona  
Zeneyda García, Municipio de San Isidro  
Jenny Isabel González, Municipio de Waslala  
Luisa Pérez Herran, Grupo Venancia  
Blanca Vargas, Asociación La Amistad  
Elba Urbina, Ixchen Matagalpa  
Juan Raúl Soza Ortega, Los Pipitos  
Ana Belen Blandón, Casa de la mujer Hawkins- AMLAE  
Janeth Castillo, Movimiento Comunal Nicaragüense  
Rosalía Gurdián, Proyecto salud mental  
Rebeca Trujillo, Familias Especiales  
Alcohólicos Anónimos  
Recreación sana  
Argentina Olivas, radio Voz  
Yalquiria Pineda, Colectivo de Mujeres de Matagalpa  
Justo Pastor, UNN (Universidad del Norte de Nicaragua)  
Sergio Calero, UNN (Universidad del Norte de Nicaragua)  
Víctor Gutiérrez Laguna ( UNAN-Matagalpa)  
Personas con problemas de salud mental y familiares;  
Francisca, Maria Jesús, Paula, Maria Dolores, Danelia, Herlin José, Patrocinio, Maria Auxiliadora,  
Carmen, Dominga, Marcelina, Dolores, Isidora, Virgilio, Gladis, Oscar, Eddy, Yasmina,  
Silvia Edith Tinoco Sobalvarro

**Organismos e instituciones**

SILAIS Matagalpa y 15 Municipios del departamento de Matagalpa  
Farmacia OSIRIS, Farmacia Mil Flores, Farmacia San Benito  
HRCAM y Hospital Psiquiátrico de Managua  
UNAN y UNN Matagalpa  
Colectivo de Mujeres de Matagalpa, Grupo Venancia, IXCHEN, Casa de la Mujer AMNLAE, Escuela especial Amistad, AIS-Nicaragua, Los Pipitos, Familias Especiales, Movimiento Comunal, Proyecto salud mental, Grupo Amistad,  
Medios de comunicación, Radio voz

"Cerrar los manicomios no es tan fácil, porque los seres "normales" tememos tremendamente a los locos. Y para no confesar nuestro temor, entonces nos apartamos de ellos. Por supuesto, hacemos de su enfermedad algo terrible, porque le agregamos el ingrediente de la soledad. Nadie quiere hablar con el loco. Para justificarlo, hemos inventado que el loco es peligroso. Y no digo que no...

Uno de los pasos necesarios para poder cerrar los manicomios, es sacar los "demonios" que los "normales" llevamos dentro. Reconciliarnos con nuestros temores en vez de rebotarlos sobre otros seres humanos (los locos). Aceptar a los enfermos mentales en la familia y en el barrio. Humanizarnos. Amarnos".

(Michele Najlis, escritora y poeta nicaragüense.  
"Cerremos los manicomios")

# Indice

Introducción.....	5
Objetivo .....	7
Metodología .....	7
Historia de la salud mental.....	8
Concepto de salud mental.....	10
Situación mundial de la salud mental .....	12
Problemas detectados .....	16
Resultados .....	18
La red de servicios de salud mental.....	18
Marco jurídico y reglamentario .....	21
Acceso a Medicamentos .....	22
El papel de la sociedad civil .....	23
Formación de recursos .....	27
Asociaciones profesionales.....	27
Personas y familias con problemas de salud mental.....	28
Percepción de la población rural.....	28
Los medios de comunicación.....	30
Espacios que contribuyen a la salud mental .....	31
Expectativas para un programa de salud mental.....	31
Contribución con el programa de salud mental.....	32
Conclusiones del diagnóstico.....	33
Recomendaciones para el programa .....	35
Bibliografía .....	37
Anexo 1.-Esquema de referencia.....	38
Anexo 2.-Estadísticas del suicidio en Nicaragua1990- 2002 .....	39
Anexo 3 Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer.....	41
Anexo 4.- OPS reforma del modelo de atención a la Salud Mental .....	42
Anexo 5.- A propósito del 1 de marzo, ¡Basta ya de agresión televisada! .....	43
Anexo 6.-Determinantes de la saludde la población nicaragüense .....	44
Anexo 7. Daños específicos a la salud.....	46
Anexo 8.- Propuestas de ley de protección de los derechos humanos.....	49
Anexo 9.- Plan Marco Subregional para la protección de la salud Mental .....	52
Anexo 10.- Medicamentos psicotrópicos de la lista básica del MINSA .....	53
Anexo 11. Listado de precios de los medicamentos de la lista básica.....	55
Anexo 12 Nuevo atlas de salud mental de la OMS .....	57
Anexo 13. Una cuestión de derechos humanos .....	59
Anexo 14. Enfermos mentales graves sin atención.....	61

# Antecedentes

El presente diagnóstico se realizó a solicitud de la comisión social del departamento de Matagalpa, tras haber propuesto el Colectivo de Mujeres de Matagalpa la necesidad de impulsar un programa multidisciplinario de salud mental para el departamento de Matagalpa.

# Introducción

La salud mental abarca muchos aspectos de la vida humana, está relacionada con el sentir, las emociones, las relaciones con otras personas y con nuestro entorno, condicionando el actuar y las manifestaciones de nuestra comunicación.

La sociedad ha estereotipado la salud mental clasificándola como “la locura”, y las personas reaccionan en su mayoría con prejuicios ante la problemática, ocultándola, retrasando la solicitud de apoyo, agravando los problemas y llevando a las personas a situaciones extremas, que ameritan tratamientos y acciones más prolongadas o agresivas.

El entorno es un factor importantísimo para mantener la salud mental, sin embargo, la injusticia social, la situación de extrema pobreza, las guerras, los conflictos armados, la represión del estado, el desempleo, la vivienda en malas condiciones, hacinamiento, hambre, cultura de violencia para la resolución de conflictos, violencia hacia la mujer y niñez, violencia sexual, drogadicción, entorno de pandillas, alcoholismo, las consecuencias de fenómenos naturales y desastres humanos, conllevan a aumentar los riesgos de desarrollar problemas emocionales y mentales.

Por otro lado en las políticas públicas no se incluye esta prioridad, por lo tanto no se destina presupuesto, no se desarrollan programas y acciones, existiendo un déficit de servicios informativos, preventivos, curativos y de rehabilitación desde el estado o la sociedad civil, así como de profesionales que puedan cubrir estas necesidades y a su vez tengan acceso a la actualización de su práctica profesional.

En este diagnóstico queremos plasmar la situación en el departamento de Matagalpa, proponiendo estrategias y acciones que puedan ser utilizados para la construcción multisectorial de un programa de salud mental para el departamento de Matagalpa, iniciado conjuntamente entre la sociedad civil y las instituciones del estado.

Se ha realizado en base a análisis documental y entrevistas a personas informantes claves, desde algunas personas y familiares con problemas de salud mental, la percepción de las comunidades rurales, hasta los responsables del nivel central y hospital de referencia.

Es un documento base donde todas y todos podemos participar aportando desde nuestra visión para que sea una herramienta de trabajo válida, completa y útil.

## Objetivo

- Contar con un diagnóstico de la salud mental en el departamento de Matagalpa como insumo para desarrollar el programa de salud mental una necesidad urgente en el departamento de Matagalpa

## Metodología

El presente diagnóstico se ha realizado combinando revisión bibliográfica documental y entrevistas a informantes claves.

La revisión bibliográfica en dos grandes bloques:

Uno los aspectos generales de la salud mental a nivel mundial, latinoamericano y centro americano.

Documentos específicos en Nicaragua; Políticas públicas, Normas terapéuticas, Protocolos de atención, Plan nacional de salud, Registro de medicamentos, Formularios Nacionales y Lista básica, Información a la población, Leyes, Planes de estudios.

Las entrevistas a informantes claves cubriendo desde nivel nacional al nivel familiar

La red de servicios de atención en salud mental referencia Municipal, departamental y nacional del Ministerio de salud.

Responsables de las instancias de gestión y regulación del Ministerio de salud nivel nacional y departamental.

Universidades formadoras de recursos de psicología y psiquiatría.

Organismos de la sociedad civil vinculados en atención y prevención de problemas de salud mental.

Medios de comunicación.

Pobladoras de comunidades rurales.

Familiares y personas con problemas de salud mental.

# Historia de la salud mental

La historia de la salud mental es tan antigua como la historia de la humanidad. Lo que ha cambiado es el concepto según han ido evolucionando los conocimientos científicos y formas de entender la salud y enfermedad.

Las antiguas civilizaciones tenían una concepción mágica de gran parte de las enfermedades, en especial de los trastornos psíquicos, las afecciones mentales eran consideradas como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.

Los egipcios describieron el trastorno emocional denominado luego como "histeria" por los griegos, atribuyéndolo a una malposición del útero, por lo cual fumigaban la vagina como tratamiento, con la intención de devolverlo a su posición original.

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. Emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente.

Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. También fue pionero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria.

En la época medieval la Iglesia Católica excluyó a la psiquiatría de la medicina, pero no pudo abolirla, pues reapareció bajo el nombre de demonología. Así pues, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas, y la demonología debía estudiar los signos o estigmas de posesión diabólica. La actitud hacia los enfermos variaba entre el rechazo y la tolerancia, renació el primitivismo y la brujería, con lo que reapareció el modelo extranatural de la enfermedad mental, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres, atribuyendo a la vez la causa de todas las enfermedades mentales al demonio. El "tratamiento" prescrito para la enfermedad mental fue entonces la tortura y la cremación como un acto de piedad, para "liberar el alma" del "desdichado".

En 1409 se funda el primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia, España.

Las personas con psicosis permanecían recluidas en asilos, pues se les consideraba una especie de "alienados". Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. Los directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente, y se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, a lo que se sumaba que debían soportar los inhumanos tratamientos: eméticos, purgantes, sangrías y torturas.

En 1800 comienza la Psiquiatría Científica, La contribución fundamental fue cambiar la actitud de la sociedad hacia las personas enfermas mentales para que sean consideradas como seres humanos merecedoras de un tratamiento médico. En esta época se inició el término psiquiatría, psicósomático, psicopatía, las enfermedades mentales son patologías cerebrales; "psicoterapia".

A mediados del siglo XIX ocurre la Tercera Revolución Psiquiátrica. Hay que acercarse al lecho "del enfermo" y observarlo. Hay que escucharlo y comprenderlo. La investigación clínica, da especial valor al estudio del curso completo de la enfermedad. Y Freud, por su

parte, descubre que el ser humano tiene algo más que la mente consciente, creando en 1896 el "psicoanálisis"

Posteriormente el psicoanálisis comienza a desgranarse en múltiples escuelas. En plena expansión del psicoanálisis el ruso Pavlov (1849-1936) en sus experimentos sobre conducta aprendida y no aprendida da origen al conductismo o Psicología del Comportamiento

Se desarrollan también otro tipo de psicoterapias, como es la psicoterapia centrada en la persona; la terapia gestáltica busca el alivio terapéutico de una experiencia dolorosa para el tratamiento de la neurosis.

En la década de los 60, surge la llamada antipsiquiatría. Este movimiento cuestionó a la familia y al estado, convirtiendo la enfermedad mental en un mito, un rótulo arbitrario utilizado para descalificar a ciertas personas. Otros tratamientos utilizados a lo largo del siglo XX han sido: la inducción de malaria en pacientes con parias generales, el coma insulínico, el electrochoque y la psicocirugía.

En el ámbito de la Psicofarmacología, en 1952 se demostraron las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina, el primer tratamiento efectivo contra la esquizofrenia. En los siguientes años aparecieron nuevos antipsicóticos fenotiazínicos y de otros grupos. Se sintetizó la clozapina, los efectos antidepresivos de la imipramina (del grupo de los tricíclicos) y de la fenelzina (del grupo de los inhibidores de la monoaminooxidasa). En 1987 se introdujo la fluoxetina, el primer inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina. La aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad. Actualmente existe una gran variedad de psicofármacos, buscándose cada vez mayor eficacia y selectividad de acción, con menos efectos colaterales.

Al comenzar el siglo XX, sólo se conocían cinco fármacos con propiedades sedantes: bromuro, hidrato de cloral, paraldehído, uretano y sulfonal. La aparición del fenobarbital, dio lugar a la síntesis de 2500 barbitúricos, se sintetizó el clordiazepóxido, los efectos del litio para el tratamiento de pacientes maníacos, Sin embargo, debido a los temores que despertaba este elemento por su toxicidad, recién en 1970 la FDA aprobó su uso en los Estados Unidos

La peculiaridad histórica más importante de la Psiquiatría es el de ser la más joven de las ramas de la Medicina, ya que ha sido la última de las especialidades médicas en ser aceptada como tal. A lo largo de la historia las enfermedades mentales, al igual que el resto de las enfermedades, han sido terreno de la magia y la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social en la mucho más reciente antipsiquiatría. Pero se ha avanzado bastante desde entonces, tanto en el estudio de la parte biológica, genética, neurofisiológica, y epidemiológica de la psiquiatría, como en la uniformización de criterios diagnósticos y de lenguaje en psiquiatría, considerándose una nueva revolución actualmente en proceso.

# Concepto de salud mental<sup>1</sup>

Partimos de la definición de la O.M.S. de salud como “Estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”, aceptamos que el estado mental forma parte como algo indisociable del estado de salud de cualquier persona.

La salud es dinámica, está ligada a las condiciones de vida, a los avances científicos y a la evolución de la cultura, las actitudes de la población respecto a la salud cambian en la medida que se modifican los valores sociales, hoy se consideran aspectos como el entorno, el equilibrio entre las personas y su medio ambiente, los factores de riesgo, los estilos de vida, la educación sanitaria y todo cuanto contribuya a su promoción, fomento y prevención.

La salud de la población depende, en parte, de la forma en que las acciones políticas condicionan el medio y crean aquellas circunstancias que favorecen la confianza en sí, la autonomía y la dignidad para todas las personas, especialmente las más desposeídas. Los niveles de salud, en consecuencia, serán óptimos cuando el ambiente favorezca una capacidad de afrontamiento eficaz, autónoma, personal y responsable.

La salud mental es mucho más que la ausencia de trastorno mental. La salud mental es una condición que todas las personas queremos poseer.

Cuando hablamos de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción, casi siempre nos estamos refiriendo a la salud mental.

Según la Federación Mundial para la Salud Mental, la salud mental tiene que ver con:

- ¿Cómo nos sentimos con nosotros mismos?
- ¿Cómo nos sentimos con los demás?
- ¿En qué forma respondemos a las demandas de la vida?

No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. Existe una gama de grados de salud mental y nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental.

---

<sup>1</sup> Basado en la recopilación realizada por GERMÁN PACHECO BORRELLA. Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Mental y Licenciado en Antropología Social y Cultural.

Algunas características de las personas mentalmente sanas:

**1. Están satisfechas consigo mismo.**

- No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).
- Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida.
- Tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a las demás y son capaces de reírse de sí mismas.
- Ni subestiman ni sobrevaloran sus habilidades.
- Se respetan a sí mismas.
- Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.
- Consiguen placer de las cosas simples de la vida cotidiana.

**2. Se sienten bien con las demás personas.**

- Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de las demás.
- Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.
- Les gusta confiar en las demás y sentir que las otras confían en ellas.
- Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- No se aprovechan de las demás ni dejan que se les utilice.
- Se sienten parte de un grupo.
- Se consideran implicadas en los avatares que afectan a la sociedad.

**3. Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.**

- Enfrentan sus problemas a medida que se van presentando.
- Aceptan sus responsabilidades.
- Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario.
- Planifican para el futuro, al que enfrentan sin temor.
- Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas.
- Hacen uso de sus dotes y aptitudes.
- Se fijan sus metas ajustándose a la realidad.
- Son capaces de tomar sus propias decisiones.
- Consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen.

# Situación mundial de la salud mental

Se estima que el número de personas con trastornos mentales en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en el 2010<sup>2</sup>. Ya en el año 2000, este tipo de trastornos representaba un 24% de las enfermedades en la Región, siendo la depresión la principal causa.

Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media de 1%; la depresión mayor 4,9%. La frecuencia de enfermedad fue casi el doble en mujeres que en hombres. Las mujeres también mostraron índices y frecuencias más altos de ansiedad generalizada que en varones. Sin embargo en el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7% son extremadamente altas en los hombres.

Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol, no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio generalizado o en uno de tipo general.<sup>3</sup>

La actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora, y las tasas actuales probablemente subestiman el número de personas sin atención.

La transición epidemiológica y los cambios en la composición poblacional acentuarán aún más la brecha en la atención en América Latina y el Caribe, a no ser que se formulen nuevas políticas de salud mental o que se actualicen las existentes, procurando incluir en ellas la extensión de los programas y servicios. Se debe tener en cuenta que los problemas de salud mental afectan tanto a las personas adultas como a la niñez. Cerca del 20% de las niñas o niños y adolescentes sufren de trastornos que exigen el apoyo o la intervención de los servicios de salud mental, y sufren el estigma social y la discriminación que acompañan a este tipo de padecimiento.

Gracias a los progresos en el campo de la ciencia, hoy se comprenden mucho mejor las causas de los trastornos mentales, pero la mayoría de las poblaciones aún no tienen acceso a muchas de las nuevas intervenciones de probada eficacia para tratarlas. Para poder hacer frente a la creciente carga sanitaria que representan las enfermedades mentales en América Latina y el Caribe "es menester entender su prevalencia y la brecha o hiato que existe en la provisión de atención, es decir, el porcentaje de personas que padecen de una afección determinada pero que no reciben ninguna atención".

La salud mental ha constituido el "patito feo" de la salud, normalmente en los programas nacionales y en las políticas públicas se ha priorizado la salud "física", las enfermedades

---

<sup>2</sup> Dra Mirta Roses Directora de OPS, **Washington, D.C., 9 de diciembre de 2005 (OPS)**—

<sup>3</sup> Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de la Salud Pública, OPS 1998-2004, Robert Kohn (Brown University), Itzhak Levav (Ministerio de Salud de Israel y actualmente en la OPS), José Miguel Caldas de Almeida (OPS), Benjamín Vicente (Universidad de Concepción, Chile), Laura Andrade (Universidad de Sao Paulo, Brasil), Jorge J. Caraveo-Anduaga (Instituto Mexicano de Psiquiatría), así como Shekhar Saxena y Benedetto Saraceno, ambos de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra, Suiza.

tradicionales de los diversos órganos, dejando relegada la salud mental como una problemática secundaria.

La situación y condición de la mayoría de la población de Nicaragua y del departamento de Matagalpa son factores que determinan una alta vulnerabilidad para que las personas manifiesten problemas de salud mental/ emocional.

Por un lado la **situación de guerra** altamente sufrida en el departamento en la década de los 80 generó un sinnúmero de problemas emocionales y lesiones graves psicológicas y físicas.

**La pobreza** genera una cadena de descompensaciones en nuestra personalidad, aumentando las tensiones en nuestras relaciones, la agresividad, la tristeza, la preocupación, la desesperanza.<sup>4</sup>

El **alcoholismo o la drogodependencia**, sobre todo en hombres, agrava la situación. A parte del deterioro físico y mental de la persona dependiente, aumenta los conflictos en el núcleo familiar, en la comunidad, generando mayor número de enfrentamientos violentos, privación de la libertad, absentismo laboral, accidentes y empeora la situación de pobreza desviando los pocos recursos para conseguir el licor o la droga.

La **niñez, adolescencia y juventud** es más vulnerable a estas situaciones sobre todo viviendo en ambientes de riesgo, buscando un ambiente protegido en el grupo conformando pandillas que les sirve como colchón social para sustituir deficiencias afectivas y como defensa ante una sociedad agresiva, creando cada vez más pandillas, con jerarquías internas y rituales que generan mayor riesgo en sus integrantes y rechazo social, agresiones sexuales, prostitución, comercialización sexual de menores, drogadicción, contrabando, delincuencia, asesinatos, etc.

### **Consecuencias de la violencia: género y equidad en la salud**

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas y la de sus hijos e hijas, y se extienden, además, al conjunto de la sociedad.

Ejerce su impacto en la capacidad de la mujer para cuidar de sí misma y de sus hijas e hijos y se asocia a conductas autodestructivas, como el abuso de drogas o alcohol. Además, la violencia influye de forma determinante en los sentimientos de amor propio, autonomía y capacidad para sentir y actuar con independencia y capacidad como mujer.

Cada vez más, se admite que la violencia es causa de lesiones en la mujer, pero su impacto en la salud mental y en la salud sexual y reproductiva femeninas es menos conocido. La violencia o el temor a ella también pueden afectar de manera indirecta la salud sexual y reproductiva, ya que influyen en la capacidad de la mujer para negociar el sexo seguro. Datos de Estados Unidos demuestran que cada año se producen más de 32.000 embarazos como consecuencia de violaciones, la mayoría de ellos en adolescentes; 50 por ciento de ellos termina en aborto.

La literatura referente a la asociación entre violencia y trastornos de salud mental crece día a día.

---

<sup>4</sup> Ver anexo número X Condicionantes de la salud

Una elevada proporción de las muertes de mujeres son ocasionadas por conocidos, especialmente sus parejas o ex parejas. Muchas de estas muertes se producen en torno al momento en que la mujer decide buscar ayuda o abandonar a su agresor.

En muchas mujeres que sufren maltratos o abusos sexuales de forma crónica, la tensión emocional y física puede inducir al suicidio. Las investigaciones efectuadas en Estados Unidos, Nicaragua y Suiza demuestran que las mujeres golpeadas corren un riesgo mayor de intento de suicidio<sup>5</sup>. Estos datos constituyen un testimonio dramático de las limitadas opciones de que disponen algunas de las mujeres que sufren una relación de agresión.

La violencia doméstica contra la mujer tiene consecuencias para sus hijos/as, ya sea como testigos o víctimas de ella. Estas consecuencias se traducen en problemas de conducta, problemas escolares y falta de relación positiva con los compañeros<sup>6</sup>. Los niños expuestos a la violencia contra sus madres tienen igualmente dificultades de adaptación al medio escolar, incluyendo el ausentismo.

Jaffe publicó los resultados de un estudio de Hughes sobre niñas/os que residían en refugios, según el cual 55 por ciento de ellos se caracterizaba por retraimiento y 10 por ciento revelaba tener actitudes suicidas. Otros informes recogen un alto grado de ansiedad, niñas/os que se comen las uñas, se arrancan el pelo y notifican molestias somáticas, como cefaleas y dolores de estómago. Se ha demostrado, además, que las niñas/os que son testigos de agresiones frecuentes e intensas contra sus madres alcanzan mucho menor puntaje en una medida de sensibilidad interpersonal (capacidad para comprender las situaciones sociales y los pensamientos y sentimientos de las personas que intervienen en dichas situaciones) que los niños expuestos a agresiones maternas menos frecuentes e intensas. A su vez, este hallazgo se asocia con "conductas de alto riesgo", como la práctica del sexo no seguro en etapas posteriores de la vida.

Una revisión de las investigaciones de la Academia Nacional de Ciencia de Estados Unidos afirma que "la tercera parte de los niños que sufrieron abusos o se vieron expuestos a la violencia paterna se convierten en adultos violentos" (National Research Council, 1996). Esto es especialmente cierto en los niños varones, mientras que las niñas que son testigos de la violencia tienen más probabilidades de acabar siendo víctimas de relaciones violentas. Por tanto, a menudo resulta difícil separar las causas de las consecuencias, ya que crecer en una familia en la que la madre es objeto de abusos es una vía importante para que el ciclo de la violencia doméstica se reitere.

Además, sirve para reforzar y perpetuar los estereotipos de género y las relaciones desiguales entre los géneros, lo que a su vez contribuirá a la violencia contra la mujer. Ser testigo de la violencia doméstica también contribuye a la violencia general, en el sentido de que estos niños identifican la violencia como medio para resolver los conflictos.

Además del hecho de ser testigos, la victimización de los niños también perpetúa el ciclo de la violencia por otros caminos. Se sabe que los niños que sufren abusos sexuales tienen una escasa autoestima, incapacidad para rechazar las relaciones sexuales no deseadas y comportamientos autodestructivos, entre ellos el abuso del alcohol y las drogas. Igualmente hay una estrecha relación con la depresión, otros problemas mentales

---

<sup>5</sup> Abbott et al., 1995; Bailey et al., 1997; Kaslow et al., 1998; Bergman y Brismar, 1991; Rosales et al., 1999)

<sup>6</sup> Jaffe, Wolfe y Wilson, 1990

y el abuso posterior. En un estudio efectuado en Barbados se observó que el abuso sexual fue el factor determinante más importante de la conducta sexual de alto riesgo.<sup>7</sup>

Tras controlar 17 variables, que podrían haber dado lugar a confusión en estudios previos, se observó una fuerte relación entre el abuso sexual y el número de años sexualmente activos antes de llegar a los 20, el número de parejas por intervalos de 5 años, la omisión del uso del condón y la historia de ITS. Otro estudio, hecho en 535 adolescentes embarazadas o puérperas, reveló que las que habían sufrido abusos antes de su primer embarazo tenían mayores probabilidades de haber intercambiado sexo por dinero, drogas o un lugar donde vivir; de haber consumido alcohol o drogas durante el embarazo; de tener menos probabilidades de usar anticonceptivos, y de haber comenzado las relaciones sexuales al menos un año antes que la media de las demás participantes en el estudio (13,2 frente a 14,5 años) y considerablemente antes que las compañeras no embarazadas (16,2 años)<sup>8</sup>

La violencia es una realidad en nuestro país y en el departamento, 1 de cada dos mujeres ha sido golpeada por su compañero alguna vez en su vida, y una de cada cuatro ha sido víctima de violencia física en los últimos 12 meses<sup>9</sup>.

Algunos datos registrados en el Ministerio de Salud manifiestan las consecuencias extremas de los problemas de salud mental, como el número de suicidios y homicidios. Comparando el año 1990 al 2002 ha aumentado el número de suicidios de 96 a 360, manteniendo una proporción de una mujer por cada tres hombres.<sup>10</sup>

En relación a los homicidios se cuenta con los datos totales del Ministerio de salud sin estar analizados por género.

El costo de la violencia es muy amplio, el costo de las vidas destrozadas, del dolor crónico, del sufrimiento, del miedo, de la depresión, de los intentos de suicidio, de la pérdida de oportunidades para lograr las propias metas y de la pérdida del amor propio. Aunque puede ser útil considerar las consecuencias económicas de la violencia contra las mujeres, la misma importancia tiene la inclusión de los aspectos humanos y sociales en las consideraciones sobre el costo que la violencia contra las mujeres tiene para la sociedad.

En Matagalpa no se cuenta con un registro sistemático del número de personas con enfermedades mentales crónicas o que ameritan una atención sistemática con o sin tratamiento farmacológico.

Las personas con **discapacidad** mental frecuentemente son víctimas de violaciones sistemáticas de los derechos humanos.

Todas estas situaciones y condiciones, se ven agravadas por una situación general de la población hacia el desencanto y la falta de confianza en poder mejorar, en una inestabilidad social, política y económica permanente y un ambiente de desconfianza continua hacia los liderazgos de las diversas ideologías religiosas y tendencias políticas.

---

<sup>7</sup> (Handwerker, 1993).

<sup>8</sup> (Boyer y Find, 1992).

<sup>9</sup> Confites en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres Nicaragua. 1996

<sup>10</sup> Datos MINSA, Servicio de

# Problemas detectados

## Los servicios de salud

En América Latina y el Caribe es "grande" la brecha existente en cuanto al tratamiento de las personas afectadas por enfermedades y trastornos de índole mental.

El sector de la salud mental siempre se ha dedicado exclusivamente a los trastornos psiquiátricos y a los que caen bajo la categoría más amplia de los trastornos neuro-psiquiátricos, tales como la epilepsia. Pero una visión tan estrecha de lo que constituye la salud mental podría ser insuficiente hoy en día.

Los servicios de salud mental presentan deficiencias significativas, tanto en términos de accesibilidad como de calidad.

Un número considerable de países han formulado políticas y planes nacionales de salud mental pero su grado de implementación ha sido extremadamente limitado en la mayoría de los casos, incluyendo Nicaragua<sup>11</sup>.

La atención psiquiátrica que necesita ingreso en un servicio especializado continúa centrada en el hospital psiquiátrico tradicional, institución de características predominantemente asilar y localizado en Managua (la capital) en zonas alejadas de los departamentos del interior y de zonas rurales.

La atención de salud en la atención primaria es muy débil y el **personal de salud** no está preparado para abordar y dar respuesta a esta problemática, ni actualizados en la utilización de intervenciones modernas.

No hay lugares apropiados para atender a las personas en estado de "crisis" ni para dar el seguimiento necesario para disminuir estos episodios y poder desarrollar una actividad autónoma y útil en sus vidas. Los familiares cuando se encuentran en la desesperación de no encontrar respuesta y poder "controlar a la personas dentro de la familia con el "brote" o "crisis" los abandonan y les dan la calle.

**Designación de presupuesto para la salud mental<sup>12</sup>**, ha sido uno de los principales obstáculos en el desarrollo de las reformas de salud mental que permitirían cambiar la situación anteriormente mencionada. (ver presupuesto destinado en Nicaragua).

---

<sup>11</sup> El objetivo del Proyecto ATLAS es obtener, compilar y difundir información sobre los recursos destinados a la salud mental del mundo. En el presente volumen se refleja el alarmante panorama de carencias y desigualdad de la distribución de los recursos que se desprenden de los datos recientemente obtenidos en 185 países. Es necesario reforzar de forma urgente y sustancial los recursos destinados a la salud mental para responder a la carga actual y creciente de los trastornos mentales.

Atlas: recursos de la salud mental en el mundo 2004 : *Organización Mundial de la Salud*

<sup>12</sup> De los 12 países de LA que tienen presupuesto específico para salud mental, 10 asignan menos del 2% del presupuesto global de salud.

**Acceso a tratamientos**, el desabastecimiento en medicamentos psicotrópicos dentro del Ministerio de Salud es permanente, las personas con la necesidad de adquirir estos fármacos como sus familias deben buscar en las farmacias privadas, representando un costo elevado que conlleva a interrupciones del tratamiento y recaídas más severas.

**Estigmas** vinculados a las enfermedades mentales son muy manifiestos en Nicaragua, cualquier persona con un trastorno mental es víctima de burlas y agresiones, las violaciones a mujeres enfermas mentales es muy frecuente.

**Violación de los derechos humanos**, las personas con discapacidad mental representan un grupo especialmente vulnerable cuyos derechos básicos y libertades fundamentales son violados. Derechos a ser tratados con humanidad y respeto, derecho a una admisión voluntaria en una institución psiquiátrica, derecho a la privacidad, la libertad de comunicación, derecho a votar, derecho a recibir tratamiento en la comunidad, derecho a dar el consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento, derecho a apelar ante un tribunal, derecho a las garantías judiciales, derecho al trabajo, derecho al disfrute de la salud física, sexual y mental, derecho a la educación, entre otros. Todavía existen demasiadas violaciones sobre los derechos humanos de personas con desórdenes mentales, tanto por parte de la familia, la comunidad, las instituciones y el propio estado, debemos actuar para promover y proteger sus derechos. (Ver testimonios)

**Los medios de comunicación**, tanto la televisión, como la radio o la prensa escrita conllevan dosis elevadas de programaciones que incitan a la violencia, al abuso y el irrespeto entre las personas. Los aspectos positivos de la vida no son noticias y solamente se remarcan los conflictos y las dificultades, casi nunca las propuestas.

Las letras de las canciones que suenan en la mayoría de las emisoras promueven la violencia de género “mata a mi suegra” ,etc.

