

ATENCION PSIQUIATRICA EN PROGRAMAS DE SALUD GENERAL

Ramón Florenzano Urzua¹ y Oscar Feuerhake Molina²

En Chile, según indican diversos datos, el número de especialistas en salud mental no basta para satisfacer con sus servicios a la demanda potencial y aún tampoco a la real. Como consecuencia de este hecho, surge la necesidad de formar mayor número de especialistas, medida que tendría efectos a mediano o largo plazo, y la importancia de capacitar mejor a los médicos no psiquiatras en la atención primaria de problemas en salud mental.

Introducción

En el transcurso de este siglo, la evolución histórica de la atención psiquiátrica se ha caracterizado por una serie de cambios: en lugar de aislar y separar al enfermo mental de su medio social, se trata ahora de mantenerlo integrado a este, en el mayor grado posible. Así pues, los manicomios y grandes hospitales estatales se reemplazan lentamente por unidades psiquiátricas en hospitales generales, y por centros de salud mental comunitarios. Este proceso implica un desplazamiento de énfasis desde la atención terciaria (de las complicaciones y formas terminales o crónicas de las patologías) al de las prevenciones tanto secundaria (diagnóstico precoz), como primaria (evitar que se produzca la patología). Al respecto, cabe señalar que dicha evolución se ha llevado a cabo no solo en los países europeos y en EUA (1), sino también en América Latina (2, 3).

Atención psiquiátrica en Chile

Desde el decenio de 1960, en este país se han realizado diversos intentos de progra-

mas comunitarios en salud mental (4, 5), todos ellos derivados de la alta prevalencia en enfermedades mentales; Muñoz y Marconi señalan (6) una tasa de 175 casos de trastornos mentales por 1,000 habitantes, con neurosis (153%) y alcoholismo (20%) entre los desórdenes más frecuentes.

De igual relevancia y mayor utilidad para el planificador de programas en salud mental son los estudios sobre estructura de morbilidad en los consultantes. Desde 1968, en las distintas investigaciones realizadas se indica que la patología mental constituye el primer o segundo motivo de demanda por atención médica en los consultorios del Servicio Nacional de Salud Chileno (SNSS). Algunas de estas investigaciones se resumen en el cuadro 1.

Por otra parte, la magnitud en la demanda de atención por problemas psiquiátricos contrasta con la escasez de recursos existentes para satisfacerla: a la salud mental se le ha asignado el 2.6% del presupuesto del SNSS; y existen 0.5 camas por 1,000 habitantes, concentradas en Santiago en dos grandes establecimientos de asilo, y destinadas en su mayoría para enfermos de curso crónico. Asimismo, solo se cuenta con un psiquiatra por cada 50,000 habitantes, y el 80.0% de estos profesionales se encuentra en Santiago. En el cuadro 2, se ilustra la reducida cantidad de especialistas en esta

¹ Profesor Adjunto, Departamento de Psiquiatría, Secretario General, Facultad de Medicina Santiago Oriente, Universidad de Chile, Condell 285, Santiago, Chile.

² Médico Coordinador, Unidad de Alcoholismo, Hospital del Salvador, José Miguel Infante 367, Santiago, Chile.

CUADRO 1—Frecuencia de problemas psiquiátricos en la estructura de morbilidad, estimada en porcentajes del total de consultas en medicina interna o general, en Chile.

Población	No. de fichas	Diagnóstico	%
Consultorio externo de medicina, Hospital del Salvador ^a	404	Neurosis	19.1
		Enfermedades "funcionales"	36.6
Consultorio periférico La Granja ^b	440	Neurosis	11.9
		Enfermedades mentales	14.3
Consultorio de gastroenterología, Servicio de Medicina, Hospital del Salvador ^c	277	Colon irritable	22.0
		Diagnóstico psiquiátrico secundario	16.5

^a Muestra al azar de 8,000 fichas (7), 1967.

^b Muestra al azar de 50,250 fichas (8), 1974.

^c Muestra al azar de 2,885 fichas (9), 1976.

área, en forma comparativa con otras ramas de la medicina. Además, cabe destacar que un número importante de especialistas no practican dentro del SNSS; en 1977 solo había 75 psiquiatras y 81 psicólogos con cargos en esta institución (10).

Los datos presentados con anterioridad demuestran que en corto plazo los especialistas en salud mental no pueden satisfacer ni la demanda potencial ni la real por medio de sus servicios. Dos consecuencias de este hecho son la necesidad de planificar la formación de mayor número de especialistas, medida que tendría efectos en mediano o largo plazo, y la importancia de capacitar mejor a los médicos no psiquiatras en la atención primaria de estos problemas, ya que en la actualidad son ellos quienes los enfrentan en la práctica.

