

# SALUD MENTAL

## Integración y comunicación en el campo de salud mental. Una experiencia británica

### INTRODUCCION

Entendemos por *campo de salud mental*, el conjunto de actividades y de estudios relacionados con los problemas de salud mental, desde los situacionales hasta las psicosis graves, en que el sujeto de trabajo es una comunidad. Incluye, por lo tanto, actividades educativas, de tratamiento y rehabilitación, y estudios socio-culturales y antropológicos. Abarca los intereses de todo el equipo de salud pública, psicólogos, psiquiatras, científicos sociales, educadores y líderes de comunidad.

En el momento actual asistimos en Chile al desarrollo de un cambio en las actitudes del personal no especializado de salud pública con respecto a la prioridad relativa de estos problemas. Se hacen cursos y seminarios, se discuten programas, en circunstancias que hasta hace poco se les consideraba como ajenos a nuestra problemática nacional. Sin embargo, este interés y esta actitud más abierta no se han traducido todavía en disposición de recursos mínimos, y el Servicio Nacional de Salud, por ejemplo, sólo cuenta con una sección normativa en esta materia. El status del campo sigue sin definirse en forma explícita.

Analizando nuestra insuficiencia general de recursos y la magnitud de otros problemas, es de esperar una lenta convergencia de opiniones por parte de quienes no tienen participación activa en el campo. Frente a este problema de aceptación, de integración del campo de salud mental por parte de los no especialistas, quienes están en esa condición muestran un natural compromiso afectivo, con actitudes que van desde la ilusión del reconocimiento inminente, al escepticismo más exagerado. Un elemento poco considerado en la discusión del problema, es el

Antes de relatar una investigación realizada en Aberdeen, Escocia, el autor presenta el problema de la salud mental tal como él lo visualiza en el momento presente en nuestro país.

A continuación, nos relata las bases programáticas y la experiencia realizada en Escocia respecto a integración y comunicación entre instituciones y personas interesadas en la salud mental del niño, llegándose a conclusiones que son particularmente importantes para la realización de programas de higiene mental en Chile. Se enfatiza en esta presentación el grave problema que envuelve la falta de comunicación entre los distintos integrantes de un equipo. Su trabajo fue presentado al Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile del cual es miembro el autor.

Dr. LUIS WEINSTEIN\*

papel que la propia dispersión de los técnicos y la falta de integración de las distintas actividades que guardan relación con la salud Mental, tienen en relación al precario desarrollo de este campo. Se reconoce, en general, la importancia de la limitación de nuestros conocimientos en esta materia, pero se subestiman las posibilidades de lograr avances en función de una mejor utilización de las experiencias y coordinación de estudios entre diversas entidades y disciplinas.

En un país como Chile, en que, junto a diversos problemas de saneamiento y morbilidad ligados directamente al subdesarrollo, hay, por lo menos, dos grandes entidades —alcoholismo y aborto— que requieren el punto de vista de salud mental en un enfoque integrado, la búsqueda de medios para obtener un status adecuado y elementos mínimos de trabajo en salud mental, sobre la base de un pleno rendimiento de los recursos actualmente empleados, adquiere una importancia especial.

De 1958 a 1962 estudiamos, en el Centro de Demostración de Medicina Integral de Quinta Normal, las posibilidades de incorporar la higiene mental a las actividades de un equipo de salud periférica, en armonía con el trabajo en

\* El Dr. Weinstein ha cultivado durante todo su ejercicio profesional la Psiquiatría y la Medicina Social. Es miembro de la Sociedad de Psiquiatría. Diplomado en la Escuela de Salud Pública de Londres. Jefe del Programa de Higiene Mental y Alcoholismo del Área de Salud Occidente de Santiago. Profesor de Higiene Mental de la Escuela de Enfermeras del S.N.S. Ha publicado diversos trabajos sobre Higiene Mental, Psiquiatría Infantil y Alcoholismo. En el campo literario, publicó recientemente un libro titulado "El Niño, la Mirada y el Otro".

comunidad y el de los educadores. En alguna forma, tomaban parte en un programa de higiene mental pediatras, internistas, obstetras, asistentes sociales, enfermeras, matronas, maestros y profesores, junto a un equipo especializado formado por un psicólogo y un psiquiatra, abor- dando a una comunidad de 12.000 habitantes. En el proceso de integración disciplinaria e institucional, surgieron problemas de distinta índole. Fuera de las naturales dificultades de adaptación personal, caracterológicas o intelectuales, y de los problemas de comunicación inherentes a diferencias básicas de formación e información, pudimos presenciar tres fuentes de conflicto que parecen ser especialmente importantes en la integración multidisciplinaria y el trabajo en equipo en este campo.

