

PROGRAMA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN MEXICO

Dr. Guillermo Calderón Narváez ¹

En los últimos años, México ha transformado totalmente sus programas de salud mental pública y ha incrementado sus servicios comunitarios. Este trabajo describe las características de sus programas y los métodos operacionales de sus instalaciones.

Introducción

Con el fin de incrementar los métodos preventivos en el campo de la salud mental, se están ensayando diversos sistemas de trabajo en diferentes partes del mundo. Para lograr esta finalidad, se trata de llegar al seno de la comunidad con los medios disponibles, y así países de recursos económicos limitados, como México, deberán tratar de aplicar la experiencia extranjera modificada que pueda funcionar en su propio suelo. Asimismo, deberán desarrollar sistemas de trabajo que, de acuerdo con sus características socioeconómicas, políticas y culturales los lleven a alcanzar la meta deseada.

Antecedentes

Hasta principios de este siglo, la psiquiatría permaneció aislada de las otras ramas de la medicina. Los profesionales interesados en ella eran pocos y sus actividades se realizaban en instituciones hospitalarias de tipo carcelario, con métodos terapéuticos anticuados, limitados y, en ocasiones, inhumanos. Las actividades preventivas eran casi nulas, y su proyección a la comunidad se limitaba a incursiones esporádicas, relacionadas por lo general con testimonios judiciales en procesos seguidos a sus pacientes. Este aislamiento determinó lo que muchos psiquiatras contemporáneos han denominado "la alienación de la psiquiatría".

Con el advenimiento del psicoanálisis representado por Freud y sus discípulos, y posteriormente por otras escuelas con distinta orientación, la psiquiatría se transformó totalmente. Una nueva escuela explicaba el mecanismo de muchos problemas psicopatológicos, y un nuevo procedimiento terapéutico mostraba los resultados obtenidos en algunos casos particulares. Esta nueva orientación de la psiquiatría fue causa de que muchos especialistas abandonaran los manicomios y practicaran el nuevo procedimiento en sus consultorios. Este cambio no mejoró en forma apreciable los beneficios a la comunidad, ya que los profesionales, al abandonar los asilos, se refugiaban en sus consultorios particulares, causando el estancamiento de la psiquiatría.

En 1905, C. W. Beers (1) relató sus experiencias como paciente en tres hospitales psiquiátricos y, en 1908, en colaboración con un grupo de profesionales, fundó la Sociedad para Higiene Mental de Connecticut, que posteriormente adquirió importancia internacional.

Esta asociación identificó su meta principal con la del movimiento de salud pública y destacó la importancia de la prevención y el tratamiento. Asimismo subrayó la necesidad de la detección temprana de los casos y del control de los elementos perjudiciales para la salud mental, por medio de la investigación, legislación y aprovechamiento de los servicios de la comunidad y de la educación pública.

¹ Director de Salud Mental, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

En 1920 se fundó la Clínica de Orientación Infantil, considerada como la base para prevenir los trastornos mentales de la población, y difundir las actividades esenciales para el manejo psicológico de los niños, por medio de la instrucción adecuada de los padres, los maestros y la comunidad. No fue sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial que apareció un movimiento en todos los países, llamado psiquiatría de la comunidad, que tendía a romper el aislamiento que habían formado los psiquiatras. Nuevos programas de investigación y servicio fijaron las bases de este movimiento que consideró de importancia los aspectos siguientes (2):

1. La transformación total de los hospitales psiquiátricos de instituciones carcelarias en establecimientos abiertos, con un número limitado de camas y nuevos sistemas terapéuticos para trabajar en estrecha conexión con la comunidad.

2. La creación del "ambiente terapéutico" (3) para lograr mayor participación del enfermo en su propio tratamiento.

3. La intensificación de nuevos tratamientos farmacológicos que utilizados en forma adecuada, abrevian la estancia de los enfermos y mejoran su conducta y relaciones personales (4).

4. El incremento del número de camas psiquiátricas en hospitales generales.

5. La creación de servicios de urgencia y de internamiento parcial, que permitan al enfermo convivir en la comunidad y recibir tratamiento durante ciertas horas.

6. La organización de centros comunitarios de salud mental para promover la educación de la comunidad; facilitar la detección temprana de casos y el control de la poscura, y permitir la investigación de los problemas de salud mental, utilizando programas adecuados para resolverlos en contacto estrecho con la comunidad y empleando sus recursos profesionales y no profesionales (maestros, sacerdotes, voluntarios, etc.).

