

LOS SERVICIOS DE HIGIENE MENTAL DE LA COLECTIVIDAD Y EL HOSPITAL MENTAL*

EL PLAN DEL HOSPITAL MAPPERLEY

DUNCAN MACMILLAN, M.D.

Superintendente Médico del Hospital Mapperley, Nottingham, Inglaterra

“... Los problemas psiquiátricos afectan a toda la personalidad... Si se hace ir y venir a un paciente de una administración a otra, se producirán inevitablemente graves interrupciones en el tratamiento, consecuencias perjudiciales para el paciente y duplicación y pérdida de esfuerzos...”

En la mayoría de los países, los servicios municipales de higiene mental están separados de los servicios de hospitales, y hasta recientemente no se había comprendido la necesidad de integrar ambos. El criterio oficialmente seguido en Inglaterra, es todavía el de mantenerlos separados. La Ley de Servicios Nacionales de Salud asignó a las autoridades locales la responsabilidad de los servicios municipales de higiene mental, y dispuso que los hospitales y sus clínicas de pacientes externos, fuesen administrados por juntas regionales de hospitales del Ministerio de Salud. La reciente Ley de Higiene Mental viene a confirmar estas disposiciones dejando totalmente separadas las dos administraciones, pero permite a las autoridades locales de salud el ampliar el ámbito de sus servicios a la colectividad.

Esta separación entre los cuidados del individuo que permanece en la colectividad mientras es tratado como paciente externo y los que recibe como paciente interno, da lugar a graves problemas cuando se aplica al servicio de higiene mental. Los problemas

psiquiátricos afectan a toda la personalidad del individuo, y esto exige la continuidad de los cuidados, tanto en la esfera médica, como en la social. Si se hace ir y venir a un paciente de una administración a otra, se producirán inevitablemente graves interrupciones en el tratamiento, consecuencias perjudiciales para el paciente y duplicación y pérdida de esfuerzos.

En Nottingham hay una completa coordinación del personal médico y social de los servicios de hospitales y de los servicios de higiene mental de la colectividad.

Anterior estructura de los Servicios de Higiene Mental en Nottingham

Antes de que la Ley del Servicio Nacional de Salud modificara la estructura administrativa en 1948, los hospitales mentales estaban administrados por las autoridades locales, quienes se encargaban también de los demás servicios municipales existentes de esta misma naturaleza. Las autoridades locales desempeñaban sus funciones mediante un comité especial, denominado Comité de Hospitales Mentales o Comité de Hospitales Mentales y de Deficiencias Mentales, según el alcance de sus funciones. Este comité era totalmente independiente de la autoridad local de salud y dependía directamente del Consejo Municipal de Nottingham.

Con la promulgación de la Ley de Tratamiento Mental, de 1930, se autorizó el establecimiento de consultas de pacientes externos, como se describirá más adelante. Estos servicios de pacientes externos se fueron desarrollando poco a poco en Nottingham, y también empezamos a adoptar medidas psiquiátricas de carácter social. En 1945, el Comité de Hospitales Mentales y de

* Trabajo basado en el material utilizado por el Dr. Macmillan en una serie de charlas y conferencias pronunciadas en varias ciudades durante su viaje por el Canadá en la primavera de 1960. Se publicó en inglés como suplemento especial de *Canada's Mental Health* (nbre. de 1960), boletín mensual de la División de Higiene Mental, Departamento Nacional de Salud y Bienestar, Ottawa, Canadá.

Deficiencias Mentales acordó cambiar su nombre por el de Comité de Higiene Mental, para indicar los cambios producidos en sus funciones.

El autor de este estudio expuso la idea de que en todo plan de servicios de higiene mental es indispensable adoptar medidas de atención de la colectividad y de carácter preventivo, y de que había llegado el momento de que el hospital mental estableciera estos servicios. El Comité de Higiene Mental, tal como se denomina ahora, se convenció de la necesidad de contar con más personal para este fin, y se acordó que había que desarrollar los servicios de esta manera ofreciendo servicio para la colectividad y de tratamiento temprano.