Este último punto coincide con la tendencia vigente en el nivel mundial de adiestrar menos especialistas y subespecialistas, y más médicos generales o de familia. En Chile, el trabajo del médico general de zona se ha complementado con la asis-

tencia del médico general urbano, como un recurso de atención en los consultorios periféricos o de distritos urbanos (11). Asimismo, la política de salud del gobierno se concentra en la atención primaria, destinada a dar máxima cobertura a la población en aquellas condiciones que sean tratables y de alta prevalencia (12).

En este contexto, desde julio de 1977, se ha planeado y se lleva a cabo un programa

CUADRO 2—Distribución de psiquiatras y otros especialistas médicos, Chile, 1977.

Especialidad	No.	%
Psiquiatras de adultos	208	3.0
Psiquiatras de niños	33	0.5
Médicos generales e internistas	1,173	17.0
Otros especialistas	5,587	78.5
Total	7,001	100.0

de salud mental, en el Area Oriente de Santiago. El propósito de este trabajo es describir los objetivos y los avances cumplidos hasta este momento en dicho programa.

Descripción del sector y sus recursos de salud

El Area Oriente de Santiago comprende cuatro comunas residenciales de la Región Metropolitana: Providencia, Las Condes, La Reina y Ñuñoa, con 850,000 habitantes y una gran variedad de nivel cultural y socioeconómico. La población beneficiaria del Sistema de Salud (SNSS) y mayor de 15 años es de 300,000 personas, pero el porcentaje de cobertura legal del sistema oscila desde 33.0% en Providencia, a 100.0% en el sector de Peñalolén (Ñuñoa). Si bien suele estimarse que esta es una zona próspera, hay sectores de recursos muy bajos; se ha considerado que 94,000 habitantes viven en condiciones de "extrema pobreza", y la mayor parte de ellos (65,000) se concentran en la comuna de Ñuñoa.

El Area cuenta con un Hospital General, que es a la vez el Hospital Base del Area de Salud, y el Hospital Universitario de la Escuela de Medicina, de la Universidad de Chile (Sede Santiago Oriente). Además se dispone de un Hospital Pediátrico y 16 consultorios periféricos donde se presta atención primaria. En estos últimos se llevan a cabo los programas de atención pediátrica (con más de 20 años de existencia), de atención maternoinfantil (13) y dental (relativamente más recientes) y, desde hace pocos años, un programa de atención para adultos (14), en donde se ha dado prioridad a las patologías o daños que presentan elevadas tasas de mortalidad (propias o por sus complicaciones) y de morbilidad. En consecuencia, se realizan programas de tuberculosis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, como también salud mental y alcoholismo.

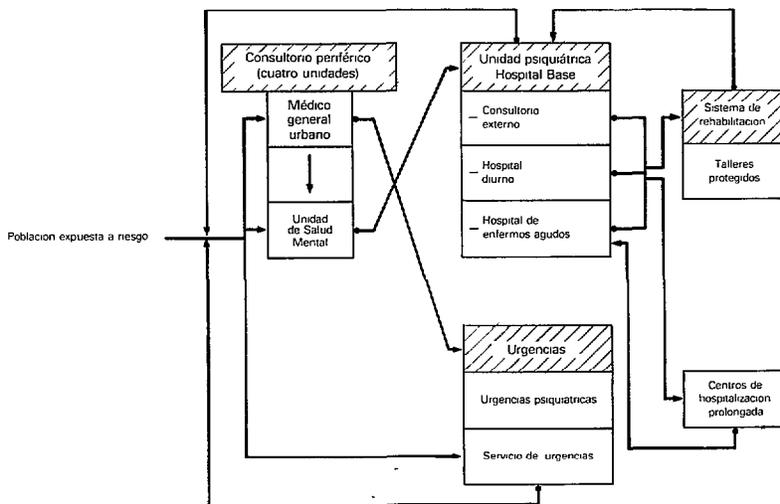
Un recurso de importancia en la ejecución de los programas mencionados lo cons-

tituye el Médico General Urbano (MGU). Durante los primeros tres años después de su egreso de la Escuela de Medicina, este tipo de profesional practica medicina general durante un tiempo completo en un consultorio periférico; en forma paralela recibe adiestramiento en servicio impartido por docentes de la Escuela de Medicina sectorizada con el Area de Salud. En el Area Oriente existen actualmente tres consultorios (La Faena, Santa Julia y La Reina) donde se desempeñan estos médicos. Cabe destacar que al ser dotado un consultorio con estos profesionales, los especialistas (pediatras, internistas, etcétera) que atendían hasta ese momento son reemplazados por consultores de las respectivas especialidades, que acuden con regularidad desde los Hospitales General y Pediátrico.

