



segundo seminario latinoamericano de

# SALUD MENTAL



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

1961

# SEGUNDO SEMINARIO LATINOAMERICANO DE SALUD MENTAL

Buenos Aires, Argentina  
8-14 de septiembre de 1963



Publicaciones Científicas No. 99

Abril de 1964

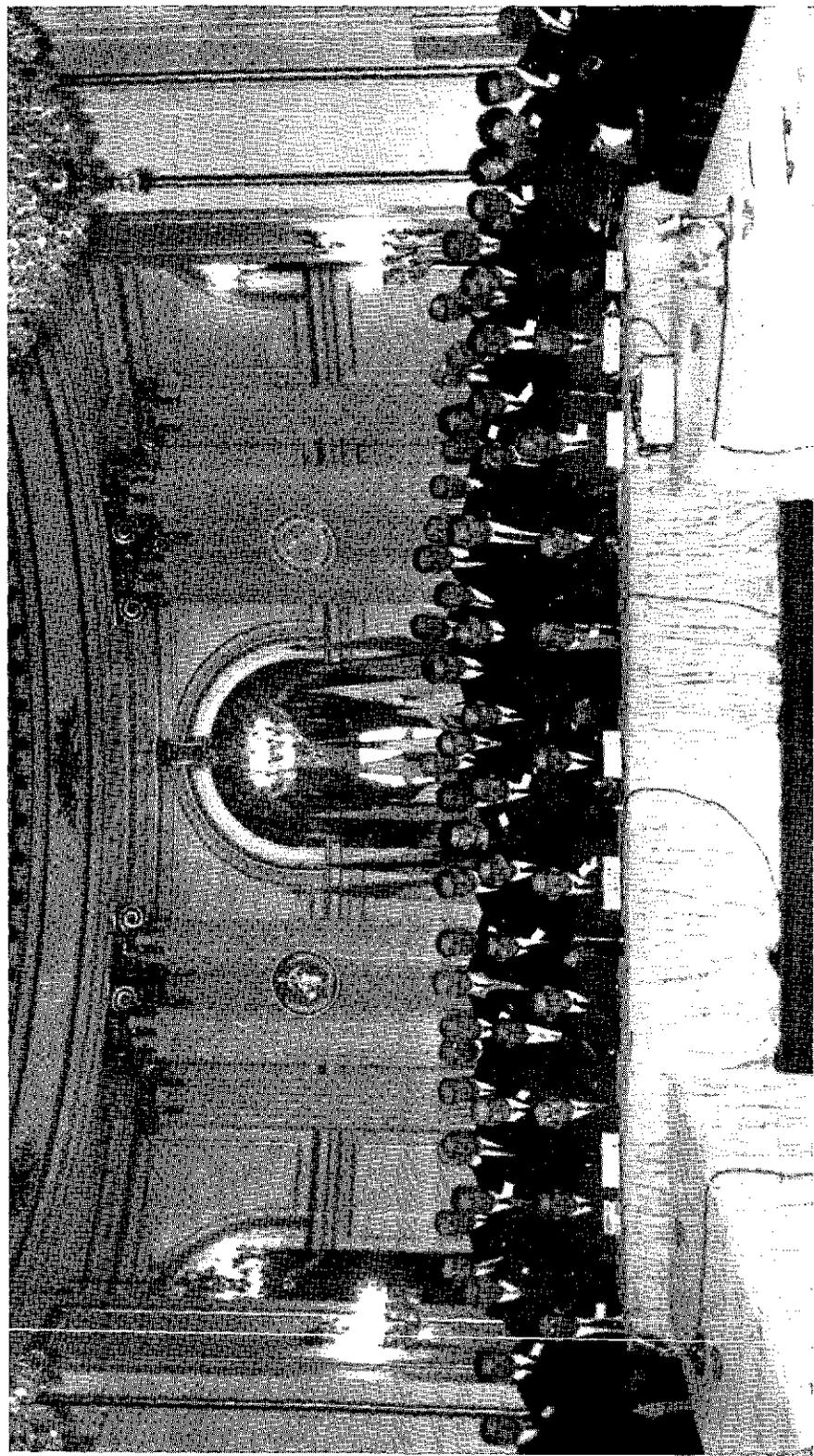
**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

1501 New Hampshire Avenue, N.W.

Washington, D. C. 20036, E.U.A.



Participantes en el Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental, celebrado en Buenos Aires, Argentina, del 8 al 14 de septiembre de 1963.

## SUMARIO DE MATERIAS

v	<b>Introducción</b> Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
1	<b>Antecedentes</b>
6	<b>Informe Final</b>
	<b>Documentos de Trabajo</b>
16	<u>La importancia del problema de la salud mental</u> Dr. José Horwitz
25	<u>Tratamiento y readaptación de los enfermos mentales</u> Dr. Paul Sivadon
37	<u>La enseñanza de la salud mental</u> Dr. Paul V. Lemkau
43	<u>Investigaciones en salud mental</u> Dr. Robert H. Felix
	<b>Anexos</b>
59	Participantes
64	Composición del Seminario

*Las opiniones que se expresan en esta publicación son las de los participantes en el Seminario y los autores de los trabajos, y no representan, necesariamente, la política oficial de la Organización Panamericana de la Salud o de la Organización Mundial de la Salud.*

## INTRODUCCION

---

**E**N DOCTRINA y en práctica no procede separar lo físico y lo mental en la condición humana. El hombre es un todo; su personalidad es integral así como lo son las sociedades que constituye. Disociar los componentes somáticos de los espirituales sólo conduce a perpetuar un error que se revela en la evolución que ha tenido la salud mental en las Américas en los últimos 400 años. Proclamamos la salud como la capacidad de adaptación de los seres humanos a un ambiente en permanente transformación. Es un proceso sutil, inadvertido, que se hace con el silencio de los órganos. Nos proponemos, en una acción sistemática y organizada, contribuir a la creación de condiciones que permitan el desarrollo integral de cada miembro de las comunidades y su sana convivencia. Queremos ver realizada la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social”.

Observamos cada vez más la importancia de los factores psicológicos en problemas fundamentales, como son las enfermedades transmisibles, la malnutrición—cuya influencia en el retardo mental debe investigarse con más intensidad—y los riesgos derivados de la industrialización. Es evidente que en la medida que se complica la producción y la productividad de bienes y servicios, aumentan las probabilidades de que se generen trastornos mentales. Cabe agregar la larga serie de psicosis y neurosis que, por no haberse establecido aún una etiología científicamente comprobada, no es posible relacionar con factores del ambiente, de carácter biológico o social.

Estos trastornos mentales reflejan, en conjunto, las características del desarrollo y las formas culturales de las sociedades. Los métodos para resolverlos tienen que basarse en el conocimiento de dichas condiciones, en especial, de aquellas que motivan la conducta y las aspiraciones de los seres humanos. Así como no puede disociarse lo físico de lo espiritual en cada persona, tampoco pueden tratarse en forma aislada los problemas sociales. Su interdependencia hace que los efectos positivos se limiten en el tiempo y que el progreso no se realice con el ritmo de una acción coordinada.

Gracias a la influencia de Freud se acepta en los medios científicos y en la opinión pública ilustrada el significado de las motivaciones conscientes o inconscientes para explicar la conducta de los hombres y su convivencia social.

Se discute, en cambio, la importancia relativa de las enfermedades mentales dentro de la morbilidad y la mortalidad de los países. Se duda de la magnitud del problema, en términos de prioridad, en el campo de la medicina individual y colectiva. Como consecuencia, no se proponen actividades organizadas e integrales que incluyan programas de prevención y tratamiento de las enfermedades mentales prevalentes en el seno de cada país.

En las Américas se está gestando un cambio profundo de actitud en las universidades, en los Gobiernos y en las colectividades. Este movimiento se ha desarrollado con mucha mayor intensidad en el curso de este siglo en los países de América del Norte. Sin embargo, en todo el Continente hay un interés creciente por conocer la naturaleza de los problemas, su frecuencia y distribución, la calidad de los recursos, las posibilidades de aplicar los conocimientos probados y de investigar aquellos otros que son indispensables para comprender distintas facetas de fenómenos complejos, como son los de orden psicológico y sociológico. Es posible señalar que poco más de un millón de personas se encuentran internadas en los 817 hospitales mentales del Continente; que se gasta una importante porción del presupuesto de atención médica en el cuidado de estos enfermos; que son innumerables los problemas sociales y económicos que provocan las enfermedades mentales, algunas veces con daño irreparable; que la ciencia ha entregado a la práctica métodos eficaces de tratamiento y de prevención de algunos procesos.

Se trata de un movimiento genuino que ha logrado conquistas notables en beneficio de los enfermos mentales pero que, dada la magnitud y trascendencia de los problemas específicos, se encuentra aún en una etapa incipiente. Hay necesidad de investigaciones epidemiológicas para conocer mejor las causas, la distribución y extensión de las enfermedades mentales. Con este propósito es indispensable contar con "definiciones operacionales". Hay que preparar en mayor número al personal técnico para los problemas de más jerarquía. Asimismo, mejorar los servicios de atención de los enfermos e incorporar en los organismos locales de salud las técnicas de prevención y curación conocidas para dichos procesos.

La colaboración de los organismos internacionales ha permitido darle una fisonomía y un contenido continentales al análisis de los problemas de salud mental, con la debida consideración a los rasgos culturales que son propios de las diversas sociedades que constituyen las Américas. Ha favorecido la comunicación entre los especialistas y su contacto para el intercambio de ideas y experiencias respecto a principios, normas, prioridades y métodos, con el fin de reducir progresivamente la incidencia de las enfermedades mentales y fomentar una vida normal en las familias y en las sociedades.

Le ha cabido a la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, una participación en esta empresa, en consonancia con los ideales y propósitos que la inspiran. Expresión de su interés es la encuesta continental sobre necesidades y recursos, como base para formular programas nacionales e internacionales de prevención y tratamiento. Lo son también los Seminarios sobre Alcoholicismo y sobre Salud Mental. En ellos se han realizado los objetivos señalados, los cuales, es de

confiar, se están traduciendo en actividades de diversa naturaleza y extensión que están beneficiando a un número creciente de personas.

De mayor significado que estos efectos inmediatos es el deseo genuino de abordar, en forma racional, un problema que por razones oscuras, posiblemente inconscientes, se ha ignorado o subestimado en el seno de los organismos públicos y privados. Se advierte un interés renovado por considerar las enfermedades mentales entre los problemas de salud, integrando, en doctrina y en práctica, los programas respectivos, de acuerdo con su importancia, a los de prevención y curación. Y este interés es, en nuestro sentir, la expresión de un sentimiento de respeto por los seres humanos, cualesquiera su condición, que es digno de destacar en este momento de la evolución histórica del Continente en el que tienden a predominar los valores materiales sobre los morales y espirituales, dentro de las normas y los procedimientos para fomentar el desarrollo y crear bienestar.

Están viviendo las Américas un proceso continuo de transformación, en lo ideológico y en lo económico, proceso que por su naturaleza y consecuencias, da lugar a estados de incertidumbre y de tensión que se traducen en conflictos entre los seres humanos. Tanto más indispensable es hoy, y lo será en el futuro, el incluir la salud mental entre las responsabilidades de toda sociedad.

DR. ABRAHAM HORWITZ  
*Director, Oficina Sanitaria Panamericana*

## ANTECEDENTES

---

**L**A POBLACIÓN latinoamericana ha experimentado, en lo que va del siglo, cambios fundamentales en su estructura biológica, económica, política y social. Estos cambios han repercutido, de algún modo, en el nivel humano de mayor jerarquía—el psicológico—y en la relación del individuo con su familia, con su grupo y con la colectividad; en síntesis, con la sociedad a que pertenece.

En Latinoamérica persisten serias dificultades para el estudio y solución de los problemas de salud mental, en especial en lo que a profilaxis se refiere. La gravedad de esta situación y sus implicaciones, hacen necesario tomar una actitud que permita resolverlas sin postergaciones. Para ello, es indispensable estudiar el problema en sus raíces y proyecciones, sistematizarlo y organizar su solución mediante planes operativos al alcance de las posibilidades reales de cada país, utilizando los caminos más eficientes y económicos.

La Organización Panamericana de la Salud ha promovido, en los últimos años, el estudio de diversos problemas de salud mental, subrayando su importancia y estimulando un cambio favorable en la actitud de los médicos, de las autoridades, de los líderes y del resto de la población. El creciente interés de la Organización refleja, además, el reconocimiento, cada vez mayor, de la significación de este campo para el desarrollo social y económico en general.

Como parte de esta tarea, además de la reciente creación del Centro de Información en Salud Mental de América Latina, la OPS ha planificado tres Seminarios Latinoamericanos de Salud Mental, el primero de los cuales se celebró en Cuernavaca, México, en noviembre y diciembre de 1962; el segundo, ha reunido a representantes de todos los países sudamericanos en Buenos Aires, Argentina, y el tercero y último tendrá lugar en Jamaica, y se dedicará a los países y territorios de la región del Caribe.

La Organización, en colaboración con el país sede del Seminario, ha invitado a especialistas en salud mental de dichos países para que analicen los problemas y la experiencia de sus respectivas regiones, y propongan las soluciones que consideren de mayor utilidad. Se intentó, de este modo, que cada grupo formulara las bases de los programas que tiendan a prevenir o solucionar los problemas relacionados con la salud mental de sus respectivas poblaciones.

El conocimiento mutuo, el intercambio franco, sin protocolos, de experiencia, el cuerpo de doctrina que se está elaborando a través de las deliberaciones y las recomendaciones de estos seminarios, constituirán, sin duda, un valioso punto de referencia para los psiquiatras y otros expertos en salud mental.

Permitirán, además, ofrecer a las autoridades un instrumento que facilite la integración de las actividades de prevención, atención, rehabilitación e investigación de los trastornos mentales, en los planes nacionales de salud.

### Organización del Seminario

El Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental se efectuó en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, del 8 al 14 de septiembre de 1963, de acuerdo con los arreglos hechos entre el Gobierno de la República Argentina y la Oficina Sanitaria Panamericana. Las sesiones de trabajo se llevaron a cabo en el Palacio del H. Concejo Deliberante de esa ciudad.

La organización del Seminario fue posible gracias a la colaboración de autoridades nacionales, municipales y universitarias, de asociaciones voluntarias, y a la participación de representantes de la Oficina Sanitaria Panamericana, Zona VI. Integraron la Comisión Organizadora, en calidad de Presidentes Honorarios, el Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Prof. Dr. Horacio M. Rodríguez Castells; el Intendente Municipal de la ciudad de Buenos Aires, Arq. Alberto Prebisch, y el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Prof. Dr. Osvaldo Fustinoni. Fue designado presidente de la Comisión Organizadora el Dr. Mario Bonich, Presidente del Consejo del Instituto Nacional de Salud Mental, y Secretario General de la Comisión y del Seminario, el Prof. Dr. Mauricio Goldenberg, en su condición de Consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Participaron en el Seminario destacados especialistas en salud mental de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. También asistieron un grupo de observadores de diversas instituciones de Argentina, Estados Unidos, México, Uruguay y Venezuela, relacionadas con salud mental. Dichos participantes y observadores se reunieron en tres grupos de trabajo. La Oficina Sanitaria Panamericana, a su vez, designó a su Asesor Regional en Salud Mental, el Dr. Jorge Velasco Alzaga, y a los Consultores, Dres. Paul Sivadon, Paul V. Lemkau, José Horwitz y Robert H. Felix\* quienes prepararon la introducción a los temas del Seminario y actuaron como asesores en los diversos grupos. Además, participaron en una Mesa Redonda sobre integración de tareas de salud mental en los programas nacionales de salud. A petición, algunos de ellos dieron conferencias sobre materias de su especialidad en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

En la sesión preparatoria fue elegido Presidente del Seminario, por aclamación, el Dr. Mario Bonich, y Relator General, el Dr. Juan Marconi T. La Mesa Directiva quedó integrada, además, por el Secretario General del Seminario, Dr. Mauricio Goldenberg. En la misma reunión se efectuó la composición de los grupos de trabajo.

La sesión inaugural del Seminario se llevó a cabo el 8 de septiembre de 1963, en el Aula Magna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Abrió la sesión, dando la bienvenida a las delega-

\* El Dr. John Eberhardt representó al Dr. Felix.

ciones, el Presidente de la Comisión Organizadora, Dr. Mario Bonich. En seguida, hicieron uso de la palabra el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Prof. Dr. Osvaldo Fustinoni y el Representante de la Oficina Sanitaria Panamericana, Zona VI, Dr. Emilio Budnik. El Dr. Carlos A. Seguí, Profesor de Psiquiatría de la Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú, habló en nombre de los participantes y observadores extranjeros. Declaró inaugurado oficialmente el Seminario el Prof. Dr. Horacio M. Rodríguez Castells, Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de Argentina.

### Desarrollo del Seminario

La Comisión Organizadora estableció las normas de trabajo del Seminario; por otra parte, la Oficina Sanitaria Panamericana puso a disposición de los participantes una serie de documentos de trabajo, incluso los informes sobre salud mental de la mayoría de los países representados.

La marcha del trabajo del Seminario consistió en la presentación de los temas por los Consultores de la OSP/OMS en sesiones plenarias; en el intercambio de ideas y de experiencias sobre estas materias mediante discusiones de grupo, y en la consideración y aprobación de los informes respectivos por el Seminario en pleno.

La Comisión Organizadora para la orientación de las deliberaciones, sugirió un cuestionario que sirvió de guía a los grupos de trabajo en la consideración de cada tema.

La dirección de las deliberaciones estuvo a cargo de los directores de debates y de los relatores elegidos para cada tema por los propios participantes, y por coordinadores y secretarios de grupo, de carácter permanente. La presidencia de las sesiones plenarias fue también designada por elección para cada tema, con la excepción de la inaugural y la de clausura, reservadas al Presidente del Seminario.

Los temas seleccionados, de acuerdo con los propósitos y objetivos del Seminario, fueron: 1) La importancia del problema de la salud mental; 2) La asistencia al enfermo mental y su rehabilitación; 3) La enseñanza en salud mental; 4) La investigación en salud mental, y 5) La integración de la salud mental en los planes nacionales de salud.

Las conclusiones de la Mesa Redonda sobre el tema V, no se consideraron en un informe separado, sino que se incorporaron directamente al Informe Final.

Se realizaron ocho sesiones plenarias, además de las de inauguración y clausura, siete reuniones de grupo y una Mesa Redonda.

La sesión de clausura se llevó a cabo el 14 de septiembre de 1963, en el Palacio del H. Concejo Deliberante. Durante ella pronunciaron discursos el Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, Dr. Alberto Mondet; el Asesor Regional en Salud Mental de la OSP/OMS, Dr. Jorge M. Velasco Alzaga; el Jefe de la Sección de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud de Chile, Dr. Luis Custodio Muñoz, quien habló en representación de las delegaciones extranjeras, y el Secretario General del Seminario, Dr. Mauricio Goldenberg, quien puso término al Seminario.



# **INFORME FINAL**

# INFORME FINAL

## I. LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA DE LA SALUD MENTAL

Hasta el momento, los límites de los problemas de la salud mental son difíciles de precisar, ya que en ellos intervienen gran número de variables, muchas de las cuales están aún poco estudiadas y mal definidas. En un sentido amplio, éstas comprenden fenómenos antropológicos, socioeconómicos, culturales y políticos; su estudio es particularmente complejo en nuestro medio, dado el desarrollo acelerado y las grandes transformaciones que experimentan los países latinoamericanos. Es evidente que la consideración de los mencionados problemas debe ser parte integrante de la actividad sanitaria y se requiere que los Gobiernos establezcan departamentos o secciones de salud mental orientados con carácter exclusivamente técnico, tanto de alcance nacional como local. Dichos organismos deben contar con personal y presupuesto adecuados a la tarea que les incumbe. Estos servicios deberán iniciar los estudios tendientes a la evaluación de dicha magnitud y al mismo tiempo prestar atención inmediata a aquellos aspectos del problema que, *de visu*, tienen una mayor trascendencia.

La coordinación de los estudios y los programas de salud mental deberán llevarse a cabo, además, en el orden internacional, y la prioridad que debe asignarse a los problemas de salud mental depende, entre otros factores, de: 1) el porcentaje de la población afectada, que, en los escasos estudios epidemiológicos realizados hasta el momento, se ha revelado invariabilmente elevado en todos los países; 2) el grado de incapacidad producido por desórdenes mentales y la duración, muchas veces indefinida, de esta

incapacidad; 3) la dificultad, duración y costo del proceso de rehabilitación, y 4) la interferencia de los problemas de salud mental en el desarrollo y aplicación de cualquier otro programa de salud pública y con el progreso económicosocial.

Entre las razones de que, hasta el momento, se haya concedido poca importancia a los problemas de salud mental, se pueden mencionar: a) la insuficiencia de información estadística acerca del problema, lo que impide a las autoridades y al público apreciar su magnitud y calidad; b) la falta de conciencia del problema por parte de la colectividad, la cual, por lo tanto, no solicita ni exige servicios de salud mental; c) los prejuicios arraigados, con respecto a las afecciones mentales, de las autoridades, de la colectividad y aun del personal técnico de salud; d) la presión que ejercen sobre las autoridades sanitarias otros graves problemas de salud, tales como las enfermedades endémicas y epidémicas, la mortalidad infantil, la desnutrición, etc., aún no resueltos satisfactoriamente en los países latinoamericanos. Esto hace difícil que las autoridades se percaten de la significación real del problema, que lo evalúen en forma adecuada, y tomen las medidas necesarias para resolverlo.

Sería importante, para eliminar los prejuicios contra el enfermo mental, mejorar la atención de éste en los establecimientos psiquiátricos y hacer llegar los servicios de salud mental al seno de la colectividad mediante dispensarios y servicios psiquiátricos en hospitales generales.

En general, se consideró que en América

Latina las estadísticas de mortalidad y de primeros ingresos en los servicios psiquiátricos proporcionan datos de escasa validez para estimar la magnitud de los desórdenes mentales. Las primeras, porque en general sólo se indica en ellas la causa inmediata de muerte, y se soslaya la consignación de las causas mediatas o bien se las califica inadecuadamente. Las segundas, porque están sujetas a factores muy variables, tales como: la falta de servicios de salud mental en las diversas zonas de cada país, la mayor o menor facilidad para acudir a ellos y los prejuicios que alejan a la población de las instituciones apropiadas. Se insistió en la necesidad de mejorar dichas estadísticas, y se señaló la conveniencia de registrar en forma adecuada las afecciones psiquiátricas que han sido causa mediata o inmediata de muerte.

Hubo consenso acerca de la superioridad de las encuestas epidemiológicas de campo para hallar la magnitud del problema de salud mental. Mediante este método, se debiera estudiar no sólo la prevalencia e incidencia de los desórdenes en muestras representativas de la población, sino también la naturaleza de los factores socio-culturales condicionantes. Se destacó la importancia de obtener los recursos económicos y el personal técnico necesarios para tales estudios. Estos no deben limitarse a los rubros de la patología clásica, sino abar-

car también problemas sociales tales como delincuencia, homicidio, suicidios, desintegración familiar, etc. Estos problemas deben calificarse como anomalías psíquicas, considerando su trasfondo antropológico-cultural.

Se discutió ampliamente la importancia de uniformar las definiciones de las anomalías mentales con suficiente validez y comunicabilidad. Se recomendó la elaboración y adopción de definiciones operacionales, no influenciadas por posiciones de escuelas, con el objeto de aplicarlas en trabajos de campo de tipo epidemiológico de alcance internacional. Un grupo sugirió que a través de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) se estimulen estos propósitos en cada país y en escala regional.

Se estimó que, por no haber una clasificación o nomenclatura psiquiátrica totalmente satisfactoria para adultos y niños, debe recomendarse la creación de comités de estudio sobre el tema en cada uno de los países latinoamericanos. Posteriormente, reuniones de nivel internacional podrían contribuir a unificar los criterios. Entre tanto, se sugiere, a título provisional, adoptar un esquema único, ya sea el de la clasificación de la OMS o el de la Asociación Americana de Psiquiatría, los cuales proporcionan, a pesar de sus limitaciones, un sistema de referencia común.