En 1946, el Consejo Municipal de Nottingham aceptó estas recomendaciones y estableció un nuevo puesto de Oficial Médico de Higiene Mental que se hiciera cargo de la superintendencia médica del Hospital Mapperley, puesto que fue confiado al autor de este trabajo. Las funciones del nuevo puesto comprendían la superintendencia del hospital mental, la supervisión general de las instituciones para deficientes mentales, la supervisión de clínicas de pacientes externos en los hospitales de la ciudad, la supervisión de los servicios municipales de deficiencia mental, la psiquiatría social "con todas sus medidas para la profilaxis de las enfermedades mentales", la educación del público en estos aspectos y "en general, la higiene mental de la ciudad".

Estructura de los servicios desde 1948

La Ley del Servicio Nacional de Salud, de 1948, deshizo todo el plan al separar los servicios municipales de atención de las enfermedades mentales de los servicios de hospital. Los servicios municipales de atención de enfermedades mentales y de deficiencias mentales quedaron bajo la autoridad local de salud pública, mientras que los hospitales mentales y la clínica de pacientes externos pasaron a depender de las Juntas Regionales de Hospitales, del Ministerio de Salud. Por fortuna, se produjo en la colecti-

vidad una gran inquietud con motivo de esta separación administrativa de los servicios de higiene mental que habíamos iniciado y que sólo habían empezado a dar todos sus frutos hacía dos años. Tratamos del asunto con el Oficial Médico de Sanidad, quien convino en que era de suma importancia que se alterara lo menos posible la organización existente. Preparamos conjuntamente un plan, cuyo objetivo consistía en vencer las dificultades de la división administrativa y permitirnos proseguir con nuestra labor esencialmente igual que antes. El plan fue sometido al Ministerio de Salud, el cual lo aprobó en abril de 1948.

Integración

Antes de describir el sistema de integración puesto en marcha, es necesario dar algunos detalles de carácter local. El Hospital de Mapperley está autorizado a instalar 1.072 camas para pacientes internos. En 1948, el número de pacientes excedía de 1.300; a fines de 1959, había 940 pacientes residentes. La institución se divide en: un hospital principal, de 727 camas; un hospital de tratamiento temprano, denominado Hospital de Santa Ana, situado a una distancia de una milla, y que cuenta con 81 camas y está dividido en tres unidades (para hombres, mujeres y niños); un anexo de geriatría para pacientes de corta y larga permanencia, con 196 camas y situado a unas tres millas, y dos pabellones, uno para mujeres, con 35 camas, y otros para esquizofrénicos varones, con 33 camas. Todos los locales secundarios, así como la planta baja del hospital principal, han sido excluidos, es decir, que oficialmente ya no forman parte de un hospital mental. La planta baja del hospital principal está todavía destinada a casos de internamiento obligatorio por corto plazo, pero no ocurre lo mismo con las unidades secundarias.

El hospital está situado dentro de los límites de Nottingham, que es una ciudad de unos 313.000 habitantes; presta servicio igualmente a las zonas urbanas de las inmediaciones, con lo cual la población atendida

se eleva a 399.000 habitantes. La mayor distancia entre el hospital y el punto más alejado de su jurisdicción no excede de nueve millas. Este es el único servicio de hospital mental de la zona, y el año pasado ingresaron en la institución 163 pacientes procedentes de lugares no comprendidos en ella.

La integración está organizada de la siguiente manera: el superintendente médico del Hospital Mapperley actúa también de asesor psiquiátrico para los servicios de higiene mental de la autoridad local de salud de Nottingham y retiene el puesto de Oficial Médico de Higiene Mental. Este médico asiste a las reuniones del subcomité de la autoridad local de salud, sobre higiene y prevención mental, tratamiento y atención consecutiva. El superintendente médico se ocupa también de los asuntos relativos al personal especializado en psiquiatría.

El personal médico-psiquiátrico del Hospital, incluso el superintendente médico y el superintendente médico adjunto, forma también parte del personal médico-psiquiátrico del Departamento de Higiene Mental y constituye el único personal psiquiátrico del departamento. Así se acordó con la Junta Regional de Hospitales; es lo que nosotros denominamos "utilización conjunta" del personal, y los canadienses, "asignación doble".