7. El fomento de los "talleres protegidos" que ofrezcan trabajo apropiado y debidamente supervisado a los enfermos que han mejorado de sus problemas psiquiátricos, pero que normalmente son vistos con desconfianza por la comunidad, que no les brinda la ayuda nece-

saria para su rehabilitación social. Asimismo, la instalación de hogares sustitutos para los enfermos que lo necesiten.

8. La integración de los problemas de salud mental a los programas generales de salud pública a fin de utilizar al máximo todos los recursos oficiales y efectuar una coordinación estrecha con la iniciativa privada en beneficio del enfermo.

9. La organización funcional de todos los elementos disponibles que pueden ser útiles en la lucha por la salud mental, buscando la distribución por sectores a fin de dar al paciente el máximo de facilidades para lograr su recuperación.

10. La elaboración de programas adecuados y el aumento de la comunicación con diferentes sectores de la comunidad para emplear todos los recursos disponibles en beneficio de la salud mental pública.

Sobre estas bases se ha estructurado el programa de salud mental comunitaria en México. Se han hecho estudios exhaustivos de la experiencia extranjera mediante viajes especiales de observación y participación en seminarios y cursos internacionales de adiestramiento, aunque siempre se toma en cuenta la necesidad de efectuar modificaciones necesarias para que funcione correctamente en el país de acuerdo con sus propias características culturales, económicas, políticas y sociales.

Transformación de los hospitales psiquiátricos

A principios de 1966, el panorama psiquiátrico nacional era desconsolador, a pesar de que ya se contaba con cinco hospitales-granja nuevos y con el Instituto Nacional de Neurología. En efecto, subsistía el viejo Manicomio General que, al inaugurarse en 1910, alojaba a unos 3,500 enfermos, aunque su cupo original era para 800. Si bien México contaba con cerca de 30,000 médicos, solo 400 ejercían la psiquiatría y de estos, más de la mitad lo hacían en consulta privada. No existían más que dos enfermeras psiquiátricas, formadas ambas en el extranjero, y solo disponía de cinco resi-

dentes psiquiatras. Era menester, por lo tanto, crear nuevos hospitales psiquiátricos, no solo para alojar y atender en forma científica y humana a los enfermos, sino también para disponer de hospitales-escuela adecuados, ya que frente a las instituciones de fama internacional, en las ramas de la cardiología, nutrición, pediatría, cirugía, etc., el Manicomio no ofrecía ningún atractivo a los nuevos médicos para dedicarse a la psiquiatría.

Fue así que se elaboró el Plan Castañeda (5), que permitió la construcción de seis hospitales psiquiátricos modernos: el "Fray Bernardino Alvarez", con 630 camas para enfermos mentales agudos; el psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro", con 200 camas; tres hospitales campestres con 500 camas cada uno, y un hospital de 650 camas para enfermos crónicos no recuperables.

Al mismo tiempo que se construían los hospitales, se iniciaban programas de formación del personal. Se creó una magnífica residencia psiquiátrica, de tres años, en la Dirección de Salud Mental, y en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México, se inició la especialidad de enfermería psiquiátrica en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

En 1972 se inauguró, dentro de las instalaciones generales del Hospital "Dr. Juan N. Navarro", un pabellón para adolescentes, que se encuentra ya funcionando con 48 camas como hospital de día y servicio de consulta externa.

La creación de este servicio resolvió una necesidad urgente dentro del moderno sistema hospitalario de México: su ubicación en la parte posterior del terreno del hospital facilitará la ampliación futura de sus instalaciones y, posiblemente, su entrada independiente, al mismo tiempo que permitirá utilizar los servicios generales del hospital.

Por último, se encuentra en etapa adelantada de construcción el Hospital Psiquiátrico Regional de Monterrey, con 400 camas y, en fecha próxima, se iniciarán los

de Chiapas y Durango con 200 y 400 camas, respectivamente. Estas nuevas unidades están programadas para dar servicio regional en todas las áreas de la psiquiatría, tales como consulta externa, internamiento de enfermos mentales agudos y subagudos, de niños, adolescentes, farmacodependientes y casos de urgencia.

