

Psiquiatría Comunitaria

Generalidades

DR. ALVARO GALLEGOS CHACÓN*

En Occidente, la profesión médica volvió a interesarse en el paciente psiquiátrico desde hace unos dos siglos, tanto científica como humanísticamente.

Los enfoques han sido paulatinos, consecutivos, a veces aparentemente opuestos, otros terminan siendo complementarios, los más allá se desvirtúan.

Al crear centros de reclusión de enfermos mentales para proteger a la sociedad de la molesta presencia y conducta de estos, hizo que surgiera el movimiento del trato humano de los alienados. Al crecer desmesuradamente el número de internados sin que creciera en forma acorde el personal que los atiende, nuevamente se vuelve al trato poco humano.

Desde otro punto de vista, el enfoque médico, de extrato biológico del siglo pasado, se vio opuesto en un principio, para luego complementarse, con la orientación psicológica del siglo XX, abriendo horizontes eclécticos en el tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales.

Finalmente, tanto las conmociones históricas como la evolución social produjeron cambios importantes en el enfoque de la vida de los conglomerados humanos, incluyendo el sub-grupo de los enfermos mentales. Vale la pena señalar, como hecho evolutivo, el derecho de cada ciudadano a tener la atención médica que necesita, concomitantemente con el aumento de la cultura, que hace que este ciudadano demande mayores y mejores servicios médicos.

En nuestro caso, en lugar de quedarse con "este miembro de la familia es así" o bien "tiene un maléficio", aprendió que es una enfermedad y que el psiquiatra lo debe tratar. En cuanto a conmociones históricas, las guerras que desorganizan hasta el país más avanzado, enseñaron varias cosas, a saber:

- a) Al hacer el reclutamiento se encontró que una parte importante de la población era rechazable en base a desajustes mentales.
- b) Al tener grandes concentraciones humanas, se observó la gran morbilidad psiquiátrica.
- c) Se demostró que el personal especializado para atender las bajas psiquiátricas del ejército y la población civil eran totalmente insuficientes aunque aumentarían diez veces su potencial.

* Catedrático Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica.

- d) Al descuidarse los grandes centros de reclusión, numerosos pacientes se vieron forzados a volver a las comunidades, descubriéndose que gran número de estos, con una actitud positiva de la sociedad, eran capaces de permanecer fuera de los Hospitales y Asilos.

Esta pauta, bio-psico-social, priva en la psiquiatría inglesa desde hace 25 años con el nombre de "Psiquiatría Social", y en Norteamérica, con el nombre de Psiquiatría Comunitaria, hará unos 12 años.

Esta orientación ha ido invadiendo la práctica asistencial psiquiátrica de los países civilizados y, dependiendo de la información y formación de administrativos y técnicos de los problemas psiquiátricos de los diferentes núcleos asistenciales, ha tenido mayor o menor auge.

FILOSOFIA DE ESTA ORIENTACION:

Los dos pilares fundamentales de esta orientación son: a) Los recursos especializados aún del país más rico y organizado, son y serán insuficientes para dar atención directa, tanto de internamiento como ambulatorio para la creciente demanda de servicios psiquiátricos. b) Es necesario que todo ciudadano, en razón de su capacidad, participe en la solución de este tipo de problemas, que realmente le son inherentes.

La evidencia de que el 4‰ de la población estaba en Hospitales mentales en Europa en 1950, y que el 51% de las camas Hospitales de los Estados Unidos de América, en 1955 eran ocupados por enfermos psiquiátricos, hizo aguzar el ingenio de los especialistas para manejar este ingente problema.

Comparativamente, en Costa Rica necesitaríamos más de 3.000 camas para enfermos mentales y la población internada, si fuera el 4‰ población, serían hoy día 7.000 pacientes internados.

El primer paso preventivo fue el establecer consultas externas y clínicas de Psiquiatría Infantil (1920 y 1935 respectivamente, en Norte América). Sin embargo, el panorama en 1955 seguía siendo desolador.

