

grupo de trabajo sobre  
la administración de

---

# SERVICIOS PSIQUIATRICOS Y DE SALUD MENTAL

---



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1970

grupo de trabajo sobre  
la administración de

**SERVICIOS PSIQUIATRICOS  
Y DE SALUD MENTAL**

Viña del Mar, Chile  
14-19 de abril de 1969



Publicación Científica No. 210

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
525 Twenty-Third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1970

## CONTENIDO

Introducción -----	iii
Informe Final -----	1

### DOCUMENTOS DE TRABAJO

Las actividades de salud mental en los servicios básicos de salud	Dr. A. Leslie Banks y Dr. J. Hoening -----	7
El establecimiento de servicios comunitarios de salud mental en la Gran Bretaña	Dr. Douglas H. Bennett -----	16
La administración práctica en la planificación, el financiamiento y la aplicación de programas comunitarios de salud mental.	Dr. Stanley F. Yolles -----	23
Los servicios de salud mental en Europa Oriental	Dr. B. A. Lebedev -----	40
Preparación y funciones del personal de los equipos de salud mental comunitaria	Dra. Hildegard E. Peplau -----	47
El hospital psiquiátrico como centro de salud mental	Dr. Leonardo García Buñuel y Dr. Luis Guedes Arroyo -----	60
Primeras experiencias de psiquiatría en la comunidad en Chile	Dr. José Horwitz y Dr. Pedro Naveillan -----	74
El Departamento de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires	Dr. Mauricio Goldenberg -----	80
Estudio de un país del Caribe—progreso y problemas de un programa comunitario de salud mental en Jamaica	Dr. Raymond Prince y Srta. Antonia Klimenko -----	88



Grupo de Trabajo sobre la Administración de Servicios

## INTRODUCCION

Hubo consenso general en el Grupo de Trabajo sobre la Administración de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental acerca de la necesidad de realizar cambios profundos en la manera de enfocar los problemas de salud mental. Se examinó la necesidad de apartarse de los modelos clásicos de la asistencia psiquiátrica por medio de la integración de los programas de salud mental con los programas generales de salud; de la modificación de los hospitales psiquiátricos de régimen custodial; del concurso de otras instituciones existentes y mediante nuevos instrumentos de asistencia y prevención de los desórdenes mentales, en un sistema integrado.

Este nuevo enfoque exige la participación activa de la colectividad y se denomina "psiquiatría de la comunidad".

Cabe destacar que en esta opinión concordante están representadas, entre los psiquiatras, las tendencias científicas más dispares. Por sobre ellas predominó la búsqueda de métodos factibles para atender un número creciente de enfermos haciendo el uso más productivo de los recursos disponibles, independientemente de la terapéutica favorecida por cada profesional. Se explica así que se diga en el Informe Final del Grupo de Trabajo que "el hospital psiquiátrico tradicional debe ser objeto de reformas sustanciales que incluyan la limitación del número de camas y su transformación en un centro activo de terapia y rehabilitación, con participación responsable del personal y de los pacientes, estrechando sus vínculos con la comunidad a la que sirve".

Estas ideas son el reflejo de un propósito que nuestra Organización persigue desde hace 10 años, guiado hacia humanizar la atención del enfermo mental, a despojar el problema de los verdaderos tabúes que interfirieron con su solución y a aumentar las posibilidades de prevención y curación modernizando los servicios. Como en otros campos de nuestro cometido, la educación y la investigación son complementos esenciales que se nutren del sistema y, a la vez, alimentan al mismo.

Es evidente que las recomendaciones del Grupo de Trabajo son la expresión de la sólida experiencia de quienes las emitieron. Ello significa que existe hoy en las Américas un verdadero movimiento tendiente a sustituir la compasión por la comprensión con respecto a los desórdenes mentales, y a elevar la dignidad de los pacientes reconociendo el derecho que les asiste y motivando al medio social para reaccionar en forma positiva ante un problema creciente. Y lo es, porque las complejidades de nuestro diario vivir—creadas por los hombres—hacen cada vez más difícil ese proceso sutil de adaptación al ambiente que llamamos salud. Los riesgos los comparten todos por igual, cualesquiera su condición, y crecen con las aspiraciones y las frustraciones.

Recientemente las sociedades tecnológicamente avanzadas han tomado conciencia de cómo se ha impulsado la industrialización sin tomar en cuenta los mandatos de la ecología. Los componentes de carácter psicológico y social del ambiente, que son factores que condicionan trastornos mentales o interfieren con la convivencia, explican, en parte, la mayor frecuencia de dichas enfermedades. Para los países en desarrollo lo que corresponde es evitar un estado de cosas como el enunciado, atendiendo cuidadosamente los problemas del bienestar y del incremento de la economía.

Valgan estas consideraciones para destacar, una vez más, la enorme dimensión que ha adquirido la “psiquiatría de la comunidad” y poner de relieve la falta de especialistas y los obstáculos a toda la empresa que detalle este informe, pero, al mismo tiempo, lo trascendental de sus propósitos. A la consecución de ellos seguiremos dedicando nuestros esfuerzos en colaboración con los Gobiernos.

Dr. Abraham Horwitz  
*Director, Oficina Sanitaria Panamericana*

## INFORME FINAL

La Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, en colaboración con el Gobierno de Chile, convocó un Grupo de Trabajo sobre la Administración de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental, que se reunió en Viña del Mar, Chile, del 14 al 18 de abril de 1969. Asistieron a la reunión 39 participantes y cinco observadores provenientes de Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, y consultores y asesores de la OSP y de la OMS.

Se celebró una sesión técnica preparatoria, una sesión inaugural, seis sesiones plenarias, y una sesión de clausura y, además, tuvieron lugar 10 reuniones de los subgrupos de trabajo constituidos. En la sesión inaugural hicieron uso de la palabra los Dres. Charles L. Williams, Jr., Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana; Ramón Alvarez Gutiérrez, Director de Salud en Estados y Territorios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, y el Dr. Patricio Silva, Subsecretario de Salud Pública de Chile.

En su discurso de apertura el Dr. Williams, en nombre de la Organización Panamericana de la Salud, saludó a los participantes y expuso las razones que motivaron la convocatoria del Grupo de Trabajo. Puso de manifiesto la necesidad de integrar los programas de salud mental a los planes generales de salud pública, y señaló las líneas generales que orientan la política de la Organización en este campo.

El Dr. Alvarez Gutiérrez, en nombre de los participantes, agradeció tanto al Gobierno de Chile como a la Organización Panamericana de la Salud la oportunidad que les ofrecía de reunir un grupo de técnicos para discutir el importante tema objeto de la reunión.

El Dr. Silva, en representación del Gobierno de Chile, dio la bienvenida a los miembros del Grupo de Trabajo y expresó el interés de su Gobierno en la solución de los problemas de la salud mental. Hizo hincapié en aquellos que plantea a su país el uso inmoderado de bebidas alcohólicas que, a su entender, es un problema de salud pública de gran trascendencia, y presentó una declaración de los principios que orientan a la administración chilena en el establecimiento de los servicios de psiquiatría comunitaria.

En la sesión técnica preparatoria, después de darse una información general acerca de los propósitos y modo de funcionamiento del Grupo de Trabajo, se procedió a la elección de la Mesa de la reunión que quedó constituida en la forma siguiente:

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <i>Presidente:</i>             | Dr. Conrado Ristori Costaldi, Director General del Servicio Nacional de Salud de Chile.  |
| <i>Primer Vicepresidente:</i>  | Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez, Director de Salud en Estados y Territorios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México. |
| <i>Segundo Vicepresidente:</i> | Dr. Julio Ricardo Esteves, Director del Instituto Nacional de Salud Mental de la República Argentina.                          |

*Relator General:*

Dr. Humberto Rotondo Grimaldi, Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital-Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizan" de Lima, Perú.

Hubo consenso general en el Grupo de Trabajo acerca de la necesidad de realizar cambios profundos en la manera de enfocar los problemas de salud mental. Se examinó la necesidad de apartarse de los modelos clásicos de la asistencia psiquiátrica por medio de la integración de los programas de salud mental a los programas generales de salud; de la modificación de los hospitales psiquiátricos de régimen custodial; del concurso de otras instituciones existentes y mediante la creación de nuevos instrumentos de asistencia y prevención de los desórdenes mentales, en un sistema integrado.

Este nuevo enfoque exige la participación activa de la colectividad y se denomina "psiquiatría de la comunidad". En ella se atiende ampliamente las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de los desórdenes mentales que constituyen propósitos esenciales de todo plan de salud.

La planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud mental requieren el concurso de especialistas en salud mental; de administradores de salud pública; de otros especialistas médicos y de ciencias sociales, y de los miembros de la comunidad en general.

Dichos programas han de desarrollarse de una manera flexible y por etapas, siguiendo un orden de prioridades que tomen en cuenta las necesidades y recursos de cada país.

La experiencia adquirida en algunos países en los cuales se empezaron a planear y ejecutar programas de salud mental, cuando las enfermedades transmisibles y la mortalidad infantil representaban aún un grave problema, demuestra que no es necesario postergar la solución de los problemas de la salud mental en relación a aquellos que tradicionalmente han recibido prioridad en el campo de la salud pública.

Si los programas de salud mental se integran a los planes generales de salud, se facilita, a nivel central, la obtención de los recursos necesarios y la utilización de todos los medios de que se dispone y, a nivel de operación, se asegura la participación conjunta de los equipos de salud pública y de salud mental. Es función del administrador de salud, en el nivel superior, la coordinación de esta participación y la obtención de dichos recursos.

Localmente, los programas deben estar dirigidos por psiquiatras que tengan, de preferencia, capacidad o formación administrativa, o que cuenten con el asesoramiento de administradores de salud, sin que ello constituya una condición indispensable.

El equipo básico de salud mental debe estar formado por el psiquiatra, la enfermera, la asistente social y el psicólogo, sin que interfiera en el desarrollo de los programas el que sus tareas se extiendan y se superpongan flexiblemente.

Cabe señalar que los países representados en la presente reunión sufren, en general, de escasez de los profesionales mencionados y por ello resulta difícil la formación de equipos cualitativa y cuantitativamente adecuados. Por esta circunstancia, las funciones a cumplir pueden ser asumidas por personas que tengan una preparación parcial y que, en caso necesario, desempeñarían labores que en teoría corresponderían a otros profesionales. Los voluntarios y el personal no calificado, una vez que han recibido el adiestramiento y la orientación debidos, constituyen otro valioso recurso.

Las enfermeras, asistentes sociales y ergoterapeutas especializadas, dado su

reducido número, no deben ser utilizados en tareas de servicio directo sino en la capacitación, asesoría y supervisión del personal no especializado.

Los elementos integrantes del equipo de salud mental actúan como agentes de transformación social al participar en tareas comunitarias como educadores, detectar precozmente las enfermedades, administrar cuidados de seguimiento y difundir principios de salud mental. Estas labores les permiten promover modificaciones en las actitudes individuales y favorecer la colaboración más activa por parte de los miembros de la comunidad, particularmente la de sus dirigentes sociales.

Es necesario motivar a los médicos generales, en especial a los médicos de familia, pediatras, obstetras y eventualmente otros especialistas, para que participen en los programas de salud mental. Dado que su colaboración es de suma importancia, se recomendó, por una parte, la inclusión en los programas de las escuelas de medicina de cursos sobre ciencias de la conducta, orientados hacia las tareas de salud pública y, por otra, la enseñanza de la salud mental y de la psiquiatría de la comunidad en las escuelas de salud pública.

Un análisis de los programas de salud mental de la comunidad, iniciados en distintos países de América Latina, ha puesto de manifiesto: a) su factibilidad; b) los beneficios que representan para las colectividades en que se desarrollan, y c) el impacto positivo que su ejecución tiene en las actitudes de los administradores.

En general, estos programas se han iniciado con modestos recursos y, a veces, con carácter de ensayo, pero después que han demostrado su efectividad tal vez han sido el más valioso factor determinante de cambios en la actitud de la colectividad y en la de los administradores de salud, de niveles centrales y periféricos.

Aun cuando algunos programas iniciales han sido objeto de críticas en el plano administrativo o técnico, el balance de sus resultados es favorable y en general han sido perfeccionados y extendidos a áreas cada vez más amplias.

Los beneficios obtenidos por la comunidad se han traducido en una mayor demanda de servicios por parte del público. Esta presión ha constituido una fuente energética de motivación para los administradores de salud pública, los cuales ya han empezado a darle importancia y a integrar la salud mental en los planes generales de salud.

La información y la comunicación previa en los niveles central y periférico facilitan la integración así como también el desarrollo de los programas.

Se identificaron algunos factores que obstaculizan la realización de estos programas en los países latinoamericanos, entre los cuales se destacaron:

- a) La falta de recursos financieros.
- b) La mala utilización y la escasez de personal especializado que, por otra parte, está insuficientemente remunerado.
- c) La administración inadecuada de los escasos recursos existentes en algunas áreas en donde desarrollan su acción servicios paralelos.
- d) La motivación insuficiente y las actitudes negativas enraizadas en tradiciones y prejuicios de las colectividades que no están acostumbradas a una participación activa y continua en la solución de sus propios problemas y que dependen en alto grado de la intervención estatal.
- e) La existencia de legislaciones inadecuadas que entorpecen el empleo eficaz y oportuno de los servicios.
- f) La deficiente organización de las estructuras de los servicios de salud pública que interfiere en la integración de las funciones de salud mental. El propósito de integración antes expresado se ve así aún más limitado.

Un programa apropiado de psiquiatría de la comunidad debe utilizar al máximo todos los recursos disponibles en un área determinada: el hospital psiquiátrico, las

unidades psiquiátricas de los hospitales generales, los centros comunitarios de salud mental, los consultorios externos, los servicios de emergencia psiquiátrica, los hospitales de día y todos los demás servicios existentes para los fines de prevención y rehabilitación, tales como los centros de salud, el sistema escolar, los métodos de protección de menores, los talleres protegidos, los albergues, etc.

Se señaló la importancia de las unidades psiquiátricas en los hospitales generales como un medio de atender rápidamente a las emergencias psiquiátricas del área y de prestar servicios a todas aquellas personas de diagnóstico y sintomatología variados que acuden a ellos con más facilidad, dada su accesibilidad y su mayor aceptación. Las dificultades administrativas que pudieran limitar la buena marcha de estos servicios podrían superarse mediante el establecimiento de normas técnicas precisas, sin detrimento de una administración centralizada por parte del hospital.

En el desarrollo de un programa de salud mental, el hospital psiquiátrico ocupa un lugar importante pero no exclusivo. El hospital psiquiátrico tradicional debe ser objeto de reformas sustanciales que incluyan la limitación del número de camas y su transformación en un centro activo de terapia y rehabilitación, con participación responsable del personal y de los pacientes, estrechando sus vínculos con la comunidad a la que sirve. Se señaló la importancia de incorporar al mismo acciones que eviten la internación, en la medida de lo posible: servicios de consulta externa, hospitalización diurna y nocturna, servicio domiciliario, sectorización interna y geográfica, agrupación de los pacientes de acuerdo con su procedencia, preservando en cierta forma sus vínculos con la comunidad y favoreciendo, por otra parte, un mayor seguimiento de los casos. La incorporación de los programas de salud mental en la comunidad se encuentra limitada, entre otros, por diversos factores administrativos: aislamiento del psiquiatra, encerrado en viejas concepciones custodiales; inadecuada formación y participación del personal; existencia de estructuras físicas opresivas; sobrepoblación hospitalaria; ubicación desfavorable con la inherente dificultad de comunicación y acceso a la comunidad a la que está destinado, y actitud negativa de parte del personal.

Se entiende que el papel del hospital psiquiátrico es parte de un conjunto de recursos cuyos componentes deben tener perfectamente definidas sus funciones y estar coordinados entre sí. De este modo, su utilización por la comunidad es integral y la transferencia eventual de los usuarios de uno a otro recurso tiene lugar sin obstáculos, evitando la duplicación de esfuerzos y logrando una reducción de los costos.

En síntesis, se consideró que las instituciones que desarrollan los programas de salud mental de la comunidad son variadas pero que deben estar incorporadas dentro de un sistema en el cual participe todo el equipo de salud mental, los servicios de salud pública y otras instituciones y grupos claves de la comunidad.

## RECOMENDACIONES

Como objetivo general se recomendó la integración, en todos los países, de la salud mental a los planes generales de salud, tanto a nivel central como local y lo mismo en el proceso de planificación como en el de ejecución y evaluación. Teniendo en cuenta este objetivo general se formularon las siguientes recomendaciones:

- 1) Crear a nivel nacional en los países donde aún no existan, oficinas normativas de salud mental dentro de los organismos nacionales de salud. Esta centralización normativa debe ir acompañada de una descentralización ejecutiva.

- 2) Hacer un diagnóstico de las necesidades del país en salud mental, identificando los problemas específicos y los factores socioculturales que los

condicionan. Para este propósito es necesario usar otros indicadores además de las cifras de mortalidad y morbilidad, particularmente el grado de invalidez psíquica y los índices de desajuste social. Los estudios epidemiológicos y socioantropológicos son fundamentales para este fin.

3) Proveer fondos en cantidad suficiente no sólo para la buena ejecución de los programas de asistencia y prevención sino también para la investigación y preparación del personal.

4) Crear áreas de demostración en técnicas de psiquiatría de la comunidad en las cuales se utilicen de una manera racional todos los recursos existentes y que puedan emplearse para motivar de manera positiva al público y a los administradores de salud.

5) Facilitar una adecuada comunicación entre los niveles centrales y los periféricos descentralizados con el fin de favorecer la ejecución de los planes y la continuidad de las acciones.

6) Facilitar la educación del público, utilizando los medios de comunicación de masas, para promover así un cambio en las actitudes y su participación en los programas.

7) Procurar el apoyo de personas y sectores claves de las colectividades mediante contactos personales, seminarios, cursillos y reuniones de grupo.

8) Estimular a los ex enfermos y a los familiares de los pacientes con el objeto de lograr que se transformen en promotores del programa en el seno de la comunidad.

9) Recomendar la coordinación y suplementación de las organizaciones paralelas, cuando existan, para evitar la duplicación de servicios.

10) Promover la formación de personal en número y calidad satisfactorios.

11) Favorecer el intercambio de informaciones y experiencias pertinentes tanto a nivel local, como nacional e internacional, dando énfasis a la experiencia ya adquirida en algunos países latinoamericanos.

12) Modificar la legislación existente en la mayoría de los países que, en general no es adecuada, y sustituirla por otra que facilite la nueva orientación asistencial.

13) Establecer la evaluación tecnicoadministrativa de los programas y mejorar las estadísticas.

14) Sugerir a la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud que amplíen sus programas de asistencia técnica en el campo de la salud mental y que creen, en colaboración con los países, centros regionales de especialización y perfeccionamiento en los diversos ramos de la salud mental.

Con el fin de facilitar la adecuación de la mayoría de los hospitales psiquiátricos de América Latina a los objetivos de los programas de salud mental en la comunidad se formularon las recomendaciones siguientes:

a) Establecer una departamentalización administrativa en unidades funcionales que facilite la información y comunicación entre todos los niveles.

b) Dotar al hospital de los recursos económicos y de personal que le permitan el funcionamiento eficiente de los servicios que debe prestar.

c) Intensificar las funciones terapéuticas y de rehabilitación, favoreciendo la formación de equipos terapéuticos e incrementando las actividades docentes mediante la afiliación universitaria, el establecimiento de un sistema de residencia y la utilización máxima de voluntarios.

- d) Fijar normas técnicas para la atención y rehabilitación de los pacientes.
- e) Capacitar en servicio a todo el personal, con el fin de hacer de cada uno de sus miembros un elemento responsable de la comunidad terapéutica.

#### **VOTO DE AGRADECIMIENTO**

Los participantes del Grupo de Trabajo expresaron su agradecimiento al Gobierno de Chile y a la Organización Panamericana de la Salud por haber hecho posible la celebración de esta reunión.

# LAS ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL EN LOS SERVICIOS BASICOS DE SALUD

Dr. A. Leslie Banks\* y Dr. J. Hoening†

## Introducción

En el pasado los pacientes que sufrían trastornos psiquiátricos graves y que no podían ser dominados en sus hogares eran admitidos en asilos para enfermos mentales donde se les proporcionaba atención de custodia. Ni los pacientes ni sus parientes esperaban que se recuperaran y volvieran al hogar y aquellos que lo lograban eran más bien la excepción.

Hoy día, incluso en las instituciones administradas conforme a los métodos más tradicionales, se trata a los pacientes con las diversas terapéuticas no psicológicas disponibles y en muchos casos se recuperan o mejoran lo suficiente para poder regresar a sus hogares. Ahora bien, muy a menudo el bienestar del paciente depende de la medicación ininterrumpida y si no se persevera en este sentido, el paciente sufre una recaída, que puede hacerlo volver a la institución para enfermos mentales. En esta tal vez se logre una nueva remisión al reanudarse el tratamiento, seguida del alta del paciente, con los mismos riesgos de recaída y readmisión si no se le proporciona atención ulterior.

Esta situación es incluso más pronunciada en los países con servicios psiquiátricos inadecuadamente organizados, ya que estos son los únicos que probablemente facilitan atención ulterior, pero se encuentran distantes de las aldeas y no son fácilmente asequibles en las zonas rurales. Por lo tanto, los pacientes psiquiátricos tienen que permanecer mucho más tiempo en la comunidad, es decir, fuera de los hospitales. Ellos y sus familias continúan recurriendo a los servicios locales de salud, que suelen ser inadecuados, si es que los hay. Esta situación exige una nueva evaluación de las actividades de salud mental que corresponden a los servicios de salud.

McCaffree (1966) estudió el costo relativo de un servicio de salud mental principalmente de custodia y uno más activo que utiliza tratamiento intensivo y que mantiene al paciente gran parte de su tiempo en la comunidad, y comprobó que el costo total por paciente es 30% menos en este último. De modo que nos encontramos ante la inusitada situación de que un servicio superior desde el punto de vista médico y más humano resulta también más económico.

## La situación actual

Como consecuencia de los avances en el tratamiento psiquiátrico y la psiquiatría social, parece que los principales trastornos psiquiátricos graves y algunos de los moderados pueden ahora tratarse eficazmente y que la institucionalización a largo plazo se convierte cada vez más en una modalidad del pasado.

La atención a largo plazo del paciente recluido en hospitales psiquiátricos, procedimiento peligroso para el paciente y oneroso para la comunidad, se sustituye ahora por el tratamiento en clínicas de consulta externa, recurriendo sólo con fines especiales al tratamiento a corto plazo en un hospital mental o, de preferencia, en los servicios psiquiátricos integrales de los hospitales generales. En consecuencia, los pacientes permanecen la mayor parte del tiempo en la comunidad, en sus hogares, y no en el hospital como ocurría antes.

No obstante, estos pacientes, muchos de los cuales padecen de trastornos crónicos o recidivantes, requieren atención continua en la consulta externa y supervisión como parte de medidas de prevención secundaria. Muchos de ellos deben continuar la medicación, aunque con frecuencia se sienten renuentes a aceptarla, y muchos también necesitan rehabilitación, ayuda en el trabajo y readaptación social como parte de las medidas de prevención terciarias.

\*Universidad de Cambridge, Inglaterra.

†Universidad de Manchester, Inglaterra.

Las familias y los empleadores también necesitan ayuda y asesoramiento sobre la manera de tolerar al paciente en su ambiente y de serles útil. La influencia del ambiente social del paciente es de gran importancia para él y puede constituir el factor decisivo del éxito o fracaso de toda la labor médica preventiva realizada en su beneficio.

Los pacientes y sus parientes están ahora mucho más en contacto con los servicios de salud no psiquiátricos, a los que acuden en busca de ayuda. Anteriormente, lo que se podría esperar de dichos servicios era la internación del paciente, generalmente en un hospital psiquiátrico. En la actualidad, los pacientes recurren a ellos en busca de tratamiento y sus parientes esperan asesoramiento y orientación acerca de la manera de cuidar al paciente y de evitar su recaída o deterioro.

Es posible que al principio se presenten muchas enfermedades físicas, como infecciones, alteraciones nutricionales, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades seniles y otras, con síntomas predominantemente mentales, a menudo en un grado tal que no se logra diagnosticar la enfermedad física básica y el paciente es recluido equivocadamente. Como muchas de estas enfermedades pueden tratarse en las primeras etapas, también se pierden posibilidades de tratamiento y puede sobrevenir daño permanente con trastornos mentales crónicos o irrecuperables. El reconocimiento temprano constituye, pues, una medida importante de prevención de las enfermedades mentales y es tarea que corresponde tanto a los servicios básicos de salud como a los servicios psiquiátricos. En efecto, se trata de evitar, en tantos casos como sea posible, la internación del paciente en un hospital psiquiátrico, sobre todo si eso conduciría a prolongar su permanencia en él. Se reconoce ahora plenamente el efecto nocivo que esto puede ejercer sobre el paciente y su ambiente.

#### Avances realizados en algunos países

Los cambios mencionados son inevitables y se manifestarán tanto en los países en desarrollo como en aquellos que cuentan ya con servicios

de salud organizados y de amplio alcance. La intervención de los servicios básicos de salud en los problemas de salud mental no es una solución provisional que deban adoptar los servicios especializados en psiquiatría aún no bien organizados para facilitar lo que podría denominarse un servicio necesario de salud mental de segunda categoría. Al contrario, mientras más evolucionados sean los servicios psiquiátricos, mejor oportunidad tendrán los servicios básicos de salud de participar en las actividades de salud mental, para lo cual requerirán más conocimientos y experiencia en ese campo.

Tal vez sea útil citar algunos ejemplos de países donde se han producido esos adelantos:

#### *Gran Bretaña*

Se han señalado muchos cambios de acuerdo con las líneas generales antes indicadas. Ya en 1953, algunos hospitales psiquiátricos empezaron a adoptar una política encaminada a evitar en lo posible la reclusión de pacientes. Carse y sus colaboradores (1958) y Grad y otros colegas (1963) han informado acerca de investigaciones en las que se comparan los efectos de esa política con los de una prestación más convencional de servicio de salud mental. Mendelbrote (1961) y otros han estudiado también dichos servicios y los han descrito. En Lancashire esta evolución ha ido aún más lejos, basándose todo el servicio de salud mental en algunos lugares de esa región en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. Estos servicios funcionan en forma muy satisfactoria y en todos ellos los pacientes permanecen poco tiempo en el hospital. También fomentan la participación del médico general y de los servicios sociales en el tratamiento de esos pacientes (Hoenig y colaboradores, 1965).

Shepherd y otros colegas (1966) han demostrado hasta qué grado el médico general atiende a los pacientes psiquiátricos, y en estudios realizados por el Real Asociación de Médicos Generales se ha demostrado en repetidas ocasiones la importancia de esta atención en la labor del médico general (Watts, 1962).

### *Irlanda del Norte*

En el informe sobre el estudio de la salud en una comunidad de una zona del Condado Down, llevado a cabo por McKinney y otros colaboradores en 1967 y patrocinado por la OMS, se demostró que una importante función del personal médico y de enfermería consiste en facilitar los medios para mantener la "salud mental" de los habitantes de la comunidad.

En esa zona se ha establecido un estrecho enlace con las visitas a domicilio a los pacientes que, por recomendación de los psiquiatras, deben ser objeto de observación ulterior al ser dados de alta del hospital y de las clínicas de consulta externa. También se reciben solicitudes para que se visite a los pacientes en sus hogares en los intervalos que se producen entre sus asistencias a las clínicas. Desde hace algún tiempo, muchos médicos generales han apreciado en su justo valor la ayuda de las visitadoras sanitarias en el cuidado de pacientes que sufren de enfermedades mentales. Ahora que un gran número de ellas están vinculadas a las actividades de los médicos, han aumentado las solicitudes de visitas a domicilio y un mayor número proporcionan este servicio.

Los casos que requieren esta clase de atención comunitaria se justifican por diversas razones, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- 1) Supervisar al paciente y su vida cotidiana.
- 2) Verificar su medicación y el suministro de la misma.
- 3) Dar apoyo al paciente y a sus parientes, o ambos.
- 4) Evaluar la situación y las circunstancias que prevalecen en el hogar.

El personal médico y de enfermería reconoce que se debe sospechar de ciertos signos y síntomas que se observan en los preescolares y en niños de edad escolar por ser indicio de inadaptación, y están a la búsqueda de tales situaciones como asimismo de casos de psicosis manifiesta. En las clínicas de protección a la infancia se pueden efectuar esas observaciones durante los exámenes médicos escolares y las

visitas a domicilio. Los casos localizados se remiten a los médicos generales y al especialista en psiquiatría infantil de una clínica de orientación infantil a fin de que se pueda administrar lo antes posible tratamiento preventivo y curativo.

En la oficina central, un médico y una asistente social establecen el enlace entre el departamento de salud y el personal del hospital. También están disponibles para dar asesoramiento y orientación en lo que respecta a los problemas de salud mental y a las situaciones familiares que plantean tan a menudo.

### *Malasia*

En el informe sobre la misión que le había confiado la OMS, Cunningham-Dax manifestó en 1962 lo siguiente: "... Los progresos más notables en Malasia se refirieron al desarrollo del medio rural y se sugirieron planes para vincular la enseñanza de la salud mental a los servicios de salud y especialmente al programa de salud de las zonas rurales".

En dicha labor participaron también los médicos del hospital, por ejemplo, "Los médicos... se ocupan de los casos de depresión en las salas de medicina (de los hospitales generales) y algunos se interesan especialmente en el tratamiento de esos casos psiquiátricos. Es muy evidente que entre los pacientes externos que examinan hay un gran número que sufre de trastornos psiquiátricos, que por el momento se pueden tratar sólo con un procedimiento de primer auxilio".

### *Ceilán*

En Ceilán un comité de encuesta (dirigido por el Dr. W. G. Wichremesinghe) designado por el Ministerio de Salud formuló en 1967 las recomendaciones siguientes:

#### *Salud mental de la comunidad*

- Iniciación de un programa de salud para la comunidad.
- Utilización, a este fin, de la excelente organización de salud pública de las unidades de salud establecidas en todo el país.

- Capacitación de todo el personal de salud pública, incluso médicos de salud, enfermeras de salud pública, inspectores de salud pública y enfermeras obstétricas de salud pública, en salud mental e integración de estas actividades en las actividades de salud pública.

- Nombramiento en el Instituto de Higiene de un psiquiatra idóneo, en calidad de especialista en psiquiatría social, encargado de este programa.

- Designación del mencionado psiquiatra para que se encargue también del nuevo servicio de psiquiatría en el Hospital Kalutara, que debería disponer de material clínico para formación profesional . . .”.

Cabe señalar que este hospital sirve, entre otros, como centro de demostración del Instituto de Higiene.

#### Otros países

En muchos otros países se han establecido dichos servicios, algunos desde hace 30 años o más, incluso en la URSS, el Reino de los Países Bajos, Suiza, el Sudán, etc.

#### Actividades de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud ha tomado nota de estos adelantos y se han adoptado importantes medidas preliminares que han preparado eficazmente el terreno para la realización de nuevas actividades, que pueden agruparse bajo los títulos siguientes.

#### Enseñanza y formación profesional

1) *Personal médico*. En repetidas ocasiones se ha subrayado la importancia de proporcionar formación adecuada en psiquiatría a los estudiantes de medicina, cuestión que fue examinada en detalle en el informe de un Comité de Expertos (OMS, 1961). La enseñanza de posgraduados asimismo fue objeto de otro informe de un Comité de Expertos (OMS, 1962).

2) *Personal de enfermería*. La inclusión de la enseñanza de la salud mental en la formación básica de enfermeras ha sido considerada en detalle y estudiada en la publicación “Technical Guide—Mental Health and Nursing Unit” (WHO/MH/Tech. Guide 1 65, WHO/NURS/

Tech. Guide II 65), y también en “The Nurse in Mental Health Care” (OMS, 1963).

3) *Personal auxiliar*. En el reciente informe del Comité de Expertos sobre “Formación de ayudantes de medicina y de personal asimilado” (OMS, 1967) se examinó la formación en salud mental ofrecida, sin abordar explícitamente los aspectos de salud mental. Del mismo modo, el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria (HC 14/UNICEF-OMS/2,65) se refirió a las actividades de salud mental del personal auxiliar y subrayó la necesidad de enseñanza y capacitación en estas materias.

#### Encuestas y recomendaciones

Los países siguientes, entre otros, han sido estudiados por consultores de la OMS, los cuales como parte de la tarea que se les confió examinaron las actividades de salud mental y formularon recomendaciones al respecto.

1) *Malasia* (Informe sobre una misión, por E. Cunningham-Dax, 1962). Como se señaló anteriormente, se formularon propuestas detalladas sobre la colaboración entre especialistas en salud mental y los servicios básicos de salud de las zonas rurales.

2) *Ceilán* (Informe sobre una misión, por J. Hoenig, 1967). Se formularon sugerencias acerca de la formación en salud mental del personal del servicio básico de salud.

3) *Libano e Irak* (Informe sobre una misión, por T. A. Baasher, 1966). En su informe y también en un memorando sobre “La formación en salud mental en el servicio para personal general de salud” (1967), Baasher presentó sugerencias detalladas sobre las actividades de salud mental y los servicios básicos de salud.

4) *Somalia* (Informe sobre una misión en comisión de servicio, por María Pfister, 1967a). Se propusieron medidas inmediatas y a largo plazo para incorporar las actividades de salud mental a los servicios básicos de salud.

5) *Túnez* (Informe sobre una visita a Túnez, por M. Pfister, 1967b). Se presentó un plan amplio y detallado acerca de las actividades de salud mental en los servicios básicos de salud.

### *Actividades de salud mental en los servicios básicos de salud*

En el Documento WHO/MH titulado “La salud mental en los servicios básicos de salud” de febrero de 1966, se subrayó la necesidad de incorporar dichas actividades. Esta idea se analizó más a fondo en el “Programa de salud mental de la OMS en los servicios básicos de salud” de enero de 1967, en el que se dice lo siguiente: “El objetivo de este programa consiste en definir y demostrar los procedimientos para incorporar medidas preventivas y terapéuticas en el servicio básico de salud. Aunque pueden variar según las diferencias culturales, un método comparable, si no uniforme, será de gran importancia científica para evaluar los estudios transculturales cuya realización se prevé después de llevarse a la práctica las propuestas de la OMS sobre salud mental en diferentes regiones”.

En el mencionado documento se presentaron con acierto las amplias líneas generales relativas a actividades futuras y se confirmó que la extensión de las actividades del servicio básico de salud a la salud mental se logrará plenamente sólo si todos los aspectos se desarrollan en forma concertada. Las condiciones necesarias para llevar esto a cabo se establecieron en tres programas, a saber:

*Programa 1:* Identificación de las actividades de salud mental que conviene incorporar en los servicios básicos de salud, incluso el acopio de información, la educación en salud mental del público y la atención de pacientes que sufren de enfermedades psiquiátricas importantes.

*Programa 2:* Necesidades de adiestramiento y educación de cada uno de los tres grupos de personal de los servicios básicos de salud, es decir personal médico, paramédico y auxiliar, a fin de capacitarlos para desempeñar sus tareas, así como modificaciones en su formación básica y posbásica.

*Programa 3:* Formulación de planes más perfeccionados para integrar las actividades de salud mental en los servicios básicos de salud, incluso el uso de zonas especiales de demostración a fin de analizar ciertos problemas, por ejemplo en epidemiología.

En el documento se analizan además algunas actividades específicas y el nivel de organización en el que se han de llevar a cabo. En

relación con el *Programa 1*, se sugiere que se establezcan grupos de estudio integrados por personal de salud pública y salud mental para que examinen en un ambiente libre de formalismo esas tareas en detalle con el fin de preparar una guía técnica.

En cuanto al *Programa 2*, se propone la publicación de un manual sobre diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales destinado al personal de salud no psiquiátrico. Se recomendó también que se convoque a un comité de expertos para que determine el papel y las funciones que corresponden a los consultores en salud mental en los servicios de salud pública. Se prevén planes de formación profesional en salud mental para el personal de salud pública y en esta especialidad para el personal de salud mental.

El documento es de carácter general, práctico y de amplia visión y será importante para orientar las actividades futuras. A continuación se formulan algunas observaciones sobre las ideas que contiene.

### **Un programa de actividades de salud mental en los servicios básicos de salud**

A fin de obtener el máximo beneficio para los enfermos mentales y la comunidad a la cual pertenecen, se ha de llevar a cabo un amplio programa de salud mental que comprenda todas las categorías de personal. Las actividades de salud mental de los servicios básicos de salud sólo serán plenamente eficaces si existe una estrecha colaboración con el servicio de psiquiatría, a cargo de un especialista.

#### *El servicio de psiquiatría a cargo de un especialista*

Ya se ha señalado que mientras mejor y más organizado esté el servicio de psiquiatría, en mayor grado participarán los servicios básicos de salud en las actividades de salud mental. Ello se debe a la naturaleza de la labor que se lleva a cabo en salud mental y a los conocimientos actuales en psiquiatría. El servicio de psiquiatría puede desarrollarse en forma ilimitada, pero los servicios básicos de salud deben cum-

plir ciertos requisitos mínimos para poder desempeñar con éxito actividades de salud mental.

Por ejemplo, debe haber por lo menos un psiquiatra que tenga interés especial en la labor de salud mental de los servicios básicos para que fomente la cooperación del personal en relación con los pacientes, estimule el envío de pacientes en ambas direcciones, esté disponible para consultas y se encargue de los servicios psiquiátricos de pacientes hospitalizados y de consulta externa. También debe estar dispuesto a asumir una importante función en la enseñanza y capacitación del personal de salud básico. Si dicha persona no existe en un país cuyo gobierno tiene el propósito de incorporar las actividades de salud mental en sus servicios básicos de salud, lo primero que procede hacer es tomar las medidas necesarias para capacitar debidamente a un psiquiatra.

Es evidente que debe haber un servicio básico de salud en funcionamiento, así como servicios adecuados de adiestramiento.

#### *Las actividades de salud mental en los servicios básicos de salud*

1) *Delimitación de actividades.* Los servicios básicos de salud deben limitar sus actividades de salud mental a la consecución de objetivos estrictamente definidos que sean adecuados y estén dentro de su radio de acción. Los trastornos más graves y que más incapacitan son también los que más responden al tratamiento dado de acuerdo con los métodos de la medicina clásica. Este tipo de casos debe constituir el objetivo principal y ha de comprender las categorías siguientes:

- Psicosis de etiología orgánica conocida, es decir delirio o demencia, asociado con infecciones, trastornos derivados de la nutrición, vejez, enfermedades cerebrovasculares, etc.
- Esquizofrenia.
- Psicosis afectiva (enfermedad maniaco-depresiva).
- Epilepsias.
- Retraso mental (subnormalidad).

2) *La educación para la salud.* "Para que la sociedad obtenga el máximo beneficio de los adelantos de la psiquiatría moderna, ha de

aprender a colaborar en la prevención del trastorno mental y en el tratamiento y rehabilitación de las personas mentalmente enfermas" (OMS, 1959). Es importante que el público se familiarice con la respuesta rápida al tratamiento de los trastornos mentales, de modo que no se desperdicien las posibilidades de administrar tratamiento al no remitir dichos pacientes al médico. Si se comprende la naturaleza del trastorno mental se aumentará también la tolerancia de la comunidad hacia esos pacientes y se les dará una mejor oportunidad de rehabilitación satisfactoria.

3) *Prevención.* No se ha avanzado todavía en la prevención de la enfermedad mental, pero suele lograrse la prevención de las enfermedades físicas que pueden producir alteraciones mentales transitorias o permanentes: los llamados "síndromes psicoorgánicos". Por consiguiente, gran parte de la labor preventiva se lleva a cabo en los servicios médicos no psiquiátricos.

4) *Identificación temprana de casos.* El reconocimiento temprano del trastorno mental depende del conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad mental, muchos de los cuales pueden ser aprendidos por el personal paramédico y auxiliar siempre que reciban enseñanza adecuada. El reconocimiento temprano conduce a la remisión temprana del paciente a un médico, al diagnóstico precoz y al tratamiento inmediato.

5) *Diagnóstico.* El médico y, hasta cierto punto, el ayudante de medicina, deben poder diagnosticar casos sencillos y sobre todo reconocer los tipos de casos antes mencionados que se prestan a tratamiento médico simple. Los casos complicados deberán remitirse a un psiquiatra.

6) *Tratamiento.* El médico debe estar en condiciones de prescribir y aplicar tratamientos en relación con los trastornos mentales sencillos. Los médicos, las enfermeras y el personal auxiliar deben estar familiarizados con los medicamentos que se utilizan comúnmente y conocer sus efectos secundarios y tóxicos a fin de participar eficazmente en el cuidado y tratamiento de los pacientes psiquiátricos de la comunidad.

7) *Cuidado ulterior y rehabilitación.* Es necesario que haya un estrecho enlace entre el psiquiatra y los servicios básicos de salud para garantizar la continuidad de la atención. El éxito del cuidado ulterior dependerá del reconocimiento temprano de las recaídas, para que estas puedan ser tratadas sin tener que enviar al paciente a un hospital psiquiátrico distante. El grado de rehabilitación dependerá de la disponibilidad de servicios tales como centros especiales de adiestramiento, clubes sociales, etc. Muy a menudo, la rehabilitación consistirá en proporcionar consejos y estímulo al paciente y a sus parientes.

8) *Emergencias.* Debido al mayor número de pacientes psiquiátricos que viven en la comunidad en vez del hospital, las recaídas así como los primeros síntomas de una enfermedad pueden presentarse como emergencias psiquiátricas. De este modo, el personal de salud básico será con frecuencia el primero en entrar en acción y debe estar familiarizado con los métodos más eficaces de que se disponga para tratar dichos casos. Conviene proporcionar enseñanza especial sobre dichos métodos.

### Personal

Las actividades de salud mental deben determinarse expresamente para cada nivel de personal del servicio básico de salud, sobre todo el personal auxiliar, de modo que puedan aprenderse y realizarse sin necesidad de una gran preparación en psiquiatría. El grado en que esto pueda hacerse dependerá del éxito con que se incorporen las actividades de salud mental en los servicios básicos de salud.

1) *La enfermera auxiliar* debe ser competente para que pueda desempeñar la parte que le corresponde en el tratamiento y atención de los trastornos siguientes: psicosis de etiología orgánica conocida (delirio, demencia); esquizofrenia; manías; estados de depresión (psicosis depresiva, melancolía); epilepsia; retraso mental (subnormalidad).