Los trabajadores sociales del hospital se asignan temporalmente a trabajar con sus colegas dependientes de la autoridad local de salud bajo la dirección del Oficial de Salud Mental de la autoridad local de salud. Este personal constituye un equipo y trata de evitar la superposición y duplicación de actividades.

Se acordó que los oficiales del Departamento de Higiene Mental encargados de tramitar el internamiento de los pacientes, que se denominan Oficiales Debidamente Autorizados, deben ser preparados como trabajadores sociales por el personal del hospital, entendiéndose que la labor social es su función principal; en consecuencia, deben recurrir lo menos posible al internamiento obligatorio, y considerar esto como

una confesión de fracaso. Así pues, siete oficiales debidamente autorizados suplementan los cuatro trabajadores sociales del hospital, constituyendo así un grupo mixto de once trabajadores sociales, además del Oficial de Higiene Mental y del Oficial adjunto.

Se acordó que las obligaciones de la autoridad local deben consistir en proporcionar, con la mayor amplitud posible, atención y cuidados consecutivos a los casos de enfermedades mentales.

Se tomaron también disposiciones en el sentido de que el personal social del Departamento de Higiene Mental acudiera semanalmente al hospital para proceder a cambios de impresiones con el personal médico, y también para estudiar casos de pacientes seleccionados por los problemas sociales y médicos que plantean.

Asimismo, los trabajadores sociales visitan semanalmente a los psiquiatras consultores para tratar con ellos de todos los problemas sociales, especialmente cuando se está tramitando el alta del paciente.

Los trabajadores sociales visitan también con regularidad las salas de permanencia prolongada y se ponen a la disposición de las enfermeras jefes de sala y de las enfermeras de cabecera, así como de los pacientes, para cualquier problema que les preocupe.

Recientemente se nombró a otro trabajador social dedicado sólo a asuntos financieros (pensiones, rentas, subsidios y seguros).

Las interrelaciones sociales y médicas

Cuando los trabajadores sociales visitan al paciente a domicilio, envían siempre una copia del informe social al consultor interesado. Estos informes se preparan antes del internamiento del paciente, mientras éste está hospitalizado y en los períodos de atención consecutiva.

Cuando se da de alta a un paciente, el psiquiatra envía siempre un informe confidencial al Departamento de Higiene Mental. Este informe es similar al que se envía, al mismo tiempo, al médico general, aunque

se refiere más especialmente a los aspectos sociales y aconseja sobre las visitas domiciliarias de los trabajadores sociales durante el período de atención consecutiva.

Cuando el paciente sale del hospital, el psiquiatra dispone lo necesario para que aquél sea atendido en una de las clínicas de atención consecutiva. Hay, pues, dos sistemas de atención consecutiva: uno a cargo del psiquiatra del departamento de pacientes externos, y otro a cargo del trabajador social en el domicilio del interesado. El psiquiatra recibe los informes sociales de todas las visitas domiciliarias y, en caso necesario, se toman disposiciones para otras consultas. También se tiene muy al corriente al médico general, quien suele colaborar activamente en el sistema de atención consecutiva. Si el médico general o el trabajador social quiere recibir asesoramiento psiquiátrico, se toman las medidas necesarias para que el paciente sea examinado, previa cita especial, en el departamento de pacientes externos o en el hospital, o bien se arregla una consulta a domicilio.

Otras actividades

En un servicio mixto, una vez que se ha llegado a una unidad de objetivo y a una actitud común, se despliegan siempre nuevas actividades. Por ejemplo, se organizaron las visitas domiciliarias conjuntas antes del internamiento del paciente, la asignación temporal del personal de enfermería a otro servicio para recibir adiestramiento en trabajos sociales, y el centro diurno de geriatría.

Visitas domiciliarias conjuntas antes del internamiento del paciente

Se realizan sistemáticamente visitas conjuntas a todos los casos geriátricos recomendados para hospitalización; además, en los casos en que el trabajador siente dudas o tropieza con dificultades, puede solicitar los servicios del psiquiatra para una visita conjunta.