En México, como en todos los países del mundo, las instituciones hospitalarias existentes, a pesar de contar con tratamientos oportunos y adecuados, se están saturando de enfermos crónicos no recuperables. A fin de resolver este problema se ha programado la construcción de albergues anexos a los nosocomios con capacidad para 200 pacientes, para los que necesiten solo atención custodial y a menor costo que en la unidad hospitalaria.

Tanto en relación con la construcción de hospitales regionales como con este tipo de albergues, se ha elaborado un programa por sectores en todo el país, tomando en cuenta las necesidades de los servicios psiquiátricos de la población y áreas territoriales correspondientes.

Ambiente terapéutico

Como ya se señaló, durante muchos años no se modificó el concepto del hospital psiquiátrico tradicional. Los establecimientos albergaban a miles de enfermos mentales en recintos aislados por medio de rejas y, con frecuencia, en condiciones inhumanas. Por lo general, se seleccionaban lugares apartados para estas instituciones, ya que se buscaba aislar a este tipo de pacientes a fin de proteger a una sociedad que no los comprendía y sí, en cambio, los temía.

En la actualidad este tipo de nosocomio se ha transformado totalmente por medio del "ambiente terapéutico", que consiste en reconocer que un ambiente adecuado para el enfermo mental es de por sí terapéutico. Por lo tanto, se ha procurado en todos los países que el hospital funcione como una

unidad, donde el personal y los pacientes constituyen partes integrantes de un solo organismo.

Se han sustituido los hospitales de tipo carcelario por instituciones "abiertas", donde el enfermo acepta internarse y colaborar en su tratamiento. La psicoterapia y la ergoterapia ocupan hoy lugares prominentes dentro del marco terapéutico de estos nosocomios modernos. Los pacientes frecuentan con libertad y voluntariamente las áreas de terapia ocupacional, así como las deportivas y recreativas. Esto ha permitido un contacto más estrecho entre los enfermos y el equipo terapéutico, que no hubiera podido lograrse de no existir en los nuevos establecimientos este ambiente de libertad, comprensión y afecto.

Nuevos tratamientos farmacológicos

Los nuevos medicamentos antipsicóticos han cambiado definitivamente el panorama de la psiquiatría, gracias a su eficacia y fácil empleo. Por su intermedio se ha logrado que los pacientes sean más accesibles; se han disminuido sus estados de excitación aguda a la mínima expresión; se han eliminado los medios de contención; se ha facilitado el contacto entre el paciente y el personal (6), y ha disminuido en forma notable el promedio de duración de los cuadros psicóticos.

Se ha apreciado en todos los países una disminución en el número de enfermos internados. Aunque en México el crecimiento demográfico es desmedido, no se refleja en la necesidad de disminuir las camas psiquiátricas, pues, en proporción, el aumento de la población determina una demanda mayor de atenciones.

La mejoría rápidamente obtenida permite que al descubrir a tiempo el enfermo, no sea necesario a veces internarlo. De ahí la importancia de la detección temprana de casos, sobre la que se insistirá más adelante como

pieza angular de los programas de salud mental comunitaria.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta que el tratamiento farmacológico debe vigilarse muy de cerca cuando el paciente egresa del hospital; la interrupción del mismo causará la recaída, por lo menos en pacientes esquizofrénicos. Por lo tanto, hay que reconocer que el nuevo enfoque terapéutico obliga a contar con una serie de servicios extrahospitalarios cada vez más amplios para poder llevar un buen control de la poscura, lo que evitará las recaídas y nuevos internamientos de alto costo para el Estado. Actualmente se está experimentando con nuevos medicamentos de acción prolongada por vía oral que, de ser efectivos, permitirán obtener buenos resultados terapéuticos con dosis pequeñas y espaciadas. De comprobarse este hecho, habría que considerar la posibilidad de donar estos medicamentos a los enfermos de escasos recursos, como una inversión positiva del futuro. Otro aspecto importante es la vigilancia periódica de estos pacientes por el equipo de la comunidad, de ser necesario en sus propios domicilios.