Es necesario enseñar a la auxiliar de enfermería la terminología mínima necesaria para facilitar la comunicación. Ha de conocer los signos y síntomas principales que caracterizan

los casos típicos de esos trastornos y su evolución, incluso las complicaciones y peligros principales, por ejemplo el suicidio, junto con el tratamiento debido (nombre del medicamento), efectos secundarios (cuando sea necesario volver a dar seguridades al paciente) y efectos tóxicos por los cuales es preciso interrumpirlo y remitir el paciente al médico. Ha de saber también las medidas que conviene adoptar en caso de emergencia.

El alcance de las actividades de salud mental que le corresponden, según se ha señalado, ha de constituir el marco que delimite los casos confiados a su cuidado. Las instrucciones de la enfermera que la supervisa o del médico o ayudante de medicina, se han de mantener dentro de ese marco.

2) *La enfermera obstétrica auxiliar* debe tener la misma preparación y desempeñar las mismas actividades que la auxiliar de enfermería en relación con trastornos derivados del parto. Se le ha de enseñar también a ayudar a reconocer la subnormalidad en el recién nacido.

3) *La auxiliar de enfermería escolar* debe tener la misma preparación y desempeñar las mismas actividades que la auxiliar de enfermería y poseer conocimientos adicionales que le ayuden a seleccionar los escolares con trastornos afectivos para remitirlos al médico.

4) *La enfermera y la enfermera obstétrica.* Ambas enfermeras deben tener, como mínimo, conocimientos suficientes acerca de los trastornos antes mencionados para que puedan supervisar al personal auxiliar bajo su dirección y ayudarles en los casos más difíciles. Deben conocer los síntomas por los cuales se ha de remitir el paciente al médico.

5) *El ayudante de medicina* deberá tener un conocimiento más amplio de los trastornos psiquiátricos, pero en sus relaciones con las auxiliares de enfermería y enfermeras obstétricas debe mantenerse dentro del marco definido de sus actividades. El alcance de sus conocimientos y responsabilidades en salud mental debe ser equivalente al de las otras especialidades médicas que le conciernen.

6) *El médico.* El grado en que el médico asumirá la responsabilidad de la atención de los

pacientes mentales dependerá de la formación que haya recibido y de su interés en la materia. No obstante, debe estar siempre preparado para diagnosticar y tratar las categorías de casos antes mencionados y para supervisar a las enfermeras, enfermeras obstétricas y personal auxiliar. Sólo los casos complejos han de remitirse a los psiquiatras, pero debe de estar en condiciones de aceptar esos casos con fines de tratamiento siempre que el especialista le proporcione ayuda y asesoramiento convenientes.

### *Enseñanza y formación profesional*

Se ha de organizar un programa amplio de educación y formación profesional, al mismo tiempo que se formulan los principios generales, de modo que sea adaptable a las diversas circunstancias de los distintos países. En este adiestramiento, es importante fomentar una actitud positiva y preventiva con respecto a la salud mental y al paciente psiquiátrico y estimular la capacidad de comunicación con el paciente.

A fin de simplificar la enseñanza, sobre todo la que se da al personal auxiliar, esta se ha de limitar a la comunicación de información objetiva. Así como se puede enseñar al personal de un grupo antimalárico sus diversas tareas, sin exigirle un conocimiento científico profundo de la malaria, también se puede ayudar al personal auxiliar de los servicios básicos de salud a adquirir competencia en las actividades limitadas y definidas de salud mental que formarán parte de sus funciones.

1) *El manual de salud mental.* Para lograr uniformidad en la enseñanza de las actividades de salud mental elementales se ha de disponer de un manual de hojas sueltas en el que se indiquen las actividades mínimas del personal y se proporcionen los conocimientos necesarios a fin de que adquiera competencia, sin exigir conocimientos básicos en psiquiatría. El personal de todas las categorías debe estar familiarizado con dicho manual como un medio de facilitar la comunicación y, por consiguiente, se ha de utilizar en la educación y adiestramiento tanto de carácter básico como posbásico. El

manual debe contar con un número limitado de páginas y ha de poder consultarse fácilmente.

2) *Enseñanza básica.* En muchos países las enfermeras, parte del personal auxiliar y los médicos han recibido ya cierta formación psiquiátrica en sus cursos básicos. A esta formación se han de agregar las actividades de salud mental que han de realizar los servicios básicos de salud a fin de que cada uno se familiarice con ellas y su radio de acción.

3) *Enseñanza posbásica.* En lo posible, las actividades de salud mental deben incluirse en los cursos posbásicos. Puede ser necesario organizar cursos especiales para capacitar al personal existente tanto en las actividades de los servicios básicos de salud como en las del servicio psiquiátrico.

### *Cooperación con los servicios de psiquiatría*

Es preciso reforzar la cooperación entre el servicio psiquiátrico y los servicios básicos de salud, lo que podría lograrse en los siguientes aspectos:

1) *Selección de casos convenientes para remitirlos al médico oportunamente.* Los médicos que trabajan en los servicios básicos de salud deben estar preparados para diagnosticar y tratar toda clase de casos, excepto los complicados, los que deben remitirse al psiquiatra para que los examine en su clínica, en el hospital general o en el centro de salud de la comunidad. Se ha de evitar, en la medida de lo posible, el envío de pacientes a hospitales distantes.

2) *Atención ulterior.* La mayoría de los pacientes necesitarán cuidado ulterior después de ser dados de alta y de haber recibido tratamiento del especialista en el hospital o en la consulta externa, y de ello podrían encargarse en rigor los servicios básicos de salud. El psiquiatra debe facilitar toda ayuda necesaria al personal básico de salud para garantizar la continuidad de la atención.

3) *Enseñanza y formación profesional.* El psiquiatra desempeñará una función importante en la enseñanza y capacitación al nivel básico y posbásico del personal del servicio general de

salud y debería utilizar la cooperación del personal en relación con los pacientes como medio de continuar la enseñanza de posgrado.

4) *Educación para la salud.* La enfermedad mental está rodeada de prejuicios y equívocos incluso con mayor frecuencia que en el caso de la enfermedad física y la educación para la salud en esta materia es de suma importancia. La cooperación entre el psiquiatra y los servicios básicos de salud es indispensable para garantizar la disponibilidad de material didác-

tico e instruir a grupos, como los constituidos por maestros, asistentes sociales, el clero, la policía, etc.

5) *Registros e investigaciones.* El personal ha de participar conjuntamente en investigaciones operacionales y de otra índole y el sistema de registro debería estar organizado de modo que permita la evaluación y el mejoramiento de los servicios que requiere la incorporación de las actividades de salud mental a los servicios básicos de salud.

## BIBLIOGRAFIA

- Baasher, T. A. "Mental Health Activities in Rural Health Units in Iraq and Lebanon". (Informe de una misión.) Documento MH/68.8, Ginebra, 1966.
- Baasher, T. A. "In-Service Training in Mental Health for General Health Workers". Documento de la OMS, 1967.
- Carse, J., N. E. Panton y A. A. Watt. "District Mental Health Service: The Worthing Experiment". *Lancet* i:39-41, 1958.
- Cunningham-Dax, E. "Assignment Report, Malaya 28". WPR/303/12, 1962.
- Grad, J. y P. Sainsbury. "Mental Illness and the Family". *Lancet* i:544-547, 1963.
- Hoening, J. "Mental Health Service in Ceylon" (Informe de una misión.) Colombo, Ceilán: Government Publications Bureau, 1967.
- Hoening, J. y M. W. Hamilton. "Extramural Care of Psychiatric Patients". *Lancet* i:1322-1325, 1965.
- Kuhlenkampff, C. "Psychiatrie in der Sowjet Union". *Social Psychiatry Berl* 2:124-126, 1967.
- Mendelbrote, B. M. y S. Folkard. "Some Factors Attached to the Outcome and Social Adjustment of Schizophrenics". *Acta Psychiat Scand* 37:223-225, 1961.
- McCaffree, K. M. "The Cost of Mental Health Care Under Changing Treatment Methods". *Amer J Public Health* 56:1013-1025, 1966.
- McKinney, J. B. e I. M. Thompson. "Report on a Community Health Study in an Area in County Down". 1967.
- "Mental Health Service in Ceylon". Informe de un comité de encuesta. Colombo, Ceilán: Government Publications Bureau, 1967.
- Pfister, M. "Report on Duty Mission to Somalia". Documento MH/68.13, Ginebra, 1967a.
- Pfister, M. "Rapport sur une Visite en Tunisie". Documento MH/68.14, Ginebra, 1967b.
- Shepherd, M., et al. "Psychiatric Illness in General Practice". Londres: Oxford University Press, 1966.
- Watts, C. A. H. "Psychiatric Disorders". Capítulo en *Morbidity Studies from General Practice*, por el Comité de Investigaciones del Consejo del Asociación Real de Médicos Generales. *Stud Med Pop Subj* III (14), Londres: HMSO, 1962.
- Organización Mundial de la Salud. *Psiquiatría social y actitudes de la colectividad*. Serie de Informes Técnicos No. 177, 1959.
- Organización Mundial de la Salud. *Enseñanza de la psiquiatría y de la higiene mental a los estudiantes de medicina*. Serie de Informes Técnicos No. 208, 1961.
- Organización Mundial de la Salud. "Mental Health Programs in Public Health Planning". Preparado por A. Querido para la 15ª Asamblea Mundial de la Salud. A15/ Discusiones Técnicas/1, 1962.
- Organización Mundial de la Salud. *Función del médico de sanidad y del médico general en las actividades de higiene mental*. Serie de Informes Técnicos No. 235, 1962.
- Organización Mundial de la Salud. *La enfermera en las actividades de salud mental*. Cuadernos de Salud Pública No. 22, 1965.
- Organización Mundial de la Salud. "Technical Guide—Mental Health and Nursing Units". Documentos WHO/MH/Tech. Guide I, 65; WHO/NURS/Tech. Guide II, 1965.
- Organización Mundial de la Salud. *Formación de ayudantes de medicina y de personal asimilado*. Serie de Informes Técnicos No. 385, 1968.

# EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL EN LA GRAN BRETAÑA

Dr. Douglas H. Bennett\*

## Introducción

En este trabajo se analizan las tendencias principales seguidas durante los últimos 40 años por los servicios psiquiátricos comunitarios en la Gran Bretaña. No se presenta como un modelo que deba ser copiado, sino como una introducción a los debates que se celebrarán en el Grupo de Trabajo. Cada país debe elaborar sus propios métodos para facilitar servicios comunitarios a los enfermos mentales, ya que las medidas que se adopten dependen de la historia, cultura, economía y necesidades de la población de cada país. Nuestra práctica no puede ser transplantada a otros países, pero es posible que les sería útil adoptar algunos elementos del sistema británico.

## Cambios sociales en la atención del enfermo mental

La atención del enfermo mental depende de la actitud del público y de los profesionales respecto de sus derechos como seres humanos y como personas enfermas. En nuestro país, estas actitudes se modificaron en el siglo XIX, al principio lentamente pero con rapidez creciente en los últimos 30 años. Este cambio de actitud es tal vez el factor más importante en el desarrollo de servicios comunitarios y el que puede provocarse menos fácilmente. Los métodos de controlar la conducta del enfermo mental también han experimentado cambios profundos. La restricción física fue abolida totalmente, primero por el Dr. John Canolly en 1839, pero su uso se prolongó en muchos hospitales psiquiátricos hasta fines del siglo XIX. En 1930 las limitaciones jurídicas se modificaron con la introducción del tratamiento voluntario para algunos de los enfermos men-

tales. En la década de 1940 a 1950 se les dio a los enfermos mentales mayor libertad cuando las puertas de las salas y hospitales se abrieron lentamente. Actualmente, menos del 5% de los pacientes de los hospitales psiquiátricos de Inglaterra y Gales se encuentra en salas cerradas. En la Ley de Salud Mental de 1959 se dio por sentado que la mayoría de las personas mentalmente enfermas serían admitidas en los hospitales sin sufrir ninguna forma de sanción legal. Menos del 20% de pacientes ingresa sometido a alguna clase de restricción legal y como en la mayoría de estos casos se trata de órdenes de internación por breve tiempo, menos del 7% de la población de hospitales psiquiátricos se encuentra por lo tanto recluida bajo ese régimen (Bennett 1967).

Se observa un cambio igualmente significativo en la situación de los enfermos mentales. Se acepta cada vez más que es preciso tratarlos como pacientes, igual que a los enfermos somáticos. Así, pues, un enfermo mental es, según las disposiciones de la Ley de 1959, recluido por orden especial únicamente cuando es un peligro para sí mismo o para los demás y no desea o no puede aceptar su tratamiento como paciente.

En el período de reconstrucción social que siguió a la Segunda Guerra Mundial, el Estado británico incorporó sus puntos de vista en una serie de medidas legislativas que tenían por objeto la satisfacción de las necesidades de salud y bienestar social no sólo de todas las clases sociales, sino mediante un Servicio Nacional de Salud para todas las clases de enfermedades. En consecuencia, el enfermo mental debería recibir la misma calidad de tratamiento que la que se ofrece al enfermo con una aflicción física. Este ideal no se ha alcanzado plenamente, pero los recursos puestos a la disposición de los servicios psiquiátricos han

\* Psiquiatra Consultor, Hospital Maudsley, Londres, Inglaterra; Consultor de la OPS/OMS.

aumentado de manera considerable y se han utilizado en mejor forma.

### Cambios en el hospital psiquiátrico

La influencia de los cambios sociales mencionados se dejó sentir, primero, en la atención de los pacientes en los hospitales psiquiátricos. Describiremos brevemente las modificaciones que se produjeron porque han contribuido, a su vez, a la iniciación de los servicios de salud mental de la comunidad. A comienzos del presente siglo, había en la Gran Bretaña grandes hospitales psiquiátricos aislados, herencia del pasado. Su construcción había sido resultado directo de la industrialización, la urbanización y el crecimiento demográfico de la segunda mitad del siglo XIX. En esas grandes instituciones era difícil proporcionar una atención apropiada a los pacientes hospitalizados pero algunos directores introdujeron modificaciones a pesar de los limitados recursos financieros de que disponían. Empezaron por mejorar el ambiente físico, haciendo limpiar y pintar las salas y proporcionando a los pacientes ropa más adecuada. Luego clasificaron y reorganizaron las salas y al asignarlas a los pacientes separaron a los enfermos agudos de los crónicos y a los más perturbados de los menos perturbados. Cabe señalar que en la Gran Bretaña a los retrasados mentales (oligofrénicos) se les atiende en hospitales especiales y que se aplican disposiciones distintas a los psicóticos delincuentes y a los retrasados criminales.

Seguidamente, se prestó atención a los cuidados de enfermería dados a los pacientes y se procuró mejorar la condición de las enfermeras. Es imposible mejorar el estado y situación de los pacientes en los hospitales psiquiátricos sin mejorar al mismo tiempo la calidad del personal. A mediados del decenio de 1930, se contrataron, por primera vez, asistentes sociales, ergoterapeutas y psicólogos y un mayor número de médicos. Con este personal fue posible proporcionar más tratamientos y crear un ambiente más estimulante para los pacientes. Al principio, las mejoras se limitaron a las unidades de tratamiento precoz recién establecidas. En razón de estas modificaciones, un

mayor número de pacientes ingresó en los hospitales psiquiátricos y entre 1929 y 1954 las admisiones aumentaron de 20,000 a 74,000 por año.

### Comienzos de la atención comunitaria

Debido a la presión ejercida por la creciente ola de admisiones sobre los limitados recursos de los hospitales psiquiátricos, los pacientes eran, con más frecuencia, dados de alta después de una breve permanencia en ellos. Los psiquiatras deseaban examinar a los nuevos pacientes admitidos y facilitar atención ulterior a los dados de alta. En los hospitales generales se establecieron centros de consulta externa con fondos obtenidos en virtud de la Ley de Tratamiento de Pacientes Psiquiátricos, de 1930. En 1954, el número de nuevos pacientes que concurría a clínicas de consulta externa era igual al número de pacientes admitidos por primera vez en hospitales psiquiátricos. Los psiquiatras no sólo ejercían fuera del hospital psiquiátrico en las clínicas de consulta externa, sino que también visitaban a los pacientes en sus hogares a solicitud del médico de la familia. Al mismo tiempo, el pequeño cuerpo de asistentes sociales especializados en psiquiatría adscrito a los hospitales psiquiátricos trabajaba con las familias de los pacientes. A partir de 1940, los psiquiatras y organizaciones privadas iniciaron una campaña, que ha continuado y crecido, a fin de interesar al público en las enfermedades mentales, recabar su colaboración y eliminar algunos prejuicios que persistían. Desde la década de 1950, hemos observado algunos cambios sorprendentes en el estado mental y la conducta de los pacientes hospitalizados. No es este el lugar de discutir las opuestas alegaciones de los farmacoterapeutas y de los psiquiatras sociales. Pero no cabe duda de que los cambios en la estructura social de los hospitales psiquiátricos han influido en la situación de los pacientes, independientemente del efecto de los medicamentos (Wing y Brown, 1961).

De este modo, la nueva actitud hacia los enfermos mentales, reflejada en la Ley de Salud Mental de 1959, y reforzada por cambios en la

práctica y por la publicidad, ha conducido a la transformación del hospital psiquiátrico. Este cambio, a su vez, indujo a algunos superintendentes médicos de hospitales psiquiátricos a organizar los primeros servicios comunitarios. Ejemplos notables y bien conocidos de dichos servicios son los establecidos por el Dr. Mac-Millan, en Nottingham, el Dr. Rees, en Croydon, y el Dr. Bowen, en York. El establecimiento de la atención comunitaria fue un proceso evolutivo, con fines prácticos y sin un plan o teoría general. Salvo unas pocas excepciones, derivó del hospital psiquiátrico y se estructuró a su alrededor. En todas las etapas de su aplicación, la nueva modalidad de atención y la antigua han continuado existiendo simultáneamente. En todas las etapas, la modificación del hospital psiquiátrico ha influido en el progreso alcanzado por la atención en la comunidad.

#### **Nuevos criterios de atención comunitaria**

La atención comunitaria surgió como un intento práctico de impedir la admisión innecesaria de pacientes en los hospitales psiquiátricos y de encontrar soluciones alternativas a este problema. Más tarde la experiencia en el hospital psiquiátrico demostró cómo la alteración de las condiciones sociales podía precipitar, exacerbar, minimizar o impedir la manifestación de la enfermedad mental. Pronto se comprendió que las condiciones sociales de la comunidad podían tener un efecto semejante. Las primeras experiencias de atención fuera del hospital demostraron también los efectos de la enfermedad mental sobre la sociedad. Esto condujo a una nueva formulación del concepto de atención comunitaria. Se reconoce ahora que las finalidades de los servicios comunitarios de salud mental deben ser formuladas y evaluadas utilizando los métodos de la psiquiatría social y de otras ciencias de la conducta si lo que se pretende es un tipo de atención que sea algo más que filantropía psiquiátrica. Ahora bien ¿quién ha de recibir atención comunitaria? Ya no es únicamente el paciente psiquiátrico. Atención comunitaria es aquella que ha de proporcionarse a una comunidad definida en

términos geográficos, o en otra forma, durante un período de tiempo suficiente. Se garantiza así que la atención se oriente no sólo hacia la satisfacción de las necesidades inmediatas del paciente, sino hacia su bienestar, el de su familia y el de la sociedad en el futuro. Son muy pocos todavía los servicios que podrían pretender que organizan su atención a la luz de los conocimientos de la psiquiatría social o de los hallazgos epidemiológicos; sin embargo, la prestación de la atención a una población definida ha conducido a su "sectorización" y al establecimiento de gran número de servicios de "distrito". En este sistema, se facilita una gama completa de servicios psiquiátricos y sociales a una población geográficamente determinada.

Cuando la responsabilidad de las diversas formas de prestación de servicios está dividida surgen problemas. Esto es especialmente difícil en la Gran Bretaña, donde tres autoridades proporcionan servicios de bienestar social y de salud: el servicio hospitalario, el servicio del médico de familia y el servicio de la autoridad local (municipalidad). Se espera remediar este defecto mediante el establecimiento de juntas zonales de salud, cuya formación está en estudio en la actualidad.

#### **Camas psiquiátricas y formas alternativas de atención**

El mejoramiento de la atención proporcionada en los hospitales psiquiátricos y los cambios sociales han ido reduciendo continuamente la población de los hospitales psiquiátricos británicos. En 1962 y 1963, el Ministerio de Salud publicó por primera vez planes para el establecimiento de servicios de atención comunitaria y de hospitalización en Inglaterra y Gales. (Los planes para Escocia se publicaron por separado y en ellos aparecen disposiciones distintas.) Se preveía que el número de camas disminuiría de 3.3 camas por 1,000 habitantes en 1960, a 1.8 camas por 1,000 habitantes en 1975. Estos pronósticos han suscitado un debate que aún continúa, ya que en algunas regiones del país se ha alcanzado ya la tasa de 1.8 camas por 1,000 habitantes y se estima que esta proporción podrá reducirse aún más, mien-

tras que en otras regiones del país la disminución ha sido menos rápida.

No obstante, la proporción efectiva no tiene importancia para este análisis, ya que el número de camas que necesita cualquier país dependerá de las necesidades que sea preciso satisfacer y de los demás recursos disponibles. Lo que importa más es la ubicación de las camas de hospital, el uso que se hace de ellas y la posibilidad de emplear otras formas de atención. Existe la tendencia a proporcionar camas a los habitantes de un distrito lo más cerca posible del lugar de su residencia, comúnmente en hospitales generales. En la actualidad, en los hospitales generales de Inglaterra y Gales se dispone de 0.2 camas psiquiátricas por 1,000 habitantes, pero estas no están distribuidas uniformemente en todo el país. En algunas zonas, sobre todo en la región de Manchester, los hospitales generales sostienen que podrían hacer frente al 95 % de la demanda de atención psiquiátrica si dispusieran de 0.5 camas psiquiátricas por 1,000 habitantes.

Cabe formular dos observaciones a este respecto: Dax (1961), en Australia, y Rehin y Martin (1963), en la Gran Bretaña, han sugerido que la *unidad* es preferible a la *sala* en un hospital general. Aunque se ha prestado considerable atención al empleo de camas psiquiátricas en hospitales generales, cada servicio de distrito todavía necesita, y continuará necesitando durante algún tiempo, camas en hospitales psiquiátricos para la atención de algunos pacientes crónicos psicóticos o psicogerítricos. En los planes británicos, la deficiencia más grave deriva de la imposibilidad de concebir la función del hospital psiquiátrico en relación con la unidad en formación del hospital general o de idear otras clases de atención para los pacientes más crónicos. La hospitalización parcial, generalmente en la forma de atención diurna hospitalaria, es una alternativa útil para el tratamiento de pacientes hospitalizados. Aunque este sistema únicamente puede desarrollarse en las zonas que cuentan con una población geográficamente accesible, no es en manera alguna inferior a la atención de pacientes hospitalizados e incluso tiene ciertas ventajas

sobre ella (Bennett, 1969). No cabe duda de que por lo menos el 50 % de los pacientes admitidos actualmente en hospitales podrían ser tratados como pacientes diurnos, a una fracción del costo de la atención de pacientes hospitalizados.

En la Gran Bretaña los primeros hospitales de día abrieron sus puertas en 1950. Al principio, su desarrollo fue lento pero ahora ya no constituyen una novedad y aportan una contribución numéricamente importante a los servicios psiquiátricos. En 1961, se admitieron unos 5,000 pacientes nuevos y en el curso de 1967 esta cifra había aumentado a 17,000, aproximadamente. El hospital de día no es la única alternativa a la internación. En los servicios de distrito es común encontrar centros diurnos que proporcionan relativamente más atención social y ergoterapia que tratamiento psiquiátrico propiamente dicho. Lo mismo se observa en los albergues y casas de convalecencia.

Un importante servicio, en algunas zonas, es la clínica de emergencia la que, junto con otros servicios de urgencia, dotados de enfermeras y asistentes sociales psiquiátricos puede hacer mucho en la prevención de aquellas crisis sociales comúnmente asociadas con la enfermedad mental y que, a menudo, conducen a la admisión innecesaria en los hospitales. Incluso si no puede evitarse la admisión, una acción rápida a menudo reduce la necesidad de una permanencia prolongada en el hospital. Numerosas innovaciones disminuyen la necesidad de camas de hospital (Freeman y Farndale, 1963 y 1967). Es evidente que los servicios de rehabilitación son importantes. En los hospitales se alivia a los pacientes de sus estados de tensión o se les trata con tranquilizantes, pero al regresar a sus hogares con frecuencia sufren recaídas. Es importante procurar por todos los medios reducir las incapacidades y desarrollar cualesquiera habilidades que los pacientes tengan, de modo que puedan actuar de manera satisfactoria en la sociedad sin que tengan que ser admitidos de nuevo en el hospital. En un gran número de hospitales existen ahora talleres industriales, donde los pacientes realizan tra-

bajos manuales y de otra índole, que les son remunerados. Esta experiencia contribuye a prepararlos para hacer frente a las tensiones que tendrán que afrontar en el trabajo después de ser dados de alta.

### Recursos humanos y atención comunitaria

En la atención comunitaria no es necesario emplear a todo el personal que se requiere para mantener una institución: albañiles, plomeros, cocineros, etc. En cambio, se necesita más personal profesional dotado de diversa formación. No se sabe con certeza si se requiere más o menos personal. Sin duda, los pacientes se ayudan más a sí mismos y sus familias realizan en su favor ciertas actividades. Es también posible recabar la colaboración de voluntarios, de los médicos de familia, de las enfermeras de salud pública, de los asistentes sociales y a veces, en la Gran Bretaña por lo menos, de los industriales. El personal profesional que se necesita debe poseer diversas capacidades y un adiestramiento distinto al del personal anteriormente empleado en los hospitales psiquiátricos. En la Gran Bretaña hemos aumentado el número de asistentes sociales debidamente capacitados, pero esto no es indispensable ya que se podría hacer mayor uso, como se hace en la actualidad, de las enfermeras psiquiátricas. Es necesario volver a examinar el empleo que se hace de todas las categorías de personal. Si se logra organizarlos en grupo los pacientes reciben a menudo ayuda de otros pacientes. Tenemos una larga tradición en lo que respecta a la visita de los pacientes en su hogar, pero este procedimiento, nos damos cuenta ahora, puede entrañar a veces una pérdida del tiempo del personal. Es posible que debamos colocar al médico y a la enfermera fuera de la sala pero no del hospital. Por ejemplo, en vez de la actual disposición que establece la separación entre pacientes de emergencia, pacientes externos, pacientes hospitalizados y pacientes diurnos con sus diferentes equipos de personal, se podría preparar algún lugar, no una *sala*, para todos los pacientes que utilizan el mismo equipo de personal. Si estos pacientes fuesen tratados en el mismo servicio y por el mismo

personal se podría garantizar mejor no sólo la continuidad del tratamiento sino también un empleo más completo de nuestros recursos de personal. El uso eficaz de recursos humanos depende, con frecuencia, de la organización de los servicios y del diseño arquitectónico de nuestros edificios.

Incluso en el caso de que se tuviera que contratar más personal para los servicios comunitarios de salud mental, el importe de sus sueldos sería mucho menor que el costo creciente del establecimiento o mantenimiento de una cama en un hospital psiquiátrico. Pero no podemos desperdiciar el personal pues no depende solamente del dinero el poder contar con personal disponible. Es importante también el empleo de la proporción exacta entre sus diversas categorías. Aún no sabemos la proporción que necesitamos de personal con un elevado nivel de adiestramiento, con un adiestramiento menor o sin adiestramiento. Pero nos consta que hay todavía muchos servicios con un número excesivo de médicos e insignificante de enfermeras o con una cantidad excesiva de enfermeras calificadas y un número insignificante de enfermeras sin adiestramiento.

### Trabajo en equipo y participación de los pacientes y otras personas en la atención comunitaria

Aunque la capacitación y utilización del personal se examinará en otro trabajo, merece llamarse la atención, en este momento, sobre los problemas que se plantean en la selección de psiquiatras para los servicios comunitarios de salud mental. Strauss y otros investigadores (1964) han demostrado que los servicios ofrecidos a los pacientes y la división de trabajo resultante, tanto en hospitales psiquiátricos como en la atención comunitaria, dependen de la escuela de pensamiento del psiquiatra. Dichos autores distinguen tres actitudes distintas. Los psiquiatras pueden adoptar la actitud del "somatoterapeuta", del "psicoterapeuta" o del "socioterapeuta". Los somatoterapeutas dejan la atención de sus pacientes al personal porque parten del supuesto de que este velará por su comodidad mientras el psiquiatra administra el tratamiento "verdadero". Los psicoterapeutas

también consideran que su tratamiento psicológico es el elemento más importante en el cuidado del paciente, pero se preocupan de que el ambiente favorezca ese tratamiento y, por consiguiente, se ocupan de ello con los otros miembros del personal. Únicamente los médicos que adoptan la actitud del socioterapeuta son capaces de compartir su trabajo con el resto del personal. Ahora bien, en la atención comunitaria el médico no tiene el monopolio de la responsabilidad o del aporte que pueda facilitar. Se requiere la participación de muchas otras personas y es preciso utilizar su habilidad aunque sólo sea por razones de economía. Si bien es conveniente que el equipo encargado del servicio comunitario esté dirigido por un médico, es lamentable que tan pocos psiquiatras deseen o estén preparados para asumir su dirección.

La experiencia adquirida en los hospitales psiquiátricos ha demostrado las ventajas de motivar al paciente a fin de que participe en mayor grado en su propio tratamiento y en algunos aspectos de la administración de sala. Este es un aspecto de lo que se llama "comunidad terapéutica". Además, la atención comunitaria requiere una mayor participación en los servicios no sólo de los pacientes sino de sus familias, del personal profesional, de los voluntarios, de los patrones y de otras personas interesadas en ellos. Es posible que los médicos no siempre vean con agrado esa participación y deseen delegar la organización de la atención comunitaria a otros miembros del personal, sin embargo, esta requiere que el médico no sólo acepte sino que estimule la colaboración de otras personas en este campo (Dax, 1961).

### Conclusiones

Se ha hecho referencia a algunos aspectos del establecimiento de los servicios comunitarios de salud mental en la Gran Bretaña. Estos servicios tienen su origen en las medidas prác-

ticas adoptadas por los directores de hospitales psiquiátricos, encaminadas a mejorar la atención de los enfermos mentales. En el futuro, habrán de facilitar atención a poblaciones geográficamente definidas, basándose en los principios de la psiquiatría social. Dentro de los distritos o "sectores" de dicho sistema, será posible adaptar la estructura de los servicios a las necesidades de una población en función de su epidemiología, demografía y antropología social. Es también posible evaluar los resultados del diferente aprovechamiento de los recursos. La finalidad de la atención comunitaria, como la de cualquier otra forma de atención, debe consistir en proporcionar una buena atención a la mayoría de la población la mayor parte del tiempo y en cuidar a todas aquellas personas que lo requieren por ser sus necesidades importantes. Esto supone ciertos juicios de valor acerca de las necesidades, ya que ningún país y ciertamente la Gran Bretaña entre ellos, cuenta con suficientes recursos económicos o de personal para hacer frente a todas las exigencias. Lo que pueda hacerse dependerá de las disponibilidades. Pero parece evidente que es más útil invertir fondos en personal bien capacitado que utilizarlos en proveer de "hoteles" a los pacientes, por muy sencillos que sean. Se puede recurrir a aquellos "servicios" facilitados en la comunidad para parientes y amigos que no pueden utilizarse en el hospital psiquiátrico y que mediante innovaciones apropiadas, pueden proporcionar servicios flexibles que satisfagan las necesidades reales de una población de distrito. Aunque sería un error construir nuevos hospitales psiquiátricos en zonas donde faltan todavía servicios, no cabe duda de que no se podrá prescindir en muchos años de los hospitales psiquiátricos existentes. Estos constituyen una parte esencial de los servicios comunitarios. No puede hacerse caso omiso de ellos pero deberán reformarse a fin de no malgastar los recursos disponibles y de evitar que constituyan una amenaza para la institución de servicios más modernos.

## BIBLIOGRAFIA

- Bennett, D. H. "The Day Hospital, Social Psychiatry". N. Petrilowitsch, ed. *Bibl Psychiat Neurol* 142:4-18, Nueva York, 1969.
- Dax, E. C. *Asylum to Community*. Melbourne, Australia: F. W. Cheshire, 1961.
- Freeman, H., y Farndale, J. *Trends in the Mental Health Service*. Oxford, Inglaterra: Pergamon, 1963.
- Freeman, H., y Farndale, J. *New Aspects of the Mental Health Service*. Oxford, Inglaterra: Pergamon, 1967.
- Health and Social Welfare. *The Development of Community Care*. Command, 1973. Londres: H.M.S.O., 1963.
- Hospital Plan for England and Wales. Command 1604. Londres: H.M.S.O., 1962.
- Rehin, G. F., y Martin, F. M. "Psychiatric Services in 1975". *Political and Economic Planning* 29:468, 1963.
- Strauss, A.; Schatzman, L.; Bucher, R.; Ehrlich, D., y Sabshin, M. *Psychiatric Ideologies and Institutions*. Free Press of Glencoe, 1964.
- Wing, J. K., y Brown, G. W. "Social Treatment of Schizophrenia; A Comparative Study of Three Mental Hospitals". *J Ment Sci* 107:847, 1961.

# LA ADMINISTRACION PRACTICA EN LA PLANIFICACION, EL FINANCIAMIENTO Y LA APLICACION DE PROGRAMAS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

Dr. Stanley F. Yolles\*

## Introducción

A fin de comprender la aplicación práctica de las técnicas administrativas destinadas a organizar programas de servicios comunitarios de salud mental en los Estados Unidos de América, es ante todo necesario conocer la manera característica de proceder en mi país.

Esta manera se caracteriza por el pragmatismo, el pluralismo, la determinación de resolver rápidamente los problemas y el hábito de añadir nuevas estructuras a los programas manteniendo, en general, los antiguos moldes.

Los programas de los servicios comunitarios de salud mental responden a esa idea, ya que constituyen más bien un complemento que una sustitución de los programas de salud mental anteriormente establecidos. El programa nacional de salud mental representa una nueva manera de enfocar la prevención, el control y el tratamiento de las enfermedades mentales, pero las estructuras gubernamentales mediante las cuales se lleva a cabo el programa no se han modificado.

Debido a que los Estados Unidos de América tienen un Gobierno Federal, las buenas relaciones de trabajo entre él y los gobiernos de los estados son fundamentales para el éxito de cualquier programa que requiera el uso de fondos públicos. En un afán de establecer y proporcionar servicios de salud mental de elevada calidad a toda la población del país, los gobiernos, federal, estatales y locales, se asocian para colaborar en materia de salud, lo que se ha denominado en alguna ocasión "federalismo creador", con el objeto de permitir al sector público de la economía aunar sus recursos eficazmente en apoyo de esos servicios.

Hasta hace poco, la responsabilidad de facilitar tratamiento para las enfermedades mentales recaía casi exclusivamente sobre los estados, cada uno de los cuales establecía y dirigía un sistema de hospitales psiquiátricos financiados con fondos públicos. Este sistema contrastaba fuertemente con los métodos seguidos tradicionalmente para prestar otros servicios de salud. En la mayoría de los casos el tratamiento de las enfermedades somáticas se hacía en la consulta particular de los médicos y la mayoría de los hospitales y otros servicios de salud se organizaron y financiaron por grupos privados tales como asociaciones religiosas, sindicatos u otros, que se reunían en virtud de acuerdos de asociación o con fines no lucrativos con el propósito específico de tratar a los enfermos.

Esta situación se está modificando radicalmente. La responsabilidad de tratar a las personas mentalmente enfermas ha pasado a ser función de la comunidad local. Las comunidades están incorporando en sus funciones los servicios integrales de salud mental y los servicios generales de salud pública. En los Estados Unidos de América el objetivo que se persigue es establecer una gama de servicios orientados hacia el hombre para satisfacer las necesidades de la población moderna.

Para lograr este objetivo se requiere la participación de los sectores público y privado del país y la administración práctica de los servicios comunitarios de salud mental se ha de examinar y analizar en este contexto. Han surgido muchos problemas nuevos en relación con la planificación, financiamiento y funcionamiento de los centros comunitarios de salud mental. La experiencia administrativa en el establecimiento del programa cuenta menos de seis años, pero ha sido una experiencia intensa en la que todos los participantes han aprendido mucho.

Como a este Grupo de Trabajo le interesa no

\* Director del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América.

el concepto y la teoría sino los métodos prácticos de aplicación de programas, procuraré presentar lo que, a mi juicio, son los aspectos y problemas principales del programa de servicios de salud mental en su totalidad y, luego, expondré algunos de los métodos específicos que se han utilizado para resolver esos problemas, tanto en el programa nacional como en los programas de determinadas comunidades.

Aunque este trabajo se refiere a la experiencia en los Estados Unidos de América, es de esperar que parte de lo que se ha aprendido podrá aplicarse a otras comunidades del Hemisferio. Quizá se pudiera considerar que este documento representa una especie de muestrario del cual se puede tomar lo que más interese.

### **Responsabilidad y apoyo del Gobierno Federal**

Al promulgarse, en 1963, la Ley sobre Centros Comunitarios de Salud Mental, el Congreso confió por primera vez al Instituto Nacional de Salud Mental la responsabilidad de ayudar a los estados, y a través de ellos a las comunidades locales, en el desarrollo de un programa comunitario de servicios de salud mental, situados y dirigidos en las comunidades locales y asequibles a todos sus habitantes.

Con anterioridad, en ningún momento había el Gobierno Federal prestado su apoyo para que las comunidades de cada estado colaborasen en el establecimiento de una red nacional de servicios de salud mental. El propósito de la Ley sobre Centros de Salud Mental era estimular que se diera un tratamiento de elevada calidad a las personas mentalmente enfermas, puesto a la disposición de cuantos lo necesitasen y situado en las comunidades más que en hospitales psiquiátricos aislados.

Correspondía al Instituto Nacional de Salud Mental llevar a la práctica los conceptos de salud mental comunitaria. Es fácil expresar el objetivo, pero para lograrlo fue necesario examinar el programa de apoyo del Instituto en su totalidad. No hubiera sido suficiente concentrar la atención exclusivamente en los servicios.

Para que el Instituto pudiera llevar a cabo investigaciones en salud mental, sin interrumpir sus investigaciones básicas, era necesario obtener apoyo más amplio en aspectos especiales, donde los resultados de la investigación pudieran aplicarse con más rapidez a la prestación de servicios de salud mental. Era necesario ampliar y enriquecer el programa de capacitación del Instituto, no sólo para dar formación a un mayor número de personas sino también para reforzar el adiestramiento en nuevas técnicas y nuevos métodos de utilización del personal disponible. Sin esta coordinación de todos los sectores del programa de apoyo del Instituto, los centros comunitarios de salud mental recién creados se hubieran desarrollado más como fragmentos sueltos que como un programa nacional de servicios de calidad.

Ha sido posible lograr un equilibrio útil y apropiado en lo que respecta al apoyo de investigaciones, adiestramiento y servicios. El Instituto, a través de su acción administrativa, ha vinculado la ciencia y la psiquiatría con el sentido humanista, de modo que en 1969 el programa comunitario de salud mental en los Estados Unidos de América puede servir de base para un programa nacional de servicios dedicados al hombre.

En el Instituto Nacional de Salud Mental se han correlacionado las actividades de investigación; los programas de adiestramiento han experimentado una revolución y los expertos en disciplinas profesionales y científicas que se ocupan de muchos de los problemas más difíciles del ser humano se han reunido en el Instituto para dar su apoyo y asesoramiento a los programas estatales y comunitarios de salud mental. Ahora bien, es preciso comprender que la actividad del Instituto en relación con el programa consiste en facilitar apoyo, no sólo de carácter financiero, mediante subvenciones otorgadas con fondos federales, sino también profesional, a fin de mantener las normas establecidas en virtud de la Ley sobre Centros de Salud Mental y, cuando se solicite, proporcionar asesoramiento. La responsabilidad de la administración y funcionamiento de los programas del servicio incumbe a la comunidad local y

a los patrocinadores de cada centro comunitario de salud mental.

La necesidad de contar con dicho programa se comprenderá si se examina el costo de las enfermedades mentales en los Estados Unidos de América. En un año, su costo se estima en unos 20,000 millones de dólares, es decir, aproximadamente el 3% del producto nacional bruto. La población en general sufraga casi la mitad de esa suma: 9,000 millones de dólares. La magnitud del problema en términos financieros es mensurable; la miseria humana, en cambio, no puede medirse, pero este problema, también debe ser resuelto, y dentro del Gobierno Federal la responsabilidad primordial recae sobre el Instituto.

Es un hecho que sin el apoyo, comprensión y participación de los habitantes en el desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental, la eficacia del programa disminuye considerablemente. Para recabar ese apoyo, el Instituto inició en 1963-1964 un programa nacional de planificación general de la salud mental. El Congreso asignó a tal objeto la cantidad de 8,400,000 dólares, además de los fondos habituales para subvenciones, debiendo cada estado efectuar una aportación paralela. Con estos fondos, los estados pudieron por primera vez evaluar sus recursos en salud mental y proyectar su ampliación, aumento y coordinación. Cada estado de la Unión ha presentado al Instituto un plan estatal para la organización de servicios generales de salud mental.

Desde entonces, el programa de planificación en salud mental ha dado la pauta para la planificación general en salud, pero cuando dicho programa se inició era único en su género en cualquiera de los campos de la salud en los Estados Unidos de América.

En un período de dos años, los grupos de trabajo en planificación de servicios integrales de salud mental consiguieron la participación de más de 50,000 personas de los sectores público y privado en la labor de señalar las necesidades de salud mental y de establecer prioridades para desarrollar estructuras físicas y servicios y capacitar personal. Cada estado organizó sus grupos de estudio y encuesta en la forma que

juzgó conveniente pero, en cada caso, los miembros de los grupos de planificación procedían no sólo de las profesiones vinculadas a la salud mental sino también de otras como la educación, el derecho, las finanzas, el desarrollo de la comunidad, los transportes, la ingeniería, o pertenecían al clero, al poder judicial o eran dirigentes cívicos. La gran mayoría de ellos ofrecieron voluntariamente sus servicios. Los patrocinadores de los distintos centros comunitarios de salud mental utilizan actualmente esas mismas técnicas de planificación, tanto antes como después de iniciar las actividades.