Si hay pocas alternativas recreativas y los medios de comunicación llenan uno de estas necesidades deberían ser cuidadosos con el tipo de programación que realizan como responsables de ir construyendo sociedades diversas, tolerantes, respetuosas y sanas.

### **Escasez de espacios creativos, recreativos sanos.**

En el departamento hay una escasez de espacios deportivos, parques, lugares de paseo, de actividades culturales. En las comunidades no hay ningún espacio creativo recreativo, en Matagalpa en el parque de los monos se tiene que pagar para poder entrar. En los pocos espacios que existen no se garantiza la seguridad.

# Resultados

## La red de servicios de salud mental del departamento de Matagalpa

Los servicios de salud mental<sup>13</sup> en el departamento son escasos e insuficientes, no existe un programa específico de atención y prevención de salud mental desde el nivel central al nivel comunitario.

### Nivel nacional

#### **MINSA central**

Existe un departamento de salud mental, pero que no cuenta con presupuesto ni recursos humanos suficientes para extenderse a los tres niveles de atención incluyendo el nivel comunitario.

#### **Hospital Psiquiátrico de referencia nacional**

Existe un único hospital nacional de referencia a 130 Km de la cabecera departamental de Matagalpa, ubicado en la capital Managua.

Necesitando los familiares costearse el transporte privado, alrededor de 60 dólares el viaje, siendo un valor inalcanzable para la mayoría de la población que vive en pobreza y pobreza extrema.

En el hospital psiquiátrico nacional, hay ocho psicólogos, siete psiquiatras, entre especialistas y residentes.

Cada servicio cuenta con un equipo de un psiquiatra, un psicólogo, una trabajadora social, una enfermera, dos o tres auxiliares, una terapeuta ocupacional, una medico general, un médico residente de psiquiatría.

Hay dos pabellones de setenta personas con enfermedades crónicas que están internadas sin salida, y dos pabellones de ciento veinte personas para las crisis agudas. También cuenta con seis camas de observación.

Atienden un promedio de cuarenta personas por día y un promedio de veinte hospitalizaciones diarias.

Cuentan con un censo de unas doscientas personas con problemas mentales que atienden.

Las necesidades del hospital psiquiátrico son enormes<sup>14</sup>; falta de presupuesto, ropa, medicamento, alimentación, rechazo de la familia y comunidad a las personas con problemas crónicos de salud mental.

---

<sup>13</sup> Ver anexo número 1 esquema de referencia, página

<sup>14</sup> Ver artículos de nuevo diario en anexos

Por los datos facilitados se reafirma que las personas van a buscar ayuda para problemas de salud mental en los servicios de salud del Ministerio, solamente cuando el problema es grave y en la crisis aguda.

## **Nivel departamental**

### **A nivel hospitalario (HRCAM)**

El Hospital Regional Cesar Amador Molina es punto de referencia para todo el departamento<sup>15</sup>, que a su vez refiere al hospital psiquiátrico de Managua.

Atienden dos psicólogos brindando un promedio de quinientas treinta y nueve consultas por semestre, promedio de ocho consultas por día (en los cinco días de la semana)<sup>16</sup>. Reciben un promedio de siete estudiantes de prácticas de la universidad. El hospital no cuenta con un psiquiatra.

No se cuenta con un censo de personas con enfermedades mentales a nivel Departamental ni con normas de atención para este nivel.

Las necesidades de capacitación del personal sobre salud mental son necesarias a la vez que reforzar con especialistas en psiquiatría, el hospital no cuenta con abastecimiento de medicamentos psiquiátricos, lo que tienen en existencia es Morfina y Haloperidol.

### **A nivel del SILAIS de Matagalpa**

Según la información brindada por el SILAIS, cuenta con tres psicólogos y un psiquiatra, con un promedio de ciento cincuenta consultas de psicología y ciento cincuenta de psiquiatría por mes.

Recibe un promedio de ocho estudiantes de psicología por mes.

No se cuenta con censo de personas con problemas de salud mental, afirma la existencia de normas de atención con tres componentes.

El SILAIS considera que el personal necesita capacitación en atención a las personas con problemas de salud mental.

### **Nivel municipal Matagalpa**

Analizamos el municipio de Matagalpa por ser cabecera departamental y concentrarse la mayoría de recursos humanos, para evidenciar la diferencia con los otros municipios.

En el Municipio de Matagalpa atiende un psiquiatra a medio tiempo con un promedio de ciento veinte consultas al mes<sup>17</sup> (seis consultas al día por cinco días a la semana) y unos doce estudiantes de psicología por semestre, que atienden un promedio de cincuenta consultas al mes, y una psicóloga que atiende unas 80 personas por mes.

No se cuenta con ningún censo de personas que necesitan atención continua con tratamiento psicológico o psicofármacos ni con normas de atención.

---

<sup>15</sup> Ver mapa del departamento con los municipios.

<sup>16</sup> Primer semestre 2005

<sup>17</sup> Las mismas consultas reportadas por el SILAIS

## **Los otros Municipios del departamento de Matagalpa**

Se ha entrevistado a los 14 Municipios de Matagalpa, (Río Blanco, Matiguás, Muy Muy, Esquipulas, San Dionisio, San Ramón, Paiwas, Sébaco, Rancho Grande, La Dalia, Darío, Terrabona, San Isidro, Waslala )

### *Recursos humanos especializados*

En solamente cinco Municipios informan la presencia de trece psicólogos, en ningún municipio hay psiquiatra, en algunos los psiquiatras de Matagalpa a veces atienden. Reconocen al Dr. Chávez como el psiquiatra de referencia. Solamente en cuatro municipios reciben estudiantes de prácticas de psicología pero no de una manera permanente.

### *Atención a las personas*

El Ministerio de Salud reconoce que es un problema real la necesidad de dar respuesta a las personas con problemas de salud mental, pero que prácticamente la atención que se puede brindar es en el momento de crisis o en personas con problemas mentales crónicos y atienden entre todos los Municipios un promedio de 196 personas al mes, Ningún Municipio cuenta con un censo de personas con problemas de salud mental.

### *Abastecimiento de medicamentos para psiquiatría*

De los nueve medicamentos contemplados para enfermedades psiquiátricas por el Ministerio de Salud <sup>18</sup> solamente en dos municipios y de forma esporádica tienen abastecimiento de Imipramina y Tioridazina, el medicamento con el que cuentan para casos de personas con crisis de agitación para sedarlos es Diazepam.

### *Necesidades de capacitación para el personal de salud*

Los Municipios consideran que es necesaria la capacitación a las personal para detectar y atender a las personas con problemas de salud mental.

Los temas de capacitación que priorizan son muy diversos; trastornos emotivos, depresión, urgencias psiquiátricas, diagnósticos y tratamientos, Violencia intrafamiliar, sexualidad, Histeria, ansiedad, manejo de la persona con problemas mentales, drogas. La depresión es nombrada como tema de capacitación en siete municipios.

### *Otros organismos que reconocen que trabajan en los municipios en salud mental*

“Los pipitos” tiene presencia en seis municipios pero como organización de familias con menores con problemas de habilidades diferentes, no solamente problemas de salud mental.

Alcohólicos Anónimos en tres municipios que atiende a personas con alcoholismo.

En un Municipio, Mi Familia, Castra, Ixchen, Manajanaan, Popolvul, Casa de alcohólico, todos con escasa coordinación con el Ministerios de Salud Municipal.

---

<sup>18</sup> MINSa Formulario nacional de medicamentos (FNM) Nicaragua 2005

# Marco jurídico y reglamentario

## Políticas, Leyes, Planes, Normativas y Protocolos de atención

### Política de salud 2004-2015

La Política Nacional de salud 2004-2015 recoge muy poco sobre la problemática de la salud mental, y en las estrategias y planificación de acciones hay solamente aspectos de prevención de la violencia intrafamiliar y mejorar los sistema de vigilancia en personas con discapacidad.

Textualmente en el apartado cinco en el análisis de daños específicos de salud, dice:

*“La información sobre este problema es sumamente pobre, limitada a lo que llega a las unidades de salud; con algunos estudios se estima que existe un 27,9% de trastornos mentales en la población adulta. Los problemas más frecuentes son la neurosis y el alcoholismo. Estos problemas generan algunas formas de violencia intra familiar, lo que no significa que la violencia intra familiar se origine por problemas de salud mental. Frente a la problemática de salud mental aún no se cuenta con un programa sectorial estructurado y con recursos suficientes. Según especialistas sobre el tema, los grupos vulnerables a este tipo de problemas son en primer lugar las mujeres, niños/niñas y los adolescentes.”*

### Política de salud mental

Existe un documento de política de salud mental, que recoge algunas acciones y enfoques en relación a la salud mental en Nicaragua.<sup>19</sup>

### Leyes

Se presentó ante la Asamblea Nacional la propuesta de Ley de protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales <sup>20</sup>, así mismo están aprobadas las leyes de protección de los derechos de las personas que conviven con el VIH-SIDA, la ley contra la violencia intrafamiliar, que recogen aspectos de salud mental.

### Normas y protocolos de atención

El MINSA cuenta con un Plan Marco Subregional para la protección de la salud mental en situaciones de Emergencias y Desastres.

Tiene un enfoque psicosocial de manera integral y en un contexto comunitario y descentralizado. Consecuentemente, el hospital psiquiátrico deja de ser el eje de las acciones de atención en salud mental.<sup>21</sup>

No existen normas de atención para la salud mental a nivel de atención primaria, secundaria y comunitaria.

---

<sup>19</sup> Ver anexo. Política de salud mental

<sup>20</sup> Ver anexo 6 página

<sup>21</sup> Ver grupos de problemas psicosociales en situaciones de desastres y emergencias

En relación a la atención comunitaria en el año 1988 el Ministerio de salud publicó unos cuadernos de salud mental dirigidos a apoyar a brigadistas de salud mental.<sup>22</sup>

Los documentos existentes en la biblioteca del Ministerio de Salud relacionados con la salud mental son los siguientes:

- Plan Nacional Antidrogas.
- Indicadores de mortalidad por causas externas por país y por capital.
- Indicadores de Salud Mental.
- Neurociencia del Consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.
- Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional.
- Estrategia Nacional de Prevención del suicidio plan nacional de promoción de vida.
- Plan de actividades de MINSA en relación al problema de las drogas.
- Políticas de Salud Mental.
- Diagnóstico mesoamericano de adicciones.

## Acceso a Medicamentos

En Nicaragua existe la lista de medicamentos del Ministerio de Salud y un formulario nacional de medicamentos con información basada en evidencia sobre los medicamentos seleccionados por el MINSA.

En el formulario nacional se encuentra información sobre medicamentos de uso neurológico del grupo de antiepilépticos y anticonvulsionante oral ( Acido valproico, Valproato sódico, Carbamacepina, Clonacepan, Etosuximida, Fenitoína, Fenobarbital, Gabapentina, Diazepam, Sulfato de magnesio y medicamentos para psiquiatría. clasificados en : Hipnóticos y ansiolíticos (Alprazolam, Lorazepam), Neurolépticos (Clorpromacina, Tioridazina, Flufenazina), Neurolépticos Butirofenónicos (Haloperidol), Antidepresivos (Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina)<sup>23</sup>

Los disponibles en el sistema de salud de Matagalpa en el momento el diagnóstico son Haloperidol y Diazepam pero no siempre hay abastecimiento. Por donación han habido otros fármacos, pero no en el momento del diagnóstico<sup>24</sup>

Sin embargo en las farmacias privadas están disponibles todos los medicamentos del formulario terapéutico. La demanda mayor y frecuente es del grupo de los hipnóticos y ansiolíticos y de segunda demanda el haloperidol.

Los precios de los medicamentos disponibles varían según la farmacia y el producto. El Ministerio de Salud no cuenta con abastecimiento permanente para cubrir las necesidades de las personas con los problemas de salud mental, teniendo que ser asumidos estos por las familias, en el caso de las familias pobres no pueden sostener el tratamiento crónico de las personas por su alto costo<sup>25</sup>. *Ejemplo: La flufenazina en solución inyectable oscila de 17.75 en el Ministerio de Salud a 150 córdobas en la farmacia privada.*

Ante esta panorámica podemos afirmar que las personas pobres con problemas de salud mental no tienen acceso a tratamientos eficaces para controlar su enfermedad,

---

<sup>22</sup> Papel del brigadista de salud mental y depresión

<sup>23</sup> Información detallada en el formulario nacional edición 2005

<sup>24</sup> Entrevista responsable de salud Municipio de Matagalpa

<sup>25</sup> Ver cuadro de precios anexos. Y cuadro de investigación en farmacias de Matagalpa

## **El papel de la sociedad civil**

En el diagnóstico hemos entrevistado a 11 organizaciones que trabajan en salud mental en el Municipio de Matagalpa

### **La escuela especial La Amistad**

La escuela especial de la Amistad depende del Ministerio de Educación y tienen cuatro aulas de atención para niñas/os y adolescentes con problemas de retardo mental o trastornos psicológicos graves.

Las maestras atienden a las niñas y niños, no cuentan con psicólogos ni psiquiatras y refieren al centro de Salud Trinidad Guevara en caso de necesidad. Reciben estudiantes de prácticas de psicología de la UNAN y UNN.

Las necesidades de capacitación que detectan es cómo transmitir a las familias el cuidado de las niñas y niños con problemas mentales.

### **Los PIPITOS**

Fundada hace 15 años, tiene presencia en 73 lugares en el departamento de Matagalpa. Tienen asociados en Matagalpa (350 familias), Matiguás (217 familias), Esquipulas (138 familias), Río Blanco (52 familias), San Dionisio (50 familias), San Isidro (180 familias), San Ramón (300 familias), Sébaco (250 familias), Ciudad Darío (250 familias)

Trabaja una psicóloga los sábados brindando atención gratuita y voluntaria y atiende un promedio de 10 a 15 niñas/os.

Tienen sus propias normas de atención pero no están al alcance en el momento de la entrevista. En los tratamientos no usan medicamentos.

Reciben 10 estudiantes de prácticas de la UNAN.

Desarrollan actividades para mantener la mente ocupada con clases de pintura, arte y deporte.

### **Manos vueltas**

Es un proyecto específico de apoyo a personas y familias con esquizofrenia que tiene apenas seis meses de funcionar, actualmente hay 35 personas. Tiene el apoyo económico del hermanamiento de Tilburg (Holanda).

Tiene una psicóloga que apoya, una persona que da el seguimiento al plan trazado por una psiquiatra de Holanda, no tienen normas de atención sino los planes enfocados a horarios de vida. En casos de necesidad refieren al Dr. Chavez.

## **Familias Especiales**

Es una organización social sin fines de lucro que trabaja en Matagalpa desde hace nueve años, brindando apoyo a las familias más pobres que tienen niñ@s especiales. Haciendo énfasis en la atención en salud, psicológica, educativa, laboral y espiritual. En la actualidad existen muchos niñ@s y jóvenes con deficiencias que no tienen la posibilidad de recibir ningún tipo de atención a su problema porque no existen los medios, ni las condiciones de infraestructura y personal humano capacitado para brindar este tipo de servicio.

El trabajo integral que se desarrolla en los hogares de los niñ@s y jóvenes discapacitados es altamente positivo, ya que todas las actividades se interrelacionan entre sí, tales como tratar el aspecto terapéutico mediante la participación interactiva de los profesionales de la salud y la familia, mejoramiento de la salud preventiva (higiene personal y ambiental), enseña aspectos concretos para el manejo y tratamiento de los niñ@s y jóvenes especiales, hace que aumente el nivel de conocimiento de la comunidad sobre estos casos especiales, ayuda a la identificación de los casos que precisan aparatos ortopédicos y búsqueda de nuevos casos que requieren ayuda.