Los recursos en psiquiatría y salud mental en el Area tienen las características descritas para el país en general. Hay tres unidades psiquiátricas dentro de los hospitales: una sección de neurología y psiquiatría dentro del Hospital Pediátrico, y dos, en el Hospital Base. La más antigua es el Servicio de Medicina Psicosomática y Psiquiatría Social, uno de los primeros en el país en introducir el concepto de atención psiquiátrica en los hospitales generales; la segunda es el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Escuela de Medicina, con diez años de existencia, grupos integrados por el mayor número de profesionales en la actualidad (23 médicos, 11 psicólogos, una enfermera y una asistente social). Un problema de importancia es que ninguna de las unidades descritas cuenta con hospitalización, de modo que aquellos casos que lo requieren deben derivarse fuera del Area.

En estas condiciones, en 1977, al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de Santiago Oriente se le solicitó su incorporación a las acciones del Programa de Atención Médica para Adultos, para un Programa de Salud Mental y Alcoholismo (PSMAO).

FIGURA 1—Cadena de servicios en salud mental.



Propósitos y objetivos del PSMAO

El propósito central de este Programa ha sido el de prevenir y tratar las condiciones psiquiátricas de mayor prevalencia en el Area: neurosis y alcoholismo. Los objetivos específicos para realizarlo son:

1) Integrar las actividades de salud mental y alcoholismo al Programa de Atención Médica para Adultos. Se ha elegido esta opción, dadas tanto la infraestructura existente para satisfacer las necesidades de salud general de la población, como la escasez de recursos en el sector de la salud mental, y se la estimó como más eficiente que la creación de una red paralela con servicios.

2) Capacitar a los médicos generales urbanos y otro personal de consultorio para la atención en problemas de salud mental. Se ha decidido prestar atención a través de estos profesionales, en vez de colocar a los miembros del equipo de salud mental, con atención directa en los consultorios. Con este esquema de interposición, se cree poder multiplicar la eficiencia del sistema, como asimismo mantener la continuidad y eficacia de estas atenciones (con una capacitación adecuada de MGU, enfermeras y asistentes sociales del equipo de salud).

3) Implantar un sistema de atención

progresiva donde se destaque la atención en consultorio periférico. Se ha considerado preferible otorgar prioridad a una atención activa y autosuficiente en los consultorios periféricos, lo más cercana posible al lugar donde vive la población, y a través del equipo de salud general, en vez de organizar un clásico servicio de psiquiatría centralizado, con un gran consultorio externo en el Hospital Base. Ello no se contrapone con la necesidad de contar con una cadena progresiva de servicios (figura 1), que contenga todas las unidades clínicas necesarias para prestar una atención completa al paciente que así lo requiera.

4) Implantar un sistema de atención de urgencias psiquiátricas, integrado con el Servicio de Urgencia del Hospital Base. Para continuar con los lineamientos de los puntos anteriores, se ha preferido capacitar a los médicos del Servicio de Urgencia del Hospital Base y ofrecer interconsultores en este servicio independiente para atención de urgencias en psiquiatría.

5) Organizar un sistema de derivación a otras áreas, para aquellos enfermos que requieran hospitalización prolongada (y de todos los enfermos que deban ser hospitalizados mientras no exista un servicio a tal efecto en el Area Oriente).

Plan piloto en el sector La Faena

Desde el segundo semestre de 1977 se ha tratado de cumplir con los objetivos anteriores en uno de los consultorios del Area, el Consultorio Docente Dr. Hernán Alessandri, ubicado en la comuna de Ñuñoa (poblaciones La Faena y La Hermida) de un nivel socioeconómico predominantemente bajo. Un 75% de las viviendas son de emergencia con las condiciones de hacinamiento y pobreza previsible. Sin embargo, el consultorio cuenta con una planta moderna y adecuada, como con un grupo profesional y técnico muy motivado. Desde el comienzo del Programa, los médicos (MGU) eran conscientes de la importancia tanto de problemas psiquiátricos como de alcoholismo en la población de la zona.

Por otra parte, la municipalidad de Ñuñoa estaba interesada en el problema del alcoholismo y había donado un local para un Club de Recuperados Alcohólicos. Asimismo, en la parroquia del lugar, se habían organizado algunas actividades para tratamiento de alcoholismo, que requerían supervisión técnica. Entre agosto de 1977 y agosto de 1978 se han realizado las acciones que se describen a continuación.

Adiestramiento de médicos generales urbanos, enfermeras y asistentes sociales del consultorio.