Se han tomado disposiciones a los efectos de que el psiquiatra que hace la visita, pueda disponer también de un número de

camas suficientes para pacientes internos, a fin de que, en caso necesario, se pueda tramitar inmediatamente el ingreso del paciente. Al presente, son tres los psiquiatras que se encargan de esta labor, uno de los cuales tiene a su cargo las camas de geriatría y visita a los pacientes geriátricos de ambos sexos, otro se ocupa de las salas en que ingresan las pacientes agudas y visita a todos los casos de mujeres menores de 65 años, y un tercero se encarga de la sala de admisión de pacientes varones agudos y también visita a todos los casos de varones menores de 65 años.

En todos los casos, con excepción de los ingresados procedentes de las consultas para pacientes externos, el trabajador social y el psiquiatra del hospital celebran una consulta antes del ingreso del paciente. En casos de urgencia o en otros en que el paciente es bien conocido de ambas partes, esta consulta puede reducirse a una llamada telefónica.

Asignación del personal de enfermería a otro servicio

Otra de las nuevas actividades fue la asignación del personal de enfermería, por períodos de dos o tres semanas, al Departamento de Higiene Mental.

La primera medida adoptada fue la asignación de enfermeras de hospital en período de adiestramiento,—como parte de su tercer curso de estudios de enfermería mental—al Departamento de Higiene Mental, en donde participaron en todas las actividades al lado de los trabajadores sociales en su labor cotidiana.

Otra medida posterior consistió en seguir este mismo sistema con miembros del personal principal de enfermería, para darles una idea de la labor social y ponerles en condiciones de apreciar y conocer las responsabilidades que entraña la labor social de la colectividad.

Centro diurno de geriatría

El centro diurno de geriatría es otro ejemplo del proyecto de una labor conjunta que se lleva a cabo.

Servicios de pacientes externos

Una descripción de los servicios integrados de higiene mental no sería completa si no comprendiera las clínicas de pacientes externos, puesto que éstas constituyeron el primer eslabón entre el hospital y la colectividad. La Ley de Tratamiento Mental de 1930 inició el tratamiento voluntario, y, además, autorizó a los comités de hospitales mentales de las autoridades locales a establecer clínicas de pacientes externos en los hospitales generales.

En Nottingham, se alquiló una habitación en el Hospital General local, en enero de 1933, y se abrió una consulta una vez cada tres semanas. En 1932, yo asistía al Departamento de Pacientes Externos del Hospital Maudsley con el objeto de adquirir experiencia en la labor de atención de pacientes externos, y me encargaron de la nueva consulta. Después, a consecuencia de haber enfermado el superintendente médico de un hospital vecino, me encargué de la consulta de este hospital, y durante la guerra me encomendaron la labor de pacientes externos en un tercer hospital mental de la zona. En 1935, asumí además la dirección de los servicios municipales de deficiencias mentales en Nottingham. Más adelante, en 1942, después de mi nombramiento de superintendente del Hospital Mapperley, protestamos de que hubiera que pagar alquiler por el local de la consulta de pacientes externos, y se acordó rescindir este contrato con el Hospital General. Entonces fui nombrado psiquiatra consultor honorario del Hospital General. En 1948, mi ayudante y el miembro del personal médico principal del Hospital Mapperley que le seguía en categoría, fueron designados psiquiatras consultores ayudantes honorarios del Hospital General.

Algunos datos estadísticos

En 1959, se prestó servicio a 2.962 pacientes nuevos, con un total de 11.081 visitas de pacientes externos del Hospital Mapperley. En las consultas de diagnóstico y psico-

terapia del Hospital General, fueron atendidos 863 pacientes nuevos en el curso del año, con un total de 2.440 visitas. Las cifras correspondientes al Hospital Municipal fueron de 98 pacientes nuevos atendidos, con un total de 162 visitas, y las de los otros hospitales de la ciudad fueron de 178 pacientes nuevos, con un total de 181 visitas. En estas cifras están incluidos todos los casos de intento de suicidio que ingresaron en las salas de los hospitales generales.

En las consultas psicoterapéuticas de los hospitales de Santa Ana y Mapperley se atendió a 185 pacientes nuevos, con un total de 1.421 visitas. Se administró tratamiento por electrochoque a 194 pacientes externos, con un total de 1.264 visitas. Los pacientes atendidos en las consultas de cuidados consecutivos ascendieron a 459, con un total de 3.306 visitas. El número de pacientes visitados a domicilio fue de 291, con un total de 342 inspecciones domiciliarias. Asimismo, se hicieron 228 consultas a domicilio.

