

terapéutica. Pensamos que el médico debe tener, dentro de ciertos límites, absoluta libertad en sus prescripciones. La buena terapia no se enseña con restricciones, ni con formularios pequeños ("para que el médico no pueda anotar sino un medicamento", dijo una vez un Director de Consultorio).

La terapéutica adecuada se aprende en las reuniones científicas o clínicas, en el trabajo de sala y en las revistas científicas. Y ésta es una razón más para que se llegue a la consideración que la Sala y el Consultorio Externo no son sino dos aspectos diferentes de una misma labor.

INTEGRACION DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL A LOS PROGRAMAS DE SALUD

Dr. ALFREDO JELIC*

Importancia del problema mental en la salud pública.

Menospreciar el problema mental equivale a descuidar el factor psíquico de todo paciente. Además está demostrado por investigadores serios, que este descuido acarrea un derroche en el esfuerzo económico de la atención médica general. Según cifras extranjeras, alrededor del 50% de consultantes de los policlínicos, lo hacen por trastornos neuróticos, vale decir, sin base orgánica demostrada, incluyendo simuladores. Esta voluminosa consulta es despreciada por el médico general de consultorio. Otras veces se prolongan enfermedades somáticas innecesariamente. Y para insistir en el aspecto económico del asunto diremos que tanto en Estados Unidos como en varios países europeos, la mitad de las camas asistenciales están dedicadas a personas con trastornos mentales, lo que por lo demás es resultado de una política errónea en esta materia, como lo veremos más adelante⁴.

Podemos afirmar que el descuido de los problemas concernientes a la salud mental es un fenómeno universal. Entre los factores principales causantes de este retraso, de más de un siglo, con respecto a otros problemas de salud, podrían citarse los siguientes, de acuerdo con Brockington³:

a) Mayor urgencia de problemas sanitarios no mentales;

b) Mantención de ellos al margen del progreso médico, consecuencia ésto de la naturaleza de los fenómenos psicopatológicos (persistencia de creencias míticas, temor o vergüenza por los enfermos, etc.), y

c) Exceso de preocupación por el estudio de las manifestaciones clínicas individuales, olvidando que el individuo es en gran parte un producto de la colectividad.

Estamos entonces ante la mayor barrera para enfocar el problema adecuadamente, que es la ignorancia en materia epidemiológica, y esto nos obliga a actuar en base a hipótesis.

Factores que inciden en la producción de los trastornos mentales.

A menudo se oye que el problema psiquiátrico es más grave, o se torna más serio, mientras más desarrollada es la comunidad en general. Esta afirmación merece observaciones de importancia.

En los países más desarrollados (Estados Unidos y numerosos países europeos), aparte de la importancia del factor genético (del que se necesita saber mucho más) se considera la industrialización, urbanización, entretenimientos y cambios en la estructura del núcleo familiar en la producción de los desórdenes mentales. Allí se ha

*Hospital Psiquiátrico de Santiago.

notado un gran incremento de las neurosis y perturbaciones psicósomáticas. Esto se debería, entre otros factores secundarios, a que en una sociedad desarrollada, junto a una mayor libertad de elección en cuanto a trabajo, existen otros factores que constriñen esta libertad individual, lo que desemboca en conflicto. Se suma a ello la falta de apoyo del grupo familiar, por relación de los lazos intrafamiliares. Resultante de estos fenómenos sociales es la producción de las perturbaciones nombradas por falla de los mecanismos psicobiológicos de adaptación del individuo a cambios del medio social que se operan con gran rapidez⁸.

En cambio, en las áreas subdesarrolladas cobran especial importancia los factores orgánicos: traumatismos del parto, infecciones maternas de la gestación, desnutrición, alcoholismo, lúes, mala crianza, etc., en general resultantes de un bajo nivel económico. El producto de este tipo de causas son alteraciones psiquiátricas caracterizadas por déficit intelectual, psicosis y síndromes neuróticos de mediana gravedad. El problema geriátrico no tiene la importancia de las áreas desarrolladas (hay menos viejos que puedan desarrollar demencia senil); y los portadores de deficiencia mental pasan más inadvertidos en una comunidad de vida simple, como son las rurales. Diversas investigaciones concuerdan en que las áreas rurales tienen mayor proporción de este tipo de trastorno que las urbanizadas¹.