Se han formado más de 40 madres líderes que son promotoras en su propio barrio donde viven; desarrollando diferentes actividades como: Identificando los problemas, invitando a actividades, comunicando con otras madres, asistiendo a reuniones para su desarrollo, reuniéndose para realizar acciones conjuntas para promover la salud, educación y aceptación de sus niñ@s, participando en un programa semanal de radio.

Un psicólogo brinda atención especializada una vez a la semana a unos 10 niñas/os, una vez al mes tiene atención psiquiátrica (Dr. Gonzalo García) brindando un promedio de 18 atenciones y dos psicólogas a tiempo completo que dan el seguimiento por los barrios. Reciben estudiantes de psicología de universidades extranjeras, dos o tres por año.

## **Grupo Venancia**

Es una organización de Mujeres que cuenta con dos psicólogas, una de ellas da atención directa a medio tiempo, sobre todo a personas referidas por la comisión ejecutora o demanda espontánea. Atiende un promedio de 3 a 5 personas diario. No tienen censo de personas con problemas de salud mental ni normas de atención. Cuando necesitan tratamiento con medicamentos psicotrópicos refieren al Dr. Chavez.

Realizan actividades para la salud mental como talleres a promotoras, grupo de autoayuda pero no funcionó, realizan diplomado de género y violencia con estudiantes de cuarto y quinto año de psicología en la UNAN y UNN.

## **Asociación La Amistad**

Es una organización que trabaja con la niñez de Matagalpa, tiene dos psicólogas, que atienden unas 60 consultas al mes. No trabajan con expediente, tienen normas de atención propias. En caso de necesidad refieren a la psicóloga de Ixchen, a Silvia Taleno o a la Comisión ejecutora.

Necesitan mayor capacitación en técnicas de atención, no utilizan medicamentos solamente plantas medicinales como valeriana.

Reciben un promedio de seis estudiantes de psicología por semestre.

Realizan actividades para la salud mental como grupos de autoayuda para unos 22 jóvenes y adolescentes, para mujeres víctimas de violación (12) y los grupos se reúnen mensualmente.

## **Ixchen Matagalpa**

Es una organización con sede en diversos departamentos, dan atención a víctimas de violencia de forma gratuita y privada con un costo de 50 córdobas, atienden un promedio de 6 a 10 personas diario. No tienen censo pero trabajan con expediente, trabajan según el MINSA y en caso de referencia lo hacen al Dr. Chavez.

Reconocen aumentar la capacidad en metodologías grupales, no usan medicamentos pero en caso de necesitar, las recetas las realiza la Dra. (Diazepam o Loracepam).

Reciben uno o dos estudiantes de psicología de la UNN y UNAN por semestre.

Realizan actividades para la salud mental grupos de autoayuda, seguimiento a la niñez y atención legal y médica gratuita a las víctimas de violencia.

## **Casa de la mujer AMNLAE**

Es una organización de mujeres de ámbito nacional. No tienen psicóloga pero recepcionan casos, un promedio de 10 personas al mes, refieren a la clínica de la UNAN, reciben un estudiante de prácticas al semestre.

Realizan actividades de salud mental mediante talleres de autoestima.

## **Colectivo de Mujeres de Matagalpa**

Es una organización de mujeres que tiene sus orígenes en 1986 y realiza acciones de desarrollo social. Una de las actividades es la atención en salud. Brinda atención integral a mujeres incluyendo la atención emocional. Da seguimiento y garantiza tratamiento a 4 mujeres con psicosis crónica y apoyo a las familias, y da atención de apoyo emocional a un promedio de 500 familias por año. Potencia la integración laboral de las personas con problemas mentales.

Otras actividades de promoción de la salud mental son, espacios de reflexión para mujeres, niñez y adolescencia. Potenciación y creación de espacios lúdicos, creativos, recreativos para jóvenes, adolescentes y niñez tanto en la ciudad como en las comunidades rurales, acompañamiento a las mujeres privadas de libertad, utilización del teatro y expresión corporal como elemento de autoconocimiento de la personalidad y las interrelaciones y los medios de comunicación como materiales informativos un espacio radial para hablar de temas de salud mental.

Detectan necesidades de capacitación en el abordaje de la salud mental y nuevos enfoques de atención.

Ha sido la organización que ha impulsado la iniciativa de un programa de salud mental multidisciplinario.

## **Movimiento comunal**

Es una organización de ámbito nacional. Realizan atención psicológica gratuita a través de dos estudiantes voluntarias, atiende todas las tardes y un promedio de 5 atenciones por día. Tienen una psicóloga que da seguimiento a las estudiantes. No tienen censo y atienden según las normas de la universidad. En caso de referencia la realizan al centro de salud Trinidad Guevara.

Detectan necesidades de capacitación en técnicas de atención. No utilizan medicamentos psicotrópicos.

Desarrollan técnicas grupales con 10 personas, masajes, videos, test vocacionales para jóvenes.

## **Acción Internacional por la salud**

Es una organización que trabaja en la promoción del uso adecuado de medicamentos, entre otras acciones desarrolla un programa de educación permanente a través de internet donde uno de los temas de autoestudio es sobre uso de medicamentos psicotrópicos. También realiza programas radiales sobre el acceso a tratamientos incluidos los tratamientos para los problemas de salud mental.

## **Formación de recursos**

### **Estudios de psicología**

En Nicaragua hay la universidad nacional de Managua, León y sedes en los departamentos que ofertan las posibilidades de estudios de psicología, como es el caso de Matagalpa.

La UNN (Universidad del Norte de Nicaragua, Matagalpa)

La Universidad Centroamericana, oferta también en las carreras de humanidades psicología, pero en Managua.

Según la información brindada por las dos universidades de Matagalpa que ofertan la carrera de psicología la UNN desde el año 1997 y la UNAN desde el 2000, han egresado 10 estudiantes.

### **Estudios de psiquiatría**

Para los estudios de psiquiatría es necesario hacer medicina y la especialidad de psiquiatría en el hospital psiquiátrico de Managua.

Para enfermería no hay la posibilidad de hacer la licenciatura o post grado en salud mental en Nicaragua.

## **Asociaciones profesionales**

Existe la asociación Nicaragüense de psiquiatría fundada en 1982 con unos 60 socios.

Red Psi oferta Servicios Internet especializados en Psicología y Salud Mental. Es una red internacional pero no existe ningún contacto en Nicaragua .

[www.red-psi.org](http://www.red-psi.org)

## **Personas y familias con problemas de salud mental**

Se entrevistó a 18 familiares y personas con problemas de salud mental graves, tanto de la ciudad como de las comunidades rurales.

Las edades de las personas con los problemas de salud mental oscila de 13 años a 67, 13 mujeres y 5 hombres.

Entre ocho mujeres tienen 22 hijas e hijos.

La mayoría son pobres o muy pobres, viviendo en casas de barro, plástico, sin las condiciones básicas cubiertas.

La mayoría viven con la propia familia, a excepción de los momentos de crisis que la familia no los puede detener o tienen miedo y viven en la calle.

En el momento del diagnóstico hay dos hombres y cuatro mujeres en estas condiciones en las calles de Matagalpa.

En la mayoría de las entrevistadas el problema surgió hace años y solamente la mitad han estado hospitalizados alguna vez por períodos de uno a tres meses. El resto los ha controlado con medicación.

Solamente la mitad refieren un diagnóstico, cinco refieren psicosis, dos problemas mentales, uno esquizofrenia y uno maléfico.

Solamente en dos casos dan el nombre del doctor que les da seguimiento el resto no recuerda o no sabe.

Solamente ocho están con tratamiento, en cuatro situaciones porque les garantiza el Colectivo de Mujeres, uno el centro de salud y el resto depende si tienen dinero para comprarlo, los que están sin tratamiento en la actualidad es por problemas económicos, con el tratamientos sienten que mejoran.

Una de las mujeres los familiares la tienen encerrada y encadenada “para controlarla de los episodios agresivos” y no aceptan tratamiento porque consideran que es “un problema maléfico y que tienen que cargar con esta cruz”.

## **Percepción de la población rural**

Se han entrevistado a 29 mujeres líderes comunitarias de once comunidades rurales sobre la percepción de problemas de salud mental.

Todas reconocen que en la comunidad hay personas con problemas de salud mental, identificando a las personas con problemas graves de trastornos de comportamiento.

En la mayoría no reconocen los problemas de alcoholismo como problemas de salud mental como tampoco las consecuencias de la violencia en la salud mental.

Se refieren a las personas con problemas de salud mental como “el loco o la loca” a la que la comunidad discrimina, las niñas y niños tiran piedras molesta y en general se les provoca y se genera temor hacia ellos.

En el caso de las mujeres con problemas de salud mental en muchas ocasiones son agredidas sexualmente resultando hijas e hijos fruto de estas violaciones, donde los violadores salen libres en el caso de haber hecho denuncias alegando que la mujer enferma mental no pierde nada y que al violador si se le pone preso se le cambia el destino de su vida.<sup>26</sup>

A la pregunta de espacios recreativos que tienen en la comunidad, reconocen para los hombres, los juegos de béisbol o fútbol, juntarse para jugar a cartas, platicar o tomar. Y en las mujeres expresan que no tienen espacios recreativos más que las tareas de la casa, o de la iglesia y visitar a la familia.

---

<sup>26</sup> Dos de las mujeres entrevistadas con problemas de salud mental

## Los medios de comunicación

Los medios de comunicación tiene un papel fundamental en la transmisión ideológica que influye directamente en la población.

Analizando los medios de comunicación escritos y audiovisuales de Nicaragua en general fomentan situaciones de violencia y discriminación que no aporta para la salud mental, en los debates políticos la relación es confrontativa y no muestran mecanismos para resolución de conflictos en base al diálogo, en los programas de humor satirizan sobre personajes estereotipados problemas muy serios “el tonto” o “el loco”.

En las noticias amarillistas potencian las creencias de la población en fuerzas sobrenaturales y hay programas radiales específicos que potencian los maleficios realizados por vecinos, familiares o personas desconocidas para hacerte daño y meterte un mal, se le ha metido un demonio o está endemoniada, promoviendo y practicando exorcismos que se dan con todo lujo de detalles en los medios.

Este tipo de programas en lugar de potenciar una integración y una sensibilización de la población a los problemas de salud mental portencian un retroceso y unas concepciones discriminatorias y crueles hacia las personas con estos problemas.

Algunos medios de comunicación dedican espacios de alerta, sobre todo de carácter humanitario para hacer público el estado deplorable de los servicios de salud para los enfermos con problemas de salud mental como es el caso de la nota de prensa del nuevo diario en el día de la salud mental.<sup>27</sup>

Algunas radios como Radio vos dedica un espacio semanal para hablar de salud tocando en varias ocasiones temas relacionados con la salud mental, salud y violencia, relaciones entre adolescentes y sus padres y madres, la estimulación precoz en la niñez, el afecto como prevención de la salud mental, la recreación y autoestima, etc.

Hay muy poco material escrito o audiovisual relacionado con la promoción de la salud mental, la mayoría de publicaciones están relacionadas con la autoestima o las consecuencias de la violencia hacia la salud, educando en ternura, prevención del abuso sexual.

Solamente se han detectado dos materiales dirigidos a la comunidad y específicos de salud mental realizados por el Ministerio de Salud en los años 80. Dedicados a la prevención y atención de enfermedades mentales.

---

<sup>27</sup> Ver anexo.

## **Espacios que contribuyen a la salud mental**

En el departamento existen pocos espacios de recreación que potencien la salud mental.

Espacios creativos, recreativos, de encuentro que sean públicos y gratuitos son todavía más escasos.

Existe la casa de la adolescencia y juventud de la Alcaldía donde la juventud puede encontrarse.

La casa de la cultura oferta cursos de artes plásticas, baile y flauta con una mensualidad de 20 a 30 córdobas limitando el acceso a personas de escasos recursos.

La sociedad civil a través de los organismos desarrolla actividades y espacios creativos y recreativos, destinados a las personas con las que trabaja, se impulsan actividades conjuntas para fechas conmemorativas, como el día de la niñez o el día contra la violencia de género.

Un lugar cultural gratuito que potencia un espacio recreativo para todas las edades de forma permanente los fines de semana es la casa cultural Guanuca en un programa desarrollado por el grupo Venancia.

También la organización de jóvenes Recreación sana, ha impulsado la creación de un espacio para jóvenes donde pueden encontrarse, promueve actividades para generación de ingresos de los jóvenes que a su vez aportan para la sostenibilidad de la organización.

## **Expectativas para un programa de salud mental**

Todas las personas entrevistadas detectan el problema de salud mental como una necesidad urgente a actuar, todas afirmaron la voluntad de participación con el programa, y una diversidad de propuestas de colaboración.

Posibilidad de ceder un espacio de atención, recursos formados para brindar la atención, especialistas en atención con enfoque de género, especialistas en atención infantil, estudiantes de pasantía, gestión de fondos.

Contribuir a la elaboración de un censo departamental de personas con problemas de salud mental, seguimiento a las familias con personas con problemas de salud mental, detección de personas con problemas y referencias, prevención de enfermedades mentales, elaboración de materiales informativos para la población, capacitaciones, información para personal de salud basado en evidencia.

Sin embargo hay poco concreción por parte de las instituciones del estado.

# Contribución con el programa de salud mental

Los aspectos concretos expresados por cada una de las instituciones y personas entrevistadas para colaborar con el programa de salud mental han sido:

El Hospital Regional en capacitación y en búsqueda de personal especializado.

El SILAIS contribuyendo en la elaboración del proyecto y en la ejecución, así como en coordinar con otras ONGs para realizar el proyecto.

El Municipio Matagalpa brindando información a la población, unificar criterios de atención, asistencia y asesoría a las familias, atención directa integral y seguimiento domiciliar.

Los otros municipios también participando en la elaboración del censo de personas con problemas mentales, referencia, asistir a las capacitaciones, captación de personas, brindando un espacio para la atención.

Por parte de las organizaciones de la sociedad civil entrevistada, en capacitaciones a las familias, coordinando actividades y siendo un centro de referencia, talleres para las familias con personas con esquizofrenia y visitas de seguimiento domiciliar para verificar el cumplimiento del plan. Apoyando en el trabajo en los 54 barrios de Matagalpa en prevención y trabajo con las familias. Coordinación y recursos capacitados con enfoque de género. Desarrollando grupos de autoayuda, colaborando en la elaboración del censo.

Depende de la orientación que se le de al proyecto, podrian coordinar actividades.

El Colectivo de mujeres en la elaboración del programa, promoción del proyecto y gestión para el financiamiento, formar parte de la comisión de seguimiento de la ejecución del proyecto y cediendo los fondos del presente diagnóstico para iniciar con las acciones de atención del proyecto.

Radio vos cediendo espacio de difusión del programa para que las organizaciones, instituciones familias y personas con el problema puedan hacer escuchar su voz a traves de la radio.

# Conclusiones del diagnóstico

## Percepción de la salud mental

- Todas las personas entrevistadas reconocen que los problemas de salud mental son una realidad sin respuesta de atención y recursos para hacerle frente. En general se tiene una visión reducida de la salud mental hacia la percepción de la enfermedad mental grave psiquiátrica, estigmatizada en la persona “loca”, esta percepción es tanto por parte de la población como del personal de salud.

## Políticas públicas y atención

- En las políticas públicas no se prioriza este problema, por lo que no se destina ni presupuesto ni recursos humanos, siendo muy frágil y limitado el acceso a los servicios de atención.

Sobre todo el déficit está en la atención psiquiátrica. Al ser reducido el personal especializado y el personal hospitalario no estar preparado para atender a las personas con una crisis recae toda la atención del departamento en un profesional, lo que limita la elección de atención y la evaluación de calidad de la misma.

No hay normas que actualicen los procesos de atención tanto psiquiátrica como psicológica y que unifique los criterios entre los profesionales implicados en la atención de la salud mental, tanto a nivel público como privado.