Entre las consultas especiales y profilácticas figuran la de orientación para el matrimonio, la de delincuencia, la de epilepsia, la Consulta de Hospital para Mujeres y la de dermatología.

El Departamento de Higiene Mental cuenta con una consulta para examinar y determinar los deficientes mentales. Asimismo, uno de los psiquiatras consultores acude una vez por semana a la unidad local de Rehabilitación Industrial. También hay consultas de psiquiatría y orientación infantiles. En 1959, los nuevos casos atendidos se elevaron a 160, con un total de 651 visitas.

En todas las consultas, tratamos de mantener la mayor continuidad posible. Por lo general, un psiquiatra que tiene a su cargo pacientes femeninos internados, visita también a las mujeres en estas consultas, y viceversa. Cuando un psiquiatra desea tramitar el ingreso de un paciente en una sala, celebra una consulta con su colega encargado de la misma.

Por medio de estas actividades de pacientes externos, se establece un enlace con el departamento de libertad vigilada, el

departamento municipal del niño, la autoridad escolar local y sus centros de orientación infantil, la bolsa de trabajo, la unidad de rehabilitación industrial, los tribunales, los empleadores o patronos y los hospitales generales.

Semanalmente se llevan a cabo 50 consultas de pacientes externos, y cinco psiquiatras consultores miembros del personal del hospital dedican la mitad de su tiempo a la labor de pacientes externos y a la domiciliaria.

OBSERVACIONES

Con todas estas medidas, se ha establecido una eficaz colaboración entre el hospital y la colectividad. Este sistema ofrece muchas ventajas, y la integración es indispensable para que los pacientes reciban la atención temprana continua y completa que necesitan. En nuestra opinión, ésta es la única manera de establecer un enlace totalmente satisfactorio entre el hospital mental y la colectividad, mientras continúe la actual distribución administrativa de funciones.

Es la única forma de mantener la continuidad de la atención médica y social. El mismo trabajador social está en condiciones de visitar al paciente antes de ingresar en el hospital, en el momento del ingreso y después. Así como el personal médico del hospital actúa al mismo tiempo en funciones de personal médico del Departamento de Higiene Mental de la autoridad local de salud, así también el mismo psiquiatra puede visitar al paciente a domicilio, en el departamento de pacientes externos, en el hospital y en la consulta de atención consecutiva.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE MENTAL

Durante 1959, se notificaron al Departamento 1 192 casos, y 650 (55%) ingresaron en el hospital; 297 pacientes necesitaron una orden de hospitalización por breve tiempo, pero la mayoría ingresaron sin seguir la tramitación oficial. Estos eran casos que por alguna razón no habían recurrido a otros procedimientos de ingreso por medio de los médicos generales y de los servicios de pa-

cientes externos. En 1949, se notificaron 540 casos, y 389 (73%) ingresaron en el hospital.

Durante el último año, 1.046 pacientes al cuidado de los servicios municipales figuraban en la lista de pacientes activos. Anteriormente, la cifra máxima había oscilado entre 800 y 900, lo cual impone una mayor carga al personal de estos servicios, que ya está llegando a su límite. Estos casos vienen a sumarse a los casos de deficiencia mental bajo supervisión de los servicios municipales, que al presente ascienden a 865.

Los trabajadores sociales están siempre disponibles para cualquier caso de urgencia y prestan servicio durante las 24 horas del día.

La existencia de un criterio común de los psiquiatras del hospital y el personal de los servicios locales acerca de las enfermedades mentales, junto con la unidad de propósito que se produce, ejerce poderoso efecto en la actitud del médico general y de la colectividad.

OTROS REQUISITOS DE UN SERVICIO MUNICIPAL DE HIGIENE MENTAL

La integración del personal del hospital con el de los servicios municipales de higiene mental, es requisito esencial para un amplio servicio de higiene mental, aunque se necesitan también otras medidas. La más importante es la eliminación de las barreras que separan la colectividad y el hospital, la creación de un ambiente psicoterapéutico dentro del hospital y la formación de una opinión pública local ilustrada y comprensiva.