A medida que se avanzaba en la labor de planificación, fue necesario establecer simultáneamente reglamentos para administrar la Ley sobre Centros Comunitarios de Salud Mental. La legislación original autorizaba la asignación de 150 millones de dólares a las comunidades locales, por conducto de los estados, para sufragar los gastos de construcción de los centros comunitarios de salud mental. En 1965, se modificó dicha Ley con el objeto de facilitar fondos para sufragar los costos iniciales de personal de los nuevos centros.

El Instituto Nacional de Salud Mental se encargó principalmente de preparar el reglamento que señalaba la forma en que los solicitantes podían obtener la ayuda del Gobierno Federal. Lo importante era proceder con flexibilidad, de modo que los interesados en obtener subvenciones pudieran reunir sus propios recursos en la forma corriente y habitual en cada comunidad. No obstante, se estableció que las necesidades de los pacientes y clientes de los centros de salud mental recientemente planeados eran de primordial importancia.

Por consiguiente, en beneficio de los pacientes el reglamento exige que cada centro comunitario de salud mental que reciba ayuda federal ha de ofrecer como mínimo cinco servicios esenciales, a saber: servicios de hospitalización, hospitalización parcial, servicios de consulta externa, servicios de emergencia de 24 horas y servicios de consulta y educación, mediante los cuales todos los organismos de la comunidad pueden obtener información y asesoramiento

sobre el enlace conveniente entre sus programas y el del centro de salud mental.

Al establecer esta gama de servicios, los centros comunitarios de salud mental podrían proporcionar tratamiento adecuado, pero en la consecución práctica de este objetivo era necesario tener la seguridad de que los pacientes podrían ser y serían transferidos de un servicio a otro y junto con ellos, sus historias clínicas.

Para obtener una verdadera continuidad en la atención se requerían garantías jurídicas. Esto es relativamente sencillo cuando todos los servicios se proporcionan mediante un organismo administrativo, pero en el caso de la mayoría de los centros comunitarios de salud mental varias entidades administrativas se han aunado para atender a las exigencias del servicio. En consecuencia, según el reglamento es también necesario que todos los servicios participantes establezcan acuerdos jurídicos y obligatorios, de modo que los pacientes tengan libertad para trasladarse a cualquiera de los servicios del programa del centro y puedan ser tratados en cualquiera o en la totalidad de ellos.

Los patrocinadores de cada centro que recibe ayuda federal han logrado concertar dichos acuerdos, aunque para muchos de ellos esto ha constituido una experiencia administrativa totalmente nueva en relación con su independencia administrativa y la definición de responsabilidades derivadas de la colaboración con otros organismos de la comunidad.

Estos requisitos se han mantenido, ya que la necesidad de contar con un sistema completo de tratamiento asequible al paciente va más allá de la conveniencia administrativa, financiera o política de quienes aspiran a obtener subvenciones del Gobierno Federal.

Uno de los principales problemas que debía resolverse era el de encontrar la manera de limitar el tamaño de los nuevos centros de salud mental. Era imperativo tener la seguridad de que los pacientes recibirían atención continua en servicios lo bastante pequeños para que se pudiera mantener una relación personal entre los pacientes y el equipo profesional. Esto se ha logrado mediante un reglamento que dispone que los centros de salud mental atiendan a la

población de lo que se ha llamado una "zona de captación" y la extensión geográfica de esta se determina en función de la densidad de la población. La "zona de captación" para un centro puede comprender de 75,000 a 200,000 habitantes.

Con arreglo a este plan, un centro situado en una ciudad puede atender a la población de una zona pequeña densamente poblada; por el contrario, los centros que prestan servicio en zonas rurales escasamente habitadas pueden tener a su cargo una población esparcida en un radio de más de 160 km. Una de las características más interesantes del nuevo programa ha sido la distinta forma empleada por las comunidades para hacer frente a esa situación. Más adelante me referiré a este aspecto.

Se exigen, además, otras condiciones para poder obtener fondos, pero el establecimiento de la gama necesaria de servicios esenciales y la definición de la zona de servicio han sido fundamentales en la evolución actual del programa. En este breve resumen, he querido señalar las decisiones administrativas adoptadas a nivel del Gobierno Federal para establecer su programa de ayuda en los meses que siguieron a la aprobación de la Ley sobre Centros Comunitarios de Salud Mental.

A fines del año fiscal de 1968, el Instituto Nacional de Salud Mental había concedido fondos a 331 centros comunitarios de salud mental en 48 estados, Puerto Rico y el Distrito de Columbia. De estos, alrededor de 125 están ya en funcionamiento y se espera que unos 200 lo estarán a fines de 1969. La legislación sobre financiamiento de dichos centros se extiende hasta el final del ejercicio fiscal de 1970 y, en virtud del proyecto de presupuesto, será posible financiar un total de 500 centros de salud mental en los primeros seis años del programa.

El optimismo que inspira el futuro inmediato del programa de centros comunitarios de salud mental puede basarse sólidamente en la actuación seguida por la comunidad hasta la fecha.

Como ya he señalado, la Ley sobre Centros Comunitarios de Salud Mental prevé dos programas básicos de ayuda: uno, para contribuir a la construcción de edificios y otro para sufragar los sueldos del personal.

Sobre esta reducida base, las comunidades desde Oregón a Florida y desde California hasta Maine han reunido a sus organismos públicos y privados de salud y bienestar social, hospitales generales, universidades, clínicas de pacientes externos, organizaciones cívicas privadas y otras entidades, en agrupaciones que cooperan en el patrocinio de nuevos centros comunitarios de salud mental.

En un caso, 17 organismos de un condado están afiliados a un centro. En más de las tres cuartas partes del total se trata de empresas de cooperación que comprenden dos o más organismos. En algunos casos, hay más de un hospital general asociado a un centro. Entre los afiliados se encuentran organismos de readaptación profesional, departamentos de bienestar social y hospitales psiquiátricos públicos.

Además de los organismos que conciertan acuerdos como patrocinadores oficiales de los nuevos centros de salud mental hay, en la comunidad, muchas otras instituciones y personas que, con sus recursos y energía, han logrado reunir los fondos necesarios para iniciar estos programas de servicios de salud mental.

Por ejemplo, en el condado de Volusia, en Florida, la Asociación de Salud Mental, de carácter privado, asumió la responsabilidad de organizar la comunidad con el fin de fundar un centro. La campaña para obtener fondos resultó satisfactoria y en el condado funciona ya un nuevo centro comunitario de salud mental. En los primeros días de dicha campaña, los voluntarios de la Asociación obtuvieron el apoyo de la industria principal del condado, así como del clero y congregaciones de todas las denominaciones religiosas, de organizaciones cívicas masculinas y femeninas y de todos los profesionales de salud pública y salud mental de la región. La campaña despertó tal entusiasmo en la comunidad que uno de los habitantes prometió aportar al fondo el producto de un huerto de naranjos de su propiedad, y por su parte, la principal industria puso a disposición de ella los servicios de su departamento de publicidad y relaciones públicas a fin de fomentarla. Los voluntarios organizaron toda clase de actividades para recaudar fondos, desde un desfile de modas hasta veladas teatrales. Los resultados de

este género de participación de la comunidad son superiores a la simple recaudación de fondos por cuanto los habitantes que contribuyeron a la creación del centro prosiguen su colaboración con el fin de que funcione con éxito.

Inicialmente se consideró que la eficaz dotación de personal de los centros comunitarios de salud mental era más un problema profesional que comunitario, pero el entusiasmo de la comunidad ha contagiado a los médicos generales del servicio comunitario de salud mental y los problemas de dotación de personal son motivo de gran preocupación en la comunidad. Las formas de dotación y empleo del personal ofrecen en todo el país una marcada originalidad. Dichas formas son ahora objeto de una evaluación nacional. En el cuadro 1 se presenta una de las formas típicas que se sigue.

La estructura orgánica de los nuevos centros de salud mental es ya conocida, de modo que bastará presentar aquí un breve resumen. Los centros comunitarios de salud mental deben considerarse como programas de salud mental más que como instalaciones de servicios. La estructura física puede estar situada en uno o varios edificios o en donde se facilita uno o más de los servicios que la componen.

Los patrocinadores de un centro pueden actuar en virtud de un acuerdo, como una sociedad o asociación. Las diversas formas de organización se amplían y se perfeccionan más cada mes a medida que los nuevos centros se benefician de la experiencia de los que ya están funcionando. Cada patrocinador tiene la posibilidad de solicitar subvenciones federales para ayudar al financiamiento de la construcción o modificación de edificios y al pago de los sueldos del personal. Todos los demás fondos proceden de fuentes estatales y de la comunidad. Los fondos deben reunirse, primero, para organizar el centro de salud mental pero, además, se ha de establecer un plan de financiamiento a fin de obtener los medios para el funcionamiento continuo de los servicios. Para cada centro, los problemas de financiamiento son fundamentales y en muchos de ellos se dan los primeros pasos para resolverlos.

No obstante, incluso en las primeras etapas,

CUADRO 1—Centros comunitarios de salud mental: normas de empleo.

Promedio de equivalentes a tiempo completo de:	53 CCSM* metropolitanos	7 CCSM universitarios	50 CCSM rurales
Psiquiatras, Directores de Servicios médicos	9.4	9.8	1.8
Psicólogos	5.0	4.7	2.2
Asistentes sociales	14.4	14.9	4.5
Enfermeras diplomadas	12.9	10.7	5.3
Ergoterapeutas	2.0	1.4	.4
Otros terapeutas	1.8	.9	.5
Clero	.0	.0	.2
Otros profesionales	4.6	6.3	1.0
Educación	2.5	1.3	.3
Consultores	.3	.0	.3
Administradores	1.0	.9	.5
Auxiliares de enfermería con adiestramiento	3.2	5.6	2.2
Bibliotecarios de historias clínicas	.1	.0	.1
Secretaria-Recepcionista	4.4	6.1	2.7
Asistentes	12.3	5.9	5.2
Técnicos	1.0	.0	.2
Ordenanzas	3.0	6.8	3.1
Secretaria de sala	1.6	.3	.5
Consejeros de la comunidad	.0	.0	.2
Otros no profesionales	5.0	7.0	1.8
Promedio total	84.5	82.6	33.0

\*Centros Comunitarios de Salud Mental.

los procedimientos administrativos de identificación y solución de los problemas que se presentan en el curso del programa se basan en principios firmes. Para que la administración práctica sea eficaz, no debe preocuparse tan sólo de sí misma sino que debe estar al servicio de los objetivos del programa. En otras palabras, la finalidad de los servicios comunitarios de salud mental es ayudar a la población; por consiguiente, la administración debe ser flexible, innovadora y, al mismo tiempo, precisa. Nuevos conceptos de servicio requieren nuevas ideas administrativas y el tema de nuestras deliberaciones es el progreso alcanzado en la aplicación de ellas.

#### Fuentes y procedimientos de financiamiento

En los Estados Unidos de América el "dólar destinado a la salud" suscita una gran competencia. Para los programas de servicios comunitarios de salud mental se pueden obtener fondos—además de la semilla de las aportaciones federales—de los estados, gobiernos municipales y condados, de los honorarios que abonan los pacientes y del seguro.

Los centros de salud mental que funcionan actualmente afrontan el difícil problema de que, en virtud de la ley, se pueden obtener fondos federales para ayudar al pago de los sueldos del personal durante 51 meses, con arreglo a una escala decreciente que varía del 75% del presupuesto total en el primer año al 35% en los meses últimos. Lo que ocurra después de los 51 meses depende de la calidad de los planes financieros aplicados en el primer año de actividades.

Por motivos prácticos, las asignaciones estatales son de suma importancia para los centros. En 33 estados se han adoptado leyes sobre servicios comunitarios de salud mental y los centros de salud mental pueden obtener fondos en virtud de dichas leyes mediante sistemas establecidos para atender las necesidades, por orden de prioridad. Algunos estados permiten ahora a los condados establecer impuestos para contribuir al pago de sus propios servicios de salud mental. Por ejemplo, el Estado de Misisipí aplica un gravamen moderado sobre la propiedad. Pero en la mayoría de los casos, los fondos estatales no bastan para financiar en su totalidad los costos de funcionamiento. Por consi-

guiente, los centros de salud mental buscan ingresos adicionales y los medios más económicos de financiar los servicios. En vista de que se debe proporcionar atención no importe cuál sea la capacidad económica del paciente, los honorarios a su cargo en razón de los servicios prestados se calculan según una escala móvil. Algunos centros funcionan satisfactoriamente siguiendo una escala de honorarios adaptada al ingreso familiar de cada persona y el número de personas de que se compone la familia.

Ahora bien, el futuro del financiamiento de los centros de salud mental está ligado en gran parte al desarrollo de planes de seguro que cubran los servicios de salud mental que se ofrecen tanto dentro como fuera del hospital. Con arreglo al Título 18 de "Medicare", el seguro público cubre parte del costo de la atención psiquiátrica para las personas mayores de 65 años de edad. En virtud del Título 19 de la misma Ley—conocido con el nombre de "Medicaid"—las personas de todas las edades definidas como indigentes, desde el punto de vista médico, pueden obtener alguna ayuda. No obstante, es de toda urgencia aumentar la cobertura del seguro suscrito por compañías de seguros comerciales, de los planes de pago por anticipado, como la "Blue Cross" y la "Blue Shield" y de los financiados por los sindicatos y la industria.

Los sindicatos están negociando cada vez más con las empresas industriales para incluir la atención psiquiátrica entre las prestaciones de salud que forman parte de los contratos de trabajo. Además, los sindicatos, mediante sus fondos para salud y bienestar, están desarrollando su propia capacidad para contratar servicios de salud mental para sus afiliados; establecer sus propios servicios de salud, y patrocinar centros comunitarios de salud mental o concertar acuerdos contractuales con los que ya existen.

La protección de la salud mental mediante sistemas de seguro, como la que tradicionalmente se concede a otros campos de la salud es, sin duda alguna, uno de los problemas con que tropieza el financiamiento de la atención de salud mental.

Hay otro procedimiento de financiamiento

con el que algunas comunidades han tenido éxito, pero que necesita ser muy ampliado. Como señalé antes, para que los programas de servicios comunitarios de salud mental sean satisfactorios es preciso que los habitantes de la comunidad se interesen y participen en ellos.

Un gran número de centros han obtenido fondos para poder establecer y organizar sus programas mediante campañas de recolección de fondos en la comunidad, que han despertado la atención y el entusiasmo de la población. Corresponde en seguida buscar la manera de interesar a esta para que contribuya a financiar los costos de funcionamiento de los centros de salud mental mediante contribuciones voluntarias, así como contribuye a la Cruz Roja, "United Community Funds" y otras organizaciones locales.

En todo caso, el programa de servicios comunitarios de salud mental ha llegado a una etapa en la cual es preciso lograr la organización eficaz de la comunidad para ayudar a identificar todas las posibles fuentes de ayuda comunitaria.

### Problemas comunes

Sería imposible examinar a fondo en esta reunión todos los problemas de los centros comunitarios de salud mental. Algunos se plantean en todas las comunidades o son típicos de muchas de ellas. Uno de estos es de carácter muy práctico: "¿Cómo puede una comunidad convencer a las autoridades de la ciudad o del condado y a los legisladores del estado de que los fondos destinados a los servicios de salud mental deben invertirse en la comunidad más que en los hospitales psiquiátricos?"

Hasta la fecha, el procedimiento más satisfactorio que se ha empleado puede resumirse en la frase "véalo con sus propios ojos". Grupos de habitantes de una comunidad invitan a los legisladores a visitar un centro comunitario de salud mental en funcionamiento y un hospital psiquiátrico, de modo que puedan comparar sus servicios respectivos. Hay muchas otras maneras en que los habitantes de una comunidad pueden demostrar a un legislador que sus constituyentes necesitan esos servicios. Por ejemplo, en el Estado de Utah los voluntarios que partici-

paban en una campaña para que se adoptara una ley sobre servicios comunitarios de salud mental ofrecieron una serie de almuerzos semanales durante el período de sesiones de los cuerpos legislativos en los cuales los legisladores fueron huéspedes de honor y tuvieron la oportunidad de enterarse de los "hechos y cifras" que demostraban la necesidad de que se aprobara dicha ley.

Estas actividades parecen ser insignificantes y obra de aficionados, pero no hay que olvidar que la idea de los centros comunitarios de salud mental se originó en la comunidad. La preocupación de obtener un tratamiento adecuado para las personas que padecen enfermedades mentales es en extremo personal y la legislación federal, en la que se establecen las bases de un programa nacional de salud mental, fue resultado directo de la demanda del público en favor de que se reformara el sistema de hospitales psiquiátricos públicos. Por consiguiente, puede suponerse que la evolución del nuevo programa dependerá del grado en que el público continúe solicitando que se asignen fondos para los servicios de salud mental como se adjudican corrientemente para la protección contra incendios o para agua potable o saneamiento.

### Interés profesional

Desde el punto de vista de la administración práctica, uno de los factores claves para la pronta organización de servicios comunitarios de salud mental ha sido la función que ha desempeñado el hospital general como proveedor de servicios de internación en centros de salud mental.

Hace apenas seis años, los administradores de los hospitales generales estaban por lo menos divididos acerca de la conveniencia de incluir la atención psiquiátrica entre sus servicios y muchos se oponían a esta idea. El cambio singular que se ha producido a este respecto se debe en parte a la Ley sobre Centros de Salud Mental en la que se asignó prioridad específica, en la concesión de subvenciones federales, a los solicitantes que incluyeran un hospital general entre los patrocinadores del centro.

Algunos hospitales generales estuvieron dis-

puestos a ensayarlo, como parte del nuevo programa, debido a que los fondos de subvenciones les proporcionaban medios para construcción. Además, un número suficiente de hospitales generales había logrado administrar con éxito servicios psiquiátricos. Por consiguiente, se había demostrado que la psiquiatría en los hospitales generales era factible, de modo que los administradores de hospital empezaron a aceptar la idea en sus propios servicios.

En la administración hospitalaria se produjeron también otros cambios para poder proporcionar una gama completa de atención física y psiquiátrica sobre una base administrativa sólida. Ha aumentado el número de hospitales generales que contratan personal médico a tiempo completo, o por lo menos jefes de servicio a tiempo completo. Siguiendo la pauta establecida por los patólogos y su personal de laboratorio, los hospitales generales empiezan a contratar directores de enseñanza médica a tiempo completo.

Al mismo tiempo otros componentes del servicio han sentado un precedente en lo que respecta al personal, que se adopta ahora en el servicio de hospitalización. Muchos médicos que ejercen en los hospitales aceptan con renuencia que personas que no sean médicos circulen por las salas donde ellos trabajan. Pero los profesionales de salud mental en los centros comunitarios de salud mental están demostrando que pueden trabajar en colaboración como un equipo de profesionales iguales y algunos administradores de hospital han respondido a este hecho en sus propios servicios. Una clase de administración hospitalaria eficaz combina tanto el enfoque oficial como el carente de formalismo. El administrador establece una organización oficial para su junta y su personal médico, al mismo tiempo que dirige un programa sin cortapisas oficiales en el cual cada participante se considera como parte de un grupo de profesionales.

A pesar de estos adelantos, es difícil demoler la tradición de que la medicina física y la medicina psiquiátrica deben practicarse bajo techos separados. Esto es así, aunque hay ya bastantes hospitales generales que mantienen

servicios combinados para demostrar el mérito de esos programas al facilitar atención de salud integral.

En algunos casos, los hospitales generales han accedido a facilitar servicios de internación como parte de un centro comunitario de salud mental cuando se ha podido demostrar que el hospital y los servicios de clínica externa tienen un interés común. Por ejemplo, el Centro de Estudio de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental en Adelphi, Maryland, obtuvo la cooperación de un hospital general del condado de "Prince Georges" cuando el personal de ambas instituciones se enteró de que podían ayudarse mutuamente para prestar servicios a los alcohólicos. Los acuerdos basados en "problemas comunes" análogos han contribuido a que los administradores de hospitales generales aprueben la estructura de los servicios del centro comunitario de salud mental.

Por lo tanto, ya se ha definido y demostrado la función que desempeña el hospital general como parte del conjunto de servicios de salud mental; ahora ha de llegar a su participación máxima. De paso diremos que este problema no se limita a los Estados Unidos de América.

En 1967, la URSS invitó a la Primera Misión de Salud Mental de los Estados Unidos de América para que visitara el país y observara su sistema de servicios de salud mental. Cada uno de nosotros en la Delegación de los Estados Unidos de América teníamos la impresión de que Rusia había sido el primer país en tratar la enfermedad mental en los hospitales generales. Por consiguiente, nos interesaba conocer los resultados. Lo que comprobamos efectivamente fue que los psiquiatras rusos aceptaban la idea verbalmente, pero que, en realidad, los hospitales generales admitían con renuencia a los pacientes psiquiátricos y los trataban sólo durante el tiempo suficiente para diagnosticar su enfermedad, transfiriéndolos luego a un hospital psiquiátrico. Los sistemas rusos de cuidado general de la salud y de atención psiquiátrica son paralelos, pero están separados. El envío de pacientes al especialista y la consulta entre los dos elementos integrantes del sistema son generalmente muy eficaces, pero su

integración en un sistema de atención integral bajo una misma administración no parece ser probable.

A ese respecto, se ha avanzado en los Estados Unidos de América, y este progreso ha sido uno de los factores que ha acelerado la modificación de las funciones de las disciplinas profesionales. En los centros de salud mental los psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras trabajan conjuntamente en equipo con personal subprofesional. Facilitan servicios preventivos y terapéuticos en salud mental, pero su experiencia influye en otros profesionales de la especialidad que trabajan en otras salas. Se puede afirmar sin temor a equivocarse que la práctica profesional moderna en los centros comunitarios de salud mental está modificando toda la jerarquía médica, tanto en lo que se refiere a la práctica de la medicina como al alcance, contenido y objetivos de las instituciones docentes.

La administración práctica está ya aplicándose y modificando el plan de estudios de las escuelas de medicina, escuelas de servicio social, de enfermería y de las ciencias de la conducta. En la escuela secundaria y en los colegios universitarios se forman nuevas categorías de ayudantes y subprofesionales de salud mental; se capacita también en psiquiatría a médicos generales mediante cursillos, a fin de que puedan identificar y tratar los trastornos mentales y afectivos menos graves.

La función del médico no psiquiatra en el centro de salud mental plantea problemas que han sido abordados y resueltos en algunos programas, pero que todavía deben ser objeto de una solución general.

Entre los objetivos del programa de servicio figura el de permitir que el médico de familia continúe ocupándose de algunas fases del tratamiento del paciente, bajo supervisión del psiquiatra, después de su admisión en el centro de salud mental. Dicho plan contribuye a asegurar la continuidad de la atención una vez que el enfermo ha sido dado de alta del centro. Si el médico de familia conoce el tratamiento dado al paciente, estará en mejores condiciones de ayudarlo en su rehabilitación y de percibir cualquier síntoma de recaída. En la actualidad, los procedimientos relativos al personal

de los centros de salud mental se caracterizan por su innovación y experimentación y la composición del personal varía de un centro a otro.

Los problemas de contratación de personal, desde el punto de vista nacional, no han sido insuperables. La contratación de personal suscita la competencia, ya que el personal de salud mental escasea todavía y, por consiguiente, los sueldos deben ser comparables a los ingresos que percibe el personal en otros establecimientos de tratamiento. La contratación de personal en las zonas metropolitanas ha permitido obtener personal de elevada calidad; en las zonas rurales, los problemas se agravan, pero a fin de resolverlos los centros rurales de salud mental han iniciado nuevos sistemas de utilización del personal que atiende a poblaciones dispersas.

Durante los primeros meses del programa de centros comunitarios de salud mental, los profesionales analizaron el concepto del "modelo médico" de la organización de centros y la clase de servicios que proporcionarían. Con el transcurso del tiempo, este debate se resuelve mediante la administración práctica para hacer frente a situaciones pragmáticas.

Todos los centros han aprendido que su función implica una doble responsabilidad. El personal trata a los pacientes aquejados de enfermedades mentales y todas las modalidades del tratamiento son supervisadas por un psiquiatra. Además, los centros comunitarios de salud mental, a medida que son aceptados en la comunidad a la que prestan servicio, desempeñan una función cada vez más amplia en proyectos de la comunidad, y de organización y acción en su seno. Estas actividades requieren un aprovechamiento más amplio del personal y el establecimiento de nuevos cargos y funciones.

El problema de la dirección profesional de los centros de salud mental se ha planteado en repetidas ocasiones en los consejos profesionales. En el reglamento federal que establece quienes tendrán derecho a solicitar fondos, se dispone que un psiquiatra competente estará a cargo del programa clínico y que la responsa-

bilidad médica de cada paciente recaerá sobre el médico. En ninguna disposición del reglamento se sugiere que la dirección administrativa corresponderá exclusivamente a los psiquiatras.

No se ha tenido el propósito de discriminar contra ningún grupo de profesionales de salud mental en la realización de todas sus posibilidades dentro del ámbito de su reconocida competencia. Concretamente, la dirección general del programa de un centro comunitario de salud mental puede recaer sobre cualquiera de las profesiones principales de salud mental, incluso los administradores de servicios de salud. En la práctica, aunque los psiquiatras dirigen la mayoría de los centros, otros están a cargo de psicólogos, asistentes sociales, enfermeras psiquiátricas y administradores.

#### **La salud mental en el medio rural**

Como ya he señalado, los centros de salud mental de las zonas rurales han resuelto algunos problemas de personal y otras situaciones que no podían haberse previsto al iniciarse el programa. El ingenio con que se ha procedido se refleja en los ejemplos que brindan las diversas maneras en que cooperan el personal de los centros y la población de pequeñas comunidades separadas por kilómetros de terrenos escasamente poblados, a fin de facilitar servicios de salud mental modernos a poblaciones que antes jamás disfrutaron de ellos.

No obstante, se ha comprobado ahora que en relación con algunas zonas rurales habrá que adoptar disposiciones especiales que permitan obtener fondos para pagar los sueldos del personal, durante un plazo mayor que el originalmente previsto. En la actualidad, está en estudio un proyecto de ley que autorizaría un período de ayuda más prolongado y una proporción mayor de fondos federales paralelos para dotar inicialmente de personal a los nuevos servicios. Esta disposición beneficiará a aquellos centros comunitarios de salud mental que prestan servicio en las llamadas zonas urbanas o rurales pobres. Muchas zonas rurales podrían optar a esos fondos, ya que el grado de pobreza que presentan es mayor que el que se reconoció al iniciarse el programa. Incluso en las condi-

ciones actuales, el programa de servicios rurales de salud mental está tomando un impulso cada vez mayor.

Con el fin de obtener el apoyo de la comunidad para la organización de centros comunitarios de salud mental, un grupo de habitantes de Montana oriental, por ejemplo, invitó a la legislatura a que visitase su región y, a consecuencia de ello, se aprobó la legislación necesaria para facilitar la ayuda estatal.

En Grand Forks, Dakota del Norte, durante la campaña organizada en la comunidad, los sacerdotes de la zona hablaron un día domingo de los servicios comunitarios de salud mental. Los habitantes de la región atribuyen el éxito de la campaña a la participación del clero.

En Charlotte, Carolina del Norte, un grupo de padres, preocupados por el aumento de los robos de automóviles y otros actos de delincuencia de menores, se reunieron para tratar de resolver sus problemas. Esta preocupación inicial por sus problemas inmediatos se extendió a la comunidad y como resultado de ella, se organizó un centro de salud mental.

Una vez organizados, los centros rurales de salud mental distribuyen su personal de manera que puedan ofrecer el mejor servicio posible.

La Clínica de Salud Mental de High Plains en Hays, Kansas, atiende a 142,555 habitantes distribuidos en 20 condados. La densidad de población es inferior a 9 personas por milla cuadrada, en comparación con la densidad del estado que es de 26.6 por milla cuadrada. Dentro de la zona, hay 22 comunidades incorporadas con una población de 1,000 habitantes o más. El promedio de edad de la población es de 31.8 años y la gran mayoría pertenece a dos grupos de ingresos: el 29.5% percibe hasta 2,499 dólares por año y el 29% de 4,000 a 6,000 dólares.

Los honorarios a pagar se establecen a base de los ingresos y disminuyen también en relación con la distancia que la persona debe recorrer para acudir al centro.

Actualmente, el centro de salud mental de Hays, en Kansas, solicita una subvención para sufragar los gastos de construcción de un nuevo edificio adyacente al hospital que cuenta con

servicios de internación. El Instituto Nacional de Salud Mental proporciona servicios consultivos en arquitectura a los centros que solicitan fondos; en este caso, el edificio propuesto se construirá en tal forma que cuando se obtengan fondos para construir un edificio permanente, la estructura proyectada podrá dividirse y trasladarse a dos lugares de la "zona de captación", para que sirva de clínica satélite y de oficina para el servicio central.

Este centro tiene también en ensayo procedimientos relativos al personal. Los médicos que supervisan profesionalmente a un paciente pueden continuar dicha supervisión mientras el paciente se encuentre hospitalizado en el servicio de internación del centro comunitario de salud mental. Los médicos locales reciben informes sobre sus pacientes al ser estos dados de alta del centro.

En otras zonas rurales, el personal del centro de salud mental recaba la cooperación de los médicos generales de la zona, capacitándolos para actuar como profesionales de primera línea en el diagnóstico y tratamiento de las primeras manifestaciones de la enfermedad mental.

El centro de salud mental de Sheridan, en Wyoming, abarca cinco condados. El administrador de este centro ha asignado un profesional a cada una de las capitales del condado. Este profesional proporciona servicios básicos de salud mental y el psiquiatra del centro hace visitas periódicas en un determinado circuito que le permiten ver a los pacientes.

En Window Rock, Arizona, los psiquiatras y curanderos indios han recibido una subvención por intermedio de la División de Capacitación Experimental del Instituto Nacional de Salud Mental y participan mutuamente en un programa de formación de personal de salud mental en la Escuela "Rough Rock".

En estas innovaciones administrativas específicas y en muchas otras se destacan varios hechos y actividades de importancia fundamental. Para tener éxito, los servicios comunitarios de salud mental de las zonas rurales deben adaptarse al pluralismo en la administración. No se deben mantener separados los recursos disponibles, ya que muchas zonas rurales no pueden

financiar administraciones distintas para programas de alcance limitado.

Actualmente se practica en los Estados Unidos de América la planificación de los recursos en salud para regiones determinadas y los servicios rurales de salud mental adoptan esos procedimientos. En algunos casos, la "zona de captación" rural se extiende más allá de las fronteras estatales, lo que hace entonces posible la planificación y ejecución de las operaciones con criterio regional.

Siete estados de Nueva Inglaterra realizan conjuntamente un programa para obtener y difundir estadísticas de salud mental. Este es otro ejemplo del mejor aprovechamiento de los recursos humanos, ya que las estadísticas se presentan en formularios estandarizados y son almacenadas en una computadora.

A pesar de todo su entusiasmo, las poblaciones rurales en muchas regiones de los Estados Unidos de América disponen de recursos limitados. Los medios de transporte públicos son deficientes y en algunas zonas no existen. Vastas regiones carecen de teléfonos. La manera de financiar las actividades de los centros comunitarios de salud mental de las zonas rurales preocupa a la población. El Gobierno Federal no sufraga los costos de funcionamiento de dichos centros, y estos son mayores en las zonas rurales. Los problemas de transporte y comunicación están vinculados a los problemas de contratación de personal.

Este sólo puede contratarse a través del empleo de los medios de publicidad nacional y las zonas rurales deben encontrar los recursos necesarios para pagar sueldos competitivos. Por consiguiente, hasta ahora ha sido mayor el deseo que la posibilidad de contratar personal para los centros rurales, pero la utilización del personal disponible ha sido admirablemente eficaz para facilitar nuevos servicios a la población.

### **Actividades metropolitanas**

Como era de esperar, los primeros centros comunitarios de salud mental que aunaron sus recursos se organizaron en las ciudades, donde ya se disponía de algunos servicios de salud

mental. El alcance de esta primera fase de actividad se ha ampliado. Los habitantes, cualquiera que sea la categoría de ingresos a que pertenecen, disponen de servicios comunitarios de salud mental, pero en los "ghettos" de algunas ciudades la población padece las consecuencias de la pobreza crónica y debilitadora y el intento de establecer centros comunitarios de salud mental en esas poblaciones requiere condiciones especiales que se producen como parte de una mayor preocupación por la crisis urbana.

Esta preocupación, por parte del Gobierno Federal, dio lugar al establecimiento de la Oficina de Oportunidades Económicas (OEO) que se dedicó en 1964 a realizar programas para combatir la pobreza. Sus primeras actividades se llevaron a cabo en forma aislada.

En noviembre de 1966, al aprobarse la Ley sobre Ciudades Modelo, el Presidente dispuso que la Secretaría de Vivienda y Urbanización del Gobierno Federal actuara como organismo de enlace de las Secretarías del Trabajo, OEO, Salud, Educación y Bienestar, Agricultura, Comercio y Justicia. Se asignaron a la Secretaría de Agricultura programas análogos para las zonas rurales.

A fin de llevar a cabo el programa, se seleccionaron como "ciudades modelo" 75 zonas urbanas con poblaciones de 7,000 a 150,000 habitantes que residían dentro de los límites geográficos de grandes ciudades. Se pidió al Instituto Nacional de Salud Mental que identificara los programas a través de los cuales podría prestar ayuda a los servicios. En su respuesta, el Instituto identificó las necesidades de salud mental de las zonas y se ha comprometido a destinar y reservar como mínimo 7,500,000 dólares que serán invertidos en proyectos de ciudades modelo. El Instituto espera disponer de unos 16,000,000 de dólares para esta finalidad en el año fiscal de 1970 sin aumento relativo del presupuesto.

En esa zona de "ciudad modelo" vive una población inquieta, en situación de desventaja, poco educada y alienada. El personal del Instituto ha estimado que lo que se necesita con urgencia es indicarle a la población que vive en

ellas lo que pueden pedir y recibir en lo que respecta a prestación de servicios de salud mental. Dicha población necesita educación y motivación para que puedan obtener y mantener empleos y hogares, establecer una mejor forma de vida familiar y permanecer en la escuela. El personal de salud mental define la entidad local y política, así como sus características, y contribuye a fortalecer la organización de grupos siguiendo un modelo de vecindario. Algunos centros de salud mental utilizan fondos federales destinados al personal para capacitar a los habitantes como subprofesionales a fin de que trabajen en los centros.

Las relaciones entre profesionales de salud mental y los habitantes de "ciudades modelo" son tan nuevas que la inestabilidad y resentimiento de la población crea a veces fricciones y rebeldías. La tarea principal que corresponde al personal de salud mental consiste en conseguir la activa participación de los habitantes de la comunidad en todos los niveles del programa, al mismo tiempo que proporciona servicios de elevada calidad. Desde su propio punto de vista, los habitantes ven con desagrado la presencia de extraños; con el mínimo de adiestramiento, a veces quieren reemplazar a los profesionales y dirigir ellos mismos el programa de servicio. Pero a pesar de todas las rebeldías, las poblaciones de los "ghettos" están empezando a controlar su propio destino mediante proyectos de ciudades modelo, de los cuales los servicios de salud mental constituyen una proporción cada vez mayor.

En todas las comunidades donde se organizan nuevos centros comunitarios de salud mental, ya sea en los "ghettos", suburbios prósperos, o zonas rurales, es evidente que no se facilitarán "servicios apropiados" a menos que la población que los utilice reconozca que son realmente adecuados para subvenir a sus necesidades.

A fin de tener la seguridad de que la población de las comunidades dé a conocer su opinión en los servicios de planificación, los comités de examen del Instituto Nacional de Salud Mental, encargados de estudiar las solicitudes de ayuda federal, comprenden represen-

tantes locales así como profesionales de salud mental.

Además de participar en los servicios de planificación, se informa también a la población acerca del significado de los servicios comunitarios de salud mental; cómo pueden obtenerlos y, lo que es igualmente importante, cómo pueden capacitarse para trabajar en los nuevos centros, ya sea como personal adscrito a ellos o como voluntarios. El objetivo en cada comunidad es estimular cierto orgullo y el sentido de que todos los habitantes de su radio de servicio son "propietarios" de los servicios de salud mental.

### Problemas estatales

Al evolucionar los métodos mediante los cuales se proporcionan servicios de salud y bienestar a la población de los Estados Unidos de América, se han puesto de manifiesto algunos de los problemas comunes a cada uno de los 50 estados del sistema federal.

De suma importancia es el hecho de que la capacidad impositiva del Gobierno Federal excede largamente la de los estados, de modo que los presupuestos estatales no pueden, por ejemplo, subvenir a las necesidades de salud mental de sus poblaciones.

En segundo lugar, los sistemas estatales de servicios de salud mental se organizaron originalmente con el fin de financiar y mantener un determinado número de hospitales psiquiátricos. Es verdad que 33 estados han adoptado actualmente leyes sobre servicios comunitarios de salud mental, mediante las cuales las comunidades pueden obtener fondos adicionales; pero la burocracia tradicional atrincherada en los sistemas estatales no es lo suficientemente flexible para responder a la creciente y cambiante demanda pública de servicios.

Esta situación prevalece también en muchos sistemas estatales de personal, en los cuales en su conjunto el personal de salud mental se rige por reglamentos aplicables al sistema de personal. Esto crea dificultades cuando el estado desea beneficiarse de nuevas actividades, como el adiestramiento y contratación de personal subprofesional de salud mental dentro de los

sistemas. Los estados, como otras entidades, encuentran también dificultades para contratar personal idóneo en el mercado nacional abierto a la competencia.

Se plantean también problemas geográficos y de fronteras. Por ejemplo, en Alaska hay núcleos de población dispersos dentro de la vastedad de su extensión; en Hawai hay islas geográficas y de población separadas por el Océano Pacífico. Desde el punto de vista de los servicios de salud mental, es más fácil resolver los problemas fronterizos que los de geografía. Tal como señalé en relación con los servicios de salud mental en las zonas rurales, los estados contiguos suscriben ahora acuerdos regionales e interestatales y adoptan en diversa forma una serie de medidas para compartir el financiamiento y la responsabilidad de los servicios de salud mental de las comunidades que tienen características comunes pero distinta identidad estatal y ligamen político.

A medida que aumenta la migración a las ciudades, el poder de los gobiernos urbanos crece y entra en conflicto con los círculos influyentes estatales, a menudo en sus relaciones con las fuentes de ayuda federal.

En el contexto del programa de centros comunitarios de salud mental, todos los estados podrían utilizar más fondos federales que los disponibles para atender a las solicitudes de nuevos centros comunitarios de salud mental. Por consiguiente, la competencia entre los centros que solicitan fondos dentro de los estados ejerce una presión adicional sobre las autoridades estatales de salud mental y los grupos estatales de planificación en salud mental.

En lo esencial, los servicios de salud mental dentro de los estados mejoran considerablemente, incluso bajo condiciones corrientes. A través de procedimientos generales de planificación en salud, se ha avanzado en el intento de correlacionar los programas de servicio y los procedimientos de financiamiento.

En otra legislación federal reciente se prevén medios de ayuda para servicios que sean necesarios. La Ley de Rehabilitación de Toxicómanos, de 1966, sustituye el castigo por el

tratamiento como política nacional y bajo la administración del Instituto Nacional de Salud Mental autoriza la ayuda federal dentro de los estados para el mejor tratamiento de los toxicómanos.

La Ley sobre Centros Comunitarios de Salud Mental se ha modificado también a fin de proporcionar a los servicios ayuda adicional con el objeto de que inicien y mantengan servicios para toxicómanos, alcohólicos y sus familias. Pero a medida que los servicios continúan mejorando y ampliándose, el problema más grave que afrontan todos los estados en sus esfuerzos por proporcionar servicios de salud mental es el de que en ningún estado existen servicios de salud mental adecuados para niños y adolescentes, desde establecimientos de residencia a programas de orientación escolar. A este aspecto, en el campo de la salud mental, se le ha de dar la más alta prioridad si aquellos a quienes corresponde la responsabilidad de prestar servicios han de asumirla con respecto a la población joven del país.

#### **Hospitales psiquiátricos y servicios comunitarios estatales**

En 1955, la población de pacientes internados en hospitales psiquiátricos estatales de los Estados Unidos de América alcanzó una cifra máxima ligeramente superior a medio millón de pacientes. Si bien hay todavía en el país 302 hospitales psiquiátricos públicos, el número de pacientes internados ha disminuido cada año. A fines de 1968, la cifra se había reducido a 401,000 y, según cálculos del Instituto Nacional de Salud Mental, disminuirá a 186,000 en 1973.

Gran parte de esta disminución puede atribuirse a la eficacia de la quimioterapia, pero hay además otras razones. Cuando se organizó el programa de servicios comunitarios de salud mental, se inició en el Instituto Nacional de Salud Mental un programa de subvenciones con el fin de apoyar el tratamiento mejorado que ofrecían los hospitales psiquiátricos durante el período de transición anterior a la aplicación de los programas comunitarios.

Por medio del programa de mejoramiento de

los hospitales, el Instituto Nacional de Salud Mental ha concedido 183 subvenciones que representan en total más de 41 millones de dólares. De los 121,411 pacientes que han recibido tratamiento mejorado mediante proyectos de demostración, 70,000 han sido dados de alta de los hospitales subvencionados.

La disminución en el número de pacientes hospitalizados se debe también a la labor de los centros comunitarios de salud mental actualmente en funciones. Por ejemplo, en Kentucky, donde en 1969 casi el 92% de la población del estado vivía en zonas atendidas por los nuevos centros comunitarios de salud mental, el número de pacientes hospitalizados disminuyó en 8% en un año, más que en cualquiera de los períodos de un año precedentes. Al mismo tiempo, el número de pacientes en los centros comunitarios de salud mental de Kentucky aumentó de 2,681 a 3,580. En otros estados del país donde funcionan nuevos centros comunitarios se advierte un cambio comparable en las formas de tratamiento.

Se puede demostrar que, con planificación y dirección adecuadas al nivel estatal, los hospitales psiquiátricos públicos y los programas de servicios comunitarios de salud mental desarrollan procedimientos conjuntos en beneficio del público. No obstante, hay tres problemas principales que impiden a los hospitales psiquiátricos públicos incorporarse rápidamente al programa moderno de servicios de salud mental.

El primero es el provincialismo tradicional que se originó cuando los hospitales psiquiátricos se organizaron por primera vez hace más de un siglo. Si bien al principio estas instituciones se fundaron con la idea de proteger al paciente, el resultado real es producirle al ser admitido en el hospital psiquiátrico, un síndrome psicopatológico que comienza cuando lo desnudan y confinan a una cama y termina con un proceso de adaptación a la vida del hospital, que es la antítesis de los conceptos comunitarios de salud mental. Dichos programas contribuyen a la cronicidad y estimulan el recidivismo, especialmente cuando los hospitales no desarrollan programas de atención ulterior junto con los programas comunitarios de salud mental.