## II. LA ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL Y SU REHABILITACION

La experiencia adquirida hasta el presente, mediante la práctica clínica diaria, nos permite elaborar, sobre fundamentos empíricos, un plan de acción preventiva, asistencial y de rehabilitación de los pacientes mentales. Las limitaciones del conocimiento actual de la etiopatogenia de numerosas afecciones psiquiátricas impiden aplicar concepciones científicas a la mejora de dichas acciones. Por otra parte, la

adopción de una base empírica dificulta la evaluación adecuada de la influencia específica de los factores somáticos, psicológicos y sociológicos en la etiopatogenia de las enfermedades psiquiátricas y, por consiguiente, la aplicación de dicha evaluación a su prevención o tratamiento. Sin embargo, cuando la investigación nos permite localizar un eslabón patogénico eficiente en cualquiera de los tres aspectos antes señalados, las

acciones correctivas específicas podrán concentrarse en el aspecto apropiado, con un fundamento estrictamente racional. La prevención de la oligofrenia fenilpirúvica es un ejemplo de la aplicación útil de una hipótesis etiopatogénica de orden biológico. Un segundo ejemplo, de orden psicociológico, es la prevención de la conducta sociopática atenuando el efecto de la privación materna en la primera infancia.

De acuerdo con las consideraciones anteriores y, dado el estado actual de nuestros conocimientos, la acción preventiva, de asistencia y rehabilitación del enfermo psiquiátrico, debe ser realizada evaluando correctamente todos los aspectos indicados mediante un planteo integral. Además, la rehabilitación debe considerarse parte fundamental del tratamiento, y ambos efectuarse en íntima relación con el enfoque preventivo.

En cuanto a las instituciones con que debieran contar los países de América Latina de prevención y asistencia de los casos de desórdenes mentales, hubo acuerdo en subrayar la imprescindible necesidad de reformar los esquemas asistenciales psiquiátricos clásicos y se señaló el siguiente orden de prioridad para dichas instituciones: 1) Servicios psiquiátricos en los hospitales generales de adultos y niños, cuya gama asistencial abarcará: servicios de urgencia, incluso atención domiciliaria, consultorios externos y servicios de internación, con hospital diurno y nocturno. 2) Servicios psiquiátricos en centros de salud o dispensarios que encaren, además de tareas asistenciales, actividades preventivas y de educación de la colectividad. 3) Centros de rehabilitación y tratamiento de pacientes de recuperación a largo plazo, adaptados, en su dinámica, a los recientes criterios terapéuticos, y cuya organización no segregue a los enfermos del medio social, sino que, antes bien, favorezca su vinculación con éste, adoptando, eventualmente, el régimen de internaciones intermitentes.

Un grupo dio prioridad a los hospitales psiquiátricos especializados en la asistencia

y rehabilitación de casos de recuperación a corto plazo.

Se señalaron las siguientes ventajas para la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales: a) Dada la distribución geográfica actual de dichos hospitales, la atención psiquiátrica se extendería de inmediato a la mayor parte del territorio de cada país. b) El enfermo y su familia muestran menor resistencia a concurrir a un hospital general. c) Facilita la detección precoz de las afecciones psiquiátricas, lo cual, a su vez, abrevia el tratamiento, mejora el pronóstico, y, por consiguiente, hace más económica la atención. d) El enfermo es atendido por un equipo formado de personal técnico de las diversas especialidades, hecho que favorece una mejor atención del paciente y un cambio de actitud de toda la comunidad hospitalaria (médicos, enfermeras y personal auxiliar) con respecto a la enfermedad psiquiátrica. e) Evita al paciente y a sus familiares el estigma que puede alcanzarlos por prejuicios de la colectividad con respecto a los desórdenes mentales. f) Los familiares no tienden a abandonar al paciente, sino que mantienen con él un adecuado contacto; se evita así el desarraigo que, muchas veces, se produce con respecto a los pacientes internados en hospitales psiquiátricos tradicionales.

Se consideró que, actualmente, no se cuenta con bastantes elementos de juicio para evaluar con precisión cuál debe ser el mínimo de camas para enfermos mentales en los países latinoamericanos. Sin embargo, se estableció que, aunque estas cifras pueden variar según las necesidades regionales y el tipo de servicio de que se disponga, podría aceptarse provisoriamente la proporción de una cama por cada 1.000 habitantes como mínimo. Las condiciones ambientales apropiadas y el equipo técnico especializado deben considerarse cuidadosamente al disponer la dotación de nuevas camas para enfermos mentales.

A pesar de las dificultades que hay en América Latina para estimar el mínimo de

personal especializado en la prevención de, y asistencia a, los enfermos mentales, se sugirió, como un ideal a alcanzar, un equipo mínimo de tratamiento (formado por un psiquiatra, dos psicólogos y cuatro asistentes sociales) por cada 20.000 habitantes.

Se puntualizó que, en la mayoría de los países latinoamericanos, el número de enfermeras y de terapeutas ocupacionales dedicados a trabajar en el campo de la salud mental, es muy escaso. A la vez, se consideró conveniente la integración de éstos a los equipos de tratamiento.

Se atribuyó al médico general y al especialista en salud pública una importancia esencial para la buena marcha de todo programa de salud mental. El médico general debe tener plena conciencia de los problemas y una adecuada información, ya que, por la naturaleza de sus funciones y su relación

diaria con las familias, puede proponer pautas de conducta correctivas y remitir precozmente al paciente al especialista. En cuanto a los especialistas en salud pública, hubo completo acuerdo en que deben integrarse en los equipos de estudio, investigación y planificación de salud mental.

Se señaló también la importancia de movilizar todos los recursos de la colectividad, obteniendo la cooperación de sus dirigentes, incluso la activa participación de voluntarios en los programas de profilaxis, asistencia y rehabilitación.

En cuanto a los enfermos de recuperación a largo plazo, la política asistencial más apropiada consistiría en remitirlos a pequeños centros de rehabilitación, indispensables para reintegrarlos a su medio familiar y social, en la medida de lo posible.

### III. LA ENSEÑANZA EN SALUD MENTAL

Dada la apreciable magnitud del problema de la salud mental en los países latinoamericanos, y el contenido de los programas destinados a resolverlo, es evidente que no se cuenta en la actualidad con suficiente personal adecuadamente entrenado para esta tarea. Hubo consenso general acerca de la urgente necesidad de formar dicho personal.

Se estimó que los planes de estudios para posgraduados (de medicina, psicología, asistencia social y enfermería) deben contener cursos de psicología, psiquiatría, sociología y antropología cultural. Estas asignaturas se distribuirán a lo largo de dicho plan y se les concederá una proporción conveniente del número total de horas de enseñanza. En la enseñanza de medicina, se propuso un mínimo de 100 horas anuales, durante cuatro años. Es indispensable promover en el estudiante una actitud emotiva apropiada frente a los problemas de salud mental, y que la orientación teórica de la en-

señanza sea amplia y tenga en cuenta los enfoques de diversas escuelas, con el objeto de ofrecerle una perspectiva general.

Con respecto a los métodos más adecuados de enseñar la salud mental, se concluyó que deben permitir una participación activa del estudiante, restringiendo a un mínimo las disertaciones magistrales. La mejor manera, entre otras, de conseguir dicha participación es por medio de lo siguiente: a) Seminarios clínicos, en los cuales los alumnos presentan pacientes estudiados por ellos, incluso los datos de las entrevistas con familiares y visitas al hogar del enfermo. b) Seminarios teóricos, estrechamente vinculados con los anteriores respecto a la sucesión de temas abordados. Estos permiten el estudio en conjunto de la bibliografía previamente seleccionada, y la discusión amplia de cada tema. c) Seminarios de investigación, con la participación voluntaria de grupos muy reducidos de alumnos, quienes tendrían así la oportunidad de apreciar, junto a un investigador experto,

el estado de perpetua evolución de los conocimientos acerca de salud mental. Estos seminarios estimularían vocaciones psiquiátricas y el interés por la investigación, la cual constituye también una necesidad urgente en salud mental. d) Actividad de grupo, que permitiría acercar al estudiante a una comprensión de sus propias actitudes ante el paciente psiquiátrico.

En general, toda la enseñanza debe realizarse en pequeños grupos, no mayores de 20 alumnos.

Es indudable que este tipo de enseñanza requiere recursos adecuados, tanto de personal docente experto en técnicas de grupo, como de locales, bibliotecas, material audiovisual, etc. Dichos recursos deben procurarse no sólo en cada país sino también con la ayuda de organismos internacionales.

En relación con la especialización de personal ya graduado, se señalaron los siguientes aspectos: a) El personal no especializado debe tener oportunidad de concurrir periódicamente a cursos breves de perfeccionamiento sobre salud mental. b) Es importante incorporar la enseñanza

de salud mental a los planes de entrenamiento de los médicos especialistas en salud pública. c) Para la formación de médicos especialistas en psiquiatría se consideró necesario: 1) un período de residencia, con dedicación exclusiva y buena remuneración, de duración mínima de tres años (este entrenamiento debe abarcar la psiquiatría de urgencia, una amplia variedad de pacientes y práctica de métodos de enseñanza); 2) trabajo de campo en pequeñas localidades, donde se integre la enseñanza de los principios de medicina preventiva; 3) una enseñanza que abarque los enfoques de las diversas escuelas psiquiátricas, y 4) la aplicación de técnicas de enseñanza activa, similares a las ya descritas para los estudiantes de medicina.

Los recursos para estos últimos planes de enseñanza se obtendrían, asimismo, tanto de fuentes nacionales como internacionales. En este último sentido, se aceptó con especial interés un ofrecimiento de representantes del "Pan American Exchange Training Program in Psychiatry".

#### IV. LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

El Seminario consideró que la investigación sobre salud mental tiene fundamental importancia y debe hacerse en todas aquellas instituciones que se preocupan de dicha materia. El fomento de la investigación propenderá, en gran medida, a realizar el nivel asistencial, docente y de prevención, en la esfera de la salud mental.

Hubo acuerdo acerca de la necesidad de estimular la investigación entre los que trabajan en salud mental, y una mayor comprensión de las ventajas de la misma por parte de las autoridades y la colectividad.

En cuanto a los centros de investigación, se consideró aconsejable que dependan de las universidades u otras entidades autó-

nomas. Se estimó, como un objetivo, la formación de equipos de investigación compuestos de especialistas de varias disciplinas de salud mental en todos los países latinoamericanos. Es aconsejable crear becas para la formación de investigadores en centros más avanzados, tanto de América Latina, como de otras partes. Se subrayó la importancia de que, en lo posible, las investigaciones se adapten a las necesidades de cada país o grupo de ellos, así como a la realidad sociocultural de las diferentes regiones latinoamericanas. A pesar de la posibilidad de efectuar investigaciones, especialmente en el campo clínico, que no requieren grandes recursos, se considera imprescindible la investigación básica, que debe

financiarse, dado su alto costo, tanto con fondos nacionales, estatales o privados, como con aportes de organismos internacionales.

La selección de los investigadores de salud mental debe iniciarse durante la carrera o sea antes de la graduación, y continuar, después de ésta, entre los que sigan estudios de especialización a través de los seminarios de investigación, a que se aludió antes. El entrenamiento deberá llevarse a cabo incorporando al candidato a un equipo interdisciplinario de investigadores experimentados y proporcionándole durante su formación remuneración económica adecuada. Además, es de fundamental importancia asegurar a los investigadores ya formados, condiciones apropiadas de trabajo (equipo, dedicación

exclusiva, remuneración adecuada, bibliotecas, etc.).

Hubo consenso general en que sería de gran interés un mayor intercambio de información acerca de las investigaciones que se están realizando en Latinoamérica. Dicho intercambio ha comenzado ya a materializarse a través del Centro de Información en Salud Mental de América Latina, de la OPS. Dado el estado actual de la salud mental en los países latinoamericanos, la investigación epidemiológica es de primera importancia, pues permite, no sólo apreciar la diversidad de la nosografía psiquiátrica en las diversas subculturas latinoamericanas, sino también los diversos factores socioculturales de las afecciones mentales.

## V. LA INTEGRACION DE LA SALUD MENTAL EN LOS PLANES NACIONALES DE SALUD

Dado que en las deliberaciones sobre los temas I, II, III y IV los participantes se ocuparon de numerosos aspectos vinculados al tema del epígrafe, en la Mesa Redonda—formada por todos los miembros del Seminario—los consultores de la OSP/OMS respondieron a las preguntas sobre importantes aspectos, y sus apreciaciones se pueden sintetizar del siguiente modo: La integración de los programas de salud mental en los planes de salud pública sólo es posible cuando se dan, entre otras, las condiciones siguientes: a) conocimiento de los problemas; b) personal apropiado para enfrentarlos; c) demanda de servicios por parte de la colectividad, y d) recursos económicos suficientes. En los países donde las instituciones de salud mental son escasas y de incipiente desarrollo conviene comenzar la integración localmente, en cualquiera de las instituciones de salud pública donde pueda aplicarse, por ejemplo, en hospitales generales, consultorios maternoinfantiles, y otras organizaciones de la colectividad (fábricas, escuelas, etc). En aquéllos que tengan mayor desarrollo, puede ser de utilidad la integración en mayor escala,

mediante organismos nacionales de salud mental que se ocupen de los aspectos normativos de la prevención, asistencia y rehabilitación, y que, al mismo tiempo, fomenten la investigación. Dichos organismos deben contar con autonomía técnica absoluta y estar al margen de presiones políticas o de otra índole.

Aunque el número exacto no se conoce, se puede afirmar que el porcentaje del presupuesto de salud pública destinado a salud mental difiere marcadamente en los distintos países americanos. Para analizar el asunto es necesario distinguir los presupuestos destinados a servicios puramente asistenciales de aquéllos que se dedican a higiene mental, incluyendo la investigación. Las partidas destinadas a higiene mental en los diversos países de América varían desde 0 hasta 190.000.000 de dólares (esta última cifra es la presupuestada para el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos). En el aspecto asistencial, el costo diario por paciente mental varía, entre los distintos países de las Américas, desde 0,10 hasta 14 dólares. Si se asigna a los Estados Unidos

un costo medio de 5 dólares por cama, se invierten al año en el país 912.000.000 de dólares.

Es indudable que la salud mental se viene incorporando lentamente a los programas de salud pública general. Esto se debe, en parte, a lo poco que se sabe de salud mental, lo que da origen, entre otros obstáculos, a una falta de precisión conceptual que dificulta la comunicación tanto entre especialistas como entre las autoridades y con la colectividad en general. Uno de los medios indicados para superar esta situación es estimular la integración de las investigaciones clínicas y epidemiológicas. Las primeras proporcionarán las definiciones operacionales necesarias en los trabajos de campo. La unificación de los conceptos, entre los especialistas de las diversas disciplinas, se facilita mediante estudios de la salud mental infantil; durante esta etapa, las funciones mentales y las funciones físicas no están aún diferenciadas. En el adulto, dicha unificación de conceptos se estimula particularmente al abordar, entre otros, los problemas psicosomáticos, las neurosis y el alcoholismo. Tiende a igual fin el trabajo conjunto de médicos generales y psiquiatras en el hospital general, así como el intercambio de pareceres entre el profesor de psiquiatría y los de otras disciplinas, tanto médicas como psicológicas y sociológicas.

Otro procedimiento consiste en integrar programas de salud mental en planes de salud pública (maternoinfantiles, de nutrición, etc.) aplicados a pequeñas zonas de estudio y demostración. Cuando estos programas piloto tienen éxito, tienden por lo general a extenderse y, en todo caso, su estructura debe subordinarse a la organización administrativa de cada país.

Se destacó el papel que pueden desempeñar los factores psicosociológicos en la prevención de los desórdenes mentales. La labor de profilaxis debe realizarse en el seno de la familia, primera matriz sociocultural cuya distorsión puede determinar múltiples problemas de salud mental. Como ya se dijo,

todos los medios que conduzcan a corregir los efectos de la privación de la madre durante la primera infancia son buenos para prevenir la conducta sociopática. Investigaciones hechas en Francia por sociólogos revelaron la influencia sobre la salud mental de otros factores, como, por ejemplo, el hacinamiento; los niños que habitan en condiciones de hacinamiento superior a dos personas por pieza, tienen más perturbaciones emotivas. Asimismo, estas investigaciones han revelado un rendimiento escolar inferior cuando las clases tienen más de 30 alumnos.

Con respecto a la integración de las instituciones educativas en los programas de salud mental, se recomendó enseñar al niño, desde la escuela primaria, a entender su papel en el grupo familiar, en la colectividad y en la estructura social en general; este último aspecto culminará en la universidad con el estudio de la antropología y de la sociología. La educación debe tender a eliminar los prejuicios acerca de la enfermedad mental y a igualar las actitudes ante los servicios de salud mental con aquéllas que se tienen ante cualquier otro servicio de salud pública o de seguridad social. El niño y el adolescente deben aprender a conocer sus operaciones mentales y afectivas con la misma actitud con que aprenden biología u otras materias.

Los casos de problemas mentales en las escuelas exceden con mucho las posibilidades de tratamiento psiquiátrico. Un estudio hecho en Baltimore reveló que había en el 8° grado de enseñanza, un 14% de alumnos con diagnóstico de trastornos psiquiátricos. A pesar de la escasez de personal especializado, se debe atender este problema con todos los recursos.

En relación con la enseñanza en salud mental, se recaló el papel fundamental de los métodos activos, y de un amplio enfoque de varias disciplinas, tanto en la enseñanza de la carrera como de posgraduado. Esta última enseñanza debe abarcar la interacción con el resto de los médicos dentro de un hospital general, así como la realización

permanente de breves cursos de perfeccionamiento una vez terminada la formación básica. La enseñanza, así como los demás aspectos de un programa de salud mental, puede extenderse, obteniendo, a través de la OSP, consultores a corto plazo, becas para formar personal especializado, y asesoría en la elaboración y realización de investigaciones. En América Latina hay actualmente 23 centros de adiestramiento para posgraduados en salud mental. El grado de formación que estos centros puede ofrecer es muy variable; no son centros fáciles de comparar, y es conveniente uniformar su calidad y aumentar su eficiencia. Es primordial fomentar estas actividades y la formación de varios centros de primera jerarquía que puedan servir a las diversas regiones de América Latina.

Se insistió en que la investigación sobre salud mental debe formar parte de todos los programas, no sólo por su valor intrín-

seco, sino a fin de aumentar la calidad de los servicios. Debe estar a cargo de personal entrenado, apoyado por una actitud comprensiva y por el interés en el tema del resto del personal. Es importante tratar de incorporar la preparación y los métodos propios del investigador al planeamiento y ejecución de programas de salud mental. Los nuevos conocimientos pueden adquirirse en todos los niveles de trabajo; es de primera importancia formar investigadores competentes entre aquellos profesionales que muestren una marcada inclinación a este tipo de tareas.

Las conclusiones del presente Seminario deben ser adoptadas por las instituciones sanitarias públicas y privadas de las Américas como un programa de trabajo que dé, en un futuro próximo, importantes posibilidades de expansión de la asistencia, la enseñanza y la investigación científica sobre salud mental, en los países latinoamericanos.

---



# **DOCUMENTOS DE TRABAJO**

DR. JOSE HORWITZ  
*Jefe de Servicio*  
*Hospital Psiquiátrico*  
*Santiago, Chile*

## LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA DE LA SALUD MENTAL

### Contribución al estudio epidemiológico de los desórdenes mentales

Se puede afirmar, con certeza, que en América Latina los problemas de salud mental alcanzan una importancia tan grande como en el resto del mundo occidental, tanto por la cantidad de personas que sufren un desorden psíquico de mayor o menor gravedad, como por las características clínicas y epidemiológicas de las enfermedades mentales y sus graves repercusiones en la vida social.

La importancia de estos problemas se expresa en el elevado número de personas que requieren asistencia psiquiátrica, y en otros índices que denotan desadaptación social: delincuencia, suicidio, homicidio, toxicomanía y alcoholismo, disolución familiar, etc.

Existe la impresión de que hay diferencias en la frecuencia de estas enfermedades en las distintas sociedades, en relación con sus características raciales y el grado de su desarrollo social y cultural. Estas impresiones no han sido aún probadas científicamente. En lo que se refiere a América Latina, los estudios de prevalencia, aunque escasos e imperfectos, tienden más bien a

indicar que la frecuencia de los grandes síndromes mentales es semejante a la que se encuentra en el resto de los países del mundo occidental que están en una etapa más avanzada de desarrollo. Las diferencias estarían más en relación con la expectativa de vida para las psicosis de la senilidad, tal vez mayor frecuencia del alcoholismo, etc.

No disponemos de información objetiva y fidedigna para estimar la magnitud real de los problemas de salud mental en América Latina. La escasa información de que se dispone no se presta para hacer comparaciones entre los distintos países, ni aun entre los estados de un mismo país. Lo que sobrepasa de esta escasa información es la insuficiencia general de los recursos y la creciente y urgente necesidad de mejorar los servicios, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Revisaremos las principales fuentes de información que suministran los datos que describen la prevalencia de los desórdenes mentales, con algunas referencias a su valor metodológico y algunas informaciones que ellas ofrecen en nuestros países.

En orden creciente de importancia, estas

fuentes son:

1. Estadísticas vitales sobre mortalidad por enfermedades mentales o por causas asociadas con ellas.
2. Datos provenientes de ingresos a hospitales para enfermos mentales, y los correspondientes a atenciones ambulatorias en consultorios externos.
3. Estudios sobre el terreno acerca de la prevalencia e incidencia de los desórdenes mentales. Las encuestas de morbilidad.

Estos índices tradicionales mediante los cuales se mide la magnitud del problema de las enfermedades mentales son, en general, insuficientes, de modo que, a pesar de que en los países más desarrollados y con mejores recursos se han multiplicado investigaciones epidemiológicas basadas en estos tres índices, sus resultados han hecho concluir a Lemkau "que todos los estudios que se han hecho en el mundo, tanto de prevalencia como de incidencia de los desórdenes mentales, son defectuosos, incompletos y no comparables. El resultado es que no existen datos satisfactorios sobre la magnitud del problema de las enfermedades mentales, en ninguna parte del mundo".

1. ESTADÍSTICAS VITALES SOBRE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES MENTALES O POR CAUSAS ASOCIADAS CON ELLAS

Son de muy escaso valor para hacer estimaciones de prevalencia de enfermedades mentales. En los certificados de defunción, en general, se consigna sólo la causa inmediata que provocó la muerte, y no las enfermedades mentales asociadas con ella, ya que no ocasionan habitual y directamente la defunción, salvo en algunas enfermedades de curso agudo o sobreagudo (delirium tremens, delirio agudo, etc.).

En los países con escasa organización sanitaria y estadística, la imperfección del proceso mismo de certificación contribuye a

disminuir la validez de este índice: registro completo de fallecidos, certificación más o menos elevada por médico, etc.

Algunas estadísticas de mortalidad por causas asociadas a enfermedades mentales tienen gran valor, a menudo indirecto, para estimar problemas de patología mental. Es el caso de la positiva correlación entre la mortalidad por cirrosis hepática y las altas tasas de alcoholismo. Aún más, la mortalidad por cirrosis hepática y la mortalidad por alcoholismo unido a cirrosis hepática, constituyen el elemento central de la Fórmula de Jellinek para estimar el número de alcohólicos. Su valor depende de la confiabilidad de la certificación de las defunciones por cirrosis asociada con alcoholismo y de un conocimiento más acabado de la contribución con que otras causas, aparte del alcoholismo, concurren a la aparición de cirrosis hepática.

De todas maneras, ha sido de gran utilidad para estimar la prevalencia de alcoholismo, con la ventaja de ser un método infinitamente más económico que el método directo de estudio de prevalencia en muestras representativas de población.

En el Cuadro 1 ilustramos cómo comparar la aplicación de este método con datos proporcionados por encuestas de campo en diversos países.

Además de la gran magnitud del problema del alcoholismo, a través de estos datos se deduce la relativa concordancia de ambas estimaciones. Es preciso tener presente que la metódica en las diversas encuestas de campo fue bastante diferente, planteándose desde entonces la importancia del problema de las definiciones en psiquiatría, tema al cual nos referiremos más adelante.

Las tasas de mortalidad por suicidio y homicidio son otros de los datos importantes relacionados con la salud mental que ofrecen las estadísticas de mortalidad.

Las tasas elevadas de suicidio son un índice significativo de psicopatología y de variedad de problemas sociales. Las tasas de

homicidio aumentan en razón directa con los factores que provocan desorganización y patología social.

