

SALUD MENTAL

La mayoría de los trastornos psiquiátricos cumplen con los requisitos de tener una alta prevalencia (30% de los asistentes a los consultorios de medicina interna) y una alta recuperabilidad para ser reconocidos como problemas para los especialistas en Salud Pública. A pesar de estos hechos la salud mental ha sido tradicionalmente postergada en cuanto a prioridades en relación con otros problemas de salud.

Los autores en el presente trabajo, exponen algunos elementos de juicio que informan sobre el estado actual de la Salud Mental, especialmente en el Servicio Nacional de Salud, algunas bases generales que debieran orientar las actividades futuras y una breve cuenta de lo realizado en los últimos tres años. Esta cuenta se refiere tanto a la prevención "Primaria", como a la "Secundaria" y "Terciaria".

ALGUNOS INDICADORES SOBRE SU SITUACION ACTUAL PAUTAS GENERALES DE ACCION

Salud Mental en el Servicio Nacional de Salud

Dr. HERNAN MONTENEGRO ARRIAGADA *

Dr. EDUARDO MEDINA CARDENAS **

INTRODUCCION

La Salud Mental ha quedado tradicionalmente postergada en cuanto a prioridad, en relación con otros problemas de Salud.

Esta situación se debe a varios factores. Tal vez el más importante es que en los países en desarrollo los programas de salud han estado orientados, en su línea gruesa, a lograr la supervivencia del individuo, quedando en segundo plano el mejorar la calidad del producto que logra sobrevivir.

Se ha dicho y con razón que mientras existan altas tasas de mortalidad infantil, materna y del adulto en general, el grueso de los recursos debe asignarse a reducir estos indicadores de salud.

Lo anterior ha significado que el concepto de salud que postula la OMS permanezca sólo en la etapa de declaración de principios.

Entre otros factores que también contribuyen a esta situación, está el desconocimiento sobre

la magnitud de los problemas de salud mental, su impacto en reducir el rendimiento de los programas tradicionales de salud y la productividad del individuo.

Un ejemplo típico de lo señalado lo constituye el alcoholismo. La mortalidad por cirrosis hepática en Chile es una de las más altas del mundo (45.9 x 100.000 habitantes). El 11.4% de las muertes de individuos de ambos sexos mayores de 15 años, reconoce como causa la ingestión inmoderada de alcohol. Su repercusión sobre la salud física y mental de todo el grupo familiar, la desnutrición infantil, la deserción escolar, etc., como asimismo en la economía del país, ha sido suficientemente probada.

Menos conocido aún es el hecho de que en más del 50% de los casos de la enorme deserción escolar que existe en las escuelas del sector público, la principal causa de ella son limitaciones intelectuales o trastornos del aprendizaje. Esto significa que de 100 niños que entran al 1.º básico sólo 25 terminan el 8.º año básico.

Diversos estudios revelan que alrededor del 30% de las consultas en los policlínicos de medicina interna es motivada directamente por trastornos psiquiátricos (Neurosis, Trastornos

* Jefe Sección Salud Mental, Servicio Nacional de Salud.

** Ayudante Sección Salud Mental, Servicio Nacional de Salud.

psicofisiológicos, etc.). Se sabe que este tipo de enfermo consulta con mayor frecuencia, ocupando una proporción significativa de horas médicas destinadas a otro tipo de patología.

Otro factor que ha influido en mantener postergada la salud mental es el prejuicio de que la psiquiatría es una especialidad de bajo rendimiento y eficacia. No ha existido suficiente conocimiento por ej. de los avances espectaculares que se han logrado en el campo de la psico-farmacología, que han redundado entre muchos otros progresos, en que hoy día el 80% de las psicosis logran una recuperación total. Diversas técnicas psicoterapéuticas entre las que cabe destacar la terapia conductual, por su eficacia, simplicidad y brevedad, permiten hoy día curar más del 70% de las Neurosis y atenuar significativamente la sintomatología de los casos más severos.

En cuanto al rendimiento, este se ha visto notoriamente incrementado por las técnicas de terapia de grupo y sobre todo por el enfoque social o comunitario de la psiquiatría moderna.