El segundo obstáculo para la integración del hospital con otros programas de servicio reside en intereses creados desde largo tiempo. Son estos intereses financieros, representados por la planta física así como los empleos y sueldos del personal. A veces, la ubicación del hospital y su fuerza de trabajo es importante para la economía de la región circundante donde la población se opone al cambio del *statu quo*.

El tercer obstáculo reside en la cantidad y calidad de personal disponible en los hospitales psiquiátricos de algunas zonas donde la capacidad económica para competir con otras zonas del país es insuficiente para atraer personal adecuado.

Cada una de estas circunstancias crea formas distintas de resistencia al cambio, pero en un número cada vez mayor de hospitales la tendencia a participar en programas modernos preventivos y terapéuticos adquiere proporciones espectaculares.

En Carolina del Norte, el Comisionado de Salud Mental está organizando una red nacional de hospitales relacionados con programas comunitarios. En Pueblo, Colorado, se han organizado sectores de hospitales psiquiátricos con el fin de facilitar hospitalización de apoyo durante 24 horas a pacientes de "zonas de captación" que cuentan con centros de salud mental propios. En el Hospital Estatal de Pensilvania, en Filadelfia, funciona un sistema análogo.

En el Estado de Idaho, donde grandes distancias separan los hospitales de las comunidades pequeñas, el Hospital Estatal de Idaho, en North, ha establecido una clínica satélite en la lejana comunidad de Coeur d'Elaine con el fin principal de estabilizar la medicación de los pacientes dados de alta o de los pacientes con permiso. En el primer año de este programa, se redujo en el 90% el número de pacientes de esa zona que habían sido hospitalizados de nuevo; la población de la zona procura actualmente organizar un centro comunitario de salud mental.

El éxito del programa de subvenciones para mejorar los hospitales es un ejemplo concreto de la importancia de utilizar fondos federales para llenar algunas de las lagunas de los servicios

estatales. Sin embargo, como se trata de proyectos de demostración, no se dispone de fondos sobre una base permanente y, por consiguiente, los estados deben continuar estableciendo métodos de financiamiento práctico y a largo plazo para que los hospitales psiquiátricos antiguos satisfagan los propósitos presentes y futuros para atender a las necesidades de la población.

### **Aspectos jurídicos del programa**

Los problemas jurídicos relativos a la prestación de servicios comunitarios de salud mental pueden dividirse en dos grandes categorías.

Los pacientes que buscan ayuda presentan una gran variedad de problemas tanto jurídicos como de carácter médico, social y económico y se ha de considerar la manera de proporcionarles asesoramiento jurídico adecuado como parte de la responsabilidad de planificación del centro comunitario de salud mental, dentro de los servicios a prestar por el centro.

Además de los problemas jurídicos de los pacientes, los patrocinadores de los centros de salud mental deben preocuparse de cumplir con ciertos requisitos legales a fin de poder optar a las subvenciones federales. Si el solicitante es el único proveedor de servicios la tarea es relativamente sencilla. No obstante, en más del 70% de los centros financiados hasta la fecha, los servicios comunitarios de salud mental no los proporciona una organización autónoma en un solo edificio.

En cada una de esas organizaciones, la entidad de servicio es un conjunto o una ampliación de diferentes instituciones y organismos dispersos en la comunidad, cada uno de ellos establecido en un inmueble distinto, constituyendo una entidad jurídica aparte e independiente. La relación que vincula esas organizaciones como centro de salud mental es la de afiliación y el Gobierno Federal exige que esa relación quede consignada en un convenio de afiliación escrito.

Esta condición inicial ha producido variantes en el acuerdo básico entre los diversos componentes del servicio de un centro. Como no hay precedentes, recién se empiezan a desarrollar

procedimientos jurídicos dentro de los servicios comunitarios de salud mental. Como requisito mínimo, el acuerdo básico debe obligar a cada uno de los elementos componentes del servicio de un centro a aceptar las condiciones de participación establecidas en el reglamento federal en lo que respecta a la continuidad de la atención, transferencia de las historias clínicas de los pacientes, prácticas de empleo y no discriminación por motivos de raza, residencia o situación económica en la admisión y tratamiento de pacientes.

Es probable que la forma jurídica más eficaz para concertar dicho acuerdo sea el contrato. Dentro del marco contractual, los centros de salud mental deben preocuparse de establecer normas y procedimientos para proteger los derechos humanos y jurídicos del paciente; determinar las limitaciones y casos de responsabilidad del organismo asociado por los actos de negligencia de los afiliados y el ejercicio de este control debe fijarse en función de la legislación o jurisprudencia del estado.

Los centros de salud mental también deben establecer normas de atención y responsabilidad profesional para los casos de negligencia o tratamiento erróneo y para los datos sobre el consentimiento del paciente antes de ser sometido a tratamiento. Es preciso garantizar el carácter confidencial de las historias clínicas y otras informaciones sobre el paciente, y como las antiguas leyes y el sentido de ética profesional no se formularon con el objeto de satisfacer las condiciones de los programas comunitarios de servicios, es posible que las leyes y responsabilidades éticas deban ser evaluadas de nuevo y modificadas para adaptarlas a las condiciones modernas.

La última categoría de problemas es de orden legislativo más que jurídico. Es conveniente examinar las leyes y reglamentos sobre los enfermos mentales en cada estado a fin de determinar en qué grado inciden en la consecución de los objetivos y finalidades del centro comunitario de salud mental. Esto se aplica también a las disposiciones relativas a obligaciones civiles; admisión voluntaria o sin protesta a los servicios de psiquiatría del estado; alterna-

tivas a la internación del paciente en servicios remotos; libertad de aceptar pacientes acusados de delitos y de proporcionar tratamiento ambulatorio, y los requisitos limitativos de residencia impuestos por el estado que puedan impedir que el centro de salud mental obtenga ayuda federal, ya que la ley federal excluye cualesquiera restricciones sobre residencia con respecto a los solicitantes de fondos en virtud de la Ley sobre Centros Comunitarios de Salud Mental.

Al formularse el reglamento de la Ley sobre Centros de Salud Mental, muchos profesionales estimaron que los requisitos de residencia local eran tan restrictivos en muchas zonas que sería imposible que tales comunidades pudieran obtener ayuda federal. En la práctica, esto no ha representado un obstáculo importante por la razón sencilla y directa de que las solicitudes de la población para conseguir servicios comunitarios de salud mental han introducido cambios considerables en la legislación relativa a las restricciones de residencia. Incluso en las zonas metropolitanas, donde las condiciones de resi-

dencia "protectora" han sido tradicionales, dichos requisitos se han modificado para que las zonas se beneficien de la ayuda federal en la prestación de servicios de salud mental.

Continuamente se demuestra que los administradores de centros de salud mental y sus colaboradores dentro de la comunidad aprenden a perfeccionar sus técnicas en las actividades comunitarias a fin de lograr nuevas adaptaciones entre los programas de servicios de salud mental y la legislación.

En conclusión, es evidente que, si bien en los Estados Unidos de América el nuevo programa nacional de salud mental orientado hacia la comunidad se basa en estructuras antiguas, enfoca en forma novedosa y audaz la prevención, el control y el tratamiento de las enfermedades mentales. En la actualidad, las antiguas estructuras experimentan modificaciones a medida que el programa, que antes se concentraba en las enfermedades, se orienta hacia la salud mental y que los administradores de salud mental perfeccionan sus técnicas operacionales para satisfacer las necesidades de la población.

## LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EUROPA ORIENTAL

Dr. B. A. Lebedev\*

El desarrollo de los servicios de salud mental en Europa Oriental, así como en cualquiera otra parte del mundo, puede considerarse desde dos puntos de vista diferentes. En primer lugar, se puede determinar el progreso en determinado país recurriendo al análisis histórico y comparando los niveles alcanzados a intervalos de 20 a 50 años. Por otra parte, es importante observar aquellos valiosos elementos que van más allá de los linderos nacionales y que son significativos para el desarrollo de los servicios de salud mental en general. Cada uno de los países de Europa Oriental tiene sus propias características de desarrollo que se reflejan en el estado actual de sus servicios de salud mental. Estos dependen de los niveles socioeconómicos y de las tendencias históricas de la atención médica, en general, y de los servicios de salud mental, en particular. Existen diferencias en las tasas de camas psiquiátricas y de médicos y otros profesionales de la salud mental en relación al número de habitantes atendidos. Sin embargo, en estos países los principios básicos de organización de la atención de la salud mental son muy similares, de tal modo que es posible examinar este tema con respecto a un determinado grupo de países de Europa Oriental. ¿Cuáles son estos principios básicos?

1) En todos los países de Europa Oriental, una de las funciones primordiales del estado es el cuidado de la salud de la población, y el Estado administra todos los servicios de salud pública. La atención médica se puede obtener fácilmente porque es gratuita, tiene estrechos vínculos con la comunidad y porque hay gran número de médicos y de otros trabajadores de salud pública y de medicina. En relación a ciertos grupos de enfermedades de gran importancia social, incluidos los trastornos mentales, la disponibilidad de la atención médica no es la única característica principal. También hay que

considerar la búsqueda activa de casos, la atención médica y social y la observación ulterior a largo plazo de los pacientes. Los detalles de estos aspectos se tratarán más adelante.

2) La filosofía de salud pública, en todos los países de Europa Oriental, se basa en la prevención. Las actividades de prevención se desarrollan a través de un *sistema* integrado de medidas nacionales, sociales y médicas, encaminadas a eliminar los factores que perjudican la salud del hombre, a garantizar el desarrollo pleno de sus facultades físicas y mentales y a ofrecer atención médica temprana fácilmente accesible. Estas actividades las lleva a cabo el Estado a través de sus organismos administrativos y de salud pública. En ellas se incluyen medidas dirigidas a la prevención primaria y especialmente relacionadas con el mejoramiento del ambiente y otras medidas orientadas a la prevención secundaria.

3) Los servicios de salud pública constituyen un sistema en el cual varias instituciones están conectadas funcionalmente.

Antes de describir el funcionamiento de los servicios de salud mental, desearía referirme a un principio importante en el desarrollo de estos servicios en Europa Oriental. Con frecuencia se ha afirmado que no es posible desarrollar servicios de salud mental hasta tanto no se hayan resuelto otros problemas de salud pública y se hayan erradicado otras varias enfermedades. En Europa Oriental el enfoque ha sido muy diferente. A este respecto, me referiré a la experiencia de la Unión Soviética.

Es sabido que después de la revolución de noviembre de 1917 se inició en este país un nuevo sistema de salud pública. En esa época, más de tres años después de haberse iniciado la Primera Guerra Mundial, la situación epidemiológica era aún peor que la de 1913, último año respecto al cual se disponía de datos estadísticos relativamente fidedignos. En 1913, la tasa

\*Jefe de la Unidad de Salud Mental, OMS, Ginebra.

anual de mortalidad era de 30.2 por 1,000 habitantes, y la de mortalidad infantil de 273 por 1,000 nacidos vivos por año. En 1913, las tasas de morbilidad registradas por cada 10,000 habitantes fueron por malaria, 216.6; influenza, 222.0; tuberculosis, 53.9; y fiebre tifoidea, 26.6. En 1922 se registraron los siguientes casos de enfermedades epidémicas: viruela: 76,617 (aproximadamente 5.5 por 10,000 habitantes); tífus epidémico: 1,396,937 (aproximadamente 99.8 por 10,000 habitantes), y fiebre tifoidea: 269,379 (aproximadamente 19.2 por 10,000 habitantes). En 1920 se registraron 63,000 casos de cólera (aproximadamente 4.6 por 10,000 habitantes). A pesar de estos datos tan alarmantes, en diciembre de 1917 el Ministerio de Salud Pública estableció un comité psiquiátrico. Los objetivos principales asignados al comité fueron la restauración y el fomento de hospitales psiquiátricos, preparación de legislación, desarrollo de servicios preventivos, organización de la atención del enfermo mental y de niños retardados, organización de psiquiatría forense y adiestramiento de personal de salud mental. En febrero de 1919, escasamente dos años después de la revolución, se adoptaron las primeras medidas prácticas para poner en marcha los principios de atención psiquiátrica recientemente formulados. En cada distrito de Moscú se abrieron consultorios psiquiátricos, cada uno con un psiquiatra y una enfermera, con el fin de facilitar asistencia médica y social. Este personal registraba y examinaba a los pacientes, decidía el plan de tratamiento, visitaba a los pacientes en sus domicilios, gestionaba su admisión en los hospitales en caso necesario y, finalmente, proporcionaba asistencia social. En 1923, se formuló el programa para el desarrollo de los servicios de salud mental basado en dos principios: descentralización y atención de pacientes externos. A partir de esta época, empezaron a desarrollarse los servicios de salud mental y en algunas regiones del país se establecieron por primera vez.

La descentralización de los servicios de salud mental significó el repudio del antiguo modelo de los hospitales mentales gigantescos y aislados

de la comunidad, en favor de la creación de un número de hospitales psiquiátricos de tamaño mediano y, muy especialmente, de establecimientos para pacientes externos con el fin de poner estos servicios más al alcance de la población.

La atención ambulatoria comprendía la búsqueda en la comunidad de casos activos de personas con trastornos mentales en la etapa más incipiente posible; la aplicación oportuna no solamente del tratamiento, sino de la asistencia social sin aislarlos de la comunidad y también la observación ulterior por el tiempo indispensable para su rehabilitación completa.

Desafortunadamente, la difícil situación económica del país en esa época, seguida de una guerra desastrosa, impidió el desarrollo de esos servicios. Sin embargo, se efectuó una gran cantidad de trabajo basado en un número limitado de esas instituciones nuevas y se pudo probar la efectividad del nuevo sistema.

En los países de Europa Oriental la administración de salud pública, en la época actual, se compone de tres o cuatro niveles: el Ministerio de Salud se encarga de todo el trabajo práctico de los servicios de salud pública, así como de las investigaciones. Este Ministerio prepara la legislación y el presupuesto y tiene a su cargo la planificación nacional de los servicios de salud pública. Algunos países, tales como Checoslovaquia, la Unión Soviética y Yugoslavia, están constituidos por varias repúblicas. Cada república tiene su propio Ministerio de Salud, con funciones similares a las mencionadas anteriormente, aunque limitadas a sus propios territorios. Están subordinados a los gobiernos de las repúblicas, pero el Ministro de Salud coordina sus actividades profesionales en todo el país. El siguiente nivel de administración es de carácter regional: los departamentos de salud pública constituyen parte del gobierno local y tienen a su cargo los servicios de salud pública dentro de su región. El tercer nivel es el departamento de salud pública de cada distrito.

Cada Ministerio de Salud, así como todos los departamentos de salud pública, de distrito o regionales, tienen una sección de salud mental. Los servicios de salud mental pueden dividirse

en dos categorías principales: servicios de hospitalización y servicios para pacientes externos. Los servicios de hospitalización comprenden tres clases:

1) *Hospitales psiquiátricos*, en los cuales los pacientes son admitidos y tratados por el tiempo que lo requiera su estado. Si se tiene en cuenta que uno de los principios directivos es mantener a los pacientes dentro de la comunidad, solamente reciben hospitalización aquellos cuyo comportamiento es demasiado difícil o peligroso para ellos mismos o para la colectividad. Por razones de diagnóstico también se hospitalizan pacientes cuando en las clínicas de pacientes externos sea imposible hacer un diagnóstico preciso.

2) *Sanatorios*, donde los pacientes son generalmente admitidos por un período establecido previamente, en general de un mes. Después de este tiempo el tratamiento se continúa en instituciones para pacientes externos. La población de los sanatorios se compone principalmente de pacientes con neurosis o trastornos psicósomáticos y pacientes mentalmente enfermos que necesitan convalecencia, y sobre todo pacientes con síntomas de inestabilidad emocional.

3) *Instituciones para atención a largo plazo*. Estas son principalmente para pacientes geriátricos que no tienen familiares que puedan cuidarlos.

*Los servicios para pacientes externos* son generalmente de dos tipos: el policlínico, donde varias clases de especialistas trabajan en la misma institución. Estos servicios policlínicos pueden ser comparados con un grupo de médicos de familia y de especialistas, que atienden a la población de un distrito.

El segundo tipo de institución para pacientes externos es el dispensario, el cual aplica en su trabajo los principios de la atención ambulatoria que ya se han mencionado. La zona a la que sirve el dispensario se divide en varios sectores, cuyos respectivos habitantes son atendidos por un grupo especial medicosocial, integrado por un psiquiatra y una enfermera. El tamaño de la población a la que atiende dicho

grupo puede variar de 50,000 a 400,000 habitantes, según las condiciones locales, tales como superficie territorial, densidad de la población, etc., y de acuerdo con los criterios anteriores se determina también el número de individuos que componen el personal del dispensario. Cada uno de estos consta de las siguientes secciones: 1) una sección de prevención y tratamiento; 2) talleres protegidos; 3) hospitales diurnos o nocturnos o ambos; 4) una sección para evaluación de la invalidez, y 5) una sección jurídica.

Una de las funciones principales del dispensario es, como ya se ha señalado, la localización de casos activos, lo que se logra mediante los métodos siguientes:

1) Contacto estrecho entre todos los tipos de servicios de hospitalización y consulta externa: en todos los casos necesarios, los especialistas del dispensario reciben en consulta a los pacientes de instituciones situadas en la región y, al mismo tiempo, esas instituciones remiten a los dispensarios a todos los pacientes con trastornos neuróticos o psiquiátricos.

2) Exámenes habituales en ciertos grupos de población, especialmente los que están bajo tensión y trabajando en situaciones particularmente difíciles.

3) Educación para la salud, impartida a la población por el personal del dispensario.

Como resultado de todas estas actividades los habitantes del distrito están generalmente bien enterados de las funciones de un dispensario psiquiátrico, por lo cual, en caso necesario, les es más fácil solicitar asistencia en salud mental.

Tan pronto como se descubre alguien con algún trastorno mental, incluido el alcoholismo, su nombre se anota en el registro del dispensario, en la sección correspondiente de acuerdo a la gravedad de sus síntomas y a la necesidad de asistencia médica y social. El registro se divide en "activo" y "pasivo": la parte "pasiva" contiene las historias o fichas de los pacientes que no necesitan asistencia médica o social. Se trata principalmente de pacientes que se han recuperado de alguna psicosis y que han permanecido libres de síntomas por un período no inferior a tres años. En el caso de acentuarse su

trastorno, la historia del paciente se transfiere de la sección "pasiva" del registro a la sección "activa". La sección "activa" comprende cinco subdivisiones:

1) Para los pacientes con trastornos psicóticos agudos que necesitan tratamiento y cuidado intensivo. Un miembro del grupo de psiquiatría del dispensario debe examinar estos pacientes cada día, o al menos cada dos días, ya sea en el dispensario o en sus domicilios.

2) Para los pacientes que necesitan tratamiento y cuidado menos intensivos y que deben ser examinados no más de una vez a la semana por el personal del dispensario.

3) Para pacientes con un tipo crónico de trastorno nervioso. Estos pacientes sólo necesitan ser examinados cada 15 días o una vez al mes.

4) Para pacientes que sufren enfermedad crónica pero relativamente bien adaptados y sin signos manifiestos de procesos patológicos. Estos pacientes son examinados por psiquiatras del dispensario una vez cada seis meses, por lo menos, aunque una enfermera generalmente los visita en su domicilio o, con más frecuencia, en el lugar donde ellos trabajan.

5) Para pacientes recluidos en un hospital psiquiátrico. Tan pronto como tales pacientes son dados de alta del hospital, se envían al dispensario sus registros médicos, que contienen el diagnóstico, la historia del caso y los detalles del tratamiento empleado en el hospital. Además, cuando el estado de un paciente inquieta a los psiquiatras del hospital, el dispensario es informado por teléfono de que ese paciente ha sido dado de alta y al día siguiente el paciente es examinado en el dispensario o visitado por un psiquiatra en su domicilio. Luego el registro de este paciente se incorpora al correspondiente subgrupo del registro.

Un dispensario psiquiátrico no está facultado para suministrar a nadie los registros médicos de un paciente, a excepción de las instituciones médicas y de los tribunales de justicia cuando lo soliciten. Los registros del dispensario dan una visión completa del número de pacientes con trastornos mentales en el distrito, su estado mental, capacidad de trabajo

y el tipo de asistencia social y médica que están recibiendo.

*Talleres protegidos.* En el taller del dispensario reciben tratamiento y trabajan de acuerdo al tipo de trastorno que padezcan los grupos siguientes: a) pacientes cuyo estado mental les impide trabajar en condiciones ordinarias; b) pacientes que, como resultado de su trastorno mental, han perdido su trabajo anterior y, por consiguiente, deben ser capacitados para un nuevo trabajo, y c) pacientes que necesitan observación médica diaria u observación ulterior (especialmente durante sus actividades laborales) y que requieren también otros tipos de tratamiento psiquiátrico.

Se utilizan ampliamente los medicamentos psicotrópicos, la psicoterapia y otras clases de tratamiento, pero el trabajo real también tiene un valor "curativo". La manera como se efectúa el trabajo se considera un indicador importante del estado mental de una persona. La alteración mental frecuentemente afecta la actividad de trabajo, y el curso de la enfermedad está íntimamente ligado con los cambios que se observan en ella. Como resultado de esta interacción, algunas veces se originan nuevos problemas que constituyen una tensión adicional e influyen en la reacción del paciente frente a su ambiente y sus condiciones sociales, etc. El restablecimiento de la habilidad para el trabajo y la participación activa en él se consideran no sólo como indicadores de un mejor estado mental, sino también como estímulo importante que puede influir en el proceso de recuperación. Cuando la ergoterapia se considera desde este punto de vista, se comprende que debería aplicarse de tal modo que se utilicen, tanto como sea posible, sus elementos "curativos".

Se ha de prestar especial atención a las condiciones siguientes:

1) El trabajo deberá ser de naturaleza "colectiva", de tal modo que el paciente pueda identificar su propio lugar en el proceso laboral e integrarse con los otros participantes del grupo.

2) El trabajo debe ser interesante para el

paciente, y este ha de poder observar el resultado de sus esfuerzos y ser remunerado por su labor.

3) En el curso de su trabajo, el paciente deberá ser gradualmente "ascendido" desde la ejecución de tipos sencillos de actividad hasta otros más complicados. Este proceso deberá ir a la par con el proceso de recuperación. Por consiguiente, la laborterapia sirve para algo más que para mantener ocupado al paciente, como sucede en el caso de la ergoterapia cuando se emplea correctamente.

La composición del grupo de trabajo y el encontrar un lugar apropiado en ese grupo para el paciente son de gran importancia, lo que constituye una tarea compleja y de gran dificultad para el terapeuta. Aunque este problema no ha sido exhaustivamente analizado, sobre la base de observaciones empíricas se puede sugerir que es muy ventajoso disponer que en cada grupo de trabajo se incluyan pacientes con diferentes diagnósticos. En tales grupos mixtos los pacientes pueden estimularse y tranquilizarse unos a otros. Es también importante la selección de la actividad específica que se ha de asignar a cada paciente: es necesario considerar simultáneamente el estado mental del paciente y su experiencia laboral previa. Se ha de dar al paciente el trabajo más complicado que sea capaz de hacer en ese momento y si él ha podido hacer frente a esa tarea adecuadamente, se le deberá dar un trabajo aún más difícil. Naturalmente, es de gran importancia considerar el propio interés del paciente en una determinada clase de trabajo, el cual puede identificarse de dos modos:

1) La experiencia ha demostrado que el interés de un paciente aumenta considerablemente si él puede observar los resultados concretos de su esfuerzo, y si se le puede hacer comprender que ha desempeñado un papel importante y necesario en la tarea realizada.

2) El pago del trabajo que efectúa el paciente es también de gran importancia, ya que es un factor sociopsicológico necesario que pone al paciente más en contacto con las condiciones normales de trabajo en los talleres corrientes;

estimula al paciente a mantenerse al nivel de sus compañeros; también le demuestra que su utilidad y contribución son realmente necesarias, y fortalece su confianza en sí mismo.

Algunos estudios muestran que cuando se aplica correctamente la laborterapia, esta conduce a una excitación dominante en la actividad nerviosa superior y ayuda a suprimir los procesos fisiopatológicos característicos de los síntomas del trastorno. Por ejemplo, se ha demostrado que durante la laborterapia el número de ataques epilépticos disminuye y es muy notorio que, al principio, la disminución ocurra principalmente durante las horas de trabajo del día pero más tarde continúa esta disminución también durante el resto del día y de la noche.

*Hospitales diurnos y nocturnos.* En muchos dispensarios psiquiátricos existen hospitales diurnos o nocturnos, o ambos, para la admisión de pacientes que requieran una supervisión constante o para los que vivan en un ambiente poco favorable. Si ellos experimentan dificultades en su trabajo, pueden ser atendidos en un hospital diurno y si su ambiente familiar es poco favorable, pueden ser admitidos en un hospital nocturno. El hospital diurno está íntimamente ligado con los talleres. En los hospitales nocturnos se utiliza la quimioterapia, varias clases de psicoterapia y terapia social.

*Evaluación de la aptitud para el trabajo.* En relación con cada dispensario psiquiátrico se establece un comité especial, con el fin de evaluar la aptitud laboral de los pacientes. El objetivo principal de dicho comité es el de determinar el grado de disminución de la capacidad de trabajo, que, por consiguiente, es de importancia tanto para la comunidad como para el propio paciente. Basados en la evaluación del comité, estos pacientes reciben una pensión del Estado apropiada a su capacidad de trabajo y se les asigna un tipo de actividad más adecuado a su estado mental. Los comités están integrados por un psiquiatra, un neurólogo y un médico general. Se consulta, en caso necesario, a otros especialistas y un psiquiatra asignado al dispensario prepara las historias médicas.

La pérdida de la capacidad de trabajo se clasifica en tres categorías:

1) Pacientes con invalidez total y que, por consiguiente, requieren una atención personal y observación constante. Estos pacientes reciben la pensión máxima.

2) Pacientes con invalidez total, pero que no necesitan observación y atención constante, o pacientes con invalidez parcial, pero que no pueden trabajar en condiciones normales como consecuencia de su estado mental. La pensión para este grupo es más baja que para el anterior pero el dispensario les facilita trabajo en su taller. En algunos casos, se asigna trabajo al paciente en su casa pero bajo la vigilancia del taller del dispensario. En consecuencia, se somete a estos pacientes a un régimen de laborterapia y de este modo reciben una segunda fuente de ingresos, lo que significa, en la mayoría de los casos, que el ingreso de un paciente es aproximadamente el mismo que tenía antes de la aparición de su enfermedad.

3) Pacientes con invalidez parcial estable. Estos pacientes son capaces de trabajar en condiciones normales pero requieren ya sea el cambio de profesión o tienen limitaciones específicas en el cumplimiento de sus obligaciones habituales. La pensión otorgada a estos pacientes es aproximadamente igual a la cantidad en que se disminuye su salario.

Cada año se examinan de nuevo los pacientes de los grupos segundo y tercero, y cada dos años los del primer grupo. Sin embargo, si algún cambio ocurriera en su condición, especialmente algún deterioro, se les vuelve a examinar inmediatamente. Esta es la situación de los pacientes con una invalidez estable. En los casos de invalidez temporal, por un período de pocos días a algunos meses, los pacientes son excusados completamente de su trabajo o transferidos a condiciones de trabajo más apropiadas. Esta decisión no la toma el comité antes mencionado, sino los psiquiatras del dispensario, en cuyo caso el paciente recibirá del 60% al 90% de su remuneración o salario. Las recomendaciones de los psiquiatras del dispensario son obligatorias para la administración y,

por lo tanto, un trastorno mental no puede conducir a ninguna discriminación contra un paciente.

*Asistencia jurídica.* Los dispensarios cuentan entre su personal, o tienen a su disposición, abogados que en caso necesario facilitan asesoramiento jurídico y defienden los intereses de los pacientes, comúnmente en relación con su trabajo o con las condiciones generales de vida. La defensa de los pacientes en los tribunales es completamente gratuita.

*Servicios de emergencia.* La asistencia médica de emergencia para el individuo con trastornos mentales está a cargo ya sea de los psiquiatras de los dispensarios o de un servicio especial de emergencia. Cada dispensario permanece abierto 11 horas diarias (dos turnos de trabajo), y durante este período se encuentra de servicio un psiquiatra, disponible en casos de emergencia. Durante las horas del día no laborables el servicio de emergencia facilita asistencia de urgencia. En las grandes ciudades el servicio de emergencia tiene un departamento psiquiátrico especial. Esta clase de asistencia médica se suministra en el domicilio de los pacientes o bien el servicio los conduce a un hospital psiquiátrico.

En ciudades tales como Moscú y Ленинград, hay hospitales psiquiátricos especiales para la admisión de habitantes de otras regiones del país, que hayan llegado a estas ciudades en un estado psicótico o que súbitamente se enferman. Después de un período de tratamiento breve, estos pacientes son transferidos, si es necesario, a un hospital psiquiátrico de la población donde ellos residen. El costo de este traslado corre por cuenta del hospital en el cual fueron estos pacientes primeramente admitidos; durante la transferencia acompaña al paciente un psiquiatra o un ayudante de psiquiatría.

*Hospitales psiquiátricos.* Los hospitales psiquiátricos continúan desempeñando un importante papel en los servicios de salud mental. En los países de Europa Oriental el número de camas psiquiátricas disponibles por cada 1,000 habitantes es relativamente bajo (véase cuadro).

CUADRO 1.—Camas psiquiátricas y tasas en relación a la población en países europeos seleccionados, 1965 y 1966.

País	Año	Población	Número de camas psiquiátricas <sup>1</sup>	Tasa: camas/1,000 habitantes
Bulgaria	1965	8,226,564 <sup>2</sup>	3,129	0.38
	1966	8,258,000 <sup>3</sup>	3,227	0.39
Checoslovaquia	1965	14,159,000 <sup>2</sup>	16,606	1.17
	1966	14,240,000 <sup>3</sup>	16,698	1.17
Hungria	1965	10,148,000 <sup>2</sup>	2,410	0.24
	1966	10,179,000 <sup>3</sup>	2,410	0.24
Polonia	1965	31,496,000 <sup>2</sup>	36,519	1.16
	1966	31,698,000 <sup>3</sup>	37,290	1.18
Rumania	1965	19,027,000 <sup>2</sup>	5,830	0.31
	1966	19,105,056 <sup>3</sup>	6,600	0.34
URSS	1965	230,600,000 <sup>2</sup>	215,500 <sup>4</sup>	0.93
Yugoslavia	1965	19,508,000 <sup>3</sup>	10,066	0.51

<sup>1</sup>World Health Statistics Report, OMS, Vol. 21, No. 11, 1968.

<sup>2</sup>Estimaciones de mitad de año tomadas del *Statistical Yearbook* de las Naciones Unidas, 1966.

<sup>3</sup>Estimaciones de mitad de año tomadas del *Demographic Yearbook* de las Naciones Unidas, 1966.

<sup>4</sup>En: *Cincuenta años de salud pública soviética*. Medicina, Moscú (en ruso), 1967.

De ahí que sean hospitalizados solamente del 13 al 15 % del total de los enfermos mentales, y que del 85 al 87 % de ellos residan en la comunidad y reciban atención social y médica en los dispensarios. La proporción del 13 al 15 % de pacientes mentalmente enfermos hospitalizados está constituida esencialmente por aquellos más severamente afectados por la enfermedad mental y, por lo tanto, en los hospitales psiquiátricos se concentra un gran número de pacientes con trastornos serios. Esto explica, tal vez, el hecho de que en los

hospitales psiquiátricos el sistema de "puertas abiertas" esté en sus etapas iniciales. En los hospitales generales tampoco hay muchos departamentos psiquiátricos.

En resumen, en aquellas regiones donde el sistema de servicios de salud mental está completamente desarrollado, el dispensario desempeña el papel de un centro de salud mental dentro de la colectividad y sobre él recae la responsabilidad principal del tratamiento y la observación ulterior de los pacientes, así como la asistencia social.

# PREPARACION Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Dra. Hildegard E. Peplau\*

## Introducción

Sería presuntuoso por mi parte ofrecer sugerencias concretas para su aplicación en la América Latina. Los programas comunitarios de salud mental para esa región deben basarse en el estudio y conocimiento a fondo de la población, comunidades y necesidades de desarrollo de los países representados en esta reunión. Por consiguiente, en este trabajo me limitaré a presentar mis observaciones personales y experiencias en relación con algunos programas que se realizan en los Estados Unidos de América. Si las ideas que expondremos inducen a reflexionar o estimulan debates sobre la orientación a dar a los programas comunitarios de salud mental en vías de preparación, consideraré ampliamente recompensados mis esfuerzos.

## Definiciones y prioridades

La naturaleza de los programas comunitarios de salud mental determina la preparación que ha de darse al personal del programa y las funciones que ha de desempeñar. La naturaleza del programa sugiere varias definiciones.

El *programa comunitario de salud mental* es una empresa cooperativa, significa la integración de aptitudes y servicios<sup>1</sup> de diversas personas y de distintos recursos que se utilizan para atender a determinadas necesidades de

---

\*Profesora de Enfermería y Directora del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería Psiquiátrica Avanzada, Escuela de Enfermería de la Universidad de Rutgers, New Jersey, Estados Unidos de América, Consultora de la OPS/OMS.

<sup>1</sup>Un programa general comprende 10 servicios: tratamiento de pacientes hospitalizados; tratamiento ambulatorio; hospitalización parcial (atención diurna y nocturna); servicios de emergencia de 24 horas; consulta individual y en grupo de dirigentes sociales y enseñanza de ellos; servicio de diagnóstico; rehabilitación; servicios de atención previa y ulterior; adiestramiento de profesionales de la salud mental y otro personal; investigación y evaluación.

salud mental de una población, en una comunidad o región geográfica seleccionada.

La *salud mental* se ha definido de diferentes maneras: a) como la ausencia de la dolencia llamada enfermedad mental; b) como el polo positivo de un proceso continuo cuyo polo opuesto es la enfermedad mental; c) como cualidades personales observables—tales como capacidad intelectual e interpersonal (social)—compatibles con la edad y dones naturales y que faltan en el enfermo mental; d) como conducta social de adaptación manifestada en una familia sana que vive en una sociedad “sana”; e) como habilidades definidas mediante “conceptos de eficacia, lucha y capacidad de relación social”—considerando la enfermedad mental como lo opuesto a incapacidad, resignación, desesperanza, desesperación y egocentrismo.<sup>2</sup> Estas son sólo algunas de las definiciones de salud mental.

En relación con el diseño del programa y la utilización del personal conviene tener en cuenta los conceptos de Caplan de *prevención* primaria, secundaria y terciaria.<sup>3</sup>

Las definiciones como las antes indicadas orientan el establecimiento de los objetivos y el orden de prioridad del programa. Por ejemplo, la definición de programa comunitario de salud mental sugiere otra etapa: la evaluación e identificación de las necesidades de una población determinada a la cual se destinan los servicios previstos en el programa. El personal profesional contratado al principio del programa deberá poseer las aptitudes necesarias

---

<sup>2</sup>Stokes, Gertrude A., ed. “The Role of Psychiatric Nurses in Community Mental Health Practice”, pág. 10, 1969. Definición del Dr. Montague Ullman. Se pueden obtener ejemplares de G. Stokes, Box 5083, Grand Central Station, Nueva York, N.Y., 10017.

<sup>3</sup>Caplan, Gerald. *An Approach to Community Mental Health*. Nueva York: Grune and Stratton, 1961; *Principles of Preventive Psychiatry*. Nueva York: Basic Books, 1964.

para realizar dicha evaluación, identificar las necesidades de la comunidad a la luz de una definición de salud mental y establecer prioridades. Es evidente que no todas las necesidades de una comunidad pueden atenderse de una vez; algunas son más urgentes o se consideran más importantes por un motivo u otro en relación con los objetivos del programa. Por ejemplo, en la América Latina los centros urbanos se desarrollan a un ritmo más rápido que las ciudades pequeñas y las zonas rurales; el 42% de la población tiene menos de 15 años de edad y sólo el 5,7% tiene más de 60 años.<sup>4</sup> Por consiguiente, cabe preguntarse si las necesidades de salud mental de la juventud en las ciudades son de urgente prioridad entre los objetivos de los programas comunitarios de salud mental de las zonas urbanas, suponiendo que "las condiciones de salud de una población afectan sus posibilidades de bienestar mental y físico, determinando la capacidad de progreso en educación y ocupaciones y en productividad".<sup>5</sup> ¿Se ha de dar prioridad a las necesidades globales de salud de la juventud y familias jóvenes, utilizando especialmente pruebas diagnósticas colectivas con múltiples finalidades orientadas hacia la intervención en las necesidades de salud física y mental, sistemas educativos y de formación profesional, o se dará prioridad absoluta a la identificación y tratamiento únicamente de las enfermedades mentales de este grupo? Una vez conocidos los hechos sobre determinada población se podrán establecer objetivos inmediatos y a largo plazo e identificar los focos centrales y periféricos hacia los cuales se orientarán las actividades del programa.

Del mismo modo, para el diseño del programa será útil preparar un inventario de las características de los recursos disponibles en la comunidad, así como de la formación educativa y aptitudes especiales del personal empleado en cada aspecto. Un programa comunitario de salud mental no sólo proporciona sus propios servicios sino que utiliza y coordina otros que

ya existen. Lo importante es obtener el máximo provecho de las posibilidades que ofrecen los recursos disponibles para mejorar la salud mental, en vez de duplicar los esfuerzos. Por consiguiente, en el programa de salud mental pueden participar los médicos que ejercen en privado, el clero, los inspectores de salud, las enfermeras de salud pública, el personal de los servicios de bienestar social, el personal consultivo de enseñanza de la salud y muchos otros que ahora proporcionan servicios de salud y bienestar social. En algunos programas puede ser necesario establecer un "consejo interinstitucional" o una entidad semejante para coordinar plenamente las actividades.

Además, es útil identificar el personal autóctono preparado que pueda prestar servicios a la comunidad de que se trate.<sup>6</sup> Un empleado de un banco local puede visitar en plan amistoso y en calidad de voluntario a un paciente mental dado de alta. En un barrio se puede contratar a una persona joven e inteligente, aunque sin gran educación, como ayudante de salud mental para que vigile y oriente a aquellos niños en "conflicto" con la ley que se han convertido en objeto específico del programa de salud mental. La contratación de asistentes de salud mental no profesionales, como empleados y voluntarios, puede ser indispensable si no se dispone de personal profesional para realizar el programa.

### Funciones del personal

De los párrafos precedentes se infiere que un programa comunitario de salud mental tiene por objeto atender a las necesidades identificadas de una población determinada. En consecuencia, la definición de funciones del personal empleado quizás dependa menos de su preparación educativa y experiencia previa y más de su capacidad para improvisar, innovar y aprender a desempeñar nuevas funciones, a medida que así lo requiera la atención de las necesidades. En

<sup>4</sup> *Hechos que revelan progreso en salud*, Publicación Científica de la OPS 166, 3-4, 1968.

<sup>5</sup> *Ibid.*, pág. 6.

<sup>6</sup> Reiff, Robert y Reissman, Frank. "The Indigenous Non-Professional—A Strategy of Change in Community Action and Community Mental Health Programs". Monografía No. 1, *Community Mental Health Journal*, c/d Behavioral Publications, 2852 Broadway, Nueva York, N.Y., 10025.

los programas comunitarios de salud mental intervienen en grado mínimo las concepciones *a priori* sobre las funciones a realizar. Los conceptos previos sobre función relacionada con el "tratamiento psiquiátrico" se convierten en actividades relacionadas con el "trabajo de salud mental". A menudo las funciones del personal se extienden y se superponen, sobre todo en relación con las funciones de las profesiones principales, es decir psiquiatría, psicología, servicio social y enfermería psiquiátrica. Todos estos profesionales pueden, en caso necesario, realizar visitas domiciliarias, ofrecer orientación, organizar programas de enseñanza para maestros, enfermeras de hospitales generales, la policía o el clero, actuar en capacidad consultiva, etc. Además, los profesionales que antes participaban principalmente en la prestación directa de servicios profesionales específicos, asociados con la profesión que les es propia, comprueban a menudo que en los programas comunitarios de salud mental tienen que dedicar la mayor parte de su tiempo a servicios indirectos. En lugar de trabajar directamente con el "paciente" o "cliente", el profesional tal vez tenga que supervisar a los asistentes o al personal de salud mental de la comunidad o consultar con personas de otros organismos o entrevistarse con dirigentes sociales o grupos, etc. Es evidente que estas nuevas y adaptables maneras de perfeccionar y utilizar la mano de obra disponible para atender a necesidades determinadas de una población específica crean una situación de trabajo que es mucho más adaptable y flexible que la que se observa en las estructuras orgánicas de instituciones existentes. Por consiguiente, el papel del administrador es de vital importancia para la productividad del personal.

Al *administrador* le corresponde la función principal de coordinar los diversos servicios y recursos tanto de la comunidad como del personal de programa para poder identificar y atender a las necesidades de la comunidad de que se trate. Desde el principio, el administrador debe decidir respecto a la forma de organización y administración que ofrezca mejores perspectivas para alcanzar los objetivos del

programa. Se ha de determinar si la organización tendrá una estructura jerárquica u horizontal; si habrá una línea de mando o será una administración democrática. Las organizaciones jerárquicas tienden a ser más eficaces al principio pero Argyris<sup>7</sup> ha expuesto las tendencias antifuncionales de dichas estructuras que reducen el trabajo creador. La administración democrática, alternativa que parece estar especialmente en armonía con el trabajo de salud mental, es menos definida en lo que se refiere a estructura y líneas de control.<sup>8</sup> Así, pues, el administrador debe ser muy tolerante en cuanto a ambigüedad, debe tener habilidad para delegar su autoridad y asignar responsabilidades, debe ser en todo momento respetuoso con los demás, optimista, saber escuchar, descubrir y utilizar el talento ajeno, tener confianza en sí mismo, poder concentrar su atención en ideas y resolver problemas, en vez de ocuparse de personalidades y de necesidades de orden personal.