Diversos estudios realizados en los últimos años tienden a demostrar la razón inversa de las tasas de suicidio y homicidio en distintas regiones y en distintos grupos sociales y culturales. Las consideraciones ecológicas que se infieren de estos estudios son base de investigaciones más elaboradas sobre las posibles relaciones causales entre la enfermedad mental y el ambiente sociocultural. Velasco Alzaga concluye en su trabajo "Epidemiología del homicidio en el Distrito Federal" (México, 1958), que las tasas más altas de homicidio coinciden con las zonas de pobre economía, escasa producción, altos coeficientes de morbilidad y mortalidad.

En el Cuadro 2 ofrecemos las tasas de mortalidad por homicidio y suicidio en algunos países americanos.

En algunos países, la mortalidad por homicidio supera la de muchas de las enfermedades transmisibles y merece una cuidadosa atención por las repercusiones que tiene en la vida social de los países afectados.

Las tasas de mortalidad de pacientes hospitalizados, si bien tienen muy escaso valor,

CUADRO 1. PREVALENCIA DEL ALCOHOLISMO POR 100.000 HABITANTES DE 20 AÑOS Y MAS, SEGUN ENCUESTAS Y POR EL METODO DE JELLINEK

País	Año	Estimaciones	
		Encuestas de campo	Método de Jellinek
Canadá.....	1951	1.600	1.605
Chile.....	1958	5.079	
	1956	5.778	4.581
	1954	4.150	
Estados Unidos de América			
Chicago.....	1953	5.250	5.350
Florida.....	1953	4.150	4.350
Kansas.....	1954	1.580	2.350
Massachusetts...	1938-1948	4.960	2.840
Nueva Jersey....	1945	3.945	4.080
Dinamarca.....	1948	1.750	1.950
Francia.....	1951	7.300	5.200
Suiza.....	1947	2.700	2.100

CUADRO 2. TASAS DE MORTALIDAD POR HOMICIDIO Y SUICIDIO EN ALGUNOS PAISES AMERICANOS, 1959 o 1960. TASAS POR 100.000 HABITANTES\*

País	Tasas	
	Homicidio	Suicidio
Colombia.....	39,9	2,9
México.....	31,8	1,9
El Salvador.....	30,7	11,4
Nicaragua.....	19,8	0,9
Paraguay.....	19,4	2,4
Cuba.....	15,6	16,0
Guatemala.....	8,8	3,2
Venezuela.....	7,7	5,8
Chile.....	6,9	7,3
Panamá.....	5,6	4,9
República Dominicana.....	5,0	1,7
Estados Unidos de América...	4,6	10,5
Uruguay.....	4,3	10,9
Costa Rica.....	3,2	2,1
Perú.....	1,7	2,1
Canadá.....	1,4	7,6

\* Publicación Científica de la OPS 64, 16-17, 1962. Washington, D. C.

como se dijo, para estimaciones de prevalencia de enfermedades mentales constituyen, en cambio, un índice de la efectividad de los procedimientos terapéuticos usados en el hospital, así como de sus condiciones sanitarias.

## 2. DATOS PROVENIENTES DE INGRESOS A HOSPITALES PARA ENFERMOS MENTALES, Y LOS CORRESPONDIENTES A ATENCIONES AMBULATORIAS

Estos datos constituyen la fuente tradicional para obtener índices de prevalencia de enfermedades mentales, y, eventualmente, para medir su incidencia.

Su confiabilidad es muy relativa, pues es evidente que, por motivos diversos, sólo se hospitaliza o se registra en consulta ambulatoria una fracción de la existencia real de enfermos. Además, su valor está en relación directa con los recursos asistenciales de que dispone el país. Estos recursos están lejos de ser adecuados en la mayoría de los países

de América Latina, tanto por el número insuficiente de camas, como por la calidad material de los hospitales. La mayoría de ellos son muy antiguos y fueron construidos en una época en que primaban conceptos asistenciales en los que dominaba la idea de custodia y seguridad frente al enfermo mental.

En el Cuadro 3 se expone la provisión de camas para enfermos mentales en los hospitales de 24 países americanos.

El total arroja un promedio de 2,59 camas por cada 1.000 habitantes. Si se excluyen Estados Unidos y Canadá, que disponen respectivamente de 4,26 y 3,37 camas por mil, en los 20 países restantes, que constituyen la América Latina, el promedio baja considerablemente y alcanza sólo a 0,55 camas por cada 1.000 habitantes. Solamente 6 países sobrepasan ligeramente la tasa de 1 cama por 1.000: Jamaica, Trinidad, Argentina, Panamá, Uruguay y Costa Rica. Los

niveles más bajos corresponden a Haití, Perú y Bolivia, con 0,08, 0,11 y 0,11 camas por 1.000, respectivamente.

No hay acuerdo sobre la provisión mínima de camas para enfermos mentales que debe mantener cada país. En 1952, el Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental estimó esta cifra en 1 cama por cada 1.000 habitantes para el tratamiento de los casos más evidentes de desorden mental, en los países en creciente desarrollo económico y urbanización (1). Valdría la pena discutir en esta oportunidad este importante punto, a la luz de las nuevas ideas para el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

Por otra parte, si se analiza la proporción de camas ocupadas por enfermos mentales en relación con el total de camas hospitalarias de que disponen nuestros países, se puede apreciar la diferente proporción de los recursos económicos que están empleando en la asistencia psiquiátrica.

En el Cuadro 4 se analiza la razón del número de camas ocupadas por enfermos mentales al número total de camas de que disponen los servicios asistenciales de 24 países de América. Esta información arroja un índice de importancia administrativa para estimar los recursos económicos que requiere la solución de los problemas de la enfermedad mental.

Alrededor del 40 % de las camas son ocupadas por enfermos mentales, y la proporción más alta corresponde a Estados Unidos con el 46,8 %. Las proporciones menores se encuentran en El Salvador, Bolivia y Perú, con 7,1, 6,1 y 5,0 %, respectivamente. Si excluimos a Canadá y Estados Unidos, la proporción de camas ocupadas por enfermos mentales, en relación con el total de camas disponibles, desciende a 17,7 %.

En aquellos países que cuentan con grandes facilidades de hospitalización y gran desarrollo de servicios médicosociales para su población, las informaciones sobre ingresos a hospitales para desórdenes mentales tienen un valor casi tan importante

CUADRO 3. PROVISION DE CAMAS PARA ENFERMOS MENTALES EN 24 PAISES DE LAS AMERICAS

<i>Area</i>	<i>Tasa</i>
Estados Unidos de América.....	4,26
Canadá.....	3,37
Jamaica.....	1,92
Trinidad y Tabago.....	1,85
Argentina.....	1,24
Panamá.....	1,17
Uruguay.....	1,06
Costa Rica.....	0,95
Cuba.....	0,75
Brasil.....	0,67
Colombia.....	0,51
Venezuela.....	0,50
Chile.....	0,48
República Dominicana.....	0,33
Guatemala.....	0,26
Paraguay.....	0,25
Ecuador.....	0,20
Nicaragua.....	0,20
El Salvador.....	0,15
Honduras.....	0,13
México.....	0,12
Bolivia.....	0,11
Perú.....	0,11
Haití.....	0,08

CUADRO 4. RAZON DEL NUMERO DE CAMAS OCUPADAS POR ENFERMOS MENTALES, AL NUMERO TOTAL DE CAMAS EXISTENTES EN HOSPITALES DE 24 PAISES DE LAS AMERICAS

Area	%
Estados Unidos de América.....	46,8
Jamaica.....	46,1
Trinidad y Tabago.....	39,0
Canadá.....	31,9
Panamá.....	31,2
Uruguay.....	27,1
Cuba.....	23,5
Brasil.....	19,6
Argentina.....	19,3
Costa Rica.....	18,5
Colombia.....	16,1
Venezuela.....	13,9
República Dominicana.....	13,8
Haití.....	11,6
Nicaragua.....	11,3
Chile.....	9,7
Ecuador.....	9,5
Guatemala.....	8,8
Paraguay.....	8,8
México.....	8,4
Honduras.....	8,2
El Salvador.....	7,1
Bolivia.....	6,1
Perú.....	5,0

como el que se obtiene por estudios epidemiológicos más detallados en que se usa el método directo para estimar la prevalencia de enfermos mentales. Así sería, por ejemplo, en Noruega, conforme a las investigaciones y conclusiones de Ødegaard (2). No es el caso de la gran mayoría de los países de la América Latina, a la luz de las cifras que anteceden.

Otra de las imperfecciones de nuestras estadísticas hospitalarias, es que habitualmente no dividen los datos entre aquéllos que corresponden a primeros ingresos y los que constituyen reingresos por reagudización de la sintomatología.

Los datos sobre primeros ingresos a hospitales pueden ofrecer información valiosa acerca de cambios en la incidencia de algunas enfermedades. Es evidente, por ejemplo, que el marcado descenso observado en los

últimos años en el número de ingresos a nuestros hospitales por desórdenes mentales asociados con la lúes y con enfermedades de la nutrición, corresponde a un descenso real de la incidencia de estas enfermedades, y refleja el éxito de las medidas preventivas con respecto a estas causas de morbilidad.

Sin embargo, no siempre el aumento o el descenso en el número de primeros ingresos a hospitales, corresponde a una variación real de la incidencia de algunas enfermedades. En la variación de estas tasas inciden numerosos factores, que van desde el cambio de criterios sobre diagnósticos, cambios en la inclinación a hospitalizar a pacientes con cierto tipo de enfermedades, hasta cambios en la actitud de la comunidad frente a determinados desórdenes mentales, así como variaciones en la actitud de los administradores para hospitalizar en caso de determinado tipo de enfermedades.

En Chile, por ejemplo, se observó un cambio brusco en la proporción de alcohólicos, con y sin complicaciones, hospitalizados a partir de 1947. En el Cuadro 5 se ilustra esta situación.

Se puede observar que en el trienio 1944-46, los ingresos por alcoholismo al Hospital Psiquiátrico de Santiago sólo constituyeron el 7,9% del total de ingresos al establecimiento. Esta proporción sube bruscamente a 24,7%, a partir del trienio siguiente, y se mantiene alrededor de esa proporción hasta 1955 y hasta hoy. En los años considerados, no ha habido variación en el número de camas disponibles, y, seguramente, tampoco en la incidencia y prevalencia del

CUADRO 5. INGRESOS POR ALCOHOLISMO (CON O SIN PSICOSIS) AL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE SANTIAGO, CHILE (3)

Año	Total de ingresos	Ingresos por alcoholismo	%
1944-1946	2.387	190	7,9
1947-1949	4.973	1.228	24,7
1950-1952	7.182	1.676	23,3
1953-1955	9.309	2.530	27,2

alcoholismo y de la psicosis alcohólica. No hay otra explicación que un cambio en la política asistencial con respecto a esta enfermedad, cambio que obedeció a mejores expectativas terapéuticas y distinta actitud frente al alcohólico.

Las tasas de primeros ingresos y sus variaciones con índices útiles para la formulación de programas de control de las enfermedades y de planes de investigación: llaman la atención sobre áreas de gran incidencia o dan indicios de variables de importancia en la etiología de ellas.

Las tasas de atenciones en consultorios externos por desórdenes mentales completan las informaciones sobre las tasas de enfermos hospitalizados. Estos índices adolecen de las mismas limitaciones que se han expuesto sobre los datos de hospitalización.

### 3. ESTUDIOS SOBRE EL TERRENO ACERCA DE LA PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LOS DESORDENES MENTALES — LAS ENCUESTAS DE MORBILIDAD

Entramos ahora en la consideración de los estudios que con mayor propiedad pueden designarse como epidemiológicos. Mediante estas encuestas de morbilidad se trata de estudiar, directamente, en el medio social, grupos de personas, y no series de casos, sometidas al riesgo de enfermar. Se puede obtener así informaciones más fidedignas sobre la magnitud del fenómeno mórbido en estudio, sobre sus características y sus relaciones con los factores demográficos, sociales y culturales, su modo de aparición, su evolución en el tiempo, etc.

Este enfoque de las enfermedades a través del método epidemiológico estuvo reservado, hasta hace pocos años, al estudio de las enfermedades llamadas epidémicas, es decir, las infecto-contagiosas. La aplicación de este método al estudio de las enfermedades crónicas y a los desórdenes mentales en particular, es relativamente reciente. Como sus iniciadores, debe considerarse a Krae-

pelin y sus discípulos, quienes también iniciaron los estudios de psiquiatría comparada.

El estudio epidemiológico de los desórdenes mentales se ha incrementado en los últimos 30 años, aportando hechos que han enriquecido el conocimiento de estas enfermedades. Por otro lado, ha puesto en evidencia numerosas dificultades y problemas de orden técnico, que obedecen tanto a las lagunas en la etiopatogenia de la gran mayoría de los desórdenes mentales, como a la imperfección y vaguedad de los términos con que se configuran los diagnósticos.

La definición del "caso", las técnicas de muestreo, el método de obtención de casos, la idoneidad del personal técnico encargado de la recolección de los datos, la confección de cuestionarios, el análisis estadístico y su interpretación, etc., son otros tantos problemas que requieren acuciosa atención y la colaboración de diferentes especialistas en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la experiencia.

Los resultados de este tipo de investigaciones son de primordial importancia para poder fundamentar programas de asistencia y control de estas enfermedades, y estimar los recursos necesarios para la atención de los enfermos.

En América Latina se han realizado muy pocos estudios epidemiológicos sobre el terreno acerca de la morbilidad mental. Los más importantes se han referido al alcoholismo y toxicomanía por coca; problema de salud de marcada prevalencia en la mayoría de los países de América, el primero, y de gran prevalencia en los países del Altiplano, el segundo. Para alcoholismo se ha usado una definición operacional que se ha mostrado valiosa y fecunda para sortear muchas de las dificultades metodológicas señaladas; este problema se conoce bastante mejor hoy que hace algunos años y los programas que ahora se formulan son más precisos y promisorios.

Se han intentado algunos estudios de mor-

bilidad mental general en áreas pequeñas de demostración, o en zonas más extensas que no cubren, sin embargo, toda una región o país. Estas primeras investigaciones han puesto en evidencia muchos de los problemas metodológicos a que nos hemos referido. Pero éstos, en su mayoría, están determinados por dos condiciones que son previas, que no sólo interfieren en la planificación y desarrollo de los estudios epidemiológicos, sino que además perturban la formulación de los diagnósticos clínicos y la comunicación entre los especialistas.

Me refiero a dos aspectos de nuestra disciplina que se hallan estrechamente relacionados: 1) Los vicios en la conceptualización de los términos usados en psiquiatría, y 2) la falta de una clasificación uniforme de los desórdenes mentales. Ambos defectos determinan una creciente dificultad de comunicación entre los psiquiatras y los investigadores de diversos países y culturas, y aun entre los especialistas de un mismo país o región.

Esta dificultad de comunicación no sólo se advierte, como pudiera pensarse, entre los cultores de las distintas escuelas de pensamiento que dividen a los psiquiatras, sino que se observa con frecuencia entre los partícipes de una misma escuela.

Aún más, hay evidentes problemas de semántica, que demuestran, como señala Stengel, las complejidades de la terminología que se usa en psiquiatría. Cita el ejemplo del síntoma que se expresa en alemán con el vocablo "gedankenentzug", que para muchos psiquiatras alemanes constituye el síntoma básico de la esquizofrenia. Sin embargo, no hay referencias a él en los libros de psiquiatría ingleses o norteamericanos; es más, los pacientes de habla inglesa no se quejan de esta experiencia (4).

Menninger ha señalado un hecho que cualquiera de nosotros ha observado en más de una oportunidad, cuando dice: "Los psiquiatras no sólo usamos, a menudo, diferentes palabras para designar una misma

cosa, sino que usamos la misma palabra para designar cosas diferentes" (5).

Se ve así que el problema de las definiciones adquiere en psiquiatría una importancia particular; de su perfeccionamiento depende la mejor comprensión y comunicación entre los especialistas. Parece paradójico que, en la medida que el enfermo mental deja su condición de alienado para transformarse en ser social, el psiquiatra, por la multiplicidad, imprecisión y vaguedad de su lenguaje, se hace un extraño entre sus pares.

Según Reid y Finesinger: "La función de una definición, es hacer claro y sin ambigüedades el significado de los términos que usamos. En todas las ciencias, pero particularmente en psiquiatría, esta claridad puede ser conseguida sólo mediante los más escrupulosos esfuerzos para especificar estos significados en definiciones cuidadosamente formuladas. Si estas definiciones deben satisfacer el criterio pragmático de operar con éxito, los términos descriptivos contenidos en ellas deben en lo posible referirse a hechos objetivos que puedan ser comprobados *operacionalmente*, y la operación repetida por otros investigadores" (6).

Hempel dice que "una definición operacional para un término dado, se concibe de tal manera que se pueda delimitar dicho término mediante criterios objetivos, de modo que cualquier investigador pueda resolver, en un caso particular, si el término se aplica o no a dicho caso" (7).

En los últimos años, mediante una definición operacional del alcoholismo con las características expresadas anteriormente, se han podido llevar a cabo, en varias regiones de América Latina, y especialmente en Chile, investigaciones epidemiológicas destinadas a establecer la magnitud de esta enfermedad, así como numerosas de sus características clínicas y socioculturales. Al señalar la dependencia física del alcohol como el conjunto sintomatológico característico de la enfermedad, y al definir clara

e inequívocamente los diversos síntomas clínicos y sociológicos que configuran esta dependencia, se ha podido separar, entre los bebedores, los casos que presentan esta sintomatología de aquéllos que no la presentan. Se ha podido individualizar así, con seguridad, los enfermos de alcoholismo. La distribución de este grupo por edad, sexo, profesión, situación económica, educacional y ocupacional, etc., permite otras informaciones que dan mayor solidez a los programas de tratamiento y rehabilitación que se formulan, así como a los enfoques que debe seguirse para la prevención.

Hinc y Feather señalan dos tipos de errores que se observan con marcada frecuencia en la terminología psiquiátrica. Estos errores son, por un lado, la inflexibilidad y la estrechez de juicio para adherirse rígidamente a conceptos y teorías. Se olvida que los conceptos de una teoría científica son convenciones que se usan para la predicción y comprensión de los hechos de observación, las que se encuentran en continua modificación a la luz de nuevas observaciones, y con el tiempo son descartadas cuando ya no son útiles.

El otro tipo de error en la conceptualización científica, opuesto, por así decirlo al anterior, es la vaguedad que conduce a significados imprecisos de los términos. La precisión en el significado es imprescindible para el acuerdo en el uso del término y la posibilidad de la repetición de la experiencia que el significado ofrece, condición *sine qua non* del método científico.

Estos autores expresan textualmente qué enorme cantidad de tiempo y energía se requiere para aumentar la objetividad de muchos de los conceptos que son de interés para la psiquiatría. Esto hace que la investigación en esta esfera sea en muchos aspectos más difícil y exigente que en aquellas áreas de la medicina que descansan principalmente en conceptos mensurables con las técnicas de las ciencias biológicas y físicas (8).

El segundo problema que entorpece la comunicación, o sea el cambio de experiencias provenientes de diversas regiones y culturas, es la multiplicidad de clasificaciones de enfermedades mentales, y por lo tanto, la falta de una clasificación uniforme para uso universal, aspiración periódicamente expresada por los psiquiatras.

Este problema ha sido extensamente debatido en los últimos tiempos, respondiendo al estímulo de la Organización Mundial de la Salud, que debe realizar su revisión decenal de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Su Sección V, que se refiere a las enfermedades mentales, será sometida a especial consideración por la Comisión de Expertos encargados de estas revisiones. Aun cuando esta Clasificación Internacional está en uso en todos los países, prácticamente, la Sección V ha sido adoptada por muy pocos, y aun en éstos se aplica con grandes reservas y desagrado. Hay consenso casi unánime en que esta Sección de la Clasificación adolece de grandes defectos y es necesario modificarla.

Sería muy largo entrar en análisis detallado de esta materia que incluye los problemas más importantes de nuestra especialidad.

Es obvio manifestar cuanto ayudaría a un mayor acercamiento y facilitaría el intercambio de experiencias el acuerdo para una clasificación uniforme de enfermedades mentales, por sencilla que fuera, a la cual se adjuntara un glosario que definiera los términos que ella empleara.

También esta es una vieja aspiración de la psiquiatría latinoamericana. En la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, realizada en Santiago de Chile, en enero de 1937, se aconsejó que los países de América adoptaran uniformemente la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, vigente en esa época. Criterios de orden práctico fueron los que guiaron esa recomendación. El acuerdo

reconoce la imposibilidad de encontrar una clasificación que satisfaga todas las tendencias y todas las escuelas, pero se persigue la finalidad de tener un lenguaje común que permita intercambiar las experiencias de los países americanos. Se expresó asimismo en esa oportunidad, que esta recomendación no significa perder la libertad para que cada país pueda seguir otra clasificación, siempre que al suministrar los datos consigne la sinonimia respectiva (9).

Esta iniciativa no prosperó en el grado que esperaban los participantes en aquella reunión. Sin embargo, no cabe duda que la inquietud existe y que la necesidad de una clasificación uniforme de enfermedades mentales es ampliamente compartida. Este Seminario podría ocuparse de este problema en sus deliberaciones, y tal vez proponer medidas más activas y operantes para implementar la clasificación, que las que pueden esperarse del acuerdo de un congreso médico.

### REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud: *The Community Mental Hospital*. Serie de Informes Técnicos No. 73. Ginebra, 1952. Pág. 5.
2. Reid, D. D.: *Epidemiological Methods on the Study of Mental Disorders*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Cuadernos de Salud Pública No. 2. 1960. Pág. 31.
3. Horwitz, J. y Honorato, R.: "Importancia del alcoholismo y los problemas derivados del alcohol". En *Symposium sobre alcoholismo y problemas del alcohol*. Chile, 1957. Pág. 16.
4. Stengel, E.: "Problems on Nosology and Nomenclature in the Mental Disorders". En *Field Studies in the Mental Disorders*. Nueva York y Londres: Grune y Stratton, 1961. Pág. 59.
5. Citado en Hine, F. R. y Feather, B. W.: "Psychiatry and the Philosophy of Science. II. Some Approaches to Conceptual Problems". *J Nerv Ment Dis* 133: No. 1, 30, 1961.
6. Reid, J. y Finesinger, J.: "The Role of Definitions in Psychiatry". *Amer J Psychiat* 109: 420, 1952.
7. Hempel, C. G.: "An Introduction to Problems of Taxonomy". En *Field Studies in the Mental Disorders*. Pág. 8.
8. Hine, F. R. y Feather, B. W.: "Psychiatry and the Philosophy of Science. Conceptual Problems in Psychiatry". *J Nerv Ment Dis* 132: No. 6, 485-496, 1961.
9. Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Chile, 1938. Pág. 119.

DR. PAUL SIVADON  
*Director, Instituto "La Verrière"*  
*París, Francia*

## TRATAMIENTO Y READAPTACION DE LOS ENFERMOS MENTALES

Durante todo el período anterior al advenimiento de la medicina contemporánea, o sea, de hecho hasta principios del siglo XIX, los enfermos mentales eran confundidos de ordinario con las demás categorías de inadaptados y antisociales de los cuales la sociedad trataba de protegerse encerrándolos: desequilibrados, pervertidos, vagabundos, retrasados, monstruos, impedidos, prostitutas contagiosas y hasta leprosos. El primer esfuerzo de la incipiente psiquiatría se dirigió a distinguir los "alienados", o sea, los enfermos mentales, de las demás categorías de réprobos. En vez de dejarlos mezclados con toda clase de indeseables en "casas de reclusión" o en "casas de caridad", se dispusieron para ellos "asilos", verdaderos refugios contra los malos tratos y la promiscuidad. Con todo, los alienados siguieron siendo considerados como esencialmente peligrosos e incurables, y las únicas medidas terapéuticas adoptadas con respecto a ellos consistían en clasificarlos en diversas categorías (agitados, mentecatos, tranquilos, laboriosos), en calmar su agitación por medio de baños prolongados y duchas, y en tenerlos lo más ocupados posible en diversos trabajos.