El paciente psiquiátrico, el alienado mental, al entrar en grandes complejos humanos llamados Hospitales Psiquiátricos, sufre una progresiva mayor alienación de su familia, de su medio social, de su diario vivir y trabajar. Cuanto mayor sea el número de pacientes, mayor es su cronificación.

El Hospital Psiquiátrico es absolutamente necesario en su doble función asistencial, por un lado de diagnóstico y tratamiento (de mayor énfasis en los servicios de Agudos) y de rehabilitación (en los servicios de tratamiento continuo).

La concepción actual de un Servicio Psiquiátrico es el de una gran consulta externa, organizada y eficiente y unas pocas camas para internar los pacientes que irremediamente lo necesiten.

La labor del Hospital se ve frustrada, bloqueada y casi inutilizada, por las recaídas, computadas como reingresos, que alcanzan en algunos lugares hasta el 85% de las admisiones. Conociendo las causas directas e indirectas de las recaídas, allí es donde se debe atacar.

La causa directa de la recaída es el abandono del tratamiento, entendiéndose por tratamiento el contacto con el médico, el régimen farmacológico prescrito, el ambiente laboral, social y familiar aconsejados, etc. La causa indirecta

es deficiencias económico-culturales, tales como imposibilidad de viajar al centro de tratamiento, "consejos" de los "notables", de que las pastillas son dañinas, incultura de patronos, familiares y allegados en cómo relacionarse con una persona, etc.

Siendo imposible "proteger" intramuros de todo aquél que sufra de desequilibrios mentales para que siga su tratamiento, ni hacer venir al Hospital a toda la masa de ciudadanos para educarse, surge esta orientación que, en esencia es, que desde la Institución especializada en Psiquiatría, donde hay y se forman los líderes de la especialidad, se lance al medio extramuros al personal especializado para que, con la cooperación de cada comunidad, prevenir en todo nivel los problemas de Salud Mental.

Así se logra prevenir, en muchos casos, la aparición de un desequilibrio, o si este ya ha aparecido, se previene en hospitalización, y si esta es necesaria, con una orientación hacia el tratamiento extramuros, se previene la cronicidad.

En estas circunstancias, el especialista en Salud Mental, sea médico, enfermera o trabajador social, se convierte en agente de cambio para que otros médicos, enfermeras, trabajadores sociales, líderes de su comunidad y ciudadanos en general tomen responsabilidad, pierdan el temor y cooperen en el tratamiento de los enfermos mentales. Así se puede lograr que el paciente psiquiátrico ingrese a formar parte del resto de enfermos y que se le trate, siempre que sea posible en el Hospital General. Se puede esperar, si el personal está sensibilizado, que se tenga hasta el 10% de las camas del Hospital General destinadas a enfermos mentales, como es la recomendación actual de la O.M.S.

Cuanto mayor levadura se use, tanto más crece el pan. Cuanto mayor sea el número de especialistas en Salud Mental diseminadas por los conglomerados sociales, tanto mayor será la culturización de los grupos en relación al enfermo mental, y, por ende, más efectiva la labor preventiva arriba esbozada.

DESARROLLO DE LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA EN COSTA RICA:

La adquisición de métodos de un país desarrollado a otro en vías de desarrollo, es cada vez más acelerado.

Se tardó 100 años en adquirir un Asilo para enfermos mentales; 40 años para una Consulta Externa; 20 años para clínicas de Psiquiatría Infantil; 5 años para iniciar la orientación comunitaria.

En 1963, al presentar el programa de entrenamiento para Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, en el Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y que fue aprobado por la Honorable Junta de Protección de San José, el Ministerio de Salubridad Pública, el Colegio de Médicos de la República y la Universidad de Costa Rica, ya se tenía, para el 3er. año, la práctica de Psiquiatría Comunitaria.