La primera está asociada al problema del status. Constituye éste un elemento esencial en toda administración, como en la dinámica social en general. Se ha dicho que todos somos buscadores de status. En el campo de la salud mental, hay una tendencia natural a atribuir un valor intelectual especial al buen desempeño en ese campo y, en forma especial, a la posibilidad de influir en las decisiones que se adopten.

El segundo aspecto dice relación con el juego entre estudio clínico o análisis llevado a cabo de acuerdo a una metodología definida, y el natural papel del sentido común y la experiencia personal en la interpretación de los problemas de conducta y síntomas psíquicos. El conflicto se hace posible por la motivación colectiva, asociado al problema de status, para participar en el enjuiciamiento de los hechos. El miembro del equipo que no tenga entrenamiento especializado tenderá a exagerar el papel de lo "comprensivo".

Si un niño no hace las tareas, el profesor no puede dejar de pensar en forma casi refleja en una explicación, está flojo, está enfermo, está cansado, tiene problemas. Esa explicación espontánea, esta "comprensión", tiene un elemento positivo. Involucran interés hacia "el otro", tendencia social, aprovechamiento de la propia experiencia, tendencia científica en gérmenes, pero, evidentemente, hace falta observación, información y reflexión para llegar a saber muchas veces, el hecho tan simple de por qué el niño no hace las tareas.

De allí llegamos fácilmente al tercer elemento, la Investigación, el profesor puede requerir una pequeña investigación personal para saber por qué ese niño no hizo las tareas, o puede serle importante tema un panorama epidemiológico general de las dificultades de aprendizaje.

En cualquier caso, el profesor debe poder equilibrar su creencia positiva en su propio status, su facilidad de comprensión, con la posibilidad de interconsultar con facilidad a los padres, al psicólogo, la enfermera, el médico. Debe poder criticar su sentido común, investigar y beneficiarse de los estudios ajenos. Cuando digo, profesor, y hablo de un problema simple, estoy también diciendo psicólogo, pediatra, higienista, psiquiatra o asistente social. Salud Mental es un campo en que nadie sabe bien las cosas, y, sin embargo, muchos tienen bastante que decir.

#### *Bases programáticas de una experiencia en Escocia (Aberdeen)*

Con el objeto de valorar en otra dimensión los tres conceptos antes mencionados en su relación con el trabajo de integración de Salud Mental, realizamos un viaje de estudio a Gran Bretaña, durante 15 meses, a partir de septiembre de 1962. Nuestra idea fue de repetir, en cierto modo, la experiencia del Centro de Demostración, de observación participante, responsabilidad ejecutiva en un programa junto con llevar a cabo una investigación.

La exploración preliminar selectiva nos dio el proyecto de integrarnos a alguna institución que pudiera suministrar una visual en este campo, en Aberdeen, Escocia. Se trataba de una ciudad muy alejada de Londres, en la que se podía esperar, junto con diferenciación, conocimiento de lo que ocurría en el resto del país. Existían varios estudios y proyectos prácticos de prestigio, y era una ciudad lo suficientemente pequeña como para poder conocerse a los diversos técnicos en el campo sin grandes dispersiones de esfuerzo.

Para jugar un rol activo entre los técnicos que nos permitiera conocerlos en profundidad, pensábamos que debíamos tener una responsabilidad que hiciera expeditas todas las comunicaciones. En mi caso, ello significaba el obtener un status, y, dentro del contexto británico, el conseguir algún título. De allí salió un largo camino preparatorio para la experiencia de Aberdeen, con un curso de un año en la Escuela de Salud Pública de Londres para poder realizar una estadía de tres meses en la ciudad escocesa. El curso nos dio el panorama general de la administración británica, ya que existen sólo ligeras diferencias entre las instituciones escocesas y las inglesas. Los escoceses dicen que esperan que los ingleses prueben las cosas durante algunos años y, si resultan buenas, ellos las adoptan a continuación.