Es casi inevitable que el personal sienta emulación o reaccione desfavorablemente frente a los administradores. En la labor de salud mental, especialmente, el personal responde a la calidad de las relaciones interpersonales que el administrador establece; existe la tendencia a considerar al administrador como paradigma que demuestra los "principios de salud mental" en su propia conducta, la que puede entonces reflejarse en la del personal. En efecto, el administrador es un "maestro" en el sentido de que muestra las formas de resolver los problemas y de tomar decisiones en sus relaciones con el personal que, en cierto grado, se espera también que se manifiesten en las relaciones de este con los clientes. El administrador necesita, más que nadie, tener "visión" y gran habilidad conceptual, de tal manera que "el árbol no le impida ver el bosque", es decir que debe poder apreciar los detalles y al mismo tiempo su integración en un programa creador y

<sup>7</sup> Argyris, Chris. "On Effectiveness of Research and Development Organizations". *Amer Sci* págs. 344-355, invierno, 1968.

<sup>8</sup> Burtiss, Theodore. "Defining the Role and Responsibility of the Research Manager". En *The Management of Scientific Talent*. Editado por Jerome Blood, American Management Association, Nueva York, 1963.

completo, cuya orientación pueda modificarse a medida que en la comunidad surjan nuevas necesidades y se establezcan nuevas prioridades.

En los programas comunitarios de salud mental se suelen organizar equipos de servicios a fin de poder atender mejor a grandes zonas geográficas y su población mediante la delegación de autoridad y de responsabilidad por los servicios ofrecidos a un sector de esa región. Cada equipo se encarga de una parte de la zona más extensa dividida según algún límite natural o línea arbitraria. Es posible que estos equipos no sean necesariamente completos; por ejemplo, varios de ellos pueden compartir los servicios de un sanitarista o de un epidemiólogo. Cada equipo representa los propósitos y objetivos del programa. El personal del equipo asume la responsabilidad de informarse acerca de las características detalladas del sector en el que ha de prestar servicios: sus necesidades y recursos, sus dirigentes y el talento particular de los habitantes de la zona. Cada grupo también procura coordinar sus servicios con los de otras personas, organismos o servicios.

Los equipos de salud mental suelen estar constituidos por representantes de las cuatro disciplinas principales—psiquiatría, psicología clínica, servicio social y enfermería psiquiátrica— y son asesorados por otro personal de salud mental tales como los asistentes (remunerados y voluntarios). Además, exploran posibilidades y tratan de obtener el máximo provecho de las actividades de salud mental de otros profesionales y servidores públicos. Este último grupo comprende una gran variedad de personas cuya competencia puede tener una relación directa o remota con las actividades del programa de salud mental. Por ejemplo, se puede estimular a las enfermeras obstétricas y personal de planificación de la familia a colaborar con las familias en actividades preventivas. Se les podría enseñar cómo han de proceder para lograr, durante sus entrevistas habituales con los padres, que modifiquen las prácticas que utilizan en el cuidado de los niños difíciles y las sustituyan por métodos más constructivos. La preparación de dicho personal y las consultas posteriores con él acerca de los problemas de

educación de los niños sería un servicio indirecto que podrían proporcionar los grupos. Del mismo modo, se podría ayudar a las enfermeras de salud pública a facilitar servicios directos en relación con las dificultades sociopsicológicas observadas en todos los pacientes en la atención habitual de casos y atención ulterior a los pacientes mentales dados de alta. Todas las personas que ya proporcionan servicios comunitarios en relación con la salud pueden contribuir a la labor integral de salud mental, la que ha de tener múltiples consecuencias sobre cualesquiera factores y fuerzas dentro de la comunidad que ejercen un efecto deletéreo sobre la salud mental. Largo sería enumerar estas posibles fuentes de servicio; la contribución que podría obtenerse es muy variada y sólo se sugerirán aquí algunos ejemplos. En cada comunidad se podría obtener una útil información para la planificación del programa si se procediese a la evaluación de posibles fuentes de servicios y a calcular la contribución que cabría esperar de ellas para el programa de salud mental y cual sería la ayuda necesaria a fin de obtener el máximo beneficio de su participación.

La organización del personal en equipos o servicios de salud mental, de modo que cada uno de ellos funcione con cierta autonomía, determina la responsabilidad por los resultados de los servicios facilitados en relación con las necesidades. Mediante un consejo de planificación, de política o de coordinación, o uno o varios organismos semejantes, los equipos, el administrador y los representantes de otros organismos y de la comunidad pueden periódicamente examinar las relaciones entre las distintas partes del programa. A medida que las necesidades son atendidas o disminuyen, el programa puede orientarse hacia la realización de otros objetivos prioritarios, pero para esto es necesario estudiar continuamente el progreso y la labor que ha realizado cada equipo.

Es también conveniente considerar si los equipos se han organizado en forma de pirámide o con criterio democrático. Es necesario formular los principios de administración de los equipos (y, por ende, del programa en su

conjunto) para que sirvan de criterio al personal y con el fin de orientar a las nuevas personas que se contraten. Un aspecto principal que es preciso decidir es si la dirección del programa se considerará como cargo o como función. Desde un punto de vista práctico ¿se elegirá un jefe permanente o se turnará el cargo de jefe del equipo? Huelga subrayar que la administración democrática, la jefatura por turnos y la comunicación abierta crean más problemas, especialmente en las primeras fases de un programa, y requieren, al principio, un dirigente que prevea las cuestiones que pueden plantearse y que tenga capacidad para utilizar (y, por lo tanto, de presentar) los procedimientos de análisis y solución de problemas, mediante los cuales se aprovechen las aptitudes de todos los miembros del equipo en la adopción de decisiones.

## Educación

Los *profesionales* que integran el equipo encargado del programa comunitario de salud mental aportan a las actividades la experiencia adquirida durante su formación profesional. Ahora bien, a menudo el conocimiento científico y los métodos prácticos derivados de esa educación profesional básica tienen mayor importancia o aplicación en la labor con los pacientes hospitalizados, es decir los enfermos físicos y mentales.<sup>9</sup> En cierto grado, este conocimiento puede aplicarse, en general, a la labor de salud mental y en todos los casos o en su mayoría se ha de contar con cierta disposición intelectual, resultado de la enseñanza profesional, para que se puedan captar y utilizar con facilidad los conceptos sociopsiquiátricos más modernos necesarios para alcanzar los objetivos del programa comunitario de salud mental. Aún así, es posible que los profesionales necesiten preparación ulterior mediante cursillos antes de emprender un programa, así como estímulo continuo en el empleo. (Este

<sup>9</sup>Quizás también sea conveniente ejercer cierta presión sobre las escuelas profesionales, a fin de que en el plan de estudios se incluyan aspectos sociodinámicos de las actividades preventivas de salud mental en las comunidades en vez de insistir en formas de tratamiento orientadas hacia los cuidados hospitalarios y el ejercicio privado.

aspecto se examinará más adelante en este trabajo.)

Una característica de los programas comunitarios de salud mental es la tendencia a fomentar en todos los profesionales la capacidad de actuar como "personal polivalente en salud mental". En otros términos, se observa una tendencia cada vez mayor en todas las profesiones a extender sus funciones más allá de los límites tradicionales y a alejarse de la especificidad que generalmente se asocia con una disciplina particular. Tal vez se advierta alguna característica *sui generis* de la función relacionada con las actividades, pero generalmente tiende a ser mínima en comparación con la actividad común. Existe también la tendencia a acentuar el compañerismo, es decir a considerar que todos los profesionales son iguales, y que el trabajo de uno es de igual valor al de otro, en vez de destacar las relaciones estratificadas y orientadas de acuerdo con la función tradicional de cada uno. De este modo, se espera que todos los profesionales improvisen, aprendan y se perfeccionen en nuevas técnicas necesarias para realizar el trabajo común.

Concretamente se podría decir que todos los profesionales tienden a utilizar los siguientes métodos o procedimientos principales que generalmente se asocian con las labores de salud mental:

### Servicios directos

*Información:* El estudio inicial de los hechos acerca de la situación problemática de un cliente o familia.

*Diagnóstico:* Examen de los hechos acerca de los que se ha obtenido información y determinación del tipo de servicio y plan de acción que se requiere.

*Traslado:* El traslado de un cliente o familia a otro centro para uso de sus servicios.

*Visitas a las familias:* Visita a una familia a los efectos de realizar un estudio sociológico, de obtener información, de proceder a la observación ulterior de un cliente, de determinar si la familia está preparada para aceptar que se dé de alta a un paciente hospitalizado, etc.

*Orientación individual o psicoterapia:* Breve o de larga duración—con el fin de determinar el tratamiento que convenga administrar o de utilizar métodos "breves" de modificación de la conducta para resolver la dificultad.

**Psicoterapia de grupo:** Con grupos organizados o no organizados de clientes que se reúnen en sesiones regulares a fin de estudiar las dificultades que se presentan en la interacción social en grupo.

**Terapia familiar:** Sesiones organizadas con familias enteras al objeto de estudiar y examinar la dinámica del sistema familiar total y los métodos que utilizan los miembros de la familia para impedir el desarrollo de quienes la integran.

**Evaluación e informes:** De casos individuales considerados por separados o en grupos; de familias y de situaciones comunitarias que plantean problemas.

### Servicios indirectos

**Consulta:** Función y procedimiento específico mediante el cual se ayuda a otros a descubrir y resolver sus propios problemas. Se utiliza personal de otros organismos, dirigentes de la comunidad o personal de salud y personal del programa comunitario de salud mental.

**Enseñanza de la salud mental:** Presentación sistemática de conocimientos o métodos aplicables a las actividades de salud mental, o ambos, en conferencias, series de seminarios, grupos de trabajo, según sea necesario para poder utilizar al máximo las posibilidades del personal de salud mental, personal de otros organismos, dirigentes de la comunidad y público en general.

**Supervisión:** Reuniones para examinar los datos obtenidos de otros profesionales o personal en servicio público que proporcionan atención directa a clientes o familias, y en las cuales se utiliza la enseñanza experimental y libre de formalidades para mejorar la competencia del personal.

**Acción comunitaria:** Establecimiento de "comités de acción" en la comunidad o participación en estos con el fin de resolver determinados problemas ambientales o de salud mental; realización de encuestas, giras de observación de instituciones (escuelas, tribunales, etc.) con el fin de dilucidar el efecto del programa o señalar las necesidades de salud mental; celebración de reuniones con políticos, magistrados, empresas de construcción, etc., a fin de examinar los aspectos de salud mental relacionados con el ambiente de la comunidad y determinar las medidas que pudieran adoptarse.

**Reuniones del personal:** Cada equipo de salud mental y la totalidad del personal se reúne periódicamente para establecer una comunicación sistemática y extraoficial, examinar, evaluar casos o situaciones y revisar normas o planes, organizar sesiones de enseñanza libre de formalismo, etc. Otros sistemas incluyen *lectura, estudio de informes, formulación y revisión de planes y consultas con personal en servicio público* acerca de la

asignación de tareas, ejecución de planes y evaluación de resultados.

Estas funciones que se superponen unas a otras, requieren que todos los profesionales se familiaricen con la teoría—conceptos, procedimientos, principios—que se utilizan para explicar aquellos fenómenos que tienen interés para el programa comunitario de salud mental. *La teoría es la dimensión profesional:* los profesionales intervienen, fundándose en teorías, en las actividades directas y simplifican esas intervenciones, que luego enseñan en forma modificada y más elemental al personal no profesional que está en contacto directo con los clientes. De este modo, la formación de profesionales, además de cualquier tipo de educación profesional básica o especializada que cada uno aporte a las actividades, comprendería dos aspectos: 1) conocimiento a fondo de los métodos y procedimientos mencionados y experiencia supervisada práctica de ellos cuando sea necesario, conveniente o posible; y 2) teorías especialmente relacionadas con la naturaleza de la labor comunitaria de salud mental. Dicha teoría tiene los siguientes aspectos:

### Teoría

**Organización:** Los principios, la estructura, la dinámica y las diversas funciones de las organizaciones institucionales, incluso instituciones como escuelas, hospitales, organismos y centros comunitarios de salud mental.

**Comunidad:** Comprensión de los factores culturales, sociales, políticos, religiosos y económicos que inciden en la vida de los pueblos e influyen en la salud mental. Sistemas de salud-enfermedad de diversos grupos.

**Dirigentes:** Diversas formas de dirección y estudios en los cuales se muestren sus efectos.

**Comportamiento humano:** Comparación entre la conducta normal y psicopatológica en relación con el crecimiento y desarrollo, conceptos de adaptación, condicionamiento y aprendizaje y procesos humanos generales en los que influye la interacción. Las teorías deben comprender las de índole intrapersonal, interpersonal y las referentes a sistemas. Se ha de insistir en lo que se puede observar fácilmente.

**Teorías en ciencias sociales:** Incorporando en ellas conceptos recientes de sociología, psicología y antropología.

**Fenómenos de grupo:** Estudios de grupos pequeños, incluso familias, considerados como sistemas sociales. Estudios de colectividades. Dinámica de los sistemas de familia.

**Asuntos y problemas sociales:** Especialmente los que son propios del país o de la región de que se trate.

**Teorías que explican procedimientos como los siguientes**

**La función y el procedimiento de consulta:**

Diferenciación entre las consultas propias de la enseñanza, la supervisión y la psicoterapia.

**Entrevistas:** Comparación entre entrevistas biográficas (información), de personal (orientación del trabajo), modificación de la conducta (técnicas de acondicionamiento a corto plazo), orientación (actividades de investigación—tratamiento a corto plazo), y psicoterapia individual.

**Supervisión:** Naturaleza del examen de datos conjuntamente por el supervisor y el empleado, incluyendo el proceso de intercambio de información; uso de dicho examen para el perfeccionamiento del personal, así como la utilización del mismo en aspectos administrativos y docentes.

**Solución de problemas y adopción de decisiones:** Aspectos relativos a la recopilación de datos, uso de los datos en el análisis y formulación de problemas, diferentes clases de planes de acción, terminología usada en dichos planes para uso profesional y no profesional.

**Evaluación e informes:** Consideración del uso de informes por los equipos y por la administración, así como de informes sobre investigaciones o acerca del progreso alcanzado en una situación determinada.

El ideal sería que la preparación de los profesionales, a la que se ha hecho referencia, se proporcionara en un período de orientación antes de que ingresaran en el servicio, posiblemente de tres a seis meses de duración, en un programa comunitario de salud mental en funcionamiento. Otras posibilidades son:

Facilitar breve orientación (1 a 2 días) al personal al ingresar al empleo con el fin de examinar los principios, normas, naturaleza del programa y sus finalidades y determinar qué aspectos de la educación se han descuidado a fin de poder incluirlos en los planes subsiguientes de adiestramiento en el servicio.

Dedicar algún tiempo, durante los primeros tres meses, al adiestramiento en el servicio, ya sea en grupos o mediante tutores, incluyendo lectura y trabajo clínico bajo supervisión.

Utilizar las reuniones del personal de los

equipos para fomentar la educación continua de sus miembros.

Organizar reuniones de supervisión, regularmente cada semana, con profesionales de mayor experiencia, a los efectos de cambiar impresiones y de familiarizar al personal con diversas situaciones prácticas.

Continuar la serie de conferencias y debates semanalmente con participación de todo el personal, a fin de garantizar su perfeccionamiento continuo.

El personal o los empleados *no profesionales* también deben prepararse para su trabajo. Riessman<sup>10</sup> ha ofrecido algunas valiosas sugerencias acerca del adiestramiento de no profesionales. La acción es la dimensión principal del trabajo no profesional y el examen de esa acción por un profesional es la base principal del adiestramiento. Riessman sugiere que los no profesionales prefieren empezar a trabajar sin demora, por lo cual se requiere un programa muy breve de adiestramiento antes del servicio. Tal vez sea suficiente un día de orientación. Luego, Riessman sugiere que las tareas y funciones se escalonen en forma progresiva a fin de dar tiempo al personal para que aprenda antes de asumir nuevas tareas. Además, es preciso vincular la enseñanza teórica, derivada de doctrinas utilizadas por los profesionales, con las actividades que realmente se llevarán a cabo y con el análisis de estas realizada con una persona más experimentada. Este análisis acerca de las actividades puede realizarse en reuniones individuales con el supervisor o en grupo en seminarios con el mismo propósito. Riessman sugiere también que tiene cierta ventaja dejar que el mismo profesional seleccione, capacite y supervise a determinados no profesionales e insiste en que se les asignen tareas interesantes en vez de simples trabajos subalternos. Es necesario que alguien asuma la responsabilidad de conocer, comprender y asesorar al personal no profesional en forma continua para que cumplan una función útil en el programa de salud mental.

Es posible que parte del personal no profesional haya adquirido alguna forma de adiestra-

<sup>10</sup>Riessman, Frank. "Strategies and Suggestions for Training Non-Professionals". *Community Mental Health Journal* 2(3):103-110, verano, 1967.

miento técnico, como el auxiliar de enfermería, por ejemplo, y que otros no profesionales tengan una educación previa sumamente limitada. No obstante, muchos de ellos tienen cualidades innatas o aptitudes excepcionales que es preciso descubrir y aprovechar en los servicios del programa comunitario de salud mental. Es posible que la mayoría del "personal autóctono" seleccionado en la comunidad de que se trate para colaborar en el programa, comprenda con más facilidad que el personal profesional los *detalles* de las dificultades personales o de la situación en que se encuentra una persona, familia o grupo. (El profesional quizás pueda abstraer los problemas, temas y dificultades principales, y, de este modo, ver las relaciones entre los detalles, o pueda apoyarse en teorías abstractas que le ayuden a explicar los detalles y que sugieran su intervención eficaz o innovadora, utilizando así los pormenores observados y conocidos a un nivel diferente de capacidad intelectual.) El éxito en la utilización del "personal autóctono" depende de la capacidad de una persona más experimentada e informada (generalmente un profesional) que escucha la descripción de acontecimientos que hace aquel personal, interpreta por sí los detalles a un nivel conceptual y luego, en términos más sencillos, sugiere consejos y orientación que aquél ha de tratar de utilizar con determinado cliente o situación.

El personal no profesional también necesita alguna forma de capacitación en el empleo. En dicha preparación lo esencial es la "supervisión" ya sea mediante tutor, con una persona experimentada, o en un grupo en que muchos no profesionales facilitan datos a un profesional para que los examine en la forma antes descrita. Esta clase de enseñanza libre de formulismo es lenta, sobre todo al principio, pero puede acelerarse organizando una serie de conferencias-seminarios para estudiar y reorientar aptitudes, conceptos previos y métodos de establecer contactos interpersonales. Puede también

ser útil presentar de cuando en cuando formas simplificadas de conocimientos, especialmente conceptos como los de ansiedad, agresión, crecimiento y desarrollo. En efecto, esta labor de supervisión y enseñanza proporciona la reorientación "terapéutica" por medios académicos del personal no profesional. Incluso en la educación profesional no son raros los ejemplos de personal que en sus relaciones mutuas con los pacientes, actúa *como si* tales situaciones duplicaran las de su propia niñez. Esto ocurre aún con más frecuencia en el caso del personal no profesional. Por consiguiente, la finalidad de la enseñanza es ampliar la capacidad del personal para observar, es decir para ver a otros no en función de sus propias experiencias personales como niño o padre, sino más bien de la situación en que se encuentran a la luz de las circunstancias.

### Resumen

En este trabajo he sugerido cómo las definiciones y prioridades ayudan a definir los objetivos del programa y, por ende, a determinar la forma en que se ha de utilizar el personal en un programa comunitario de salud mental. Se ha indicado la función crucial que desempeña el administrador. Se han presentado algunas dimensiones del equipo de salud y se han dado ejemplos de la manera de aprovechar los recursos de la comunidad. Se han definido algunos métodos o procedimientos que utiliza el personal de los equipos de salud mental; se han descrito los servicios directos e indirectos que puede proporcionar ese personal. Se ha sugerido que la teoría constituía "la dimensión profesional" y se han indicado algunos aspectos de dicha teoría en la preparación de profesionales. Se aludió también en forma breve a la preparación del personal no profesional. Sobre este tema habría todavía mucho más que decir. En la bibliografía se indican otras fuentes de ideas relacionadas con el título del presente trabajo.

Posibles fuentes de ayuda para un programa de salud mental en la comunidad

Posibles fuentes*	Contribución prevista	Aporte necesario para obtener el máximo provecho de la contribución prevista
Personal de planificación de la familia	Localización precoz de casos: Identificación de familias con desorganización extrema y niños perturbados	Consultas para obtener el máximo provecho de: —breve orientación sobre situaciones —transferencia del caso cuando sea necesario.
Maestros	Utilización de medios académicos con niños difíciles	Instrucción: principios de la conducta humana para utilizarlos en la enseñanza en clase.
Inspectores de salud pública	Presentación de informes sobre problemas recurrentes que afectan el desarrollo psicológico de niños en vecindades, escuelas, orfanatos	Consulta o colaboración, o ambas, para mejorar el ambiente y establecer un medio sano.
Centros de puenicultura	Evaluación y reorientación de la madre para que utilice prácticas psicológicamente útiles en la crianza de sus hijos: destete, control de esfínteres, disciplina	Instrucción sobre actitudes que favorecen la salud mental y prácticas sobre crianza de niños que se han de enseñar a las madres.
Clero	Supervisión y apoyo a familias en situación difícil; apoyo a los enfermos mentales dados de alta	Consultas.
Policía	Reorientación de aptitudes y métodos para tratar a los delincuentes menores y a los menores, en general, con el fin de inculcarles actitudes sanas hacia la autoridad. Intervenciones constructivas en conflictos maritales o de vecindad	Instrucción: principios de la conducta humana. Consultas.

\*Otras posibilidades serían: establecimiento de clubes para padres y sus hijos; mejoramiento de los programas de formación profesional para personal no calificado; mejoramiento de las guarderías; servicios de orientación sobre problemas matrimoniales; programas de orientación y consejo escolares; estudio de los aspectos de salud mental de los sistemas jurídicos; tribunales, prisiones; programas sobre el ausentismo en la industria; fomento de zonas y clubes de recreo para niños; promoción de escuelas especiales para niños retardados; colaboración con organismos de bienestar a fin de identificar tendencias familiares, etc.

### Bibliografía inicial para un programa comunitario de salud mental

En las publicaciones sobre el tema se describen las funciones del personal y el contenido de los programas de educación continua o de adiestramiento previo al ingreso en el servicio con el fin de mejorar la calidad del trabajo. Se pueden conseguir esas obras con respecto a lo siguiente:

Los parámetros de un programa comunitario de salud mental comprenden:<sup>11</sup>

*La programación de servicios para la prevención y control de trastornos mentales:* consulta, selección de grupos expuestos a gran riesgo, educación del público, examen colectivo, localización precoz de casos.

*Conocimiento acerca de la organización de la comunidad:* las comunidades como entidades dinámicas; sistemas sociales relacionados con la eficacia de los recursos humanos, juntas clínicas y comités consultivos.

*Estudios epidemiológicos:* incidencia, prevalencia, correlación de pronósticos, factores causales, análisis de programas, evaluación controlada.

*Conocimientos generales:* orientación del niño, servicios para adultos, tratamiento conjunto de la familia, hospitales diurnos y nocturnos, talleres protegidos, rehabilitación y orientación profesional, el retardado, el alcohólico, el impedido, el riesgo de suicidio, el anciano. Problemas sociales tales como la pobreza, la deserción escolar y la integración racial.

*La planificación como un proceso dinámico:* organización y administración de servicios, dimensiones económicas del cuidado de la salud mental, administración de medicamentos, planes de tratamiento, uso de voluntarios y subprofesionales, aprovechamiento adecuado de recursos, prioridades de servicio.

*Atención continua:* el centro integral de salud mental, problemas de transferencia de pacientes, programas institucionales de observación ulterior, comunicación interinstitucional, formas de la atención ulterior.

*Ambiente óptimo:* sistemas de salas, escuelas, aulas, instituciones, reordenación urbana, función de las normas administrativas, estereotipos en la comunidad, niveles de tolerancia.

*Recursos humanos y adiestramiento:* contratación, adiestramiento sobre el terreno, cuerpos de servicio, educación universitaria, enseñanza de nuevas técnicas, relaciones interprofesionales de acuerdo con la función, personal no profesional.

*Legislación:* cumplimiento de la legislación, procedimientos para la reclusión, planes básicos del programa, normas profesionales, certificación, licencia, prácticas profesionales, fondos.

*Modelos conceptuales recientes:* investigación operacional, simulación y análisis mediante computadoras, teoría de la crisis, teoría de la consulta y métodos ecológicos de salud pública.

<sup>11</sup>Tomado del *Community Mental Health Journal*.

## REFERENCIAS

## Modelos: Centros existentes

- Beckerman, Aaron, Seymour Perlin y William B. Weinstein. "The Montefiore Program—Psychiatry Integrates with the Community". *Ment Hosp* 14:8-13, 1963.
- Leopold, Robert L. "The West Philadelphia Mental Health Consortium: Administrative Planning in a Multihospital Catchment Area". *Amer J Psychiat* 124(4):69-76, 1967.
- Muhich, D. F., et al. "Professional Deployment in the Mental Health Disaster: The Range Mental Health Center". *Comm Ment Health J* 1(2):205-207, verano, 1965.
- Nelson, Sherman E. "The Fort Logan Mental Health Center". *Comm Ment Health J* 1(4):205-207, primavera, 1965.
- Tulchin, Simon H., Jessie E. Crampton y Bertrand L. New. "The Development and Growth of Community Mental Health in Brooklyn: Current Issues and Problems". *Comm Ment Health J* 3, otoño, 1967.
- Organización y Administración**
- Hallock, A. C. K. y W. T. Vaughn. "Community Organization—Dynamic Component of Community Mental Health Practice". *Amer J Orthopsychiat* 26:691-706, 1956.
- Kahn y Katz. "Leadership Practices in Relation to Productivity". En *Group Dynamics*, Cartwright y Zander (eds.). Nueva York: Row, Peterson and Co., 1962.
- Likert, Reniss. *The Human Organization*. Nueva York: McGraw Hill Book Co., 1967.
- New, Peter Kong-Ming. "An Analysis of the Concept of Teamwork". *Comm Ment Health J* 4(4):326-333, 1968.
- Stucks, Alice M. "Working Together Collaborating with Other Professionals". *Comm Ment Health J* 1(4):316-319, invierno, 1965.
- Whittington, H. G. *Psychiatry in the American Community*. Capítulo 3, "The Nurturant Society: An Introduction to Community Organization", págs. 54-69; capítulo 4, "The Team: Role Definition and Inter-Relationships", págs. 70-84. International University Press, 1966.
- Servicios y Métodos**
- Bodarky, Clifford J. *Action for Mental Health* (Final Report of the Joint Commission on Mental Illness and Health, 1961). Nueva York: Science Editions. Y "Comprehensive Planning for Community Mental Health Services: The Commonwealth of Pennsylvania". *Comm Ment Health J* 1(3):271-275, otoño, 1965.
- Coleman, M. D. e I. Zwerling. "The Psychiatric Emergency Clinic: A Flexible Way of Meeting Community Mental Health Needs". *Amer J Psychiat* 115:980-984, 1959.
- Daniels, David N. "The Community Mental Health Center in the Rural Area: Is the Present Model Appropriate?". *Amer J Psychiat* 124(4):32-37 (suplemento), 1967.
- Fairweather, G. W. *Methods for Experimental Social Innovation*. Nueva York: John Wiley and Sons, pág. 250, 1967.
- Furman, Sylvan S. "Obstacles to the Development of CMH Centers". *Amer J Orthopsychiat* XXXVII (4):758-765, 1967.
- Harris, M. R., et al. "Precipitating Stress: An Approach to Brief Therapy". *Amer J Psychother* XVIII(3):465-471, 1963.
- Hersch, Charles. "The Process of Collaboration: A Case Study". *Comm Ment Health J* 3(3):254-258, otoño, 1967.
- Kirby, Joyce. "A Psychoanalytic Clinic Reaches Out to the Community". *Comm Ment Health J* 3:245-249, otoño, 1967.
- Koltuv, Myron y Walter S. Neff. "The Comprehensive Rehabilitation Center: Its Role and Realm in Psychiatric Rehabilitation". *Comm Ment Health J*: 251-259, 1968.
- Leon, Robert L. "Community Psychiatry Starts with the Patients' Needs". *Hosp Community Psychiat*: 62-65, 1966.
- "Mental Health and Mental Health Services in Rural Communities". Cap. 14 en *Rural Youth in Crisis: Facts, Myths, and Social Change*. Burchinal, Lee G. (ed.). Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A. Washington, D.C.: Government Printing Office. Publicación JD-3001-1965, pág. 401, 1965.
- Meymandi, A. "The First Two Hundred Days: An Experiment in Interagency Cooperation and Communication". *Cumberland County Mental Health Center*. Fayetteville, Carolina del Norte, pág. 153 (gratuito).
- Parad, H. J. *Crisis Intervention: Selected Readings*. Nueva York: Family Service Association of America.
- Pasamanick, Benjamin, Frank Scarpetti y Simon Dintz. *Schizophrenics in the Community*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1967.
- Rabiner, Charles J. y Leon Hankoff. "Satellite Neighborhood Clinics". *Hosp Community Psychiat* 19(9):282-284, 1967.
- Riessman, Frank, et al. (ed.). *Mental Health of the Poor: New Treatment Approaches for Low Income People*. Nueva York: Free Press, 1964.
- Seale, A. L., Ronald Pryer y W. S. Easterling. "The State Hospital in the 'Bold New Approach' to the Call of the Mentally Ill". *Ment Hyg* 50:601-605, 1966.
- Servicio de Salud Pública de los E.U.A. *Emergency Services; Inpatient Services; Outpatient Services; Partial Hospitalization*. Washington, D. C.: Government Printing Office. Publicaciones Nos. USPHS 1447, 1624, 1578 y 1449.
- Silverman, Phyllis Rolfe. "Services to the Widowed: First Steps in a Program of Preventive Intervention". *Comm Ment Health J* 3(1):37-44, primavera, 1967.
- Specht, Harry. "Community Development in Low-Income Negro Areas". *Social Work*, págs. 78-79, 1966.

- Srole, Leo, Michael Langner y Rennie Opler. *Mental Health in the Metropolis*, Vol. 1. Nueva York: McGraw-Hill, 1962.
- "The Protection and Promotion of Mental Health in Schools". Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A. Mental Health Monograph No. 5, Publicación del Servicio de Salud Pública No. 1226, 1965.
- Whittington, H. G. *Psychiatry in the American Community*. Capítulo VI, "The Consultation Program". International University Press, págs. 115-126, 1966.
- Yolles, Stanley F. "Community Mental Health Service: The View from 1967". *Amer J Psychiat* 124(4):1-8 (suplemento), 1967.
- General**
- Teoría*
- Baker, Frank y Herbert Schulberg. "The Development of a Community Mental Ideology Scale". *Comm Ment Health J* 3(3):216-225, otoño, 1967.
- Bellak, Leopold. *Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*. Nueva York: Grune and Stratton, 1964.
- Blackman, Sheldon y Kenneth M. Goldstein. "Some Aspects of a Theory of Community Mental Health". *Comm Ment Health J*: 85-90, 1968.
- Bolman, William F. "Theoretical and Empirical Bases of Community Mental Health". *Amer J Psychiat* 124(4):8-13 (suplemento), 1967.
- Caplau, Gerald. *An Approach to Community Mental Health*. Nueva York: Grune and Stratton, 1961.
- Caplau, Gerald. *Principles of Preventive Psychiatry*. Nueva York: Basic Books, 1964.
- Caplau, Gerald y Ruth B. Caplau. "Development of Community Psychiatry Concepts". En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Alfred M. Freedman y Harold I. Kaplan (eds.). Baltimore: The Williams and Wilkins Co., págs. 1499-1516, 1967.
- Community Mental Health and Social Psychiatry: A Reference Guide*. Cambridge: Harvard University Press, 1962.
- Cumming, Elaine. "Unsolved Problems of Prevention". *Canada's Mental Health*, suplemento No. 56, 1968.
- Duhl, L. (ed.). *The Urban Condition*. Nueva York: Basic Books, 1963.
- Freedman, Alfred M. y Harold I. Kaplan (eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins Co., 1967; Berlin, Irving N. "Secondary Prevention" (págs. 1541-1548); Freedman, Alfred M. "Tertiary Prevention" (págs. 1548-1551); Visotsky, Harold M. "Primary Prevention" (págs. 1537-1541).
- Goldston, S. (ed.). *Concepts of Community Psychiatry*. Publicación del Servicio de Salud Pública (EUA) No. 1319, 1965.
- Hollingshead, A. B. y F. C. Redlich. *Social Class and Mental Illness*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc., 1958.
- Klein, Donald C. "The Community and Mental Health: An Attempt at a Conceptual Framework". *Comm Ment Health J* 1(4):301-308, invierno, 1965.
- Milbank Memorial Fund. *The Elements of a Community Mental Health Program*. 1956.
- Newbrough, J. R. "Community Mental Health: A Movement in Search of a Theory". En *Community Mental Health: Individual Adjustment or Social Planning*. Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A., Publicación del Servicio de Salud Pública No. 1504, págs. 1-17, 1964.
- Rossi, A. M. "Some Pre-World War II Antecedents of Community Mental Health Theory and Practice". *Ment Hyg* 46:78-94, 1962.
- Roberts, Leigh M., Seymour Holleck y Martin Loeb. *Community Psychiatry*. Madison: University of Wisconsin Press, pág. 252, 1961.
- Sanders, I. *The Community: An Introduction to a Social System*. Nueva York: Ronald Press, 1958.
- Warren, R. L. "Toward a Reformulation of Community Theory". *Human Organization* 15:8-11, 1956.
- Whittington, C. G. *Psychiatry in the American Community*. Nueva York: International University Press, 1966.
- Williams, Richard H. y Lucy D. Ozarin (eds.). *Community Mental Health: An International Perspective*. San Francisco: Jossey-Bass, 1967.
- (Consultar asimismo la bibliografía que aparece en el *American Handbook of Psychiatry*, Silvano Arieti (ed.), vol. III, 521-541).
- Política*
- Black, Bertram J. "Comprehensive Community Mental Health Services: Setting Social Policy". *Social Work* 12:51-58, 1967.
- Kelly, James G. "The Community Mental Health Center and the Study of Social Change". En *Community Mental Health: Individual Adjustment or Social Planning*. Publicación del Servicio de Salud Pública de los E.U.A. No. 1504, págs. 39-52, 1964.
- Stretch, John, M. S. W. "Community Mental Health: The Evolution of a Concept in Social Policy". *Comm Ment Health J* 3(1): 5-12, primavera, 1967.
- Educación por funciones**
- Profesional*
- Albinie, Joseph L. "The Role of the Social Worker in an Experimental Community Mental Health Clinic: Experiences and Future Implications". *Comm Ment Health J* 4(2):111-119, 1968.
- Anderson, Margaret M., Betty Ann Glasser y Mary Jane Manning. "Nursing and Social Work Roles in Cooperative Home Care and Treatment of the Mentally Ill". *Nurs Outlook* 11(2), 1963.
- Brotman, Richard y Martin A. Levinstein. "A Role Model for Social Workers in Community Mental Health Practice". *Social Work* págs. 21-26, 1967.
- Burwell, Kathleen. "The Development of Job Descriptions for a Psychiatric Nurse Specialist and a Public Health-Mental Health Nursing Consultant". En *Nursing in Community Health Services*, págs. 218-230.

- De Paul, Alice V. "The Nurse as a Central Figure in a Mental Health Center". *Perspectives in Psychiatric Care* VI(1):17-24, 1968.
- Gelfand, S. y J. G. Kelly. "The Psychologist in Community Mental Health: Scientist and Professional". *Amer Psychol* 15:223-226, 1960.
- Group for Advancement of Psychiatry, Education for Community Psychiatry, GAP Report No. 64, pág. 64, Nueva York, 1967.
- Glittenberg, JoAnn. "The Nurse Therapist in a Community Mental Health Clinic". En *Nursing in Community Mental Health Services*. Folleto mimeografiado.
- Kinsler, Dawn. "The Nurse Therapist". *J Psychiat Nursing*: 86-87, 1968.
- Mereness, Dorothy. "The Potential Significant Role of the Nurse in Community Mental Health Services". *Perspect Psychiat Care* 1(1):34-39, 1963.
- Messick, Janice M. y Donna C. Aguilera. "Realistic Utilization: Levels of Preparation". JPN and Mental Health Services, págs. 133-137, 1968.
- Peplau, H. E. "The Nurse in the Community Mental Health Program". *Nurs Outlook*: 13:68-70, 1965.
- Rosenblum, Gershen. "The New Role of the Clinical Psychologist in a Community Mental Health Center". *Comm Ment Health J* 4(5):403-411, 1968.
- White, Opal H. et al. "The Nurse in Family Care". En *Nursing in Community Mental Health Services*, págs. 91-95.
- Yolles, S. F. "The Role of the Psychologist in Comprehensive Community Mental Health Centers". *Amer Psychol* 21(1), 1966.
- VonFelsinger, John y Donald Kleen. "Professional Training for the Mental Health Field". *Ment Hyg* 46:203-217, 1962.
- No profesional*
- "Graduate Mothers". *SK & F Psychiatric Reporter* 38:11-12, 1968.
- Hallowitz, Emanuel y Frank Riessman. "The Role of the Indigenous Nonprofessional in a Community Mental Health Neighborhood Service Center Program". *Amer J Orthopsychiat* XXXVII(4): 766-778, 1967.
- Lynch, Mary, Elmer Gardner y Stanton B. Felzer. "The Role of Indigenous Personnel as Clinical Therapists". *Arch Gen Psychiat* 19:428-434, 1968.
- Reiff, Robert y Riessman, Frank. "The Indigenous Nonprofessional—A Strategy of Change in Community Action and Community Mental Health Programs". Monografía No. 1, *Community Mental Health Journal*, c/d Behavioral Publications, 2852 Broadway, Nueva York, Nueva York, 10025.
- Riessman, Frank. "Strategies and Suggestions for Training Non-Professionals". *Comm Ment Health J* 3(2):103-110, verano, 1967.

#### Evaluación e Investigación

- Gildea, M. C., et al. "Community Mental Health Research: Findings after Three Years". *Amer J Psychiat* 114:970-976, 1958.
- Glasscote, R. M., et al. "The Community Mental Health Center: An Analysis of Existing Models". Washington, D. C.: Joint Information Service (APA-NAMH), 1964.
- Glidewell, J. C., et al. "Methods for Community Mental Health Research". *Amer J Orthopsychiat* 27:38-54, 1957.
- Langner, Thomas S. y Stanley T. Michael. "Life Stress and Mental Health". *The Midtown Manhattan Study*, Vol. 2. Nueva York: Free Press of Glencoe, 1963.
- "Mental Health Program Evaluation" y "Mental Health Data Collection in the West". Publications Unit, WICHE, U. East Campus, 30th St., Boulder, Colorado, 80302 (gratuito).

## EL HOSPITAL PSIQUIATRICO COMO CENTRO DE SALUD MENTAL

Dr. Leonardo García Buñuel\* y Dr. Luis Guedes Arroyo†

Los hospitales psiquiátricos públicos, administrados por los Ministerios de Salud o por sus servicios, ya sean federales, provinciales o municipales, constituyen el eje de cualquier programa de salud mental. El manicomio, hospicio de alienados, asilo psiquiátrico o como quiera llamársele, ha existido desde hace mucho tiempo y, aún hoy día, con todas sus lacras y sus miserias, sus dolores y sus esperanzas, sobrevive entre nosotros preñado de oportunidades sin cuento pero prisionero de una estructura burocrática que lo ha fosilizado al punto de que llamarlo hospital parece más fantasía que realidad. Por eso, en el transcurso de este trabajo llamaremos manicomio central a este híbrido de cárcel y hospital (20, 26, 28, 31, 41, 44, 54), poniendo de relieve su posición central en el espectro o constelación de los servicios de salud mental, prescindiendo, de momento, de su función terapéutica.

Huelga entrar en una detallada exposición de cuales son los problemas de un manicomio central, de sobra conocidos por todos aquellos que, como nosotros, han pasado en ellos su vida como psiquiatras "crónicos" o "recuperables a largo plazo" a juzgar por su permanencia dentro del sistema institucional. Baste decir que, como institución terapéutica, se encuentra en profunda bancarrota y que, por razones que desconocemos, casi todos los esfuerzos destinados a reformarlo parecen haber considerado como problema básico su tamaño desmesurado. La primera obsesión del director de un manicomio central es la de reducir el censo o dotación de camas, ya sea mediante la transferencia de pacientes hacia otras instituciones no tan densamente pobladas, o su alta indiscriminada o

poniendo toda suerte de obstáculos a la internación o solicitando la creación de otros establecimientos intermedios tales como servicios psiquiátricos en hospitales generales o centros comunitarios de salud mental. Todos nosotros conocemos estas actitudes porque o estamos en el proceso de ejecutarlas o, habiendo cometido el error de haber emprendido esa ruta hace algunos años, estamos ahora sufriendo sus consecuencias.

Todas estas estrategias son periféricas al problema fundamental del manicomio central, puesto que ignoran la realidad de su situación interna, de su dinámica social y de su estructura administrativa (9, 11, 20, 30, 31, 49, 56, 59). A menos que estas cambien, todo intento de solución no pasará de ser un tratamiento sintomático y no etiológico de la enfermedad crónica y, hasta ahora casi siempre incurable, del manicomio central.

Con pocas y honorables excepciones, la estructura interna del manicomio central es monolítica, vertical, autoritaria, estratificada y jerarquizada (1, 15, 30, 31, 38, 49, 51, 58). Las razones de tal situación no son claras ni fácilmente clasificables. Al parecer cualquier organización humana tiende a burocratizarse, lo que es una forma elegante de decir que tiende a deshumanizarse por causa de una presunta eficiencia y economía operacional. Cuanto mayores sean las dimensiones de una organización, mayor será la severidad de la burocratización que ella crea. Pero lo opuesto es también cierto: cualquier organización o establecimiento tiende a perpetuarse a sí mismo mediante la adición, dentro de su sistema, de nuevos elementos o individuos que, al hacerla más grande la conviertan también en permanente (48, 49). Y así, en el manicomio central nos vemos envueltos en un dilema sin solución pues el ciclo se repite incesantemente: el incremento del censo de pacientes y de las complejidades

\*Profesor Asistente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nuevo México, Estados Unidos de América, Consultor de la OPS/OMS.

†Jefe de la División de Psiquiatría Comunitaria, Instituto Nacional de Salud Mental, Buenos Aires, Argentina.

presupuestarias produce una inevitable burocratización la cual, a su vez, da lugar a una expansión del tamaño de la institución y, de nuevo, la maquinaria burocrática se hace más maciza y plúmbea. No hay posibilidad de escape.

