

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA**



TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL

PSIQUIATRIA DE ENLACE

ALTERNATIVA EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

**PREVIA INCORPORACION COMO
DOCTORADO EN MEDICINA**

PRESENTADO POR:

DR. MARCO ANTONIO ALBERTO GONZALEZ



SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

T
616.89
A 334 p

UES BIBLIOTECA CENTRAL

INVENTARIO: 10107892

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL,

PSIQUIATRIA DE ENLACE

ALTERNATIVA EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL,

PREVA INCORPORACION COMO

DOCTORADO EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

DR. MARCO ANTONIO ALBERTO GONZALEZ

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL

PSIQUIATRIA DE ENLACE

ALTERNATIVA EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

PREVIA INCORPORACION COMO
DOCTORADO EN MEDICINA

PREVIA OPCION AL TITULO DE
DOCTORADO EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

DR. MARCO ANTONIO ALBERTO GONZALEZ

ASESORES: DR. CARLOS ALBERTO ESCALANTE

DR. ROBERTO JAFET LOPEZ

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTROAMERICA

AGRADECIMIENTO

Al haber finalizado mi Servicio Social, hago público mi agradecimiento a:

LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, por haberme permitido realizar mis trámites de incorporación como Médico Psiquiatra en tan prestigioso Centro Nacional de Estudios Superiores.

EL HOSPITAL SAN RAFAEL, su Director, Cuerpo Médico de las diferentes especialidades, Cuerpo de Médico Residentes, Practicantes Internos, Personal de Enfermería, Trabajadores Sociales y demás personal así como a los pacientes, sin cuya valiosa colaboración no hubiera sido posible la realización de mi Servicio Social.

AL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, el permitirse haber realizado mi Servicio Social en el Hospital San Rafael.

A LOS DOCTORES ROBERTO JAFET LOPEZ A. Y CARLOS ALBERTO ESCALANTE, que durante mi desempeño en el Hospital San Rafael y en la elaboración de este trabajo, supieron darme

EL NIVEL CULTURAL DE UN PUEBLO SE MIDE POR EL GRADO DE ASISTENCIA A SUS ENFERMOS MENTALES... LA SALUD MENTAL DE CADA HOMBRE ES EL MEJOR CAPITAL DE UNA NACION.

EMIL KRAEPELIN

INDICE

CONTENIDO	PAG. No.
I. INTRODUCCION	i
II. JUSTIFICACIONES	1
III. OBJETIVOS	2
IV. MARCO TEORICO	3
Ubicación Geográfica	3
Antecedentes	3
Filosofía	5
Objetivos del Hospital San Rafael	6
Organización	6
Definición e Historia	9
Labores Realizadas	14
Psiquiatría de Enlace	23
Antecedentes	23
Estado Actual	28
Diagnóstico	29
Problemas de Manejo	30

CONTENIDO	Pag. No.
Tratamiento	32
Enseñanza	33
Investigación	34
V. PROGRAMA DE SALUD MENTAL	35
A. Generalidades	36
1. Definición y Campo	36
2. Salud Mental: Reconocimiento de un Problema	38
3. Salud Mental: Negación de un Problema	39
4. Comunidad y Niveles de Prevención	40
B. Planificación	42
1. Bases para la planificación	42
2. Integración	42
3. Evaluación de necesidades y utilización de recursos	43
4. Articulación de acciones	44

CONTENIDO	PAG. No.
C. Asistencia	46
1. Conceptos Generales	46
2. Prevención Primaria: Instituciones, Acciones y Personal	46
3. Prevención Secundaria: Instituciones, Acciones y Personal	47
a. Consultorios Externos	47
b. Hospital de día - Hospital de noche	48
c. El Servicio Psiquiátrico (SP) en el Hospital General	49
D. Centros Comunitarios de Salud Mental	54
E. El Hospital Psiquiatrico	54
- Prevención Terciaria: Instituciones, Acciones y Personal	56
a. Consultorio de seguimiento	56
b. Club de ex-pacientes	56
c. Colocación familiar	56
VI. CONCLUSIONES	58
VII. RECOMENDACIONES	61

I. INTRODUCCION

Las relaciones entre PSIQUIATRIA y las demas especialidades de la medicina, disciplinas que son fundamentales para el abordaje y manejo de los trastornos PSICOPATOLOGICOS y PATOLOGICOS respectivamente, estan lejos de ser satisfactorias. Tradicionalmente Médicos y Psiquiátras han polemizado sobre la etiología de los más diversos trastornos y, por consiguiente, sobre los procedimientos terapéuticos a seguir. Los intentos de integración, eventualmente logrados en el plano teórico, por regla general no han llegado a tener vigilancia concreta en el de la actividad profesional. Así, los especialistas de una y otra orientación tienden a atrincherarse en sus respectivos dogmas, en deterioro de los intereses del paciente.

El concepto actual de PSIQUIATRIA, ya no es solamente el confinamiento por un período breve o prolongado en una institución, asilo u hospital psiquiátrico, sino su manejo terapéutico con la familia, comunidad y hospitales generales.

Es de gran preocupación saber que de todos los hospitales generales en el país, sólo unos cuantos tienen interconsulta psiquiátrica y mucho menos atención de

internamiento o camas designadas para este tipo de pacientes.

Actualmente el país vive una guerra de más de doce años de evolución, así como la explosión demográfica, la cual con el aumento de esta población, no guarda relación o proporción alguna con la repartición de los recursos naturales, sino que, al contrario, los amenaza en su misma raíz; las armas suficientes para destruir a la humanidad se acumulan de una manera absurda, y por el contrario estas mismas se incrementan; la violencia, crueldad y represión no son menores que hace cientos o miles de años, lo cual me hace reflexionar y cuestionarme, que en base a estas experiencias el HOMBRE como tal no ha sido capaz de progresar o de sacar beneficio de dichas experiencias, sino todo lo contrario lo han vuelto, deshumanizante, materialista, como si el progreso técnico-industrial, frenara al progreso moral, lo cual no habría de descuidar, en provecho del bienestar social, familiar e interpersonal.

El pueblo salvadoreño ha sufrido los problemas económicos, sociales que esto acarrea y consecuentemente el deterioro de la salud mental de esta población, contando con recursos materiales y humanos insuficientes.

El haber vivido continuamente bajo el influjo de excesiva angustia, trae consigo los consiguientes mecanís-

II. JUSTIFICACIONES

1. El presente trabajo pretende demostrar la importancia que posee la Psiquiatría como especialidad dentro de un hospital general.
2. Dar a conocer las experiencias vividas como Psiquiatra dentro del hospital general.
3. Para cumplir un requisito indispensable y completar el trámite necesario de incorporación a la Universidad de El Salvador y finalización de el Servicio Social.

III. OBJETIVOS

1. Transmitir las experiencias desarrolladas como Médico Psiquiatra en un hospital general y, en base a ellas implementar en todos los hospitales generales el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.
2. Hacer conciencia en los estudiantes de Medicina del área clínica, médicos internos, residentes y médicos generales o de otras especialidades en la valoración del paciente no como un "ente" o enfermedad somática sino evaluarlo como un ser Bio-Psicosocial y, no desatender los problemas psíquicos que en ese momento presenta.
3. Que el presente trabajo sea tomado en cuenta por las Autoridades de la Escuela de Medicina, para un mejor enfoque en el programa de enseñanza a nivel de pregrado y post-grado en el área de Psiquiatría.

IV. MARCO TEORICO

Ubicación Geográfica

Durante la realización de mi Servicio Social, el cual realicé en el Hospital San Rafael de la Ciudad de Nueva San Salvador conocida popularmente como Santa Tecla, localizada al sur-poniente y a doce kilómetros de la Ciudad de San Salvador. Es la cabecera del Departamento de La Libertad, con una extensión jurisdiccional de ciento doce kilómetros cuadrados, con una población aproximada de doscientos veinticinco mil habitantes. El sector rural cuenta con catorce cantones y el sub-urbano de veintiseis colonias. Existen centros de enseñanza de todos los niveles centros comerciales e industriales. Considerada dentro de las cuatro ciudades de importancia a nivel nacional.

Antecedentes

El ahora Hospital San Rafael fue fundado alrededor de 1885, como una Casa de Salud. Se construyó en el terreno de la Finca Santa Marta, en Santa Tecla, que fue donado por la Sra. Sara de Zaldívar.

El 16 de enero de 1890 se le nombró Hospital San

Rafael y gracias a los esfuerzos de su benefactora, como de las Juntas de Caridad, del equipo de médicos que lo ha dirigido y de las instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras, así como del patronato, se ha logrado construir a la fecha, como establecimiento de segundo nivel que brinda atención general en forma gratuita a un alto porcentaje de pacientes de escasos recursos económicos, no sólo de su área geográfica asignada como también de las poblaciones aledañas.

En 1970 se organizó el Patronato del Hospital con cuya iniciativa para activar a la comunidad, logró construirse el servicio de consulta externa, inaugurándose en mayo de 1972.