Los grandes pioneros de la psiquiatría del siglo pasado se dieron cuenta de la benéfica influencia de una buena distribución

de los enfermos, y de su ocupación regular. Tuke escribía lo siguiente en 1819: "Durante el pasado año he tenido numerosas ocasiones de visitar dos instituciones para alienados en las que se han adoptado sistemas radicalmente opuestos. En una de ellas encontré con frecuencia hasta treinta pacientes en una sola sala, mientras que en otra su número casi nunca era superior a diez; en esta última, los enfermos estaban generalmente dedicados a alguna tarea útil o entretenida. Cada grupo parecía constituir una pequeña familia; nadie dejaba de interesarse por el estado de sus compañeros y entre unos y otros se creaban lazos de afecto o de aversión. En cambio, el ambiente que reinaba en los grupos más numerosos era totalmente distinto: nunca pude observar lazo afectivo alguno entre los pacientes y era muy raro que tuvieran atenciones unos con otros. Estando en compañía, cada uno de ellos parecía estar solo. Las conversaciones o los pasatiempos eran muy poco frecuentes y no se realizaba trabajo alguno. Los enfermos parecían sumidos en sus propios pensamientos, mientras paseaban incansablemente de un extremo a otro de la sala o permanecían ociosos, recostados con aire apático sobre los bancos. Era evidente que en medio de tal multitud no podía existir vida social alguna.

Comprendí entonces que, por muy acertada que pueda parecer a primera vista la teoría del efecto benéfico de los grupos numerosos, este sistema carece de todo fundamento y, aunque no fuese así, sería fácil demostrar que los males que acarrea son mayores que cualquiera de las ventajas que le asignan sus defensores más ardientes”.

Pinel, por su parte, se quedó asombrado en su primera visita al asilo de Zaragoza, al observar que los enfermos indigentes se curaban más pronto que los de pago. Los primeros tenían que efectuar numerosos trabajos de diversa índole a fin de contribuir a reducir los gastos de su manutención, mientras que los segundos permanecían ociosos. Llegó a la conclusión de que el trabajo, en sí, constituía un remedio útil.

Esquirol insistió igualmente en la importancia de la organización de las relaciones sociales en el interior de un asilo.

Bastan estos ejemplos para comprender que los alienistas del siglo pasado se habían dado perfecta cuenta del valor de lo que ellos denominaban “tratamiento moral de la locura” y que ha dado lugar a las técnicas socioterápicas y ergoterápicas.

Pero el interés por estos métodos sufrió después un largo eclipse. A fines del siglo pasado y principios del presente, el desarrollo de la medicina moderna desvió la atención de los aspectos funcionales de la patología y de la terapéutica para fijarse sólo en lo que podía expresarse en términos de agresiones toxi-infecciosas y de lesiones orgánicas.

Esa era la situación de la psiquiatría a fines de la Primera Guerra Mundial.

En aquel momento se produjo una primera transformación, debida a tres causas principales:

1. Un movimiento de opinión, iniciado 10 años antes en América por Clifford Beers, se propagó por todo el mundo y llevó a la creación de servicios abiertos de psiquiatría.

2. El movimiento psicoanalítico, al desarrollarse, introdujo las nociones de psicopatología dinámica y puso en un lugar de honor a la psicoterapia.

3. Aparecieron técnicas biológicas empíricas pero muy eficaces. Así, por ejemplo, la malarioterapia de Wagner von Jauregg demostró que la demencia parálitica no era incurable. Asimismo, los métodos de shock hicieron de la psiquiatría una de las ramas más eficaces del arte de curar.

Ese período, que va de 1920 a 1940, no sólo presenció la transformación del pronóstico de muchas enfermedades mentales, sino que correspondió, sobre todo, a un cambio considerable en la actitud de los psiquiatras con respecto a sus pacientes. En lo sucesivo, estos últimos fueron para ellos sujetos que podían curarse, y el objetivo a perseguir era lograr que salieran cuanto antes del hospital. A diferencia de antes, su preocupación ya no era mantener a los enfermos en el hospital contra su voluntad, sino buscar los medios de hacer salir de los hospitales al mayor número de enfermos y en las mejores condiciones posibles. El interés se dirigió entonces a los organismos de poscuración, consultorios, hogares de acogimiento y servicios de readaptación. Al propio tiempo, los servicios hospitalarios se diferenciaron en servicios de agudos y servicios de crónicos, en servicios abiertos y servicios cerrados. Los servicios psiquiátricos surgían como hongos. Esa diferenciación constituía, sin duda, un progreso, pero de haberse acentuado habría entrañado el riesgo de hacer perder a la asistencia psiquiátrica la homogeneidad necesaria para su eficacia. El escollo principal consistía en favorecer lo que se ha denominado asistencia “en cascada”: el enfermo, admitido al principio en el servicio de agudos, era enviado, al primer fracaso, a un servicio de crónicos que, a su vez, lo despachaba hacia un centro de poscuración, que se libraba de él volviéndolo a enviar a otro servicio de crónicos hasta que, por fin, se lograba que no se hablara más de él.

A fin de permitir la mayor diferenciación posible de los medios de asistencia pero evitando el peligro de la dispersión, se concibió la noción del *sector de asistencia*. En efecto, al principio se amplió la esfera de

acción del asilo creando consultorios y luego centros de poscuración en el interior mismo de la ciudad. Pronto se advirtió el peligro que se corría al confiar a médicos diferentes de los del asilo estos nuevos organismos. Se ensayaron diversas fórmulas de coordinación, pero todas ellas resultaron imperfectas. Para asegurar la homogeneidad del conjunto es preciso que éste se confíe al mismo grupo médicosocial. Es así como los mismos médicos, las mismas asistentes sociales, pueden seguir a sus enfermos en todas las etapas del tratamiento. El grupo médicosocial pasa a ser el centro de un conjunto funcional provisto de medios de prevención, descubrimiento de casos, tratamiento ambulatorio, tratamiento hospitalario, poscuración y rehabilitación.

Si se quiere que este grupo conserve unas dimensiones adecuadas que permitan una actuación coordinada e intercambios frecuentes de información, huelga decir que sólo puede confiársele un sector de población relativamente reducido. ¿Qué dimensiones puede tener este sector? Parece que serían muy variables según la densidad de la población, su nivel socioeconómico y, asimismo, el nivel de penetración al cual pretenda llegar el trabajo del grupo. Si éste se contenta con atender las necesidades creadas por los trastornos mentales característicos del adulto, puede bastar un grupo por cada 100.000 habitantes. Tan pronto como se desee tener una actuación preventiva al nivel del medio familiar, del medio escolar y del medio profesional, hay que prever sectores de población que no pasen de los 30.000 habitantes.

Es de notarse que la asistencia psiquiátrica en sectores entrafía las ventajas siguientes:

1. En vez de favorecer la alienación del enfermo mental, imponiéndole la separación con respecto a su medio y, a menudo, múltiples rechazos sucesivos (los procesos de "cascada" a que antes se hizo referencia), el grupo se hace cargo de él en su propio medio y, en la medida de lo posible, con la colaboración de los suyos. Se puede actuar a

la vez sobre el medio ambiente y sobre el enfermo, impidiendo así la alienación o, por lo menos, favoreciendo la desalienación. No cabe la menor duda de que este aspecto de la psiquiatría (su actuación en la comunidad y con su colaboración) es la más característica de las tendencias modernas, al oponerse a la tendencia alienizante de tiempos recientes.

2. Los límites del sector permiten que el grupo prosiga su actuación en profundidad, gracias a un conocimiento del medio constantemente perfeccionado, sin correr el riesgo de verse continuamente desbordado por la extensión territorial de su actuación. Se comprende perfectamente que el inconveniente puede consistir en que se cree un desequilibrio entre las zonas provistas de un buen grupo y las que todavía no lo tengan. Desequilibrios de esta índole, que a veces producen una impresión desagradable, son generalmente motivo de emulación; es compensando los desequilibrios como se progresa, no aguardando a que todo pueda realizarse para comenzar a actuar en alguna parte.

3. Siendo el grupo el núcleo fundamental de un sector de asistencia, le corresponde determinar, en la medida de su experiencia, las necesidades técnicas y el orden de urgencia que conviene proponer para atenderlas. Estando en contacto permanente con los representantes de la colectividad, el grupo puede hasta equilibrar la importancia de su actuación y, por lo tanto, de sus exigencias, con respecto a otros sectores sanitarios y en función del nivel económico de la colectividad. La psiquiatría si no quiere verse "enajenada" con respecto a los demás sectores de la medicina social, tiene que conservar su lugar, que sólo puede llegar a ser el primero cuando se hayan satisfecho otras necesidades (higiene general, alimentación, lucha contra la malaria y las enfermedades infecciosas, higiene maternoinfantil, etc.).

En la evolución sanitaria existen etapas. En cada una de ellas, la psiquiatría tiene

que desempeñar un papel: si quiere integrarse en el conjunto de los problemas sanitarios, no debe estar demasiado atrás ni demasiado adelante con respecto a las demás disciplinas.

4. Si el equipo tiene la responsabilidad del conjunto de los aspectos de la asistencia psiquiátrica del sector, queda asegurada la continuidad de los cuidados. En efecto, si los elementos de asistencia tienden a diferenciarse cada vez más, los enfermos, por su parte, han de poder evolucionar, de suerte que no se vean obligados a cambiar de médico para gozar de las ventajas de otro tipo de asistencia. El médico que desee dar de alta a un paciente no debe vacilar temiendo que así va a perder el contacto terapéutico con él. Es preciso que cada uno de los episodios de la terapéutica sea vivido como una etapa hacia la curación, no como una ruptura o un rechazo. Gracias al grupo, las ausencias temporales de un médico, y aun la marcha definitiva, no interrumpen drásticamente esta continuidad. El enfermo sabe que su caso es conocido y que se le seguirá tratando con el mismo espíritu que antes.

Ahora corresponde describir el grupo, los instrumentos de asistencia y, por último, los métodos de tratamiento y de readaptación.

#### EL GRUPO

Está formado por un núcleo central, compuesto de algunos elementos permanentes que trabajen, de preferencia, a tiempo completo, especialmente el psiquiatra jefe del grupo y sus adjuntos directos, el servicio social y la secretaría. Se añaden a este núcleo, en números variables, técnicos de diversas disciplinas (psicoterapeutas, psicólogos, reeducadores, enfermeras, etc.). En total, tanto para los servicios hospitalarios como para los extrahospitalarios, habría que contar con un psiquiatra por cada 10.000 habitantes.

El valor de un grupo depende del espíritu de cooperación que lo anime, y este espíritu, a su vez, depende, en gran parte, del valor de la personalidad del jefe del grupo. El grupo debe ser lo suficientemente numeroso como para responder a las necesidades, pero lo bastante reducido como para conservar su homogeneidad y cohesión.

#### LOS INSTRUMENTOS DE ASISTENCIA

Los instrumentos de asistencia han de ser lo más variados posible. Algunos parecen indispensables en cada sector (centro de salud mental con consultorios externos, servicio social y servicio de cuidados a domicilio, servicio de hospitalización de urgencia, hospital diurno, hospital nocturno, hogar de poscuración, talleres protegidos, hogares protegidos). Otros pueden ser comunes a varios sectores (hospital psiquiátrico, servicios especializados para ancianos, epilépticos y retrasados profundos, centro de investigaciones y de enseñanza).

A continuación se da una definición y una descripción sumaria de cada uno de ellos.

##### 1. *El centro de salud mental*

Interesa que sea instalado en el centro de comunicaciones del sector. Es la sede social del grupo. Dispone de una secretaría médica y de un servicio social en condiciones de responder permanentemente a cualquier demanda y de tomar cualquier iniciativa con carácter preventivo. A este efecto, conviene asegurar un turno de noche, que cuente, por ejemplo, con una asistente social o con una enfermera social.

Comprende consultorios externos para adultos y niños. Conviene que funcionen con el sistema de cita previa y que su ritmo permita exámenes a fondo y, si es preciso, acción psicoterápica eficaz. Por término medio, hay que calcular un mínimo de 30 minutos por consulta, pero los casos nuevos

necesitan más tiempo mientras que otros pueden despacharse en pocos minutos. El consultorio externo no puede asegurar, de modo regular, psicoterapias profundas de larga duración. El lugar de estas últimas está, con todos los demás tipos de tratamiento ambulatorio, en el hospital diurno.

El centro de salud mental debe tener también un servicio de urgencia y de cuidados a domicilio. Es preciso que toda manifestación aguda de trastorno mental sea avisada sin demora al centro de salud mental y que éste se encuentre en condiciones de contestar enseguida con una intervención eficaz. Es el único modo de evitar que la policía tome por su cuenta medidas que pueden ser perjudiciales para el estado del enfermo: detención o internación por la vía autoritaria. Corresponde al Profesor A. Querido el mérito de haber puesto de manifiesto, en Amsterdam, la posibilidad de sustituir la intervención de la policía por un servicio médico de urgencia. La policía, en cuanto tiene la seguridad de que el servicio médico tomará medidas eficaces, prefiere utilizarlo. A este efecto, es preciso que un médico y una enfermera social puedan acudir al lado del enfermo inmediatamente. La experiencia demuestra que en el 50% de los casos puede evitarse así la internación. En ciertos casos, ésta se sustituye por la hospitalización en un hospital general; en otros, por la prescripción de un tratamiento ambulatorio (consultorio externo, hospital diurno), y, por último, en algunos casos, por un tratamiento a domicilio. El tratamiento a domicilio exige la colaboración de enfermeras con experiencia y, a veces, la ayuda de los familiares para atender brevemente las labores domésticas y el cuidado de los niños. Con demasiada frecuencia, se recurre a una internación porque no se dispone de algunos medios sencillos y, en definitiva, mucho menos onerosos, que una internación prolongada. Por otra parte, consta

que la internación, por el mismo hecho de que deteriora la condición social del interesado, hace que la adaptación resulte más difícil a la salida que si el paciente se hubiese quedado en su domicilio.

La experiencia ha demostrado que, cuando se dispone de personal experimentado, se pueden tratar a domicilio casi todos los casos de trastornos mentales. Con todo, a menudo es más eficaz y más económico utilizar la hospitalización durante las fases agudas.

## 2. *El servicio de hospitalización de urgencia*

Lo mejor es que pueda disponerse de algunas camas en un servicio de medicina general o de neurología en un hospital general.

Una buena fórmula consiste en la colaboración asidua entre el jefe de medicina general y uno de los miembros del grupo psiquiátrico, que puede ser su ayudante habitual para los problemas de medicina psicosomática al propio tiempo que el psiquiatra responsable para los casos de trastornos mentales. La organización de un servicio psiquiátrico de urgencia en el hospital general, no plantea ningún problema arquitectónico especial si este servicio dispone de salas separadas y de pequeños dormitorios de 4 a 6 camas. No es necesario, y hasta puede ser peligroso, disponer de celdas. Cuando el personal de enfermería del hospital se sienta impotente ante el comportamiento de un enfermo mental, es conveniente que el grupo psiquiátrico pueda reforzarse temporalmente con personal de enfermería psiquiátrica experimentado (el mismo que se encargue de los cuidados a domicilio o, de manera eventual, personal del hospital psiquiátrico). Esto plantea problemas de enlace administrativo que, aunque a veces sean delicados, no son insolubles.

### 3. *El hospital diurno*

Este es un establecimiento destinado al tratamiento de enfermos mentales que pueden seguir residiendo en su hogar o en un hogar protegido. Los enfermos vienen al establecimiento a primeras horas de la mañana y salen a últimas horas de la tarde. Durante todo el día gozan de diversas formas de tratamientos y sólo toman el almuerzo en el establecimiento. Pueden aplicar la mayor parte de los tratamientos, desde los métodos de shock hasta las psicoterapias individuales y colectivas, así como los métodos fisioterápicos, las curas de relajamiento, la ergoterapia y la reeducación para la vida social y profesional. Sirven para casi todas las neurosis y gran parte de las psicosis. Sólo quedan excluidos los enfermos confusos, agitados o antisociales.

En no pocos casos conviene disponer de un sistema de ómnibus que permita ir a buscar a los enfermos por la mañana y devolverlos por la tarde a diversos puntos de reunión donde las familias puedan recogerlos y llevárselos.

La ventaja de este sistema se manifiesta en diversos aspectos. Por una parte, evita la ruptura del enfermo con su familia o su ambiente habitual, lo cual suprime una de las causas más importantes de desadaptación y alienación. En efecto, el medio ambiente familiar se siente inducido a seguir los progresos del enfermo y a colaborar en su tratamiento. Por otro lado, esto permite ahorrar la mayor parte de los servicios de hotel de la hospitalización. Los locales y el personal se dedican casi exclusivamente a los aspectos terapéuticos. El hecho de venir todos los días al hospital para recibir tratamiento, invita al enfermo a adoptar una actitud activa con respecto a su tratamiento, en vez de la espera pasiva que tan a menudo se observa en el hospital tradicional. La experiencia enseña que el precio de la jornada de tratamiento es tan elevado en el hospital diurno como

en el tradicional. En cambio, la duración del tratamiento suele disminuir mucho. En conjunto, el hospital diurno demuestra ser una forma muy útil y, desde luego, económica. Por supuesto sólo puede utilizarse en un núcleo urbano.

### 4. *El hospital diurno*

Es una fórmula de aplicación mucho más restringida. El principio consiste en tomar a los pacientes para tratamiento todas las noches para que puedan seguir trabajando durante el día. Ofreciendo un apoyo psicoterapéutico y un medio ambiente acogedor a ciertas neurosis y aun a ciertas psicosis, es posible mantenerlas en un nivel satisfactorio de inserción social. Las experiencias de esta clase son aún poco numerosas, salvo en la forma de centros de poscuración.

### 5. *El centro de poscuración*

Este es un hospital nocturno destinado a enfermos que salen de un hospital psiquiátrico y que no pueden encontrar a la vez la capacidad de readaptarse al medio profesional y al medio social y familiar.

Se les ofrece, pues, un medio de acogimiento artificialmente, acondicionado para permitirles encarar su readaptación profesional. Durante el día, los enfermos se reeducan para el trabajo, ya sea en condiciones normales o en centros de reaprendizaje. Por la noche, reciben el apoyo psicoterapéutico que todavía necesitan. El centro de poscuración debe ser de dimensiones reducidas (15 a 25 camas), a fin de que conserve una atmósfera de tipo familiar.

Lo suele dirigir una enfermera o una asistente social con experiencia, que desempeña una función de carácter maternal, pero requiere también personal médico y social. Las técnicas empleadas consisten en la vigilancia de los tratamientos medicamentosos, en psicoterapias individuales y en consejos de orientación social y profesional. Los establecimientos de esta clase

resultan muy útiles. Gracias a ellos, muchos enfermos se libran de una rápida recaída al salir del hospital.

Para los enfermos del medio rural se han ensayado con éxito fórmulas diferentes aunque inspiradas en principios análogos. En este caso son granjas donde los ex enfermos se reeducan en las diversas actividades agrícolas o en los oficios del artesanado rural.

#### 6. *Talleres protegidos*

Hay pacientes cuya capacidad profesional queda provisional o definitivamente reducida y que no pueden adaptarse a las condiciones del trabajo profesional normal. Esto no significa que deba condenárseles a la inactividad. En no pocos casos se les puede hacer adquirir de nuevo una capacidad profesional satisfactoria, proporcionándoles condiciones de trabajo especialmente estudiadas sobre el plan de los locales, del ritmo, de los materiales, de las relaciones humanas, de las motivaciones, etc. Diversas experiencias enseñan que, mediante una investigación activa, es posible, en numerosos casos, si no en todos, restablecer las condiciones para volver a una actividad útil. Y esto se traduce, a veces, en una inesperada mejora de las aptitudes sociales del paciente, que luego puede dedicarse de nuevo a un trabajo normal. Las fórmulas de talleres protegidos son muy variadas. Algunas sólo permiten producciones poco utilizables y no tienen valor más que por su aspecto terapéutico. Otras representan verdaderas fábricas pequeñas, capaces de producir, en condiciones de competencia, en el mercado comercial.

#### 7. *Hogares protegidos*

También obedecen a fórmulas muy diversas. La más antigua es, sin la menor duda, situar al paciente en el seno de una familia. Desde el siglo VI, hubo en Gheel (Bélgica) familias que acogían a locos, los alojaban y

cuidaban. Restos de tradiciones análogas se encuentran, en mayor o menor proporción, en todas partes: Escocia, China, el Oriente. Parece que su origen fue una medida aplicada durante mucho tiempo en las sociedades primitivas: la exclusión ritual. Antaño, el loco provocaba, y sigue provocando, muy a menudo, en la actualidad, sentimientos ambivalentes: por el temor que inspira, se le respeta y se le odia al propio tiempo. Durante largo tiempo se le atribuyó un poder sobrenatural. Para saber si ese poder era divino o diabólico se le sometía a pruebas, entre ellas la exclusión. Se le enviaba lejos, más allá de las llanuras o bosques, obligándolo a hacer frente a los peligros más diversos. Si volvía, se le consideraba como un protegido de los dioses. A veces, era acogido en el mismo lugar, en sitios sagrados que tenían fama de curar la locura. Cualquiera que sea el valor de esa explicación—que quizás no sea la única—se constituyeron “colonias” de enfermos mentales, en diversos lugares, y a algunas de ellas se les dio luego carácter oficial como establecimientos de dementes. Los pacientes, que se le confiaban en número de dos o tres a habitantes del lugar, tomaban parte en la vida de familia en situación un tanto infantil, a veces un poco servil, y ese era, sin duda, el principal inconveniente de este método. Por otra parte, la experiencia de varios siglos demuestra que este método ofrece un modo de adaptación social muy aprovechable para numerosos enfermos mentales. Y hasta se ve que algunos de ellos se curan bajo la beneficiosa influencia de esa vida de tipo arcaico, cuyo aspecto regresivo constituye de por sí una terapéutica.

Se han ensayado otras fórmulas para evitar el inconveniente antes señalado. Se tiende más y más a constituir familias sustitutas, en las que el jefe de familia sea un especialista (enfermera o asistente social) y no simplemente un voluntario improvisado.

Se pueden constituir también pequeños caseríos de 10 a 15 villas con 5 a 10 pensionistas; o aun disponer de apartamentos, dispersos por la ciudad, con 3 a 5 enfermos mentales por familia, o bien constituir villas de salud sustitutas, donde se atiendan todos los aspectos de la vida social y profesional para favorecer al máximo la adaptación de los deficientes.

Puede pensarse todavía en otras fórmulas. Es importante pensar en todos los casos en el doble aspecto de la adaptación: medio ambiente de tipo familiar, actividad de tipo profesional. Esta regla basta para condensar las fórmulas tradicionales del asilo de crónicos donde el medio es de tipo comunitario y el trabajo de tipo servil.

#### 8. *El hospital psiquiátrico*

Se trata de un centro de tratamiento activo, reservado a los enfermos que no puedan ser tratados con provecho en cura ambulatoria y que son susceptibles de beneficiarse de métodos terapéuticos en los que la agrupación no es realizable, prácticamente, más que en un hospital especial.

Concebido de esta manera, el hospital psiquiátrico debe ser un lugar de estancia relativamente breve; el enfermo deberá ser sometido a tratamiento ambulatorio lo antes posible o enviado a cualquiera de las otras instituciones anteriormente descritas.

Algunos casos particulares (antisociales, en especial) necesitan fórmulas específicas que serán descritas más adelante.

El hospital psiquiátrico es, en sí, un instrumento de cuidados y, como decía Esquirol, "un maravilloso instrumento de curación en manos de un médico hábil". En esta perspectiva debe ser concebido. Sus dimensiones, su estructura, su organización y aun la forma y color de los locales, todo, en fin, debe estar previsto para orientar el comportamiento del enfermo en el sentido de una integración cada vez mejor

del tiempo y del espacio, y de un perfeccionamiento constante de sus relaciones con los objetos y las personas. En el presente trabajo sólo pueden darse algunas indicaciones; los detalles pueden encontrarse en la publicación de la OMS titulada *Servicios psiquiátricos y arquitectura*.\*

El hospital psiquiátrico debe estar situado bastante cerca de la comunidad a la cual sirve, a fin de permitir las relaciones con las familias y la contratación fácil de personal; pero bastante lejos de los centros de gran densidad de población para que goce de calma y tenga el espacio indispensable.

Las dimensiones deben ser importantes para permitir la amortización de las instalaciones técnicas onerosas y la diferenciación de los enfermos en diversas categorías; pero deben ser suficientemente limitadas para que el conjunto tenga una unidad y una homogeneidad que lo conviertan en "campo social". Las dimensiones óptimas serán las adecuadas para una población de 200 a 400 enfermos; más allá, resulta imposible realizar lo que se denomina "comunidad terapéutica", que es la principal razón de ser de esta clase de instalación.