En las familias recae la mayor carga de atención, que se complica en las familias pobres al no contar con un espacio en la vivienda y las condiciones de servicios básicos que les permita poder atender a las personas en situación de crisis, llegando en muchos casos al abandono del familiar por falta de posibilidades reales y de mecanismos para resolver el problema.

La sociedad civil ha ido dando respuesta desde organizaciones de familiares con personas con problemas de salud mental a organismos, sobre todo organizaciones de mujeres, para prevención y atención de las víctimas de violencia, pero en estas iniciativas la coordinación es frágil y se dispersan las acciones.

En Matagalpa se cuenta con una cantidad de profesionales de la psicología especializados en diversas ramas, niñez, atención a víctimas de violencia.

El acceso a tratamientos de las personas con problemas psiquiátricos graves está limitado por el escaso abastecimiento del sistema de salud público y por los altos costos de los medicamentos en el sector privado.

Al ser los tratamientos prescritos sin garantizar el seguimiento, no se monitorea sobre efectividad y efectos adversos de los tratamientos aplicados, siendo estos efectos colaterales causa de abandonos de tratamientos sobre todo en crónicos.

## **Espacios de salud mental y educación e información a la población**

- En el departamento son escasos los espacios para potenciar la salud mental, agudizado en la zona rural, con inexistencia casi total de espacios creativos y recreativos y de estímulos y posibilidades económicas para desarrollarlos.

Los medios de comunicación dan muy poco espacio a la prevención de problemas de salud mental.

En temas de capacitación a recursos de salud y de la población en general se da poca prioridad a los temas relacionados con la salud mental, hay muy pocas publicaciones dirigidas a la población sobre salud mental detección y prevención.

La reintegración laboral para las personas con problemas mentales es muy reducida por todos los prejuicios y estereotipos alrededor de estas personas, hay temores, desconfianza y sobre todo no se sabe cómo actuar tanto en los núcleos familiares como laborales y sociales.

# **Recomendaciones para el programa Salud mental una necesidad urgente para el departamento de Matagalpa**

## **Percepción de la salud mental**

- Que la comisión de salud o la comisión social y cultural impluse el debate sobre la salud mental, sus conceptos y la sensibilización del programa a las instituciones y la sociedad civil y concrete los compromisos para ampliar el programa y gestionar los fondos para su realización, aprovechando el hermanamiento de Sabadell y de la comunidad terapéutica del Maresme en ampliar el programa de Bluefields a Matagalpa.

## **Políticas públicas y atención**

- La prioridad del programa es la creación del centro de atención para personas con problemas mentales sobre todo psiquiátricos graves, que garantice la evaluación, tratamiento y seguimiento, así como la atención en crisis. Para ello es necesario iniciar un censo departamental de personas con problemas de salud mental, que permita poder contar con las necesidades reales de atención en el departamento.

Al no existir las normas de atención actualizadas es necesario coordinar con otras experiencias de programas de salud mental desarrolladas en otros departamentos e iniciar un proceso de protocolos de atención basados en evidencia que permita unificar criterios y actualizarse con los profesionales del departamento.

Para la atención a personas dependientes del alcohol, por sus características específicas sería necesario abrir un espacio con terapias que han demostrado eficacia, con el soporte técnico de parte del responsable de la terapia de Hospitalet (Barcelona) que ha manifestado la disponibilidad de apoyar la apertura del centro de atención siempre que haya un equipo de profesionales dispuestos a aplicar estas terapias, se podría valorar la disponibilidad e interés de la universidad (UNAN o UNM) para impulsar esta parte del proyecto.

La atención a víctimas de violencia seguiría en los centros y profesionales especializados, así como la atención a la niñez y las atenciones psicológicas de problemas menores, existiendo una red de profesionales entre los centros para realizar las sesiones de educación permanente, análisis de casos, actualización, revisión de protocolos y aplicación de terapias.

El programa de salud mental del departamento Matagalpa a través del Ministerio de Salud solicitar la necesidad de que el sistema público de salud impluse el programa nacional de salud mental para poder llegar a los otros municipios. Mientras esto se consigue el programa de salud mental podría capacitar al personal de salud de las cabeceras municipales para que cuenten con herramientas de diagnóstico y tratamiento de emergencia y sea punto de

referencia para el CAP para los seguimientos de personas referidas de los Municipios.

### **Espacios de salud mental y educación e información a la población**

- El programa en su primera fase debería encontrar alianzas en los medios de comunicación para aumentar los espacios que favorezcan la salud mental y reducir al máximo la potenciación de la cultura de violencia.

Las Municipalidades deben incorporar en sus prioridades los espacios creativos y recreativos donde todas las personas de todas las edades puedan experimentar su creatividad, potenciar la solidaridad, el trabajo grupal y las relaciones interpersonales (espacio para personas mayores, para jóvenes, para ejercicios de relajación, pintura, música, juegos de cooperación, deporte) aunando los esfuerzos con las organizaciones existentes y con la organización de los barrios y comunidades rurales.

Crear alianzas entre las y los empresarios para crear espacios laborales para las personas con problemas mentales para facilitar su reinserción.

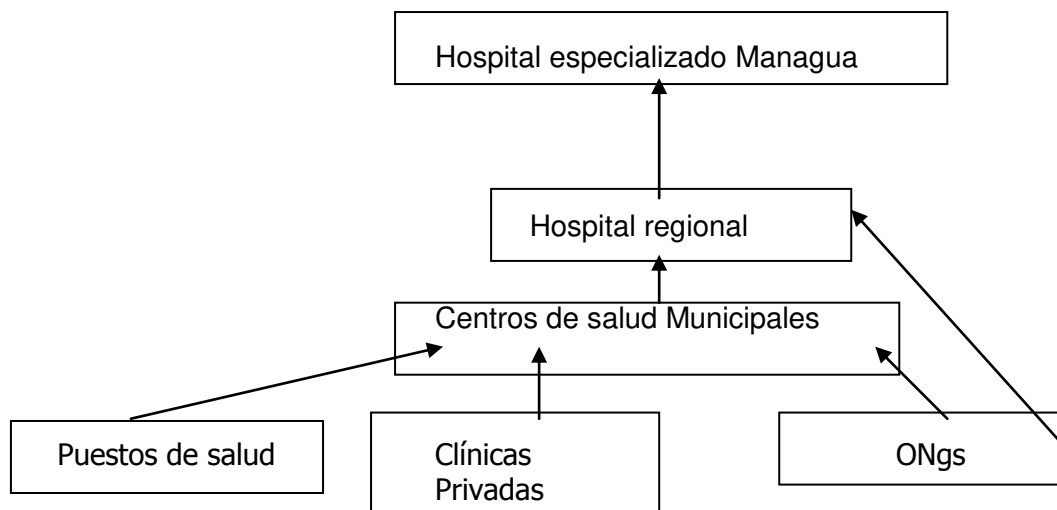
Diseñar y potenciar una campaña de sensibilización para la población sobre la prevención y detección precoz de los problemas de salud mental y difusión del programa.

# Bibliografía

OMS.- Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias (Pan American Health Organization (PAHO) / Organización Panamericana de la Salud (OPS) - WHO - OMS, 2002, 104 p.)
Rodríguez Bolaños, Marquez-Serrano, Kagegane-Escobar. <i>Violencia de género: Actitud y conocimiento del personal de salud en Nicaragua. Salud pública México 2005</i>
OPS. <i>Plan marco Subregional para la protección de la salud. Manual en situaciones de emergencia. Area de preparativos para situaciones de emergencias y socorros en casos de desastres. Unidad de salud mental y Programas especializados. Agosto 2004</i>
MINSa, Política Nacional de salud 2004-2015. Mayo 2004
República de Nicaragua. <i>Ley de protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. Nicaragua Mayo 2004</i>
MINSa, <i>Indicadores de Mortalidad por causas externas. Programa nacional de salud mental 2001</i>
Confidencial. <i>Semanario informativo · 427. Nicaragua Marzo 2005</i>
OPS. <i>Comunicado de prensa "OPS apoya el proceso de reforma del modelo de atención a la salud mental. Nicaragua abril 2005</i>
Isis internacional. <i>Agenda salud · 20. Año 2000</i>
MINSa. El papel del brigadista de salud mental (técnicas para ayudar) Nicaragua 1998
MINSa. La depresión. Nicaragua 1998
Vázquez J, OMS. Salud mental y derechos Humanos: un nuevo enfoque
<a href="http://www.aesm.net/smental/concepto-sm-comunic.htm">www.aesm.net/smental/concepto-sm-comunic.htm</a>
<a href="http://www.red-psi.org/index.shtml">www.red-psi.org/index.shtml</a>

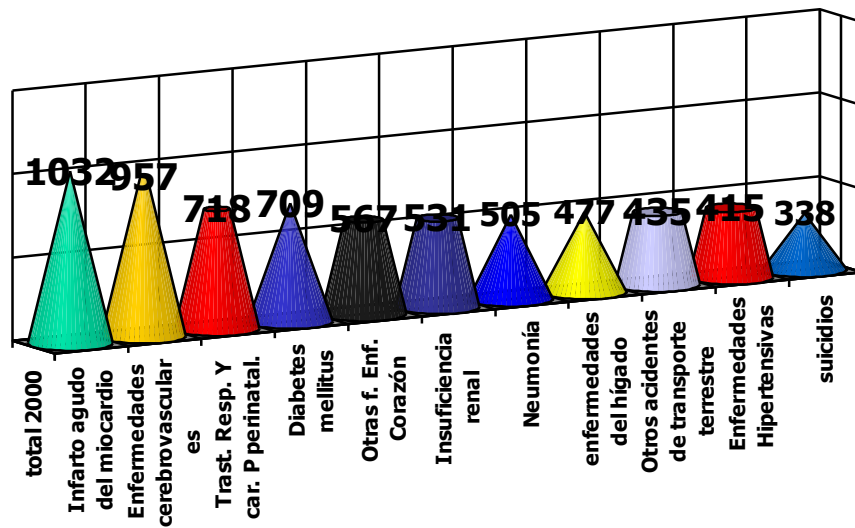
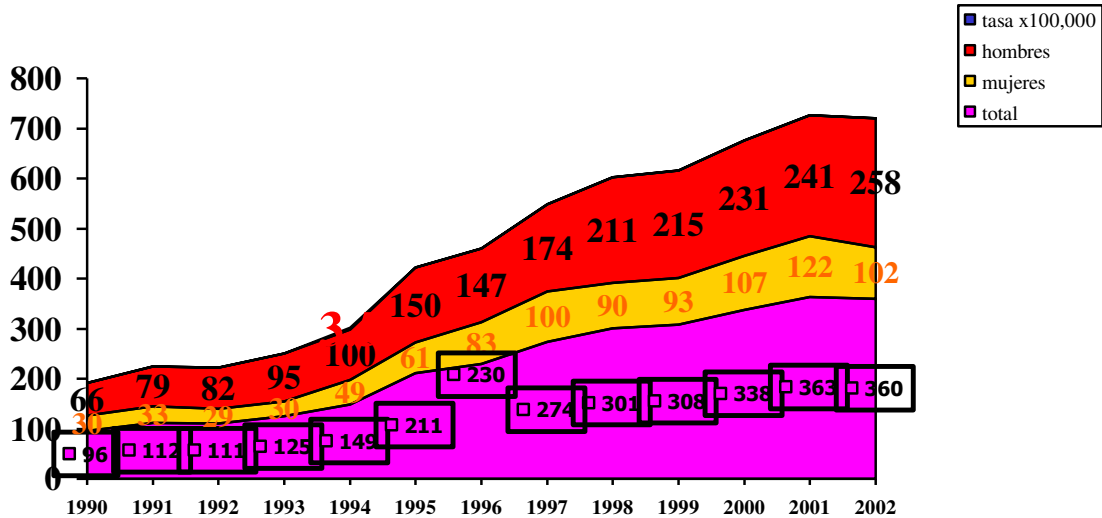
## Anexo 1.-

### Esquema de referencia

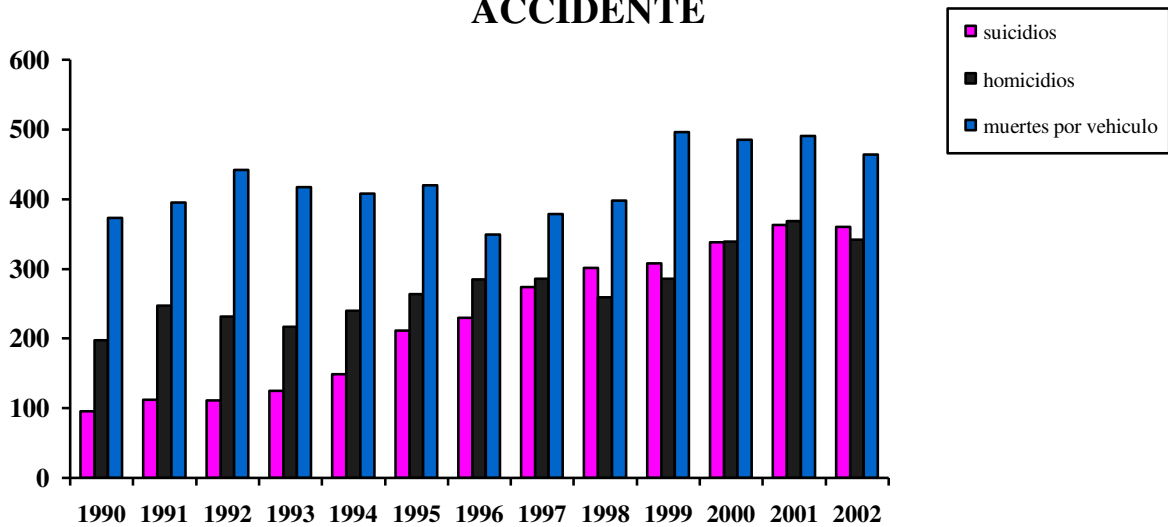


## Anexo 2.-Estadísticas del suicidio en Nicaragua 1990- 2002

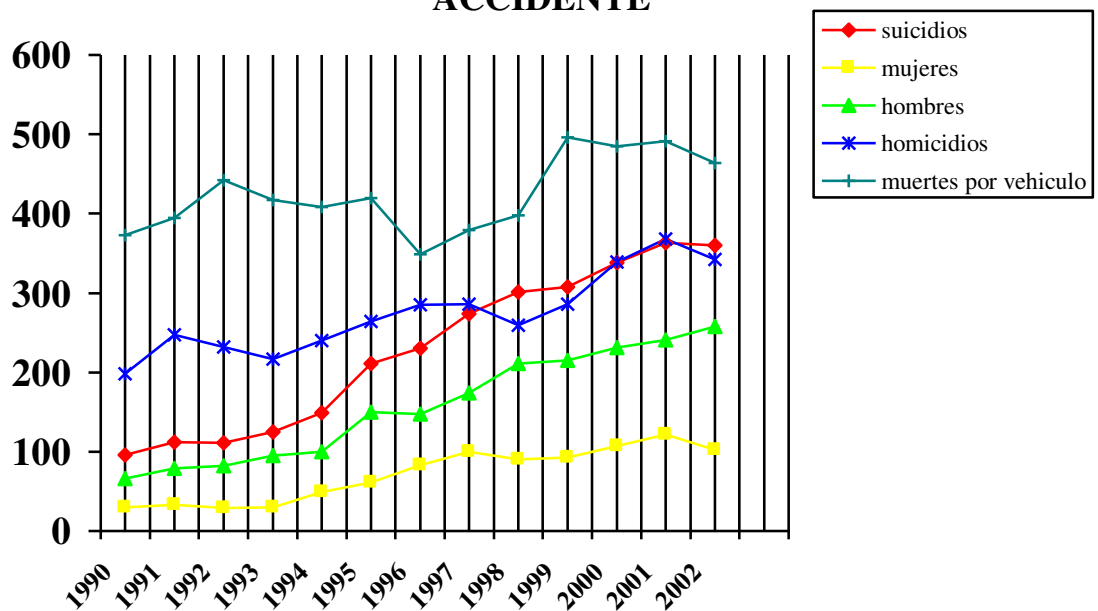
TOTAL DE SUICIDIOS



## SUICIDIOS, HOMICIDIOS Y MUERTOS POR ACCIDENTE



## SUICIDIOS, HOMICIDIOS Y MUERTOS POR ACCIDENTE



## Anexo 3 Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer

Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer

<b>Violencia contra las mujeres</b>  Abuso sexual Abuso físico Abuso psicológico	Resultados no mortales	<b>Consecuencias para la salud física</b> ETS/VIH Lesiones Enfermedad inflamatoria pélvica Embarazo no deseado Aborto espontáneo Dolor pélvico crónico Cefaleas Problemas ginecológicos Abuso de alcohol/sustancias tóxicas Discapacidad parcial o permanente Conductas nocivas para la salud
	Resultados mortales	<b>Consecuencias para la salud mental</b> Depresión Ansiedad Disfunción sexual Trastornos de la conducta alimentaria Trastorno de personalidad múltiple Trastorno obsesivo-compulsivo  Suicidio Homicidio

## **Anexo 4.- OPS apoya en proceso de reforma del modelo de atención a la Salud Mental**

Managua, 25 de Abril 2005 (OPS)—

Los servicios de salud mental de Guatemala, El Salvador y Nicaragua se verán fortalecidos a través del nuevo proyecto de cooperación técnica que impulsa la OPS en coordinación con los Ministerios de Salud a través de la reestructuración de los servicios y la implementación de un modelo de salud mental a nivel comunitario.