Magnitud del problema.

Aunque hay bastantes datos al respecto, estos son insuficientes para apreciar el problema en su conjunto, debido a que corresponden a experiencias locales, cuyos datos no son en absoluto comparables por existir un lenguaje poliglota en cuanto a nomenclatura. Opiniones autorizadas (psiquiatras y estadísticos del National Institute of Mental Health en Washington D. C.) estiman que la información estadística necesaria para la planificación de un programa debe estar basada en el recuento descriptivo y completo de todos los enfermos men-

tales, hayan sido vistos o no en instituciones psiquiátricas. Otros estiman que pueden usarse ciertos índices, tales como delincuencia, alcoholismo, suicidios, etc., para juzgar del estado mental de una población⁶.

Para tener una idea del problema, citemos algunas cifras extranjeras y nacionales. Estadísticas europeas (Gran Bretaña y países nórdicos) hablan de 3 a 4 psicóticos por 1.000 de población urbana, 2 por 1.000 para déficit mental y hasta 30 por mil para neurosis. En varias comunidades norteamericanas se encuentran cifras mayores: psicosis 5-7, déficit mental 7 y neurosis graves (sin considerar trastornos conductuales) entre 50 y 70 por 1.000. Hay informes que hablan de 100 pacientes o ex pacientes mentales por 1.000 de población. En general, los datos difieren bastante de un punto a otro.

En nuestro país las escasas informaciones que hay al respecto, basadas en un estudio de una muestra de población, efectuado por HORWITZ y MUÑOZ⁵, dan cifras alarmantemente más altas: psicosis 10,4 por 1.000; alcoholismo 50 por 1.000, y neurosis 100 por 1.000. Si sumamos a esto los epilépticos y trastornos neuróticos de menor importancia (neuroticismo), se llega fácilmente a los 300 enfermos por 1.000 de población. Queda por considerar los deficitarios (debilidad mental), sobre los cuales no se dispone de cifras por el momento, pero que estimamos de gran importancia a juzgar por la consulta diaria de policlínico⁵.

Creemos, en consecuencia, que la gravedad que se supone que tiene el problema hace impostergable una política racional tendiente a su medición y tratamiento.

Principios preventivos y asistenciales.

Estamos repitiendo un error en el cual cayeron casi todos los países más evolucionados, hoy superado, que es el de separar el problema mental del resto de los problemas de salud, para en seguida posponerlo. Hoy se tiende a la integración de los programas de salud mental a los de salud

pública, tanto en lo preventivo como curativo (incluyendo la rehabilitación). El organismo vivo (mente y soma) constituye una unidad: la medicina es una sola y, por lo tanto, prevención y curación no pueden funcionar en establecimientos aparte. De acuerdo con este principio básico y sólo sobre esta integración de técnicas y esfuerzos, es posible la consecución de los objetivos concernientes a la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos, tratamiento precoz y rehabilitación oportuna.

A nadie escapará la conveniencia de que el control materno-infantil incluya de rutina el conocimiento del estado emocional y mental de la madre y el hijo, o bien que en las visitas de las asistentes sociales y enfermeras, éstas se preocupen de los problemas de alcoholismo o rehabilitación del egresado del hospital o clínica psiquiátrica, junto con el control del enfermo de tuberculosis u otro problema físico. Nadie estará en mejores condiciones de hacer educación mental que las profesionales que dirigen un club de madres. El contacto de los personeros de la salud con los maestros, sindicatos, autoridades judiciales, etc., hace posible el desarrollo de los programas de educación mental y, por ende, facilita el diagnóstico precoz y el tratamiento y readaptación de los enfermos y convalescientes.

En el plano clínico, la necesidad de la medicina psicosomática corrobora esta unidad de pensamiento y conducta, concordando con la unidad biológica del ser humano.

Medidas concretas que se proponen.