La estructura debe ser a la vez sencilla y diferenciada. El sistema de pabellones ofrece ventajas ciertas porque permite gozar de espacio a la vez que favorece las relaciones humanas. Florence Nightingale, la fundadora de la profesión de enfermería, definió hace un siglo la unidad de cuidados: un máximo de 32 enfermos. En lo que respecta a los enfermos mentales, la tradición de los alienistas del siglo pasado ha sido invariablemente confirmada por la experiencia de sus sucesores: el número óptimo está comprendido entre 25 y 30 enfermos. Hay que pensar, pues, en pabellones de unos 30 enfermos, con la posibilidad de dividir este número en grupos más restringidos, a

\* Baker, A., Davies, R. L. y Sivadon, P.: *Servicios psiquiátricos y arquitectura*. Cuadernos de Salud Pública No. 1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1963. 67 págs.

base de dormitorios o grupos de habitaciones de 5 a 8 enfermos.

Para evitar que la multiplicidad de los edificios provoque una aglomeración demasiado uniforme que haga más difícil la orientación, se ha aconsejado que los pabellones se agrupen de 3 en 3 o de 4 en 4, en forma de pequeños caseríos, y que las instalaciones médicas, por una parte, y el centro de las actividades sociales, por la otra, constituyan polos de atracción. La disposición de estas diversas zonas, completadas con un terreno de deportes y con talleres, puede estudiarse con provecho de modo que invite a los enfermos a alternar sus comportamientos o sea a diversificarlos.

El personal del hospital psiquiátrico tiene aún bastante más importancia que la estructura arquitectónica de la institución. Debe ser contratado y preparado con cuidado. Es una tarea que conviene abordar aún antes de construirse el hospital. En no pocos países existe todavía la tradición de confiar los cuidados de enfermería psiquiátrica a personal desprovisto de competencia profesional, a reserva de facilitarle una formación de ordinario bastante superficial durante el servicio. Bien es verdad que no basta una buena formación teórica para poseer las cualidades exigidas. Lo esencial estriba en la aptitud para establecer con los enfermos mentales relaciones de comprensión humana libres de angustias, sadismo o agresividad. Esta actitud, a veces espontánea, puede adquirirse por la experiencia, la supervisión y la identificación con jefes expertos, pero también mediante el conocimiento de los principios de la psicopatología y la práctica de la dinámica de grupo. Es preciso eliminar de la profesión de enfermería psiquiátrica a toda persona que presente trastornos neuróticos del carácter. Sea como fuere, un nivel cultural elevado y una formación teórica y práctica a fondo, constituyen cualidades muy convenientes para el personal de

enfermería. En la medida en que se exijan cualidades de este orden, este personal sólo deberá llevar a cabo tareas que requieran su competencia. Las labores domésticas deberán confiarse a servidores domésticos (exceptuando las que entrañen una relación personal con el enfermo). Los trabajos de secretaría deberán confiarse a secretarias. Hasta cabe especializar a personal ajeno a la enfermería en actividades como la fisioterapia, la gimnasia, la ergoterapia, ciertas actividades socioterápicas, etc.

La proporción del personal de enfermería varía mucho según los casos. Para enfermos que requieran cuidados intensivos, tal vez sea necesaria una enfermera por cada tres enfermos, mientras que en ciertos pabellones puede bastar una enfermera por cada 15 pacientes.

Como ejemplo, he aquí las proporciones de personal previstas en un hospital psiquiátrico moderno para 300 enfermos, concebido con arreglo a los principios arquitectónicos que hemos descrito: en total, 300 agentes, 150 de ellos agentes de la administración de los servicios económicos y de los servicios generales, y 150 de los servicios médicos.

Los 150 agentes médicos se componen de: 20 médicos, 30 auxiliares médicos (asistentes sociales, psicólogos psicoterapeutas, quinesiólogos y secretarios médicos) y 100 enfermeras especializadas.

El régimen de trabajo de los auxiliares y enfermeras es, en la actualidad, de 42 horas por semana de 5 días.

La distribución de los enfermos en el interior del hospital ha sido siempre una de las grandes preocupaciones de los psiquiatras: es un problema difícil. En efecto, conviene agrupar a los enfermos que tengan un mínimo de sociabilidad análoga, a fin de favorecer la comunicación y evitar las actitudes agresivas o simplemente rechazadoras por parte de los demás pacientes. Pero es perjudicial agrupar enfermos que

tengan las mismas deficiencias o trastornos del comportamiento. La identificación recíproca tiende a consolidar esas deficiencias y las interacciones caracteriológicas de los pacientes a amplificar sus trastornos de comportamiento. Es así como un servicio de agitados fomenta la agitación y un servicio de débiles mentales la incontinencia, mientras que un servicio de epilépticos favorece la fermentación de los trastornos del carácter.

Lo mejor consiste en distribuir los pacientes más graves, de suerte que queden mezclados, en escasa proporción, con enfermos menos graves que por ser aquéllos poco numerosos, serán acogidos por éstos con una actitud más bien protectora que de rechazo. Esta búsqueda de los niveles de sociabilidad y de los umbrales de tolerancia, que permitan equilibrar a la población enferma y utilizar el campo social constituido en esta forma para normalizar lo más posible el comportamiento de cada cual, es, sin duda, el aspecto más difícil pero más específico de la psiquiatría hospitalaria.

Las técnicas empleadas en el hospital psiquiátrico tienen por objeto actuar a la vez sobre el organismo individual y sobre el ambiente. Lo que caracteriza y justifica la hospitalización psiquiátrica es esta acción del medio artificialmente condicionado que el hospital representa. Por consiguiente, lo que merece ser desarrollado en éste son las terapéuticas colectivas. Las terapéuticas individuales conservan su valor en el hospital, pero en él sólo son lo que habrían podido ser en la terapéutica ambulatoria o a domicilio.

La hospitalización que sólo esté justificada por la comodidad que ofrece al médico de ver a su cliente una vez por semana o por mes, constituye un verdadero derroche de tiempo y de dinero.

Valdría la pena que las terapéuticas biológicas (cura de sueño, cura de Sakel, etc.) se aplicaran en forma colectiva.

Las terapéuticas medicamentosas deberán ir acompañadas de actividades de readaptación (fisioterapia, ergoterapia, etc.).

Deben emplearse a profusión las psicoterapias colectivas en todas sus formas (pequeños grupos, grupos de discusión, psicodramas, terapéutica de clase).

El ingreso al hospital y la salida del mismo constituyen períodos críticos que deben ser objeto de precauciones muy especiales. Las técnicas de acogimiento en el momento del ingreso favorecen la rapidez y profundidad de la integración del enfermo en el medio ambiente hospitalario. Aumentan, por consiguiente, la eficacia de la hospitalización y permiten aplicar más pronto el tratamiento. La preparación para la salida (mediante psicoterapia colectiva, con consejos del servicio social y eventualmente consejeros de orientación ocupacional) limita las posibilidades de vértigo ansioso en los días que preceden a la salida o de recaída en las semanas que la siguen.

Sea como fuere, es preciso que la salida no produzca al paciente la impresión de que lo rechazan, y conviene que éste, poco después de su salida del hospital, pueda volver a encontrar al médico que lo había atendido.

### 9. Servicios especializados

Hemos observado que, desde ciertos puntos de vista, es desfavorable agrupar y aislar, en servicios especiales, a pacientes que tienen deficiencias de la misma índole. No obstante, ciertas categorías de enfermos presentan exigencias particulares, ya sea desde el punto de vista de la vigilancia o desde el punto de vista de los cuidados. Algunos son más bien inválidos que enfermos; así puede decirse, por ejemplo, de los retrasados profundos, los psicópatas antisociales, los ancianos difíciles, etc. Otros son enfermos que necesitan cuidados o vigilancia especiales: adolescentes con problemas del carácter, alcohólicos y toxicómanos, en-

fermos mentales afectados de tuberculosis, etc.

Para estas diversas categorías de pacientes hay que prever servicios especializados que puedan tomar las precauciones que impone su estado y proporcionarles un marco de vida correspondiente a sus necesidades sin imponer esas mismas medidas a todos los demás enfermos.

Las mejores perspectivas de no agravar el estado de esos enfermos las ofrecerá siempre la búsqueda de fórmulas que permitan agruparlos en número reducido.

#### 10. *Investigación y enseñanza*

Un conjunto de organismos de tratamiento y asistencia debe completarse siempre con un centro de investigaciones y enseñanza. La medicina es a la vez arte y ciencia, y la psiquiatría, disciplina incipiente, es todavía más arte que ciencia. Mediante una reflexión permanente sobre la práctica del arte de curar, éste progresará en una dirección cada vez más científica.

La investigación médica no puede separarse de la investigación clínica y todos los médicos en ejercicio deberían asociarse, con uno u otro carácter, a un esfuerzo de investigación.

Lo propio cabe decir de la enseñanza. La formación y el constante perfeccionamiento del personal médico y paramédico exigen que parte de la actividad de cada cual se consagre a la enseñanza. Haciendo participar a los demás de nuestra experiencia es como damos a ésta un carácter objetivo. Haciendo participar a otros de nuestro saber le damos forma y consistencia. Asimilando nociones nuevas nos preparamos para observar mejor.

Esta función de investigación y enseñanza puede confiarse a la universidad si ésta se halla cerca; de lo contrario debe preverse especialmente en el nivel de todo conjunto de dispositivos de lucha contra las enfermedades mentales.

#### LOS METODOS DE TRATAMIENTO Y DE READAPTACION

Se da el caso de que se haga una distinción entre el tratamiento y la readaptación como si fueran dos fases sucesivas y relativamente independientes una de la otra. Ese modo de ver, admisible, por ejemplo, en cirugía, donde el acto operatorio precede a la reeducación funcional, carece de sentido en psiquiatría. Toda enfermedad mental es esencialmente una desadaptación; en consecuencia, toda terapéutica se propone readaptar y todo método de readaptación tiene valor terapéutico.

Restablecer la relación significativa entre el paciente y el mundo es readaptarlo, sin duda; pero es, asimismo, restablecer la síntesis de su personalidad y, por lo tanto, curarlo.

La mayor parte de las terapéuticas psiquiátricas son específicas. No actúan sobre un factor etiológico sino sobre un proceso patógeno. Favorecen el restablecimiento funcional del equilibrio de la personalidad: son virtualmente métodos de readaptación.

A pesar de sus formas muy diversas, las terapéuticas psiquiátricas utilizan casi todos los procesos de regresión funcional, de desensibilización emocional, de reasimilación en una atmósfera de seguridad de situaciones anteriormente vividas como peligrosas, y eso, a la manera del fantasma y, asimismo, de nuevo entrenamiento a comportamientos mejor adaptados.

Las curas neurolépticas, las curas de sueño, los comas insulínicos y los shocks eléctricos provocan regresiones funcionales que son explotadas psicoterápicamente y a veces bastan por sí solas. Los métodos llamados socioterápicos tratan igualmente de favorecer primero una regresión, proporcionando al sujeto un medio ambiente material y unas relaciones humanas que solicitan comportamientos infantiles. La propia psicoterapia, con sus baños, sus masajes y sus ejercicios físicos, conduce de

nuevo al individuo a relaciones de tipo neonatal. Una vez obtenida esa regresión, es preciso volver a tomar el camino de la evolución funcional, proponiendo al sujeto actividades cada vez más complejas y que exijan una autonomía cada vez más pronunciada. Este doble movimiento de regresión-progresión se encuentra de nuevo en todas partes, pero a veces sucede que sólo uno de los aspectos es provocado por el médico mientras que el otro es espontáneo. Así, por ejemplo, en el electroshock nos contentamos a menudo provocando la regresión y dejando que sea espontánea la vuelta a la progresión. En la terapéutica medicamentosa de la melancolía, se parte de un nivel espontáneo creado por la enfermedad y se provoca la progresión únicamente mediante la prescripción de psicoanálogos e inhibidores de la mono-aminoxidasa. En psicoterapia, la relación transferencial y la actitud de relajación llevan a una regresión funcional, pero la curación se produce solamente por la vuelta de la autonomía correspondiente a la resolución de la transferencia.

La readaptación a la vida social y profesional, tal como se efectúa sobre todo en los centros de poscuración, procede de principios análogos. Es siempre en un nivel regresivo donde hay que buscar las aptitudes y las tendencias existentes antes de la enfermedad, para desarrollarlas en una atmósfera de seguridad, indispensable para todo aprendizaje. Y sólo una vez que

la vuelta a una actividad profesional satisfactoria proporcione al sujeto la seguridad que necesita, será cuando cabrá cortar las fuentes de seguridad de las cuales se nutría en la atmósfera regresiva del hogar de poscuración.

Toda reorganización de la personalidad entraña un proceso regresivo previo, un retorno a las etapas indiferenciadas, antes de volver de nuevo a una autonomía personal. La adquisición de modos de comportamiento adaptados exige una atmósfera de seguridad emocional que debe ser asegurada artificialmente al sujeto mientras tanto no haya asegurado él, por sí mismo, las condiciones de esta seguridad.

La experiencia de los hogares de poscuración y readaptación, durante más de seis años de funcionamiento, enseña que de 100 sujetos incapaces de toda readaptación espontánea, 30 pueden encontrar de nuevo una actividad profesional igual y a veces superior a la que tenían antes de la enfermedad, y otros 30 encuentran un modo de adaptación, aunque inferior al que tenían antes. Los demás, a través de recaídas, se adaptan de modo imperfecto y transitorio. Y esto después de seis meses de esfuerzos, por término medio.

Estos resultados, de por sí alentadores, mejorarán, indudablemente, a medida que se perfeccionen las técnicas de readaptación, que todavía están en sus comienzos, y cuando se vaya concretando la experiencia de sus utilizaciones.

DR. PAUL V. LEMKAU  
*Profesor de Higiene Mental  
Escuela de Higiene y Salud Pública  
Universidad Johns Hopkins  
Baltimore, Maryland, E. U. A.*

## LA ENSEÑANZA DE LA SALUD MENTAL

Hace unos meses, se publicó, como parte de los documentos del Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental, nuestro trabajo sobre "Enseñanza de la salud mental".\* En la presente ocasión, he considerado que sería mejor presentar algunas observaciones que pudieran ampliar la utilidad de ese trabajo.

En aquella oportunidad, tuve que elegir entre referirme a la materia que habría de ser objeto de enseñanza, la forma en que se debía enseñar y, por último, las personas a quienes el trabajo iba dirigido. Opté por exponer *qué* es lo que se ha de enseñar—el contenido de la enseñanza de higiene mental—y *cómo* se ha de enseñar—los métodos docentes—y, con excepción de un párrafo que figura en la primera página del trabajo publicado, prescindí de referirme a las personas que han de recibir la enseñanza. Sin embargo, hoy voy a centrar mi atención en ellas.

En primer término, hay que enseñar a ciertos grupos profesionales de la colectividad, y a nosotros, como psiquiatras, nos

corresponde atender primero a nuestras propias necesidades y a las de nuestros colegas en el campo de la enseñanza de la salud mental. Se supone que todos los psiquiatras están debidamente preparados para trabajar en diagnósticos, psicoterapia, fisioterapia, tratamientos psicofarmacológicos, etc. El conocimiento de estas materias fundamentales es, actualmente, uno de los requisitos para ser psiquiatra. Pero hoy vamos a referirnos más concretamente a los requisitos para que los psiquiatras se encuentren en condiciones de trabajar en los nuevos campos de la psiquiatría social y de la planificación de colectividades, campos que van surgiendo a medida que se extienden las fronteras de la psiquiatría. El adiestramiento básico en estas materias debe comprender disciplinas tales como la antropología y la sociología. En principio, esas materias se debieran enseñar, *per se*, en los años de estudios preclínicos, a fin de que, en los años de enseñanza clínica, se pudiera explorar la aplicación médica de esos conocimientos. Pero la enseñanza de la sociología y de la antropología no es la enseñanza de la psiquiatría social o de la higiene mental, pues estas últimas disciplinas comprenden la aplicación médica de dichas ciencias básicas al problema de la obtención de

---

\* *Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental. Publicación Científica de la OPS 81, 46-59. Washington, D. C., 1963.*

servicios psiquiátricos y de educación en higiene mental para la población.

Como toda la medicina clínica, la psiquiatría social y la higiene mental se enseñan mejor en un ambiente clínico, y, en este caso, el paciente es una colectividad. Nadie pretendería enseñar a diagnosticar cardiopatías mediante una clase oral. Esa enseñanza se ha de dar junto al lecho del enfermo. Tampoco se puede enseñar psiquiatría social en un aula; hay que enseñarla en una colectividad. La preparación del psiquiatra para apreciar las necesidades de higiene mental de una colectividad debe llevarse a cabo en una colectividad, y su aptitud para satisfacer esas necesidades dependerá también de la experiencia que haya obtenido en la práctica. Al psiquiatra hay que darle la oportunidad para que durante su adiestramiento trabaje tanto fuera como dentro del hospital. Asimismo, ha de tener ocasión de observar cómo acuden los pacientes al hospital, para internarse o para recibir tratamiento ambulatorio, y a dónde van cuando abandonan el ambiente clínico. Lo ideal sería que tuviera oportunidad de atender a personas que, aunque no acudan a él en busca de ayuda, necesitan de ésta y hay que inducirlos a que la acepten.

Hay que meditar un poco sobre la clase de colectividad que puede utilizarse para este "laboratorio" en que ha de adiestrarse el psiquiatra social. En nuestra experiencia en Maryland, donde el Dr. Howard Kern está encargado de la supervisión de esta clase de adiestramiento de psiquiatras residentes, se ha utilizado, con resultados satisfactorios, una población rural de 20.000 a 50.000 habitantes, que pertenece a un solo municipio y cuenta con un solo departamento de salud. No hay duda de que también podría utilizarse una unidad de proporciones similares en un medio urbano, siempre que tuviera algún centro de organización y límites claramente establecidos. El plan de Buenos Aires, para que los hospitales generales actúen de centros de higiene mental, pudiera servir de base, siempre que los hospitales tengan efectivamente a su cargo la atención médica

de una población determinada. El punto principal parece estar suficientemente bien definido para que el estudiante pueda apreciar su organización política, social e institucional, y penetrar en la estructura de su poder local.

Con frecuencia se ha señalado el hecho de que los antropólogos suelen estudiar con mucha mayor eficacia las culturas distintas a aquella en la que se han formado. La razón que se alega es que el antropólogo no puede observar claramente lo que está acostumbrado a ver y que cuando mejor observa es cuando tiene delante algo desacostumbrado y distinto a sus experiencias pasadas. Por eso tenemos interés en enviar psiquiatras residentes a las zonas rurales, pues la mayoría de ellos se han formado en medios urbanos o por lo menos han permanecido en una ciudad durante los años de estudio de medicina. Por consiguiente, el medio rural es nuevo para ellos. Ahora bien, la misma ventaja de la novedad puede obtenerse enviando al interesado a otra esfera social. La mayoría de los médicos proceden de la clase media o, por lo menos, se han desenvuelto en ese medio durante los años de estudios de medicina. La novedad de trabajar con personas de un nivel social inferior les ofrece un medio al que muchos de ellos no están acostumbrados, particularmente cuando la observación de las viviendas forma parte del programa educativo de psiquiatría social.

La necesidad de servicio psiquiátrico de una colectividad suele ser mucho mayor que los recursos para satisfacerla. En la práctica ésto se traduce frecuentemente en que el psiquiatra tiene que trabajar sin la ayuda de personas que normalmente debieran asistirle en su labor. Tal vez no cuente con una trabajadora social, y se vea obligado a hacer el trabajo de ésta o a adiestrar a una enfermera o a un maestro para que le proporcione los datos sobre la situación social que le son necesarios para formular un diagnóstico y establecer un plan terapéutico. Puede ocurrir también que no disponga de ningún psicólogo y que, por lo tanto, tenga que realizar él

mismo los *tests* psicológicos o adiestrar a alguna persona para que lleve a cabo, cuando menos, las pruebas de inteligencia más sencillas. En una clínica, el psiquiatra tiene el propósito de no utilizar los servicios de ningún trabajador social psiquiátrico. Insiste este psiquiatra en que los trabajadores sociales de la institución que le somete un caso, se convierten en trabajadores sociales psiquiátricos mediante un ajuste de los planes terapéuticos a las aptitudes, cada vez mayores, de ese personal. Lo ideal sería que esta flexibilidad en las funciones profesionales se basara, siempre que fuera posible, en métodos de trabajo más estandarizados del medio clínico. Además, el residente ha de haber alcanzado cierta madurez en su formación pues, de lo contrario, esta flexibilidad de actuación le creará, probablemente, una considerable inquietud en su trabajo.

El segundo grupo profesional al que se ha de orientar la enseñanza es el de los médicos generales de la colectividad. Sobre las oportunidades y métodos de este tipo de actividades, Balint ha publicado extensos trabajos que aparecen bien resumidos en la publicación de la OMS titulada *Función del médico de sanidad y del médico general en las actividades de higiene mental*.<sup>\*</sup> Por eso, dedicaré poco tiempo a este aspecto, aunque merece señalarse que los programas de preparación de médicos generales que más éxito han alcanzado son los que establecen un sistema en virtud del cual el médico y el psiquiatra trabajan en cooperación en los problemas planteados en casos concretos. No parecen dar tan buenos resultados los sistemas en que se destaca que la función del psiquiatra es enseñar y la del médico general aprender.

En la prestación de servicios de atención médica, este sistema de colaboración entre colegas parece ser fundamental en la enseñanza de la salud mental. Dicho en términos pedagógicos, lo que se hace en este caso es utilizar una técnica de solución de problemas en "casos prácticos" en lugar del

método exhortatorio. Es posible que una enfermera de salud pública no aprenda fácilmente a preparar, con carácter oficial, una historia social, y que, sin embargo, aprenda con rapidez a proporcionar datos sociales cuando los vea utilizar para estudiar el problema que plantea un caso determinado. Puede ocurrir que una maestra se aburra al oír una conferencia sobre pruebas psicológicas, y que, en cambio, le guste aprender a aplicar una de esas pruebas a un alumno por el que está preocupada y al que cree que puede serle útil la ayuda del psiquiatra. En resumen, el psiquiatra social debe aprender a interesar a otras personas en sus planes de tratamiento y compartir la responsabilidad con ellas, a cambio de la información que puedan darle y que le servirá para mejorar y hacer más eficaz el plan de tratamiento. En las actividades relativas a los niños de las escuelas, esta actitud y este sistema de trabajo influyen, con frecuencia, en las relaciones entre el maestro y el director, haciendo que éstas resulten de mayor ayuda mutua y tengan mayor flexibilidad, contrarrestando la rigidez que a menudo se observa en el orden burocrático y que siempre es una amenaza para una administración flexible en las grandes organizaciones.

En mi propio estado, Maryland, tenemos funcionarios locales de salud, médicos dedicados exclusivamente a vigilar que la población para la cual trabajan reciba la mejor atención médica posible, inclusive servicios de salud, dentro de los límites presupuestarios. La función de este personal consiste, primordialmente, en la planificación y mantenimiento del servicio de salud. Hoy en día, la mayoría de los psiquiatras están convencidos de que la "salud" sólo puede definirse en el sentido amplio en que lo hace la OMS, es decir, como un estado de completo bienestar físico, mental y social. En lo que se refiere a los funcionarios de salud, la finalidad de la labor educativa en salud mental consiste en lograr una integración automática de los factores mentales y sociales, en los conceptos de salud que inspiran su labor diaria. El fun-

<sup>\*</sup> *Org. mund. Salud: Ser. Inform. técn.* 235, 1962. 61 págs.

cionario de salud debe tener tan presentes las necesidades de salud mental de la población a su cargo como las de inmunización, saneamiento, tratamiento de las enfermedades venéreas y servicios de higiene prenatal. Para lograrlo, el psiquiatra social debe colaborar con el funcionario de salud en la solución de los problemas de salud, a fin de que ambos puedan compartir la satisfacción de servir mejor al público.

Los jueces de varios tribunales han pedido colaboración. En la actualidad tienen especial relieve las dificultades que en la vida social plantea la delincuencia juvenil. La psiquiatría es, para muchos, una ciencia nueva, y, con excesiva frecuencia, se tiende a considerarla como una especie de solución misteriosa para todos los problemas del mundo. El psiquiatra social o el especialista en salud mental ha de tener presente que está organizando los servicios para décadas y no para unos meses. Por esta razón y porque conoce la gran complejidad de los difíciles problemas con que él y el juez se han de enfrentar, su actitud debe ser prudente, a la vez que progresiva. Su finalidad ha de consistir en mejorar la situación, en prestar ayuda al caso concreto que se le presente, y no en curar la delincuencia juvenil. El psiquiatra social y el juez pueden desarrollar un esfuerzo conjunto para cambiar los factores de la colectividad que, al parecer, causan la delincuencia; la manera de realizar esta labor en colaboración es una de las finalidades de la enseñanza de la salud mental y de la psiquiatría social.