Se efectuaron reuniones semanales de los médicos y otros profesionales del consultorio con uno o dos psiquiatras que acudían del Hospital Base. En estas reuniones de dos horas de duración, se discutieron las situaciones clínicas con que se habían enfrentado los médicos en el transcurso de la semana. En ocasiones, se citaba a algunos enfermos que eran entrevistados en el grupo por el psiquiatra interconsultor. En forma intercalada con estas supervisiones clínicas, se discutieron un conjunto de temas teóricos, propuestos por los mismos MGU, tales como:

- Psicofarmacología práctica.
- Síndromes depresivos: diagnóstico y manejo.
- Neurosis: diagnóstico y nociones psicoterapéuticas.
- Epilepsia en psiquiatría.
- Alcoholismo: diagnóstico y tratamiento.
- Tratamiento de referencia al especialista.

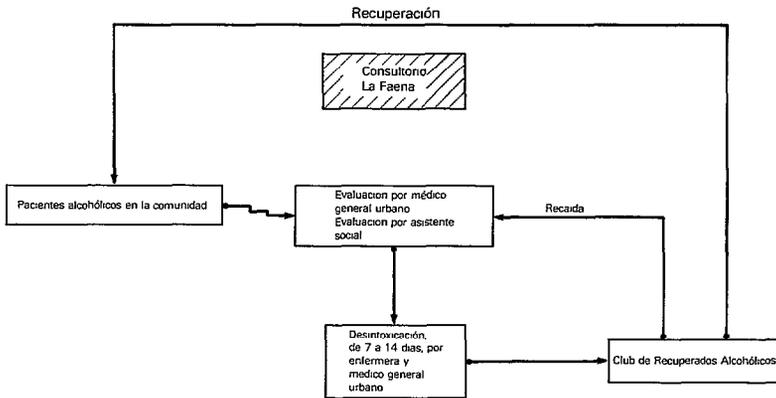
Hasta el momento, esta actividad se ha cumplido con éxito y el interés inicial de los MGU se ha mantenido en forma sostenida; asimismo, estos médicos han adquirido destreza en el diagnóstico y manejo de los cuadros psiquiátricos más comunes. Así por ejemplo, han diagnosticado y tratado cuadros psicóticos que antes se hubieran derivado en forma automática. Además, participaron en la organización del plan de desintoxicación para enfermos alcohólicos, y han mantenido en control a un grupo que no aceptó ser derivado al Club de Recuperados Alcohólicos. Por otra parte, se ha probado la eficiencia del sistema, ya que ha disminuido en gran medida la derivación de pacientes con interconsultas al Departamento de Psiquiatría del Hospital Base.

Plan para tratamiento de alcoholismo

Durante 1977 se organizó y desde comienzos de 1978 está en marcha un plan de tratamiento integral del enfermo alcohólico, en donde participan el Servicio Nacional de Salud a través del consultorio y sus médicos, la Municipalidad de Ñuñoa y la Universidad, a través de sus Departamentos de Psiquiatría y Salud Pública.

El plan (figura 2) consta de una fase de evaluación médica y psicosocial de los pacientes nuevos, que se realiza en el consultorio por medio de MGU, enfermeras y asistentes sociales. En forma paralela existe un programa de desintoxicación ambulatoria, para todos aquellos casos que así lo requieran. Después de esta fase inicial, se motiva al paciente alcohólico para que se incorpore al Club de Recuperados Alcohólicos, donde se lleva a cabo un conjunto de actividades recreativas y sociales; esta enti-

FIGURA 2—Flujo de pacientes en el programa de tratamiento del alcoholismo. Consultorio La Faena, Santiago, Chile, 1978.



dad cuenta ya con dos años de existencia y más de 100 miembros.

Los pacientes ingresan al programa de desintoxicación ambulatoria cuando son referidos por la asistente social desde el Club de Recuperados Alcohólicos, o bien cuando son pesquisados en la consulta médica general. En el momento de su incorporación, la enfermera los entrevista y confecciona una ficha de alcoholismo; asimismo inicia una psicoterapia de apoyo, destinada a crear conciencia de enfermedad y aumentar su decisión de tratarse. Por otra parte, informa al paciente sobre el programa y lo remite al médico. En la primera entrevista, este último refuerza los conceptos propuestos por la enfermera, diagnostica la presencia de complicaciones físicas a través de un examen clínico y pruebas de laboratorio, como también corrobora el diagnóstico de alcoholismo. En caso de confirmarse, indica tratamiento de desintoxicación (siempre que el enfermo se incorpore al programa en estado de ebriedad).