De acuerdo con estos antecedentes deseamos discutir la oportunidad de ciertas medidas viables en nuestro medio, referentes a los tres puntos siguientes:

- 1) Medición del problema. Necesidad de nomenclatura de uso universal y estadística.

- 2) Prevención específica.

- 3) Asistencia psiquiátrica del enfermo y su rehabilitación. Importancia de los con-

sultorios externos y de la cama de hospital. Formación de personal idóneo.

Medición del problema. Hemos visto que las cifras estadísticas de la encuesta de Horwitz y Muñoz aparecen muy abultadas en relación a los datos extranjeros. Esto se debe en gran parte a la falta de una nomenclatura que disponga de definiciones claras y precisas (hasta donde sea posible). Por lo tanto, el primer paso debe ser el reemplazo de la actual nomenclatura psiquiátrica por otra más completa, que podría ser la actual en uso en Estados Unidos, con algunas modificaciones. Además deben considerarse las medidas siguientes:

- a) Organizar el registro, recolección y estadística psiquiátrica en los consultorios generales y en especial en el Hospital Psiquiátrico, donde una experiencia de 100 años no presta utilidad desde el punto de vista clínico ni epidemiológico;

- b) Estudiar la posibilidad de obtener ciertos índices que reflejen el estado mental de la población, tales como delincuencia, suicidios, etc. Comenzar también el estudio de las alteraciones funcionales en los consultorios generales, y

- c) Iniciar planes pilotos de investigación epidemiológica en áreas urbanas y rurales. Estos planes deben ser llevados a cabo por los centros de salud mental de las áreas correspondientes, cuya formación será gradual. Además, como es indispensable la colaboración de la población, esta investigación debe ir aparejada con la prestación de servicios.

Prevención específica. No entraremos en detalles sobre prevención primaria o secundaria de los trastornos mentales, ni sobre el valor de organismos educacionales o consultivos. Más bien enumeraremos escalonadamente y de acuerdo con su urgencia e importancia, los elementos que se necesitarían en nuestro medio, de acuerdo con los recursos existentes:

- a) Creación de pequeñas secciones de higiene mental en los centros materno-infantiles, pre y postnatales, con consulta obligatoria de las consultantes. En un comienzo pueden estar a cargo de psiquiatras y posteriormente a cargo de personal en-

trenado, vale decir, matronas, enfermeras, asistentes sociales. Además debería consultarse la inclusión de los aspectos mentales en los programas de educación sanitaria, en todas las edades;

b) Educación mental en los clubes de sindicatos y en las asociaciones de padres, como complemento de la educación sanitaria y realizada por el personal del área de salud, y

c) Creación de consultorios de psicología en los colegios, con la tarea de emprender el estudio psicométrico de los alumnos. Esta es una necesidad que sólo puede satisfacerse con el concurso de psicólogos, por lo cual, aunque es recomendable, es de más difícil realización.

En provincias, las unidades psiquiátricas de las áreas de salud, que deben funcionar en los hospitales correspondientes, tendrán a su cargo esta labor preventiva específica y educativa en particular. Más adelante veremos cómo se podría formar el personal necesario para estas funciones.

Asistencia psiquiátrica y readaptación o rehabilitación. Insistimos que ella debe integrarse en la asistencia médica general y es inseparable de su acción preventiva. Esto es más factible si se parte del hospital general, con unidad psiquiátrica, organización a la cual se tiende en Estados Unidos, Europa y algunos países latinoamericanos como México. Ventajas que supone la unidad psiquiátrica en un hospital o consultorio general sobre el establecimiento exclusivo:

1) El paciente y familiares llegan más fácilmente a un hospital general que a uno mental.

2) El psiquiatra y el enfermo disponen de los elementos del hospital general, el que a su vez dispone de las ventajas del departamento psiquiátrico. Se facilitan así enormemente las interconsultas y se economiza tiempo y dinero.

3) La comunidad dispone de un consultorio para todo tipo de trastorno, sea emocional o mental, con lo que se llena una importante labor preventiva.

4) En lo que se refiere a formación del personal, tanto médico, como de enfermeras, auxiliares, etc., significa una ventaja obvia.