En el transcurso del año hicimos una visita de una semana a Aberdeen, dentro de un programa de estadias de libre elección en el curso, con la doble ventaja de establecer contacto directo con los técnicos de la ciudad con anticipación a la estadia, y de poder discutir las observaciones personales dentro del mismo curso, en un seminario y en repetidas entrevistas con profesores y compañeros.

Después de una segunda visita preparatoria, mi estadia quedó definida, de acuerdo a los objetivos propuestos, con un contrato para analizar las posibilidades de extender una investigación de la Cátedra de Psiquiatría —llamada allí de Salud Mental— actualmente centrada en la morbilidad psiquiátrica de adultos, a los problemas de los niños. Mi papel consistiría en analizar las ideas del equipo, y ver las posibilidades de integrar este estudio con las distintas instituciones que tuvieran que ver con problemas de Salud Mental, en niños, en Aberdeen.

Aberdeen es la ciudad más importante del Noreste de Escocia. Está en una región de 4.400 millas cuadradas, perfectamente circunscrita entre las montañas y el mar. Hay una población de alrededor de 500.000 habitantes, que disminuyó un 3% en el último período censal.

Aberdeen mismo tiene 187.000 habitantes, es una ciudad muy pintoresca, construida de granito, y un importante puerto pesquero. Sus principales industrias son las derivadas del pescado, del granito, textiles, papel, y construcción.

Fuera de Aberdeen, hay en la región otras tres ciudades de 10 a 15 mil habitantes, y el resto corresponde a población rural.

Se trata entonces de una región ideal para estudios epidemiológicos, con población relativamente captiva, de convergencia a una sola ciudad, con acceso a grupos urbanos y rurales.

Instituciones relacionadas con problemas de Salud Mental del niño.

Los servicios psiquiátricos del área están centrados en una moderna clínica, de 38 camas y 20 lugares para enfermos diurnos, dirigida por el profesor de Salud Mental, y a la cual concurren, con cierto horario, todos los psiquiatras que trabajan en la región. Fuera de ello, hay dos hospitales mentales grandes, dos especializados en débiles mentales, y algunos centros menores, totalizando 2.079 camas, 4,19 por mil habitantes.

La cifra para Escocia es 4,20 y para Inglaterra 3,04.

No hay camas para niños.

Hay alrededor de 2.100 casos nuevos referidos por psiquiatras cada año y 150 de niños (menores de 12 años).

En Aberdeen se realiza un esfuerzo especial para evitar las hospitalizaciones, mediante un trabajo intensivo en Policlínico y hospitalizaciones diurnas, y gran énfasis en los controles domiciliarios. Esto corresponde a la parte hospitalaria del servicio.

El sector de Salud Pública está particularmente interesado en el problema, y hay un médico responsable de la coordinación de programas.

El medio esencial de trabajo consiste en educación a grupos familiares por las llamadas visitadoras de Salud, (enfermeras-matronas-educadoras) sectorizadas en la ciudad. Se trata de hacer un trabajo preventivo que toma en consideración problemas de Salud Mental como delincuencia, problemas psicossomáticos y neurosis, junto a accidentes y decaimiento senil prematuro. Además, posee las tradicionales clínicas ante-natales en coordinación con el hospital, clínica de niños sanos, y servicio médico escolar. Hay también un departamento de planificación de familia, que, por excepción, aquí no está en manos de entidades privadas. Estos servicios resumen la parte hospitalaria de las actividades en Salud Mental.

La organización local de educación está muy bien desarrollada, de ella depende la Clínica de conducta de la región, un servicio de bienestar y asistencia escolar, servicios especiales para jóvenes y adolescentes como orientación vocacional y actividades de grupo.

El servicio del niño irregular sigue la pauta británica, como departamento independiente en la autoridad local, responsable de niños abandonados o en riesgo y su supervisión en colocaciones familiares, instituciones o adopciones.