Barreras que separan la colectividad y el hospital

Una de las barreras principales la constituyen el sistema de puerta cerrada y la función de custodia asumida por el hospital. Para que la colectividad acepte al hospital, es necesario establecer el sistema de puertas abiertas. Otra de las barreras es el requisito legal de la certificación, que distingue y separa jurídicamente de los demás seres humanos a todos los que dicho requisito se

aplica. El estigma legal y su inherente privación de derechos civiles, producen en el paciente un resentimiento que dura muchos años. Producen, asimismo, un efecto adverso en las relaciones entre el paciente y sus familiares, amigos y demás miembros de la colectividad, al hacer que el paciente sea considerado como una persona aparte y diferente de los demás seres humanos. Con los recursos modernos de tratamiento, el internamiento obligatorio puede quedar reducido a breves períodos y, en cambio, se pueden tomar las medidas pertinentes para que el paciente coopere de una manera voluntaria o sin trámites oficiales en el caso de que sea necesario prolongar su permanencia en el hospital. Incluso los trámites oficiales voluntarios para el internamiento, producen resentimiento, de manera que el paciente prefiere un procedimiento desprovisto de todo formalismo.

El ambiente psicoterapéutico del hospital

La función apropiada del hospital en un sistema de tratamiento de la colectividad, es la de agente activo de rehabilitación del paciente para que éste pueda volver a incorporarse a la vida normal. Las salas del hospital asumen la función de unidades psiquiátricas de rehabilitación, cada una con su propio ambiente de grupo. Este sistema requiere un cambio total de la actitud del personal, a fin de crear un ambiente que constituya un poderoso factor positivo de rehabilitación del paciente. Para alcanzar este objetivo es preciso también abolir el sistema de puertas cerradas y la certificación; de lo contrario, no se podrá establecer una verdadera relación médico-paciente o enfermera-paciente, la cual es a todas luces imposible mientras una de las partes sea prisionera de la otra, y mientras una de ellas sea colocada jurídicamente en situación de inferioridad. Cuando se abran las puertas y se elimine la incapacidad legal, el personal utilizará su influjo personal para atender las crisis psiquiátricas de los pacientes y para ayudarles a resolver sus problemas de adaptación. De esta manera se produce una

relación propicia, y el personal (médico, de enfermería y social) explora en combinación con el paciente los métodos que puedan prepararlo para su reincorporación a la colectividad.

Para producir el efecto psicoterapéutico deseado, se necesitan también muchas medidas tendientes a hacer más agradable al paciente su estancia en el hospital, a proporcionarle atención y tratamiento individuales y a modernizar el medio en que está alojado.

Actitud externa de la colectividad

Si se quiere obtener del paciente una aceptación real, voluntaria e inmediata del tratamiento psiquiátrico, es preciso que cambie la actitud de la colectividad respecto de las enfermedades mentales en general y del hospital mental en particular, y que la educación del público llegue a cierto nivel de ilustración. El personal del hospital y el de los servicios municipales han de tomar la delantera a este respecto, pero sin acentuar demasiado la distancia entre la actitud del público general y la del personal médico, de enfermería y social, especializado. Uno de los primeros requisitos para aminorar esta distancia es la creación en el hospital de una atmósfera que esté en armonía con las normas vigentes de comportamiento social y que no hiera la susceptibilidad del público que lo visita. Una colectividad no aceptará el hospital mientras las condiciones de atención y tratamiento de éste no hayan mejorado hasta el punto de permitir que los pacientes, a su regreso al hogar, hablen con aprecio de sus experiencias en él. Y aunque las charlas y otros medios educativos son necesarios, no tendrán verdadera eficacia si no se crea dicha atmósfera. Asimismo, las charlas han de ir acompañadas de visitas a todas las salas y departamentos del hospital, de suerte que el público vea con sus propios ojos las verdaderas condiciones en que el paciente recibe tratamiento.