Los primeros pasos para la consolidación de este proceso se realizaron durante un taller en la capital nicaragüense del 25 al 29 de abril pasado donde participaron representantes de los Ministerios de Salud de los tres países así como representantes de la OPS/OMS de la Unidad de Salud Mental.

Este nuevo proyecto de cooperación técnica entre países permitirá analizar la situación integral de la Salud Mental y la red de provisión de servicios mentales en los tres países, y plantear un Plan de Reestructuración de éstos servicios en el corto, mediano o largo plazo, al igual que la reestructuración y funcionamiento de los servicios de base comunitaria para la promoción y atención en salud mental.

El Dr. José Caldas de la Unidad de Salud Mental de la sede de OPS comentó que el proceso de reforma en Salud Mental es un imperativo ético y una necesidad clínica que tienen la finalidad de brindar los tratamientos adecuados, el cuidado necesario y garantizar los derechos de los pacientes a participar e integrarse en la sociedad de manera adecuada, entre otros.

En este sentido las experiencias de los países es muy importante para poder construir el proceso de reforma la cual debe estar cimentada bajo las premisas de que la salud mental es parte de la salud del individuo y que las personas que tienen trastornos mentales tienen derecho a tratamientos e intervenciones que mejoren y respondan a sus necesidades.

El Dr. Carlos Fletes, Jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud de Nicaragua afirmó que la falta de medicamentos especiales para personas con problemas de salud mental hace que los pacientes acuden menos a las consultas externas ocasionando que las hospitalizaciones aumenten por esta causa.

## **Anexo 5.- A propósito del 1 de marzo, día nacional del periodista ¡Basta ya de agresión televisada!**

Mónica  
Zalaquette

¿Quién ha dicho que la libertad de expresión es libertad de agresión? Porque lo que está ocurriendo con estos programas equivale a un enorme puñetazo que sale desde la pantalla contra nuestra psiquis, con altísimo costo para la salud mental, emocional y física de todos y todas los que debemos tragarnos su veneno a diario.

Me pregunto qué sentido tiene ir a mi trabajo cada día a continuar los esfuerzos por construir una cultura de paz, si cada noche se alimenta masivamente la violencia desde estos programas. El otro día un señor que nos visitaba para brindarnos sus servicios nos dijo que necesitaba una cita psicológica porque se sentía atemorizado por la posibilidad de sufrir un accidente o que alguno de sus familiares lo sufriera y salir en esos noticieros sin poder hacer nada para evitarlo.

¿Cuántas personas se están durmiendo cada noche con malestar emocional y físico y cuántos niños estarán teniendo pesadillas ocasionadas por este tipo de programación? Una amiga me decía que su hijo exclamó “¡Mamá qué horrible todo eso que sale en la televisión!” a pesar de que ella procura que no la encienda a la hora de esos programas. Lo cierto es que hoy día los padres y adultos de la familia tienen el peligro más grande para sus hijos e hijas en la propia casa y deberían vigilar estrechamente la televisión para protegerlos de estas barbaridades. De otro modo tendrán garantizada una educación basada en el abuso, el crimen, el asesinato, los insultos, la procacidad y la tragedia que se divulgan alegremente a diario.

Es falso de toda falsedad que estos programas tengan una vocación social, como argumentan algunos periodistas en su intento por ocultar la clara motivación sensacionalista, que, ya se sabe, conecta con el morbo colectivo y garantiza las utilidades. Lo que les interesa es claramente el sufrimiento humano, no su cura, porque es el horror, la tragedia y el crimen lo que les permite obtener mayores ganancias a sus jefes empresarios.

Bien hacen las agencias y empresas que están retirando su publicidad de esta programación irresponsable. Porque si los dueños ordenan a sus periodistas, como me relató uno de ellos, que debe garantizarle las tres S: sexo, sangre y semen, nosotros debemos responderles con las tres D: denuncia, defensa de la dignidad y demandas.

## **Anexo 6.-Determinantes de la salud de la población nicaragüense**

Nicaragua en la actualidad cuenta con 5,4 millones de habitantes, es una población predominantemente joven, ya que el 41,5 % es menor de quince años, el grupo de 15 a 60 años representa el 53,8% y el de mayores de 60 años representa el 4,6%. El 58,3 % de la población vive en las áreas urbanas y el 50,2 % pertenece al sexo femenino.

La tasa de crecimiento demográfico del país es en la actualidad de 2,6%, la que es considerada una de las más altas de América Latina. Sin embargo, este crecimiento ha sido heterogéneo; de 1950 a la actualidad, la población rural se triplicó, en cambio la urbana se sextuplicó, tanto por el flujo permanente del campo a la ciudad, como por los conflictos bélicos en el país a finales de los setenta y en la década de los ochenta.

Este crecimiento de la población está asociado a una TGF de 3.2, la que es diferenciada entre las zonas urbanas y rurales, así como entre el 20% más pobre y el 20% con mejores ingresos del país. De tal forma que el descenso de la tasa de fecundidad también ha sido diferenciado en los últimos años; las mujeres pobres y de las zonas rurales tienen una TGF de 4.4, en cambio las mujeres en las zonas urbanas y con mayor nivel educativo tienen una TGF de 2.6. Se prevé que para el quinquenio 2010-2015 la TGF se irá reduciendo y homogenizando alcanzando valores por debajo de tres.

Entre los determinantes de la salud de los y las nicaragüenses, la pobreza es el más importante; según la EMNV-20012 , la pobreza representa el 45.8% de la población total, de ésta, el 15,1% vive en extrema pobreza. Al comparar datos relativos con la EMNV-1998 , el número absoluto de pobres se incrementó debido a la superioridad de la tasa de crecimiento de la población pobre.

La pobreza en Nicaragua se encuentra focalizada principalmente en la zona rural (cinco veces más alta que en la urbana) y existen evidencias que su distribución territorial tiene repercusiones muy serias en la situación de salud de la población. Por ejemplo, la RAAN y Matagalpa, que tienen más del 50% de su población catalogada con un bajo consumo. La tasa de desempleo abierto sigue siendo alta. Paralelamente a esta situación, existe el problema de los bajos salarios y el incremento de los costos de la canasta básica, lo que hace que las capacidades de satisfacción de las necesidades se vean muy limitadas.

Cabe destacar, que en el empleo y el salario la mujer sigue siendo discriminada (menos oportunidades y menor paga), lo que tiene un impacto económico familiar cuando la mujer es la única fuente de ingreso.

De hecho, a pesar que se ha incrementado la producción de alimentos en el país, esto no ha favorecido su acceso a los sectores pobres; sino que son los sectores que tienen un empleo permanente y bien remunerado los que sí tienen asegurado su acceso. Esta situación es producto de la falta de aplicación de una política efectiva de seguridad alimentaria, lo que incide en que continúa existiendo un 20% de menores de cinco años con desnutrición crónica

(ENDESA-2001)<sup>3</sup> , y según datos del MINSAL, en el 9% de los partos los recién nacidos son de bajo peso. También ENDESA-2001 muestra que un poco menos del 4% de las mujeres en edad fértil tienen problemas nutricionales, especialmente en el área rural de los municipios de extrema pobreza.

Entre las mujeres, la tasa de analfabetismo es mayor con relación a los hombres, especialmente en las zonas rurales, lo que tiene una importancia capital en su salud y en las prácticas sanitarias que desarrolla cuando conforma su familia. La niñez de estratos pobres o extreme- madamente pobres que asiste a las escuelas, no tiene buen rendimiento académico, observándose un nivel máximo de 3,1 años de escolaridad. Más de la mitad de la niñez que abandona la escuela, lo hace por razones económicas.

En los últimos años, y como producto de la combinación de factores asociados a la pobreza, pérdida de valores éticos y sociales, problemas educativos, etc. se agrega un nuevo determinante: la violencia. Ésta es reconocida internacionalmente como un determinante de la salud; una de sus diversas formas es la violencia intrafamiliar y sexual, cuyo impacto en la salud es de grandes proporciones, convirtiendo los hogares, el espacio en el cual los seres humanos deberían desarrollarse en condiciones de ejercicio pleno de sus derechos humanos, en un factor de alto riesgo para la salud; siendo la mayoría de víctimas las mujeres y la niñez. Al mismo tiempo la violencia intrafamiliar se perfila como punto de origen de otros tipos de violencia, al extenderse a otras áreas y fusionarse con otros problemas, generando violencia social, económica e incluso política.

Entre los distintos tipos de violencia, están las asociadas a las agresiones físicas a las personas y las familias por parte de grupos de anti sociales, especialmente del sexo masculino, entre la que se destaca la violencia a la mujer, expresada como violencia sexual. Aunque no se dispone de datos que revelen la magnitud real del problema, algunas investigaciones sobre abuso sexual muestran que más del 80 % de las víctimas de Managua y Bluefields, y del 70 % de Estelí, fueron abusadas antes de cumplir los diecisiete años.

Otro estudio<sup>4</sup> sobre explotación sexual comercial, indica que la misma, está vinculada al abuso sexual y que el 36% de los entrevistados fueron víctimas de abuso sexual antes de los doce años de edad, en la mayoría de los casos por un familiar hombre, siendo las más afectadas las niñas y las adolescentes.

Finalmente, debe mencionarse la violencia por accidentes de tránsito, la que genera serios problemas de discapacidad y muerte. Todas estas expresiones de violencia dejan diversas secuelas de daño, discapacidad y muerte en la sociedad nicaragüense, convirtiéndose en un verdadero problema de salud pública, y que en muchas ocasiones podrían haberse evitado si se hubiesen tomados las medidas preventivas necesarias. Con relación a las condiciones habitacionales de la población, se calcula que existe un déficit aproximado de medio millón de viviendas, conjugadas con las que deben sustituirse por viviendas dignas. Producto de esta situación existe un problema serio de hacinamiento, especialmente en estratos de la población de bajos ingresos, acentuándose más en las zonas urbanas.

Las limitaciones al acceso a los servicios básicos es otra característica de la población nicaragüense ya que sólo la tercera parte de la población tiene agua para beber dentro de la vivienda y otra tercera parte tiene este servicio fuera de la vivienda; este porcentaje se distribuye heterogéneamente entre los departamentos del país y por condición socio-económica de la población. Las estadísticas muestran una relación directa entre limitaciones en el acceso a los servicios de agua potable y los problemas de salud por transmisión hídrica.

Las condiciones ambientales en las que vive la población nicaragüense muestran un fuerte deterioro en los últimos años. En las zonas rurales, el avance acelerado de la frontera agrícola muestra cambios importantes en las regiones del centro y norte del país, lo que tiene una alta incidencia en cambios climáticos que están permitiendo la aparición de problemas como el dengue y la malaria, los que tradicionalmente eran de las zonas de ambos litorales.

En las zonas urbanas, la basura es un serio problema de salud pública. Se producen unas 1793.5 toneladas por día en todo el país y sólo se tiene capacidad para recolectar un poco más de la mitad en las zonas urbanas; en general las ciudades adolecen de medios para tratarla y la mayor parte se deposita en lugares no autorizados comprometiendo aún mas el medio ambiente. En la mayoría de los municipios la disposición final es a cielo abierto.

## **Anexo 7. Daños específicos a la salud**

### **Salud Mental**

La información sobre este problema es sumamente pobre, limitada a lo que llega a las unidades de salud; con algunos estudios se estima que existe un 27,9% de trastornos mentales en la población adulta. Los problemas más frecuentes son la neurosis y el alcoholismo. Estos problemas generan algunas formas de violencia intra familiar, lo que no significa que la violencia intra familiar se origine por problemas de salud mental. Frente a la problemática de salud mental aún no se cuenta con un programa sectorial estructurado y con recursos suficientes. Según especialistas sobre el tema, los grupos vulnerables a este tipo de problemas son en primer lugar las mujeres, niños/niñas y los adolescentes.

### **6. Prioridades**

Otros problemas que son considerados como prioritarios son los referidos a la discapacidad en sus distintas manifestaciones, así como los asociados a la salud mental y la violencia en general y en especial la intra familiar. Dada la complejidad de estos problemas, además de las estrategias sectoriales, deberán ser complementadas con otras políticas públicas, con enfoque de género que permitan contribuir a reducir la probabilidad de su ocurrencia y la aparición de daños en salud, que potencialicen sus capacidades humanas y faciliten su integración en la sociedad. Sobre estos problemas son grupos vulnerables las mujeres y la niñez, los que son objeto de la atención inmediata del sector salud.

De la misma forma se consideran que existen grupos de adolescentes y jóvenes, considerados vulnerables por los riesgos a que están sometidos por problemas asociados como por la violencia en todas sus manifestaciones, las drogas, el alcoholismo, el suicidio, el abuso sexual, el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, etc. Este grupo es el foco de la atención para la implementación de la estrategia de largo plazo de salud sexual y reproductiva que se desarrollará con enfoque de género, especialmente en las zonas rurales del país.

#### **C. Situación del sector salud**

La respuesta social a la situación epidemiológica de la población y sus determinantes través del sector salud, ha sido poco eficaz, eficiente y efectiva. Por un lado se cuenta con escasos recursos para atender las necesidades y demandas de la población y por otro, ha sido inadecuada la disposición de los recursos disponibles.

ENDESA-2001 evidenció que existen barreras para que las poblaciones más pobres puedan acceder a los servicios que brindan las instituciones del sector público, los que están siendo utilizados por los estratos con mayores recursos económicos; los pobres están recurriendo para atenderse en salud a otras opciones que conllevan a mayores riesgos financieros, lo que descapitaliza sus posibilidades de desarrollo y reproduce su condición de pobreza, incrementando de esa forma las desigualdades en el país

A pesar de los esfuerzos por incrementar la cobertura en los servicios de salud (tanto en el sector público, como de la seguridad social), aún existe un porcentaje considerable de población que no tiene acceso a los servicios de salud, ya sea por razones geográficas, económicas, culturales e incluso de falta de información sobre los beneficios de los servicios de salud. Al mismo tiempo no se ha desarrollado desde las instituciones del sector una cultura efectiva de promoción, prevención y previsión de los problemas de salud, de tal forma que motive a la población a ser un actor activo en el fomento a la salud.

Por otro lado, la limitada vinculación entre las instituciones del sector y las acciones que desarrollan las comunidades, tanto en forma directa a través de agentes comunitarios (brigadistas, parteras, etc.), como las que realizan organizaciones de la sociedad civil (grupos juveniles, clubes de madres, etc.), no canaliza este caudal de energía en intervenciones efectivas que transformen la realidad sanitaria del país.