Quizás por eso ha estado tan de boga la teoría de que si se reduce el tamaño del manicomio central se resolverán sus problemas. Este es un error grave y de trágicas consecuencias pues, a menos que el manicomio central sufra una transformación radical en su estructura interna, cualesquiera otras instituciones psiquiátricas que aparezcan en su derredor no harán sino reproducir los mismos errores. Según nuestra tesis, el manicomio central como cualquier otra institución social destinada a la admisión, control o incluso rehabilitación, de reclusos—sean enfermos mentales o delincuentes—reproduce en su seno el sistema social del que dicha institución forma parte (9, 11, 21, 32, 34, 36). Debiera añadirse que ciertas actitudes y prejuicios propios de cualquier cultura y su circunstancia histórica condicionan la atmósfera interna de estas instituciones (16, 32, 33, 38, 49).

El manicomio central es lugar para disidentes, para individuos cuya conducta social no coincide con las normas de conducta de la sociedad en que viven. Sería un error grave pretender que todo residente del manicomio central está enfermo; alienado, sí. Este último término es más preciso porque, esencialmente, el alienado es un extranjero, un prófugo transeúnte sin hogar propio. Muchos de los alienados sufren trastornos mentales clasificables dentro de categorías clínicas, otros no. Pero, una vez dentro del manicomio central, la disidencia no es ya posible pues toda la organización está dedicada a la clasificación de conductas diversas y al alojamiento de aquellos que las presentan en compartimientos estancos, en el seno del hospital, que hagan más fácil su control y manejo (1, 9, 11, 26, 30, 51, 58).

La capacidad del psicótico de establecer relaciones interpersonales y mantenerlas a un nivel funcional y operativo es mínima. El manicomio central alberga muchos psicóticos—

no todos aquellos que habitan en nuestro seno—y, por ello, no es fácil que los pacientes se organicen en forma tal que puedan presentar un frente unido que exija reformas o ejercite ciertos derechos (38,54). Nunca hemos oído de una rebelión de pacientes en el manicomio central pero sí de revueltas de presos en cárceles y penitenciarías en muchas partes del mundo. No es sorprendente, por doloroso que resulte decirlo, que salvo pocas excepciones la reforma de las instituciones penales ha progresado mucho más que la del manicomio central.

Sin embargo, aquellos pacientes que emiten sonidos más al unísono con la filosofía institucional tienden a recibir mejor tratamiento y máxima atención. Así los servicios de terapia intensiva tienden a albergar no necesariamente a aquellos que más la necesitan—¿qué enfermo no necesita terapia intensiva?—sino aquellos que crean menos problemas dentro del sistema institucional porque pueden manejarse fácilmente o son lo suficientemente agradecidos para responder rápidamente a la atención que se les presta, o porque tienen más dinero o son jóvenes y atractivos o son, eufemísticamente, “casos interesantes”.

La justificación del manicomio central es la existencia de personas cuyas emociones no gobiernan o influyen su conducta en la misma forma que en la mayoría de la población. Sería lógico presumir que la organización interna del manicomio central debiera responder a la necesidad de modificar la influencia de las emociones sobre la conducta social de sus clientes, clientes puramente transeúntes y no eternos. Si tal asociación entre manicomio y cliente es transitoria, entonces el manicomio central debiera estructurarse, en lo posible, como la sociedad que lo circunda y considerando los grupos humanos que la integran: familia, vecindad, barrio, etc. (6, 17, 23, 24, 25, 49, 57). En nuestros hogares, familias y vecindarios, personas de diversa edad, sexo, creencias religiosas y políticas, profesiones y oficios, color de piel y cabello, conviven, sufren, sueñan, disputan, forman alianzas, nacen y mueren. ¿Qué hacemos en los manicomos? Clasificamos a los pacientes por categorías según sean más fácil-

mente manejables, categorías que nada tienen que ver con su circunstancia humana. Hombres y mujeres . . . La cuestión del sexo es muy importante. Nos ocupamos de su conducta, sea en términos de nuestra observación, sea basándonos en las explicaciones que nos dan aquellos que transportaron al nuevo cliente del mundo en que vivió al universo extraño de una casa de locos. El diagnóstico es muy importante, es una tarea esotérica y mágica que sólo el psiquiatra puede desempeñar. Nuestra evaluación del pronóstico depende en gran medida del sambenito diagnóstico que colgamos del cuello del nuevo cliente así como de la duración de su conducta anormal, y tal evaluación pronóstica influirá para siempre el destino del cliente en el laberinto manicomial (3, 11, 20, 46, 50, 57) que hemos creado no tanto para aliviar la miseria de otros como para resolver nuestra angustiosa incertidumbre. Pues en efecto, cuando clasificamos a nuestros pacientes en grupos pronósticos, tales como "recuperables a corto plazo", "recuperables a mediano plazo" y "recuperables a largo plazo" (47) hemos decidido cual ha de ser su destino. Los pacientes del manicomio central son distribuidos a través de sus salas y edificios de acuerdo con los juicios formulados sobre la duración de la enfermedad. Dentro de cada grupo pronóstico, existen ciertas clasificaciones tales como sexo, edad o conducta cuya relación con el desempeño de una función o papel social es por demás tenue y remota. El resultado de tal situación es forzar al paciente a comportarse de acuerdo con nuestras profecías acerca de su futuro. Aislado dentro de un mundo artificial en el que todos son varones o hembras o peligrosos o incontinentes, o adolescentes o viejos, la existencia adquiere un nuevo y disparatado sentido. La actitud del personal influye radicalmente en el destino de los clientes del manicomio central. Pacientes "recuperables a corto plazo" se restablecen pronto no tanto porque su enfermedad o problema sea esencialmente de corta duración sino porque el personal les contagió de una cierta esperanza y otro tanto de optimismo. Aquellos que, considerados como "recuperables a largo plazo" no se curan jamás, responden a la

actitud nihilista del personal (3, 11, 20, 46, 50, 56). Las actitudes, por sí mismas, tendrían escasa importancia si no fuera porque influyen de manera decisiva en la distribución de los recursos que se dedican a cada grupo: los servicios de "recuperables a corto plazo" reciben más dinero y más personal, mucho más que los servicios de "recuperables a largo plazo". Peor aún, el mejor personal—todos aquellos que todavía no han sido indocinados en el sistema institucional pero que aceptan sin disputa la estructuración jerárquica existente—trabajan con "recuperables a corto plazo". Otros empleados, rebeldes, viejos o enfermos, acaban compartiendo sus vidas con los "recuperables a largo plazo". Así, podríamos hablar de "médicos crónicos", "asistentes sociales agudos", "psicólogos recuperables a largo plazo", "enfermeras peligrosas", "ergoterapeutas recuperables a corto plazo" (23, 24, 25, 50). Dentro del microcosmos institucional existe un sistema de desplazamiento, neutralización o eliminación de empleados considerados como personas molestas, incapaces o inútiles. En parte, tal situación es el resultado de la legislación o de la existencia de reglamentos que hacen difícil desembarazarse de personas perjudiciales a la institución. "Cronificarlos" es una forma de ignorarlos y hacerlos inocuos dentro del sistema institucional. Otro tanto hacemos con nuestros pobres al mantener la estructura social que perpetúa la existencia de una clase desposeída, abusada y explotada. Sabemos de sobra que ni los pobres ni la pobreza van a desaparecer como resultado de la creación de organismos y programas paliativos que proporcionan un techo o tantas calorías diarias o un trabajo humillante y sin sentido a una serie de desgraciados, proscritos, emigrantes y refugiados. Si no tenemos el valor de emprender una reforma radical de nuestra sociedad, nada se puede hacer acerca de la pobreza y la miseria; análogamente, sin una reforma radical de la estructura social del manicomio central, nada vamos a lograr en el campo de la salud mental, excepto nuevas y falsas revoluciones, de las cuales ya hemos sufrido muchas. Los "crónicos" en el manicomio central y los pobres en

la sociedad contemporánea ocupan el sótano, los bajos fondos, de nuestra cultura y de nuestra conciencia.

El manicomio central es, en todos sentidos, una "institución total", definida como una organización que provee a todas las necesidades de sus miembros, dentro de su ámbito (26). Ciertamente, los clientes—o pacientes—del manicomio central, son capaces de satisfacer todas sus necesidades materiales, aunque en forma precaria, dentro de sus paredes y muros. Algunas de esas necesidades son consideradas aceptables, tales como comer y dormir, leer un diario de vez en cuando o fumar cigarrillos sin aroma. Las relaciones sexuales no están permitidas, incluso al legítimo esposo o esposa, que visita cuando puede. Pero ciertas necesidades son satisfechas incluso aunque tratemos de declararlas inmorales o de mal gusto. Los clientes del manicomio central encuentran soluciones a tales prohibiciones, soluciones que demuestran ingenio y arrojo, creatividad y perseverancia. En vez de considerar tales "violaciones" del código institucional como evidencia de la capacidad individual para actuar por iniciativa propia, tales transgresiones provocan la cólera del sistema institucional y motivan medidas represivas contra los transgresores. Por si esto fuera poco, la estratificación del personal es tal que, para mantener el empleo y, de cuando en cuando, merecer ciertas promociones de categoría, sueldo, o de ambos, es necesario aceptar sin vacilación todo cuanto el código autárquico del manicomio central exige de cada empleado. Es muy raro que nadie tenga la oportunidad de expresar su opinión y semeja más confesión de heterodoxia que aserción de un cierto sentir y creer.

En una jerarquía vertical, cada miembro de la estructura tiende a transmitir información de abajo a arriba de tal manera que no comprometa o ponga en peligro su posición dentro del escalafón institucional. Así, cualquier nivel jerárquico tiende a culpar a sus subordinados de todo trastorno o dificultad (9, 6, 20, 30, 31, 58). De arriba a abajo lo que se transmite no es información sino órdenes.

Cuanto más elevada sea la posición de una

persona dentro del sistema institucional, mayor será el número de personas disponibles para ser culpadas por las dificultades que surjan o para recibir órdenes encaminadas a resolverlas. A la inversa, cuanto más bajo sea el nivel jerárquico, tanto mayor es el peso de la culpabilidad y menor la oportunidad de traspasarla a otros. El paciente, en la base de esta maciza pirámide jerárquica, recibe instrucciones de todo el sistema superpuesto a él y, en virtud de la conducta desidente que lo transformó de ciudadano en paciente, proporciona la necesaria justificación para la estructura opresiva y dictatorial bajo cuyo peso trata de sobrevivir y, extrañamente, mantener un cierto residuo de salud mental y ecuanimidad emocional (10, 23, 35, 36). Que haya pacientes que se "curen" en estas circunstancias es un testimonio de la fortaleza del espíritu humano.

Son tan escasas las oportunidades de satisfacción que nuestra sociedad proporciona a aquellos que atienden a los enfermos mentales que, sin excepción, el manicomio central ha desarrollado un sistema administrativo que responde a las necesidades emocionales y materiales del personal que en él trabaja. Las necesidades de los pacientes son secundarias cuando no totalmente ignoradas. Cualquier observador imparcial de nuestro paisaje manicomial recibe la impresión de que existe un esfuerzo concertado para hacer la vida de los empleados, a todo nivel, tan fácil y llevadera como sea posible.

La administración central define las funciones de cada escalón en términos suficientemente estrictos para permitir una separación total de niveles sociales dentro de la institución (52). Los ayudantes de enfermería, por ejemplo, deben ser todo oídos y medio mudos. El personal de infraestructura, que vive con el paciente durante horas ininterrumpidas cada jornada, debe ser lacónico, reverente y servicial. Jóvenes enfermeras deben vestir de blanco y con cofia y seguir a los médicos, unos pasos atrás, sin decir nada a menos que sean interpeladas. Los médicos comen en su propio comedor y, en algunos casos, los otros profesionales tienen sus propios comedores. El personal

de infraestructura se las arregla como puede. Comer con los pacientes es cosa inconcebible. Es mejor no hablar de excusados o retretes o como se llamen en nuestra elegante lengua española. Tales lugares representan el baluarte final y simbólico de la fragmentación social que hemos incorporado al manicomio central. Para aquellos que tengan una definida orientación psicoanalítica, sería de gran interés estudiar la relación entre la "segregación" o "integración" de lugares para ingestión—comedores—y excreción—excusados—y la sociedad circundante.

El manicomio central continúa ignorando a sus aliados naturales. El proceso por el cual un ciudadano "normal" se transforma en "paciente" es casi desconocido porque el manicomio central recibe a su cliente en el momento caótico de la crisis que lo aísla de sus congéneres, sea por un acto desesperado como un intento de suicidio o una orden judicial o un certificado médico. En los Estados Unidos de América, unas 150,000 personas ingresan en hospitales psiquiátricos cada año pero sabemos muy poco acerca de las circunstancias que lo motivaron. La mayoría de nuestros manicomios carecen de servicios intermedios tales como consultorios externos u hospitales diurnos. Cuando tales programas existen no sólo son muy limitados sino que operan dentro del ámbito del manicomio central y mantienen relaciones por demás tenues y ocasionales con otros programas, organismos o instituciones comunitarias.

Que el tamaño del manicomio central debe ser reducido es una proposición evidente. Igualmente, su estructura social necesita horizontalizarse, democratizarse, descentralizarse (23, 24, 34, 35, 36, 40, 55). A nuestro entender, la democratización de la estructura social y administrativa debe preceder a la reducción del número de pacientes en el manicomio central o a la creación de otras instituciones terapéuticas que operen más en armonía con el sistema de servicios médicos y de salud pública vigentes, tales como los servicios psiquiátricos de los hospitales generales.

Una solución lógica es la fragmentación interna del manicomio central en unidades o

servicios más pequeños que agrupen y reciban pacientes de una zona geográfica definida, zona en la que los pacientes residieron antes de ingresar en el manicomio y a donde, con toda probabilidad, retornarán cuando sean dados de alta. En un esquema orgánico de esta clase, el sexo, la edad, el diagnóstico, el pronóstico y la conducta cesarían de influir en la distribución de pacientes dentro del manicomio central. Equipos multidisciplinarios de salud mental serían asignados a los nuevos sectores del manicomio central, con la necesaria autonomía administrativa, presupuestaria y terapéutica para llevar a cabo cualquier tipo de programa comunitario dentro del área de jurisdicción geográfica de cada nueva unidad sectorizada (23, 24, 25).

Tal cambio de orientación no es posible a menos que los líderes, los directores y todos los profesionales que integran la plantilla del manicomio central estén dispuestos a actuar en forma democrática, lo que significa la renuncia a muchos privilegios así como la valentía de exponerse al escrutinio de sus subordinados y pacientes (23, 24, 35, 36). Tal aventura requiere humildad y fortaleza inigualables. Siempre nos han sorprendido las lucubraciones de muchos colegas que hablan de la dependencia de la madre, la incapacidad de responder a figuras autoritarias en forma adecuada, la debilidad volicional, la pasividad total del enfermo mental, como parte de su sistema de fracasos y catástrofes, cuando son los profesionales los que exigen sumisión total del paciente al sistema institucional y, en forma más o menos explícita, han creado un sistema de castigo o penitencia para aquellos que se desmandan, sea por medio de electroshock o encierro en celdas o destierro a los lugares más lúgubres del manicomio central. El paciente más enfermo es el que determina la atmósfera interna del manicomio central (6, 20, 27, 45, 59); de esta manera, las puertas de la institución se mantienen cerradas no para permitir la libertad de movimiento a sus clientes más saludables sino para contener a aquellos más desorganizados y peligrosos. El manicomio central responde a la conducta enferma de sus habitantes, no a su

conducta saludable. La reorganización administrativa y jerárquica debiera tener como foco, como objetivo cardinal, la presunta capacidad de cada miembro o cliente institucional—sea paciente o empleado—de actuar como persona normal y sana y no como loco o desidente. Esa orientación conduce a la libertad de expresión; lo contrario, a la censura y a la represión de las libertades individuales.

La sectorización geográfica del manicomio central es una solución transitoria, pero necesaria e ineludible. Antes de embarcarse en la sectorización de nuestros manicomos, necesitamos hacer estudios detallados de las comunidades circundantes y de los recursos que poseen, sean hospitales generales, orfanatos, cárceles, albergues para indigentes, escuelas, iglesias, o parques y lugares de recreo, con objeto de que las nuevas unidades sectorizadas dentro del manicomio central respondan a las agrupaciones humanas naturales que funcionan en la comunidad.

Por ejemplo, en el caso de manicomos centrales situados en grandes zonas metropolitanas, un estudio de las unidades politicomunitarias que integran la gran metrópolis será absolutamente imprescindible. Tales unidades—municipalidades, por ejemplo—suelen disfrutar de relativa autonomía fiscal y presupuestaria y, por añadidura, operan servicios sociales y de salud pública de toda suerte.

En ciertos casos, pues, sería lógico adaptar la fragmentación interna del manicomio central a las municipalidades existentes. Cuando el manicomio central se encuentra en el centro de una zona rural, la fragmentación interna podría muy bien adaptarse a las unidades ecológicas que componen la comunidad circundante; por ejemplo, ciertas zonas comunitarias de terreno fértil en valles y montañas a lo largo del curso de un río podrían dar lugar a la creación de ciertos servicios descentralizados dentro del manicomio central, mientras que zonas de desierto o pampa cuya vida no depende de la agricultura sino del ganado recibirían atención psiquiátrica de otros servicios o unidades dentro del mismo manicomio.

Una vez que la comunidad circundante ha

sido dividida en unidades politicomunitarias—municipalidades—o ecológicas—valles, monte, llanura, pantanos, etc.—es necesario determinar el número de pacientes que, de cada sector comunitario así establecido, reside en el hospital; también, el número de ingresos y egresos de acuerdo con su área de procedencia o destino. Con tal información es posible decidir el tamaño de cada nueva unidad sectorizada dentro del manicomio central ya que fuera disparate el hacerlas todas iguales, dando mayor importancia, una vez más, a las necesidades internas del manicomio central que a las de la comunidad circundante.

Tantos de nuestros servicios sociales están y han estado sectorizados por tanto tiempo que la comunidad está mucho mejor preparada para tal cambio en la estructura interna del manicomio central y sus repercusiones comunitarias, que lo que muchos de nuestros administradores de manicomos están dispuestos a creer. Las fuerzas de orden público, sobre todo la policía, han actuado siempre por distritos o secciones. Las escuelas públicas operan de la misma forma. Los departamentos de bienestar social y los programas de asistencia pública funcionan por sectores. Un programa de salud pública, cualquiera que sea su énfasis, es inconcebible sin referencia a agrupaciones naturales humanas o a unidades ecológicas.

Un sistema de descentralización geográfica presenta muchas ventajas y escasos inconvenientes. Por lo que se refiere a sus consecuencias comunitarias, proporcionaría las bases para estudios epidemiológicos; haría más comprensibles las diversas etapas que convierten en paciente a un ciudadano productivo y bien adaptado; permitiría el establecimiento de programas cooperativos entre el manicomio central y los hospitales generales de la comunidad; facilitaría la creación de programas de acción social y comunitaria de carácter preventivo; y alteraría radicalmente los programas de especialización en psiquiatría, puesto que la dimensión social y comunitaria sería, por primera vez, accesible a estudiantes de las diversas disciplinas que integran el equipo de salud mental (23, 24).

Este último aspecto nos interesa mucho en

estos momentos, por diversas razones. La práctica de la psiquiatría en el manicomio central, e incluso en sanatorios privados, ha impedido seguir el curso clínico de la enfermedad mental, dentro o fuera del manicomio. Dentro, porque la clasificación y distribución de pacientes de acuerdo con la edad, diagnóstico, conducta, pronóstico y demás factores provoca migraciones continuas dentro del manicomio según las vicisitudes diagnósticas, de conducta o pronósticas del paciente, percibidas en forma cambiante por el personal institucional. El sexo, característica permanente durante la vida del ser humano y, de todas las clasificaciones utilizadas en el manicomio central, es la única que no ocasiona peregrinación continua a través de las diversas salas y servicios del manicomio central. Además de todo esto, cuando el paciente retorna a la comunidad, se pierde en ella y, si ingresa de nuevo en el manicomio, es muy difícil saber que acaeció durante su ausencia.

Todas las ramas de la medicina operan sobre la base de una relación terapéutica que mantiene al médico y sus auxiliares en contacto ininterrumpido y continuo con la biografía patológica de cada paciente. No tenemos, en cirugía por ejemplo, cirujanos que traten al paciente durante el período preoperatorio, otros que se ocupen puramente de la intervención quirúrgica y, finalmente, otro grupo que se ocupe de la fase posoperatoria. En contraste, nuestras tradiciones manicomiales han creado especialistas en síntomas y, de vez en cuando, en síndromes, personas que tratan diversas fases de la enfermedad mental. Tenemos especialistas para "agudos", "crónicos", "incontinentes", "peligrosos" y "suicidas", como dijimos antes. Sabemos que la esquizofrenia es una enfermedad que discurre a lo largo de un período extenso de la vida de sus víctimas y que, influida por vicisitudes y circunstancias vitales que cambian constantemente, adquiere diferente fisonomía y vestimenta día tras día. Sabemos también que la esquizofrenia tiene una etiología frecuentemente identificable en cada individuo y que, dadas ciertas circunstancias y acontecimientos,

podemos trazar y predecir su proyección vital. Pero, *en nuestro presente sistema manicomial actuamos en relación al esquizofrénico como si cada momento de su vida representase una entidad patológica diferente.*

La sectorización geográfica del manicomio central haría imposible fragmentar la vida del enfermo en síntomas y, por añadidura, el equipo de salud mental asignado a su comunidad mantendría contacto continuo con él y su familia, su patrono y otras personas importantes en su vida. De esta guisa, no sólo derivaríamos gran beneficio terapéutico para el paciente sino que empezariamos a aprender psiquiatría. Hasta ahora, todo lo que tenemos es poco más que una taxonomía empírica. Quizás, de esta manera, consigamos preparar a nuestros futuros psiquiatras, asistentes sociales, enfermeras psiquiátricas, psicólogos, etc., en el campo de la psiquiatría social y comunitaria.

Un problema serio en la sectorización del manicomio central en zonas metropolitanas de densa población es el que presenta la estratificación de la comunidad en "ghettos", de acuerdo con el origen étnico o afiliación religiosa de sus habitantes. Sería fácil crear unidades sectorizadas negras, polacas, judías, indias o italianas dentro del ámbito del manicomio central en respuesta a la pauta de segregación cultural, racial o religiosa que existe en la comunidad. Este es un problema que requiere examen y discusión que están más allá del alcance de esta presentación (2, 23, 49).

No quisiéramos dar la impresión de que no se han hecho esfuerzos para compensar el apartamiento del manicomio central en un intento de acercar los servicios psiquiátricos a la comunidad. La búsqueda de soluciones ha sido continua y a veces desesperada. Los resultados han sido varios e interesantes. Una de las aparentes soluciones, muy en boga como presunta panacea y respuesta a las necesidades psiquiátricas de la población, es el establecimiento de servicios psiquiátricos en los hospitales generales. Tales servicios se han limitado a consultorios externos en la mayoría de los casos pero, de vez en cuando, el programa es completo y ofrece internación, servicios de hospita-

lización parcial y consultorios externos. En ocasiones, también existen equipos psiquiátricos móviles que atienden crisis dondequiera que puedan surgir. Incluso en los Estados Unidos de América, un país con inmensos recursos económicos, existen muchísimos hospitales generales que carecen de servicios psiquiátricos.

Sólo como el 20% de los hospitales generales en los Estados Unidos de América ofrecen algún tipo de servicio psiquiátrico, pero menos de la mitad de ellos tienen salas para internación de enfermos mentales. La situación en el resto del continente americano parece ser, esencialmente, la misma.

A nuestro juicio, los problemas que crea la presencia de servicios psiquiátricos en los hospitales generales, sometidos a una administración única, son tales que es muy difícil operar una comunidad terapéutica en su seno. En la mayoría de los casos, la incorporación de los servicios psiquiátricos al hospital general ha tenido lugar años después de la construcción de este último, de tal manera que ha resultado muy difícil influir o alterar tradiciones y actitudes que, aunque perfectamente justificadas y útiles en el tratamiento de enfermedades físicas, tienen una validez muy limitada en el campo de la enfermedad psíquica. La situación no es muy diferente en aquellos casos en que el hospital general nació ya con un servicio psiquiátrico.

El diseño arquitectónico del hospital general responde al número de camas necesarias y al mínimo de metros cuadrados por cada una de ellas y la provisión de espacio para actividades sociales de toda suerte no forma parte del plan hospitalario.

La limpieza total es una condición crucial para el funcionamiento del hospital general. Uniformes y limpieza estricta interfieren seriamente con el desarrollo de una atmósfera democrática, donde la interacción entre empleados y pacientes no debe estar contaminada por la presencia de uniformes u otros símbolos conspicuos de autoridad.

El silencio es una virtud importante. Los pacientes deben mantener silencio. Los resultados para el servicio psiquiátrico son nefastos pues, en primer lugar, los pacientes no pueden

ventilar sus emociones si para hacerlo deben emitir o producir sonidos estruendosos; cuando lo hacen, los empleados se ven obligados a restringir, química o eléctricamente, los efectos de esas expansiones. Estas limitaciones pueden influir también en el número y tipo de actividades potencialmente terapéuticas para el paciente, tales como tocar el piano, bailar o cantar.

Como resultado de la ansiedad popular acerca de la posible peligrosidad del lunático resulta muy difícil utilizar un sistema de "puerta abierta" en los servicios psiquiátricos de hospitales generales por temor a los efectos potencialmente catastróficos o, al menos, embarazosos que pudieran resultar de la presencia de locos en otros lugares del hospital.

El concepto del imperativo territorial (4) que ha ganado en años recientes tanta importancia en la comprensión de la conducta de los seres vivos, particularmente de aquellos que son, por naturaleza y necesidad, gregarios y sociables, carece de importancia en el hospital general. El "territorio" es fácil de definir: la cama. En ella, sin relación aparente con la seriedad de la enfermedad de su ocupante, la fase hospitalaria de la vida del enfermo transcurre sin interferir con el territorio de otros individuos, también enfermos, que le rodean. En el servicio psiquiátrico, el "territorio" se define en una forma totalmente diferente y, sin excepción, no tiene relación alguna con la cama (5, 29, 39). Territorio, en este caso, es el espacio que el paciente necesita para no sentirse acorralado ni abandonado; cómodo para darle la oportunidad de meditar privadamente, y suficientemente amplio, en momentos de crisis y de angustia, para ventilar su cólera y miseria y aullar de dolor y sollozar sin que se le tranquilice inmediatamente con un electroshock o la inyección de algún sedante.

Es imposible fijar la capacidad de un servicio psiquiátrico en términos del número de camas, tal como requiere el hospital general. Según el tipo de pacientes que, en un momento determinado, se encuentren en el servicio psiquiátrico, 10 pacientes pueden ser demasiados mientras que, en otras ocasiones, 30 resultan tan pocos

que la sala parece una tumba. Pero el hospital general puede exigir que el número de pacientes presentes en cualquier momento en cualquiera de sus servicios responda al número de camas, digamos 15, muchas en el primer caso y totalmente insuficientes en el segundo.

En lo posible, el tamaño del servicio psiquiátrico de un hospital general o, de hecho, cualquier hospital psiquiátrico, debiera ser tal que los pacientes puedan encontrar en él otros pacientes de distinta edad, sexo, origen y destino con los que puedan establecer relaciones espontáneas y constructivas. El proceso de cicatrización o cura requiere la reestructuración de las relaciones interpersonales, tarea muy difícil de llevar a cabo si no se favorecen las posibilidades de interacción con otros seres humanos, también enfermos, en forma múltiple y variada.

El No. 73 de la Serie de Informes Técnicos de la OMS publicado en 1953 contiene la siguiente observación: "Muchos, demasiados, hospitales mentales no parecen ser sino extraños híbridos entre un hospital general y una prisión cuando su función debiera ser diferente de ambos; el hospital mental debe funcionar como una comunidad terapéutica. Como en la sociedad circundante una de las características más importantes del hospital mental es el tipo de interacción entre las gentes que lo habitan".

Es prácticamente imposible que un hospital general dedique tanto espacio al servicio psiquiátrico. Con pocas camas resulta muy difícil justificar los gastos adicionales que permitan proporcionar a los pacientes psiquiátricos del hospital general oportunidades ocupacionales o recreativas, tan necesarias en el tratamiento de enfermedades o trastornos mentales.

Por estas y otras razones, el servicio psiquiátrico de un hospital general tiende a funcionar como un establecimiento de urgencia, donde ciertas crisis pueden recibir la necesaria atención antes de que sus consecuencias sean trágicas. Más allá de esta misión, sus limitaciones son tales que, como solución para el futuro, nos sentimos incapaces de recomendarla. Necesitamos hospitales psiquiátricos, que operen en cada comunidad de un cierto tamaño

y que tengan acceso al hospital general local en la misma forma en que lo tengan los distintos establecimientos y organizaciones de la localidad, ya sea el sistema de escuelas públicas, la cárcel, o el departamento de bienestar social. Pues, por mucho que nuestra buena intención nos lleve a predicar que la enfermedad mental es otra enfermedad cualquiera, sabemos que no es así y va siendo hora de que abandonemos esas metáforas y nos dediquemos a crear programas de salud mental que respondan a la realidad tal y como es y no tal y como quisiéramos que fuese.

La proximidad geográfica del hospital psiquiátrico a un hospital general sería muy conveniente, tanto como su total separación administrativa (21). Por ejemplo, el hospital psiquiátrico podría obtener servicios de consulta, análisis clínicos, estudios de laboratorio, radiología, etc., del hospital general. Ambos podrían trabajar juntos en los problemas que presentan ciertos individuos, alcohólicos y toxicómanos, por ejemplo, cuyas dificultades son tales que su manejo requiere una cooperación íntima entre la medicina física y la medicina psicológica. Pero, por la misma razón, el hospital psiquiátrico y la cárcel local necesitan trabajar juntos, ya que la sociedad no ha conseguido clasificar a sus proscritos en forma adecuada y, mientras personas afectadas de psicosis serias languidecen y se deterioran en las cárceles, ciertos tipos de criminales se burlan de la sociedad y escapan a sus condenas refugiados en el hospital psiquiátrico.

De una u otra forma, todos hemos llegado a la conclusión de que el manicomio central debe incorporarse a la comunidad y que, en el futuro, la construcción de hospitales mentales debe ignorar totalmente la filosofía centralista y autoritaria que hizo posible su existencia. El nuevo hospital psiquiátrico debe ser pequeño, menos de 500 camas (25) y probablemente, más de 50, situado en el seno de la comunidad a la que sirve, cercano a un hospital general, pero separado administrativamente de él. Tales hospitales psiquiátricos debieran proveer servicios de hospitalización total y parcial, consultorios externos, servicios de urgencia, consulta a otros

organismos sociales, educación comunitaria y programas de capacitación para individuos que quieran dedicar sus vidas a trabajar con enfermos mentales, ya sean médicos, asistentes sociales, enfermeras, ergoterapeutas, etc.

Durante los últimos cinco o seis años, los Estados Unidos de América han sido testigos de una nueva revolución, la emergencia del centro comunitario integrado de salud mental el cual incorpora, en esencia, los conceptos y características mencionadas. En este momento, las ciudades de más de 200,000 habitantes cuentan ya con un centro de esta índole o están a punto de construir uno.

A causa de la desesperada escasez de profesionales de salud mental en todo el Continente, el centro integrado de salud mental está atrayendo a casi todos aquellos que no se dedican a la práctica privada. De hecho, incluso profesionales que trabajaron con gran entusiasmo y fe en el manicomio central, se están desplazando hacia los centros de salud mental. El resultado es que, cuando después de años de trabajo y de esfuerzos enormes, el manicomio central empezó a convertirse en una institución terapéutica, se ve amenazado de muerte por sus propios aliados. En los Estados Unidos de América la situación es, en estos momentos, potencialmente catastrófica. Pues no sólo el manicomio central se está quedando sin gente sino que los centros integrados de salud mental continúan utilizándolo—a la manera de servicios psiquiátricos de los hospitales generales—como el lugar a donde van a parar los “crónicos”, los “recuperables a largo plazo”, los que no tienen hogar, los ancianos confusos y acongojados y, en general, todos aquellos seres humanos para los que ya no existe esperanza alguna, como resultado de nuestro nihilismo.

Sin embargo, quisiéramos mencionar un hecho alentador: todos aquellos manicomios centrales que fueron geográficamente descentralizados en los últimos años están capeando la tormenta muy bien y en bastantes casos, en vez de perder personal profesional, lo han ganado y, con ello, su prestigio ha crecido y su futuro como instituciones terapéuticas ha sido asegurado. Un ejemplo excelente es el Manicomio

Central del Estado de Nuevo México, descentralizado geográficamente hace cinco años. El nuevo Centro Comunitario Integrado de Salud Mental en Albuquerque, que sirve a un tercio de la población total del Estado, en vez de relegar al manicomio central a una retaguardia sin gloria, se ha convertido en su brazo derecho. En estos momentos, momentos de entusiasmo en favor del desarrollo de nuevos programas comunitarios que incluyen la construcción de centros integrados de salud mental en tantas de nuestras naciones, vemos un horizonte tormentoso y triste en el que, sin haber reformado nuestros manicomios centrales, en los que se preparan y adiestran aquellos de nuestros profesionales que van a dedicarse al sector público de la psiquiatría, tendremos muchos y nuevos edificios cuyo destino inevitable será convertirse en copias fieles del manicomio central que abandonamos como incurable. La construcción e inauguración de centros integrados comunitarios de salud mental, sin una reforma radical y previa del manicomio central, está destinada a convertirse en una pseudorevolución más y al fracaso más rotundo en otros 25 ó 30 años.

El esquema de descentralización geográfica descrito anteriormente ofrece una oportunidad excepcional para la extensión de los servicios de salud mental a comunidades y zonas rurales o remotas, así como a su integración dentro de un programa nacional de salud mental. Por muchas razones, económicas en su mayor parte, no resulta práctico construir hospitales mentales en zonas rurales. Nuestra opinión acerca de los servicios psiquiátricos de los hospitales generales ha sido expuesta anteriormente y en detalle. Por añadidura, ciertas comunidades rurales, haciendo de la necesidad virtud, han establecido sistemas de atención y terapia a individuos afectados de enfermedades mentales, sistemas con frecuencia muy eficaces e inmediatamente accesibles a todos aquellos que necesiten recurrir a ellos. Tales comunidades, sin excepción, cuentan con personas que desempeñan el papel de “sanador” sea privadamente—sacerdote, maestro, anciano, hombre de letras, juez—o públicamente—curandero, “manosanta”, hechicero. La democratización y horizontalidad de la

jerarquía social y profesional del manicomio central, implícitas en el modelo de descentralización administrativa y geográfica, facilita la relación entre miembros del equipo psiquiátrico comunitario asignado a la zona rural y a los "sanadores" que en ella actúan (13, 37, 49).

La llegada de forasteros a una comunidad es siempre un acontecimiento desconcertante que da lugar a muchas y enjundiosas especulaciones. Si el forastero, el psiquiatra en este caso, ofrece sus servicios como asesor o consultor a los "sanadores" privados o públicos de la comunidad las probabilidades de éxito son máximas. Ciertamente, los miembros más ilustrados de la comunidad no pueden sino responder con agradecimiento y entusiasmo a tal oferta. Aquellos menos educados y cuya función oficial es la de sanar o aliviar miserias de toda suerte, presentan problemas más complejos porque sus creencias acerca de la etiología de los trastornos de la conducta así como su metodología terapéutica difieren profundamente de las del psiquiatra.

Para empezar, un equipo de salud mental cuya base de operaciones sea un manicomio central descentralizado geográficamente debiera solicitar asesoría o consulta de los "sanadores" de la comunidad en el tratamiento de los pacientes que, originarios de esa zona, se encuentran internados en el manicomio central (33, 50). Esta fase inicial es de importancia transcendental pues abre el camino a una cooperación futura sobre una base de mutuo respeto. Existen pocas maneras más eficaces de ganar amigos que la de solicitar su ayuda, pues tal solicitud pone de manifiesto que presuimos en ellos sabiduría, honradez y humanitarismo. Esas consultas ofrecen al equipo de salud mental del manicomio central, una oportunidad magnífica de conocer la dinámica interna de la zona en cuestión, así como sus sistemas, explícitos e implícitos, de valores. Por otra parte, el diálogo permite descubrir la presencia de muchos factores ambientales que juegan un papel importante en la internación de individuos en el manicomio central por razones hasta entonces oscuras (12, 18, 19, 37, 44).

Una vez que ciertos miembros de la comuni-

dad han actuado como consultores en el manicomio central, el próximo paso es simple: esperar una invitación para que el equipo de salud mental corresponda a la cortesía y actúe como asesor a la comunidad. Cuando tal invitación llega, por mucho que pueda retrasarse, el resto es tarea fácil y aun cuando sus variaciones sean infinitas, en respuesta a las condiciones locales, cualquier persona con cierta experiencia en el trabajo con enfermos mentales puede llevar a cabo una tarea magnífica. La unidad o servicio sectorizado del manicomio central puede mantener, en el futuro, la continuidad del tratamiento del paciente quien, dentro del hospital recibe el beneficio de la sabiduría y del conocimiento de la comunidad de sus conciudadanos que actúan como asesores y, una vez que ha regresado a la comunidad, tiene la gran ventaja de mantener su relación con los miembros del equipo de salud mental que lo trató durante su período de internación. Pues no debiera ser tarea difícil para los miembros del equipo la de visitar su zona o sector comunitario, una vez al mes. Dicha frecuencia o periodicidad es más que suficiente si, antes de llegar a esa fase, hemos hecho de la comunidad un agente terapéutico.

La "ley de la distancia" establece que el número de pacientes que en un momento dado residen en el manicomio central es directamente proporcional a la distancia que separa el manicomio de sus hogares. Puesto que es difícil y muy caro trasladar el manicomio central o el centro comunitario de salud mental al campo e igualmente costoso, en sufrimiento y tiempo, conducir al paciente del campo al manicomio central o al centro comunitario de salud mental, lo más lógico es llevar el equipo a donde se encuentra el paciente y su familia. Esto no es ni tan difícil ni tan caro como puede parecer a primera vista. Los resultados son espectaculares y nuestra experiencia confirma esta aseveración. Por ejemplo, el hospital de Clarinda en Iowa, Estados Unidos, era, en 1959, un manicomio central de 1,200 camas con un área jurisdiccional de unos 50,000 kilómetros cuadrados de colinas, vegas, maizales, riachuelos, granjas y un par de conglomerados urbanos, uno de poco

más de 200,000 habitantes y el otro de menos de 50,000, siendo la población total de la zona de medio millón. Clarinda con 5,000 habitantes, dependía del manicomio que era la fuente principal de empleo para sus habitantes. Como resultado de la descentralización geográfica efectuada en 1959, el censo de pacientes inició un descenso rápido y continuo que, ocho años después, ha producido la desaparición del hospital. Y ello sin transferencia de pacientes a otras instituciones. En el otoño de 1961, uno de los autores del presente trabajo planeó y ejecutó la descentralización del Manicomio Central del Estado de Colorado, con un total de 6,100 camas. En estos momentos, el censo es de 2,000 camas. La inauguración en 1963 de un segundo manicomio central en el Estado, contribuyó a esa reducción, pero la segunda institución, cuyo diseño arquitectónico, por primera vez en los Estados Unidos de América interpretó estructuralmente la filosofía descentralizadora,\* no ha llegado a exceder las 350 camas, con lo que el Estado de Colorado cuenta ahora con unas 2,400 camas psiquiátricas comparadas con las 6,100 de hace ocho años, a pesar de un incremento de más del 15% de su población total.

Estos cambios revolucionarios en el funcionamiento de los servicios de salud mental, como consecuencia de la reorganización total del

\* Fort Logar Mental Health Center, Denver, Colorado, E.U.A.

manicomio central, son posibles a pesar de las limitaciones existentes, sean de tipo presupuestario o administrativo. Clarinda y Colorado alteraron radicalmente su situación sin incrementos excesivos en sus presupuestos y sin desembarazarse de médicos y otros profesionales por rígidos y anquilosados que fueran. El proceso no fue fácil pero tampoco imposible. En aquel entonces, cuando unos pocos psiquiatras intentaron alterar el orden social existente en aquellos manicomos, se les dijo que era tarea de gigantes el desafiar las estructuras y los intereses creados y que sería mejor abandonar el proyecto. El manicomio central, incorporando la patología predominante en sus clientes, actúa como si su destino fuera controlado por fuerzas externas e inaccesibles, anónimas o despiadadas y, en consecuencia, vive en un marasmo silencioso e ignorado (20, 38). Como la vida del esquizofrénico apático, la vida del manicomio central discurre como un callado deslizamiento hacia la quinta dimensión.

Es hora de que, con carácter de urgencia, encaminemos nuestros esfuerzos hacia el tratamiento de la enfermedad institucional, del marasmo desesperado del manicomio central. Reemplazarlo por instituciones jóvenes cuyo código genético, por así decirlo, es el mismo, producirá las mismas agonías. El manicomio central fue el centro de los esfuerzos pasados en salud mental y continuará siéndolo, en años venideros, si lo descentralizamos e integramos en la comunidad.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Adorno, T. W., E. Frenkel-Brunswick, D. J. Levinson y R. N. Sanford. *The Authoritarian Personality*. Nueva York: Harper, 1950.
- (2) Allport, G. W. *The Nature of Prejudice*. (rev. ed.). Cambridge: Addison-Wesley, 1958.
- (3) Allport, G. W. y L. Postman. *The Psychology of Rumor*. Nueva York: Holt, 1947.
- (4) Ardrey, R. *The Territorial Imperative*. Nueva York: Delta Books, 1967.
- (5) Bennett, A. E., E. A. Hargrove y B. Engle. *The Practice of Psychiatry in General Hospitals*. Berkeley: Univ. of California Press, 1956.
- (6) Belknap, I. *Human Problems of a State Mental Hospital*. Nueva York: McGraw-Hill, 1956.
- (7) Belknap, I. y E. Jaco. "The Epidemiology of Mental Disorders in a Political-Type City". En *Interrelations between the Social Environment and Psychiatric Disorders*. Nueva York: Milbank Memorial Fund, 1953.
- (8) Buck, C., J. M. Wanklin y G. E. Hobbs. "A Symptom Analysis of Rural-Urban Differences in First Admission Rates". *J Nerv Ment Dis* 122:80-83, 1955.
- (9) Caudill, W. *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press, 1958.
- (10) Caudill, W., W. C. Redlich, H. R. Gilmore y E. B. Brody. "Social Structure and Interaction Processes on a Psychiatric Ward". *Amer J Orthopsychiat* 22:314-334, 1952.
- (11) Caudill, W. y E. Stainbrook. "Some Covert Effects of Communication Difficulties in a Psychiatric Hospital". *Psychiatry* 17:27-40, 1954.