Unidades psiquiátricas en hospitales generales

La asistencia psiquiátrica, tan desarrollada en otros países, ha sido difícilmente incorporada en México. No obstante, la Dirección de Salud Mental no solo está promoviendo su creación en la Ciudad de México, sino que considera que es el tipo de establecimiento ideal para las ciudades del interior. Hoy se encuentran funcionando el Anexo Psiquiátrico del Hospital Civil de Mexicali, con 10 camas, y el Centro Médico Psiquiátrico de Saltillo, Coahuila, con 16. Esta ciudad también pondrá en marcha un programa experimental constituido por una unidad fija y otra móvil; la unidad fija, representada por el Centro Médico Psiquiátrico, brindará servicios de consulta externa y hospitalización. El Centro funciona, además, como unidad

de diagnóstico, ayudado por servicios paracéntricos como son: electroencefalografía, pneumoencefalografía, laboratorio, estudios psicológicos, etc.; y como unidad de terapia intensiva en donde se utilizan, como métodos de tratamiento, la terapia electroconvulsiva, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia con sus variantes de grupo, breve, de apoyo, etc.

Por otra parte, el Centro Médico Psiquiátrico de Saltillo presta servicios de interconsulta al Hospital Civil, y a la vez funciona como unidad de rehabilitación en aquellas instituciones que más lo necesitan, como son: el Centro de Educación Especial, el Centro de Orientación y Rehabilitación Social para Menores, el Centro de Rehabilitación Física y los Centros Penitenciarios. La unidad móvil o equipo de trabajo comunitario, en estrecha coordinación con la unidad fija de Saltillo, saldrá a las cabeceras municipales para dar atención al medio rural.

Servicios de urgencia y de hospitalización parcial

En 1972 empezó a funcionar la unidad de urgencia del hospital "Fray Bernardino Alvarez", para pacientes adictos al alcohol y otras drogas, en fase de intoxicación aguda. Aun cuando no se dispone de datos estadísticos confiables, se sabe que este tipo de problema es cada día mayor en el Distrito Federal, ya que no existe una institución que proporcione al paciente un tratamiento integral como unidad biopsicosocial. Al contar con personal numeroso y eficiente, esta unidad podría proporcionar servicio médico general intensivo y tratamiento inmediato psiquiátrico las 24 horas del día, lo que permitirá salvar muchas vidas y evitar complicaciones graves a los pacientes.

La hospitalización parcial diurna ya funciona en los pabellones de niños y adolescentes del hospital psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro" y se integrarán servicios semejantes en los talleres protegidos.

Centros comunitarios de salud mental

Los Estados Unidos y otros países han creado unidades provistas de servicios de hospitalización total y parcial, consulta externa, servicio de urgencia y educación de la comunidad. Sin embargo, a juicio del autor, aquellas, además de ser sumamente costosas, aislan a la psiquiatría de la medicina general.

De acuerdo con esta realidad sociocultural, y gracias a la valiosa colaboración de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal, desde hace varios años se creó en México un centro piloto con las siguientes características:

1. Instalación de una unidad de salud mental dentro de un centro de salud pública, para lograr no solo la integración de la psiquiatría a la medicina general, sino también la utilización de las instalaciones y el personal administrativo de dichos establecimientos. Esto evitará que se dupliquen los gastos.
2. Formación del personal técnico de la institución, por considerarse que muchos de los problemas de salud mental pueden ser resueltos por el pediatra, el gineco-obstetra o el médico general. Solo los casos complicados deberían referirse a la unidad especializada.