Espero que esta serie de breves ejemplos sirva de ilustración de las clases de actitudes y formas de trabajo que, a mi juicio, constituyen el contenido de la psiquiatría social y de la salud mental. Los mismos conceptos pueden aplicarse a otros grupos de la colectividad, tales como las asociaciones de padres y maestros, trabajadores sociales cuya misión principal consiste en mantener un nivel de vida por encima del de la más baja pobreza, los sacerdotes, los padres adoptivos y otros muchos grupos.

Las características de una colectividad pueden dar lugar a la creación de nuevos métodos de tratamiento, que se adapten a ella particularmente. He aquí un ejemplo: un profesional joven comprobó que donde él trabajaba, por una u otra razón, algunas madres de niños con trastornos al parecer no habían observado nunca, detenidamente, a sus propios hijos; en consecuencia, no los conocían bien. Por esto, para solucionar el problema, inventó un nuevo método de tratamiento que consistía en dejar a la madre y al hijo en una habitación durante 30 ó 45 minutos, dando instrucciones a la madre para que observara al niño. Transcurrido este tiempo, el joven profesional mantenía, durante varios minutos, un cambio de impresiones con la madre, sobre lo observado por ésta y el conocimiento total que él tenía del caso. Aunque el número de casos en los que se utilizó este método fue reducido, se demostró que el progreso terapéutico en los individuos así tratados era tanto como el registrado en los sometidos a la psicoterapia directa.

La atención continua de los pacientes en el seno de la colectividad es un problema de la psiquiatría social que se ha situado en primer plano gracias al éxito del tratamiento farmacológico. Muchos de los pacientes dados de alta de los hospitales psiquiátricos se encuentran en un estado de salud suficientemente bueno para no necesitar más tratamiento, y algunos están estabilizados, de suerte que basta con mantenerlos en vigilancia. Sin embargo, hay también casos cuya permanencia en la colectividad depende de una medicación constante. La enfermera de salud pública conoce bien esos problemas, por lo menos en los Estados Unidos. Como enfermera escolar, cuida de que los niños epilépticos reciban medicación constantemente. En los casos de diabetes, ayuda al paciente a mantener su dieta y su tratamiento de insulina. Asimismo, hay que ayudar al paciente de tuberculosis, convencándolo de la necesidad de someterse a una medicación, durante períodos de varios

meses seguidos. De la misma manera hay que prestar ayuda al niño lisiado, para que se acostumbre al aparato ortopédico y sepa cuándo hay que ajustarlo a los cambios propios del crecimiento físico. Los problemas del esquizofrénico, cuyos trastornos sensoriales y motores se controlan con los mismos métodos, tampoco son extraños a la enfermera de salud pública, quien, con la orientación y apoyo del psiquiatra social, está en condiciones de colaborar en la solución de esta nueva clase de problemas de tratamiento.

Podríamos continuar esta enumeración de personas así como de las oportunidades que puede aprovechar el psiquiatra que ha tenido ocasión de aprender a percibir las necesidades y a encontrar la manera de atenderlas, no de una manera perfecta, pero sí mejorada. El conocimiento del desarrollo del niño, en realidad, el desarrollo de la personalidad en todas las edades, ofrece una importante serie de oportunidades de orientación anticipante, tema que traté extensamente en la publicación titulada *Mental Hygiene in Public Health*, obra que ha sido traducida al español.\* A mi juicio, el psiquiatra social posee muchas de las características de la exploración geológica de un nuevo país, que se sabe que es rico. A veces pienso que, para explorar las oportunidades de la psiquiatría social, se necesitará desarrollar entre los psiquiatras una variedad de personalidades tan amplia como la que se encuentra entre los buscadores de minas.

Quisiera referirme ahora, brevemente, al público en general, en cuanto recibe educación en higiene mental. En mi país, la educación abarca actualmente una parte considerable de ciencia social, y así es raro el departamento de policía, la estación de bomberos, el servicio de salud o el hospital que no recibe, varias veces al año, la visita de niños de las escuelas. Esas visitas abarcan también, cada vez más, hospitales psiquiátricos, hospi-

tales y escuelas para retardados mentales y otros servicios de psiquiatría, como partes integrantes de la estructura social de la colectividad objeto de estudio. (También se incluye el estudio de la familia, su economía, formación, madurez, etc., es decir, en un sentido amplio, la higiene social.) La escasez de personal en las instituciones psiquiátricas ha dado lugar a la inclusión de las profesiones de salud mental en la orientación vocacional de los estudiantes de las escuelas secundarias. Los estudiantes universitarios y de escuelas secundarias han trabajado con excelentes resultados en hospitales mentales, durante los veranos. Además, este ensayo se ha traducido en la contratación de nuevo personal para los hospitales. Una de las consecuencias engorrosas a que ha dado lugar, en nuestro país, la atención dedicada a la educación en salud mental, son las cartas que constantemente recibimos los que ocupamos puestos docentes, redactadas en términos como los siguientes: "Le agradecería que me enviara todo el material posible sobre salud mental pues tengo que preparar un trabajo acerca de este tema para la clase de ciencia social". Sería curioso ver lo que ocurriría si me decidiera a cargar en un camión toda la biblioteca de mi departamento y a enviársela al autor de una de esas peticiones. No obstante, esas cartas deben ser consideradas como oportunidades de educación popular y se debe aprovechar la ocasión. Una de tales cartas procedía de la hija de un capitán de la policía, y los servicios de éste fueron de gran utilidad para mejorar los métodos de atender situaciones psiquiátricas de urgencia en nuestra colectividad.

Otro grupo importante en la educación del público es el constituido por las personas que prestan servicio voluntariamente en el hospital. El ciudadano que desee prestar servicio a la colectividad encontrará muchas maneras de hacerlo en el amplio campo de los servicios psiquiátricos, que tan faltos están de personal. Por ejemplo, los pacientes hospitalizados necesitan más oportunidades de entretenimiento que las que puede proporcionarles

\* Publicada por el Fondo de Cultura Económica, México, D. F., bajo el título *La higiene mental en salud pública*.

el personal, y así, las personas que quieran prestar servicios voluntarios pueden llevarlos a presenciar juegos deportivos, al teatro o cualquier otro lugar apropiado para un determinado grupo. Estas personas pueden también "renovar el ambiente" de las instituciones, facilitando ciertas actividades sociales. Pueden facilitar medios de transporte, que permitan administrar tratamiento a personas que lo necesitan. Este personal voluntario generalmente está constituido por señoras de clase media, cuyas obligaciones familiares y sociales les permiten dedicar unas horas durante la semana a aquellas actividades. Estas señoras no sólo son, de por sí, personas influyentes, sino que pueden ser las esposas de hombres prominentes, que, en muchos casos, están al frente de negocios. Por ello, estas mujeres que prestan servicios voluntarios pueden, frecuentemente, lograr empleos para pacientes dados de alta. En las iglesias y organizaciones filantrópicas a menudo se encuentran numerosos voluntarios deseosos de convertir sus buenas intenciones en buenas obras.

Por último, quiero señalar otro grupo de educadores del público, que es el constituido por los antiguos pacientes. Como ya indiqué, este grupo va aumentando en todo el mundo. Uno de nuestros fabricantes de automóviles solía utilizar el siguiente lema publicitario: "Quien tenga uno le informará". En este caso, el público tiene la oportunidad de observar al antiguo paciente. En una encuesta de la población de Baltimore, llevada a cabo por el Sr. Crocetti, de nuestro Departamento, formulamos la siguiente pregunta: "¿Conoce usted a alguna persona que haya estado internada en un hospital psiquiátrico?" Uno de cada 100 individuos contestó que él mismo había sido paciente, dato confirmado por otros estudios; el 63 % afirmó que conocía dos personas que habían sido pacientes de hospitales psiquiátricos; el 10 % informó que una de estas pertenecía a su familia inmediata, y el 15 %, que se trataba de un amigo íntimo. Nuestros antiguos pacientes son conocidos en la colectividad, y el público

puede juzgar la psiquiatría por su obra, los pacientes que han recibido tratamiento. Si no por otra razón, corresponde a nuestra especialidad prestar servicio a aquéllos de nuestros ex pacientes que lo necesiten, para mantener una imagen pública favorable.

Ya se ha hecho referencia al hospital como educador del público al examinarlo como institución social y en relación con las personas voluntarias. Sin embargo, hay que mencionar otro aspecto. Los hospitales psiquiátricos son, cada vez más, hospitales abiertos, lo que significa que, a menudo, los pacientes pueden mezclarse libremente con la población general en lugares de recreo, establecimientos comerciales, etc. El público se hace la idea de que se trata de personas que no están bien, y está dispuesto a mostrarse tolerante si los pacientes muestran alguna anomalía en su comportamiento. El hecho de que el público vea a estos pacientes contribuye a que comprenda los difíciles problemas terapéuticos con que tropezamos y las cualidades dignas de compasión, aunque curiosamente atrayentes, que poseen muchos de nuestros pacientes. Estos enfermos son también educadores del público.

En resumen, repito que con estas observaciones he tratado de ampliar el contenido del trabajo anteriormente publicado, para incluir el aspecto relativo a las personas que deseamos educar. Empezando por nosotros mismos, psiquiatras de profesión, que deseamos convertirnos en psiquiatras sociales, hemos pasado a referirnos a otros profesionales, personas influyentes y, por último, al público general. El método educativo que se recomienda, en cada uno de los aspectos examinados, es el de la participación activa en la labor de resolver los problemas. Esto requiere que el psiquiatra aproveche todas las oportunidades para compartir su responsabilidad terapéutica, en la mayor medida posible, y lograr la plena cooperación de otras personas en los esfuerzos encaminados a mejorar los problemas de salud física, social y mental con que se enfrentan las poblaciones.

DR. ROBERT H. FELIX

*Director, Instituto Nacional de Salud Mental  
Servicio de Salud Pública  
Bethesda, Maryland, E. U. A.*

## INVESTIGACIONES EN SALUD MENTAL

### I. INTRODUCCION

Reflexionando sobre el estado actual de las investigaciones relativas a los problemas de la salud mental, mi impresión predominante es de optimismo. Pero no precisamente debido a nuestras realizaciones, ya que nuestros descubrimientos de investigación más significativos muestran, a veces con excesiva claridad, cuánto es lo que aún nos queda por conocer. Esta impresión mía se funda, más bien, en el reciente interés por abordar los importantes problemas relacionados con la invalidez mental y sus causas, y en los nuevos esfuerzos orientados hacia la comunicación y cooperación entre los investigadores de los países del Hemisferio.

Aquí, en los Estados Unidos de América, nos consideramos este año especialmente afortunados. Por primera vez en la historia, el Presidente dirigió al Congreso un Mensaje Especial sobre Enfermedad y Retardo Mentales, en el cual solicitaba un nuevo procedimiento en el cuidado del enfermo mental, que hiciera posible el tratamiento inmediato y con buen resultado de numerosos pacientes en sus propias colectividades, y su retorno a ocupar un lugar útil en la sociedad. El Presidente, reconociendo la importancia de la investigación en este esfuerzo de la salud

mental, declaró: "No debemos cejar en nuestro esfuerzo por ensanchar las fronteras del conocimiento en la investigación básica y aplicada de los procesos mentales, en la terapéutica y en otros aspectos de la investigación relacionados con las enfermedades mentales".

Esta notable declaración de nuestro Presidente ha estimulado y alentado a todos los que trabajamos en el campo de la salud mental en los Estados Unidos, la cual nos promete un porvenir de ardua tarea, pero también las ventajas que se obtendrán con el incremento de las investigaciones de los problemas de la salud mental y con el mejoramiento de las instalaciones y de los métodos de tratamiento.

Este género de ayuda proporciona el máximo aliento a los profesionales de la salud mental que dirigen el desarrollo de los programas destinados a mejorar la suerte de los enfermos mentales y a prevenir las enfermedades mentales. En la América Latina constituye un ejemplo de este tipo de esfuerzo la reciente fundación de un Departamento de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación en la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, que va estableciendo una serie de clínicas de salud mental en todo el país y ha edificado ya en algunos Estados varios

hospitales-granja bien equipados, para pacientes psicóticos. Otro ejemplo es la inauguración del primer hospital diurno para pacientes mentales en Pôrto Alegre, Brasil.

En los países recién desarrollados han de construirse caminos y escuelas e intentarse la elevación de los niveles de nutrición y de salud general del pueblo. Estas demandas urgentes que se disputan parte de los recursos financieros públicos, tienden a eclipsar la necesidad de servicios e investigaciones de salud mental. Pero el proceso mismo del desarrollo ha dado lugar a cambios que han colocado en primer plano importantes aspectos de la salud mental. Gracias al control de la malaria, en algunos países de América del Sur se ha duplicado la esperanza de vida en los últimos 10 años. Ahora es mayor el número de niños y ancianos en la población, o sea grupos con necesidades específicas que debemos satisfacer. Las nuevas condiciones de aglomeración humana en las áreas urbanas, según los trabajadores agrícolas afluyen hacia las ciudades en busca de empleo, plantean también problemas de salud pública. La tasa de suicidios ha aumentado en la medida en que ha ido cambiando la estructura social. A la vez que el gobierno dirige su atención hacia estos problemas, es esencial que los trabajadores de salud pública que han de enfrentarse con los problemas sepan reconocer sus repercusiones en la salud mental.

Podríamos insertar aquí, entre paréntesis, la idea de que el estado de subdesarrollo puede tener también sus aspectos positivos, además de los negativos. Se nos ha informado acerca de un tipo de enfermedad mental que ocurre en las vecindades de La Paz, Bolivia, y que se cree es debida a la altura. Tradicionalmente, los pacientes de esta enfermedad habían sido atendidos en sus hogares por médicos generales.

En los Estados Unidos, es ahora que comenzamos a interesarnos por este "nuevo" concepto de tratamiento del enfermo mental en su colectividad.

Mi optimismo se funda también, como ya

he mencionado, en los nuevos esfuerzos hacia la comunicación y cooperación entre los investigadores del Hemisferio. He observado que los investigadores de América del Sur, Central y del Norte están cada vez más convencidos de la semejanza de sus fines.

En las Américas somos muchos los que hemos percibido claramente que hasta ahora la intercomunicación dejaba mucho que desear. La investigación realizada en América Latina que llegaba al conocimiento de los investigadores de los Estados Unidos, era muy escasa, y viceversa.

Pero la intercomunicación está mejorando, gracias a reuniones semejantes a ésta, gracias a los diversos Congresos Mundiales de Psiquiatría y a los Congresos Latinoamericanos de Salud Mental que se han celebrado y gracias, también, a los esfuerzos de entidades tales como la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial para la Salud Mental. Me agradó especialmente que el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) haya podido compartir las tareas—y además beneficiarse—del Centro de Información en Salud Mental de América Latina, que comenzó a funcionar en febrero de 1963 y es el primer centro del Hemisferio para la recopilación y clasificación de información sobre los problemas latinoamericanos de salud mental. Uno de los fines de este nuevo Centro será la promoción de investigaciones en salud mental. El Centro, que ya cuenta con servicios para la traducción al español y al portugués de importantes documentos sobre salud mental redactados en inglés, y de trabajos en español y en portugués al inglés, podrá aprovechar también los datos del nuevo Centro Nacional de Intercambio de Información sobre Salud Mental, del INSM. Este Centro de Intercambio recibirá información de todo el mundo y se encargará de conservarla, resumirla, archivarla, prepararla y distribuirla para todo el mundo. La rápida elaboración de los datos recibidos permitirá unir fragmentos de información muy dispersos, convirtiéndolos en conjuntos con cierto significado que permitirán captar las distin-

tas orientaciones existentes en los conocimientos actuales y señalar las lagunas que éstos presentan. La producción del Centro de Intercambio estará a la disposición de los investigadores de todo el mundo y permitirá una investigación más fructífera al igual que un mejor tratamiento y control de las enfermedades mentales.

Desearía referirme brevemente en este trabajo al estado de las actividades de investigación sobre salud mental en América Latina y exponer algunos de los tipos de investigación más importantes que se efectúan en los Estados Unidos con los cuales estoy más familiarizado. Al final me propongo exponer, brevemente, nuestras propias ideas sobre algunos de los campos que ofrecen perspectivas halagüeñas para la futura investigación en salud mental.

## II. ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL EN AMERICA LATINA

El estado actual de las actividades de investigación en América Latina ha sido bien expuesto por el Dr. Jorge M. Velasco Alzaga, Asesor Regional en Salud Mental de la Oficina Sanitaria Panamericana, en el documento titulado *Research on Mental Health in Latin America* ("Investigaciones de Salud Mental en América Latina").\* Como señala el Dr. Velasco, varios investigadores de América Latina proceden actualmente a una exploración del amplio espectro de los aspectos biológicos, conductísticos y sociológicos de la salud mental y de las enfermedades, además de buscar respuesta a problemas etiológicos, preventivos y terapéuticos. La amplitud de las investigaciones mencionadas por el Dr. Velasco es impresionante: estudios neurofisiológicos de zonas cerebrales relacionadas con la conducta integrada, los estados emocionales y los procesos mentales superiores; estudios bioquímicos, entre ellos los de metabolismo en el interior del cerebro

de la serotonina, epinefrina y norepinefrina; estudios sobre los efectos farmacológicos, metabólicos, psicológicos, etc., de drogas tales como los tranquilizantes, energizantes, alucinógenos, las drogas que dan lugar a adicción y del alcohol etílico, son algunas de las clases de investigación biológica que se llevan a cabo en la actualidad. Hay, además, estudios sobre morbilidad, que comprenden los problemas del alcoholismo y la toxicomanía, al igual que los aspectos de la salud mental en relación con la malnutrición, e investigaciones respecto al retraso mental.

Me quedé muy impresionado al enterarme de algunas investigaciones llevadas a cabo en la América Latina. En este sentido deseo mencionar el libro *Psiquiatría y sociedad—Estudios sobre la realidad peruana*, del Dr. C. A. Segúin,\* en el que resume una década de investigaciones efectuadas por él y sus colegas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima. La posición del Dr. Segúin es que los principios generales de la medicina psicosomática deben enriquecerse mediante la consideración de los rasgos especiales sociales y culturales que ostenta cada uno de los distintos grupos de la población del Perú: indios, mestizos y blancos. El libro documenta la notable variedad que presentan esas poblaciones que difieren entre sí por las clases de trastornos mentales que les afectan, y por su incidencia.

En una parte del libro se establece una correlación entre las migraciones, los cambios culturales y las tensas condiciones socioeconómicas de los indios que emigran de las altitudes andinas, con determinado síndrome específico de naturaleza psicosomática. Las personas que padecen este síndrome presentan trastornos circulatorios, digestivos y respiratorios, unidos a depresión y ansiedad. Muestran también considerable frustración y tendencias hacia la dependencia pasiva, expresan sentimientos de incapacidad y tienen una mala orientación general en su mundo social y económico.

\* Organización Panamericana de la Salud: Documento mimeografiado, RES 2/22, 1963. 42 págs.

\* Lima, Perú, 1962. 288 págs.

También me interesó un informe, contenido en el libro, sobre un estudio estadístico de ingresos en hospitales, de 1950 a 1959, que comprendía 1.381 pacientes psiquiátricos. Los trastornos neuróticos y de la personalidad eran mucho más frecuentes que las tendencias depresivas, cuya incidencia era notablemente más baja. En un estudio comparado sobre dirigentes y obreros se halló que, contrariamente a lo que sucede en los Estados Unidos, los dirigentes no muestran tendencia hacia los síntomas depresivos. Los dirigentes peruanos, a diferencia de los norteamericanos, no reprimen sus tendencias agresivas sino que las expresan libremente.

Otra parte del libro se dedica a examinar los progresos y resultados obtenidos por el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales, con su programa de investigación coordinada internacional sobre "La reacción familiar a la enfermedad de un niño". La investigación comenzó simultáneamente, en enero de 1957, en Cuba, en México y en el Perú. Ya se han hecho estudios piloto en esos tres países. La comparación inicial entre los datos procedentes de Perú y México revela que:

1) Las madres mexicanas tienden a creer que la enfermedad de su hijo fue debida a falta de cuidado o de precauciones por su parte, o por la intervención de una potencia mágica o folklórica, en tanto que las madres peruanas tienden a admitir explicaciones más "racionales", aunque no excluyen totalmente las interpretaciones folklóricas; 2) es más fácil que la enfermedad del niño una más íntimamente a marido y mujer mexicanos que a cónyuges peruanos; 3) los niños mexicanos reaccionan ante la enfermedad con mayor resignación y estoicismo que los niños peruanos; 4) los amigos y vecinos son más propensos en el Perú que en México a ayudar a la familia que tiene un niño enfermo, y 5) el padre mexicano es más autoritario y agresivo en sus relaciones con la esposa, que es sumisa y se inclina ante su voluntad, en tanto que la reacción del padre

peruano es, más a menudo, de deserción e indiferencia, en contraste con la de los padres mexicanos, ante esta situación de angustia familiar.

Algunas de las investigaciones que actualmente se llevan a cabo en instituciones latinoamericanas son financiadas mediante subvenciones para investigación otorgadas por el Instituto Nacional de Salud Mental. Por ejemplo, recientemente se concedió una subvención por dos años al Dr. Rodrigo Fierro-Benítez, Director del Departamento de Isótopos Radiactivos en la Escuela Politécnica Nacional de Quito, para un estudio titulado "El yodo en la nutrición, el bocio endémico y el cretinismo". Como ustedes saben, la prevalencia del cretinismo y el bocio es elevada en el Ecuador.

Mencionaré también algunas de las subvenciones otorgadas a investigadores estadounidenses para la realización de investigaciones en el campo de la salud mental en los países latinoamericanos.

Un profesor de la Universidad de Harvard recibió una subvención para efectuar una investigación de campo entre las tribus Gê, del centro del Brasil, que presentan una tecnología rudimentaria asociada a instituciones sociales sumamente complejas. El investigador efectuará un intenso estudio comparado de las culturas y procesos cognoscitivos de esos grupos, especialmente con referencia a sus diferentes etapas de ajuste psicológico y social a las presiones de la comunidad brasileña que a veces traspasan sus límites.

Dos antropólogos de la Universidad de Pittsburgo recibieron una subvención para analizar los datos recopilados en cuatro aldeas rurales mexicanas, para determinar el proceso mediante el cual los individuos quedan adscritos psicológica y socialmente a la subcultura urbano-industrial representada por una nueva ciudad fabril. Los investigadores partieron de la hipótesis de que la aceptación de un estilo de vida urbano completamente nuevo, es probablemente función de una exposición del individuo a la influencia

personal de amigos, parientes y compadres que ya residían en el sector urbanizado del pueblo.

Un profesor de la Facultad de Relaciones Industriales y Laborales de la Universidad de Cornell (Estado de Nueva York), lleva a cabo, actualmente, un estudio de los problemas humanos del desarrollo industrial del Perú, teniendo en cuenta a la vez el grupo empresario y los obreros. Con la colaboración del Centro Nacional de Productividad del Perú y hombres de negocios y dirigentes obreros peruanos, estudiarán cómo la cultura dominante—los valores actuales de los peruanos, la desconfianza general hacia las personas ajenas al grupo familiar y la posible falta de iniciativa debido a la aceptación de la autoridad—influyen en el comportamiento de una población que asiste al desarrollo de una sociedad tecnológica.

Dos miembros del personal de la Sección de Antropología de la Universidad de Chicago y la profesora Calixta Guiteras-Holmes, entomóloga mexicana, obtuvieron una subvención para hacer una comparación sociolingüística de la evolución cultural en varias colectividades de la cultura Tzeltal-tzotzil, en México. Este programa, en combinación con otro de la Fundación Científica Nacional, permitirá lograr un progreso en el establecimiento de los fundamentos de una historia natural que comprenda 1.500 años de la vida de un pequeño grupo campesino indígena, la cual, aunque ofrezca analogías con la de pueblos de otras partes, puede dar lugar a proposiciones de interés y valor universales sobre adaptaciones mentales y sociales a situaciones de la vida.