Con posterioridad, la enfermera se reúne cada día con los pacientes en grupo, quienes reciben la dosis prescrita de medicamento (clorodiazepóxido, vitaminas, etcétera). Además, en estas sesiones se discuten los problemas de cada uno, y

se trata de aumentar el grado de motivación para seguir el tratamiento. Al cabo de la primera semana el paciente tiene una segunda entrevista con el médico, quien realiza una evaluación, formula un pronóstico y, si fuera necesario, indica tratamiento con disulfiramo. Luego, el paciente continúa concurriendo dos veces por semana, para recibir disulfiramo, en sesiones de grupo con la enfermera. Mientras tanto, los miembros del Club de Recuperados Alcohólicos ya lo han visitado para invitarlo a incorporarse (o reincorporarse) a este.

La asesoría de servicio social se imparte desde la Municipalidad de Ñuñoa; la atención médica y psiquiátrica, desde el consultorio, en la forma descrita. Así, desde agosto de 1977, se ha tratado de cumplir con los objetivos propuestos. Desde esa fecha se han incorporado al Programa de Alcoholismo 102 personas, de las cuales, un año más tarde, se mantenían en abstinencia 63 (61.7%); la deserción fue de 15 personas y luego, de 24.

Al Club de Recuperados Alcohólicos se han incorporado 43 (42.1%); en ese grupo el número de recaídas fue de seis pacientes (13.9%), pero tres se reincorporaron al estar otra vez en abstinencia.

Otras actividades del PSMAO

Además del programa piloto en La Faena, otras acciones realizadas comprenden:

a) Actividades educativas sobre alcoholismo, en municipalidades y otros consultorios del Area, y organización, en septiembre de 1978, de un curso sobre el tema, para profesores y personal de salud del Area.

b) Ampliación del sistema de atención a otros consultorios periféricos, para iniciarse en el segundo semestre de 1978 (en Santa Julia y La Reina), y obtención de fondos para rehabilitación del Consultorio Central de Psiquiatría y Alcoholismo, en el Hospital del Salvador.

c) Capacitación de estudiantes e internos de la carrera de medicina, en temas psiquiátricos de relevancia para el médico general.

d) Formación de médicos psiquiatras y psicólogos, en temas de salud mental.

e) Actividades de investigación, con varios estudios actualmente en marcha:

- Características biopsicosociales de enfermos alcohólicos recuperados (La Faena);
- Validez y confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico realizado por MGU;
- Uso de escalas cuantitativas psiquiátricas en poblaciones.

f) Constitución de una subcomisión de salud mental, dentro de la Comisión Mixta de Salud y Educación del Area.

Discusión

Los datos resumidos sobre prevalencia de patología psiquiátrica indican la necesidad de tomar en cuenta los problemas de salud mental, en el proceso de planificación de la atención médica. En ciertos países se ha desarrollado un sistema paralelo de atención en salud mental, pero que resultaría poco económico en Chile; como alternativa, puede plantearse la integración de un componente de salud mental en todo programa de salud.

La carencia de personal especializado en psiquiatría y salud mental, tanto como el concepto de prestar atención primaria a través de médicos generales son otros dos factores que avalan la estrategia propuesta. Si los psiquiatras constituyen el 3.5% y los internistas y médicos generales el 17.0% de los especialistas, quizá un buen recurso sea el que los primeros capaciten a estos últimos para manejar los cuadros psiquiátricos más frecuentes, de diagnóstico y tratamiento simples. Con el desarrollo actual tanto de la psicofarmacología como el de las psicoterapias, esta capacitación es posible.

Al revisar los datos sobre estructura de la morbilidad de consulta, es notorio el contraste entre la alta frecuencia tanto de neurosis como de cuadros funcionales, y el hecho de que, hasta hoy, los cuadros psiquiátricos no se hayan considerado en la planificación para la atención de adultos. La causa de ello puede radicar en que se han utilizado indicadores de mortalidad, y no de morbilidad prevalente; es decir, se ha preferido la cantidad de vidas a la calidad de estas. Pero con la disminución de las tasas de mortalidad, es el momento de revisar la situación, y preocuparse por el bienestar de quienes ahora sobreviven.

Otra razón para incluir los problemas psiquiátricos en los planes de salud general y en la capacitación de médicos generales, es que a medida que aumenta la expectativa de vida, hay más frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles que de enfermedades agudas. Las crónicas se relacionan a menudo con patología mental, ya sea a través de mecanismos etiopatogénicos, o bien como consecuencias de la enfermedad somática.

Un elemento que puede explicar la falta de consideración de los planes de salud mental hasta el momento es la desconfianza en la eficacia de las terapias psiquiátricas. Entre los prerrequisitos para intervenir en forma masiva en un problema de salud pública, se cuenta la posibilidad de actuar sobre él, y por mucho tiempo esta posibili-

dad no existió en psiquiatría. Pero con los resultados actuales de la psicofarmacología y de las psicoterapias este escepticismo ya no se justifica. Las psicosis funcionales pueden mantenerse con posibilidades mucho menores de recaída que hace 15 años, mediante los antipsicóticos de depósito. Cuadros caracterológicos antes intratables hoy se pueden abordar con nuevas modalidades psicoterapéuticas individuales y de grupo.