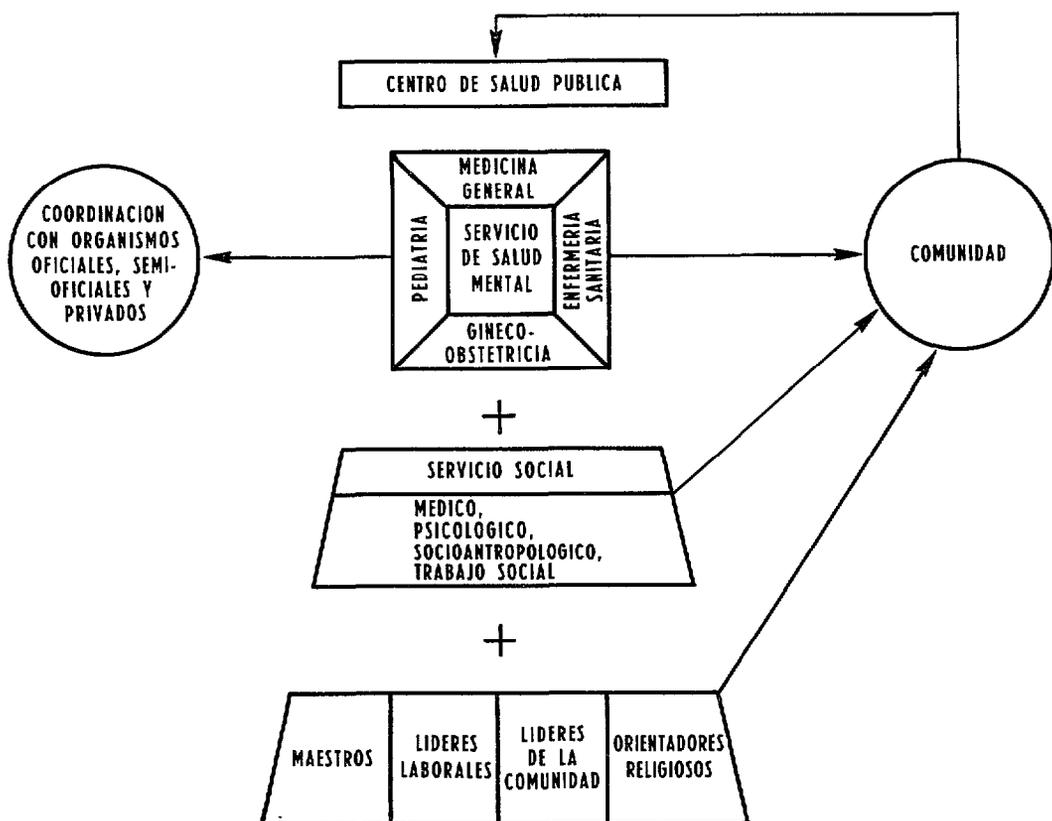
Los resultados obtenidos fueron en general muy satisfactorios. Se ha dotado a cada uno de los centros con pasantes en servicio social de psicología y de trabajo social, con lo que se han incrementado los elementos técnicos en cada una de las unidades (figura 1).

La actividad del centro se ha proyectado hasta la misma comunidad, adiestrando a sus líderes: maestros, dirigentes sindicales, orientadores religiosos o cualquier otra persona que tenga influencia dentro de la sociedad.

Las personas que solicitan servicios de estos centros de salud reciben información sobre los diferentes aspectos de la higiene mental, tales como orientación prenupcial y prenatal, al igual que la relativa al manejo psicológico de los niños y los jóvenes.

El equipo de la comunidad no se limita, sin embargo, a estas actividades de prevención primaria, sino que adiestra también a las

FIGURA 1—Servicios de salud mental comunitaria en centros de salud pública.



enfermeras sanitarias que visitan los domicilios del área que corresponde, para que aprendan a detectar en forma oportuna los casos incipientes de enfermedad mental. En estas condiciones el tratamiento especializado puede dar óptimos resultados en un tiempo mínimo, con lo cual se evitarán gastos excesivos si se atiende al paciente cuando el proceso se encuentra ya muy avanzado (prevención secundaria).

Por último, la labor del centro debe abarcar la prevención terciaria. Esta consiste en controlar los pacientes que ya se han atendido y dado de alta en los hospitales psiquiátricos, pero que requieren vigilancia por un tiempo determinado en instituciones cercanas a sus domicilios, a fin de evitar recaídas que, en algunos cuadros psiquiátricos como la esquizofrenia, se presentan si se

interrumpe el tratamiento y el control médico.

En la actualidad se encuentran en funcionamiento con este programa doce centros en el Distrito Federal, seis de los cuales trabajan también en turno vespertino. Se espera incorporar a antropólogos y sociólogos al equipo de la comunidad para que realicen estudios de investigación en estas áreas. Ello permitirá el planeamiento de mejores servicios en el futuro. Cada uno de estos centros tiene personal capacitado para resolver, a su nivel, problemas de farmacodependencia, alcoholismo, neurosis, psicosis y otros tipos de patología mental.

Talleres protegidos

En psiquiatría es difícil alcanzar una cura total, especialmente cuando se trata de en-

fermos psicóticos. A menudo se logra solo una recuperación social que permite al individuo salir del sanatorio y convivir de nuevo con su familia y la sociedad. Sin embargo, como esta no implica la desaparición total de sus síntomas, la sociedad lo rechaza e impide que trabaje en una fábrica u oficina con personas aparentemente normales, o bien sea despedido después de haber sido empleado, porque se presentan algunos de los síntomas de su enfermedad.