La Corte juvenil tiene un personal de trabajadores sociales de mucha calidad, que busca captar las primeras actividades delictivas, enfrentándolas por medio de un intensivo tratamiento individual.

A estas instituciones públicas, se suman una serie de servicios privados, que dicen relación con la prevención o tratamiento de los problemas de Salud Mental, en particular la Asociación de Servicio Social —que trata familias problemas, la Agrupación de prevención a la crueldad de los niños— con autorización legal para intervenir en casos de descuidos o maltrato, la sociedad de orientación matrimonial, sociedad de Salud Mental de Aberdeen, etc. El papel del médico general, la otra parte del trípode médico, es demasiado conocido como para hacer una mención especial.

Desde el punto de vista de investigación, Aberdeen es conocido por el estudio longitudinal

de los niños nacidos en la maternidad del hospital, a cargo de una unidad sociológica, que tiene ya 15 años de evolución.

Nuestro planteamiento frente a la Cátedra de Salud Mental, fue *el de estudiar las posibilidades de integración de las diversas instituciones descritas, en el trabajo sobre epidemiología de los problemas de salud mental en los niños, como recursos potenciales para desarrollar tanto una posible extensión de la investigación de los adultos, como cualquiera otra orientación a la que se pudiera llegar después de confrontar las ideas y medios de todos los interesados.*

La Cátedra de Salud Mental posee una unidad de investigación formada por tres investigadores principales, en activo período de expansión.

Desde 1960 desarrolla un estudio basado en el Registro de todas las primeras consultas a cualquier servicio Psiquiátrico de la región y la evolución posterior de esos casos. La idea era extender este Registro a los niños. De inmediato surgía la primera dificultad, los 150 niños vistos por el psiquiatra infantil no podían tener ninguna representatividad frente al total de consultas en la región, y, por lo tanto, la idea de coordinación con otros servicios aparecía como indispensable, incluso desde el punto de vista más conservador de meramente extender el estudio.

Me propuse estudiar el problema de comunicación entre instituciones y personas interesadas en salud mental del niño, en torno a los siguientes puntos a inquirir:

1) Cuáles eran las ideas imperantes en los distintos técnicos acerca del concepto mismo de Salud Mental, base para definir los objetivos de la posible investigación.

2) Qué actitudes existían con respecto al hecho de "investigar" en sí mismo, qué grado de prioridad se le daba en relación con la actividad que los distintos técnicos realizaban.

3) Qué personas (o instituciones) tenían el prestigio suficiente como para poder ser aglutinantes en cualquier tipo de empresa común, y qué factores podían tener vinculación con ello.

4) Relacionado con lo anterior y con el estudio mismo de la investigación de adultos, mi pregunta era: ¿la investigación en niños debe ser una extensión de ese estudio, o hay elementos de juicio suficientes como para plantear una nueva orientación en el estudio?

El método de trabajo consistió en entrevistas, flexibles, adaptadas a cada persona, individuales o en pequeños grupos, que incluían consideraciones sobre esos puntos. Las entrevistas se prolongaron y repitieron hasta que me quedó clara la posición de la persona respectiva, y el grado

de fundamento que aquella posición tenía. Colaboraron conmigo en esto:

El profesor y 10 psiquiatras clínicos.

El equipo de investigadores con todo su personal administrativo.

Las asistentes y enfermeras principales del departamento de psiquiatría.

Todo el equipo de psiquiatría infantil.

El equipo de investigación sociológica de la corte de niños descritos.

El médico jefe de Salud Pública, todos los jefes de secciones y un miembro más de lo mismo.

El personal de la clínica de conducta.

El presidente de la Corte juvenil y tres "trabajadores sociales" de esa institución.

La directora y dos representantes del departamento del niño.

Los jefes y el grupo de trabajo de las instituciones particulares mencionadas.

El director de educación y diversos representantes de la misma.

Cinco visitantes a Aberdeen que se interesaban en los servicios de Salud Mental.