En 1965, los primeros residentes que alcanzaron ese nivel, hicieron su práctica y, así, sucesivamente los once primeros graduados (Dra. Flora Soto en Tres Ríos, Dr. Rogelio Rojas en Desamparados, Dr. Víquez Carvajal en Cot, Dr. Franco Alvarenga B. en Cartago, Dr. Rucavado en Colonia 15 de Setiembre, Dres. Max León, Jorge Rodríguez, Enrique Muñoz, Ramón Succar y Carlos Madrid en Hatillo, Dr. Jiménez Charpantier en Puriscal), hicieron experiencias más académicas que asistenciales.

En 1969 se inició, por parte del Hospital Chapuí, una labor de acercamiento a los Hospitales Periféricos. Se logró interesar a los Sres. Directores y como primera respuesta, se abrió la Consulta Psiquiátrica para pacientes egresados en la ciudad de San Ramón en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde. A final de ese año se inició en Cartago, luego Heredia y Alajuela en 1970. El haber logrado la formación del equipo terapéutico constituido por el Residente de 3er. año, la Sra. Directora de Enfermería y los trabajadores sociales ha sido esencial para el éxito alcanzado.

BASES Y PLANES FUTUROS:

La base de un programa de entrenamiento tipo Residencia con un margen de 292 horas mensuales por entrenado, nos permite alargar nuestras actividades asistenciales grandemente.

Cuando un residente inicia su práctica ya tiene 2 años de cursos académicos y práctica supervisada.

Siguiendo esta línea, la Honorable Junta envió en 1969 a la Sra. Alicia de Montealegre, Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, con una beca de la Oficina Sanitaria Panamericana a Norteamérica y Puerto Rico, por 6 meses a conocer las actividades comunitarias de enfermería psiquiátrica. Los logros de dicha visita ya los estamos viendo.

También en 1969, la Honorable Junta envió al Dr. Jorge Rodríguez Caldera por dos años, a la clínica Bel-Air en Ginebra, Suiza, para entrenarse en Psiquiatría Social. Un servidor visitó en setiembre de 1970, encontrando que la experiencia era muy buena y los resultados que el Dr. Rodríguez va obteniendo, son óptimos.

Recientemente fuimos visitados por el Profesor Dr. Humberto Rotondo como Asesor temporal en Salud Mental de la Oficina Sanitaria Panamericana ante el Ministerio de Salubridad Pública. Encontró, como es típico en Costa Rica una automatización de servicios de salud, incluyendo los psiquiátricos.

Encontró que el grupo localizado en el Chapuí tiene la gente especializada y la formación académica, el Ministerio tiene la organización y la autoridad y la Caja Costarricense de Seguro Social tiene los medios económicos. En un ambicioso plan de coordinación se vio la posibilidad, ya iniciada en pequeña parte, de participar estas entidades en un plan común de asistencia psiquiátrica comunitaria.

En mi experiencia personal, primero como entrenando, luego como supervisor de las 16 Clínicas Comunitarias del Estado de Maryland (1961-1963) y, finalmente como iniciador en Costa Rica, de la Psiquiatría de Comunidad, ningún programa se "vende", si no se prueba primero su bondad. Nosotros ya sabemos su bondad. Las comunidades apenas lo están probando. Cada comunidad es diferente y lo que una experimenta, no sirve de experiencia para la otra.

En cada sitio hay que empezar con la "seducción" y, consiste principalmente en que no le cueste nada el programa. Poco a poco, al aceptar, incorporar y hacer suyo el proyecto, van dando más y más. En la práctica, el suplir el transporte, personal y medicación en un inicio es inversión para el futuro, cuando dicha comunidad asuma el proyecto y recibamos, sin gasto nuestro, los beneficios de una prevención a todo nivel en cada una de las comunidades naciones".

Los frutos de este magnífico plan nacional dependerá de la visión y flexibilidad de las partes constituyentes.