Existe actualmente un vasto cuerpo de conocimiento que nos permite desarrollar metodologías de prevención primaria en salud mental. Tal vez sea éste uno de los avances más largamente sentidos por los especialistas en Salud Pública. Ejemplos de este nuevo enfoque son los Programas de "Prevención Primaria del Alcoholismo en la Comunidad Escolar" y de "Estimulación psicosocial Precoz" puestos en práctica recientemente por la Sección Salud Mental cuyas evaluaciones son altamente promisorias.

Así entonces la mayoría de los trastornos psiquiátricos cumplen con los requisitos de tener una alta prevalencia y una alta recuperabilidad para ser reconocidos como problemas por los especialistas en Salud Pública.

En 1975 la OPS/OMS celebró una reunión de expertos en Caracas para formular un conjunto de importantes recomendaciones que enfatiza la necesidad de enseñar Salud Mental en las Escuelas de Salud Pública.

Pero no sólo es justo señalar los factores mencionados como responsables de la postergación en que se encuentra la salud mental.

Es preciso reconocer que una parte de responsabilidad cabe también a los propios especialistas.

Señalaremos sucintamente los defectos más importantes de la psiquiatría en nuestro país.

La preocupación fundamental de psiquiatras y psicólogos ha sido hasta la fecha el tratamiento del caso individual. Prácticamente no se ha evidenciado un afán por desarrollar estra-

tegias asistenciales que signifiquen dar el mejor servicio psiquiátrico posible, al más bajo costo, a aquellos individuos que más lo necesitan. Es decir, por aplicar los modernos conceptos de Psiquiatría Comunitaria.

La actividad asistencial ha sido básicamente confinada a los Hospitales Psiquiátricos. No ha habido, salvo honrosas excepciones, esfuerzos por vincularse al hospital general, ni de capacitar o interesar al médico general o al equipo de salud en actividades de salud mental.

El enfoque ha sido eminentemente curativo para la enfermedad ya producida. No han existido intentos significativos por aplicar el modelo de salud pública, vigente desde fines del siglo pasado, con sus conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria, para abordar los problemas de salud mental.

Se deja sentir una falta de interés por traducir a términos corrientes una terminología innecesariamente complicada, lo que aleja aún más de la psiquiatría al no especialista.

La especialidad psiquiátrica ha servido de refugio para algunos médicos que han sentido una mayor inclinación por la filosofía y la alta lucubración intelectual, que por el deber de tratar enfermos.

Resultaría muy necesario un cuidadoso examen de selección para los médicos que van a postular a becas de psiquiatría.

En la enseñanza de pre-grado se hace necesario adecuar los conocimientos a la realidad nacional con un enfoque eminentemente pragmático orientado a darle una solución en primera instancia a los problemas psiquiátricos de más alta prevalencia.

En el presente trabajo hemos intentado exponer algunos elementos de juicio que informen sobre el estado actual de la salud mental, especialmente en el Servicio Nacional de Salud, algunas bases generales que debieran orientar las actividades futuras y una breve cuenta de lo realizado en los últimos tres años.

SITUACION ACTUAL

1.— ANTECEDENTES

La asistencia psiquiátrica chilena muestra tres etapas históricas más o menos diferenciadas.

El 8 de Agosto de 1852 se fundó en Santiago la Casa de Orates, según el modelo europeo asistencial de entonces, tendiente a aislar al enfermo mental del medio ambiente. Desde su primera ubicación en calle Yungay, se trasladó en 1858 a su actual local de calle Olivos.

En 1928 se creó el Open Door, ubicado en el fundo "El Peral" de Puente Alto. Su finalidad era activar y rehabilitar a aquellos pacientes susceptibles de alguna recuperación, mediante el trabajo manual agrícola.

No existieron otras características significativas en esta etapa en lo asistencial, no obstante que el arsenal terapéutico se diversificó mediante fármacos y procedimientos que permitirían al psiquiatra no solo describir los cuadros mórbidos, sino obtener un cierto rendimiento favorable.

En 1953 la antigua Casa de Orates se transformó oficialmente en el Hospital Psiquiátrico. Se modificó parcialmente el inmueble, con la construcción de nuevas dependencias, permitiendo separar más definitivamente los pacientes agudos de los crónicos, quedando éstos en los antiguos departamentos.