A fin de que el paciente pueda trabajar y volver a ser elemento productivo para la sociedad, se han creado en muchos países los talleres protegidos, es decir, lugares donde se supervisa al enfermo en su actividad y es atendido por personal técnico que conoce su problema y sabe resolver cualquier situación de urgencia que pudiera presentarse. En estos lugares el paciente percibe sueldo, toma sus medicinas, recibe el beneficio terapéutico del trabajo, y se transforma de nuevo en un miembro activo de la comunidad.

Los beneficios obtenidos por los talleres protegidos son de tal magnitud que, por ejemplo, en la Unión Soviética, existe un puesto por cada 1,000 habitantes, o sea que más de 200,000 enfermos mentales trabajan en talleres que abarcan desde las actividades más sencillas, hasta trabajos electrónicos de gran precisión.

En estos talleres el enfermo percibe un sueldo en forma proporcional con su rendimiento, y así disminuye la pensión por invalidez que recibe del Estado. Cuando su cuadro mental mejora, el tiempo y la labor organizada de sus instructores le permitirá no solo ascender e incrementar su salario hasta llegar a ser autosuficiente, sino que las ganancias que aporta su trabajo permitirá la construcción de nuevas clínicas, hospitales, escuelas, talleres protegidos, etc.

Con esta experiencia como meta, la Dirección de Salud Mental está estructurando en México tres talleres protegidos: dos para adultos, que funcionarán originalmente en forma intrahospitalaria pero con enfermos

internos y externos, y otro para jóvenes, en locales adaptados en lo que fue la Escuela para Adolescentes Deficientes Mentales "Bernardino Alvarez". En este lugar se creará la Unidad de Integración Humana y Social, de la cual dependerá un centro de enseñanza especial para adolescentes deficientes mentales y un centro de capacitación para el trabajo en talleres protegidos.

Salud mental y salud pública

Como se señaló antes, es imposible concebir ningún programa de salud mental que no se integre en forma debida a los de salud pública. Al describir los centros de psiquiatría comunitaria se recalcaron todas las ventajas que significa la concepción moderna de esta especialidad, tanto por lo que beneficiará a sus actividades preventivas, como a las terapéuticas y de rehabilitación.

Sectorización

En el Distrito Federal se están integrando 12 centros comunitarios de salud mental, simultáneamente con la debida distribución por sectores de los cuatro hospitales con que cuenta la Dirección. Esto facilitará el control de los enfermos dentro y fuera de los nosocomios, así como el intercambio de experiencias entre su personal y el equipo de la comunidad.

En forma similar, en el interior de la República funcionarán los hospitales psiquiátricos regionales, los anexos psiquiátricos de hospitales generales y los centros comunitarios.

Programas comunitarios

Desde fines de 1971 se ha enfocado en forma especial el interés de la Secretaría de Salubridad y Asistencia por el problema de la farmacodependencia, sin descuidar, por supuesto, otros campos de la salud mental. En efecto, se ha creado en Consejo Nacional de Problemas en Farmacodependencia que,

con la colaboración de expertos de las principales organizaciones oficiales y privadas, está trabajando activamente en todos los aspectos relacionados con la prevención, tratamiento, rehabilitación, adiestramiento e investigación de este problema medicosocial.

Resumen

Con la demolición del viejo manicomio y la construcción de hospitales psiquiátricos modernos, México inició, en 1966, la transformación de todos sus programas de salud mental pública. Ello ha permitido incrementar notablemente el interés de los médicos jóvenes por esta rama de la medicina.

Se han instalado unidades psiquiátricas y se encuentran funcionando, igualmente, servicios de urgencia y de hospitalización parcial.

Se han creado unidades comunitarias de salud mental en los centros de salud pública, para lo cual se utilizan todos sus recursos técnicos y administrativos, y se aprovechan los servicios de los pasantes de medicina, psicología y trabajo social. Asimismo se forma a los líderes naturales de la comunidad para que colaboren con el programa de salud mental en las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria. Estos centros, así como sus hospitales correspondientes, han sido sujetos a un proceso de "sectorización", es decir, una distribución geográfica adecuada a fin de proporcionar al paciente el máximo de facilidades.