La carencia de personal especializado señala la necesidad de asignar becas en psiquiatría, en cantidades suficientes como para disminuir el déficit actual de especialistas. Sin embargo, esto último no se logrará por varios años aún; por tanto, una solución a corto plazo puede ser la de capacitar mejor a los médicos generales, que en la práctica atienden la demanda. Esta alternativa parece preferible (aunque no contrapuesta) a la de capacitar líderes comunitarios o no profesionales.

El programa piloto en el consultorio de La Faena puede considerarse como una demostración de la factibilidad de las ideas antes expuestas. Es indudable que 12 meses de operación son un plazo demasiado breve como para evaluar en forma objetiva sus resultados, pero es interesante destacar que tanto los médicos generales como enfermeras y asistentes sociales han demostrado un interés sostenido por participar en el programa. El papel de la enfermera ha sido fundamental en el programa de tratamiento del alcoholismo. Es quizás en esta área donde se ha percibido de manera más clara la necesidad de enfermeras psiquiátricas especializadas que pudieran actuar como interconsultoras, y preparar a las demás enfermeras en técnicas de manejo de grupos, como también en el seguimiento del tratamiento psicofarmacológico.

Por último, conviene subrayar el hecho de que la mayoría de los enfermos llamados "funcionales" pueden ser tratados por el médico a quien primero consultan, y no por el psiquiatra. Si se los deriva de modo prematuro, hay pacientes que no irán a consul-

tar al especialista, y otros que no seguirán el tratamiento indicado por este. En los medios socioeconómicos de escasos recursos para el enfermo es difícil comprender los procedimientos psicoterapéuticos y aceptar en el médico una actitud distinta a la que tradicionalmente este asume. Una aproximación más eficiente puede consistir en que el médico no especialista, pero capacitado en forma adecuada, utilice intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas simples, y derive al especialista aquellos pacientes refractarios a esos procedimientos.

Resumen

En Chile, desde 1968, en las distintas investigaciones realizadas se indica que la patología mental constituye el primero o segundo motivo de demanda por atención médica, en los consultorios del Servicio Nacional de Salud. Sin embargo, la magnitud de la demanda contrasta con la escasez de recursos existentes para satisfacerla. Así, por ejemplo, al rubro de salud mental se le ha asignado el 2.6% del presupuesto en el mencionado Servicio. Por otra parte, solo se cuenta con un psiquiatra por cada 50,000 habitantes, y el 80.0% de estos profesionales se encuentra en Santiago. Por tanto, se plantea como alternativa la posibilidad de capacitar mejor a los médicos no psiquiatras en la atención primaria de estos problemas, ya que en la actualidad son ellos quienes los enfrentan en la práctica.

En este contexto, desde 1977, se ha planeado un Programa de Salud Mental y Alcoholismo (PSMAO) en el Área Oriente de Santiago. Los objetivos específicos son: a) integrar las actividades de salud mental y alcoholismo al Programa de Atención Médica para Adultos; b) capacitar a los Médicos Generales Urbanos y otro personal de consultorio para la atención de problemas en salud mental; c) implantar un sistema de atención progresiva, donde se destaque la atención en consultorios periféricos; d) implantar un sistema de atención de ur-

gencias psiquiátricas, integrado con el Servicio de Urgencia del Hospital Base, y e) organizar un sistema de derivación hacia otras áreas para aquellos enfermos que requieran hospitalización prolongada.

Desde el segundo semestre de 1977, se ha tratado de cumplir con los objetivos propuestos, en uno de los consultorios del Area, en el Programa de Alcoholismo al que se incorporaron 102 personas de las cuales, un

año más tarde, se mantenían en abstinencia 63 (61.7%). Por otra parte, cabe señalar que tanto los médicos, como enfermeras y asistentes sociales, han demostrado un interés sostenido por participar, y si bien el lapso transcurrido es muy breve como para evaluar todos los resultados, este programa piloto puede considerarse como una demostración de la factibilidad en el cumplimiento de los objetivos. ■