Coincidió esta modificación institucional con el desarrollo, en farmacología, de los neurolépticos o tranquilizantes mayores. Desde entonces se posibilitó un radical y favorable cambio en el manejo de los pacientes agudos y, en consecuencia, mejoraron significativamente sus tratamientos y pronósticos individuales y sociales. Los pacientes crónicos que continuaron en el Hospital Psiquiátrico se mantuvieron en el ambiente asilar sin variaciones, significando una rémora del período anterior.

En 1969 se trasladó un apreciable contingente de pacientes crónicos al Sanatorio de Putaendo (antiguamente destinado a atención de tuberculosos) desde algunos establecimientos de la capital, principalmente del Hospicio de Santiago.

Esta segunda etapa está caracterizada tanto por la centralización de las acciones en el equipo de salud mental intrainstitucional, como por el énfasis en la recuperación del paciente agudo, considerado ya individualmente o en relación con su núcleo familiar. Se asiste por otra parte al nacimiento de diversas investigaciones epidemiológicas orientadas a determinar la prevalencia de la patología mental en la población, especialmente alcoholismo; a diversos estudios clínicos y farmacológicos que enriquecieron el campo de acción; a la diversificación de los profesionales que constituyen el equipo asistencial; y al intento por incorporar la especialidad psiquiátrica al quehacer de los grandes hospitales generales, mediante servicios especializados anexos.

La tercera etapa, aún no consolidada, ha significado esfuerzos aislados por llevar los recursos de salud mental desde el interior de los establecimientos y servicios especializados al

seno de la comunidad. Se trata, por una parte, de utilizar los recursos y agencias existentes en la propia comunidad y, por otra, de delegar funciones en profesionales no especializados del equipo de salud y/o en otras personas, previamente capacitadas. Esta corriente o tendencia se la denomina Psiquiatría Comunitaria.

Las razones de esta nueva orientación debemos encontrarlas en diversas circunstancias, tales como el creciente consenso mundial sobre la existencia de numerosos problemas psíquicos en la población supuestamente "sana", emergidos especialmente en etapas de catástrofe (notablemente en la población afectada por la II Guerra Mundial); el desarrollo de la Salud Pública, con sus áreas definidas de prevención primaria, secundaria y terciaria; la creación y desarrollo también de otras profesiones encaminadas no sólo al diagnóstico y tratamiento del paciente, sino a su rehabilitación; el perfeccionamiento de numerosas técnicas para hacer más accesible los recursos a la población; la conciencia cada vez mayor de otros sectores ajenos a la salud, como policía, tribunales, establecimientos educacionales y otras organizaciones, sobre la utilidad de contar con recursos técnicos en salud mental y la contribución de otras ciencias del hombre, tales como la sociología y la antropología, al mejor conocimiento de las enfermedades mentales.

Por otra parte, se constata cada vez más la insuficiencia cuantitativa de los recursos psiquiátricos habituales (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales especializadas y terapeutas ocupacionales), situación común tanto en los países desarrollados como en desarrollo. Así, han nacido diversas iniciativas que tienden a multiplicar la cobertura comunitaria de las acciones, mediante la utilización de profesionales especializados y aún de miembros de la propia comunidad previamente entrenados. Por ejemplo, se han incorporado médicos generales a estas acciones y se ha entrenado a consejeros en salud mental que han organizado modalidades de consultas no médicas (consejerías matrimoniales y otras).

Estas iniciativas, aunque no reemplazan a los primeros, permiten enfrentar con eficiencia una serie de situaciones que no requieren necesariamente la participación directa de profesionales tan especializados y con una formación larga y costosa, pudiendo dedicar mayor tiempo a los problemas que por su envergadura no pueden delegarse.

Desde hace tiempo existen personas que recurren por ayuda psicológica a maestros, reli-