En total, 75 personas y 184 entrevistas. Fuera de ello, revisamos los instrumentos corrientes de encuesta de las diversas instituciones, analizamos las fichas de un año de psiquiatría infantil, un 10% de las pertinentes a la investigación de adultos, y el mismo porcentaje de las obstétricas. Aparte de ello, realizamos un conocimiento de algunos sectores de la comunidad, relacionándonos con la Sociedad Latinoamericana del lugar, que consta de 80 socios, el Consejo Británico local, un grupo literario, un grupo folklórico, y un grupo sociológico-político. Todo ello nos dio material para establecer contactos en la entrevista, fuera de lo expresamente técnico.

Desde el punto de vista formal, cumplimos con el procedimiento sin dificultades. Todas las entrevistas se realizaron de acuerdo a lo dispuesto, excepto una con un "general practitioner", que mandó excusas y luego envió sus opiniones por escrito.

El grupo investigador me dejó en absoluta libertad para llevar a cabo mi trabajo y discutió largamente mi informe final, adoptando en general sus principales planteamientos.

### Resultados

En relación con los puntos principales del estudio, los resultados fueron los siguientes:

#### Concepto de Salud Mental

El equipo investigador adopta una definición sociológica, en relación con la teoría de la con-

ducta desviada. Mala Salud Mental significa ser primero percibido como "desviado", distinto, luego no ser tolerado como "igual", como susceptible de ser tratado como a todos. A continuación, referido a una autoridad, general practitioner, psiquiatra, juez, etc. Por esa razón, el equipo estudiaba primordialmente morbilidad conocida, tratando de rehacer el camino que llevó al enfermo a ingresar a una sección psiquiátrica, desde el momento en que fue percibido como anormal en la familia, grupo vecinal o de trabajo.

Tomando aquella variable de lo "comprensible", esta posición da por sentado que lo anormal es "comprensible", en el sentido de que la actitud cultural es lo fundamental.

La imagen concreta de problemas de Salud Mental para el equipo, lo verbalizaran o no, era la psicosis, aunque, en su intención culturalista, el equipo se desentendiende más y más de los diagnósticos clínicos.

Para los psiquiatras clínicos y colaboradores, los síntomas eran lo definitivo, ya sea como hecho descriptivo, o como fenómenos dinámicos, que una autoridad —el psiquiatra o el integrante de un equipo de Salud Mental— considerara como patológicos.

En la medida que se encontraban influenciados por el psicoanálisis, los psiquiatras veían los problemas como comprensibles, pero, en general, discriminaban, con típico eclecticismo británico, frente al caso individual.

Los "problemas" mismos podían ser individualizados como de neurosis y psicosis del adulto. Llamaba la atención la tendencia a excluir la oligofrenia, y el poco "status" de la epilepsia y el alcoholismo. Con contadas excepciones, estimaban que los niños eran "un campo aparte".

El grupo de psiquiatría infantil tenía también al síntoma, descriptivo o dinámico, como lo definitivo. Aceptaba responsabilidad por toda la gama de trastornos del niño, a nivel del tratamiento. Ni ellos ni los clínicos de adultos sentían identificación alguna con los problemas de la prevención y el trabajo en comunidad.

Para los investigadores sociológicos del estudio longitudinal, la Salud Mental tenía que ser enfrentada en forma objetiva, mediante pruebas y tests. De allí que se interesaran en especial en el problema del rendimiento intelectual. Se aceptaba causalidad orgánica para problemas obstétricos y genéticos, junto a variables sociológicas. En general, la imagen del campo de Salud Mental no era clara, existiendo buena auto-crítica personal en relación a la falta de experiencia vivida en la especialidad.

El equipo de Salud Pública tenía, en la mayor parte de los casos, una mezcla del modelo

subjetivo —la persona misma se definía como enfermo o sano— y del sociológico-conductual. La postura era claramente comprensiva; el campo de acción, la comunidad en general. Las instituciones voluntarias tendían a una definición conductual, familiar, "hay que analizar el grupo familiar en conjunto para evaluar", con énfasis en lo cultural.

Los educadores oscilaban entre el criterio objetivo, de los tests, y el conductual-social.

Los otros grupos mostraban tendencia a minimizar su propia posibilidad de definir, "problema de Salud Mental es lo que el psiquiatra llama de esa manera".

En resumen, había diversidad básica de conceptos, y la idea central del equipo de investigadores no había permeabilizado ni siquiera al grupo de psiquiatras que los rodeaban.