Un tipo diferente de investigación, llevada a cabo por un investigador de los Laboratorios Yerkes de Biología de los Primates de la Florida, tenía por objeto reunir datos cuantitativos sobre la conducta de los monos aulladores en su medio natural, la Isla de Barro Colorado, en la Zona del Canal de Panamá. Se investigaron tipos de conducta de la agresión, la alimentación, la comunicación y el juego, con la intención de comparar-

los con datos análogos de otros grupos de primates y con la conducta de estos animales en grupo.

Como es sabido, en julio de 1962 los Institutos Nacionales de Higiene (NIH) establecieron una oficina latinoamericana en Río de Janeiro. A medida que se han desarrollado las actividades de la oficina, se ha puesto de manifiesto que sus tareas más importantes serán la acumulación de información científica y la evaluación de las tendencias e influencias en América Latina en cuanto se relaciona con el programa de los NIH de subvenciones destinadas al extranjero. Esta oficina está capacitada para proporcionar asesoramiento y ayuda a los investigadores latinoamericanos que deseen solicitar subvenciones de los NIH.

### III. RASGOS SOBRESALIENTES DE LA ACTUAL INVESTIGACION RESPALDADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Desearía ahora describir brevemente algunas de las investigaciones que actualmente efectúa o respalda el Instituto Nacional de Salud Mental. No intentaré esbozar aquí los principios que rigen la organización y el desarrollo de un programa de investigación en salud mental, ni indicar la posible extensión de las tareas de investigación relacionadas con la enfermedad y la salud mentales. Esta clase de información puede obtenerse en el trabajo titulado "Investigaciones de Salud Mental" presentado por el Dr. Stanley F. Yolles, del Instituto Nacional de Salud Mental, al Primer Seminario celebrado en Cuernavaca en 1962.\* Dicho trabajo describe, además, el programa de subvenciones del INSM para investigadores de los Estados Unidos y del extranjero.

Desearía, sin embargo, referirme a algunos de los descubrimientos logrados gracias a los estudios efectuados en los laboratorios del

\* *Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental. Publicación Científica de la OPS 81, 60-81. Washington, D. C., 1963.*

INSM o en alguno de los numerosos centros de investigación no gubernamentales de los Estados Unidos que han recibido el apoyo del INSM.

Por lo general, nuestro trabajo se funda en la teoría de que las causas de la enfermedad mental son varias: la etiología puede ser genética y bioquímica o conductista ideacional. Así, los 2.500 programas de investigación (aproximadamente) que en la actualidad ejecuta el personal del INSM y los subvencionados por esa institución, comprenden una amplia variedad de temas. En efecto, el citado trabajo del Dr. Yolles describe, en un apéndice, distintas clases de investigaciones básicas y aplicadas que llevamos a cabo, desde los mecanismos del cerebro y la conducta hasta la metodología, y desde los trastornos psiquiátricos infantiles hasta la criminalidad.

Los programas de investigación del Instituto Nacional de Salud Mental abarcan tantas áreas distintas por una buena razón. Todavía no estamos en una etapa que nos permita concentrarnos confiadamente en un área específica de investigación, tal como los expertos en el cáncer se concentran ahora en el estudio de los virus como posible causa de ciertas neoplasias. Cuando los científicos del campo de la salud mental levantan la vista de los tubos de ensayo o del gato con electrodos en el cerebro o del mono utilizado para un estudio sobre la conducta, y proyectan su vista hacia el futuro, ven delinearse unas pocas sendas, pero la densa niebla de la ignorancia no permite ver aún adonde llevan. Aunque ahora suele decirse que las causas de los trastornos mentales pueden residir en factores genéticos, errores metabólicos, tensiones psicológicas o experiencias sociales, lo cierto es que todavía en cualquier problema clínico pueden intervenir dos o más de esas causas.

Debemos tenerlo presente y continuar, como hasta ahora, trabajando simultáneamente en todos esos frentes. Hemos abandonado algunas posibilidades y no estamos de acuerdo con algunas antiguas suposiciones.

Nos hemos planteado nuevas preguntas y seguimos nuevos métodos. Todo esto forma parte, desde luego, de la manera como opera la ciencia, y estos esfuerzos, que aumentan año tras año, acabarán provocando conquistas que estarán a la altura de las obtenidas en cualquiera de los campos de la salud.

Una de las clases de investigaciones efectuadas actualmente en el INSM se dedica al cerebro en general y a la conducta. La importancia de hallar la manera como influyen en el comportamiento orgánico el sistema nervioso central y el sistema endocrino relacionado con éste, han sido reconocidos desde hace mucho tiempo. En este problema, el procedimiento tradicional de extirpar una parte del cerebro de un animal experimental o de implantar electrodos en áreas específicas del cerebro, es bueno, pero limita al experimentador que busca el posible efecto del estímulo en la conducta del animal que se mueve libremente. Los investigadores de la Sección de Neuropsicología del Laboratorio de Psicología del INSM han logrado hacer un aparato llamado "estimulador remoto", que sirve para transmitir un estímulo eléctrico al cerebro de un mono intacto, mediante una radio-onda. En la práctica, actúan sobre centros cerebrales del mono que controlan la ingestión o el rechazo de alimentos, los instintos agresivos, el despertar del sexo y algunos otros aspectos de la conducta. Ahora pueden implantar hasta 10 electrodos en distintos centros cerebrales de un mono, unidos a un diminuto receptor de radio colocado en el cráneo. Esto permite al animal moverse dentro de una jaula grande y recibir los estímulos por medio de un radio transmisor.

Dentro de uno o dos años, se usarán en estos experimentos aparatos nuevos y mejores, en los que un control remoto seleccione cuál de los electrodos implantados se desea activar. Además, se podrá ajustar la intensidad del estímulo antes de administrarlo. Algunos de estos experimentos podrán hacerse en los habitats al aire libre, que

pronto se construirán en una granja situada a 64 kilómetros de los edificios del INSM, en Bethesda. Podremos telemedir, también por radio, los datos fisiológicos correspondientes a estos animales mientras se hallan en actividad al aire libre. Esto nos permitirá recibir y registrar fenómenos tales como la presión sanguínea, los ritmos cardíaco y respiratorio, etc.

Otra área importante es la del desarrollo precoz. Los estudios clínicos retrospectivos han proporcionado abundantes evidencias de que algunos trastornos mentales pueden relacionarse con desafortunadas experiencias precoces del organismo. Gracias a estudios realizados con animales podemos ahora abordar el mismo problema en forma retrospectiva. El Dr. Harry Harlow, de la Universidad de Wisconsin, ha mantenido colonias experimentales de monos, donde tan solo se permitía a las crías asociarse con "madres artificiales" hechas con alambre o con alambres y un tejido peludo. Estos trabajos han demostrado, sin ningún género de duda, que esas experiencias precoces deformadas ejercen un marcado efecto sobre la conducta y el desenvolvimiento del animal.

Volviendo al área del desarrollo precoz, figura en nuestro programa un grupo de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros especialistas que forman el Centro de Crecimiento Biosocial. Este grupo estudia el desarrollo inicial del niño, mas no comienza con el nacimiento o con el embarazo materno, sino con el compromiso de la pareja que se casará y probablemente tendrá un hijo. De esta forma se interesan por los factores psicológicos que intervienen en la formación de la familia. Marido y mujer son entrevistados y examinados periódicamente hasta que la esposa queda embarazada, y aún después hay entrevistas, pruebas y observaciones de las más variadas. Después del nacimiento del niño, el estudio continúa intensamente durante el período neonatal; posteriormente con menor frecuencia, hasta que la criatura va a la escuela maternal del Centro a la edad de dos años y medio. Este estudio se ha con-

centrado, entre otros objetivos, en la búsqueda de las diferencias que existen al nacer entre uno y otro niño. Entre las aparentes diferencias de constitución figuran la fuerza muscular, las respuestas de succión y la sensibilidad dérmica. Ha sido necesario idear nuevos métodos para comprobarlas, y se ha demostrado que en todas esas respuestas existen claras diferencias y que no sería descabellado sospechar que estas diferencias, más bien sencillas, estarán relacionadas con manifestaciones más importantes del desarrollo posterior del niño.

Desearíamos también mencionar una tercera área: la bioquímica. Varios científicos de los Institutos Nacionales de Higiene y de otras instituciones creen que una de las causas de la esquizofrenia puede ser alguna anormalidad bioquímica o del metabolismo. Se admite que otros factores pueden estar también implicados, y seguramente lo están, mas los últimos progresos alcanzados en la bioquímica hacen posible e interesante la prosecución de estos trabajos. Entre los que han trabajado más en este problema figura el Dr. Robert Heath de la Universidad de Tulane, quien durante más de 10 años, ha estado investigando, junto con sus colaboradores, la posibilidad de que exista en la sangre de los pacientes esquizofrénicos alguna sustancia que explique, por lo menos en parte, la existencia de la enfermedad. Aunque algunos de los resultados que se han obtenido no han sido todavía reproducidos por otros investigadores, se han logrado descubrimientos similares en algunos otros laboratorios y, gracias a sus esfuerzos, se ha estimulado una cantidad considerable de investigaciones sobre este problema.

Las investigaciones en esta área han sido estimuladas por otro grupo de subvencionados del INSM, con su descubrimiento de una nueva prueba bioquímica que ha resultado útil como indicadora de la existencia del factor seroproteínico en la sangre. La prueba se basa en la proporción entre el ácido láctico y el pitúvico (proporción L/P) en las células. Los investigadores, doctores J. S.

Gottlieb y Charles E. Frohman y sus colaboradores, de la Clínica Lafayette de Detroit, descubrieron que el metabolismo de los hematíes del pollo, puestos en suero de pacientes esquizofrénicos, mostraban una relación L/P dos veces superior al metabolismo celular con suero de pacientes normales. Esto sugiere la posibilidad de una prueba bioquímica para "diagnóstico" de la esquizofrenia. Los primeros descubrimientos realizados en estudios en los que se ha empleado este indicador, sugieren que el factor sérico puede actuar como uno de los complejos mecanismos bioquímicos que controlan la liberación de energía en respuesta a un *stress*.

Otra importante área de investigación está constituida por los estudios psicológicos y psicodinámicos. Un estudio de interés especial es el dirigido por el Dr. Lyman Wynne y su grupo, en el Departamento de Psiquiatría de Adultos, del INSM. Se dedica al estudio de familias intactas en las que hay un adolescente esquizofrénico menor de 20 años, de uno u otro sexo. Participan el paciente, los padres y, a veces, también los hermanos. El estudio se efectúa, en parte, mediante sesiones de psicoterapia a las que asiste toda la familia y uno o dos psicoterapeutas. Para análisis ulterior se hace una grabación de las discusiones del grupo. El propósito del estudio es encontrar la relación entre la estructura de la familia, las características psicológicas de sus miembros sanos y el estado clínico del paciente.

Se han encontrado algunas cosas sorprendentes. Aunque todavía sólo se ha estudiado a un corto número de familias de esta manera, la evidencia obtenida es sorprendentemente clara. En esas familias parecen existir pautas determinadas de pensamiento que se acomodan con el estado del paciente. Los investigadores han aplicado regularmente los *tests* de Rorschach y de Apercepción Temática al paciente y a las familias. Un experto con gran práctica en pruebas proyectivas y que no sabe nada sobre los sujetos que intervienen en el estudio, examina después los resultados de esas sesiones

de aplicación de *tests*, y ha podido identificar a los miembros de cada familia a través de sus rasgos comunes en la manera de pensar. En un estudio reciente, el mismo experto, estudiando a 38 familias y trabajando tan solo con los resultados de las pruebas proyectivas, pudo localizar correctamente a 16 de los 18 parientes dentro de la familia a la cual pertenecía el paciente. Esto no se efectúa basándose en el contenido del pensamiento que interviene en las respuestas al *test* sino en la manera de pensar. Los efectos posibles de estas investigaciones serán también de importancia extraordinaria para la comprensión del contexto psicológico dentro del cual se desarrolla la esquizofrenia.

No cabe duda de que en la aparición de las psicosis existe la posibilidad de influencias genéticas, y es preciso estudiar mucho más esta posibilidad. Nosotros hemos iniciado recientemente un estudio de pares de gemelos idénticos, uno de los cuales es esquizofrénico y el otro normal. Se hizo venir al INSM a ellos y sus familiares para someterlos a un estudio muy completo.

Otra gran dificultad consiste en saber los efectos de las condiciones sociales ambientales y de otro tipo sobre la salud y las enfermedades mentales. Acerca de esto hay numerosas suposiciones y se han planificado numerosos programas colectivos y medios de tratamiento que se fundan en dichas suposiciones. En la actualidad es bien poco lo que sabemos sobre el impacto real de las condiciones sociales. El Dr. Alexander Leighton y sus colaboradores, de la Universidad de Cornell, llevan a cabo un estudio acerca de los efectos de las condiciones ambientales sobre la salud mental en un pequeño distrito rural. Intentan probar la hipótesis de que las tasas de las enfermedades mentales son elevadas en las colectividades desorganizadas y que pueden rebajarse cuando las colectividades logran un grado más alto de organización. Este plan considera el empleo de personas preparadas para el fomento de instalaciones y medios industriales, educativos y colectivos que mejoren las condiciones de vida de la

población; los cambios que así se produzcan serán evaluados por sociólogos científicos en una serie de encuestas anuales. Es posible que ese estudio tenga que prolongarse durante varios años porque los efectos de dichos cambios pueden tardar largo tiempo en ponerse de manifiesto.

Otra dificultad importante que hay que vencer es la adquisición de un conocimiento mejor que el actual sobre la naturaleza de la psicoterapia y de la eficacia de sus diversos sistemas empleados hoy en día. Personas procedentes de diversos grupos profesionales, se encargan ahora de proporcionar psicoterapia, que se practica de muchas formas encuadradas en distintos marcos teóricos y es el tratamiento preferido para muchas personas con problemas emocionales. Contamos, sin embargo, con escasas pruebas categóricas de la eficacia de este método terapéutico, aunque hay una muy amplia convicción, tanto por parte de los psicoterapeutas como por los pacientes tratados mediante la psicoterapia, de que ésta es eficaz en muchos casos. Hay otros, sin embargo, como todos sabemos, en que esta modalidad de tratamiento se muestra ineficaz. Debido a la sutileza de los problemas psicológicos y a la sugestibilidad de los seres humanos, es extremadamente difícil la tarea de evaluar la eficacia de la psicoterapia.

Un tema que merece estudio detenido es el que se refiere a los factores constitucionales que puedan explicar las diferencias individuales entre personas con buena salud mental y su capacidad para resistir los estados tensionales. ¿En qué medida existe algo que podríamos llamar "vigor" en cuanto a salud mental se refiere? En realidad no sabemos cómo medirlo o determinarlo. Hasta ahora, ha habido muy pocos estudios intensivos de las personas sanas y no hemos podido contar con una información digna de crédito sobre los factores relacionados con una salud mental vigorosa. Estos estudios deben llevarse a cabo de una manera sistemática.

Un importante programa de investigación

del INSM, que tiene aplicaciones prácticas más inmediatas que algunos de los demás, es el que corresponde a nuestro Centro de Servicios Psicofarmacológicos, que estudia las ventajas clínicas y la confiabilidad de las drogas existentes, y continuamente examina nuevas drogas y efectúa investigaciones sobre los mecanismos de acción básicos de estos agentes.

Dentro del programa del Centro recientemente se completó un estudio en colaboración con nueve hospitales, sobre la efectividad de algunas drogas en pacientes esquizofrénicos agudos de reciente admisión. Durante un período de seis semanas fueron estudiados 350 pacientes en nueve hospitales seleccionados entre aquellos que cuentan, en los Estados Unidos de América, con las principales clases de instalaciones para el tratamiento de esquizofrénicos agudos. Los pacientes fueron asignados, al azar, a diversos grupos; uno tratado con clorpromazina, seleccionada como droga tipo por considerarla como la más antigua entre los derivados efectivos de la fenotiazina estudiados con intensidad; otro con flufenazina, una fenotiazina relativamente nueva que se distingue por su baja dosis efectiva y por su supuesta incidencia de efectos neurológicos colaterales relativamente elevada; un tercer grupo con tioridazina, nueva fenotiazina a la que se atribuye muy escasa incidencia de efectos colaterales neurológicos, y un último grupo con placebo inerte.

Aunque no se han efectuado todos los análisis pertinentes de los datos, se sabe ya, claramente, que, en todos los hospitales, las tres drogas demostraron su superioridad sobre los placebos en el tratamiento de la esquizofrenia. Síntomas tan distintos como apatía, alucinaciones auditivas, hostilidad, delirio paranoico, habla incoherente y risa hebefrénica respondieron bien y, además, se observó mejoría en la conducta social y el cuidado de sí mismo por parte de los pacientes. Ninguna de las tres drogas de destacó como francamente superior a las restantes. Aunque los efectos neurológicos

colaterales mostraron las tendencias esperadas, sus diferencias fueron menos notables de lo que se sospechaba. La flufenazina causó, desde luego, menos efectos colaterales totales que las otras dos drogas. En la actualidad se buscan aquellos factores que pueden pronosticar respuestas favorables a cada una de las drogas o a éstas en grupo.

Otra clase de actividad del INSM que podría colocarse bajo el epígrafe de investigación de problemas, se refiere a los servicios urgentes que se prestan a los pacientes. Esta clase de investigación se basa en descubrimientos del científico de laboratorio pero llega algo más allá. Las investigaciones se mantienen mediante subvenciones de demostración y otros recursos.

En uno de dichos estudios, que se prolongó durante un período de cinco años, los pacientes esquizofrénicos que se hallaban hospitalizados en un hospital estatal recibieron continuada terapia con drogas y psicoterapia en una clínica de cuidados de la convalecencia. Muchos de estos pacientes llevaban hospitalizados de 2 a 13 años. Sin embargo, con la atención para convalecientes, tan solo el 10% requirió nueva hospitalización, lo que supone una reducción considerable en la tasa esperada de retornos entre dichos pacientes.

El estudio reveló, además, que cuando estos pacientes sufren una recidiva con evidentes síntomas psicóticos, éstos pueden ser, en casi todos los casos, perfectamente controlados en dos o cuatro semanas de tratamiento en hospital diurno. En cambio, si los pacientes vuelven al hospital estatal cuando reaparecen sus síntomas, lo más probable es que el tratamiento se extienda de 3 a 12 meses, y, en ocasiones, todavía más.

Otro estudio demostró que el tratamiento en el hogar puede evitar la hospitalización del 50% de los pacientes mentales que parecerían destinados a la hospitalización. Todos los pacientes que pretendían ingresar en el Hospital Estatal de Boston, procedentes del área de Dorchester, durante un tiempo determinado, fueron seleccionados

por el Servicio de Tratamiento Psiquiátrico en el Hogar del mismo Hospital. En aquellos casos en que se decidió que podría evitarse la hospitalización, se proporcionó un servicio limitado para ayuda del paciente durante las crisis o para prestar terapia a corto plazo en espera de remitirlo a una institución colectiva. Esta técnica, que logró evitar la hospitalización de la mitad de los pacientes examinados, fue considerada como especialmente prometedora desde el punto de vista de la salud pública, porque proporcionaba servicios efectivos, aunque limitados, a gran número de pacientes.

Un estudio más importante, que incluía exámenes periódicos de 649 pacientes durante el primer año después de su hospitalización, sugirió que las ideas corrientes respecto al tratamiento hospitalario y los servicios poshospitalarios necesitan revisión. Los hallazgos de este estudio aparecieron en un libro titulado *The Mental Patient Comes Home*,\* por el que sus autores, los doctores Howard E. Freeman y Ozzie G. Simmons obtuvieron un premio de investigación de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Entre los descubrimientos figura que el nivel de actuación del paciente después de la hospitalización está relacionado con su ambiente familiar; aquellos pacientes que anteriormente vivían con su cónyuge, cuyas expectativas en la vida son más elevadas, desempeñan su papel en niveles laborales o sociales más altos que los que viven con parientes o hermanos.

Las conclusiones de los investigadores fueron:

1. Las nociones actuales sobre lo permitido y el *stress* necesitan ser revisadas en lo que respecta a los programas intrahospitalarios y poshospitalarios. Los programas hospitalarios probablemente sean más eficaces, ya que orientan firmemente hacia una actuación efectiva al paciente que reacciona.

\* Nueva York: Wiley, 1963. 309 págs.

Esperando poco de ellos se mantiene una actuación socialmente inadecuada y aumenta la dificultad del paciente para actuar en las formas socialmente aceptadas.

2. Quizás todavía más importantes que los mencionados servicios de "transición", como los hospitales diurnos y nocturnos y los proyectos de hospitales de trabajo con internación, son aquellos programas que pueden proporcionar un medio circundante estable al paciente poshospitalario, en vez del ambiente en que vivían antes de la hospitalización. Si el objetivo deseado es la modificación de la escasa confianza del paciente en sí mismo, la única posibilidad puede ser reinstalarlo en un ambiente residencial, orientado hacia un nivel de realizaciones superior al del ambiente del cual proviene.

#### *Estudios transculturales*

Algunas clases de investigación pueden efectuarse sin tener en cuenta el medio geográfico: cuando se está estudiando la célula poco importa si la célula sometida a estudio es de un chileno nativo, de un hombre de negocios estadounidense o de un campesino chino. Existen, sin embargo, diferencias en el pensamiento, por lo cual las generalizaciones que establece un científico social sobre las relaciones entre lo social y las enfermedades mentales pueden ser bastante distintas en América del Norte, América del Sur y Asia, por ejemplo.

Desearía referirme brevemente a algunos de los estudios transculturales que ahora se llevan a cabo. En dichos estudios se incluyen investigaciones en muchas de las áreas a las cuales acabo de referirme.

Los estudios epidemiológicos parecen particularmente apropiados para la etapa actual del desarrollo de las investigaciones. La evaluación objetiva de la incidencia y de las clases de enfermedad mental en una determinada población, es una herramienta básica de la psiquiatría transcultural, especialmente en las áreas "psiquiátricamente subdesarrolladas". Es valiosa para la correc-

ción de conceptos erróneos y para preparar el camino de la planificación referente a salud mental. En el curso de esos estudios puede recogerse también mucha información útil respecto a la relación existente entre las manifestaciones de la enfermedad y las actitudes y tolerancia de la colectividad.

Uno de los problemas que plantean dichos estudios ha sido la dificultad para obtener bases diagnósticas comparables para los estudios epidemiológicos. Sin embargo, las investigaciones epidemiológicas se facilitarán mucho en todo el mundo cuando el subcomité de expertos de la Organización Mundial de la Salud haya terminado la revisión de la sección de trastornos mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades. El Dr. Morton Kramer, Jefe del Departamento de Biométrica del INSM, ha sido uno de los que han encabezado el movimiento en pro de la propuesta revisión de dicha clasificación.

Un estudio epidemiológico proporcionará intensos exámenes periódicos de todos los ingresados por primera vez en el Hospital Mental Estatal de Gunstad, en Oslo, Noruega, entre 1938 y 1962, que en total son 2.300 pacientes. Cinco psiquiatras clínicos visitarán en sus hogares a los ex pacientes, efectuarán exámenes psiquiátricos cuidadosos y harán observaciones directas sobre la situación social de los pacientes. Los datos resultantes serán de especial importancia porque Noruega, con un sistema nacional de registro de enfermedades mentales, posee numerosas características singulares para un estudio de epidemiología psiquiátrica. Toda la información procedente del registro nacional se guarda en forma que se presta a la elaboración automática de datos.

Los abundantes datos obtenidos en Israel en un período de dos años sobre la adaptación y el comportamiento social de niños criados en cuatro tipos distintos de ambientes, son analizados ahora en el INSM. Los sujetos de estudio fueron 600 criaturas menores de 18 meses que vivían en institu-

ciones, *kibbutzim* (colectividades comunales), familias de la clase media con un solo niño y familias de la misma clase con varios niños. En uno de los estudios se registraron las sonrisas y las vocalizaciones durante un período de 12 minutos en el cual una observadora (básicamente extraña al niño) lo miraba de manera estática, sin sonreírle, seguido, después de medio minuto, por otro período de dos minutos en el cual le sonreía y pronunciaba repetidamente el nombre del niño. Los análisis preliminares indican que la sonrisa es más frecuente en niños de instituciones a la edad de 20 semanas y a la de 16 semanas en niños que viven en *kibbutzim* y en el hogar. Los niños que vivían en su hogar eran los que más reían, y los que residían en instituciones los que menos reían.