REFERENCIAS

- (1) Glascote, R. *et al.* *The Community Mental Health Center*. Publicación del Servicio Conjunto de Información (American Psychiatric Association and National Association of Mental Health). Washington, D.C., 1964.
- (2) González Uzcátegui, R. Salud mental en América Latina: Problemas y perspectivas. *Bol Of Sanit Panam* 81(2):93-108, 1976.
- (3) León, C. A. Perspectiva de la salud mental comunitaria. *Bol Of Sanit Panam* 81(2):122-138, 1976.
- (4) Horwitz, J. A. y P. Naveillan. Primeras experiencias de psiquiatría en la comunidad en Chile. Universidad de Chile, Departamento de Salud Pública y Medicina Social, 1976. Documento mimeografiado.
- (5) Marconi, J. *et al.* Programa de salud mental Area Sur de Santiago, 1977. Facultad de Medicina Santiago Sur, Universidad de Chile. Documento mimeografiado.
- (6) Muñoz, L., J. A. Marconi y J. Horwitz. Prevalencia de enfermedades mentales en el Gran Santiago. En: Adis Castro, G. y J. Mariátegui (Eds.). *Epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires: Acta, 1970. Págs. 113-125.
- (7) Goic, A., E. Pereda y R. Florenzano. Características de la morbilidad en un consultorio externo de adultos. *Rev Med Chil* 99:782-790, 1971.
- (8) Rodríguez, H. *et al.* Estructura de la morbilidad del adulto en consultorio La Granja. Departamento de Salud Pública Area Norte, 1976. Documento mimeografiado.
- (9) Goic, A. y F. de la Cruz. Estructura de la morbilidad en un consultorio de gastroenterología. *Rev Med Chil* 106, 1978.
- (10) Ugarte, J. M. Algunas características de la población médica chilena. *Cuad Med Soc* 18:34-39, 1977.
- (11) Parrochia, E. *et al.* Medicina interna en Chile: Medicina interna y medicina general. *Rev Med Chil* 105:402-407, 1977.
- (12) Chile. Ministerio de Salud Pública. *Política de Salud*. Santiago, 1977.
- (13) Tisné, L. *et al.* Programa de atención integral de la mujer en el Area Oriente de Santiago. *Rev Chil Obstet Ginecol* 40:246-277, 1975.
- (14) Chile. Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Médica de Adultos, 1976-1978. Documento mimeografiado.

Psychiatric care in general health programs (Summary)

Studies done since 1968 in Chile indicate that mental illness has held first or second place among reasons for visits to the clinics of the National Health Service. There is a marked contrast between this magnitude of demand and the paucity of resources available for meet-

ing it. For example, only 2.6 per cent of the Service's budget has been allocated to mental health. Furthermore, there is only one psychiatrist per 50,000 inhabitants and 80 per cent of those practitioners are in Santiago. Therefore, the alternative would be to train general physi-

cians to provide primary care for mental patients. Inasmuch as they are actually dealing with these patients.

Along those lines, a Mental Health and Alcoholism Program (PSMAO) has been planned in the Eastern Area of Santiago since 1977. Its objectives are: a) to integrate mental health and alcoholism activities into the Program for Medical Care of Adults; b) to train urban general practitioners and ancillary office personnel to attend to mental health problems; c) to introduce a system of progressive care which stresses attention in peripheral clinics; d) to introduce a system of emergency psychiatric care as part of the main

hospital's emergency service; and, e) to organize a referral system for patients requiring long-term care.

These objectives have been pursued since the second half of 1977 in one of the Area clinics through the Alcoholism Program involving 102 persons, among whom 63 (61.7 per cent) were still abstaining one year later. It should be noted that doctors, nurses, and social workers have expressed continuing interest in participating. Although the time elapsed is too short to evaluate the results in full, this pilot program may be considered to have demonstrated the feasibility of achieving the indicated goals.

A atenção psiquiátrica nos programas de saúde geral (Resumo)

No Chile, desde 1968, nas diversas investigações realizadas indica-se que a patologia mental constitui o primeiro ou segundo motivo da procura de atenção médica nos consultórios de Serviço Nacional de Saúde. No entanto, a magnitude da procura contrasta com a escassez de recursos existentes para a satisfazer. Por exemplo, à rubrica de saúde mental atribuiu-se 2,6% da verba do mencionado serviço. Por outro lado só se conta com um psiquiatra para cada 50.000 habitantes e 80% de estes profissionais encontram-se em Santiago. Portanto apresenta-se como alternativa a possibilidade de capacitar melhor os médicos não psiquiatras para a atenção primária de estes problemas, pois atualmente eles são os que os defrontam na prática.

Nestas condições, desde 1977 tem-se planeado um Programa de Saúde Mental e Alcoolismo (PSMAO) na Zona Oriental de Santiago. Os objectivos específicos são: a) integrar as actividades de saúde mental e alcoolismo no Programa de Atenção Médica para Adultos; b) capacitar

os médicos gerais urbanos e restante pessoal de consultório para a atenção de problemas de saúde mental; c) implantar um sistema de atenção progressiva, onde se destaque a atenção em consultórios periféricos; d) implantar um sistema de atenção de urgências psiquiátricas, integrado no Serviço de Urgência do Hospital Base, e e) organizar um sistema de derivação para outras zonas para os doentes que tiverem necessidade duma hospitalização prolongada.