En relación con la investigación en general, las actitudes oscilaban desde la del equipo investigador que definía la investigación por el conocer mismo, no comprometida, hasta la de diversos funcionarios que se considerarían actuando irresponsablemente si investigaran, calificando toda investigación como evasión de responsabilidades. También era importante el recelo especial hacia investigaciones en Salud Mental por ser posible infidencias de material personal. Finalmente, existía escepticismo acerca de las posibilidades de avanzar substancialmente. "Es una red muy ancha", fue la frase que con frecuencia oímos al respecto.

Nos llamó la atención la presencia de fuertes factores afectivos que hacían defender al equipo de Salud Pública la tesis de que ellos eran también investigadores, en circunstancias de que no tenía nada diseñado para ello. Afirmaba, por ejemplo, que la disminución de la referencia a la Corte juvenil, era indicio de la eficacia de la acción preventiva. Un fenómeno semejante ocurría en relación con el diseño de investigación, tanto del equipo obstétrico, como del de Salud Mental, en que faltaba un objetivo preciso, y sin embargo, se mantenía la idea de que "la información tendría que ser aprovechada, alguna vez", a pesar de que no era útil a los trabajadores de terreno en el momento actual. Por otro lado, los trabajadores de terreno estaban inquietos con respecto a algunos problemas bien "actuales": ¿cuál es la pauta normal de conducta sexual en Gran Bretaña?, ¿la de beber?, ¿cuándo un niño pasa el límite del problema de conducta y llega a la delincuencia? Para orientarse no recibían apoyo de los investigadores. La rehabilitación de los enfermos mentales se hacía sin ayuda de estudios específicos, ni colaboración de los investigadores.

La asociación de orientación matrimonial escuchó en una oportunidad una charla de un sociólogo de la investigación obstétrica sobre normas en la clase obrera en la vida conyugal, en especial el problema de la relación con la parentela. La Sociedad de orientación matrimonial encomienda la privacidad y la restricción relativa de los contactos con la familia de origen. Sin embargo, en opinión del investigador en referencia, ello podría representar una norma posible y aconsejable en la clase media, pero no en la clase obrera. A pesar de dicha orientación, fruto de investigación cuidadosa, la falta de comunicación entre los dos centros ha hecho que la sociedad persista en dar su propia posición, de base empírica, a la comunidad de Aberdeen.

Quedaba en claro una necesidad consciente de relación con un equipo de investigación por parte de las diversas instituciones, y una falta actual de ella, como la existencia de limitaciones en los propios alcances de la investigación en curso por falta de dicha coordinación.

La búsqueda de la institución aglutinante tenía que conducirnos a una apreciación indirecta de la forma como se percibía a mi equipo de investigación, junto con una clarificación del rol que esta institución quería para sí. Salir más allá de los servicios psiquiátricos equivalía a amenazar al status de los técnicos que veían

los problemas desde otros sectores. Fue claro, a través de nuestro estudio, que nuestro equipo debía asociarse con otra institución, si deseaba ser aglutinante. La coyuntura se encontró a través del interés de la Cátedra de Higiene de abrir un Registro de Aberdeen de los pacientes hospitalarios. En niños, ese registro podía ampliarse más y tomar a cualquier niño visto por las distintas instituciones no médicas, referidas. Sin embargo, se vio la ventaja de converger en un área pequeña y hacer un estudio directo, en campo, para coordinar mejor a los distintos técnicos.

*En resumen*, Aberdeen, representativa de cualquiera unidad local en Gran Bretaña, nos dio un ejemplo ilustrativo de los problemas existentes para llevar a cabo coordinación entre distintas instituciones y técnicos, particularmente psiquiatras y no psiquiatras, e investigadores y realizadores prácticos. La evolución del proyecto descrito permitirá evaluar este intento de obtener una modificación de actitudes en una investigación hecha en forma coordinada, por parte de técnicos con distintas concepciones básicas y diversas posiciones con respecto al valor de la investigación epidemiológica. La experiencia ya obtenida de mayor significación, fue el indudable interés con que se recibió este intento de establecer una comunicación interinstitucional.