A partir de 1984 comenzó a funcionar con una torre moderna de construcción que fue donada por el "Fideicomiso Walter Soudy", con una capacidad de 450 camas para hospitalización.

El Hospital actualmente ofrece una atención promedio de 800 pacientes diarios, en los servicios de Pediatría, Cirugía, Ortopedia, Ginecología, Obstetricia, Medicina, Psiquiatría y otras especialidades médicas, atendiendo tanto a niños, mujeres y hombres.

Dentro de su Cuerpo Médico, actualmente conformado por unos 106, cuenta con médicos especialistas de alto prestigio y calidad profesional.

Filosofía

El Hospital San Rafael (HSR), desde el momento de su fundación y conforme a los lineamientos enmarcados en el Plan de Salud de la República, responde a la siguiente filosofía como guía general de su accionar.

1. La salud de la población salvadoreña es un Derecho, y por consiguiente, es un deber de la Institución atenderla.
2. Es responsabilidad del HSR proveer a la población de los servicios de salud que ésta demanda, en calidad y oportunidad, libre de riesgos y humanizada, conforme a los recursos con que disponga.
3. El HSR deberá desarrollar servicios y estrategias con énfasis en la participación comunitaria, con la finalidad de cumplir con el numeral 2.
4. La atención de salud tiene una influencia inter y multisectorial que debe ser considerada, debiendo mantener consiguientemente, mecanismos de comunicación permanentes.
5. El HSR debe promover una revisión periódica de su estructura organizativa y administrativa, a fin de aprovechar más adecuadamente los recursos humanos,

médicos, financieros y materiales de que dispone.

Objetivos del Hospital San Rafael (HSR)

Atendiendo al objetivo institucional del MSPAS que es el de "velar por la conservación y establecimiento de la salud de los habitantes de la República", el HSR participa en la consecución de los objetivos siguientes:

1. Dar cuidados y asistencia médica a las personas que lo soliciten.
2. Proporcionar servicio de salud a la comunidad incluyendo los aspectos curativos, preventivos, de formación y de rehabilitación de los grupos familiares.
3. Dar adiestramiento a médicos, enfermeras, estudiantes de disciplinas de salud y otro personal afín.
4. Promover la investigación científica.

Organización

El HSR es una institución pública calificada como Hospital Regional de 2o. nivel. Reporta diariamente a la Región Central, y su adiestramiento recae sobre un Director que es nombrado por el Despacho Ministerial.

Su operación a nivel macro está conformado por 3 grandes áreas que son:

- Servicios médicos de atención (Consulta Externa y Hospitalización).
- Servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento.
- Servicios de apoyo administrativo.

Entre los servicios médicos de atención, se encuentran los siguientes:

- Medicina
- Gineco-Obstetricia
- Pediatría
- Cirugía
- Pensionado
- Consulta Externa (General y Especialidades).
- Consulta Odontológica General
- Emergencia

Entre los servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento, están los siguientes:

- Centro Quirúrgico (Sala de Operaciones)
- Anestesiología
- Terapia respiratoria
- Laboratorio Clínico y Banco de Sangre
- Patología
- Radiología
- Fisioterapia
- Arsenal
- Farmacia
- Saneamiento Ambiental

Entre los servicios de apoyo administrativo, están:

- Administración
- Transportes

Alimentación y Dietas

- Ropería y Lavandería
- Mantenimiento
- Servicio Social
- Estadística y Documentos Médicos
- Personal
- Contabilidad
- Tesorería

Definición e Historia

La Psiquiatría moderna es la rama de la medicina que se ocupa de las manifestaciones y los tratamientos de las anomalías en el funcionamiento de la personalidad, que afectan ya sea la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás, así como su capacidad para adaptarse a la vida en sociedad. La Psiquiatría enfoca también los orígenes y las interacciones dinámicas de la personalidad que intervienen en el desarrollo de la enfermedad mental. Las diversas perturbaciones incluyen los trastornos en la conducta manifiesta y los que influyen en los sentimientos, el pensamiento y el funcionamiento de diversos sistemas orgánicos.

En un tratado antiguo se encontraría la siguiente definición: "Psiquiatría es la rama de la Medicina que se ocupa de las enfermedades mentales". En la actualidad no podemos conformarnos con esta definición, porque la Psiquiatría actual se ocupa del estudio y tratamiento de problemas que evidentemente ni son ni derivan de "enfermedades mentales". Porque también es difícil delimitar lo que es una "enfermedad mental", y aun más la propia definición de "enfermedad" es difícil de definir.

En los últimos años se ha podido constatar un notable incremento e interés por la historia de la Psiquiatría. Es frecuente encontrar en la literatura referencias a las analogías, derivaciones y relaciones entre los métodos psiquiátricos actuales y los del pasado. En particular, sobre la historia de las actitudes hacia la enfermedad mental a través de los siglos ha aparecido una larga serie de estudios llevados a cabo por especialistas en los terrenos de la historia de la Filosofía, de la Sociología y ramas parecidas.

La Psiquiatría, un vasto cuerpo de doctrina y práctica referente a un gran número de pacientes, ha sido la última especialidad que se incorporó al campo general de la Medicina, hace aproximadamente un siglo y medio. Con anterioridad, las enfermedades mentales se consideraban terreno de la Filosofía; más lejanamente aún, en el tiempo, desde la época primitiva hasta la Edad Media, el enfermo men

ta, cuando no ignorado, era normalmente tratado (ortopedista, encerrado, castigado o ejercizado) por hombres en relación con la medicina o por sacerdotes.

El origen de la mayoría de los conceptos científicos de la Psiquiatría tiene su raíz en el pasado. El estudio de las tribus primitivas de nuestros días apoya las suposiciones sobre los conceptos de enfermedad que los hombres prehistóricos mantenían, y que se reflejan en los mitos y testimonios de las primeras páginas de la historia. Para el hombre primitivo todas las enfermedades se debían a la influencia de fuerzas que actúan fuera del cuerpo y se consideran sobrenaturales; por ejemplo, los espíritus del mal, las brujas, los demonios, los dioses o los magos.

Las referencias a las enfermedades mentales en los escritos antiguos de Egipto, India, China, Grecia y Roma revelan el comienzo de las principales corrientes del pensamiento y acción que ahora predominan en el desarrollo de la Psiquiatría como ciencia. Los comienzos de la actitud humanitaria que hoy día se refleja en el área de Psiquiatría Social se vieron ya en épocas tan antiguas como el año 360 A.C., cuando los sacerdotes griegos complementaban los encantamientos y los exorcismos para el enfermo mental con recomendaciones de benevolencia y sugerencias de que se emplearan actividades físicas y recreativas.

A lo largo de la Edad Media y aun después en Europa y en toda América, grandes grupos de individuos parecieron

ser afectados simultáneamente por epidemias psíquicas. El estudio de estas epidemias condujo a alguno de los conceptos acerca de los factores sociales como causa del desarreglo mental; es decir, el principio de la Psiquiatría Social.

Johann Weyer, el médico que algunos autores describen como el primer psiquiatra, trabajó abiertamente contra las creencias de su época que explicaban los fenómenos mentales como una posesión sobrenatural. Francis Bacon y otros filósofos del siglo XVII reconocieron que las funciones de "la mente" eran de importancia en el orden natural del universo. Estos puntos de vista llegaron a una profunda influencia sobre el pensamiento médico. En esta época, el interés filosófico de Descartes y otros en la "mente" y sus funciones estableció una explicación dual de la conducta humana.

En la era moderna, tuvo lugar un nuevo resurgimiento del interés en el cuidado humanitario del enfermo mental. Bajo la dirección de Chiaruggi en Italia (1759-1820), Philippe Pinel (1745-1826) en Francia, Daniel Tuke (1827-1895) en Inglaterra y Dorothea Dix (1802-1887) en Estados Unidos de América, se dejó de encadenar a los pacientes, y se empezó a atenderlos en instituciones de tipo hospitalario. Este impulso coincidió con las mismas fuerzas políticas y sociales que llevaron hacia los movimientos revolucionarios en los países europeos occidentales y

en América. Cuando Pinel quitó las cadenas de los pies y las manos de los enfermos mentales en el Hospital Bicêtre en París, pidió apoyo para aplicar a los dementes el mismo humanitarismo que se exigía para toda persona en la Asamblea Nacional de Francia; pidió los derechos de libertad e igualdad. Puso los cimientos para que en el tratamiento de los enfermos mentales se aceptara el principio humanitario de que el hombre puede mejorar la condición del hombre, a través de sus propios esfuerzos.

Después de una larga serie de observaciones que los brillantes clínicos europeos efectuaron, el alemán Emil Kraepelin (1856-1926) dió a la Psiquiatría la primera descripción global de lo que él creyó que eran entidades de enfermedad mental. Antes de él, la atención psiquiátrica se dirigía hacia el síntoma, que se consideraba como la enfermedad. Kraepelin supuso que las enfermedades mentales eran entidades patológicas definidas y análogas a las enfermedades físicas que se distinguían por su etiología, sus síntomas, su evolución y su resultado final, lo que le obligó a dar mayor importancia a las observaciones clínicas y a buscar causas físicas de las enfermedades mentales.