T A B L A N° 1

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS EN PSIQUIATRIA DEL SNS

Región	Establecimientos	Camas Psiquiatr.	Psiquiatras	Psicólogos	Asist. Sociales *	Enfermeras ½ Jornada	Terapeutas ** Ocupacionales	Auxiliares Enfermería
I	Hosp. Arica	18	1	—	—	—	—	4
	Hosp. Iquique	55	—	—	—	—	—	8
II	Hosp. Antofagasta	35	1	—	—	1	—	8
V	Hosp. Salvador Valpo.	150	5	4	5	6	—	49
	Hosp. San Felipe	24	—	—	—	—	—	4
	Sanatorio Putaendo	600	2**	—	2	2	3	24
	Hogar Menores Putaendo	111	—	—	—	—	—	9
	Hosp. Psiquiatr. Stgo.	1.850	60 en Stgo.	73 en Stgo.	12	15	17	210
METRO- POLI- TANA ***	Hosp. Psiquiatr. P. Alto (Colonia El Peral)	1.331	—	—	9	2	—	44
	Clinica Psiqu. Infantil	40	—	—	—	3	—	8
	Hosp. "Arriarán"	15	—	—	—	—	—	—
VIII	Hosp. Reg. Concepción	60	3	—	2	2	—	16
	Hosp. Reg. Temuco	28	1	—	—	—	—	13
IX	Nueva Imperial	21	—	—	—	—	—	—
X	Valdivia	14	4	—	—	¼	—	4
XII	Punta Arenas	60	1	1	—	0.5	—	5
TOTAL			78	78****	78	36		411

**** Agregando un psicólogo en Villa Alemana, 1 en Rancagua y 1 en San Antonio, se completan 81.

*** Existen además instituciones privadas que atienden exclusivamente pacientes psiquiátricos del SNS, que totalizan alrededor de 600 camas, de las cuales 50 son para pacientes egodos.

** Corresponde a dos médicos generales de Zona con orientación psiquiátrica.

* Cifras parciales.

giosos, farmacéuticos, líderes de la comunidad y otros. Si se los capacitara adecuadamente, podrían perfeccionar su labor y dar mayor seguridad en su acción.

En Chile tenemos dos iniciativas con orientación comunitaria, en el Area Norte de Santiago en 1966 y en el Area Sur de la capital en 1969. Por diversas razones sus objetivos no se han cumplido íntegramente.

Actualmente existe una mezcla de las 3 etapas ya descritas:

- El Hospital Psiquiátrico de Puente Alto (ex Colonia El Peral) y el Sanatorio de Putaendo conservan en parte todavía su rol auxiliar de pacientes crónicos. En 1976 se ha comenzado un valioso programa de rehabilitación en ellos, con miras a la restitución parcial o total de algunos pacientes a la comunidad.
- El Area Sur de Santiago mantiene su orientación comunitaria. Con la creación de un Servicio de Psiquiatría en el Hospital Barros Luco-Trudeau, se agregará el recurso de la hospitalización de pacientes agudos al actualmente existente de atención ambulatoria externa.
- El resto de los establecimientos y servicios especializados del país se mantiene más o menos orientado hacia acciones de recuperación intrainstitucional, con cobertura comunitaria no significativa. Se trabaja fundamentalmente en base a consulta espontánea de pacientes, que sobrepasa los escasos recursos humanos y materiales disponibles.

2.— RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES (Tabla N° 1)

En el Servicio Nacional de Salud (SNS) se desempeñan actualmente 76 psiquiatras y 81 psicólogos, concentrados mayoritariamente en Santiago. Casi la mitad de los médicos especialistas trabajan en el Hospital Psiquiátrico, dedicando una mínima proporción de su jornada a la atención de consulta externa.

Existen 35 enfermeras y 415 auxiliares de enfermería en los diversos establecimientos psiquiátricos del SNS.

La cantidad de camas psiquiátricas con que cuenta el SNS alcanza al 15 por ciento del total, ocupando el tercer lugar en relación a pediatría (18,4%) y medicina (16%). Cabe destacar la desproporción entre la cantidad de camas en los diferentes servicios, con los escasos recursos humanos para atenderlas, aunque es importante señalar que los dos tercios de los pacientes hospitalizados son crónicos y sólo un tercio corresponde a agudos.

Por otra parte, el presupuesto que asigna el Servicio Nacional de Salud a atención pediátrica corresponde tan sólo al 2,6 por ciento del total.

3.— MAGNITUD DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Algunos estudios de prevalencia realizados en el país tienden a mostrar que alrededor del 20 por ciento de la población presenta alguna patología psiquiátrica. (Tabla N.º 2).

Estudios realizados en países desarrollados señalan que aproximadamente el 2 por ciento de la población general llega a recibir atención especializada.