Consecuente con estas premisas es que debemos ir a la descentralización de la atención psiquiátrica en nuestro país, ventajosa, además, por razones económico-geográficas. Debería disponerse la creación de unidades psiquiátricas mínimas en los hospitales generales de más de 200 camas. Podría comenzarse con una proporción de 0,5 camas por 1.000 de población mayor de 15 años de edad; la Organización Mundial de la Salud recomienda 1 por 1.000.

Tratándose del Hospital Psiquiátrico de Santiago, debe aumentarse el rendimiento de la cama mediante el tratamiento ambulatorio con control domiciliario y el hospital diurno, de innegables y probadas ventajas en los lugares que se emplea.

Sólo en contados casos se requiere hoy en día el aislamiento prolongado del paciente. La etapa del asilo o manicomio pasó a la historia y es indudable que en este fenómeno juegan papel fundamental las nuevas drogas ataráxicas y las técnicas de readaptación del enfermo crónico, como son la laborterapia y otras formas de psicoterapia. El funcionamiento de un hospital diurno será tema de otra comunicación.

Inherente a las funciones del Hospital Psiquiátrico de Santiago, está *la formación del personal* médico, enfermeras, asistentes sociales, etc. Para los primeros se pueden ofrecer cursos de psiquiatría y educación mental, de un año o menos de duración, destinados a médicos internistas especialmente de provincias, dando relieve al uso de la terapia de choque, ataráxicos y psicoterapia superficial. Conociendo el tipo de enfermos que provienen de provincias, estimamos que más del 50% pueden ser atendidos en los hospitales regionales, si éstos disponen de los medios a los cuales ya nos referimos. El equipo psiquiátrico debe completarse gradualmente con psicólogos y asistente social. Los mínimos aconsejables son de un psiquiatra por 30 a 40.000 habitantes. En la forma que se realiza actual-

mente la formación de psiquiatras y su distribución, no hay posibilidad que se satisfagan las necesidades mínimas del país en un futuro medianamente cercano.

El Hospital Psiquiátrico debe complementar su labor destinando cierto número de horas de sus médicos a la educación especializada del personal, tanto del hospital, como del área, cuyos límites en nuestro caso deben establecerse previamente.

La proporción de 0,5 cama por 1.000 cumple su objetivo cuando va acompañada

de consultorio externo, que a su vez conste de hospital diurno y medios educativos.

No debemos insistir en el error de construir nuevos establecimientos especializados y aislados, porque: a) son perjudiciales para el enfermo desde el punto de vista psicológico; b) no encaran el problema desde el punto de vista integral en cuanto a la persona y la colectividad; c) resultan una medida dispendiosa, y d) se está disponiendo de medios para tratar los enfermos en su ambiente y éste a su vez está mejorando gradualmente.

BIBLIOGRAFIA

1. BAHN, A. *The Development of an Effective Statistical System in Mental Illness*. The Am. J. of Psychiatry, 116: 9, 1960.
2. BRILL, H. and R. E. PATTON. *Analysis of 1955-56 Population Fall in New York State Mental Hospitals*. The Am. J. of Psychiatry, 11: 509-516, 1957.
3. BROCKINGTON, F. *The Development of Preventive Approach to Mental Disorders*. Mental Health and the World Community. Published by Federation for Mental Health, London, 1954.
4. FELIX, R. H. and M. KRAMER. *Extent of the Problem of Mental Disorders*. The Annals of the American Academy of Political and Social Science, III, 1955.
5. HORWITZ, J. y L. C. MUÑOZ y cols. *Investigación epidemiológica acerca de morbilidad mental en Chile*, 1958.
6. KIRMICH, R. A. and M. R. HARRIS. *Report to Mental Health Service*. Department of Public Health of San Francisco. Cal., 1959.
7. LEMKAU, PAUL. *Basic Issues in Psychiatry*. Ed. Ch. Thomas, Published, 1959.
8. STOLLER, A. *An Australian looks at the Underdeveloped World*. Mental Health and the World Community. Published by World Federation for Mental Health, London, 1954.
9. USA. PUBLIC HEALTH SERVICE. *Mental Hospital*. Report Nº 789, mayo, 1960.