Desde o segundo semestre de 1977 tem-se procurado alcançar os objectivos propostos, num dos consultórios da Zona, num Programa de Alcoolismo a que se incorporaram 102 pessoas das quais, um ano mais tarde, se conservavam em abstinência 63 (61,7%). Por outro lado devemos assinalar que tanto os médicos como as enfermeiras e assistentes sociais tem demonstrado um interesse contínuo em participar e, embora o período transcorrido seja ainda curto para avaliar todos os resultados, este programa piloto pode-se considerar como uma demonstração da possibilidade de alcançar as metas.

Soins psychiatriques dans les programmes de santé générale (Résumé)

Au Chili, depuis 1968, les diverses enquêtes réalisées indiquent que la pathologie mentale constitue la première ou la deuxième cause de demande de soins médicaux dans les centres du Service National de Santé. Cependant, l'importance de la demande contraste avec la carence des ressources existantes pour la satisfaire. Ainsi, par exemple, on a assigné à la rubrique de santé mentale 2,6% du budget

du Service National de Santé. Par ailleurs on ne dispose que d'un psychiatre pour 50.000 habitants, et 80% des psychiatres sont à Santiago. Aussi pense-t-on, comme une alternative possible, à former les médecins non psychiatres afin qu'ils puissent donner les soins primaires nécessaires puisque, dans la pratique, ce sont eux qui y font face.

Dans ce contexte, en 1977, on a planifié un

Programme de Santé Mentale et d'Alcoolisme (PSMAO) dans la Zone est de Santiago. Les objectifs spécifiques sont: a) intégrer les activités de santé mentale et l'alcoolisme au Programme de Soins Médicaux pour Adultes; b) former les médecins généralistes urbains et autre personnel des services médicaux, afin qu'ils puissent répondre aux problèmes de santé mentale; c) créer un système de soins progressifs, dans lequel ressort l'importance des soins dans des centres de santé périphériques; d) créer un système de soins psychiatriques d'urgence, intégré au Service d'Urgence de l'Hôpital de Base, et e) organiser un système de dérivation vers d'autres régions, pour les patients ayant besoin d'une hospitalisation

prolongée.

Depuis le deuxième semestre de 1977, on a tenté d'atteindre les objectifs prévus par le Programme d'Alcoolisme, dans un des centres de soins médicaux de la Zone, auquel se sont présentés 102 patients parmi lesquels, un an plus tard, 63 maintenaient l'abstinence (61,7%). Par ailleurs, il faut signaler qu'aussi bien les médecins que les infirmières et les assistantes sociales ont démontré un intérêt constant pour le Programme, et bien que le laps de temps écoulé soit trop court pour pouvoir évaluer ce programme pilote dans tous ses résultats, il peut cependant être comme une démonstration de la possibilité d'atteindre les objectifs choisis.

VACUNACION ANTIVARIOLICA ACCIDENTAL

El 30 de julio de 1980 un niño de 10 meses de Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela, que había sido llevado para que se le administrase vacuna antisarampionosa, recibió accidentalmente una inyección subcutánea de 25 dosis de vacuna antivariólica liofilizada, rehidratada en el diluyente de la vacuna antisarampionosa. El error se originó en una confusión de los envases. Afortunadamente, el caso tuvo una evolución favorable: para el 11 de agosto el niño se restableció completamente.

Este accidente revela una vez más la necesidad de mantener bien identificadas y ordenadas las vacunas que se conservan en refrigeradoras de los servicios locales, así como la obligación de asegurar que la vacuna que se vaya a administrar sea la apropiada. En el adiestramiento de vacunadores debe darse prioridad a estos aspectos operativos teniendo en cuenta que los envases de las vacunas antitífoidica, DPT y toxoide antitetánico son idénticos.

Además el hecho de que se administrara vacuna antivariólica lleva a preguntar por qué en algunos países se sigue vacunando contra la viruela en ausencia de la enfermedad, y a destacar la urgencia de que se cumplan estrictamente las recomendaciones de la OMS del 25 de enero de 1980, al declarar erradicada la viruela del mundo:

1. Suprimir la vacunación antivariólica en todos los países, excepto en el caso de investigadores expuestos a un riesgo especial.
2. Eliminar el requisito de vacunación a los viajeros internacionales.
3. Almacenar y mantener en depósito en dos países 200 millones de dosis de vacuna antivariólica liofilizada.
4. Permitir que algunos laboratorios de gran seguridad conserven y mantengan el virus de la viruela. (Tomado de: OPS, *Boletín Epidemiológico*, Vol. 1, No. 5, 1980.)