Al terminar el siglo XIX, junto con el éxito que siguió al descubrimiento de la anatomía patológica y la etiología de las enfermedades, los científicos intentaron también comprender la etiología de los trastornos mentales.

En todo el mundo han aparecido institutos de investigación dedicados al campo de la Psiquiatría, y en las universidades y en muchos hospitales de enseñanza independiente, han surgido vigorosas unidades de investigación. Gracias a éstos esfuerzos por adquirir nuevos conocimientos se ha ido desarrollando la enorme expansión del saber acerca del funcionamiento de la personalidad, su psicopatología, y la función y la estructura cerebrales. Han surgido así nuevos enfoques terapéuticos y preventivos, e hipótesis con gran potencial heurístico.

El campo de la Psiquiatría se halla ahora en un estado de incertidumbre y de inquietud incapaz de abandonar los modelos teóricos tradicionales, y no está preparado todavía para hacer frente al desafío de los grandes problemas del momento. No obstante, algún progreso se ve realizado, por lo menos en lo que pudiéramos llamar aumento de flexibilidad de los Psiquiatras hacia las nuevas ideas.

Todos estos acontecimientos señalan hacia un sentido creciente de responsabilidad social por parte del Psiquiatra, quizá como resultado del descenso aparente de las instituciones tradicionales, del cambio de costumbres y de la búsqueda de nuevos valores.

Labores Realizadas

Como Médico Psiquiatra, realizaba dos tipos de actividades:

- a. Consulta externa a nivel de especialidad en el área de Psiquiatría.
- b. Médico de interconsulta psiquiátrica en pacientes hospitalizados en cualquiera de las áreas de atención de internamiento antes descritas.

Estas labores fueron realizadas diariamente de Lunes a Viernes durante ocho horas diarias, en horario comprendido de las 7:00 horas a las 15:00 horas.

En lo que respecta a la consulta externa, se atendía dentro del horario comprendido de las 7:00 a las 10:00 horas, brindando servicio Médico-Psiquiátra por un promedio de diez pacientes diarios incluyendo los de 1a. consulta y los de consulta subsecuente. Haciendo notar que los pacientes de 1a. vez se presentaban en un promedio de 3 a 5 diariamente, quedando posteriormente la consulta subsecuente si el caso lo ameritaba. El período entre la 1a. consulta y la subsecuente variaba de acuerdo a la severidad de los síntomas, oscilando entre dos consultas semanales hasta una por mes.

Entre los motivos de consulta por los cuales los pacientes se presentaban diariamente a mi consulta, se encontraban más frecuentes los trastornos psicopatológicos a continuación detallados:

S. Depresivo, T. Neurotico, T. Personalidad, S. Convulsivo, etc.

Hago notar que dentro de los pacientes que acudían con trastornos Psicóticos una parte muy significativa, era de pacientes que son controlados medicamente -- en el Hospital Psiquiátrico Nacional debido a que las consultas subsecuentes les son dadas con intervalos de tiempo demasiado prolongado y/o porque la cantidad de medicamentos prescritos son demasiados minusiosos, en comparación con el tiempo entre las consultas.

Posteriormente a la atención de la consulta externa mis actividades continuaban con la atención Médico-Psiquiátrica del paciente hospitalizados, realizando una labor de psiquiatría de enlace, ya que todos estos pacientes estaban ingresado por diferentes enfermedades no correspondientes a trastornos psiquiátricos y que en determinado momento durante su internamiento presentaron trastornos que a criterio del médico tratante ameritaba la intervención y evaluación de el Médico-Psiquiatra, atendiendo a dichas interconsulta en la forma más oportuna y pronto posible. Dentro de los servicios que mas solicitaron del servicio de interconsulta psiquiátrico menciono: Ortopédía, Cirugía y Medicina. Entre los trastornos más frecuentes por los cuales solicitaron interconsulta menciono los siguientes: T. Depresivos, T. de Adaptación, Síndrome Organico Cerebral, etc.

Los casos que ameritaron internamiento psiquiátrico solo muy escasos pacientes fueron hospitalizados siendo

el resto referidos directamente al Hospital Psiquiátrico Nacional dado que el Hospital San Rafael no cuenta con instalaciones físicas adecuadas para un internamiento. Así como también no existe personal médico, paramédicos y de enfermería capacitado o entrenado para la atención de estos pacientes.

Otro tipo de actividades desarrolladas durante el desarrollo del Servicio Social, fueron de carácter académico impartiendo docencia a practicantes internos y externos consistentes en tutorías y discusión de casos clínicos. Así como el personal de residentes y cuerpo médico de las diferentes especialidades con los cuales se discutía y analizaba los casos presentados.

Trastornos Psicopatológicos que mas frecuentemente se atendieron en Consulta Externa e Internamiento, en orden decreciente:

Trastornos Neuróticos

- Crisis de Ansiedad Generalizada
- Crisis de Ansiedad con Agarofobia
- Crisis de Angustia
- Histeria

- Estados Fóbicos
- Trastornos Psicosemáticos
- Neurosis Conversivas
- Trastornos Obsesivo Compulsivo
- Depresión Neurótica

Reacción Agudo Post-Estress

Reacciones de Adaptación

Epilepsias

- Síndrome Convulsivos
- Ausencias
- Síndrome del Lobulo Temporal

Psicosis Reactiva Breve

- Post-Parto
- Post-Traumática

Psicosis Afectivas

- Depresivas
- Maníacas

- Bipolares

- Mixtas

Síndrome Cerebral Orgánico

Estados Paranoídes

Psicosis Alcohólica

Trastornos de Personalidad

Deficit Atencional con Hiperactividad

- Con o sin Enuresis

- Con o sin Encopresis

Estado Confusional Agudo

Psicosis Esquizofrénicas

Trastorno Esquizofreniforme

Síndrome de Korsakov

Demencia Senil y Presenil

Retardo Mental: Leve y Moderado, con o sin agresividad

Retardo Mental con Epilepsia

Trastornos Sexuales

- Homosexualidad Ejodistónica

- Trastorno de identidad Psicosexual

- Frigidez e Importancia

Farmacodependencia o Toxicomanías

La Interacción Psiquiátrica en la Formación del Médico,

La mayoría de los médicos no psiquiatras que ejercen hoy en día reciben poco o nulo entrenamiento en psiquiatría en la Escuela de Medicina.

Y de los que reciben entrenamiento muy pocos se interesaron en la materia, solo estudiaron como requisito para aprobar y nunca profundizaron o trataron de entender los trastornos psicopatológicos.

Muchos han llegado a la práctica general o a la de su especialidad con una repugnancia hacia la Psiquiatría basada en la intranquilidad por su conocimiento deficiente, insuficiente, aversión o desconfianza por los pacientes "LOCOS", celos vagos acerca de su propio estado emocional o simplemente un desdén por la materia tan "poco científica" en sí. Se resisten a aconsejar una consulta psiquiátrica hasta que es inevitable y quizá demasiado tarde.

Estos médicos tienden a pasar por alto o tal vez minimizar la importancia de los factores emocionales en las enfermedades de sus pacientes, han fallado en apreciar el valor de sus propias personalidades como una arma terapéutica. Todo esto constituye un pésimo ejercicio de la profe-

sión y es indecoroso para la profesión en general al final de cuentas.

Considero que cada médico debe practicar la Psiquiatría hasta cierto grado, al menos junto a la "cabecera del enfermo". Así como en épocas anteriores en donde el médico general o médico de cabecera, era un especialista en todo, brindándole confianza, amistad a la familia y sobre todo realizando una gran labor médica, la relación médico-paciente "La Alianza Terapéutica".

Hay que tener presentes que la Psiquiatría es antes que nada, una rama de la ciencia médica. Aunque cierto es, que la práctica clínica de la Psiquiatría es todavía más un arte que una ciencia, una ciencia joven e imperfecta es a pesar de todo una ciencia. La Psiquiatría, como otras ramas de la medicina, se ha beneficiado de muchas clases de actividad humana; imaginación, especulación, celo misionero, evangelismo-misticismo pero por nadie tanto como por la investigación científica.

La esencia de la ciencia consiste en la observación sistemática de la naturaleza con el fin de entender sus leyes y sus principios. La experimentación, la medición, la reproductibilidad, las variables controladas, las evaluaciones estadísticas- todas ellas son difíciles de aplicar al comportamiento humano, por las medidas imprecisas de variables cambiantes y la reproductibilidad de menor del 100% de los "mismos" procedimientos en los "mismos" pacientes son problemas también de la Fisiología y de

la cirugía al igual que de la Psiquiatría. Esto lo hago ver con el fin de comparar a la Psiquiatría como ciencia como cualquier otra rama de la medicina. Freud, fue un científico, aunque especuló mucho y midió poco, fue un observador honesto y registro cuidadosamente y sistematizó sus hallazgos para ensanchar nuestro entendimiento de la naturaleza humana y el funcionamiento de la mente.

Se reconoce que la Psiquiatría se traslapa con muchas otras especialidades en medicina por no decir que con todas y con otras áreas de aprendizaje.

Se observan brillantes realizaciones, áreas de perspectivas prometedoras, vastas regiones de lastimosa ignorancia, la más lastimosa seguramente se encuentra en el campo de la Etiología. La herencia, infecciones, patología endocrinológica, psicopatología dinámica y otras, han tenido sus altas y bajas. Cada una ha afirmado en exceso y probado demasiado poco, aunque probablemente exista algo de verdad en cada una de ellas.

En Psiquiatría como en las demás ramas de la medicina hay modos, entusiasmos de corta duración y rarezas. No se necesita tener conocimiento en todas ellas, aunque eventualmente pueden resultar importantes.

Existen implicaciones Psiquiátricas contemporáneas entre las que destacan: la guerra que actualmente vivimos la expansión demográfica, problemas nacionales, como la extrema pobreza, el reclutamiento, crímenes y vandalismo

callejero, decadencia en las ciudades y pueblos, pérdida de los valores morales y cívicos; actitudes públicas cambiantes hacia el sexo y el aborto, la liberación femenina, antiintelectualismo, actividades anticulturales y protesta juveniles, populares y sindicatos, desórdenes incipientes y rebelión en muchas partes; propagación de enfermedades infecto-contagiosas de moda como el sida, cólera, etc.

"El buen médico trata no sólo la enfermedad sino al individuo que tiene la enfermedad. Para esto, escribe una historia de sentimientos y de eventos, examina las emociones lo mismo que los signos físicos y prescribe para conducir al paciente la paz espiritual al igual que la corporal. Su arma terapéutica más importante es su propia personalidad y la emplea conciente, sabia y benévolamente con pleno conocimiento de sus propias debilidades y flaquezas".

Psiquiatría de Enlace

Antecedentes

Los avances de la medicina en las últimas décadas han sido espectaculares en todas sus áreas. Desde el mejor entendimiento de la biología molecular hasta la incorporación aplicada de tecnología muy avanzada en el diagnóstico

y tratamiento, estos adelantos han permitido una mejor comprensión de la patología humana en general y de la psicopatología en particular.

La primera mitad de este siglo se caracterizó por el auge de las especialidades a expensas de la medicina general, llegando en ocasiones a excesos de fragmentación, con la consiguiente deshumanización y deterioro de las relaciones del médico con el enfermo.

La psiquiatría, como rama de la medicina, también ha seguido un curso variable en función de las diversas corrientes teóricas y conceptuales que han tenido ascendencia en diversas épocas y que, como en otras disciplinas médicas, han contribuido en muchos aspectos al entendimiento del ser humano, el dogmatismo exagerado ha estorbado el avance de esta especialidad, formando ínsulas de agrupaciones profesionales con ideas irreconciliables entre sí, que han provocado una muy explicable confusión de lo que realmente es la psiquiatría, especialmente entre los médicos no psiquiatras y el público en general. Afertunadamente, en los últimos años ha habido una revisión de ideas y conceptos, dando como resultado la solidificación de la psiquiatría como parte de la medicina, con un renovado interés en el estudio de las interacciones recíprocas entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad.

Estos progresos se han reflejado en modificaciones sustanciales del papel que desempeña el psiquiatra en el equipo médico. Hasta hace poco, el psiquiatra era visto por sus colegas no psiquiatras con desconfianza y suspicacia, como un especialista aislado y remoto, recluido en la privacía de su consultorio, o bien formando parte del sistema hospitalario manicomial, y percibido con temor, perplejidad y hasta rechazo en ocasiones. En la actualidad, gracias al trabajo pionero de muchos psiquiatras, que por su solidez científica y cualidades personales lograron establecer en los últimos 30 años departamentos y servicios de psiquiatría en varias universidades y hospitales generales en diferentes países de América y Europa, la perspectiva es mucho más halagadora, con una interacción de la que resultan beneficiados los médicos psiquiatras, los no psiquiatras y, como consecuencia, el género humano, enfermo o no, que es al fin de cuentas el objetivo principal de la medicina.

Es difícil precisar exactamente la fecha de inicio de esta revisión de modelos, pero la mayoría de los autores mencionan que fue al finalizar la Segunda Guerra Mundial, durante la cual se hizo evidente la gran utilidad de la participación de los psiquiatras como parte del grupo médico en el manejo de pacientes con patología de origen no necesariamente psiquiátrica, que estos cambios de enfoque comenzaron a cristalizar en la medicina no militar de

la postguerra. Muchos de los psiquiatras se incorporaron a instituciones docentes y asistenciales, conscientes de la necesidad de construir puentes con bases sólidas hacia otras áreas de la medicina, para lo cual era indispensable consolidar posiciones firmes dentro de los grupos médicos y universitarios accesibles. Al lograr lo anterior, ha sido posible efectuar modificaciones en los programas de estudio, tanto de pregrado como de posgrado en las Escuelas de Medicina, con la inclusión de cursos específicos algunas veces con diferente nomenclatura en cada lugar, pero todos con la meta de familiarizar y adiestrar al estudiante de medicina y al residente de postgrado psiquiátrico y no psiquiátrico en la comprensión del hombre como una unidad biopsicosocial y no como uno o varios órganos enfermos.

Si a lo anterior se agrega el enorme avance que significó el descubrimiento y la aplicación clínica de fármacos altamente efectivos en el tratamiento de padecimientos mentales durante la década de 1950, como son los neurolepticos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, los antidepresivos, tricíclicos, el carbonato de litio y diversos tipos de hipnóticos y ansiolíticos con un alto margen de seguridad, es más fácil comprender la convergencia de la psiquiatría hacia un modelo médico, sin por eso dejar de tomar en cuenta la importancia del aporte de las ciencias sociales dentro de este modelo.

Antes, el psiquiatra trabajaba de manera aislada y con posibilidades de ofrecer únicamente dentro de su bagaje terapéutico modalidades tan diferentes como son, por un lado, el psicoanálisis con sus diferentes orientaciones y modificaciones, de duración prolongada, alto costo de tiempo y dinero, reducido número de pacientes y resultados difíciles de justipreciar y, por el otro, diversas técnicas para inducir convulsiones tonicoclónicas generalizadas, de beneficio indudable sólo para entidades patológicas bien definidas, como son los desórdenes maníacos y depresivos severos, así como algunos cuadros psicóticos agitados y catatónicos, pero que, por lo dramático de las convulsiones, las dudas sobre los mecanismos de acción terapéutica, los efectos sobre la memoria, muchas veces exagerados y alarmistas, y sobre todo la incertidumbre de un posible daño cerebral, los convierten en tratamientos de no fácil aceptación general y en un último recurso de intervención. Ahora, el psiquiatra puede participar dentro del grupo médico con bases de diagnóstico y tratamiento cada vez más eficaces para más problemas, así como más acordes a las necesidades de la medicina moderna, al reunir, por su adiestramiento y formación, elementos psicodinámicos, farmacológicos y conductuales, tanto en forma individual como familiar y grupal, para lograr un manejo realmente integral del enfermo y los seres que lo rodean, incluyendo en este último rubro el personal médico y paramédico.

Estado Actual

Una vez lograda la formación del departamento de psiquiatría en las escuelas y facultades de medicina, y de servicios de psiquiatría en hospitales generales y especializados, como puentes cada vez más sólidos entre la psiquiatría y la medicina, la siguiente etapa ha consistido en facilitar el paso de ida y de regreso por estos puentes tan arduamente contruidos por otros. Lo anterior se está llevando a cabo por medio de programas de interconsulta psiquiátrica y psiquiatría de enlace, que para fines prácticos son polos de un mismo continuo.

La interconsulta psiquiátrica aparentemente no difiere mucho de cualquier otra interconsulta de especialidad, en donde un médico solicita la opinión autorizada de un experto para aclarar dudas de diagnóstico, manejo y tratamiento de un enfermo en particular. Sin embargo, a pesar de la similitud de procedimientos con otras interconsultas, la psiquiátrica se singulariza por servir de llave de entrada a un terreno más amplio que la mera valoración de un paciente, terreno que ha dado en llamarse psiquiatría de enlace.

Lipowski define a la psiquiatría de enlace como el área de la psiquiatría clínica que incluye las actividades diagnósticas, terapéuticas, docentes y de investigación que lleva a cabo un psiquiatra en las secciones no psiquiátricas de un hospital general. Este concepto se puede

ampliar para incluir, además del hospital general, otras situaciones en donde el psiquiatra realice las actividades antes mencionadas.

Diagnóstico

Consiste no únicamente en identificar el trastorno psicológico que está causando las quejas somáticas o interactuantes con la enfermedad orgánica, sino también en describir la personalidad del paciente, identificar mecanismos de defensa, y valorar la situación del enfermo en los aspectos familiar, social y de medio ambiente que puede influir en su enfermedad. El identificar los factores psicosociales puede ser importante en el desarrollo, modificación y potencial de cronicidad de la enfermedad física.

A continuación se mencionan algunos problemas comunes de diagnóstico diferencial en la psiquiatría de enlace:

- a. Síntomas psicológicos de una enfermedad orgánica (ansiedad o depresión) que posiblemente enmascaran la enfermedad subyacente;
- b. Complicaciones psicológicas de una enfermedad orgánica como puede ser un estado confusional secundario a un síndrome de abstinencia de fármacos o alcohol,

- o un acto quirúrgico complicado (oftalmológico, cardíaco);
- c. Reacciones psicológicas a la enfermedad orgánica (insuficiencia renal crónica, lupus eritematoso sistémico);
 - d. Uso inapropiado o excesivo de mecanismos de defensa (negación en el infarto de miocardio);
 - e. Manifestaciones somáticas de desórdenes psiquiátricos (insomnio, cefalea o palpitaciones precordiales como equivalentes depresivos).

Problemas de manejo

Entre las situaciones de manejo problemático por la requerida la intervención del psiquiatra, la más comunes son las siguientes:

- a. Depresión con intento o amenaza de suicidio;
- b. Alteraciones de la conducta (cuadros confusionales psicosis);
- c. Reacción emocional inapropiada (miedo, ira);
- d. Falta de cooperación del enfermo por temor, ignoran-

cia o conflicto médico-paciente y paciente-personal paramédico;

- e. Síndromes de abstinencia;
- f) Temor de médicos y enfermeras a pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica, aunque ésta no esté activa;
- g) Inhabilidad del médico general para informar al enfermo y su familia del diagnóstico y pronóstico del padecimiento (enfermedades malignas, amputaciones)
- i. Pacientes simuladores o con enfermedad ficticia (síndrome de Munchausen);
- j. Dolor crónico

Para resolver éstas y otras dudas diagnósticas y de manejo es necesario reunir toda la información posible, tanto del enfermo y su familia como del médico general y el personal paramédico. Es de vital importancia que el psiquiatra hable personalmente con los médicos que piden la interconsulta, antes y después de entrevistar al paciente. De esta manera, se entienden mejor los problemas del enfermo y además se establece un contacto personal entre colegas, que es invaluable para detectar reacciones contratransferenciales por un lado, y para planear el

manejo a corto y mediano plazo del enfermo por el otro. También es de enorme utilidad la información que se obtiene de las enfermeras, especialmente con pacientes, que presentan trastornos conductuales, ya que ellas son las que permanecen mayor cantidad de tiempo en las áreas de hospitalización.

Tratamiento

La intervención terapéutica va a plantear en función del diagnóstico médico-psiquiátrico y va a incluir una o varias modalidades del bagaje del psiquiatra:

- a. Psicofármacos;
- b. Psicoterapia individual y de grupo;
- c. Terapia conyugal y familiar;
- d. Terapia comportamental, y
- e. Terapia de relajación

De todos estos recursos terapéuticos, es seguramente el de los fármacos aquel en el que el psiquiatra necesita tener particular cuidado, ya que los efectos favorables o adversos serán de aparición pronta en la mayoría de las ocasiones, quedando así en evidencia, por lo menos aparentemente, la competencia o incompetencia del médico-

psiquiatra ante sus colegas y ante los enfermos. El psiquiatra necesita conocer a fondo la farmacología, tanto de los medicamentos psicotrópicos como la de los fármacos usados en medicina y cirugía que tengan alguna acción sobre el SNC, ya que frecuentemente será consultado por problemas relacionados con diferentes medicamentos, que en el hospital general necesariamente serán más comunes y complejos que en la práctica de consultorio, dada la diversidad de patología médica y quirúrgico de los pacientes hospitalizados, con mayor susceptibilidad a los efectos de los fármacos. Dentro de lo anterior se deben tener muy en cuenta la dosificación de los medicamentos, la vía idónea de administración, su farmacodinamia y su farmacocinesia.

Enseñanza

Una de las principales funciones de la psiquiatría de enlace es la de la enseñanza. Esta puede ser programada por medio de conferencias, seminarios y presentación de casos clínicos; o no programada, sirviendo el psiquiatra como modelo en entrevistas con los enfermos, seguidas de discusiones informales después de éstas.

El psiquiatra que interviene en programas de enlace debe estar capacitado para enseñar diversos aspectos relevantes para el personal médico y paramédico, incluyendo técnicas

de la entrevista, diagnóstico diferencial, influencias psicosociales en la enfermedad, estrategias de manejo basadas en la personalidad del enfermo y en sus mecanismos de defensa, análisis de la relación médico-paciente, fenómenos de transferencia y contratransferencia y uso racional de los medicamentos psicotrópicos.

Investigación

Aunque menos desarrollada que las áreas antes mencionadas, la investigación clínica debe ser parte integral de la psiquiatría de enlace y comprender aspectos de medicina psicosomática, respuestas psicológicas a la enfermedad y a la muerte, estudio de las interacciones recíprocas entre variables biológicas, psicológicas y sociales en la salud y en la enfermedad, por sólo mencionar algunos ejemplos de investigación clínica fructífera que ha aportado la psiquiatría de enlace.

V. PROGRAMA DE SALUD MENTAL

El proceso de planificación permite al administrador de servicios de salud mental prever situaciones futuras, analizar las posibles opciones para la acción y establecer criterios en la elección de caminos alternativos para alcanzar determinadas metas. Las ventajas de la planificación frente a la simple repetición de actividades rutinarias o la adopción de medidas improvisadas para resolver situaciones críticas o inesperadas, es evidente. En el caso de los programas de salud mental, donde los recursos disponibles son escasos, los factores actuantes numerosos y mal definidos y los límites con otros campos, borrosos, la planificación constituye un imperativo.

La realización de un plan de salud mental presupone que existe una política de salud mental que respalda el programa y garantiza los recursos para su ejecución. Frecuentemente sólo hay una posición sobreentendida, que es menester expresar en términos explícitos.

Todo plan o programa de salud mental debe señalar concretamente cuáles son las metas que persigue. El objetivo final, la obtención de altos niveles de salud mental para todos los pobladores, es muy general y difícil de medir. En la práctica, los programas definen objetivos

más concretos, con indicadores más precisos, que permite desarrollar líneas de acción o aperturas programáticas bien definidas. Estos objetivos se pueden agrupar en tres categorías:

- a. La restauración de la salud mental, es decir, el tratamiento y rehabilitación de los pacientes mentales.
- b. La prevención de las enfermedades mentales, trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad, y
- c. La promoción de conductas y la realización de intervenciones en el medio, favorecedoras del bienestar y la salud individual y colectiva.

A. GENERALIDADES

1. Definición y Campo

"Se entiende por higiene mental o cuidado de la salud mental el conjunto de actividades basadas en un repertorio de conocimientos científicos y tendientes a fomentar, proteger, conservar y restablecer la salud mental del hombre". La salud mental forma parte o constituye una parcela de la salud integral del sujeto. Así está expresado en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S).

La misma imprecisión, en cuanto a delimitación del campo, aparece en la psiquiatría, especialidad médica que en los últimos decenios se ha enriquecido notablemente, integrándose con nuevos aportes de la medicina, la psicología, el psicoanálisis, la antropología, la sociología, la neurofisiología, la farmacología, la epidemiología y la genética. Con este enriquecimiento se hace mucho más complejo el conocimiento, la práctica y los objetivos de la psiquiatría y se fuerza el desarrollo de ese "conjunto de actividades" que se organizan en un nuevo nivel de acciones "tendientes a fomentar, proteger, conservar y restablecer la salud mental del hombre". Se entiende, por lo tanto, que la llamada Salud Mental o higiene mental abarca, por una parte, un sector de la psiquiatría moderna y, por otra, un nivel de acción. Este se orienta específicamente en el sentido de la prevención, que aun en estos días está desarrollando sus propias conceptualizaciones.

El estudio de sus necesidades y los recursos para satisfacerlas, la organización y la planificación de los servicios para tratamiento y prevención de la enfermedad o para la promoción de la salud.

Es significativo que sólo en los últimos años las autoridades de la Salud Pública hayan tomado conciencia, muchas veces limitada, de la importancia y la magnitud del problema de Salud Mental, a pesar de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina

Sanitaria Paramericana, del extraordinario desarrollo de la Psiquiatría y de la divulgación de muchos de sus logros a través de medios de comunicación masiva.

Programas de Salud Pública, la cobertura es incompleta, no sólo en cuanto a la totalidad de los problemas psiquiátricos, sino también al número de la población beneficiada. Corresponde preguntarse acerca de las causas por las cuales los desórdenes mentales no se han valorizado y enfrentado suficientemente, y por qué no se ha correlacionado proporcionalmente la utilización de recursos para Salud Mental con la totalidad de los utilizados en Salud Pública.

2. Salud Mental: Reconocimiento de un Problema

Aunque en muchos países se desconozca la real magnitud de los problemas de salud mental por falta de datos estadísticos fehacientes, parece no haber dudas en cuanto a su importancia cualitativa y a la alta prevalencia de las "enfermedades mentales".

Por otra parte, con el desarrollo de la ciencia y la técnica modernas se ha facilitado el aumento progresivo del promedio de vida y el consiguiente aumento del número de ancianos. Acerca entonces la importancia de un sector de la comunidad particularmente vulnerable a los desórdenes mentales.

Desde otro ángulo de análisis, es importante el problema de salud mental en relación con el contexto político, económico y socio-cultural: "Los sucesos de política internacional, la industrialización, la urbanización, etc., plantean a los individuos conflictos que modifican los sistemas de valores éticos y los roles tradicionales de la autoridad, y transforman la dinámica familiar. Es muy probable que estas situaciones tengan repercusiones en la salud mental del individuo, de la familia y de la comunidad, actuando como factores de stress que aumentan la vulnerabilidad para los desórdenes mentales. En Latinoamérica, estos factores van unidos a problemas tales como la inestabilidad política, las migraciones, la marginación de grupos de población, el analfabetismo, el desempleo y la persistencia de grandes problemas de salud, como, por ejemplo, las parasitosis, la hipoalimentación, etc.

3. Salud Mental: Negación de un Problema

La falta de información por parte del público, las autoridades e incluso los administradores de la salud pública, cantidad y diversidad de los recursos con que cuenta la psiquiatría actual, referidos a promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación o a docencia e investigación, tanto en el nivel biológico como en el psicológico o social.

Además, en muchos países, y sobre todo en los subdesa-

rollados, graves problemas de salud, como la desnutrición, la escasez de agua potable, la mortalidad infantil y muchas enfermedades endémicas y epidémicas, constituyen "puntos de urgencia" que presionan a las autoridades y a los presupuestos, impidiendo la percepción del significado real del problema de Salud Mental, su adecuada evaluación y la utilización de recursos para su control.

4. Comunidad y Niveles de Prevención

Las investigaciones sociológicas han señalado la importancia de los estudios de la comunidad en todo cuanto se refiere a los multifacéticos problemas de la salud mental. Con anterioridad a la incorporación sistemática de esos hallazgos en la psiquiatría comunitaria, se prestaba escasa atención a todo lo que no fuera la díada enfermo-hospital. Sin embargo, es en la comunidad donde interactúan los factores que llevan al paciente a la consulta, donde previamente se dan los procesos socioculturales que "definen" al paciente como tal, y a la que se reintegra para volver a asumir sus roles habituales.

El que un comportamiento se considere "desviado" no es una propiedad inherente a la conducta propiamente dicha, sino una "categoría" adjudicada por la sociedad.

Por otra parte, la comunidad es el lugar en el cual se hace la decisión acerca de donde se tratará un paciente:

el grado de conocimiento y la aceptación que la misma tenga de la enfermedad mental y de las instituciones que la tratan determinarán el uso que se haga de éstas.

Desde el punto de vista de las acciones con que se opera en prevención, y con un criterio de salud pública, Caplan desarrolló sus conocidos conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria. Define la prevención primaria como todas aquellas acciones tendientes a disminuir los riesgos de que una población enferme.

En el nivel de la prevención primaria, las acciones se orientan a través de la legislación o de consultas y asesoramiento a instituciones tales como escuelas, fábricas, etc.

La prevención secundaria se refiere a las medidas tendientes a reconocer precozmente el desorden y a su tratamiento eficiente para evitar secuelas. Es en este nivel donde tradicionalmente se operaba, y ha sido contribución de la Psiquiatría comunitaria la incorporación de nuevas dimensiones en las actividades del trabajador en salud mental.

Finalmente, la prevención terciaria procura reducir en la comunidad la proporción de secuelas de invalidez debidas a trastornos mentales. Se refiere a la rehabilitación del expaciente y a su reintegración al medio habitual. El concepto de prevención en este nivel enfatiza justamente el hecho de que una vez yugulada la faz del desorden la

La ausencia de medidas asistenciales posibilita las recaídas.

B. PLANIFICACION

Los planes de Salud Mental se realizan mediante programas que siguen las mismas normas generales que los de Salud Pública en cuanto a elaboración, ejecución y evaluación; lo específico es que requieren un conjunto diferenciado de acciones organizadas sistemática y coherentemente para corregir y evitar las alteraciones que los desórdenes de conducta provocan en la sociedad.

I. Bases para la planificación

En la elaboración de planes se considera una doble vertiente:

- a. Hay que actuar en todos los niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.
- b. Simultáneamente, deberá integrarse la asistencia con la educación y la investigación.

II. Integración

La planificación debe estar regida por un principio fundamental: la integración de los programas de Salud

Mental en los de Salud Pública tanto en el nivel central como periférico. "Si los planes de Salud Mental se integran en los planes generales de salud, se facilita la obtención de los recursos necesarios y la utilización de todos los medios con que cuenta el nivel central, asegurándose, el nivel de operación, la participación conjunta de los equipos de Salud Pública y de Salud Mental. Coordinar esta participación y la obtención de estos recursos es la función del administrador de salud en el nivel superior. Los programas integrados de Salud Mental pueden ser dirigidos por psiquiatras, preferiblemente con capacidad o formación administrativa, que cuenten con el asesoramiento de administradores sanitarios.

Desde el punto de vista administrativo, una de las dificultades que entorpece la integración de los programas es la existencia de legislaciones inadecuadas, la falta de una clara definición de la política sanitaria y la deficiente organización de las estructuras centrales o periféricas en los servicios de salud pública. un modo de superarlas ha sido la creación, a nivel nacional, provincial o departamental, de oficinas normativas de salud mental dentro de los organismos respectivos de salud.

III Evaluación de necesidades y utilización de recursos

Como ocurre cuando se planifica en Salud Pública los programas de Salud Mental, deben desarrollarse por

etapas, sobre la base de prioridades establecidas buscando un equilibrio entre las necesidades de la comunidad y los recursos de cada país, región o área en que aquéllos se apliquen. Para ello es condición "sine qua non" conocer las condiciones socio-culturales y la magnitud y el sentido en que actúan los problemas de salud; valorar los recursos actuales y potenciales; organizar la adecuada instrumentación de los mismos para su mejor aprovechamiento, y evaluar periódicamente sus efectos como medio de realimentar el sistema.

En la utilización de recursos importa reconocer que, independientemente de los establecimientos dedicados a psiquiatría, otras instituciones de salud -centro de salud, dispensarios, hospitales generales, etc- pueden en la medida de lo factible incorporarse al programa, pues en ellas no sólo se ve facilitada la integración de servicios de salud mental, sino que suelen ser muy efectivas en algunas acciones, como, por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento precoces, la detección de casos, los seguimientos, etc.

IV. Articulación de acciones

La psiquiatría moderna -clínica, dinámica y social- enfrenta un amplio espectro de situaciones vinculares con los desórdenes de conducta, las enfermedades y la salud, para las que cuenta con un correlato de recursos.

Como consecuencia del desarrollo de la especialidad se han creado técnicas instrumentales por varias instituciones que, progresivamente han debido aumentar la gama de sus funciones. Sucede entonces que en la actualidad es tan amplio el repertorio de problemas como el de las instituciones, los roles de los trabajadores y las técnicas en salud mental; por lo tanto, es menester una coordinación racional y articulada.

Un alto número de pacientes y de problemas evolucionan crónicamente dejando una secuela de deterioro e invalideces, a menos que se les atienda precoz y satisfactoriamente. Es también sabido que la vulnerabilidad de algunas personas facilita la aparición de diferentes reacciones psicopatológicas. Algunos pacientes no pueden modificar "su rol" por actitudes motivadas en pautas culturales y de la sociedad en que viven. Hay casos agudos y crónicas, recaídas, recidivas y recuperaciones parciales o totales; existen complicaciones que agravan el proceso; hay enfermedades cíclicas, brotes y reacciones determinados por stress, causados por factores múltiples. Hay enfermos aceptados o rechazados por la familia y por la comunidad.

El personal que se forma en distintas profesiones y cuyo campo de trabajo es salud mental, debe capacitarse al mismo tiempo en universidades u otras instituciones de enseñanza sensibles a las realidades del área en que actúa y que asumiría la responsabilidad de formar aquellos

técnicos que la comunidad requiere. Los problemas del área y las tareas de los profesionales en el campo de trabajo deberán realimentar permanentemente los currícula, las técnicas de enseñanza, etc. Es en los términos en que se debe plantearse la utilización de recursos y coordinación de las investigaciones orientadas a elucidar los problemas del área.

C. ASISTENCIA

1. Conceptos Generales

Las tres áreas de prevención prestan un marco apropiado para agrupar las instituciones psiquiátricas.

2. Prevención Primaria: Instituciones, Acciones y Personal

El objetivo de la prevención primaria es incluir en la dinámica de todos los grupos de la población la consideración del papel que desempeñan diversos factores, especialmente los psiquiatras y psicólogos, a los efectos de evitar la aparición de la enfermedad mental. También hay que favorecer las condiciones que promueven salud, en la medida que las investigaciones lo vayan demostrando.

Las acciones con las que se opera en prevención primaria son: la planificación, la educación sanitaria, las consultas y el asesoramiento, que pueden vehiculizarse a través

de cualquiera de las estructuras sociales de la comunidad, las "instituciones", por lo tanto, no tienen que ser específicas ni necesariamente diseñadas para la práctica de psiquiatría.

Las acciones que el equipo de Salud Mental mediatiza a través de instancias ejecutivas a las que se suministra información sobre los problemas de Salud Mental, sobre los recursos disponibles o a crearse, o generalmente para la elaboración de programas.

El equipo básico en este caso podría estar integrado por un psiquiatra y un sociólogo. La institución-gobierno es obviamente un lugar de operación ideal en cuanto el asesoramiento se cristaliza en beneficio de amplios sectores.

El equipo interdisciplinario de salud mental que trabaje en el nivel de prevención primaria, en síntesis, incluirá, además de los expertos en las ciencias de la conducta, al educador sanitario, al sanitarista, al urbanista, al bioestadístico, etc., según la tarea específica que desarrolle la institución.

3. Prevención Secundaria: Instituciones, Acciones y Personal

A. Consultorios Externos (C.E)

Permite mantener al paciente en la comunidad. Su

ubicación puede ser variada (hospital general, hospital psiquiátrico, centros de salud, etc), y necesita estar vinculado a otras instituciones ya que es también parte de su función evaluar y derivar. El tratamiento ambulatorio en los consultorios externos ha sido considerablemente facilitado por el advenimiento de los psicofármacos y la mejor sistematización de psicoterapias adaptadas a la diversidad de problemas y pacientes. Porque está en contacto obligado con las fuentes de derivación que le envían pacientes que se encuentran en situación inmejorable para efectuar, además, tareas de índole comunitaria, como consultores, asesoramiento y educación.

Las necesidades en cuanto a personal son diversas; psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, clínicos -especialmente en geriatría-, psicopedagogos -en niños-, trabajadores paraprofesionales, etc.

Vinculadas con los consultorios externos funcionan las clínicas de niños o adolescentes, las de geriatría y las de alcoholismo, que, por razones administrativas y de especialización del personal, pueden tener un funcionamiento autónomo.

B. Hospital de Día - Hospital de Noche

Son dos modalidades de hospitalizaciones parciales; la primera posibilita al paciente recibir los beneficios

del tratamiento durante las horas diurnas, permitiéndole regresar a su familia y a la comunidad durante la noche.

El Hospital de Día puede funcionar en el ámbito del hospital general o el psiquiátrico, o adjunto a los consultorios externos de una clínica.

El Hospital de Noche sirve los mismos propósitos. Es usado por pacientes en vías de externación y que están reemplazados o estudian durante el día, en algunos casos es electivo como modalidad única.

"El tratamiento parcial" interrumpe menos los vínculos comunitarios que la hospitalización a tiempo completo.

Estímase que el 75% de los pacientes agudos hospitalizados puedan tratarse en el Hospital de Día.

C. El Servicio Psiquiátrico (SP) en el Hospital General

El servicio psiquiátrico en el hospital general ha desempeñado un papel preponderante en el cambio que en los últimos años se ha operado en los tradicionales esquemas asistenciales psiquiátricos.

En muchos países una larga experiencia confirma su valiosa utilidad y ha pasado a ser uno de los eslabones fundamentales en la cadena de instituciones que prestan servicios en un programa regionalizado. Constituye, para algunos grupos, la primera prioridad en cuanto a asistencia se refiere.

Si está bien organizado y concatenado con los otros servicios del área (sobre todo, con el Hospital Psiquiátrico, al que debe transferir algunos pacientes) constituye una excelente solución para el tratamiento y seguimiento de la gran mayoría de casos del actual espectro de la patología psiquiátrica. Dado que existen hospitales generales en todas las zonas, si se instalara una red de estos servicios se contaría con uno de los mejores recursos para la prevención secundaria, y se reduciría notablemente la internación en hospitales psiquiátricos, generalmente hacinados. Si el hospital en el que está instalado cumple con las funciones que hoy se exigen a un hospital moderno (acciones preventivas), el servicio psiquiátrico puede también cumplir con muchas tareas de prevención primaria en su área de influencia.

Somos partidarios del avance sanitario que representa el funcionamiento de estos servicios por varias razones:

1. Su fácil acceso, en especial para los niños, adolescentes y adultos con problemas no psicóticos, problemas de conducta, desajustes, neurosis, caracteropatías, etc., o con psicosis de muy reciente comienzo (esquizofrenias, por ejemplo) que difícilmente concurren a un hospital de alienados. Se favorece así el diagnóstico precoz y el tratamiento intensivo, evitando de esta manera el deterioro, la cronificación y

la invalidez.

2. Su ubicación, en una institución ya aceptada por la comunidad y geográficamente próxima a toda el área a la que sirve, lo cual facilita no sólo la consulta inicial sino la continuidad de la asistencia, y permite la realización de tratamientos ambulatorios sin aislar al enfermo de su familia, su trabajo y su comunidad;
3. Cuando la internación es necesaria, suprime o atenúa el trauma para el paciente y su familia. El paciente no se siente distinto, extraño, estigmatizado, sino "uno más" de la comunidad hospitalaria. Se rompe así el nexo condicionado culturalmente: trastornos psíquicos-psiquiatra-manicomio-reclusión, motivos de las profundas resistencias para aceptar el tratamiento psiquiátrico.
4. Posibilita un contacto permanente de psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, enfermeras, etc., con la medicina general, con otras especialidades y con los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología, etc). Esto permite una mejor asistencia y la incorporación de criterios médicos integrales, que estimulan una información técnica moderna y el desarrollo de ciertos

trabajos de investigación.

- 5. Facilita en los estudiantes que se forman y en los médicos del propio hospital el aprendizaje de una medicina que integre en el hombre lo biológico lo psicológico y lo social;
- 6. Integrado en el hospital, el servicio psiquiátrico atiende los problemas psicológicos o las interconsultas psiquiátricas de los otros servicios y actúa como agente de cambio en la comunidad hospitalaria al favorecer la modificación de actitudes tradicionalmente prejuiciosas.
- 7. Sus actividades extra-muros, es decir, de prevención primaria, son mejor recibidas por la comunidad y sus líderes naturales, habitualmente vinculados al hospital general de la zona.

La instalación de este servicio psiquiátrico es relativamente económica porque se aprovechan los recursos físicos y administrativos existentes. Aunque el costo por cama y por día suele ser más alto que el de otras instituciones, se balancea por el resultado económico a largo plazo, dado el gran número de casos ambulatorios y el giro de las camas, aparte de los deterioros que evita.

El servicio debe contar:

1. Con camas para internación cuyo número variará de acuerdo con las que disponga el hospital (para algunos autores, oscilará entre el 10 y el 20% de las camas totales del establecimiento)
2. Con consultorios externos suficientes para atender la demanda de la zona
3. Con un servicio de guardia para emergencias que funcione durante las 24 horas.
4. Con suficiente lugar para terapia ocupacional y recreativa. Si tiene espacio y personal suficiente puede organizar un "hospital del día" y un "hospital de noche".

El servicio psiquiátrico necesita contar con personal bien entrenado en el manejo de todos los recursos actuales de la especialidad, y competente en el control de algunas emergencias que suelen crear conflictos con el resto del hospital (por ejemplo, tentativas de suicidio, crisis de excitación y destrucción, agresiones, etc).

El equipo debe estar integrado, si es posible, por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, estadísticos y, además para las tareas de prevención primaria

por educadores sanitarios, sociólogos y/o antropólogos, así como personal paraprofesional que pueda absorber buena parte de la tarea.

El servicio psiquiátrico, desarrollará tareas educativas en la comunidad y en el hospital, para formar personal técnico, y también para capacitar a su propio personal y al de otras instituciones que lo soliciten. En especial le compete la formación de Médicos Residentes en Psiquiatría.

La investigación es otro aspecto de las acciones que deben ser realizadas, no sólo por la finalidad implícita en cada una de ellas, sino porque motiva, estimula y jerarquiza al personal y a la institución.

D. Centros Comunitarios de Salud Mental

Es importante señalar que si no está vinculado a un hospital general, a una Universidad o a un Centro de Salud, su positivo aporte sufre un serio menoscabo por la ausencia de integración y, paradójicamente, la psiquiatría mantiene una división que se ha afanado en salvar.

E. El Hospital Psiquiátrico

El Hospital Psiquiátrico tradicionalmente constituye el más viejo recurso para el tratamiento de enfermos mentales. En él se atiende una alta proporción de pacientes

psicóticos, en gran número afectados por procesos crónicos y muchos con serios deterioros. En general son grandes establecimientos, dotados con cientos de camas.

Estas organizaciones son difíciles de administrar, no sólo por su extensión, el elevado número de pacientes y de personal, sino también por la diversidad y complejidad de las subestructuras que lo integran.

Sin embargo, muchos están evolucionando y en algunos ya se han conseguido cambios importantes reemplazando viejas estructuras por otras basadas en nuevas técnicas de administración hospitalaria y en la utilización de recursos empíricamente demostrados como operativos o fundamentados en conocimientos científicos: la descentralización administrativa, la participación comunitaria, los equipos interdisciplinarios, la utilización de terapias biológicas (sueño, electrochoque, etc), psicofármacos, psicoterapia individual y colectiva (grupos de discusión, grupos terapéuticos tradicionales, psicodrama, asambleas, etc), terapia ocupacional y recreativa, deportes, fisioterapia, etc.

Por lo significativo de la nueva orientación en la asistencia psiquiátrica es la aplicación de una "nueva filosofía" para la rehabilitación de los enfermos que subyace en el sistema de la "comunidad terapéutica".

4. Prevención terciaria: Instituciones, Acciones y Personal.

a. Consultorio de seguimiento

Se refiere a un servicio generalmente existente en el hospital psiquiátrico o íntimamente vinculado con el mismo. El paciente es seguido en su control medicamentoso y en su readaptación social.

El equipo asistencial es de psiquiatras, asistentes sociales y enfermeras.

b. Club de ex-pacientes

Funcionan proveyendo al ex-internado un marco de socialización. Es muy frecuente que haya un intervalo de varios meses hasta que el ex-paciente se sienta cómodo en algunas de las instituciones con que la sociedad cuenta.

Un asistente social y una terapeuta ocupacional entrenada en recreación, asesorados por un psiquiatra, pueden ser los líderes profesionales del club.

c. Colocación familiar

Ciertos pacientes, en su proceso de recuperación, dejan de necesitar el régimen ofrecido por el hospital

cuando todavía tienen necesidad de tratamiento, cuidado, apoyo o supervisión. Es entonces que puede contemplarse la ubicación del ex-internado, en casa de una familia que, guiada por el personal ofrezca un estudio intermedio en el retorno a la comunidad.

VI. CONCLUSIONES

En base a las experiencias obtenidas durante mi servicio social concluyo que la Psiquiatría tiene un papel preponderante dentro de el Hospital General, contribuyendo a la atención integral del paciente internado. Ya que si un paciente con padecimiento psiquiátrico se encuentra internado en un Hospital General se le está quitando la discriminación social a que es sometido por el estigma que significa el estar ingresado en una institución psiquiátrica, evitando su aislamiento de la comunidad donde reside; y facilitándole el acceso a los centros de atención más cercanos a su domicilio.

Al paciente psiquiátrico internado se le ofrece la facilidad de ser atendido por el personal de otras especialidades, sin necesidad de ser trasladado a otras instituciones donde se brinde tal atención.

Si bien es cierto que en el país existe el único centro hospitalario nacional, especializado en la atención de salud mental, este adolece de múltiples deficiencias entre las cuales se mencionan:

1. Carencia de profesionales médicos especializados en el área de psiquiatría que laboran en dicha institu-

ción.

2. Abandono relativo por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, hacia dicha institución lo cual redundo en la pobre atención que recibe el paciente y que en ocasiones no recibe el ó la cantidad adecuada de medicamentos necesarios para su tratamiento.

Aunado a esto, a pesar de ser el único Hospital Psiquiátrico en el país carece de un plan formal de educación continuada que permita la formación de nuevos profesionales médicos-psiquiatras.

Además el personal médico-psiquiatra; residentes en psiquiatría, carecen de estímulos económicos, académicos y laborales que los incentiven a trabajar en dicha institución.

Hago esta observación en base a que muchos de los pacientes atendidos en la consulta externa en el Hospital San Rafael son pacientes que se encuentran bajo control médico en el Hospital Psiquiátrico Nacional. Y todas estas deficiencias repercuten en que el paciente en su afán de paliar sus problemas, conduzca a la duplicidad de esfuerzos innecesarios, ya que consulta en dos instituciones para solucionar un mismo problema.

Por todo lo anteriormente expuesto puede finalizar mencionando que: si existe voluntad y espíritu de colaboración por parte de los médicos de las diversas especialidades residentes e internos, se puede llevar a cabo un trabajo conjunto interdisciplinario profesional que redondará siempre en beneficio del paciente.

VII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- A. Impulsando la formación de personal Médico-Psiquiátrico a nivel de post-grado, ya sea, creando o fomentando programas de educación de post-grado en Psiquiatría o en su defecto de buscar alternativas que permitan continuar o iniciar el estudio de la especialidad en el extranjero.

- B. Implementación del Servicio de "Consulta Psiquiátrica" en Hospitales Generales y en otros Centros de Salud. Así como también el Servicio de Urgencias e Internamiento en Hospitales Generales.

- C. Promoviendo la contratación de Médico-Psiquiatras para laborar en el Hospital Psiquiátrico Nacional como en Hospitales Generales y otros Centros de Salud.

- D. Considero que es de suma importancia en que cada Hospital General exista un equipo multidisciplinario de Salud Mental constituido por Médicos, Psicólogos,

Sociólogos, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeras⁴
Psiquiátras y Trabajadores Sociales.

Al Hospital San Rafael

- A. Exigirle al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la apertura de plazas para Médicos-Psiquiátras.
- B. Implementar el Servicio de Salud Mental, el cual debe incluir como mínimo; el Servicio de Emergencia Psiquiátrica, Consulta Ambulatoria Psiquiátrica y la Interconsulta Psiquiátrica con otras especialidades.
- C. Formación del equipo multidisciplinario de salud mental para el apoyo terapéutico al Servicio de Psiquiatría.

A la Universidad de El Salvador

- A. Mejorar los planes de estudio a nivel de pregrado, incrementando los recursos humanos para poder trabajar en nuevo curriculum que exige otra metodología.

La creación, el aval y el reforzamiento de seis nuevos programas en el nuevo curriculum de la Unidad de Psiquiatría. Que no sea solamente Psicología,

sino toda la unidad en los niveles de :

1. Psicología I
2. Psicología II
3. Introducción a la Psiquiatría
4. Psiquiatría I
5. Psiquiatría II
6. Internado.

Desarrollar estrategias en el curso de Farmacología, para el mejor manejo en las indicaciones y contraindicaciones de los Psicofármacos.

- B. Que los alumnos que cursan la asignaturas de Psiquiatría se involucren más para conocer el manejo y tratamiento psiquiátrico así como la comprensión del paciente psiquiátrico lo cual se lograría haciendo, rotaciones continuas por el Hospital Psiquiátrico Nacional.
- C. Que las rotaciones psiquiátricas de los internos cubran además del Hospital Psiquiátrico Nacional a Hospitales Generales, Pediátricos, Ginecológicos, para que el futuro médico tenga una mejor visión global del ejercicio de la Psiquiatría.

- D. Implementar un programa de enseñanza a nivel Post-Grado en el área de Psiquiatría, comprometiéndose la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a patrocinarlo y definiendo un plan conjunto.

A la Sociedad de Psiquiatría de El Salvador

Que se proyecte hacia el gremio médico a través de jornadas científicas y/o la publicación de boletines y revistas que sirvan para dar a conocer la labor que desempeñan en esta rama de la Medicina y permita el conocer mas de cerca la Psiquiatría en El Salvador.

IX. BIBLIOGRAFIA

- DOSSLER MEXICO, Alternativas a la Psiquiatría, Ediciones Nueva Sociología, 1982
- Freedman, Alfred M., Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock, Tratado de Psiquiatría, Editorial Salvat Editores, 1982.
- Jaspers, Carl. Psicopatología General, Editorial BETA, 1955
- Kolb, Lawrence C., Noves Psiquiatría Clínica Moderna Ediciones Científicas, LA PRENSA Medicina Mexicana, S.A., 6a. Edición en Español Traducida de la 9a. en inglés, 1983.
- López A., Dr. Roberto Jafet, Psiquiatría del Hospital General, Unidad Docente de Psiquiatría, Departamento de Medicina, Universidad de El Salvador.
- Millon, Theodore, Psicopatología Moderna, Salvat Editores, 1981.
- Solomon, Philip, Vernon D. Patch. Manual de Psiquiatría, Editorial Manual Moderno, 2a Edición, 1983.
- Sonis, Abraan y Colaboradores, Medicina Sanitaria y Administración de Salud, Editorial "EL ATENEO" Buenos Aires, 1971
- Vallejo Nagera, Dr. J. A., Introducción a la Psiquiatría, Editorial Científico Médica, 10a. Edición.
- Vidal, Guillermo, Renato D. Alarcón, Psiquiatría Editorial MEDICA PANAMERICANA.