T A B L A N º 2
PREVALENCIA DE DESORDENES MENTALES EN TRES ESTUDIOS
DE TERRENO EN SANTIAGO DE CHILE *

	Población Encuestada	Gran Stgo. 1957-58**	Sector Independencia 1965-66	Gran Stgo. 1967-68 ***
Oligofrenia	1 año	1,2	1,1	1,2
Epilepsia	5 años	2,0	0,9	1,1
Neurosis	5 años	10,0	8,0	15,3
Psicosis		0,7	0,4	0,3
Cuadro Orgánico Cerebral difuso	15 años	0,7	1,4	1,5
Alcoholismo		5,1	1,9	2,0
TOTAL (Tasa cruda)	Todas edades	19,0	11,9	17,5

Teniendo esta cifra como antecedente, se puede tentativamente estimar que se necesitarían otorgar 400.000 consultas anuales. Esto sin considerar las atenciones que médicos generales e internistas otorgan por trastornos psicósomáticos, neurosis, etc., que alcanzarían a la mitad de sus acciones, los retardos mentales leves ni los trastornos de la personalidad.

Por su trascendencia, nos referiremos brevemente a los mayores problemas de salud mental de la población del país, alcoholismo y retardo mental socio-cultural.

ALCOHOLISMO. Afecta a la población mayor de 15 años. Incluye no sólo el alcoholismo crónico; con dependencia física del etanol (5% de la población adulta) sino también al bebedor excesivo (15% adicional) por sus repercusiones negativas individuales, familiares, sociales y económicas.

Esta situación incide en:

- alta tasa de mortalidad por cirrosis hepática y por accidentes de vehículos motorizados.
- alta proporción de ocupación de camas en hospitales generales, siendo la cirrosis hepática como entidad mórbida aislada, la primera causa de ingreso en los servicios de medicina interna.
- el más alto ingreso en los hospitales y servicios especializados por las complicaciones neuro-psiquiátricas del alcoholismo.
- un 15 a 20% de los accidentes del trabajo se relaciona con la intemperancia.
- sobre el 40% de las detenciones policiales son por ebriedad.
- la ingestión inmoderada tiene relación directa con desorganizaciones familiares, desnutrición, mal rendimiento escolar y vagancia infantil.
- en el plano laboral, estimaciones indirectas permiten suponer una pérdida anual de 63.000.000 de jornadas diarias.

Por último, también otras estimulaciones indirectas concluyen que el total de ingresos que significa la industria del alcohol (producción, distribución, tributos diversos y otros) representa *la mitad* del costo neto que producen los gastos imputables a su uso inmoderado (salud, justicia, policía, seguridad social, etc.).

RETARDO MENTAL SOCIO-CULTURAL:

Es esta una condición de alta prevalencia en los países subdesarrollados. Una gran proporción de nuestros niños muestra un retraso en

su desarrollo intelectual, que se pone de manifiesto generalmente muy tarde, mediante una desadaptación y bajo rendimiento escolar. El origen de dicho retraso es fundamentalmente la falta de una adecuada estimulación psico-social que afecta a los niños desde sus primeros años de vida, cuando se crían en un medio ambiente de bajo nivel socio-económico.

A fin de señalar algunos indicadores de este grave y poco conocido problema, debe hacerse presente que, en nuestro sistema escolar, el 81% de los alumnos repite algún curso y el 16% repite dos cursos; que la deserción escolar en el sector fiscal es superior al 50% entre 1.º y 6.º año básico; en alrededor de 2/3 de estos casos esta deserción obedece a dificultades intelectuales, y que el promedio de escolaridad en las escuelas públicas es sólo de 4,7 años.

Las ominosas proyecciones en los campos social y económico de estos guarismos son indudables: frente a la revolución científica y tecnológica a nivel mundial, más de la mitad de nuestra población infantil no está terminando la enseñanza básica y se incorpora a la vida laboral sólo capacitada para desempeñar servicios menores. El aporte de este vasto sector a la economía del país tendrá que ser casi nulo, cuando no un lastre.

BASES PROGRAMATICAS Y FAUTAS DE ACCION

1.— CARACTERISTICAS GENERALES

Los problemas de salud mental deben abordarse con un enfoque integral, que involucre aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Las acciones deben considerar no sólo los recursos humanos especializados, sino también la colaboración de otras especialidades médicas y/o demás profesionales de la salud.