El enfoque de atención que han utilizado las instituciones del sector ha estado más centrado en los daños, en la enfermedad, que en las determinantes y condicionantes de la salud; ha estado más dirigido a la atención de las patologías que a las poblaciones, sin hacer énfasis en la identificación de los grupos más vulnerables (pobres, étnicos, etc.), sin identificar las diferencias existentes de género, de condiciones socio-económicas, entre otras, de los distintos grupos de población y en especial, sus conocimientos, actitudes y prácticas en salud, haciéndose esto más evidente en la Costa Caribeña. Se ha prestado atención a algunos aspectos del medio ambiente físico, pero no se ha profundizado en la atención a los ambientes laborales, sociales y culturales.

En parte, esto se debe a que el modelo de atención vigente incluye únicamente los servicios del MINSA, no convoca a las distintas instituciones del sector salud en el desarrollo de intervenciones integrales, da más peso a los aspectos curativos que los preventivos; con muy limitadas acciones de promoción y aunque se realizan acciones de prevención específicas, éstas están dirigidas a los daños trasmisibles, con muy poco énfasis en los no trasmisibles, cuyo peso se viene incrementando paulatinamente, generando altos costos a los servicios de salud.

Hasta el momento ha habido limitaciones en el sector salud para desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud en toda su dimensión; tanto los servicios del Ministerio de Salud como los que compra la Seguridad Social, adolecen de acciones sistemáticas de fomento a la salud, de acciones que incidan en los hábitos y costumbres de la población, no contribuyen a la prevención de los problemas de salud y el control de los factores de riesgo que los generan. En parte esto es debido a la acción poco coordinada del sector y el tímido liderazgo del Ministerio de Salud

Así mismo, existen evidencias de las limitaciones de recursos con que laboran los establecimientos de salud, especialmente los del sector público. Los establecimientos del primer nivel de atención en general tienen una baja capacidad resolutive en los aspectos de diagnóstico y tratamiento. La red hospitalaria, en general funciona con una infraestructura y equipamientos obsoletos, lo que crea desequilibrios entre los recursos humanos y la base técnico material, lo que incide en su baja productividad.

En general los servicios se ofertan sin un enfoque de calidad que tome en consideración las necesidades y expectativas de la población usuaria, lo que se expresa en la poca información que se le brinda a la población sobre la cartera de oferta de servicios; existen problemas en el trato que se le brinda a la ciudadanía y el diseño de los procesos y flujo con que funcionan los servicios en general no es el más adecuado; en el caso de la atención a los asegurados del INSS, se han hecho esfuerzos para introducir este enfoque, creándose mecanismos para su control institucional sobre las EMPs9 .

La inversión en salud en la última década ha sido muy limitada, al compararla con la inversión que hace el resto de países centroamericanos, cuyo promedio de gastos per cápita por año es de cincuenta y nueve dólares tanto en el ámbito público como en el privado; la tendencia de la inversión pública ha sido a reducirse en comparación la inversión privada (actualmente representa el 29% de la inversión total), lo que se ha acompañado de una reducción del aporte internacional al sector salud. De acuerdo a los cálculos económicos presentados en el Plan Nacional de Desarrollo, esta situación va a variar mucho en los próximos años, lo que implicará la necesidad de encontrar nuevas formas de financiar el sector para evitar que los riesgos financieros de los cuidados esenciales en salud los asuma la población.

En el sector público se utilizan mecanismos tradicionales para asignar recursos, lo que contribuye a que los mismos se utilicen de forma ineficiente; en cambio, en la seguridad social, se ha establecido un mecanismo de compra de servicios que es eficiente para la institución, sin embargo, abre la posibilidad que el derecho-habiente no reciba servicios con calidad y que en el peor de los casos, las EMPs limiten aún más la canasta de servicios definida por el INSS.

La combinación de una visión curativa del sector y los limitados recursos tienen el efecto de inducir a la población a demandar más servicios curativos, lo que se expresa en la pobre utilización de los servicios del primer nivel de atención (especialmente de los puestos de salud), y una mayor presión a los servicios hospitalarios, especialmente los de emergencia. En parte, esta situación es producto de no contar con un modelo de atención adecuado que priorice las acciones de fomento a la salud y que articule los servicios de salud de las distintas instituciones y organizaciones del sector salud.

## **Anexo 8.- Propuestas de ley de protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales**

NELSON ARTOLA ESCOBAR

Recibido en 1er. Sria. Por Ninoska el 17/05/2004 a las 10:20 A.M.

Enviado a la Comisión de Salud por 1er. Sria. El día jueves 24/06/04 a las 9:10 a.m.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA HACE  
SABER AL PUEBLO NICARAGÜENSE QUE:  
LA ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA  
CONSIDERANDO

I

Que Nicaragua es suscriptora de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la Organización de Naciones Unidas; y de la Convención Americana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos de conformidad con el Arto. 46 de la Constitución Política de la República de Nicaragua.

II

Que la Constitución Política establece en su Artículo 36 el respeto que toda persona tiene a su integridad tanto física, como psíquica, el Artículo 62, establece de la misma Constitución ;n, que el Estado procurará establecer programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, psicosocial y profesional y para su ubicación laboral.

POR TANTO

En uso de sus facultades,

HA DICTADO

La siguiente:

**LEY DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS  
DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES**

Arto. 1. Objeto: Garantizar y promover el respeto y la protección efectiva de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.

Arto. 2. Principios: Esta Ley es de Aplicación obligatoria en todas las unidades que presten servicio de atención integral hospitalaria medico-siquiátrica para enfermos agudamente perturbados, deberán tener pleno respeto a la presente Ley, facilitando los instrumentos necesarios para su cumplimiento, y al mismo tiempo tienen por objeto uniformar criterios de operación de actividades.

Capítulo I

De los derechos y libertades fundamentales

Arto. 3. Mejorar atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.

Arto. 4. Que las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente a la persona humana.

Arto. 5. Las personas que padezcan de una enfermedad mental, o que están siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.

Arto. 6. Facilitar los instrumentos y medios de trabajo requeridos para el desempeño de las funciones, así como los medios de protección individual y colectivos, estableciendo a su vez los mecanismos que garanticen el buen uso de los mismos, así como sanciones por su incumplimiento.

Arto. 7. Se establece que no habrá discriminación por motivos de enfermedad mental. Por discriminación se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación.

Arto. 8. Tienen derechos todas las personas que padezcan una enfermedad mental a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos otros Instrumentos pertinentes, que Nicaragua ha ratificado.

## Capítulo II

### Derechos y Condiciones en la Instituciones Siquiátricas

Arto. 9 Toda persona que padezca una enfermedad mental y que tenga que ser internada en una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetada por cuanto se refiere a su:

- a. Reconociendo ante la ley
- b. Vida privada
- c. Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicación con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicación privada sin censura; libertad de recibir, en privado, visita de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes, y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos, a la prensa, a la radio y a la televisión.
- d. Libertad de religión y creencia
- e. A instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento
- f. A instalaciones educativas
- g. A instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación.
- h. En ninguna circunstancias podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados: dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y de las administraciones de la institución.
- i. El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación.

Arto. 10. El personal que labora en las unidades para la presentación de servicios médicos psiquiátricos, tienen la obligación de vigilarla, proteger y dar seguridad a los usuarios.

Arto. 11. Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

Arto. 12. El Ministerio de Salud, será el encargado de velar porque todas las personas con enfermedad mental que estén deambulando, por las calles, sin ningún tipo de atención médica correspondiente, que sean incorporadas a los centros psiquiátricos del país.

Arto. 13. La presente Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en cualquier medio de comunicación social escrito, sin perjuicio de su posterior publicación en La Gaceta,

Diario Oficial.

Dado en la ciudad de Managua, en la Sala de Sesiones de la Asamblea Nacional a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Lic. Carlos Noguera Dr. Miguel López

Presidente Primer Secretario

Asamblea Nacional Asamblea Nacional

Por tanto téngase como Ley de la República, Publíquese y Ejecútese

Managua, \_\_\_\_\_

del mes de \_\_\_\_\_ del año 2004

Ing. Enrique Bolaños Geyer

Presidente

República de Nicaragua.

## **Anexo 9.- Plan Marco Subregional para la protección de la salud Mental en situaciones de Emergencias y desastres.**

En las situaciones de desastres y emergencias se destacan tres grandes grupos de problemas psicosociales

El miedo y la aflicción

Trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas

Desorden social, violencia o consumo de sustancias adictivas.

De lo anterior se derivan tres mensajes:

No pensar sólo en la sicopatología, sino también en la amplia gama de problemas sociales.

La necesidad de ampliación del campo de competencia de los profesionales de la salud mental

Los problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos, en gran medida por personal no especializado

## Anexo 10.- Medicamentos psicotrópicos de la lista básica del MINSA

Registro	Nombre Comercial	Nombre Generico	Presentación	Farmacia	Público pp	Público pu
M-3544-93	APO-ALPRAZ 0.5MG TABL. (ALPRAZOLAM 0.5MG)	ALPRAZOLAM	FCO. 1000 TABLETAS	1111.35	1500.32	1.5
M-3544-93	APO-ALPRAZ 0.5MG TABL. (ALPRAZOLAM 0.5MG)	ALPRAZOLAM	BLISTER 100 TABLETAS	136.94	184.87	1.85
M-4031-94	APO-AMITRYPTILINA 25 MG	AMITRIPTILINA	FCO. 1000 TABL.	450.43	608.08	0.61
M-4031-94	APO-AMITRYPTILINA 25 MG	AMITRIPTILINA	FCO. 500 TABL.	257.39	347.48	0.69
M-4031-94	APO-AMITRYPTILINA 25 MG	AMITRIPTILINA	FCO. 100 TABL.	101.35	136.82	1.37
M-4031-94	APO-AMITRYPTILINA 25 MG	AMITRIPTILINA	BLIS. 50 TABL.	33.71	45.51	0.91
M-4023-94	APO-CARBAMAZEPINA 200MG	CARBAMAZEPINA	FCO. 500 TABL.	840.76	1135.03	2.27
M-4023-94	APO-CARBAMAZEPINA 200MG	CARBAMAZEPINA	FCO. 100 TABL.	212.84	287.33	2.87
M-4023-94	APO-CARBAMAZEPINA 200MG	CARBAMAZEPINA	BLIS. 30 TABL.	54.21	73.18	2.44
M-0567-92	ANAFRANIL SR. 75	CLOMIPRAMINA CLORHIDRATO	CJA. 10 GRAG.	177.7	231.01	23.1
M-4020-94	APO-CLORPROPAMIDA 250MG	CLORPROPAMIDA	FCO.1000 TABL.	517.37	698.45	0.7
M-4020-94	APO-CLORPROPAMIDA 250MG	CLORPROPAMIDA	FCO. 500 TABL.	269.88	364.34	0.73
M-4020-94	APO-CLORPROPAMIDA 250MG	CLORPROPAMIDA	FCO. 100 TABL.	54.45	73.51	0.74
M-4020-94	APO-CLORPROPAMIDA 250MG	CLORPROPAMIDA	BLIS. 50 TABL.	43.84	59.18	1.18
M-4908-94	DIAZEX 10 MG.	DIAZEPAM	CJA. 100 TABLETAS	73.68	95.78	0.96
M-4015-94	APO-DIAZEPAN 10MG	DIAZEPAM	FCO. 1000 TABL.	598.69	808.23	0.81
M-4015-94	APO-DIAZEPAN 10MG	DIAZEPAM	FCO. 100 TABL.	66.94	90.37	0.9
M-4015-94	APO-DIAZEPAN 10MG	DIAZEPAM	BLIS. 100 TABL.	69.3	93.56	0.94
M-4440-94	FENOBARBITAL 100 MG.	FENOBARBITAL	FCO. 100 TABLETAS	97.35	131.42	1.31
M-2857-93	DONNATAL ELIXIR SUSPENSION	FENOBARBITAL,SULFATO DE HIOSCINAMINA,SULFATO DE ATROPINA	FCO. X 120 ML.	58.75	76.38	0
M-4010-94	APO-HALOPERIDOL SOLUCION 2MG/ML	HALOPERIDOL	FCO. 15 ML.	304.53	411.12	0
M-4228-94	APO-HALOPERIDOL 10MG	HALOPERIDOL	FCO. 500 TABL.	552.02	745.23	1.49
M-4228-94	APO-HALOPERIDOL 10MG	HALOPERIDOL	FCO. 100 TABL.	126.34	170.56	1.71
M-4227-94	APO-HALOPERIDOL 2MG	HALOPERIDOL	FCO. 1000 TABL.	428.28	578.18	0.58
M-4227-94	APO-HALOPERIDOL 2MG	HALOPERIDOL	FCO. 100 TABL.	57.04	77	0.77

Registro	Nombre Comercial	Nombre Generico	Presentación	Farmacia	Público pp	Público pu
M-4227-94	APO-HALOPERIDOL 2MG	HALOPERIDOL	BLIS. 50 TABL.	34.88	47.09	0.94
M-4010-94	APO-HALOPERIDOL 2MG/ML	HALOPERIDOL	FCO. 60 ML	304.53	411.12	0
M-4011-94	APO-HALOPERIDOL 5MG	HALOPERIDOL	FCO. 1000 TABL.	675.77	912.29	0.91
M-4011-94	APO-HALOPERIDOL 5MG	HALOPERIDOL	FCO. 100 TABL.	86.74	117.1	1.17
M-4011-94	APO-HALOPERIDOL 5MG	HALOPERIDOL	BLIS. 50 TABL.	61.52	83.05	1.66
M-4007-94	APO-IMIPRAMINA 25MG	IMIPRAMINA	FCO. 1000 TABL.	628.63	848.65	0.85
M-4007-94	APO-IMIPRAMINA 25MG	IMIPRAMINA	FCO. 100 TABL.	61.99	83.69	0.84
M-4007-94	APO-IMIPRAMINA 25MG	IMIPRAMINA	BLIS. 50 TABL.	41.25	55.69	1.11
M-4552-94	APO-LORAZEPAN 2MG	LORAZEPAM	FCO. 1000 TABL.	1386.89	1872.3	1.87
M-4552-94	APO-LORAZEPAN 2MG	LORAZEPAM	FCO. 100 TABL.	143.54	193.78	1.94
M-4552-94	APO-LORAZEPAN 2MG	LORAZEPAM	BLIS. 100 TABL.	184.56	249.16	2.49
M-4232-94	APO-THIORIDAZINA 50MG	TIORIDAZINA	FCO. 1000 TABL.	1168.16	1577.02	1.58
M-4232-94	APO-THIORIDAZINA 50MG	TIORIDAZINA	FCO. 100 TABL.	126.34	170.56	1.71
M-4232-94	APO-THIORIDAZINA 50MG	TIORIDAZINA	FCO. 500 TABL.	482.72	651.67	1.3
M-3989-94	APO-THIORIDAZINE 100MG	TIORIDAZINA	FCO. 500 TABL.	1146	1547.1	3.09
M-3989-94	APO-THIORIDAZINE 100MG	TIORIDAZINA	FCO. 100 TABL.	257.39	347.48	3.47
M-3989-94	APO-THIORIDAZINE 100MG	TIORIDAZINA	BLIS. 30 TABL.	77.08	104.06	3.47
M-4934-94	APO-TRIAZOLAM (TRIAZO 0.25MG)	TRIAZOLAM	BLISTER 98 TABL.	156.04	210.65	2.15
M-4934-94	APO-TRIAZOLAM (TRIAZO) 0.25MG	TRIAZOLAM	FCO. 500 TABL.	663.28	895.43	1.79
M-4934-94	APO-TRIAZOLAM (TRIAZO) 0.25MG	TRIAZOLAM	FCO. 100 TABL.	146.14	197.29	1.97
M-4934-94	APO-TRIAZOLAM (TRIAZO) 0.25MG	TRIAZOLAM	BLIS. 100 TABL.	156.04	210.65	2.11
M-3547-93	APO-TRIFLUOPERAZINA	TRIFLUOPERAZINA CLORHIDRATO	FCO. 1000 TABL.	428.28	578.18	0.58
M-3547-93	APO-TRIFLUOPERAZINA	TRIFLUOPERAZINA CLORHIDRATO	FCO. 100 TABL.	61.99	83.69	0.84
M-3547-93	APO-TRIFLUOPERAZINA	TRIFLUOPERAZINA CLORHIDRATO	BLISTER 50 TABL.	30.41	41.05	0.82
M-3547-93	APO-TRIFLUOPERAZINA	TRIFLUOPERAZINA CLORHIDRATO	FCO. 1000 TABL.	156.04	210.65	2.15

## Anexo 11. Listado de precios de los medicamentos de la lista básica del MINSA

Medicamentos	Nombres comerciales	Precio C\$	Existencias	Demanda o consumo
<b>Hipnóticos, ansiolíticos</b>				
Alprazolam tableta de 1 mg..	Tafil	9/ 4,75/6	si	10 R/mes
	Apoalprazolam	0,75/ 1,50		
Diazepam tableta de 5 mg.	Valium	1	si	20 R/mes
	Pacilam	0,13/ 2,25		33.133#
	Diacepam MK	0,08 /2.50/1.50/2	560	2.500 tab/mes
Lorazepam tableta de 3 mg.	Apoloracepam	1.5/ 2	si	15 recetas
		0,27		1.837
<b>Neurolépticos</b>				
Clorpromazina Clorhidrato tableta 100 mg	Largartil	3.5 / 4		1.000 tab/mes
Clorpromazina Clorhidrato solución inyectable 25/mg. – amp de 5 ml	Largartil	25		3
Tioridazina tableta de 100 mg	Melleril	1,5	si	
	Apotioridazina	1,26/ 2.50		
Flufenazina Decanato solución inyectable 25 mg/ml – Amp 1 ml		17.75/ 60	si 10/20/	45 24 amp/mes
<b>Neurolépticos Butirofenónicos y Litio</b>				
Haloperidol solución 2mg /Fco 30 ml	Haldol	80/ 72	si	6 recetas
		1,60		
Haloperidol solución inyectable 5mg/ml amp. de 1 ml.	Haldol	12/ 3/ 26/33 1,73	103 si	26
Haloperidol tableta de 5 mg.	Haldol	2 /1.90	930	5 recetas
	Apohaloperidol	1,24	si	5.000 c/2 mes
Carbonato de Litio tableta	carbonato	3	si	

300 mg				
<b>Antidepresivos</b>				
Amitriptilina tableta de 25 mg	Apo-Amitrp Triptanol	1.25 /1.25 0,27 /4	si	10 2000/mes
Imipramina clorhidrato tableta de 25 mg	Tofranil 25 mg 10 mg	3.50 /3 0,66 /1.50	si	1

Información HRCAM Información 27/06/05

Información SILAIS. Consumo de Enero a junio 2005. Fecha información 8/7/05

Información Trinidad Guevara 27/06/05

Farmacias privadas de Matagalpa ciudad

## **Anexo 12 Nuevo atlas de salud mental de la OMS muestra que los recursos de salud mental siguen siendo insuficientes**

7 DE OCTUBRE DE 2005 | GINEBRA -- Para señalar el Día Mundial de la Salud Mental, que se celebra el 10 de octubre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica la versión actualizada del Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud 2005. El Atlas muestra que los recursos mundiales dedicados a las personas que sufren trastornos mentales y neurológicos son manifiestamente insuficientes para hacer frente a la carga cada vez mayor de necesidades de salud mental, y que estos recursos están distribuidos de manera desigual en el mundo.

La edición de 2005 es una actualización del primer Atlas de Salud Mental de 2001, y contiene los datos más completos disponibles sobre los recursos de salud mental en el mundo. En esta edición no se observan cambios sustanciales respecto a 2001 en el ámbito de los recursos de salud mental, si bien continúan existiendo diferencias notorias y significativas en cuanto a la disponibilidad de dichos recursos entre los países de ingresos altos y los de ingresos bajos. Por ejemplo, aunque el estudio sobre 192 países muestra, en efecto, un ligero aumento del número total de psiquiatras, de 3,96 a 4,15 por cada 100 000 personas en todo el mundo, la distribución entre las diversas regiones varía de 9,8 en Europa a sólo 0,04 por cada 100 000 personas en África. Esa desigualdad ha aumentado desde 2001.

El Atlas señala que muchos países continúan gastando solamente un pequeño porcentaje de su presupuesto sanitario en salud mental. Una quinta parte de los más de 100 países que han facilitado datos para el estudio gastan menos del 1% de su presupuesto sanitario en salud mental. Ello contrasta fuertemente con la estimación de la OMS de que el 13% de toda la carga de morbilidad se debe a los diversos trastornos neuropsiquiátricos.

Según afirma el Dr. Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, "las conclusiones del nuevo Atlas reflejan la realidad actual de que se sigue concediendo a la asistencia de salud mental una prioridad baja dentro de la salud pública. Hay suficientes razones científicas y éticas para cambiar esta actitud e invertir más en salud mental. Los planificadores de salud pública y las instancias decisorias deben tomarse más en serio las necesidades de salud mental de su población."

El Atlas de Salud Mental 2005 actualizado es la segunda entrega del proyecto de la OMS dedicado a examinar y fortalecer los recursos de salud mental en todo el mundo. El Atlas contiene un panorama general de todo el mundo, así como estudios por países sobre 16 temas, como por ejemplo la política, la legislación y financiación de la salud mental, los servicios de salud mental, las cantidades de camas psiquiátricas y profesionales psiquiátricos, los programas para grupos especiales de población y la disponibilidad de medicamentos terapéuticos.

Esta edición del Atlas incluye un estudio sobre una mayor variedad de países que la primera, así como datos epidemiológicos sobre las enfermedades mentales en cada país. La calidad y la cantidad de la información recopilada han mejorado notablemente en esta edición, mediante la inclusión de una amplia búsqueda de documentación sobre servicios, recursos y datos de salud mental, así como información obtenida de los países, las oficinas de la OMS, y los expertos y asociaciones del ámbito de la salud mental.

La OMS ha puesto a disposición toda la base de datos del Atlas en un sitio web interactivo, en la dirección siguiente:

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/)(en inglés).

Este innovador instrumento permite a los investigadores buscar y mostrar datos mundiales, regionales y nacionales del Atlas, y también comparar países y regiones y preparar cuadros, esquemas y mapas para descargarlos. También es posible generar perfiles de países en línea.

El Atlas y la base de datos en línea son importantes instrumentos para los investigadores de la salud mental, las instancias normativas y las partes interesadas en la cuestión. Los datos y los perfiles de país proporcionan pruebas sólidas de que para tratar y cuidar adecuadamente a los enfermos mentales es necesario aumentar sustancialmente los recursos, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, pero también en muchos países de ingresos altos.

#### ENLACES CONEXOS

- [Atlas de Salud Mundial 2005 en línea - en inglés](#)
- [Departamento de Salud Mental - en inglés](#)
- [Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental - en inglés](#)

## **Anexo 13. Una cuestión de derechos humanos**

Uno de los principales aspectos que se analizaron fue el contenido de los tratados y normas internacionales sobre los derechos humanos; algunos de estos tratados son la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional sobre derechos económicos, sociales y culturales. Los participantes aprendieron cómo pueden incorporarse estos contenidos en los marcos legales nacionales y en las políticas de salud mental de sus países. Por ejemplo, en 2001, en un taller celebrado en Nicaragua, los participantes hicieron un proyecto de documento con recomendaciones para la reforma del sistema, en el cual se incluía un llamamiento para el diseño y la ejecución de una política nacional de salud mental, conforme con las normas internacionales. El documento finalmente fue presentado ante el Ministerio de Salud de Nicaragua, la Corte Suprema, la legislatura y los medios de comunicación.

Los expertos de la OPS también ayudaron a establecer redes formales para la protección y la promoción de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. "Iniciamos los comités en cada país y trabajamos conjuntamente con ellos para elaborar los proyectos de los planes de salud mental, políticas y leyes", señala Vásquez. Un objetivo clave en este proceso es la oficina del Defensor del Pueblo, en la cual se investigan las quejas de los ciudadanos contra el gobierno. Trabajan a nivel local y pueden hacer un seguimiento para asegurar el cumplimiento de las leyes locales. Si bien muchas de estas oficinas tienen mandato en los asuntos de derechos humanos, los pacientes de salud mental con frecuencia no están incluidos en su agenda.

"Cuando vamos a los países, la oficina del Defensor del Pueblo es la encargada de coordinar nuestras visitas a las prisiones y los hospitales –dice Vásquez–. Pero a menudo los empleados de la oficina nunca las han visitado antes; entonces les explicamos cuán importante es que ellos vayan a los establecimientos de salud y verifiquen por sí mismos el cumplimiento de las normas".

En Costa Rica, la OPS trabajó con la oficina del Defensor del Pueblo en la publicación de un comunicado para terminar con el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental. La oficina también distribuyó las normas internacionales sobre derechos humanos en las instituciones públicas del país y realizó su propio taller dirigido a jueces y periodistas.

La OPS ha capacitado al personal de la Defensoría del Pueblo en Argentina, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú, y a funcionarios de países del Caribe oriental. El plan futuro es la capacitación de jueces en toda la región. Otro aspecto en el que se ha hecho hincapié es el de trasladar los servicios de salud mental de los hospitales a la comunidad. Este tipo de cambio puede lograr difundir la reforma, opina Vásquez. El ubicar a los pacientes y al personal de salud mental en lugares donde estén a la vista de la comunidad, elimina el potencial para las violaciones flagrantes que ocurren de manera secreta. También ofrece más oportunidades para que los ciudadanos comunes interactúen con los pacientes

de salud mental, los conozcan mejor y puedan mitigar el estigma. Desde un punto de vista meramente presupuestario, el traslado de los servicios de salud mental a las comunidades también alivia el déficit de recursos.

"En muchos países hay un número muy limitado de personal dedicado a la salud mental y se asignan pocos recursos para atender a los vulnerables enfermos mentales –comenta Vásquez–. Pero la clave está en tomar lo que se encuentre disponible y ponerlo allí donde se pueda aprovechar al máximo su utilidad".

Por ejemplo, los pacientes pueden recibir tratamiento médico y psiquiátrico en los hospitales generales y vivir en residencias; de esta forma se evita la necesidad de costosos establecimientos de salud mental. Además, las personas con enfermedades mentales pueden beneficiarse con el trabajo y la participación en una comunidad, con las mismas libertades que sus vecinos.

La misión de la OPS es sumar apoyos para este tipo de reformas; para ello hay que mostrar cómo puede funcionar y cómo se pone en marcha, dice Vásquez. Para lograrlo, la OPS organiza talleres de capacitación para miembros de la comunidad que viven con pacientes de salud mental, para enfermos y para el personal médico que supervisa a la comunidad.

Vásquez sostiene que "lo importante es que la salud mental se establezca en la comunidad. Cuando desaparece la celda, cuando ya no hay muros, una persona con una enfermedad mental está en un ambiente más propicio. Las restricciones para moverse, para ser libres, han desaparecido. Son considerados como ciudadanos y son libres para ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, como corresponde a los seres humanos".

Cristina Henley se dedica al mercadeo social y a campañas de comunicación para la salud en la zona de Washington, D.C.

## Anexo 14. Enfermos mentales graves sin atención

*Nuevo diario Lunes 10 de octubre 2005 Edición 9036*

### Cruda realidad en Día Mundial de Salud Mental



Los enfermos mentales necesitan de mayor cuidado y atención. MOISÉS LÓPEZ/END

\* En el país hay 549 mil esquizofrénicos y 25 mil con estados depresivos de doble ánimo. \* Presupuesto del hospital psiquiátrico es el de la Cenicienta, dice director \* Requieren por lo menos 26 millones de córdobas para cubrir lo básico

Aunque este 10 de octubre se celebra el Día Mundial de la Salud Mental, en Nicaragua como en otros países subdesarrollados no existe nada que motive para festejar ese evento, cuando la investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha confirmado que casi el 80 por ciento de los enfermos mentales graves no reciben tratamiento.

La situación empeora en los países menos desarrollados, donde el 76.33 al 85.4 por ciento de los casos graves no reciben tratamiento y Nicaragua perfila en uno de esos lugares, donde el presupuesto asignado al psiquiátrico se vuelve migajas para los internos.

El subdirector docente del Psiquiátrico Nacional, Dr. Petronio Delgado, asegura que la mayoría de los pacientes después de abandonar el hospital, muchos de ellos mueren y otros regresan al mismo estado de salud, porque sus familiares no pueden adquirir las medicinas.

“Hemos pedido mayor presupuesto, pero el Minsa no ha accedido. Sólo sé que vivimos el síndrome de la Cenicienta en salud, siempre nos quedamos con lo que sobra”, dijo Alrededor de 400 personas que llegan a consulta externa y otros que se encuentran en sala de agudos del Hospital Psiquiátrico, siempre se les receta fármacos tradicionales que no tienen muy buena calidad cuando en países como Costa Rica, los enfermos mentales reciben tratamientos con medicinas actualizadas

### Ministra admite déficit

La falta de éstas y la escasez con la que se trabaja en el hospital psiquiátrico, según la ministra de Salud, Margarita Gurdían, se debe a que ese centro asistencial recibe tan solo 14 millones de córdobas al año, lo que no alcanza para cubrir ni siquiera las tres cuartas partes de las necesidades básicas.

“Se necesitan por lo menos 26 millones de córdobas para poder cubrir”, dijo. De los 14 millones correspondientes al presupuesto el 75 por ciento es asignado al pago de nómina, y sólo un 25 por ciento para pagar los otros costos.

Petronio Delgado alegó que históricamente el presupuesto asignado al hospital de la mente ha sido de 16 a 18 millones de córdobas anuales, pero cada año siempre se recorta de 12 ó 13 millones.

En Nicaragua, según la ministra, se encuentran 549 mil esquizofrénicos y 25 mil bipolares (estados depresivos de doble ánimo), de todos ellos solo una mínima parte pueden recibir tratamientos completos, debido a la falta de recursos

### **“Atendemos con las uñas”**

Para el subdirector del psiquiátrico es necesaria la presencia de mayor número de personal, porque sólo a un médico le toca atender libremente a 30 personas en cada servicio, y según las normas internacionales es permitido atender como máximo a 15 pacientes.

El personal de enfermería también presenta déficit, pues sólo cuentan con 13 enfermeras y a veces se quedan con dos asistentes asignadas para atender todo el día a más de 45 personas que se encuentran internas en el hospital.

En relación con Centroamérica, Nicaragua tiene menor número de personas hospitalizadas. En Costa Rica, en el hospital psiquiátrico, hay 1,100 personas, tomando en cuenta que no es el único hospital, pero puede existir un subregistro.

### **Comentarios de nuestros lectores**

**Castro Sergio** *Mi opinión es que en este día de la salud, los gobernantes y los partidos políticos deberían de irreflexionar que ellos son los principales responsables de que en nuestra patria haya tantas personas enfermas mentalmente por su promesas y mentiras incumplidas, y muchos fueron seguidores de ellos mismos, por lo tanto deberían de aportar a este ministerio de salud mental.*

**Fredy rodriguez**

*El estado o Gobierno es frío ante la situación de los enfermos , mientras ellos se recetan buenas dietas , seguros medicos exoneraciones de medicina o subsidios . Es que el pueblo no les importa , bueno , para el día de las elecciones sí ¿cuándo aprenderemos los nicas a exigir , salud? Bueno, quizá dentro de mil años.*