La misma sección del INSM continúa también su tarea de evaluación del estado del desarrollo (mental, motor y de conducta) durante los dos primeros años de la vida del niño. Hasta ahora se han reunido pruebas con niños de Ohio, California, Hawái, Inglaterra, India e Israel. Hay ya signos preliminares de que las tasas obtenidas con esta clase de análisis merecen confianza, son significativas y ayudarán de modo importante para la evaluación de la manera de actuar en el diagnóstico precoz de la deficiencia mental. También pueden revelar la presencia, en edad más temprana, de tendencias reactivas estables, que son precursoras de modos posteriores de reaccionar y de ajustarse a la vida.

Varios estudios transculturales giran alrededor de la familia. Los análisis preliminares de los resultados de un estudio que comprende la interacción madre-hijo en familias japonesas, muestran diferencias bastante grandes con los datos obtenidos sobre madres e hijos estadounidenses. La madre japonesa puede dedicar mucho tiempo al niño y su reacción es inmediata ante cualquier "protesta, agitación o llanto" de su hijo. Estos descubrimientos, unidos a los datos de 300 entrevistas con madres japo-

nesas en que se describe el íntimo contacto físico entre padres e hijos (se bañan y duermen juntos), son indicadores de elevado grado de interdependencia.

Los doctores Eduardo Maldonado-Sierra y Ramón Fernández Marina, del Instituto de Psiquiatría de Puerto Rico, y el Dr. George V. Coelho, del INSM, efectuaron recientemente, con subvención del INSM, un estudio transcultural sobre la capacidad de los adolescentes. Hallaron que los estudiantes estadounidenses y puertorriqueños, a pesar de sus distintas tradiciones, valores y ambiente sociales, mostraban respuestas similares a los problemas que se les planteaban.

El estudio estadounidense se concentró en tres grupos de estudiantes universitarios de primer año: uno escogido por sus superiores cualidades académicas, extra-académicas y sociales; otro, por su buena puntuación en una prueba de méritos académicos, y, finalmente, otro grupo de estudiantes perturbados emocionalmente. Se aplicó a cada grupo la prueba *Student-TAT*, nuevo test psicológico en que se muestran diapositivas donde aparecen situaciones escolares ambiguas, y se pide a los sujetos que imaginen una narración acerca de cada diapositiva. Los investigadores hallaron importantes diferencias entre los grupos normales y el grupo clínicamente perturbado, tanto en autodirección activa como en iniciativa, optimismo y en la capacidad para controlar el *stress* y mantener la ansiedad dentro de límites tolerables.

En el estudio de Puerto Rico se usaron análogos criterios selectivos, tests y métodos para las entrevistas, y los resultados fueron iguales a los obtenidos en los Estados Unidos. Aunque los resultados sugieren la posibilidad de identificar entre sí a los estudiantes que lograron imponerse a su ambiente, a pesar de las diferencias culturales, no descartan la posibilidad de que existan diferencias importantes en la estructuración cultural de la capacidad de los adolescentes en ambas sociedades.

Otro estudio relacionado con los adolescentes repite, esta vez en Inglaterra, uno

efectuado en los Estados Unidos. El objeto de la investigación, emprendida por sociólogos de la Universidad de Stanford, es demostrar la hipótesis de que los muchachos y muchachas de la clase media sufren menos *stress* que los de familias de la clase obrera. Además de probar dicha hipótesis, se recogerán datos relacionados con tres importantes supuestos acerca de las diferencias de clase social en las circunstancias en que viven los adolescentes. Estos supuestos son: que los adolescentes de la clase media mantienen con sus familias una relación más favorable que los adolescentes de la clase trabajadora; que la situación escolar es más favorable para los primeros que para los segundos, y que los primeros están más satisfechos con las circunstancias materiales de su vida.

Otro subvencionado del INSM intenta demostrar la hipótesis de que, al nivel de la clase baja, en el ambiente urbano estadounidense, el grado de aislamiento y desorganización social asociado con la esquizofrenia es mayor para los estadounidenses de nacimiento que para las personas de origen italiano. En una investigación anterior se halló que, en Nápoles, son relativamente pocos los pacientes esquizofrénicos que sufren un curso de deterioración continuado. El investigador intenta demostrar ahora que mientras la incidencia de la esquizofrenia es, en general, mayor entre los grupos socio-económicos inferiores, la presencia de lazos familiares fuertes (como los que existen, por ejemplo, entre los italianos) sirve para suavizar las tensiones debidas al aislamiento social y a la privación económica, alterando así el curso del síndrome esquizofrénico.

#### IV. POSIBILIDADES DE INVESTIGACIÓN EN AMERICA LATINA

Las oportunidades para la investigación existen para cualquier país y en cualquier etapa de su desarrollo. Pero, en cualquier parte, los investigadores deben establecer un sistema de prioridades para la inversión de

los limitados fondos destinados a investigación. Deben también decidir si van a consagrarse al desarrollo de nuevo conocimiento; al utilizar a los investigadores adiestrados disponibles para dedicarlos al adiestramiento de otros, incrementando así el potencial para investigaciones, o si se concentrarán en la investigación de problemas urgentes, que puede proporcionar respuestas a problemas cruciales relacionados con el funcionamiento de los servicios de salud mental.

Generalizando, diríamos que, para América Latina, la segunda y tercera posibilidades serían, probablemente, las más útiles. Sin embargo, en áreas selectas de la investigación general, puede también hacerse una contribución valiosa al acervo mundial de nuevos conocimientos.

Respecto al adiestramiento, los programas de colaboración y de intercambio pueden ayudar a satisfacer la necesidad de un mejor adiestramiento en investigación. Como se sabe, se llevan a cabo ya numerosos y variados programas de investigaciones en colaboración con científicos de los Estados Unidos y de otros países. Las universidades latinoamericanas y los científicos extranjeros pueden también beneficiarse mutuamente con el fomento de programas de intercambio o de "visitas científicas" para atraer investigadores extranjeros hacia la América Latina. Los centros regionales de investigaciones, donde científicos jóvenes de varios países latinoamericanos pueden formarse como investigadores, constituyen otro elemento para el adiestramiento en la investigación.

En lo que se refiere a la investigación de problemas urgentes, en estos tres o cuatro últimos años han surgido, en varios países latinoamericanos, programas avanzados de atención en la colectividad y de alternativas de la hospitalización. México ha tomado la iniciativa al comenzar a establecer, en los nuevos centros, programas regulares de investigación y evaluación. Al principio, dichos programas de investigación, estrechamente relacionados con las tareas diarias de

las clínicas de salud mental o de los servicios especiales psiquiátricos de urgencia, pueden producir tan sólo modestas contribuciones de investigación. Con el transcurso del tiempo, y en especial si dicha investigación puede incluirse en programas de investigación de escuelas de medicina y hospitales mentales, pueden convertirse en un nuevo foco de progreso de la investigación.

Puede también esperarse buenos resultados en aquellas áreas de la investigación para cuyo desarrollo un país posee recursos excepcionales. Sociólogos, antropólogos y psiquiatras investigan ya las formaciones sociales, las relaciones familiares e historias genéticas de poblaciones determinadas de América Latina, para hallar sus repercusiones sobre la salud mental. Se cuenta también con recursos valiosos para estudios referentes al efecto de la urbanización y la industrialización sobre la salud mental de las poblaciones en evolución.

Nuestra comprensión de los complejos factores que intervienen en el desarrollo normal se va ampliando, como ya señalamos, gracias a los estudios transculturales. Además del desenvolvimiento infantil y las relaciones familiares, en lo futuro pueden ser otras áreas fructíferas para dichos estudios las pautas del envejecimiento, la delincuencia juvenil, el alcoholismo y el suicidio. Los países latinoamericanos constituyen, una vez más, medios ideales para dichas investigaciones. Como han señalado el Dr. Jorge Velasco Alzaga y otros, el suicidio se está convirtiendo en un factor de mortalidad importante en algunos países latinoamericanos, especialmente en las áreas donde se operan cambios económicos rápidos. Los estudios transculturales, y asimismo los epidemiológicos, sobre el suicidio y el homicidio, pueden ofrecer nuevas orientaciones para programas preventivos.

La relación posterior de las posibilidades

de investigación de América Latina se facilitará mediante los esfuerzos por mejorar la comunicación científica entre los investigadores. La Organización Panamericana de la Salud ha dado un paso importante al convocar seminarios como éste. Conforme se desarrolle el Centro de Información en Salud Mental de la OSP, que ya he mencionado, podemos esperar progresos mayores. En la actualidad, constituye una necesidad primordial la producción coordinada de datos fidedignos, comparables e interdisciplinarios sobre actividades e investigaciones en salud mental en toda la América Latina.

Ningún país posee, por sí solo, el monopolio de la capacidad o los recursos para impulsar las investigaciones en salud mental. Los programas coordinados y de contribución mutua pueden abrir nuevas sendas para la cooperación internacional en el fomento de la salud.

Comenzamos este trabajo con una nota de optimismo y lo terminamos con la misma nota. Los contornos del mundo psiquiátrico han cambiado, hasta el punto de resultar irreconocibles, desde la época que, siendo un estudiante de medicina, realicé mi primera visita a un hospital mental, y decidí dedicarme a la psiquiatría. Estos cambios han obedecido no menos al arduo trabajo y a la dedicación de los científicos en el laboratorio que a los psiquiatras que tratan a sus pacientes. Los rasgos principales de los cambios en la práctica psiquiátrica, algunos basados en las investigaciones que he descrito, se delinearán ya en el horizonte. Conforme esos cambios se vayan convirtiendo en realidades, se pondrán en movimiento otros cambios y mejoras que ahora apenas vislumbramos como no sea muy vagamente. Así ha sido siempre; por esto, el futuro es una época de reto y de estímulos, y sólo podemos sentirnos orgullosos de participar en esta prueba.

## **ANEXOS**



## Anexo I

### PARTICIPANTES

#### Argentina

DR. VALENTÍN BARENBLIT  
Médico, Servicio de Psicopatología, Policlínico  
de Lanús  
Buenos Aires

DR. HUGO BLEICHMAR  
Médico, Servicio de Psicopatología, Policlínico  
de Lanús  
Buenos Aires

DR. MARIO BONICH  
Presidente del Consejo del Instituto Nacional  
de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Buenos Aires

DR. RODOLFO A. CERUTI  
Jefe de Servicio, Consultorios Externos  
Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Buenos Aires

DR. OSCAR D'AMATO  
Vicepresidente del Consejo del Instituto Na-  
cional de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Buenos Aires

DR. JORGE E. GARCÍA BADARACCO  
Jefe del Curso de Psiquiatría para Graduados y  
Jefe de Servicio, Hospital Nacional Neuropsi-  
quiátrico de Hombres  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Buenos Aires

DR. OMAR J. IPAR  
Director, Hospital Nacional Neuropsiquiátrico  
de Hombres  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Buenos Aires

DR. JOSÉ L. LOCCI  
Presidente, Comisión Nacional Asesora de Salud  
Mental  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Rosario, Santa Fe

DR. CARLOS LUCERO K.  
Director, Centro Psiquiátrico de Río Cuarto,  
Córdoba  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Río Cuarto, Córdoba

DR. JUAN F. A. MENGONI  
Consejero del Instituto Nacional de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Buenos Aires

DR. JUAN J. MORGAN  
Jefe de Servicio, Hospital Nacional Neuropsiquiá-  
trico de Hombres  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Buenos Aires

DRA. LÍA GLADYS RICOÑ  
Encargada del Dpto. de Adultos, Servicio de  
Psicopatología, Policlínico de Lanús  
Buenos Aires

DR. JOSÉ SANZ DEL CAMPO  
Jefe del Servicio Neuropsiquiátrico  
Secretaría de Salud Pública  
San Juan, San Juan

DR. CARLOS SISTO  
Secretario, Comisión Nacional Asesora de Salud  
Mental  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
Buenos Aires

DR. JOSÉ B. TOLEDO  
Director, Colonia de Laborterapia de Tucumán  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
San Miguel de Tucumán, Tucumán

DR. RAÚL J. USANDIVARAS  
 Profesor Titular de Psicología Social  
 Universidad Católica del Salvador  
 Buenos Aires

DR. GUILLERMO VIDAL  
 Jefe, Servicio de Psicopatología  
 Instituto Modelo, Hospital Rawson  
 Buenos Aires

DR. ALBERTO DE ZABALETA  
 Consejero del Instituto Nacional de Salud  
 Mental  
 Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública  
 Buenos Aires

### Bolivia

DR. JAVIER MEJÍA  
 Jefe, Servicio de Psiquiatría, Hospital Militar  
 Ministerio de Salud Pública  
 La Paz

### Brasil

DR. STANISLAU KRZYNSKI  
 Profesor de Psiquiatría Infantil  
 Facultad de Medicina  
 Pontificia Universidad Católica de São Paulo  
 São Paulo

DR. JOSÉ LEME-LÓPES  
 Profesor de Clínica Psiquiátrica  
 Facultad Nacional de Medicina  
 Universidad de Brasil  
 Río de Janeiro

DR. JOSÉ LUCENA  
 Profesor, Clínica Psiquiátrica  
 Facultad de Medicina  
 Universidad de Recife  
 Recife, Pernambuco

DR. HEITOR PÉRES  
 Asesor Psiquiátrico del Ministerio de Salud y  
 Consejero del Consejo Nacional de Salud  
 Servicio Nacional de Enfermedades Mentales  
 Ministerio de Salud  
 Río de Janeiro

### Colombia

DR. CARLOS A. LEÓN  
 Jefe, Departamento de Psiquiatría  
 Facultad de Medicina  
 Universidad del Valle  
 Cali

DR. OSCAR ROBLEDO R.  
 Director, Hospital Mental  
 Beneficencia de Antioquia  
 Medellín

DR. HUMBERTO ROSSELLI  
 Director Científico, Hospital Neuropsiquiátrico,  
 Sección Bogotá  
 Ministerio de Salud Pública  
 Bogotá

DR. PEDRO NEL SAAVEDRA  
 Jefe de Sección de Educación Sanitaria e Higiene  
 Mental  
 Ministerio de Salud Pública  
 Bogotá

### Chile

DR. ALFREDO JELIC S.  
 Asesor en Salud Mental y Médico del Hospital  
 Psiquiátrico  
 Servicio Nacional de Salud  
 Santiago

DR. JUAN MARCONI T.  
 Jefe de Clínica  
 Cátedra de Psiquiatría  
 Escuela de Medicina  
 Universidad de Chile  
 Santiago

DR. IGNACIO MATTE BLANCO  
 Profesor Titular de Psiquiatría  
 Director de la Clínica Psiquiátrica  
 Escuela de Medicina  
 Universidad de Chile  
 Santiago

DR. LUIS C. MUÑOZ  
 Jefe, Sección Salud Mental  
 Servicio Nacional de Salud  
 Santiago

DR. MARCELINO VARAS F.  
 Profesor Extraordinario, Psiquiatría  
 Escuela de Medicina  
 Universidad de Concepción  
 Concepción

### Ecuador

DR. FORTUNATO SAFADI  
 Jefe de Servicio  
 Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce"  
 Guayaquil

**Paraguay**

DR. AGUSTÍN CARRIZOSA  
 Director, Departamento de Salud Mental  
 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
 Asunción

DR. ANDRÉS RIVAROLA Q.  
 Psiquiatra, Clínica de Higiene Mental  
 Centro de Salud No. 1, Departamento de Salud  
 Mental  
 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
 Asunción

**Perú**

DR. BALTAZAR CARAVEDO C.  
 Jefe, División de Higiene Mental  
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
 Lima

DR. HUGO DELGADO  
 Encargado del Dpto. de Neuropsiquiatría  
 Universidad de San Agustín, y Jefe del Servicio  
 de Psiquiatría, Hospital General de Arequipa  
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
 Arequipa

DR. HUMBERTO ROTONDO  
 Psiquiatra Jefe, Hospital Asesor (Vitarte-Lima)  
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
 Lima

DR. CARLOS A. SEGÚN  
 Profesor de Psiquiatría  
 Director del Dpto. de Ciencias Psicológicas  
 Facultad de Medicina  
 Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
 Lima

**Uruguay**

DR. JUAN CARLOS REY T.  
 Profesor Adjunto de Psiquiatría  
 Universidad de Montevideo  
 Montevideo

DR. CARLOS HUGO TOBLER  
 Docente Adscrito  
 Facultad de Medicina  
 Universidad de Montevideo  
 Delegado, Ministerio de Salud Pública  
 Montevideo

**Venezuela**

DR. LUIS DOMÍNGUEZ  
 Adjunto, Dirección del Departamento de Hi-  
 giene Mental de Venezuela  
 Caracas

DR. PEDRO REYES E.  
 Director, Dispensario de Higiene Mental  
 Departamento de Higiene Mental de Venezuela  
 Caracas

**OBSERVADORES**

DR. CLARK J. BAILEY  
 Executive Officer  
 Foundations' Fund for Research in Psychiatry  
 New Haven, Connecticut  
 Estados Unidos de América

DR. EDUARDO A. BARBAGELATA  
 Secretario General, Comisión Argentina Asesora  
 en Salud Mental  
 Paraná, Entre Ríos  
 Argentina

DR. ANDRÉS BORLENGHI  
 Miembro de la Comisión Argentina Asesora en  
 Salud Mental  
 Director, Hospital Nacional Neuropsiquiátrico  
 de Mujeres  
 Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública

Buenos Aires  
 Argentina

DR. EUGENE BRODY  
 Professor of Psychiatry  
 Director, Psychiatric Institute  
 University of Maryland  
 Baltimore, Maryland  
 Estados Unidos de América

SRA. ALMA CARRASCO DE YAHN  
 Enfermera Universitaria  
 Encargada del Curso de Enfermería Psiquiátrica  
 Escuela Universitaria de Enfermería  
 Universidad de la República Oriental del Uru-  
 guay  
 Montevideo  
 Uruguay

DR. HAYDEN H. DONAHUE  
American Psychiatric Association  
Superintendent, Central State Hospital  
Dept. of Mental Health  
Oklahoma City, Oklahoma  
Estados Unidos de América

DR. RICARDO HORACIO ETCHEGOYEN  
Profesor Titular de Psiquiatría  
Universidad Nacional de Cuyo  
Mendoza  
Argentina

DR. WILLIAM HAUSMAN, LT. COL.  
Chief, Behavioral Sciences Research Branch  
U. S. Army Medical Research Development  
Command  
Office of the Surgeon General  
Washington, D. C.  
Estados Unidos de América

DR. EDUARDO HIDALGO  
Director, Hospital Central de Valencia  
Valencia  
Venezuela

DR. LUIS M. MARTÍNEZ DALKE  
Profesor Titular, Psiquiatría  
Universidad Católica del Salvador  
Presidente, Federación Argentina de Psiquiatras  
Buenos Aires  
Argentina

DR. JUAN CARLOS PLA  
Cátedra de Psiquiatría  
Facultad de Medicina

Universidad de la República Oriental del Uruguay,  
Montevideo  
Uruguay

SRA. LISBETH POPPER  
Trabajadora Social  
Coordinadora, Departamento de Psicología  
Médica  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México  
México, D. F., México

DR. FREDRICK C. REDLICH  
Professor of Psychiatry, Yale University  
Foundations' Fund for Research in Psychiatry  
New Haven, Connecticut  
Estados Unidos de América

DR. LINDBERGH S. SATA  
Psychiatrist, Department of Psychiatry  
University of Utah  
Salt Lake City, Utah  
Estados Unidos de América

DR. MARIO A. SBARBI  
Jefe de Sala, Instituto de Clínica Psiquiátrica  
Presidente, Liga Argentina de Higiene Mental  
Buenos Aires  
Argentina

DR. CARLOS E. SLUZKI  
Coordinador de Docencia e Investigación  
Servicio de Psicopatología del Policlínico de  
Lanús  
Buenos Aires  
Argentina

## OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

### Consultores

DR. EMILIO BUDNIK  
Representante, Zona VI, OSP  
Buenos Aires, Argentina

SR. MARIO CASABIANCA  
Zona VI, OSP  
Buenos Aires, Argentina

DR. JOHN EBERHARDT  
National Institute of Mental Health

U. S. Public Health Service  
Bethesda, Maryland  
Estados Unidos de América

DR. MAURICIO GOLDENBERG  
Profesor Regular Adjunto de Clínica Psiquiátrica  
Universidad Nacional de Buenos Aires  
Buenos Aires, Argentina

DR. JOSÉ HORWITZ  
Jefe de Servicio  
Hospital Psiquiátrico de Santiago  
Santiago, Chile

DR. PAUL V. LEMKAU  
Professor of Mental Hygiene  
School of Hygiene and Public Health  
Johns Hopkins University  
Baltimore, Maryland  
Estados Unidos de América

DR. PAUL SIVADON  
Director, Instituto "La Verrière"  
París, Francia

SR. RENÉ SOTOMAYOR D.  
Zona VI, OSP  
Buenos Aires, Argentina

DRA. MARGARET URIST  
Centro Latinoamericano de Información en  
Salud Mental, OSP  
Washington, D. C.

DR. JORGE VELASCO ALZAGA  
Asesor Regional en Salud Mental, OSP  
Washington, D. C.

---

## Anexo 2

### COMPOSICION DEL SEMINARIO

#### Comisión Directiva

*Presidente del Seminario*

Dr. Mario Bonich (Argentina)

*Relator General*

Dr. Juan Marconi T. (Chile)

*Secretario General*

Dr. Mauricio Goldenberg (OSP)

#### Presidentes de Sesiones

*Sesiones Preparatoria, Inaugural y de Clausura*

Dr. Mario Bonich (Argentina)

*Primera Sesión Plenaria*

Dr. José Leme-López (Brasil)

*Segunda Sesión Plenaria*

Dr. Ignacio Matte Blanco (Chile)

*Tercera Sesión Plenaria*

Dr. Carlos A. Seguí (Perú)

*Cuarta Sesión Plenaria*

Dr. Agustín Carrizosa (Paraguay)

*Quinta Sesión Plenaria*

Dr. Carlos A. León (Colombia)

*Sexta Sesión Plenaria*

Dr. Fortunato Safadi (Ecuador)

#### Coordinadores

*Grupo 1*

Dr. Oscar D'Amato (Argentina)

*Grupo 2*

Dr. Juan F. A. Mengoni (Argentina)

*Grupo 3*

Dr. Alberto de Zabaleta (Argentina)

#### Secretarios de Grupo

*Grupo 1*

Dr. Valentín Barenblit (Argentina)

*Grupo 2*

Dra. Lía Gladys Ricón (Argentina)

*Grupo 3*

Dr. Hugo Bleichmar (Argentina)

## Directores de Debates y Relatores

### Tema I

<i>Grupo</i>	<i>Director de Debates</i>	<i>Relator</i>
1	Dr. Luis C. Muñoz (Chile)	Dr. Humberto Rotondo (Perú)
2	Dr. Baltazar Caravedo C. (Perú)	Dr. Agustín Carrizosa (Paraguay)
3	Dr. Carlos A. Seguíñ (Perú)	Dr. Oscar Robledo R. (Colombia)

### Tema II

1	Dr. Carlos A. León (Colombia)	Dr. Carlos Hugo Tobler (Uruguay)
2	Dr. Stanislau Krynski (Brasil)	Dr. Javier Mejía (Bolivia)
3	Dr. Fortunato Safadi (Ecuador)	Dr. Marcelino Varas F. (Chile)

### Tema III

1	Dr. Luis Domínguez (Venezuela)	Dr. Pedro Nel Saavedra (Colombia)
2	Dr. Ignacio Matte Blanco (Chile)	Dr. Pedro Reyes E. (Venezuela)
3	Dr. Heitor Péres (Brasil)	Dr. Juan Carlos Rey T. (Uruguay)

### Tema IV

1	Dr. Pedro Nel Saavedra (Colombia)	Sra. Lisbeth Popper (México)
2	Dr. Hugo Delgado (Perú)	Dr. Humberto Rosselli (Colombia)
3	Dr. Juan Marconi T. (Chile)	Dr. Carlos Sisto (Argentina)

### Tema V (Mesa Redonda)

<i>Moderador</i>	Dr. Mauricio Goldenberg (OSP)
<i>Secretario</i>	Dr. Juan Marconi T. (Chile)

### Secretaría y Servicios Administrativos

Sr. Mario Casabianca  
Oficina Sanitaria Panamericana  
Zona VI

Sr. René Sotomayor D.  
Oficina Sanitaria Panamericana  
Zona VI