Se deben integrar también aquellos recursos provenientes de otras entidades y grupos interesados en estas materias, capacitándose a quienes no sean profesionales universitarios, para que puedan cumplir funciones específicas en los programas.

Las acciones que se planifiquen deben ser de costo reducido, utilizando los recursos humanos y materiales existentes a nivel local, adaptados flexiblemente a la realidad concreta de cada lugar.

Debe tenderse a reconocer a la psiquiatría como quinta especialidad básica de acuerdo a la recomendación de la OMS, correspondiéndole

igual rango que a medicina interna, pediatría, cirugía y obstetricia.

Las escuelas de medicina y profesiones de la salud deben ampliar y modernizar los programas referentes a psiquiatría y salud mental.

Por su extensión, significado médico-social y posibilidades de acción, aparecen con carácter prioritario los rubros referentes a retardo mental socio-cultural y alcoholismo. Deberán enfatizarse las acciones de prevención primaria en estos rubros.

La realización de estudios epidemiológicos y socio-antropológicos que orienten acerca del nivel de salud mental y de la morbilidad psiquiátrica en las diversas regiones del país, sigue siendo un asunto del mayor interés.

El uso de una nomenclatura psiquiátrica sencilla y uniforme en los niveles locales facilitará el intercambio de datos y las evaluaciones estadísticas.

2.— PAUTAS DE ACCION

Deberán realizarse acciones a nivel regional y de área hospitalaria.

A nivel regional deberá existir un equipo mínimo de profesional especializado, en base a psiquiatra, psicólogo, enfermera especializada, asistente social especializada y terapeuta ocupacional. Este equipo contará con los recursos humanos de colaboración y materiales para dar atención abierta y cerrada a pacientes psiquiátricos, asesoría a niveles menores y otras actividades propias de un Centro de Salud Mental.

A fin de extender los servicios en las áreas hospitalarias, debería estimularse la planificación de acciones que considerando los propios recursos existentes, incorpore otros no tradicionales. Es posible ampliar la cobertura, por ejemplo, en base a médicos generales con adiestramiento en materias específicas; mediante la incorporación de un psicólogo clínico en el equipo de salud general; utilizando otros recursos intersectoriales como profesores, orientadores y otros.

Por otra parte, la actualización de aspectos relacionados con psiquiatría y salud mental de otras especialidades médicas, indirectamente también redundará en el mismo objetivo.

Los programas deben ser confeccionados localmente en regiones y áreas considerando tanto los recursos humanos y materiales como la realidad concreta general. El diseño de instrumentos de medida y evaluación de las acciones debería ser común, para intercambiar experiencias y conocer la cuantía y rendimiento de los recursos comprometidos.

Sin perjuicio de ajustar las prioridades de acuerdo a la realidad local, por su importancia cuali y cuantitativa y vastas proyecciones, debería considerarse de la mayor importancia las acciones respecto a alcoholismo y retardo mental socio-cultural.

Las acciones de prevención secundaria en alcoholismo deberán realizarse en los establecimientos locales por el equipo general de salud. Aquellos problemas que superen su competencia serán derivados a las áreas o regiones o recibirán la asesoría de estos niveles.

La prevención primaria y terciaria también serán de realización local. Se estimulará la participación en el "Programa de Prevención Primaria del Alcoholismo en la comunidad Escolar", actualmente en incorporación a la enseñanza básica a nivel nacional. Su objetivo es modificar los elementos culturales que favorecen la ingestión anormal mediante la enseñanza de materias referentes a alcohol y alcoholismo, tendientes a evitar la ingestión inmoderada.

Psiquiatría Infantil: A pesar de que el 40% de la población del país es menor de 15 años, los recursos destinados al niño y al adolescente son ínfimos y se encuentran concentrados en Santiago.

Existen alrededor de 20 psiquiatras infantiles y una cantidad algo superior de psicólogos dedicados a la infancia. La prevalencia de trastornos psiquiátricos infantiles, puede ser estimada en 12%.

Para paliar esta situación se deberá capacitar al médico pediatra principalmente en el manejo de la patología psiquiátrica más simple.

Paralelamente se deberá tender a otorgar becas primarias y secundaria en psiquiatría infantil.

Existe suficiente evidencia científica acumulada que indica que una parte importante de los trastornos psiquiátricos del adulto, tienen su origen en la infancia. Así en todo programa de salud mental, debe contemplarse en forma prioritaria, la asistencia psiquiátrica infantil.