El cambio de actitud con respecto al hospital afecta poco a poco la actitud frente a las enfermedades mentales en general, y

así se crea una opinión más ilustrada. Esto, a su vez, influye en la actitud del paciente respecto de su enfermedad, de tal manera que recurre antes al tratamiento y coopera en mayor medida al atenuarse su aprensión y ansiedad. La disminución del temor al hospital hace que, poco a poco, se vaya aceptando esta institución como una fuente de ayuda análoga a la que brinda el hospital general. El ambiente interno del hospital influye en el paciente, y según la información proporcionada por el personal de las salas de admisión, el factor que más contribuye a la cooperación de los pacientes internados obligatoriamente por breve tiempo es el efecto de la actitud de los demás pacientes. Todas estas diversas actitudes se relacionan entre sí y cada una de ellas afecta a las demás. El punto de vista del paciente, la atmósfera dentro del hospital y la actitud de la colectividad requieren ser estudiados y adaptados debidamente, pero una vez que empiece a cambiar la actitud en un aspecto, se producirá en todos los demás una reacción favorable. Esto permite realmente establecer un enlace eficaz con las bolsas de trabajo, con los patronos, unidades de rehabilitación industrial, departamentos de libertad vigilada y todas las demás instituciones cuya ayuda es necesaria para el paciente en la colectividad, en un momento u otro. Una vez que se llegue a esta fase, la ayuda que podría prestar una Sociedad de Amigos sería de valor incalculable.

OBSERVACIONES

En general, el establecimiento de planes de higiene mental en la colectividad se inspiró al principio en razones de orden material, con el deseo de economizar o de evitar la provisión de más camas de hospital.

La experiencia en esta labor nos hizo comprender que, además de las ventajas económicas que puedan obtenerse, el paciente recibe beneficios terapéuticos que no podrían obtenerse de ninguna otra manera.

Este sistema permite la continuidad del tratamiento, el tratamiento temprano, el tratamiento de la familia como unidad, la

adaptación de las relaciones interpersonales y las medidas profilácticas.

El hospital sólo representa una parte del servicio total

La idea que me he formado del sistema de tratamiento en la colectividad supone la aplicación de tratamiento a todas las formas de enfermedad mental, y en estas actividades el hospital desempeña una parte importante e indispensable. El paciente mental crónico no queda excluido de este plan de tratamiento.

En un servicio de esta naturaleza, el ingreso en el hospital no queda restringido. Sigue siendo un servicio de fácil obtención, si bien limitado a episodios breves en un sistema de tratamiento que se basa fundamentalmente en la atención en el hogar. El ingreso y la salida del hospital se tramitan con flexibilidad y con un mínimo de formalismos. La función del hospital queda alterada y modificada, de suerte que se convierte en una parte, aunque indispensable, del servicio. Los recursos y energías que anteriormente se dedicaban a la prestación de servicios de internamiento por largo plazo, ahora se dedican a la participación en las actividades domiciliarias y en la colectividad. En este sistema, la importancia que recibía el tratamiento en el hospital ha pasado a recibirla la atención domiciliaria, desempeñando el tratamiento en la colectividad un importante papel en la atención de todas las enfermedades psiquiátricas. El objetivo consiste en lograr que el paciente siga siendo una unidad social y económica independiente, y el hospital mental desempeña una función similar a la del hospital general al proporcionar tratamiento especializado de pacientes internos cuando los recursos del hogar y los servicios domiciliarios y de la colectividad no pueden atender debidamente al paciente durante cierto tiempo.

Hay la tendencia a considerar que el internamiento obligatorio y prolongado en el hospital es el único recurso posible en psicosis graves y de larga duración, actitud que fomentan y mantienen gran parte del

público, algunos médicos generales y ciertas autoridades locales, así como la actual legislación.

También hay el temor de que aumentarían los actos antisociales si se adoptara cualquier otro procedimiento, y se pone también en duda que el paciente responda a las influencias de la colectividad.

Las restricciones acentúan las perturbaciones

La agresión del psicótico se debe a inseguridad psicológica, y es una reacción secundaria a las reacciones primarias de aprensión, depresión o sospecha. La atención temprana de estos trastornos emotivos y el establecimiento de una interrelación por la que el paciente sienta que sus problemas son comprendidos, son medios eficaces de tranquilizar y disminuir estas tensiones afectivas y de evitar que se acentúen mientras se espera la respuesta al tratamiento. Por el contrario, la aplicación de restricciones a los pacientes y la privación de sus derechos civiles son precisamente medidas que intensificarán estos trastornos. El paciente se aferrará a sus sospechas, a su depresión o aprensión, lo cual puede incrementar su tendencia hacia actos antisociales. Así pues, desde el punto de vista psiquiátrico, parece indicado substituir las prolongadas precauciones por el establecimiento de una relación personal con el paciente.

Se observa una tendencia a considerar como relativamente insignificante y secundaria la preocupación por la atmósfera en que el paciente recibe tratamiento, si se la compara con las verdaderas medidas de tratamiento, sean psicoterapéuticas o físicas. En nuestra opinión, la prestación de un servicio de higiene mental en el que se pueda tratar al paciente sin ofender su dignidad y manteniendo esencialmente la relación médico-paciente, constituye por sí misma una medida psicoterapéutica de importancia fundamental. Casi invariablemente, el paciente se encuentra en un estado de perturbación de la confianza en sí mismo, sufre trastornos emotivos y necesita la ayuda de un servicio de esta naturaleza. En cambio,

la privación de los derechos civiles y el confinamiento en el hospital contribuyen decididamente a minar todavía más la confianza en sí mismo y a acentuar los trastornos emotivos.

El hospital mental constituye una separación artificial de individuos en grandes grupos, que resulta conveniente para el tratamiento y rehabilitación a corto plazo, pero no para la readaptación social a largo plazo. Para esta última hay que contar con la familia, que está acostumbrada a manejar sus propias relaciones interpersonales. El grupo familiar, si no se disgrega ni sufre interferencias, por lo general acepta implícitamente la responsabilidad de resolver sus propios problemas. Esta actitud, secundada y encauzada hacia fines psicoterapéuticos, puede constituir un poderoso factor de rehabilitación. Debemos considerar que la unidad de tratamiento es la familia, no el paciente aislado.

El tratamiento en la colectividad impide el desenvolvimiento de actitudes antisociales y de la reacción agresiva, producto de la coacción y las restricciones, y deja al paciente en libertad de enfrentarse con sus problemas de adaptación social. Los síntomas psicóticos, si están ya arraigados, no se eliminan, pero dejan de ser el factor principal y predominante en la vida del paciente. La hospitalización obligatoria prolongada tiende a perpetuar el predominio de la psicosis, mientras que, en un régimen más flexible de tratamiento en la colectividad, se ayuda y fomenta la tendencia natural hacia la readaptación social y el paciente puede permanecer en la colectividad a pesar del impedimento de la psicosis crónica.

El tratamiento en la colectividad facilita la acción preventiva

Una de las patentes ventajas de este sistema es que, por medio de visitas domiciliarias, las enfermedades psiquiátricas se tratan en una fase todavía más temprana que la que permiten las consultas de pacientes externos. Cuando existe un servicio integrado de higiene mental, los visitadores domici-

liarios y sanitarios se encuentran con casos psiquiátricos que no han manifestado todavía ningún síntoma grave. Este sistema permite aplicar tratamiento en fases tempranas de lo que puede ser una grave afección, y asimismo ofrece la oportunidad de establecer medidas profilácticas que serían imposibles sin la existencia de un tratamiento en la colectividad. Al tomar estas medidas, es indispensable informar al médico general, a fin de que siga participando en el grupo de tratamiento. En nuestras relaciones con el médico general hemos observado una mejora considerable, pues ahora es frecuente que éste nos envíe pacientes a los efectos de

aplicación de medidas profilácticas, en lugar de enviarlos sólo para que recomendemos el internamiento, como antes ocurría.

Otra de las grandes ventajas es el efecto favorable que ejerce en la opinión pública. Una opinión pública informada y comprensiva, produce, a su vez, una mayor cooperación por parte del paciente y le ayuda a mitigar su ansiedad. Los pacientes y sus familiares van aceptando a los psiquiatras y los trabajadores sociales como amigos. El hospital mental se está convirtiendo en un factor positivo de la rehabilitación, y la colectividad lo acepta de la misma manera que al hospital general.