Finalmente, se han instalado talleres protegidos y se ha motivado la iniciativa privada para que participe en programas de salud mental pública. □

REFERENCIAS

- (1) Beers, D. W. *A Mind That Found Itself*. Nueva York: Doubleday, 1939.
- (2) Calderón Narváez, G. "Psiquiatría de la comunidad. Aportación de México". *Gaceta Médica de México* 100:535, 1970.
- (3) Caplan, G. y Caplan, R. B. "Development of Community Psychiatry Concepts". En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Md.: The Williams and Wilkins Company, 1967.
- (4) Calderón Narváez, G. "Repercusión de la quimioterapia en los planes de la asistencia de los enfermos mentales". *Neurol Neurocir Psiq* 9:159, 1968.
- (5) Calderón Narváez, G. "Los nuevos hospitales psiquiátricos de México". *Salud Pública Méx* 10:875, 1968.
- (6) Balvet, P. "Chimiothérapie et équipe soignante". *Actualités de Thérapeutique Psychiatrique*. Deuxième Série. Paris: Masson y Co. 1967.
- (7) Calderón, Narváez, G. "El centro de trabajo juvenil". *Salud Pública Méx* 12:361, 1970.

Community Mental Health Program in Mexico (Summary)

In 1966, Mexico began the transformation of all its public mental health programs with the demolition of the old insane asylums and the construction of modern psychiatric hospitals. As a result, it has been possible to substantially increase the interest of young physicians in this branch of medicine.

Psychiatric units have been set up and emer-

gency services and partial hospitalization services are also in operation.

Community mental health units have been installed in public health centers and all their technical and administrative resources are being used to that end, as are those of final-year students in medicine, psychology, and social work. Natural community leaders are being trained to

collaborate with the mental health program in primary, secondary and tertiary preventive activities. These centers as well as their corresponding hospitals have been subject to a process of "sectorization", that is to say, an appropriate geographical distribution for the

purpose of providing patients with maximum facilities.

Finally, protected workshops have been established and private enterprise has been encouraged to take part in public mental health programs.

Programa de saúde mental comunitária no México (Resumo)

Com a demolição do velho manicômio e a construção de hospitais psiquiátricos modernos, o México iniciou em 1966 a transformação de todos seus programas de saúde mental pública. Isso permitiu incrementar notavelmente o interesse dos médicos jovens por esse ramo da medicina.

Instalaram-se unidades psiquiátricas e entram em funcionamento serviços de urgência e de hospitalização parcial.

Instalaram-se unidades comunitárias de saúde mental nos centros de saúde pública, para o que se utilizam todos os recursos técnicos e ad-

ministrativos e se aproveitam os serviços dos doutorandos de medicina e de psicologia e visitadoras sociais. Preparam-se também os líderes naturais da comunidade para que colaborem com o programa de saúde mental nas atividades de prevenção primária, secundária e terciária. Esses centros, assim como seus hospitais, foram submetidos a um processo de "setorização", isto é, uma distribuição geográfica adequada para proporcionar ao paciente o máximo de recursos.

Finalmente, instalaram-se oficinas protegidas e motivou-se a iniciativa privada para que participe de programas de saúde mental pública.

Programme de santé mentale communautaire au Mexique (Résumé)

Avec la démolition du vieil asile d'aliénés et la construction d'hôpitaux psychiatriques modernes, le Mexique a commencé, en 1966, la transformation de tous ses programmes de santé mentale publique, permettant ainsi d'augmenter sensiblement l'intérêt des jeunes médecins pour cette branche de la médecine.

Des salles psychiatriques ont été installées dans les hôpitaux, ainsi que des services d'urgence et d'hospitalisation partielle.

Des sections communautaires d'hygiène mentale ont été installées dans les centres de santé publique. A cette fin, toutes les ressources techniques et administratives sont utilisées et on a recours aux services des stagiaires en méde-

cine, psychologie et assistance sociale. En outre, il est procédé à la formation des animateurs naturels de la communauté afin qu'ils collaborent avec les programmes d'hygiène mentale dans les activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ces centres, ainsi que leurs hôpitaux correspondants, ont fait l'objet d'un processus de "sectorisation", à savoir une répartition géographique rationnelle pour assurer au malade le maximum de services.

On a également installé des ateliers protégés et encouragé l'initiative privée pour promouvoir la participation aux programmes de santé mentale publique.