Establecimientos especializados: Sin perjuicio de sus labores propias, paulatinamente deberán reorientar la extensión de sus acciones fuera de sus recintos.

El Hospital Psiquiátrico de Santiago, deberá tomar en razón de su rol, tamaño y recursos actuales, un lugar destacado: sectorización hacia algunas regiones del país, reordenamiento de sus recursos docentes para post-grado y estructuración de dichos recursos docentes para adiestrar a médicos generales interesados.

Los demás servicios de psiquiatría actualmente en funciones se deberían adecuar a las actividades anteriormente propuestas.

Por otra parte, los establecimientos de pacientes crónicos serán paulatinamente incorporados a estas acciones en la medida que se cuente con recursos.

3.— RECURSOS

Se deben asignar con la adecuada cantidad y suficiente flexibilidad para lograr los objetivos planteados. El estado actual de los problemas en Salud Mental plantea una situación de emergencia.

Se deberá tender a aumentar sustancialmente las becas de post-grado, primarias y secundarias en psiquiatría.

El SNS cuidará que aquellas becas que financie, se orienten a obtener una sólida formación en la especialidad, que contemple tanto una preparación científica adecuada, las inquietudes o aspiraciones personales del becario, como la realidad asistencial del país.

Se estima que, además de lograr aumentar los recursos psiquiátricos habituales, se debe lograr un incremento de los psiquiatras infantiles y su distribución al menos a aquellas regiones de mayor densidad de población.

Se deberá aumentar sustancialmente la contratación de otros profesionales universitarios (psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales) para constituir los equipos propuestos anteriormente. Se dará prioridad a la completación de éstos en regiones y áreas.

Como paliativo de emergencia, podrían contratarse estudiantes de cursos avanzados de las carreras de la salud, para realizar acciones específicas bajo supervisión.

En aquellos casos en que la extensión a la comunidad requiera usar recursos ajenos al SNS, como líderes o consejeros en Salud Mental, etc., se debería lograr innovaciones en materia de remuneraciones y otras, si las circunstancias lo aconsejan.

El enriquecimiento de los equipos profesionales con científicos sociales deberá ser considerado en la medida de lo posible.

4.— METAS

A. NIVEL REGIONAL: Se debería tender a tener el equipo de Salud Mental mínimo descrito, en cada cabecera de región.

Deberían crearse estos equipos en las regiones III, IV, VI, VII y XI y deberían completarse a los equipos de la I, II, IX y XII.

Sería necesario, por otra parte, contar con psiquiatras infantiles en las ciudades de Antofagasta, La Serena, Valparaíso, Talca, Concepción, Temuco, Valdivia, Puerto Montt y Punta Arenas.

A NIVEL DE AREA HOSPITALARIA:

Idealmente deberían constituirse unidades mínimas de salud mental, en base a médico general diferenciado en psiquiatría en media jornada y psicólogo, en las principales áreas del país, de acuerdo al tamaño de la población, distancia de las capitales regionales, recursos y otros factores a considerar.

Esta unidad mínima podría atender parte de la morbilidad psiquiátrica local, debiendo diseñar y realizar demás actividades de prevención primaria y terciaria en el campo de la salud mental; además, deberá estar conectado al nivel técnico regional para recibir asesoría y derivar los pacientes que excedan su competencia.

Se deberá crear un Grupo de Capacitación Móvil a nivel de la Sección Salud Mental, que con la participación de profesionales de los establecimientos especializados, viajen a los niveles de región y/o de área para realizar reactualizaciones en Salud Mental.

Los hospitales y servicios especializados deberán sectorizar su cobertura sea por acción directa y/o asesoría a niveles menores.

Los establecimientos para pacientes crónicos deberán tener en funciones programas de rehabilitación y eventual alta de algunos de estos pacientes, con las evaluaciones pertinentes.*

Respecto a los recursos profesionales tradicionales, se tenderá a disponer al menos de 20 becas anuales primarias y secundarias en psiquiatría durante 1976-1980, cinco de ellas orientadas a psiquiatría infantil.

Se contratarán otros profesionales que integren estos equipos, prefiriendo las promociones últimas.

Los establecimientos y servicios especializados deben poder completar a la brevedad sus plazas profesionales actualmente vacantes.