- (12) Clausen, J. A. y M. Kohn. "The Ecological Approach in Social Psychiatry". *Amer J Sociol* 60:140-151, 1954.
- (13) Clausen, J. A. y M. R. Yarrow. "Paths to the Mental Hospital". *J Soc Issues* 11(4):25-32, 1955.
- (14) Cumming, E., L. W. Clancey y J. Cumming. "Improving Patient Care through Organizational Changes in the Mental Hospital". *Psychiatry* 19:249-261, 1956.
- (15) Cumming, E. y J. Cumming. "The Locus of Power in a Large Mental Hospital". *Psychiatry* 19:361-369, 1956.
- (16) Cumming, J. y E. Cumming. "Social Equilibrium and Social Change in the Large Mental Hospital". En *The Patient and the Mental Hospital*. M. Greenblatt, D. J. Levinson y R. H. Williams (eds.). Glencoe, Ill.: Free Press, págs. 50-73, 1957.
- (17) Devereux, G. "The Social Structure of the Hospital as a Factor in Total Therapy". *Amer J Orthopsychiat* 19:492-500, 1949.
- (18) Dunham, H. W. "Some Persistent Problems in the Epidemiology of Mental Disorders". *Amer J Psychiat* 109:567-575, 1953.
- (19) Dunham, H. W. "The Current Status of Ecological Research in Mental Disorders". *Soc Forces* 25:321-326, 1947.
- (20) Dunham, H. W. y S. K. Weinberg. *The Culture of the State Mental Hospital*. Detroit: Wayne State University Press, 1960.
- (21) Erikson, K. T. "Patient Role and Social Uncertainty: A Dilemma of the Mentally Ill". *Psychiatry* 20:263-274, 1957.
- (22) Etzioni, A. "Interpersonal and Structural Factors in the Study of Mental Hospitals". *Psychiatry* 23:13-22, 1960.
- (23) García-Buñuel, L. "The Clarinda Plan: An Ecological Approach to Hospital Organization". *Mental Hospitals*, 30-31, 1960.
- (24) García-Buñuel, L. "The Clarinda Plan". *Proceedings, 3rd World Congress of Psychiatry*, Vol. 2, págs. 790-793.
- (25) García-Buñuel, L. *Decentralization of Large Mental Hospitals*. Trabajo presentado a la Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública, Detroit, Mich., 1961.
- (26) Goffman, E. "On the Characteristics of Total Institutions". En *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1958.
- (27) Greenblatt, M., D. J. Levinson y R. H. Williams. *The Patient and the Mental Hospital*. Glencoe, Ill.: Free Press, 1957.
- (28) Greenblatt, M., R. H. York y E. L. Brown. *From Custodial to Therapeutic Patient Care in Mental Hospitals: Explorations in Social Treatment*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1955.
- (29) Haun, P. *Psychiatric Sections of General Hospitals*. Nueva York: F. W. Dodke, 1950.
- (30) Henry, J. "The Formal Social Structure of a Psychiatric Hospital". *Psychiatry* 17:139-151, 1954.
- (31) Henry, J. "Types of Institutional Structure". *Psychiatry* 20:47-60, 1957.
- (32) Hertz, D. B. y R. T. Livingston. "Contemporary Organizational Theory: A Review of Current Concepts and Methods". *Human Relat* 3:373-394, 1950.
- (33) Hollingshead, A. B. y F. C. Redlich. "Social Stratification and Psychiatric Disorders". *Amer Social Rev* 18:163-169, 1953.
- (34) Jones, M. *Social Psychiatry*. Londres: Tavistock Publications, 1952.
- (35) Jones, M. *Social Psychiatry in Communities, Hospitals and Prisons*. New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1965.
- (36) Jones, M. *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. Nueva York: Basic Books, 1953.
- (37) Landy, D. "Cultural Antecedents of Mental Illness in the United States". *Soc Serv Rev* 32:4, 1958.
- (38) Lemert, E. *Social Pathology*. Nueva York: McGraw-Hill, 1951.
- (39) Lemkau, P. V. "The Psychiatric Unit in the General Hospital". *Mental Health Bull* 72:2, 1957.
- (40) Lewin, K. *Resolving Social Conflicts*. Nueva York: Harper, 1948.
- (41) Lewin, K., R. Lippitt y R. K. White. "Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created Social Climates". *J Soc Psychol* 10:271-299, 1939.
- (42) Lindemann, J. E., G. E. Fairweather, G. B. Stone, R. S. Smith e I. T. London. "The Use of Demographic Characteristics in Predicting Length of Neuropsychiatric Hospital Stay". *J Consult Psychol* 23:85-89, 1959.
- (43) Main, T. F. "The Hospital as a Therapeutic Institution". *Bull Menninger Clin* 10:66-70, 1946.
- (44) McNamara, R. L. *Illness in the Farm Population of Two Homogenous Areas of Missouri, its Relation to Social and Economic Factors and its Susceptibility to Small Sample Study* (Series on Rural Health No. 6, Res Bull No. 504). Columbia: University of Missouri Press, 1952.
- (45) Mercier, C. A. *Lunatic Asylums—Organization and Management*. Londres: Charles Griffin, 1894.
- (46) Middleton, J. "Prejudices and Opinions of Mental Hospital Employees Regarding Mental Illness". *Amer J Psychiat* 110:133-138, 1953.
- (47) Morgan, N. C. y N. A. Johnson. "Failures in Psychiatry: The Chronic Hospital Patient". *Amer J Psychiat* 113:824-830, 1957.
- (48) Parkinson, C. N. *Parkinson's Law*. Nueva York: Ballantyne Books, 1964.
- (49) Parsons, T. *The Social System*. Glencoe, Ill.: Free Press, 1951.
- (50) Polansky, N., R. Lippitt y F. Redl. "An Investigation of Behavioral Contagion in Groups". *Human Relations* 3:319-348, 1950.
- (51) Rapoport, R. N. y R. S. Rapoport. "Democrati-

- zation and Authority in a Therapeutic Community". *Behav Sci* 2:128-133, 1957.
- (52) Ray, I. "Ideal Character of the Officers of a Hospital for the Insane". *Amer J Insanity* 30-67, 1873.
- (53) Rees, T. P. y M. M. Glatt. "The Organization of a Mental Hospital on the Basis of Group Participation". *Int J Group Psychother* 5:157, 1955.
- (54) Reimer, H. "Socialization in the Prison Community". *Proc Amer Prison Ass* 152-153, 1937.
- (55) Rose, A. M. (ed.). *The Elements of a Community Mental Health Program*. Nueva York: Milbank Memorial Fund, 1956.
- (56) Rowland, H. "Interaction Processes in a State Mental Hospital". *Psychiatry* 1:323-337, 1938.
- (57) Rowland, H. "Friendship Patterns in a State Mental Hospital: Sociological Approach". *Psychiatry* 2:326-373, 1939.
- (58) Solomon, H. C. "Growth of Authoritarianism". *Ment Hosp* 9(2):5-9, 1958.
- (59) Stanton, A. H. y M. S. Schwartz. *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. Nueva York: Basic Books, 1954.

# PRIMERAS EXPERIENCIAS DE PSIQUIATRIA EN LA COMUNIDAD EN CHILE

Dr. José Horwitz\* y Dr. Pedro Naveillan†

## Consideraciones generales

Con el nombre de psiquiatría de la comunidad, o más bien de salud mental de la comunidad, se ha designado un movimiento mundial que tiende a cambiar la forma tradicional (asilar u hospitalaria) de atención a los enfermos mentales, por otra que, como dice Freeman, "no consiste solamente en atención extramural de los enfermos mentales sino en un servicio de salud mental comunitaria integral para la atención y tratamiento de una población delimitada, que incluye atención hospitalaria total" (1).

Este nuevo enfoque comprende y facilita los propósitos esenciales de la medicina social en el campo de la psiquiatría y determina las acciones de salud para el fomento de la salud (prevención primaria), de la captación y tratamiento precoz de los casos (prevención secundaria) y de la prevención de la muerte y de la invalidez (prevención terciaria).

Así lo afirma también Barton cuando dice: "El nombre de centro comunitario de salud mental es más que un sinónimo de consultorio externo o un nombre nuevo para describir la unidad regionalizada de un hospital estatal o de una unidad psiquiátrica de un hospital general. No es necesariamente un complejo de recursos alojados en un flamante edificio nuevo. El concepto ideal es el de un *programa* de salud mental comunitario que provea servicios integrales para enfrentar la totalidad de las necesidades de la comunidad. El programa debiera proporcionar tratamiento para todas las personas de todas las edades y para todos los tipos de enfermedad psiquiátrica. Debiera ser conceptualmente lo suficientemente amplio para hacer frente a los requisitos terapéuticos del paciente

individual en las diferentes etapas de su enfermedad. Ningún enfoque parcial satisfará todas estas demandas" (2).

Este cambio es la consecuencia lógica de una serie de avances en el conocimiento de los desórdenes mentales que se han sucedido ininterrumpidamente desde las postrimerías del siglo XIX, así como de los progresos en el tratamiento y rehabilitación, que han sido consecuencia de un cambio paulatino en la actitud de la sociedad frente a la enfermedad mental: el pesimismo y el rechazo del paciente que le transformó en un "alienado" va siendo sustituido cada vez más por una mejor comprensión de su estado que se traduce en su aceptación en el medio social y en la participación activa de la comunidad en los programas de salud mental.

En la actualidad, fruto de la multiplicación de los servicios de salud mental inspirados en un enfoque comunitario y de una perspectiva histórica que cubre más de una década, desde el punto de vista conceptual, las ideas están más o menos claras, pero, para su puesta en práctica, surgen dificultades de diversa índole que dependen de los elementos propios de cada cultura, de los recursos económicos de que se disponga y de la organización de los servicios de salud pública en los cuales se integrarán los programas de psiquiatría comunitaria.

## El programa de salud mental del Area Norte de Santiago

En 1966, el Servicio Nacional de Salud inicia el Programa Nacional de Salud Mental cuyos propósitos fundamentales son integrar las actividades preventivas y curativas en los programas generales de salud pública, y llevar a cabo la atención de los enfermos en lo posible en el seno de la comunidad a la cual pertenecen y sólo eventualmente en hospitales psiquiátricos.

Como primera etapa de aplicación se creó

\* Director del Programa de Salud Mental del Area Norte de Santiago, Chile, Consultor de la OPS/OMS.

† Coordinador del Programa de Salud Mental del Area Norte de Santiago, Chile.

una Unidad de Salud Mental en el Area Norte de Santiago con la finalidad de que sirviese de centro de demostración de técnicas, de formación de personal y de investigación científica en salud mental.

Los recursos asistenciales de esta Unidad incluyen el Servicio A de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Santiago, cuyo jefe, el Dr. José Horwitz, quedó a cargo de la dirección del programa.

El Servicio A de Psiquiatría cuenta con 100 camas para enfermos agudos, 350 para pacientes crónicos, un Servicio de Alcoholismo con 12 camas de hospitalización, consultorio externo, hospital diurno con capacidad para 20 pacientes y tres talleres de terapia ocupacional (dos para mujeres y uno para hombres). Dispone de 54 horas médicas y del personal siguiente: 1 enfermera universitaria, 3 asistentes sociales, 3 psicólogos, 1 educadora sanitaria a tiempo completo, 38 auxiliares de enfermería y 46 empleados subalternos.

Este servicio forma parte del viejo hospital psiquiátrico el cual, salvo un sector de construcción reciente, está constituido por edificaciones antiguas, muy deterioradas por la acción del tiempo y con las características de los viejos asilos, totalmente inadecuadas para su transformación en comunidades terapéuticas.

En estos departamentos, cuya pobreza es impresionante y cuyos pacientes, de larga estada, han sufrido las consecuencias propias del deterioro del régimen asilar, se han desarrollado, en la medida de lo posible, actividades de terapia ocupacional y de recreación y se ha ido entregando la responsabilidad de la organización del trabajo y de la vida dentro de los distintos pabellones, a los mismos pacientes. Lo cual, unido a una mayor libertad de los enfermos para trasladarse a distintas partes del hospital e incluso fuera del mismo, en un ambiente sin restricciones burocráticas, casi de hospital abierto, se ha traducido en una transformación de las condiciones de vida, que se acercan a las de una comunidad terapéutica.

Como índice objetivo de este proceso de cambio se ha podido observar que un alto porcentaje de los enfermos de larga estada, del

sector de hombres, se reintegra anualmente a la comunidad (entre el 30 y 40%), lo que no sucedía anteriormente en las condiciones de vida asilar.

En 1967, entró en funciones el Programa en el Area Norte de Santiago, cuya población alcanza a 600,000 habitantes.

Se instalaron equipos de salud mental constituidos por un psiquiatra, un asistente social y un psicólogo, en forma sucesiva, en tres de los consultorios periféricos generales del área: los de Independencia, Conchalí y Renca. Cada uno de ellos está a cargo de una población aproximada de 100,000 habitantes. Es una población constituida en su gran mayoría por clase media baja y, sobre todo, clase obrera. Una buena parte de sus habitantes son personas que han migrado en época relativamente reciente desde las provincias y el campo.

En todos estos consultorios se iniciaron las actividades extrahospitalarias absorbiendo la demanda asistencial, estableciéndose paulatinamente relaciones con los especialistas de otras ramas de la medicina que prestan allí sus servicios e integrándose y coordinándose con los demás programas de salud existentes, en especial con el maternoinfantil, de salud escolar y de educación para la salud. Esta integración se manifiesta mediante la participación en los diversos comités que funcionan a nivel del área de salud (comité de salud escolar; de farmacia, de salud y educación, etc.).

Al mismo tiempo se fueron estableciendo paulatinamente relaciones con organizaciones de la comunidad que desempeñaban funciones de acción social. Destacamos entre ellas las seccionales de la Cruz Roja Chilena, diversos comités de pobladores, los establecimientos de educación del área, con los cuales se desarrollan programas específicos que les competen.

Mediante cursos de capacitación en salud mental, relacionados con sus intereses, se difunden los principios de salud mental y se obtiene su contribución activa al desarrollo de los diversos programas.

Y así, los maestros participan en la pesquisa precoz de casos para referirlos a la asistencia especializada cuando es necesario, y, sobre

todo, el mejor conocimiento de los problemas contribuye a modificar favorablemente su actitud pedagógica.

Los comités de pobladores colaboran en la presión social para aumentar los recursos, en la difusión de principios de salud mental, en la rehabilitación de alcohólicos, etc.

Las voluntarias de la Cruz Roja han resultado elementos muy eficientes en el programa de alcoholismo en el que están participando, tanto en la difusión en la comunidad de hábitos adecuados de beber, como en el tratamiento y resocialización de los pacientes.

En este mismo sentido actúan los clubes de alcohólicos recuperados.

Esta coordinación se va perfeccionando en relación con el grado de desarrollo de los demás programas de salud, la sensibilización de los diferentes equipos de trabajo, los intereses de la comunidad y de sus fuerzas organizadas. Sin embargo, mediante la presencia permanente en el consultorio del equipo de salud mental y la efectividad de los servicios prestados, se ha logrado ir resolviendo la mayoría de las dificultades iniciales, nacidas fundamentalmente de un desconocimiento de los problemas de salud mental y de la importancia que estos tienen en el desarrollo de los propios programas específicos.

Por otra parte, surgen problemas derivados de factores culturales que exigen un mejor conocimiento de sus características para el logro de los fines del programa. Por ejemplo, los dirigentes de pobladores de la comunidad de Conchalí se mostraron alarmados por los problemas del alcohol y el alcoholismo y muy en especial por la clandestinidad en el expendio de bebidas alcohólicas, y expresaron espontáneamente su propósito de colaborar en el control de esta enfermedad. Sin embargo, cuando se trató de iniciar actividades de prevención primaria, la colaboración fue notoriamente escasa, lo que se pudo atribuir a que sus dirigentes se encontraban comprometidos en alguna medida en el problema, por ser bebedores excesivos o alcohólicos, o propietarios de expendios de bebidas alcohólicas, etc. A pesar de ello, con la colaboración de la Cruz Roja y del magisterio,

se han podido realizar actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria en alcoholismo.

Otras dificultades han surgido del nivel económico y sociocultural de la población en la que se realizan las acciones de salud. La pobreza, el hacinamiento y el bajo nivel educacional, entran considerablemente en el desarrollo de los programas. Se agrega la deficiente organización de la comunidad que llega, en algunos sectores, a su casi total inexistencia, lo que entorpece seriamente las actividades.

Con la colaboración del servicio social y de las incipientes organizaciones comunitarias, se ha ido haciendo posible la incorporación de la comunidad a las acciones preventivas.

En la ejecución de los programas de psiquiatría comunitaria se hace indispensable, además, el establecimiento de metas que estén de acuerdo con los recursos de que se dispone. Como dice Freeman: "Dado que la demanda de servicios es potencialmente infinita, debe hacerse una elección esencialmente ideológica al establecer prioridades para los recursos existentes. Creo que si tratamos de actuar principalmente de acuerdo con las necesidades humanas dentro de la comunidad total, el primer destino para estos recursos debe ser para los tres grandes problemas de la esquizofrenia, subnormalidad y ancianidad. La concentración en la psicoterapia hará más probable que las mayores necesidades sociales queden descuidadas, y puede muy bien ocurrir que cualquier tratamiento en gran escala de las neurosis o de los problemas de personalidad tenga que quedar fuera de los canales psiquiátricos o incluso médicos (Ryle, 1967)".

En nuestro medio, donde las condiciones demográficas y de prevalencia de desórdenes mentales son algo diferentes, estas prioridades son otras. Sobre la base de la demanda asistencial y de los datos epidemiológicos de que disponemos, hemos seleccionado a este propósito el alcoholismo, la epilepsia, el retardo pedagógico y la asistencia extrahospitalaria de los pacientes psicóticos egresados del Hospital Psiquiátrico de Santiago, con el fin de favorecer su rehabilitación y limitar las rehospitalizaciones.

A continuación se describen en forma sintética las principales actividades desarrolladas hasta ahora.

### Actividades de salud mental desarrolladas en el Area Norte de Santiago

#### Actividades programadas

- 1) Prevención primaria, secundaria y terciaria de los desórdenes mentales en el Area Norte de Santiago.
- 2) Coordinación e integración con los programas de salud existentes en dicha área.
- 3) Capacitación de personal y demostración de técnicas de psiquiatría comunitaria.
- 4) Investigación.

#### Actividades realizadas

Se han constituido equipos de salud mental en los consultorios del Servicio Nacional de Salud ubicados en Conchalí, Renca e Independencia. En el primero de dichos consultorios el equipo está integrado por un psiquiatra con 2 horas diarias de servicio, 2 psicólogos que en conjunto le dedican 5 días, 1 enfermera a tiempo completo y 2 asistentes sociales a tiempo parcial; en el consultorio de Renca se cuenta con un psiquiatra que dedica 2 horas diarias, 4 tardes por semana; en el consultorio de Independencia, 1 psiquiatra de adultos, 2 horas, 3 veces por semana, 1 psiquiatra infantil, 2 días por semana, 1 psicóloga a tiempo parcial y una asistente social.

#### A. Prevención primaria

1) Integración con el programa de salud escolar del área, con inclusión de una unidad de educación sobre alcoholismo para sus escuelas. Este programa trabaja en estrecha colaboración con el magisterio, existiendo una comisión mixta de salud y educación que coordina sus actividades. Se ha decidido incluir en el plan de estudios de los alumnos de las escuelas, temas relacionados con los principales problemas de salud, los que se desarrollarán mediante el empleo de unidades de educación, una de las cuales será la de alcoholismo, orientada funda-

mentalmente a la prevención de esta enfermedad mediante el cambio de los hábitos de beber.

Esta unidad de enseñanza ha sido preparada en colaboración con expertos del Ministerio de Educación y comenzará en breve a entrar en funciones.

2) Rehabilitación de niños disléxicos (prevención primaria de neurosis). Esta rehabilitación la realizan las psicólogas de los consultorios de Palmilla e Independencia por medio de clases individuales a los niños que padecen de dicha alteración. En la actualidad, una vez que estos niños se han nivelado en el aprendizaje de la lectura, se organizan cursos colectivos para pequeños grupos.

Se espera capacitar a profesores primarios para que en cada escuela existan cursos especiales para disléxicos. Se les dará la asesoría psicológica necesaria creando equipos psicopedagógicos de trabajo.

Se estima, de acuerdo a cifras internacionales, que entre un 10 y un 20% de los escolares padecen de esta alteración, la que frecuentemente da origen a problemas neuróticos por las dificultades de adaptación escolar y familiar que acarrea.

3) Participación de la Cruz Roja de Conchalí en actividades preventivas del alcoholismo.

#### B. Prevención secundaria y terciaria

1) Coordinación con el programa de salud escolar, con el programa de medicina infantil y con las escuelas del área para la detección precoz de los desórdenes mentales.

2) Atención de pacientes con patología mental en los consultorios de Conchalí, Independencia y Renca por un equipo de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras. Durante 1968, en el consultorio de Conchalí se han atendido más de 800 consultas, de las cuales 400 corresponden a casos nuevos; en Independencia alrededor de 200 consultas, y en Renca unas 700.

3) Atención de pacientes acohólicos en la Posta Antialcohólica del Hospital Psiquiátrico y en el consultorio de la Cruz Roja de Conchalí desde el 1 de octubre de 1968.

4) Atención en el consultorio externo del Hospital Psiquiátrico.

5) Atención y hospitalización de pacientes en el Servicio A del Hospital Psiquiátrico.

6) Rehabilitación de enfermos mentales crónicos en los talleres de terapia ocupacional del Servicio A del Hospital Psiquiátrico.

7) Realización de exámenes de electroencefalografía en el Servicio de Electroencefalografía de la Unidad.

8) Seguimiento de los pacientes alcohólicos, epilépticos y psicóticos que han consultado alguno de los servicios de la Unidad de Salud Mental y que tienen su residencia en el sector atendido por el Consultorio de Conchalí, con atención domiciliaria realizada por un equipo formado por asistentes sociales, una enfermera y un psiquiatra.

9) Asesoría al Club de Alcohólicos Recuperados (Club de Abstemios).

10) Creación y asesoría de los servicios de psiquiatría de Los Andes y San Felipe.

#### C. Coordinación con programas de salud del área

Ha habido una estrecha colaboración con el programa de salud escolar y con los programas de salud desarrollados en el consultorio de Conchalí.

#### D. Capacitación de personal y demostración de técnicas de psiquiatría comunitaria

1) Adiestramiento en alcoholismo de un médico general de zona (Dr. Zárate, de Parral) y un internista (Dr. Espejo, de Puerto Montt). Luego de realizados estos cursos, se crearon servicios de alcoholismo en dicha zona.

2) Especialización en psiquiatría del Dr. Bianchini, actualmente psiquiatra de San Felipe y Los Andes.

3) Un médico del Instituto Nacional de Salud Mental de Argentina, becario de la Oficina Sanitaria Panamericana, permaneció dos meses en la Unidad de Salud Mental del Area Norte. El programa de sus actividades comprendió: la visita de los consultorios periféricos y de las estructuras hospitalarias de dicha

unidad; análisis de los programas nacionales de salud mental y de alcoholismo, en especial el desarrollo que han tenido estos programas en el Area Norte y de las facilidades y dificultades que se han encontrado en su ejecución. Al término de su estadía se le organizó una visita a los centros psiquiátricos de Valparaíso, Concepción, Valdivia y Temuco, a fin de que pudiera formarse una idea de las proyecciones a nivel nacional de los programas existentes.

4) Un miembro de la Facultad de Medicina de Montevideo, becario de la Oficina Sanitaria Panamericana, ha permanecido por un período de seis semanas, especializándose en alcoholismo y visitando centros de salud mental.

5) Participación en el curso de pediatría social del Prof. Julio Meneghello en lo relacionado con salud mental.

6) Curso sobre alcoholismo para las voluntarias de la Cruz Roja de Conchalí (mayo-junio de 1968, 25 alumnas).

7) Se ha dictado un curso de especialización en salud mental a los profesores coordinadores de los programas de salud de las escuelas del área, con la participación de unos 60 maestros.

#### E. Investigación

Se están preparando los siguientes trabajos:

1) Estudio comparado de las características clínicas del alcoholismo de la mujer y del hombre (Dra. L. Kattan).

2) Evaluación de resultados del tratamiento del alcoholismo de la mujer y del hombre (Dra. L. Kattan).

3) Estudio de una muestra sobre factores culturales y sociales en la conducta del alcohólico. Investigación medicoantropológica (Dres. José Horwitz, Pedro Naveillan y antropólogo Sr. Francisco Reyes).

4) Estudios de prevalencia de desórdenes mentales. Se ha completado la encuesta de la región urbana de Temuco y se está realizando el de la región rural, aborígen y no aborígen.

5) Se encuentra en elaboración estadística el material de encuestas de la Provincia de Antofagasta.

6) Estudio piloto con la finalidad de evaluar un cuestionario sobre desórdenes mentales del escolar.

#### Comentario final

El Programa de la Unidad de Salud Mental del Area Norte se ha desarrollado de acuerdo con los recursos humanos y económicos de que se disponía.

Estos recursos provienen casi exclusivamente de los aportes de profesionales del Servicio A de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, que ha volcado parte de sus actividades a las inherentes al programa de salud mental del Area Norte de Santiago.

Dificultades económicas agudas del Servicio Nacional de Salud han limitado los nuevos aportes presupuestarios indispensables para poder desarrollar con mayor intensidad y eficacia el programa.

Tenemos fe que cuando estas dificultades sean superadas, dispondremos de los recursos necesarios. Es preciso dejar constancia de que estas iniciativas, así como la movilización de la comunidad favorecida, cambian la actitud tradicional un tanto negativa de las autoridades de salud que pueden comprobar, en la práctica, los beneficios de un enfoque nuevo en la atención de los desórdenes mentales.

#### REFERENCIAS

- (1) Freeman, H. Community Psychiatry. *Brit J Psychiat* 114:481-484, 1968.
- (2) Barton, W. E. Introduction of: Glasscote, R. *et al.*: The Community Mental

Health Center. Publication of the Joint Information Service (A.M.A. and N.A.M.H.), págs. XIII-XVI, Washington, 1964.

## EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES\*

Dr. Mauricio Goldenberg †

El Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, fue creado en junio de 1967 para ocuparse de todos los aspectos vinculados con la enfermedad y la salud mental en la ciudad de Buenos Aires.

En este informe se presenta una somera descripción general especialmente institucional y de la situación psiquiátrica en la Municipalidad de Buenos Aires en el momento de la creación del Departamento y se describen los objetivos generales programados y los proyectos que se encuentran en etapa de ejecución.

### Descripción general

Buenos Aires, Capital Federal, cuenta con más de tres millones de habitantes, de los cuales aproximadamente 150,000 viven en 30 agrupaciones precarias (villas de emergencia); la estructura por grupos de edad dibuja una pirámide acolmenada, como corresponde a una población envejecida. Concentra la población con el más alto ingreso *per capita* y registra asimismo la tasa más baja de analfabetismo con respecto al resto del país. Desde un punto de vista sociológico, la población de la Capital Federal constituye una típica población de "clases medias" de acuerdo a su ocupación, grado de educación y sistema de valores. En este sentido, posee los atributos que se asignan al tipo de estructura social moderno con un alto grado de permeabilidad para el cambio.

\*Colaboran en el presente informe el Dr. R. Usandivaras (Asesor), el Dr. E. Gili (Sanitarista), el Dr. M. Kircenbaum (Epidemiólogo), el Lic. A. Goglio (Sociólogo) y el Dr. L. Hornstein, del Departamento de Salud Mental.

†Jefe del Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, Argentina, Consultor de la OPS/OMS.

Como administradores médicos en el ámbito de la salud mental nos interesa señalar:

1) El auténtico interés, conocimiento y deseo de solucionar los problemas de salud mental por parte de las más altas autoridades de la salud pública del país y la creciente conciencia del problema de salud que representa la enfermedad mental en otros funcionarios influyentes en los niveles de decisión. Dos ejemplos de ello son la importancia del presupuesto acordado al Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) por el Poder Ejecutivo Nacional y la creación del Departamento de Salud Mental por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires.

2) El afianzamiento de la especialización en salud pública, mediante cursos anuales de posgrado y para directores de hospitales que la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires realiza desde 1959.

3) Los cambios en la formación de los estudiantes de medicina, a través de nuevas materias como demografía e introducción a la salud pública.

4) El reconocimiento, por las autoridades de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, de la importancia de las disciplinas psicológicas en la formación de sus alumnos, concretado en su enseñanza obligatoria y en la creación de la cátedra de psicología médica.

5) La demanda, cuyo número y seriedad van en aumento, de las residencias médicas hospitalarias psiquiátricas y no psiquiátricas, supervisadas y evaluadas por un Consejo Nacional de Residencias Médicas.

6) El elevado número de egresados de la Facultad de Medicina de Buenos Aires que optan por especializarse en psiquiatría, lo que implica una demanda creciente de centros aptos para la docencia y la posibilidad de contar, en pocos años, con una cantidad importante de

psiquiatras jóvenes bien capacitados para desenvolverse en el ámbito institucional.

7) La creación en nuestras universidades, en la última década, de carreras relacionadas con las ciencias de la conducta (psicología, sociología, antropología, etc.), y el consenso, en cuanto a la necesidad de integrar equipos de trabajo interdisciplinarios, lo que se refleja en nuestro campo específico en la tendencia a formar equipos de psiquiatras, psicólogos, ergoterapeutas, enfermeras y asistentes sociales en un intento de lograr un enfoque integral de la persona enferma, de su medio y su tratamiento.

8) La necesidad, cada vez más evidente, de que se incorporen a los equipos de salud mental otros profesionales, como el sociólogo, el antropólogo, el psicólogo social, etc. Ello crea una variedad enorme de coyunturas para el enriquecimiento del esquema conceptual referencial y operativo; también pone de manifiesto la necesidad de investigar todas sus posibilidades, delimitar las funciones, evitar superposiciones, etc.

9) Los cambios en las motivaciones e intereses del numeroso grupo psicoanalítico argentino, que ha facilitado la incorporación de algunos de sus integrantes a tareas docentes, asistenciales o de investigación en instituciones públicas.

10) El cambio importante que se registra a nivel de autoridades en el INSM con la manifiesta intención de crear nuevas instituciones (talleres protegidos, hospitales, etc.); modernizar los establecimientos manicomiales que administra y abrir el camino hacia una psiquiatría moderna, dinámica y comunitaria.

11) Un manifiesto y permanente cambio en la actitud del habitante medio de Buenos Aires hacia la salud y la enfermedad mental, hecho que se evidencia en la afluencia creciente de pacientes a los consultorios externos psiquiátricos, y en la tendencia a solicitar tratamiento en etapas más tempranas del desarrollo patológico. A este fenómeno no es ajena la información que, a través de los medios masivos de comunicación, se ocupa cada vez más seriamente de educar al público sobre el problema y de dirigirlo hacia los centros especializados.

## Descripción de la situación psiquiátrica

En este marco nació el Departamento de Salud Mental que se propuso, en primer término, llevar a cabo un estudio del estado actual, recursos y demanda psiquiátrica en la Capital Federal y especialmente en los establecimientos de la comuna de Buenos Aires, con el siguiente resultado:

### *Recursos de salud*

*Camas.* La Capital Federal contaba con 30,500 camas para internación, de las cuales 10,500 eran de establecimientos nacionales, 14,500 de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad, y 5,500 eran privadas.

De estas, 7,000 estaban destinadas a psiquiatría (en la actualidad 6,000, aproximadamente del INSM, Hospitales Borda y Moyano), 18 eran municipales y unas 600 privadas.

Estas cifras no representaban la realidad, pues si bien es cierto que existía una cama psiquiátrica por cada 428 habitantes, la casi totalidad de esas camas pertenecía a dos grandes establecimientos nacionales, hospitales psiquiátricos que tradicionalmente utilizaban los residentes de todo el país, es decir, eran camas de baja productividad que la Capital Federal compartía con todas las provincias. Además, el INSM, en reestructuración, se había fijado como meta reducir el número de camas a 5,000 para 1970.

Por otra parte, las camas municipales ascendían a sólo 18 y de ellas ocho estaban destinadas exclusivamente a la atención de pacientes alcohólicos y las 10 restantes se encontraban en el Hospital Municipal Piñero.

En cuanto a las 600 camas del sector privado, muy heterogéneas en cuanto a la calidad de la atención, cubrían sólo un pequeño porcentaje de la población con alto poder adquisitivo.

*Consultorios externos.* Los hospitales psiquiátricos de la ciudad de Buenos Aires tenían consultorios externos sobre todo para la atención de sus egresados. Un centro de salud mental, el Ameghino, atendía a un buen número de pacientes en forma ambulatoria.

De los 13 hospitales generales municipales, seis contaban con tres o más consultorios dedicados durante tres horas diarias a la atención psiquiátrica. El resto de ellos, incluidos algunos establecimientos monovalentes, variaba, pero en general se atendía en uno o dos ambientes compartidos con otras especialidades, simultáneamente o en días alternos.

Además, la mayoría de los hospitales privados (británico, español, italiano, israelita, ferroviario, etc.) prestaba alguna atención en forma ambulatoria.

*Personal.* En 13 hospitales de la Municipalidad 54 médicos rentados, cinco enfermeras y seis asistentes sociales desempeñaban sus funciones en psiquiatría, pero no contaban con ningún psicólogo ni ergoterapeuta.

Esta situación se manifestaba sólo parcialmente debido a la cantidad de personal que trabajaba *ad honorem*: 60 médicos, 50 psicólogos y un auxiliar de laborterapia.

### *Morbilidad*

Debido a la ausencia total de datos epidemiológicos fehacientes, el Departamento decidió utilizar para elaborar algunos de sus programas con ciertos recaudos, las cifras de prevalencia de enfermedad mental, en porcentaje referido a la totalidad de la población, según el trabajo de Horwitz y Muñoz, presentado al Congreso de Salud Mental de Lima, en 1958.<sup>1</sup>

### *Demanda satisfecha*

Las 10 camas psiquiátricas del Hospital Municipal Piñero produjeron 60 egresados en 1966. De las ocho camas del Centro para Alcoholismo no se disponía de datos.

Los consultorios externos de psiquiatría de los hospitales municipales atendieron durante 1966 a 13,992 primeras consultas y 51,036 consultas ulteriores.

### *Actividad docente*

Únicamente en el servicio del Hospital Piñero, que contaba con tres médicos residentes de primer año y dos de segundo, se atendía orgánicamente a las actividades de posgrado (residencia).

### *Investigación*

En los organismos municipales se realizaban sólo algunos trabajos de investigación, en general de psicofarmacología clínica, en condiciones que ofrecían escasas garantías científicas.

### *Prevención y promoción*

En salud mental ninguna tarea de esta clase se realizaba en los organismos municipales.

De ningún modo pretendemos que este resumen de la situación psiquiátrica municipal, a mediados de 1967, constituya un diagnóstico de la situación. No obstante creemos que ha servido a los fines de este informe, a modo de visión panorámica.

## **Objetivos del programa**

### *Introducción*

Frente a este panorama, evidentemente deficitario, el Departamento llevó a cabo la elaboración de un programa de psiquiatría comunitaria, cuyas metas están condicionadas a la disponibilidad de recursos materiales y humanos. A fin de dar una idea cabal del tipo de actividad que desarrolla el Departamento de Salud Mental es necesario aclarar que, pese a ser un organismo central con funciones de programación, normalización, supervisión y asesoramiento, ha tenido que participar extensamente en la etapa de ejecución de los diversos proyectos en marcha.

Esta última tarea que probablemente va en desmedro de aquellas que teóricamente le son más específicas, ha debido ser asumida, sobre todo en lo que se refiere a docencia e investigación, a causa de la inexistencia o precaridad de las estructuras que pudieran haberlas desarrollado.

<sup>1</sup>Horwitz, J., Muñoz, L. C. et. al. "Investigaciones epidemiológicas acerca de la morbilidad mental en Chile". *Revista del Servicio Nacional de Salud de Chile*, Volumen 3, 277-309, 1958.

Sin embargo, constituye un objetivo general del Departamento la estructuración de un sistema psiquiátrico municipal que permita la centralización normativa, dejando la ejecución a cargo de los establecimientos periféricos del sistema.

Al respecto cabe señalar que el objetivo a largo plazo de esta gestión, de acuerdo con la política emanada de la Secretaría Municipal de Salud Pública, es el logro de una atención médica regionalizada en salud mental con sus características específicas, pero integrada en los planes de salud pública.

A los efectos de implementar los objetivos que este Departamento se ha propuesto, y teniendo en cuenta las condiciones reales de heterogeneidad en que se encontraban los distintos servicios periféricos, hemos creído conveniente diseñar y poner en marcha, un conjunto de instrumentos básicos, con los cuales comenzaremos a estandarizar los sistemas de información, pautas de interacción profesional, etc.

Se preparó un modelo de historia clínica psiquiátrica para uso común de todos los servicios; se elaboraron normas unificadas para el funcionamiento de los mismos; se constituyó un comité interprofesional encargado de la preparación de un informe sobre la definición de funciones de los equipos de salud mental, y por último, se está redactando un glosario de enfermedades mentales abreviado, basado en la clasificación de la OMS, para su utilización obligatoria en todos los servicios.

Consideramos que estas tareas constituyen requisitos previos instrumentales para poder desarrollar la misión específica que compete al Departamento.

Otro objetivo de fundamental importancia para el Departamento es la elaboración conjunta de pautas que le permitan coordinar las actividades, que eviten superposiciones y faciliten la comunicación con organismos nacionales, especialmente el INSM, provinciales y de las municipalidades del llamado Gran Buenos Aires.

En la elaboración del programa también se ha prestado atención especial a algunos proble-

mas, como por ejemplo, el alcoholismo y dependencia de drogas, deserción escolar en poblaciones marginales, etc.

#### *Atención médica*

1) Lograr una capacidad instalada para internación de tiempo limitado de pacientes adolescentes y adultos, eventualmente niños, que alcance el índice señalado por el Departamento, es decir, dos camas por cada 1,000 habitantes.<sup>2</sup> Para ello será necesario habilitar unas 450 camas.

2) Lograr el máximo aprovechamiento de los servicios que ofrecen los establecimientos municipales para el incremento cualitativo y cuantitativo de la atención ambulatoria a través de consultorios externos que funcionen mañana y tarde, hasta las 20 horas.

Es necesario aclarar que, en la medida en que se obtengan datos más precisos respecto a la demanda de este tipo de atención, será posible intentar estimaciones de cantidad de ofertas necesarias para equilibrar dicha demanda.

Estos objetivos avanzarán fundamentalmente mediante la creación de dos tipos de servicios: las unidades psiquiátricas en los hospitales generales, dependientes de la Municipalidad, que ofrecerán internaciones breves (no superiores a 60 días), servicio de emergencias en las 24 horas y consultorios externos para todos los grupos de edad; y los centros de salud mental que brindarán atención ambulatoria por medio de consultorios externos y hospitales de día y que se ocuparán principalmente de tareas en la comunidad, de preferencia de la prevención primaria y secundaria.

Las salas de internación y los centros de salud mental contarán con todo lo necesario para efectuar terapias biológicas, psicoterapia intensiva, psicoterapia breve, individual, familiar y por grupos, ergoterapia y terapia social, en un marco idóneo para el desarrollo de lo que se ha dado en llamar comunidad terapéutica.

<sup>2</sup>Índice fijado teniendo en cuenta que durante unos años todavía el 40% aproximadamente de la demanda en los hospitales dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires provendrá del conglomerado bonaerense (4,170,000 habitantes) y que las camas dependientes del INSM se utilizan por pacientes de todo el país.

En cuanto a la atención en consultorios externos se le dará valor a la psicoterapia de tiempo limitado, por grupos y familias con distintas técnicas, sin que ello excluya los tratamientos de psicoterapia individual y psicofarmacológicos cuando fuera necesario.

Para esto, además de disponer de salas adecuadas, será necesario formar equipos interdisciplinarios bien capacitados, constituidos por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y ergoterapeutas, y elaborar criterios de internación, de alta, de derivación, etc., que faciliten el buen funcionamiento y la integración de los servicios psiquiátricos en los hospitales generales.

Por otra parte, esta red de atención (consultorios externos, hospital de día, servicios de internación y centros de salud mental), se utilizará para llevar a cabo programas específicos, como el ya mencionado de alcoholismo, con el consiguiente ahorro de personal e instalaciones, evitando superposiciones.

### *Docencia*

Lograr la estructuración de un sistema que capacite a los distintos profesionales (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, ergoterapeutas y trabajadores sociales) que integran el personal de la institución para desarrollar acciones en todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

El objetivo es formar, tanto a partir del personal existente como del que se vaya incorporando, equipos idóneos para que desempeñen sus funciones en los servicios psiquiátricos municipales, con un esquema conceptual dinámico y comunitario que les permita enfrentar los problemas que originan las enfermedades mentales.

Paralelamente se intenta adiestrar a los médicos no psiquiatras de la municipalidad, proveyéndoles de algunos conocimientos básicos en psiquiatría que les permitan un enfoque integral de sus pacientes, lo que se espera que provoque también derivaciones más oportunas y, en general, una mayor colaboración con los equipos de salud mental.

### *Investigación*

#### *Prioridades*

El Departamento ha establecido las siguientes prioridades:

1. La investigación de los factores que relacionan la frecuencia y distribución de las enfermedades en la población (estudio de los enfermos en relación con las personas sanas y con su ambiente): *investigación epidemiológica*.

2. La investigación administrativa incluye el estudio de los recursos materiales y humanos aplicados a la psiquiatría en la ciudad de Buenos Aires, estudios de evolución, de utilización de los servicios y de algunos problemas de personal.

3. Por otra parte, y en razón de la forma anárquica en que los servicios psiquiátricos realizan actualmente toda clase de estudios biológicos y de la conducta, el Departamento se propuso implantar un sistema de asesoramiento, supervisión, asistencia técnica y material que comprenda todas las investigaciones de este género. De este modo, se espera lograr la jerarquización de los trabajos efectuados en los distintos servicios municipales.

Los proyectos de investigación que se mencionan a continuación, en función de lo expresado, tienen como objetivo prioritario el de servir de fundamento administrativo para la provisión de servicios de salud.

#### *Anteproyectos de investigación*

*Problema A:* Estudio de la demanda de prestaciones en salud mental, *de y en* la comunidad. Este grupo comprende estudios de la demanda espontánea y otras investigaciones epidemiológicas de prevalencia y de la demanda potencial.

1. Estudio epidemiológico de prevalencia de los desórdenes mentales.
2. Estudio de la extracción de pacientes del Área No. 1.
3. Estudio epidemiológico de trastornos mentales de la comunidad circundante.

**Problema B:** Estudio de recursos aplicados a la psiquiatría.

**Problema C:** Estudio de actitudes.

1. Necesidades de un área determinada.
2. Actitudes de la población circundante al Centro de Salud Mental No. 1 respecto a la enfermedad mental.

**Problema D:** Investigación antropológica.

1. Estudio del grupo familiar y el contorno sociocultural de pacientes atendidos en el Area No. 1.
2. Estudio de factores culturales que tienen influencia sobre la enfermedad.

**Problema E:** Investigaciones clínicas.

1. Evaluación de la eficiencia de terapias aplicadas en el Area No. 1.
2. Evaluación de terapia psiquiátrica intensiva a un grupo de pacientes esquizofrénicos.

**Problema F:** Investigaciones terapéuticas.

1. Resultados terapéuticos de nuevos psicofármacos.
2. Evaluación de la efectividad de terapias aplicadas en el Centro de Salud Mental No. 1.

**Problema G:** Se incluyen investigaciones con múltiples objetivos (estudios metodológicos, de instrumentos, etc.).

1. Estudio metodológico de una prueba para la observación ulterior de pacientes psiquiátricos.
2. Estudio de la deserción de pacientes del Centro de Salud Mental No. 1.

### *Promoción y protección*

En este nivel existe una manifiesta distancia entre la gran importancia que los administradores de salud mental le asignamos, la escasez de experiencias de probada eficacia y la imprecisión del cuerpo teórico al respecto, la falta, en fin, de una metodología apropiada.

En función de ello, el Departamento realiza conjuntamente con el Centro de Salud Mental No. 1, proyectos limitados en cuanto a cobertura y contenido, bajo la hipótesis de que la reducción al mínimo de las variables en juego permitirá algún tipo de evaluación que permita

reducir aquella distancia. En la medida en que este objetivo se cumpla, se aumentará paulatinamente la complejidad de las acciones de promoción y protección que se realicen.

### **Algunos proyectos en estapa de ejecución**

#### *En materia de asistencia médica*

El 15 de abril de 1968 fue inaugurado el Centro de Salud Mental No. 1, primero de una serie de establecimientos análogos que se distribuirán con arreglo a las posibilidades y prioridades zonales, en distintos puntos de la ciudad. Atiende a adolescentes, niños y adultos, funciona con consultorio externo y hospital de día y realiza trabajo en la comunidad. Sus agentes ya se han integrado en una escuela secundaria, dos escuelas primarias, dos establecimientos fabriles y en la guardería de una villa de emergencia próxima.

El 25 de abril próximo se habilitará el Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Municipal "Ignacio Pirovano" con 24 camas, consultorio externo, hospital de día y atención para emergencias durante las 24 horas. Próximo a él se integrará el primer programa comunitario auspiciado por este Departamento, que se realizará en un área determinada (Area No. 1) de la ciudad de Buenos Aires.

En el curso del mes de mayo de este año se establecerá un servicio semejante en el Hospital Municipal "Marcelo T. de Alvear" (30 camas, consultorio externo, hospital de día, emergencias durante las 24 horas).

También se espera en este mismo mes inaugurar la unidad psiquiátrica del Hospital Municipal "Enrique Tornú". Por ser este un hospital monovalente de tisiología, dicho servicio tendrá alguna particularidad. Contará con consultorios externos aptos para terapias de grupo y familiares y con dos salas de internación; en total contará con 10 camas.

La función de este servicio estará dirigida a la solución de interurrencias psiquiátricas acaecidas en pacientes internados en los pabellones del hospital. Cuando fuere necesario también recibirá pacientes en las mismas condiciones precedentes de la sala de tisiología del

Hospital Muñiz o de los servicios de admisión de ambos hospitales.

Aproximadamente en junio o julio de este año se dispondrá de un servicio de psicopatología y salud mental en el Hospital Geriátrico "Martín Rodríguez" que, aunque instalado en la Provincia de Buenos Aires, pertenece a la comuna de la capital. Este servicio con 20 camas para pacientes de ambos sexos se ocupará de la atención de interurrencias psiquiátricas en los ancianos internados en el establecimiento y colaborará especialmente con el Departamento de Rehabilitación Geriátrica recientemente creado en el mismo.

#### *En materia docente*

##### *Curso para auxiliares de enfermería*

El escaso número de enfermeras y auxiliares orientadas hacia la psiquiatría impone la necesidad de modificar la imagen que tienen de la psiquiatría tradicional, proporcionando información acerca del importante papel que deben asumir en la actual psiquiatría comunitaria.

Con este fin el Departamento colabora con la División Central de Enfermería de la Municipalidad, haciéndose cargo del adiestramiento psiquiátrico del curso de auxiliares del corriente año. Al mismo tiempo, forma grupos de esclarecimiento con las instructoras de dicho curso.

##### *Cursos de actualización para médicos*

El Departamento se ha hecho cargo de la organización de cursos de actualización para psiquiatras que ya trabajan en la Municipalidad. El primero tiene por objeto unificar los criterios de diagnóstico, con el fin de hacer posible una mejor utilización de los datos recogidos en las historias clínicas en ulteriores estudios epidemiológicos.

En el Hospital "Pirovano" ya se ha comenzado con grupos "operativos" con médicos no psiquiatras, que respondieron a una invitación especial formulada por el Centro de Salud Mental No. 1.

##### *Adiestramiento del personal no profesional*

El Departamento estimula la creación en los distintos servicios, de equipos de personal no

profesional y asesorará respecto a su selección y adiestramiento. La contribución de personas con adecuadas motivaciones y posibilidades puede ser de gran valor como eslabón de contacto con la comunidad.

##### *Residencia en psiquiatría*

Este programa que interesa especialmente al Departamento, ha comenzado en 1968 y continuará en 1969 con un total de 12 residentes rentados de primer año y 12 residentes rentados de segundo año, distribuidos en tres servicios, además de un número aún no definido de residentes honorarios.

El Departamento ha homogeneizado los programas haciendo turnar a los residentes por distintas instituciones: Sala de Psiquiatría del Hospital General, Hospital de Día, Centro de Salud Mental y Hospital Psiquiátrico.

También centralizará la formación teórica tomando como base tres materias: psicología de la personalidad, psicopatología y clínica psiquiátrica y terapéutica que se enseñará durante los tres años de residencia. A esto se agregarán diversos seminarios sobre psicología evolutiva, psicofármacos, neurología, exámenes proyectivos, medicina psicosomática, etc. El último año contará con psicología social, psiquiatría social y trabajo epidemiológico en el área. Colaboran en los cursos miembros de la Clínica Racker, dependiente de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

El objetivo es que al final de los tres años, los residentes posean una sólida formación en psiquiatría clínica dinámica y que conozcan al mismo tiempo la comunidad en la que trabajan, de manera que puedan participar activamente en la realización y ejecución de programas de salud mental.

Se han establecido contactos con jefes de sala y encargados de residencias de los distintos servicios de todos los hospitales municipales, para organizar, en los casos en que lo soliciten, un programa constituido por grupos tipo Balint y cursos y seminarios, de acuerdo a las necesidades e intereses de cada servicio.

*En investigación*

Se ha puesto en marcha un estudio descriptivo de pacientes que concurren por primera vez a la consulta psiquiátrica, en el ámbito de los servicios municipales.

Se ha diseñado y concretado en un anteproyecto el estudio de la prevalencia de los

desórdenes mentales en el área de la ciudad de Buenos Aires.

Como investigación administrativa se lleva a cabo un estudio de la oferta, es decir un catastro de recursos humanos y materiales aplicados a la salud mental en el área metropolitana.

# ESTUDIO DE UN PAIS DEL CARIBE—PROGRESO Y PROBLEMAS DE UN PROGRAMA COMUNITARIO DE SALUD MENTAL EN JAMAICA

Dr. Raymond Prince\* y Srta. Antonia Klimenko†

## Introducción

En la actualidad, Jamaica no puede considerarse como un país en vías de desarrollo. Simpson<sup>1</sup> no incluye a Jamaica entre los países cuyo ingreso anual *per capita* es inferior a 300 dólares (véase el cuadro 1). Su situación económica relativamente buena depende en gran parte de la bauxita y del turismo. La industria de bauxita se desarrolló poco después de la Segunda Guerra Mundial, y Jamaica proporciona hoy la cuarta parte del aluminio mundial. La proximidad, en la costa atlántica, de grandes concentraciones de norteamericanos acaudalados, junto con la gran belleza natural de la isla, que Colón describió como “la más hermosa que la vista ha contemplado”, ha dado origen a una industria turística floreciente. En 1965, unos 317,000 visitantes gastaron 110 millones de dólares.<sup>2</sup> A pesar de estas ventajas, la riqueza está desigualmente distribuida y el ingreso medio, en las parroquias rurales, es de unos cuatro dólares por semana.<sup>3</sup> El índice de desempleo en Kingston, capital de la isla, asciende al 19% de la fuerza de trabajo.<sup>4</sup> Un problema importante es el que plantea el crecimiento de la población. En general, Jamaica y la región del Caribe constituyen la zona del mundo en donde aumenta más rápidamente la población (véase el cuadro 2). Después de la Segunda Guerra Mundial, la elevada emigración al Reino Unido absorbió una parte

importante de la fuerza laboral y mantuvo el índice de desempleo a niveles razonables. Pero desde 1962, con la aprobación de la Ley de Inmigrantes en el Reino Unido, la emigración de hombres cesó casi por completo y en el Plan Quinquenal de Independencia de Jamaica se prevé un aumento espectacular de unas 140,000 personas en el grupo de edad de 15 a 49 años durante el período 1970-1975.

Los servicios médicos están relativamente bien desarrollados. Hay un médico por cada 3,800 personas y una enfermera diplomada por cada 892. En 22 hospitales generales del Gobierno existen 3,055 camas y su distribución es tal que cualquier jamaicano puede llegar a un hospital en un plazo de dos horas. La tasa de mortalidad infantil es una de las más bajas entre los países latinoamericanos y las inversiones de Jamaica en salud se comparan, favorablemente, con las de la mayoría de aquellos (véase el cuadro 1). El Gobierno ha concedido la máxima prioridad al programa de planificación de la familia.

## Salud mental: el problema

En lo que respecta a la psiquiatría, Jamaica se enfrenta con un problema que es familiar a muchos países en desarrollo: la tendencia del sistema de cuidados psiquiátricos de producir tasas elevadas de cronicidad entre los enfermos mentales. En Jamaica, la mitad de las camas de hospital están ocupadas por enfermos psiquiátricos. Los servicios de psiquiatría están concentrados, en su mayor parte, en el Hospital Bellevue, de Kingston, que atiende a toda la isla. En 1964, alrededor de las dos terceras partes de los 2,700 pacientes de Bellevue habían estado hospitalizados durante cinco años, como mínimo.<sup>5</sup> Esta propensión a la

\*Oficial Médico de la OPS/OMS, Kingston, Jamaica.

†Enfermera de la OPS/OMS, Kingston, Jamaica.

<sup>1</sup>Simpson, D. “The Dimensions of World Poverty”. *Sci Amer* 219:27-35, 1968.

<sup>2</sup>Eyre, A. *A New Geography of the Caribbean*. Londres: Phillip Co., y MacPherson, J. *Caribbean Land*. Londres: Longmans, 1967.

<sup>3</sup>Francis, O. C. “The People of Modern Jamaica”. Departamento de Estadísticas de Jamaica, 1963.

<sup>4</sup>Hall, D. “The Colonial Legacy in Jamaica”. *New World* 4-7, 1968.

<sup>5</sup>Richman, A. “A Plan for a National Mental Health Programme”. Jamaica, Documento mimeografiado, 68 pags., 1965.

CUADRO 1—Comparación de las características económicas y de salud de algunos países latinoamericanos.

País	Población (en millones) <sup>1</sup>	Ingreso per capita <sup>1</sup> (dólares EUA)	Camas de hospital general <sup>2</sup>	Camas de hospital psiquiátrico <sup>2</sup>	Mortalidad infantil por 1,000 habitantes 1965 <sup>3</sup>	Porcentaje del presupuesto de salud, en el presupuesto total (anual) <sup>2</sup>
Jamaica	1.8	407	3,055	3,115	37	9.5 (1966/1967)
Venezuela	8.7	745	16,141	4,317	48	20.7 (1964)
Argentina	22.4	740	—	—	58	3.0 (1965)
Chile	8.6	515	25,772	3,661	107	7.9 (1966)
Costa Rica	1.4	353	3,316	1,118	75	6.2 (1966)
Cuba	7.6	319	12,359	4,561	38	—
Guatemala	4.4	281	7,798	1,172	93	11.7 (1966)
Colombia	18.1	237	32,526	6,800	82	8.7 (1966)
Paraguay	2.0	186	3,146	294	—	18.0 (1963)
Ecuador	5.2	183	7,373	1,499	93	5.0 (1965)
Bolivia	3.7	144	4,138	473	107	—
Haití	4.4	80	1,745	18	177	12.4 (1965/1966)
					(1963)	
E.U.A.	194.6	2,894	891,819	694,261	25	14.4 (1965)
Suecia	7.7	2,046	47,552	33,996	13	11.3 (1964)
Canadá	19.6	1,825	112,059	70,762	24	16.9 (1965/1966)

—No se dispone de datos.

<sup>1</sup>Simpson, D. (1968) *op. cit.*

<sup>2</sup>World Health Statistics Report, Vol. 21, noviembre de 1968. OMS, Ginebra.

<sup>3</sup>World Health Statistics Annual, 1965. OMS, Ginebra.

cronicidad puede atribuirse a dos factores principales: 1) la actitud pesimista de la población con respecto al tratamiento de las enfermedades mentales y la reacción negativa frente al Hospital Bellevue y al enfermo mental y 2) la considerable centralización de los cuidados que favorece el aislamiento de muchos pacientes con respecto a sus familias y agrava los problemas de rehabilitación. Desde luego, también se ha de tener en cuenta la notable escasez de personal médico; en el momento de escribir el presente trabajo sólo hay cinco médicos a tiempo completo en el hospital. La prestación

sistemática de cuidados ulteriores a los enfermos dados de alta no está bien organizada.

Sin embargo, en los últimos años han ocurrido algunos acontecimientos de importancia. El más significativo ha sido la creación, en 1965, de una cátedra de psiquiatría en la Universidad de las Indias Occidentales.<sup>6</sup> El primer titular de dicha cátedra, el profesor Michael Beaubrun, es un decidido partidario de que la comunidad y los hospitales generales se encarguen de todo lo relativo a los trastornos psiquiátricos,<sup>7</sup> y estableció inmediatamente un servicio psiquiátrico de internación en el Hospital Universitario, además de una gran clínica de pacientes externos. En el referido servicio se atiende cada año a unos 200 pacientes hospitalizados, que representan toda la gama de los trastornos psiquiátricos.

En la actualidad, el departamento dispone de tres psiquiatras entre los profesores y,

CUADRO 2—Índices de aumento de población<sup>1</sup>

(Número por 1,000 habitantes, por año,  
excluida la emigración)

País	Índice de aumento
Venezuela .....	37
Trinidad .....	30
Jamaica .....	29
Puerto Rico .....	25
India .....	10
Japón .....	9
Reino Unido .....	4

<sup>1</sup>Eyre, A. *op. cit.* pág. 6.

<sup>6</sup>La Universidad de las Indias Occidentales es una institución regional al servicio de la población de habla inglesa de los países del Caribe. El principal recinto universitario, situado en Kingston, Jamaica, comprende la Facultad de Medicina y el Departamento de Psiquiatría.

<sup>7</sup>Beaubrun, M. "Psychiatric Education for the Caribbean". *W Indian Med J* 15:25, 1965.

además de los servicios directos que presta a la comunidad y de la función esencial que desempeña en la formación de psiquiatras para el Caribe, constituye un núcleo de personal psiquiátrico que representa un medio valioso para la enseñanza profesional y pública de la salud mental en Jamaica.

Un segundo acontecimiento de importancia fue el comienzo de la extensión de los servicios psiquiátricos a la comunidad. El primer asistente social fue asignado al Hospital Bellevue en 1959 y, poco después, se crearon varios "centros de consulta psiquiátrica" a cargo de asistentes sociales del Hospital Bellevue. En 1965, estos centros se habían convertido en verdaderas clínicas psiquiátricas; se hallan situados en centros médicos alrededor de la isla y los enfermos son examinados mensualmente por un asistente social o funcionario de salud mental y un psiquiatra.<sup>8</sup> Los pacientes son en su mayor parte personas dadas de alta en el Hospital Bellevue que acuden a recibir cuidados ulteriores, aunque aproximadamente una quinta parte constituyen casos nuevos enviados por la comunidad.

Todos estos acontecimientos tenían por objeto primordial evitar el ingreso en los hospitales psiquiátricos, y la reducción, en estos, del número de pacientes crónicos. Durante cierto tiempo, los referidos hechos, más el amplio uso de medios fisioterápicos (tratamiento electroconvulsivo y sedantes) dieron la impresión de haber logrado ese fin. Después el Hospital Bellevue alcanzó la población máxima de pacientes—3,103 enfermos en 1961—número que ha ido en descenso constante (véase el cuadro 3). Pero en los dos años últimos la población hospitalizada ha empezado a aumentar de nuevo debido, al parecer, al incremento considerable de personas admitidas (en 1961 hubo 1,301 ingresos, pero en 1968 fueron admitidos 2,099 enfermos). Es indudable la necesidad de aplicar una política más vigorosa de descentralización y dispersión de los cuidados en la comunidad.

<sup>8</sup>Royce, K. y E. Francis. "Stimulating Community Interest in Mental Health". Trabajo presentado en la Conferencia de Salud Mental del Caribe, agosto de 1967, Bridgetown, Barbados.

CUADRO 3—Número de pacientes hospitalizados y admitidos en el Hospital Bellevue de Kingston.

Año	Admisiones anuales	Pacientes hospitalizados al término del año
1863	94	159
1892	186	918
1934	534	2,407
1951	659	2,732
1956	704	3,020
1959	1,058	3,123
1961	1,301	3,103
1962	1,507	3,025
1963	1,778	2,910
1964	1,675	2,719
1965	1,778	2,689
1966	1,853	2,677
1967	2,255	2,715
1968	2,099	2,801

### El programa de la Organización Panamericana de la Salud—Organización Mundial de la Salud

A solicitud del Ministerio de Salud, la OPS/OMS envió un consultor a corto plazo a Jamaica, para que estudiara el tratamiento de pacientes psiquiátricos y formulara recomendaciones con el fin de elaborar un programa nacional de salud mental. El consultor, Dr. Alex Richman, presentó dos informes<sup>9</sup> en los que formuló amplias recomendaciones sobre cambios y actividades, entre las cuales figuran las siguientes:

1) El establecimiento de una unidad de demostración, de 40 a 60 camas, para el tratamiento de pacientes de nuevo ingreso, en la que se facilitará adiestramiento en el servicio al personal del Hospital Bellevue y en la cual podrán efectuar prácticas de psiquiatría las enfermeras diplomadas que cursan estudios.

2) La organización de programas de orientación y adiestramiento de médicos (en particular médicos generales y funcionarios de salud pública) en psiquiatría básica y salud mental de la comunidad, al objeto de prestar cuidados ulteriores y tratar pacientes graves dondequiera que no se pueda disponer de psiquiatras.

<sup>9</sup>Richman, A. "A Plan for a National Mental Health Programme". Jamaica, documento mimeografiado, 68 páginas, 1965. "Implementation of a Plan for a National Mental Health Programme". Jamaica, documento mimeografiado, 57 págs., 1966.

3) La colaboración con la Universidad de las Indias Occidentales en la enseñanza de estudiantes y el adiestramiento de graduados en psiquiatría y salud mental de la comunidad.

4) El mejoramiento de la actitud del público y el conocimiento de las diversas clases de grupos profesionales en relación con la salud mental.

5) La disminución del número de pacientes en el hospital psiquiátrico y el incremento de los medios de atención psiquiátrica en los hospitales generales.

6) La integración de los conceptos de salud mental en los actuales cursos de enfermería, enfermería de salud pública, obstetricia, etc.

Estos planes se formularon en 1965-1966 y algunas de las recomendaciones se llevaron a la práctica poco después. No obstante, se decidió que un psiquiatra y una enfermera psiquiátrica de la OPS/OMS prestaran servicio ininterrumpido en Jamaica durante varios años, para intensificar el cumplimiento de las recomendaciones. Ambos consultores llegaron en 1967 y en el resto del presente trabajo se expondrán las actividades y problemas correspondientes al primer año del programa.

Si bien muchos aspectos del problema requerían, al parecer, atención inmediata (rehabilitación de pacientes crónicos en el Hospital Bellevue, tratamiento de retrasados mentales, cuidados psiquiátricos a los niños, etc.), se acordó conceder prioridad absoluta al programa de descentralización de los servicios psiquiátricos.

#### La sala de demostración en el hospital psiquiátrico

En este programa de descentralización, se procedió como primer paso a establecer una sala de demostración dentro del hospital psiquiátrico. Esta sala constituye la sede del proyecto y desempeña diversas funciones, a saber:

1) Demuestra que todas las categorías de pacientes psicóticos pueden tratarse en un régimen de puerta abierta en el que participen indistintamente hombres y mujeres. También

sirve para demostrar el método de la comunidad terapéutica<sup>10</sup> para la nueva incorporación de los pacientes psiquiátricos a la sociedad.

2) Sirve de medio de adiestramiento del personal del Hospital Bellevue; de estudiantes de enfermería, estudiantes de medicina y otros no pertenecientes al Hospital y, tal vez lo más importante, se utiliza para capacitar personal de enfermería, médico y paramédico de hospitales generales donde se establecen unidades psiquiátricas, así como para formar al personal que se ocupará del cuidado ulterior de los pacientes.

La sala consiste en una unidad de 70 camas (la mitad para hombres y la otra mitad para mujeres). Los pacientes que ingresan proceden de una determinada zona geográfica (las tres parroquias de San Andrés, inclusive la ciudad de Kingston, Santa Catalina y Santo Tomás) con una población de 640,000 habitantes. Durante el primer año de actividades ingresaron unos 300 pacientes, o sea, el 14 % del total de ingresos en el hospital, en ese año. El personal de la sala comprende los miembros siguientes:

Médico . . . . .	1*
Enfermeras . . . . .	14*
Ayudantes de sala . . . . .	12*
Ergoterapeutas . . . . .	1†
Psicólogos . . . . .	1†
Funcionario de salud mental (trabajo social) . . . . .	1*
Asistentes . . . . .	2*

\*A tiempo completo.

†A tiempo parcial.

Al ser admitidos, los pacientes pasan a la zona de casos agudos, una sección de la sala en la que están sometidos a vigilancia continua; en ella, el paciente viste pijama y toma sus comidas junto al lecho; es poco lo que de él se exige, y disfruta de escasos privilegios y reducida libertad. Cuando el personal considera que un paciente se ha restablecido lo suficiente para asumir responsabilidad por sí mismo, se le devuelven sus ropas, toma sus comidas en el comedor y se le concede la libertad de circular dentro del recinto del hospital. La mayoría de

<sup>10</sup>Establecido por Maxwell Jones y colaboradores. Véase: Jones, M. "Beyond the Therapeutic Community". New Haven: Universidad de Yale, 1968.

los pacientes permanecen en la zona de casos agudos unas tres semanas.

Los tratamientos consisten principalmente en grandes dosis de sedantes y tratamiento electroconvulsivo (TEC). De hecho, no se administra psicoterapia individual, pero cada paciente, al abandonar la zona de casos agudos, es asignado a un pequeño grupo de psicoterapia (de cinco a 15 pacientes) y asiste cada semana a una reunión de todo el grupo de pacientes.

Es interesante observar que, durante el año, sólo dos enfermos fueron transferidos a salas cerradas debido a comportamiento agresivo incontrolable. Uno de ellos era un muchacho epiléptico de inteligencia limítrofe y accesos de furia. Fue trasladado después de que atacó al médico de la sala e intentó estrangular a una de las enfermeras. El otro paciente fue trasladado con el objeto de dispersar un grupo de jóvenes que se reunían para intimidar a otros pacientes. El jefe del grupo fue trasladado cuando volcó una cama sobre otro paciente y empezó a saltar sobre ella. Uno de los pacientes que estaba bajo el efecto de un sedante se había recostado inadvertidamente en la cama del "jefe". Tan escasa frecuencia de traslados es importante porque demuestra la tesis de que casi todos los pacientes pueden recibir tratamiento en un régimen integrado de puerta abierta.

La tasa de reingreso ha sido, durante el año, del 15 por ciento. La mayoría de estas personas ingresaron de nuevo porque no recibieron, por diversas razones, cuidados ulteriores.

#### *Una nota acerca de la comunidad terapéutica*

Al considerar la comunidad terapéutica y sus fines, tal vez sea de utilidad formular una definición social de la enfermedad mental. Una proporción reducida de los miembros de cualquier sociedad altera el sistema porque no se comporta en forma responsable con respecto a los demás. Por ejemplo, tal vez no se preocupen del cuidado de los familiares a su cargo o sean incapaces de controlar debidamente sus impulsos agresivos o sexuales o de mantenerse de modo aceptable. En la mayoría de las sociedades se establece una distinción clara entre los que pueden ser responsables, pero

prefieren no serlo—delincuentes o criminales—y aquellos que no se conducen con responsabilidad por no poder hacerlo—deficientes mentales y enfermos mentales.

Así pues, en un sentido importante, el enfermo mental puede definirse como el integrante de una comunidad que no se halla en condiciones de asumir las funciones sociales correspondientes a su edad y posición. De ello se deduce que en el tratamiento del enfermo mental es de suma importancia fomentar su capacidad para que recobre su anterior grado de responsabilidad. Y este es el objetivo más importante del llamado medio terapéutico: fomentar el sentido de responsabilidad social.

En la sala de demostración, una vez controlados los síntomas de psicosis aguda por medio de sedantes y TEC, el enfermo abandona la ya descrita zona de casos agudos de la sala. Se le devuelven sus ropas e ingresa en el medio terapéutico. Comienza su odisea hacia la responsabilidad social.

El fomento de esta responsabilidad no deja de tener dificultades. La idea de que los enfermos mentales pueden asumir responsabilidades es diametralmente opuesta a la antigua actitud del personal hospitalario con respecto a los pacientes. En épocas anteriores, se consideraba que los pacientes necesitaban de atención total; no se podía fiar en que permanecieran en el recinto del hospital y había que encerrarlos; no se podía dejar que hombres y mujeres anduvieran mezclados en las salas y se les mantenía rigurosamente separados; los pacientes (ni las enfermeras, desde luego) nada tenían que ver con el tratamiento, que constituía la prerrogativa secreta del médico; los pacientes no podían ser buenas amas de casa y sólo las asistentes de las salas eran capaces de realizar esas tareas con eficacia. Gruenberg<sup>11</sup> expone esta cuestión con acierto:

Suponiendo que el hospital cuente con personal amablemente estricto . . . lo único que se espera del paciente es que se limite a hacer lo

<sup>11</sup>Gruenberg, E. M. "Can the Reorganization of Psychiatric Services Prevent Some Cases of Social Breakdown?" En *Psychiatry in Transition 1966-1967* A. B. Stokes (ed.), Toronto, Canadá: Universidad de Toronto.

que le ordenen; e incluso, por ejemplo, si desobedece las instrucciones en cuanto a quitarse la ropa, se le debe despojar de esta con amabilidad y sin casi ninguna crítica. Si se resiste o golpea, nadie ha de responder a sus golpes, sino que ha de sujetársele con firmeza hasta haber adoptado las medidas necesarias. Nadie expresa sorpresa ante su conducta y, en realidad, todos reaccionan como si esperaran que él ha de intentar la huida y ser incapaz de hacer algo por sí mismo. Se le llama "enfermo" y se le dice que se le cuidará. Se le releva moralmente de la responsabilidad de sus fracasos, al precio de quedar identificado como paciente de una enfermedad debido a la cual sus propios impulsos, pensamientos y expresiones casi no guardan relación con las actividades prácticas de la vida diaria.

En la sala de demostración se han logrado algunos progresos en cuanto a modificar estas actitudes de custodia. La sala no se cierra con llave y en ella hay hombres y mujeres. Cada mañana, todo el personal disponible se reúne para discutir los problemas relativos a los pacientes o al propio personal. Se estimula al personal a que enseñe a los pacientes a limpiar la sala y a cuidar de los demás enfermos. La finalidad principal que se persigue no es conseguir una sala inmaculadamente pulcra, sino un recinto lleno de pacientes activos e interesados; el personal aspira a que cada paciente se sienta un elemento digno de una comunidad meritória. Todos los pacientes deben interesarse personalmente en mantener la sala en un estado lo más confortable y agradable posible. Para mantener estas actitudes se requiere el estímulo constante del personal y los enfermos. A continuación, se indican algunos ejemplos de la forma en que la labor de grupo se orienta hacia este fin.

#### *Ejemplo 1: Reunión del grupo de personal*

El personal fue informado de que un paciente recién ingresado, un muchacho deficiente y psicótico, estaba causando dificultades porque se apoderaba de alimentos y hurtaba, a otros pacientes, latas de leche en polvo. Era muy inquieto y exigente. El paciente fue traído a la reunión. Se trataba de un ser humano muy pequeño y poco agraciado, de rostro deprimido. Tartamudeaba mucho. Cuando se le preguntó por qué hurtaba la leche, respondió que "su

organismo le estaba atormentando demasiado y sentía enormemente la necesidad de algo". Manifestó que la vida no había sido muy generosa con él, que no poseía nada y que los demás eran más afortunados que él. Al analizar el problema, el personal advirtió que el muchacho necesitaba un poco de mimo. Se decidió que las estudiantes de enfermería lo cuidaran, por turno, ofreciéndole con frecuencia vasos de leche y cacao. Deberían poner al paciente en cama y atenderlo en todo. Se le proporcionó una buena cantidad de cigarrillos y alimentos. El plan fue aceptado con entusiasmo y tuvo un efecto altamente terapéutico.

#### *Ejemplo 2: Grupo numeroso de pacientes*

Varias enfermas se quejaron a gritos de la conducta poco pulcra de otra paciente. Dijeron que defecaba por todas partes. En cuanto alguien le decía que acudiera al baño, se ponía furiosa. Después de que diversas pacientes se habían expresado de esta forma y varias más habían solicitado el traslado de la enferma a otra sala, porque rehusaba comportarse "con decencia", se pidió a la propia paciente que explicara su conducta. Ante tanta presión del grupo, ella empezó a llorar y dijo que no sabía por qué lo hacía y que desearía no volver a hacerlo más. Después de esta explicación, se preguntó al resto de las pacientes si todavía deseaban enviarla fuera o estaban dispuestas a ofrecerle otra oportunidad de enmendarse. Unánimemente, las pacientes resolvieron "darle una nueva oportunidad". La conducta antisocial de la enferma cesó muy pronto y, a poco, fue dada de alta.

#### *Ejemplo 3: Grupo numeroso de pacientes*

Como suele ocurrir en la mayoría de las instituciones, los pacientes se quejaban mucho de la alimentación que se les daba en la sala. Las comidas llegaban tarde, eran monótonas y estaban mal preparadas. Los pacientes acordaron reclamar por escrito al superintendente. Firmaron la reclamación y pidieron al personal que hiciera lo mismo. La reclamación llegó al superintendente, que acusó recibo de la misma por escrito, prometiendo hacer lo posible por

poner remedio a la situación. Aunque la comida y el servicio siguieron igual, se había logrado que los pacientes actuaran conjuntamente.

#### *Ejemplo 4: Grupo numeroso de pacientes*

Un paciente negro recién ingresado constantemente causaba molestias al rehusar relacionarse con los demás pacientes negros, afirmando que él era nieto de la Reina Victoria y que, en realidad, era blanco. Se le trasladó de la zona de casos agudos al grupo de pacientes. Repetía, en forma muy vehemente, sus fantasías. Después de que el enfermo se separó del grupo, los pacientes deliberaron sobre la forma en que podían ayudarlo. Uno de ellos indicó que se trataba de un oportunista que debía haberse sentido muy pequeño e insignificante, cuando estaba dispuesto a creer que él era un personaje tan importante. Se acordó que todos le prestaran atención especial, pero sin olvidar que se enfurecería mucho cuando los pacientes negros trataran de acercársele. Se designó a tres pacientes de piel más clara para que lo cuidaran y procuraran que se sintiera tan valioso e importante como cualquiera. Se les aconsejó que ignoraran las manifestaciones ilusorias del enfermo y no las discutieran con él. Su único objetivo era que se sintiera importante. Este procedimiento no resultó eficaz, pero ilustra la forma en que los pacientes pueden intervenir en los planes de tratamiento.

#### **El vínculo entre la sala de demostración y su zona de influencia**

A los seis meses de actividad, la sala de demostración funcionaba bastante bien. El próximo paso era establecer vínculos más estrechos con la comunidad. Después de varios intentos en falso, se decidió concentrar la atención en los hospitales generales y en los recursos de la comunidad que quedan dentro de la zona de influencia de la sala de demostración, en vez de tratar en forma más difusa de abarcar la totalidad de la isla. Esta iniciativa, de resultar satisfactoria, serviría de modelo para la labor en otras parroquias.

El propósito general es el de evitar el ingreso del mayor número posible de pacientes en los

hospitales psiquiátricos, impidiendo así las concomitantes repercusiones sociales. Ello ha de conseguirse instituyendo servicios de tratamiento en los hospitales generales y fortaleciendo los actuales programas de atención ulterior.

Una breve descripción de los acontecimientos ocurridos hasta la fecha en uno de los hospitales de nuestra zona de influencia servirá para ilustrar el carácter general de la labor de que se trata y los problemas que se plantean.

Se eligió un hospital general de 120 camas situado en un pueblo costero, a unas 30 millas al este de Kingston. Dicha institución presta servicio a la Parroquia de Santo Tomás. El médico encargado del hospital es una excepción a la regla puesto que fue funcionario de salud pública antes de ser cirujano. Se interesaba mucho en el programa por considerar que, en el futuro, el hospital general deberá hacer frente a un número creciente de problemas de dos clases: los trastornos psiquiátricos y los casos quirúrgicos debido a accidentes automovilísticos. La dificultad principal para establecer un servicio psiquiátrico en un hospital general es, desde luego, de carácter educativo. Por ejemplo, el médico a cargo había recibido en la Facultad de Medicina formación psiquiátrica tan sólo rudimentaria; la enfermera jefa y el personal de enfermería, salvo una excepción, nunca habían recibido enseñanza psiquiátrica. Como ha ocurrido en muchos países, hasta muy recientemente, las enfermeras de los hospitales psiquiátricos eran las únicas que recibían formación en psiquiatría. Esto concordaba con el criterio antiguo de que los enfermos psiquiátricos debían ser tratados en los hospitales psiquiátricos. Por consiguiente, las enfermeras de los hospitales generales, las enfermeras de salud pública, las enfermeras obstétricas y demás personal de salud no recibían preparación básica en el tratamiento de pacientes psiquiátricos. Así, pues, la totalidad del personal de los hospitales generales comparte, en mayor o menor grado, las fantasías medrosas y negativas del público en general con respecto a las enfermedades mentales.

La primera actividad relacionada con el

programa consistió en celebrar por las tardes en la sala de demostración, un seminario sobre el uso del tratamiento electroconvulsivo. Participaron el médico, su ayudante, la enfermera jefa y una docena de enfermeras. El carácter del seminario fue sumamente práctico y el médico y algunas de las enfermeras administraron tratamiento. A nuestro juicio, el TEC debiera formar parte de la práctica terapéutica de los médicos rurales. Así como un médico general debe efectuar apendicectomías donde no hay cirujanos, también debería ser capaz de aplicar el TEC en los lugares en que no hay psiquiatras.

En segundo lugar, se organizó un seminario de psiquiatría de dos días para el personal del hospital, se invitó además a toda clase de personal médico y paramédico de los alrededores. Las materias tratadas fueron las siguientes:

#### *La psiquiatría y el hospital general*

- 1) La evolución de los cuidados desde los de custodia hasta la atención terapéutica.
- 2) El tratamiento del paciente psiquiátrico en el hospital general.
- 3) El empleo de tratamientos somáticos (TEC, medicamentos, etc.) en los hospitales generales.
- 4) La preparación del personal en los hospitales generales.

#### *Categorías de trastornos psiquiátricos*

- 1) Las psicosis orgánicas y funcionales.
- 2) Las psiconeurosis y los trastornos psicósomáticos.
- 3) Los factores emocionales en las enfermedades físicas.

#### *La enfermera y el tratamiento de la conducta psicótica*

Un análisis teórico y práctico de la labor de enfermería con el paciente que es: 1) ilusivo; 2) suicida; 3) alucinante; 4) retraído, y 5) deprimido. Se concederá importancia especial al tratamiento dentro del hospital general.

#### *La continuidad de la atención*

- 1) Localización de casos y envío del paciente a la comunidad.
- 2) Cuidados dentro del hospital (emergencia, cuidados de sala y traslado al hospital mental).
- 3) Cuidados ulteriores (misión del funcionario de salud mental y de la clínica).

Una medida ulterior consistirá en proporcionar adiestramiento más intensivo a los dos o tres miembros del personal de enfermería que hayan de asistir al curso normal de tres meses en el Hospital Bellevue, que se ofrece en la actualidad a todas las enfermeras estudiantas.

En los cambios de impresiones celebrados con el personal de distintos hospitales generales, se ha puesto de manifiesto que una de las preocupaciones principales en el tratamiento de las psicosis es el temor a la conducta agresiva. Se indicó que las enfermeras se sentirían considerablemente aliviadas si supieran que los mozos de servicio eran capaces de dominar a los pacientes psicóticos alterados. Por consiguiente, se ha previsto organizar un breve cursillo, en la sala de demostración, destinado a los mozos de servicio de los hospitales generales.

El problema del cuidado ulterior de los pacientes dados de alta es de importancia esencial. Como se ha dicho, una de las causas principales del reingreso de pacientes es la interrupción de la medicación. En la actualidad, a los pacientes dados de alta de la sala de demostración se les entrega una carta, dirigida a un médico, en la que se indican el diagnóstico y los medicamentos que el enfermo ha de tomar. Los pacientes que viven cerca de una de las tres clínicas psiquiátricas de nuestra zona de influencia entregan la carta a su clínica respectiva; el resto se dirige a los médicos de su vecindad. El funcionario de salud mental (una enfermera psiquiátrica con formación suplementaria en trabajo social) lleva una lista de todos los enfermos dados de alta. Visita las clínicas con regularidad y comprueba si los pacientes han acudido a las mismas para recibir cuidados ulteriores. Se visita también en su domicilio al mayor número posible de pacientes reacios con el objeto de estimularlos a mantenerse en contacto con la clínica. No obstante, muchos enfermos eluden esta red de vigilancia y hacen necesaria, sin duda alguna, la utilización creciente de los recursos humanos de la comunidad. Abrigamos la esperanza de extender nuestra cobertura en la zona de influencia, mediante la intervención del sistema de salud pública. Se informará al funcionario médico de

salud del alta de cualquier paciente de su zona. Una enfermera de salud pública, o quizá un inspector del ramo, efectuará entonces una visita a domicilio para indicar el interés público que la familia despierta y cerciorarse de que los pacientes toman sus medicamentos y acuden a la clínica. El funcionario de salud mental podrá entonces dedicarse al tratamiento de pacientes con síntomas de recaída o a otras consultas psiquiátricas más especializadas.

### **El Comité Nacional de Planificación en Salud Mental**

Las actividades descritas hasta ahora han constituido el núcleo principal del programa, pero hay asimismo otros proyectos en vías de ejecución. Entre ellos, los más importantes son los siguientes:

1) Estrechar los lazos entre la Universidad y el personal psiquiátrico del Gobierno, lo cual se ha conseguido mediante conferencias semanales para el personal médico universitario y gubernamental. El personal del Hospital Bellevue también ha sido invitado a participar en los seminarios semanales que la Universidad ofrece a los posgraduados. Entre los resultados importantes obtenidos, cabe mencionar la organización de un programa en virtud del cual el Hospital Bellevue se utiliza como centro de prácticas para los psiquiatras que reciben adiestramiento en el curso ofrecido por la Universidad de las Indias Occidentales. Actualmente, las enfermeras que estudian en la Universidad también acuden durante un mes al Hospital Bellevue, como parte de su programa habitual de formación.

2) Organizar una gran variedad de seminarios y simposios para distintos grupos, incluso enfermeras, enfermeras de salud pública, médicos, profesores y grupos de personas del

sector privado. También se proyecta establecer un programa de adiestramiento para funcionarios de policía.

3) Extender la comunidad terapéutica y el programa de regionalización a las otras tres salas de ingreso del Hospital Bellevue; sin embargo, este programa ha tropezado con una gran resistencia debido a la escasez de personal y a su actitud.

Finalmente, existe otra empresa digna de una mención más amplia. A medio camino del primer año del programa resultó evidente que, por la gran diversidad de grupos y disciplinas que intervienen en la realización de las reformas previstas, era imprescindible proporcionar a los dirigentes interesados la oportunidad de reunirse y cambiar impresiones. En consecuencia, se creó un organismo denominado Comité Nacional de Planificación en Salud Mental. Entre los miembros figuran dirigentes gubernamentales y universitarios especializados en psiquiatría, medicina, enfermería, salud pública, educación para la salud y trabajo social, así como los jefes de organizaciones voluntarias y del departamento de policía. El Comité se reúne una vez al mes, dedicándose a analizar temas previamente designados, tales como "La psiquiatría y la enfermería", "La psiquiatría y el médico general" y "La psiquiatría y la legislación". Se ha procurado llevar estos estudios a la práctica y, hasta la fecha, se ha logrado al menos una realización concreta derivada de cada una de las reuniones. Se abriga la esperanza de que, mediante este Comité, un determinado grupo de dirigentes se familiarizará con los diversos aspectos de la salud mental de la comunidad. Igual importancia reviste la educación del personal del proyecto a fin de darles a conocer los puntos de vista de las distintas disciplinas representadas en él.