5.— ACCIONES REALIZADAS

Tomando en consideración la ausencia de un programa nacional de Salud Mental, la impo-

*Un primer fruto de esta iniciativa fue el 1.er Simposio de Psiquiatría de Crónicos en el Sanatorio de Putaendo, Sept. 1976, con carácter nacional.

sibilidad momentánea de formularlo debido a la escasez de recursos humanos y a la dificultad a corto plazo de resolver este problema, la Sección Salud Mental ha concentrado sus esfuerzos en impulsar actividades que cumplirán los siguientes requisitos:

- Estar orientadas a problemas en que exista suficiente evidencia que medidas de prevención primaria tengan un alto rendimiento.
- Que estos problemas sean de alta prevalencia e incidencia.
- Que puedan realizarse mediante el concurso de médicos no especialistas, personal paramédicos entrenados o bien de otras profesiones.
- Que fueran de bajo costo.

5.1.— EN PREVENCIÓN PRIMARIA

a.— “Programa de Prevención Primaria del Alcoholismo en la Comunidad Escolar”.

Pretende educar en la ingestión moderada de bebidas alcohólicas, mediante la incorporación de materias de alcohol y alcoholismo en los niveles y asignaturas de toda la enseñanza básica a nivel nacional, a fin de modificar las pautas culturales que fomentan el beber excesivo. En conjunto con el Ministerio de Educación se ha finalizado una experiencia piloto en Santiago, Copiapó y Punta Arenas, en 1974 y 1975, confeccionándose un Texto-Guía para el profesor e Inserciones Programáticas de las materias en los programas oficiales. En la actualidad se gestiona su aplicación a nivel nacional.

b.— “Programa de Estimulación Precoz”. Pretende prevenir el retraso psíquico de origen ambiental, aumentando la efectividad de las madres como agentes de estimulación de sus hijos. Este programa está dirigido a niños entre 0 y 2 años, de nivel socio-económico bajo y para su realización se ha utilizado la infraestructura preexistente en el Servicio Nacional de Salud; capacitando previamente a enfermeras y auxiliares de enfermería, que realizan el control de niño sano.

Su aplicación experimental en el Área Sur Oriente de Santiago ha dado resultados promisorios, los que permiten recomendar la

extensión del Programa a otras regiones de salud.

c.— Educación en materias de Salud Mental:

A fin de proporcionar información técnica especializada a los niveles locales del SNS y otros sectores interesados en estas materias, se han confeccionado los siguientes documentos: “Alcoholismo, enfermedad recuperable”, “Aprendamos sobre alcoholismo” y “Aprendamos sobre drogas”.

En la actualidad, por otra parte, se está elaborando un Manual sobre Alcoholismo para los equipos generales de salud y otro sobre psicofarmacología.

5.2.— EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se han creado servicios de Psiquiatría de adultos en los Hospitales Barros Luco Trudeau y del Salvador (Santiago) y otro de niños en el Hospital Exequiel González Cortés. Diversas normas o instrucciones respecto a alcoholismo tienden a concretar el criterio ya señalado anteriormente acerca de acciones curativas a nivel de los equipos generales de salud a lo largo del país.

Desde comienzo de año se realiza en el Hospital Psiquiátrico de Puente Alto un Programa de Psicofarmacología Clínica, al cual se le entregaron recursos humanos y materiales.

Fueron elaboradas además diversas Normas sobre Salud Mental Infantil para capacitar a los equipos pediátricos en el manejo de la patología más simple.

Se ha diseñado un programa de capacitación en psiquiatría básica para médicos generales y de otras especialidades. Especial prioridad se dará a las cinco regiones del país donde no existen especialistas.

5.3.— EN PREVENCIÓN TERCIARIA

Se ha dado énfasis a la rehabilitación de pacientes crónicos mediante un programa especial al que se le han asignado los recursos necesarios tanto humanos como materiales en el Hospital Psiquiátrico de Puente Alto y en el Sanatorio Psiquiátrico de Putaendo.

Se ha podido contribuir a perfeccionar la labor de los diversos Clubes de Abstemios a lo largo del país, mediante subvenciones del Fondo Especial art. 24, Ley 16.744 de rehabilitación de alcohólicos, el cual es administrado por un Comité a nivel de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud.