

Original

Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el país¹

MAURICIO GOLDENBERG

El difícil problema de la salud mental en nuestro país no ha recibido hasta el presente ni la suficiente atención ni las soluciones necesarias para una correcta organización sanitaria.

Los psiquiatras aquí reunidos libremente, «por propia voluntad», aportamos nuestro esfuerzo para dar a las autoridades (y dárnoslas a nosotros mismos), soluciones a uno de los más importantes aspectos de la salud mental: el asistencial. Debemos planificar racionalmente, de acuerdo con los planes sanitarios del país, y del conjunto de soluciones propuestas poner en marcha aquellas que estando insertadas en los programas preestablecidos, puedan ser de realización inmediata.

La tremenda situación de nuestros hospitales, empobrecidos, dispensadores de mala asistencia a una enorme cantidad de pacientes que los colman, y con escasez de personal técnico para atenderlos, debe ser encarada con altura y no por querer resolverla de inmediato caigamos en defectos que en el pasado tanto mal han hecho a la psiquiatría.

Resulta paradójico, por ejemplo, pensar hoy en la construcción de enormes hospitales psiquiátricos, con varios miles de camas, con lo que aparentemente se solucionaría el problema asistencial, cuando no hay duda de que por este camino cuantas más camas habilitemos más enfermos internaremos. En mi concepto, y reconociendo la urgente necesidad con que deben habilitarse algunos nuevos establecimientos, el problema más importante y que quiero destacar, es el de la asistencia misma, mal encarada y mal resuelta hasta el presente. Sólo una actitud revolucionaria, desde este punto de vista, nos va a llevar a soluciones plausibles.

La asistencia debe descentralizarse y deben modificarse los sistemas y los métodos asistenciales. Para ello es muy importante la formación de personal adecuado en número y en calidad.

Independiente de algunos problemas básicos fundamentales, que arraigan en la estructuración de la sociedad actual y cuya solución real es del resorte de los poderes públicos, la psiquiatría se ve enfrentada hoy ante una serie de realidades que exigen nuevos modos, nuevos métodos, nuevas actitudes de enfoque. Es por eso que en el planteamiento de soluciones asistenciales no podemos ignorar:

¹ Trabajo publicado en *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*. 1958; 4(4): 401-410. Se trata de una presentación del Dr. Mauricio Goldemberg en la Segunda Conferencia Argentina de Asistencia Psiquiátrica. Córdoba, julio de 1958.

- a) La importancia adquirida por la higiene mental, como conjunto de medidas que promueven la preservación y la conservación de la buena salud mental.
- b) La repercusión que sobre el ser humano tienen los problemas sociales, que pueden llevarlo a situaciones de inestabilidad o enfermedad, muchas veces de orden psiquiátrico.
- c) La existencia de un gran número de enfermos neuróticos y psicopáticos, el mayor número en la especialidad, que sin ser alienados necesitan atención psiquiátrica, fundamentalmente psicoterapia.
- d) La existencia, independientemente de la oligofrenia, de numerosos problemas en la infancia y en la adolescencia que son del dominio de la psiquiatría.
- e) La tremenda importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento y evolución de las enfermedades mentales.
- f) La posibilidad de resolver con las nuevas terapéuticas, con relativa facilidad y rapidez, algunos cuadros nosológicos.
- g) La relativa frecuencia de psicosis sintomáticas cuya etiología puede investigarse y tratarse evitando consecuencias irreparables.
- h) La existencia de formas leves o de evolución poco aparente, que sólo se traducen en desajustes y falta de adaptación, etc. etc.

En función de estas realidades planteamos algunas soluciones, unas de realización a corto plazo y otras de largo aliento, con respecto a: los establecimientos de asistencia, el personal técnico, las terapéuticas, y el Instituto Nacional de Salud Mental.

Los establecimientos

1. *El hospital psiquiátrico.* El enfermo mental fue considerado durante muchos años, en razón de su enfermedad, «de su alienación» como un ser particular que debía ser segregado del medio social en que habitaba y recluido en establecimientos especiales. El incremento permanente del número de pacientes, el miedo a la locura y al enfermo mental, la desconfianza y las fantasías tejidas alrededor de los enfermos, (y de algunas internaciones) como así también la falta de terapéuticas adecuadas y las frecuentes cronificaciones, llevaron a la creación de grandes hospitales psiquiátricos, rodeados de elevados muros de protección y muchas veces alejados de los centros urbanos. Con complicados mecanismos burocráticos de control se estructuraron, en cierto modo, a la manera del asilo o de las cárceles. En ellos la actividad de asistencia se veía reducida a medidas de vigilancia e higiene general. Los enfermos, aun los bien vestidos y alimentados, vivían en condiciones sub-humanas, constituyendo un grupo social *sui géneris*, sin mayores contactos con el mundo que fuera de las murallas se movía normalmente y que los ignoraba y temía.

En este clima tan particular y por cierto tan poco atractivo, se desarrollaba la actividad del hospital. En este clima trabajaban los pocos médicos que generosamente o con gran espíritu científico se animaban a abocarse a estas tareas; en este clima actuaban los enfermos, verdaderos guardianes ocupados de vigilar y controlar; en este clima se organizaron técnica y administrativamente y, ante este clima, actuaban o mejor dicho, no actuaban las autoridades sanitarias. Pero con los adelantos de la terapéutica, de la clínica general, de la clínica psiquiátrica, de la neurofisiología, de la psicopatología y de la psicosociología, los viejos establecimientos tuvieron que enfrentar nuevas orientaciones técnicas y doctrinarias.

En general, éstas fueron incorporadas, pero con dificultades e incompletamente, pues complicaban su funcionamiento, y sólo en algunos casos pudieron integrarse sin mayores inconvenientes, dada la gran dificultad que significaba insertarlas en una estructura ya establecida, bastante rígida y de muy difícil modificación. Es decir, se modificaron aspectos, formas; pero no el fondo ni el trasfondo.

Nuestra realidad actual, la de nuestros grandes hospitales psiquiátricos, está impregnada por esa herencia tan perturbadora, por ese clima tan desolador, tan nefasto y pesimista, aunque dentro del mismo puedan realizarse tratamientos de alta especialización, o actúe un grupo de trabajadores sociales o investigue algún distinguidísimo colega. Pero la estructura no se ha modificado y sólo actuando «revolucionariamente» concentrando esfuerzos para cambiarla, se podría solucionar la terrible realidad de nuestros establecimientos.

Esta es la tarea más urgente y más difícil: humanizarlos. Para ello, antes que nada es necesario un cambio en la actitud de los médicos; esto es fundamental. A través de ellos y por su influencia este cambio de actitud debe conseguirse en todo el personal del establecimiento.

La comunidad hospitalaria debe reorganizarse de acuerdo a ciertas normas que le permitan al paciente ingresar a un ambiente agradable, de confianza, de actividad, lo más parecido, en lo posible, al ambiente social del que proviene. Por la índole de la enfermedad mental, cualquiera sea la causa que la produce, ella se traduce en la ruptura entre el medio social y el enfermo que la padece. Todas las medidas terapéuticas que se apliquen deben estar encaminadas a restablecer o a crear vínculos que le permitan reintegrarse a la sociedad.

Para ello, independientemente de las terapias biológicas que en cada caso pueda corresponder, el paciente debe encontrar un ambiente psicoterápico adecuado; un personal de enfermeros que lo comprenda y lo sepa manejar humanamente, asistentes sociales que se ocupen de sus problemas, y, además, una actividad adecuada (ergoterapia, socioterapia, ludoterapia) correctamente dirigida, que le permita completar su día en las condiciones sociales más próximas a las de su realidad antes de enfermar.

Nuestros Hospitales Colonias (Cabred, Cerdá, Vidal Abal, el Hospital Neuropsiquiátrico de Lomas, Oliveros, los de Salta y Tucumán), deben ser exclusivamente para crónicos y, salvo las intercurrencias, su orientación exclusivamente ergoterápica. Para ello es necesario dividir a los pacientes en grupos de trabajo y adecuarlos a tareas determinadas. Por supuesto que muchos de ellos no recibirán laborterapia sino que sencillamente trabajarán en tareas útiles para el establecimiento. Pero este trabajo, bien administrado y controlado, mantiene en el enfermo, de algún modo, la vivencia de su personalidad e impide su transformación en un ente que deambula por el establecimiento. Tendrán secciones separadas para los pacientes gatosos, los peligrosos y los profundamente dementizados. En los restantes hospitales psiquiátricos (Hospital Neuropsiquiátrico para Hombres, Hospital Neuropsiquiátrico para Mujeres, Melchor Romero y en los Hospitales Psiquiátricos Provinciales, ubicados generalmente en capitales) debe operarse un cambio importante:

deben transformarse en abiertos y sólo una sección, a estudiar en cada caso, permanecerá como hospital cerrado. En este último estarían los peligrosos, vagos, dementes, gatosos y pacientes a la orden del juez. El resto debe organizarse fundamentalmente en un nivel de actividad y allí deben aplicarse todas las terapias y los recursos con que se cuenta en la actualidad. Hay que terminar con los certificados, las trabas, los regímenes policiales.

Independiente y concomitantemente, sin duda alguna, y esto es obvio, con toda urgencia deben finanziarse: 1) la finalización de las obras en marcha; 2) la construcción de algunos nuevos pabellones y la higienización de los existentes; 3) la provisión suficiente de agua fría y caliente; 4) el aumento del presupuesto para mejorar la calidad y cantidad de ropas, comidas y utensilios; 5) el aumento del presupuesto para el nombramiento de personal técnico, subtécnico y de maestranza; y 6) la construcción de algunos nuevos hospitales.

Para que todo esto se haga realidad es imprescindible que las autoridades sanitarias del país, a través del Instituto Nacional de Salud Mental, del que luego nos ocuparemos, presten ayuda económica. Con seguridad, para cubrir todas las necesidades se necesitan más de 100 millones de pesos.

Contamos con viejos establecimientos, mal equipados, hacinados, con insuficiente presupuesto, insuficiente personal técnico, subtécnico y de maestranza. En ellos se albergan más de 23.000 pacientes distribuidos en la forma que indica el cuadro de más abajo (ver tabla 1).

Es decir, si de acuerdo a lo aconsejado por el comité de expertos de la OMS (en países poco desarrollados: 1 cama por 1.000 habitantes; en países muy desarrollados: 3 camas por 1.000 habitantes) nos colocamos en un término medio de 2 camas por 1.000, necesitamos 40.000 o sea que nos faltan unas 13.000. Esta cifra es presumiblemente real si se habilitaran establecimientos para oligofrénicos, para ancianos y mutilados psíquicamente y para psicópatas necesitados de internación.

La gran mayoría de las camas están distribuidas en Buenos Aires y alrededores. El problema podría resolverse mediante:

- 1) La creación de consultorios externos, dispensarios y servicios de psiquiatría en hospitales generales del interior del país, de lo que nos ocupamos más adelante.
- 2) La creación de nuevos hospitales psiquiátricos. Estos deben estar ubicados en zonas urbanas y suburbanas de grandes ciudades, con buenas vías de comunicación y donde el enfermo internado no pierda, en lo posible, contacto con sus familiares. Su ubicación más adecuada, en nuestro concepto, debe ser Bahía Blanca (más o menos 700 camas), Pergamino (1.000 camas), Resistencia (700 camas), Mendoza (de 700 a 1.000 camas) y Rosario o Córdoba (de 700 a 1.000 camas). Habría que estudiar y discutir su ubicación, previas consideraciones demográficas; los informes de los colegas de las subcomisiones regionales aclararán el punto.

Tabla 1. Cantidad de camas y de enfermos internados en cada establecimiento psiquiátrico de la Argentina

Establecimientos	Nº de camas	Nº de enfermos
Hospital Neuropsiquiátrico para Hombres	2.000	3.475
Hospital Neuropsiquiátrico para Mujeres	2.500	3.800
Hospital Neuropsiquiátrico de Lomas de Zamora	3.500	3.600
Colonia Cabred	2.360	3.455
Colonia Cerdá	1.050	1.626
Colonia Vidal Abal	3.400	3.853
Hospital Neuropsiquiátrico de Salta	91	133
Hospital Neuropsiquiátrico de Guaymallén	100	100
Colonia de Laborterapia de Tucumán	80	84
Hospital de Nuestra Señora del Carmen de Tucumán	400	400
Hospital Psiquiátrico Mixto de Santiago del Estero	30	30
Servicio del Neuropsiquiatría Anexo del Hospital Rawson de San Juan	40	40
Hospital Psiquiátrico de Córdoba	196	196
Hospital Neuropsiquiátrico Servicio de Neurocirugía y Cátedra Psiquiátrica de Mendoza	224	234
Hogar de Alienados de Villa Lanús. Misiones	10	10
Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís para Hombres. Corrientes	140	140
Hospicio San Francisco Javier para Mujeres. Corrientes*		
Hospital Psiquiátrico Anexo al Hospital Centenario. Servicio de Neurología y Neurocirugía. Rosario	287	287
Colonia Oliveros. Santa Fe	700	1.100
Hospital Psiquiátrico. Santa Fe	170	170
Monoclinico Antonio Roballo. Paraná	100	150
Hospital Neuropsiquiátrico Rosario de Tala. Entre Ríos	100	115
Hospital Melchor Romero	2.700	2.800
Hospital Psiquiátrico de Bahía Blanca	32	32
Totales	20.216	25.880

En cuanto al número de camas de cada hospital no debe pasar de 1.000 ni ser menos de 300 (OMS) por razones económicas y de buena organización, la que desde el comienzo estará regida por los principios de humanización ya mencionados. En ellos podrán constituirse centros de estudio y de formación de personal técnico a los que nos referiremos más adelante.

En cuanto al problema del número de psiquiatras por hospital y por camas, no es posible manejarnos dentro de las posibilidades que nos brindan nuestros actuales recursos terapéuticos, con cifras como las siguientes: Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres, 1 por cada 87; Hospital de Lomas, 1 por 250 a 300 camas y en la Colonia Cabred más o menos 1 médico por cada 500 enfermos.

2. Consultorios externos y servicios de psiquiatría en hospitales generales. Constituyen una solución casi ideal para el tratamiento de la mayor parte de los casos psiquiátricos; con una vasta red de este tipo de unidades psiquiátricas la asistencia cambia totalmente de aspecto.

Bien organizados, ágiles, integrados en un plan general, en conexión con los hospitales psiquiátricos con los que deben estar en íntima relación y en los que descargan sólo los casos que así lo requieran, permiten aliviar enormemente los ingresos de éstos últimos y contribuyen a solucionar, si su número es suficiente, el problema del hacinamiento. Sus ventajas son enormes:

* En el original se omitieron las cifras de esta institución correntina

fácil accesibilidad, sobre todo para neuróticos, psicópatas, niños y adolescentes y psicosis leves o de muy reciente comienzo, que difícilmente concurren a la consulta manicomial. Esto facilita y permite el diagnóstico y tratamiento precoz y con ello se evitan muchas complicaciones. En la mayoría de los casos, los tratamientos pueden efectuarse en forma ambulatoria y con ello el paciente no pierde el contacto con sus familiares ni con su medio habitual. Por lo general, en los casos en que es necesaria la internación, no es vivida tan traumáticamente por el paciente ni por la familia. El paciente no se siente distinto, sino simplemente un enfermo como cualquier otro de la comunidad hospitalaria. Aunque más costosa su internación por día y por enfermo, termina por ser mucho más económica para la sociedad por la abreviación de la estadía y por las recuperaciones sociales y laborales que reintegran al individuo al seno de la sociedad.

Por otra parte, el hospital general brinda al psiquiatra un contacto permanente con la medicina general, que lo agiliza, lo hace más médico y también con los servicios complementarios de investigación y tratamiento (laboratorio, rayos, etc.) que le permiten manejar con criterio más científico.

Facilita e impulsa las tareas de investigación y, si bien exige un mayor esfuerzo y un gran cuidado de parte del médico y del personal, los gratifica y los estimula en mayor grado.

En el hospital general el médico está en contacto permanente con colegas de otras especialidades, y esta relación interpersonal, si es bien manejada, es uno de los mejores medios para la función educativa que el psiquiatra puede y debe desempeñar en todo momento de su actuación. La misma situación se crea entre el personal del servicio y el resto del hospital y aun de los enfermos con los otros concurrentes o internados. Así, en el pequeño ambiente hospitalario, se hace obra de higiene mental.

En general, las resistencias de médicos, enfermeros y aun enfermos se dan sólo en los comienzos de su instalación, pero si es bien manejado y el personal es competente, es fácilmente aceptado por la comunidad hospitalaria y puede desenvolverse sin mayores dificultades. Si está bien instalado, lo que no es costoso ni difícil, puede atender la enorme mayoría de los pacientes de la especialidad. Para los casos de internación es muy importante el criterio de selección, pues de éste depende, en gran parte, el éxito y la buena aceptación del servicio. Salvo los crónicos intratables y los pacientes peligrosos para sí mismos o para los demás, todos pueden ser atendidos. El personal bien adiestrado, con las terapéuticas actuales, controla perfectamente la evolución y la conducta del paciente.

El ideal es un servicio con consultorio externo y sala para la internación de hombres y mujeres. De ser posible, alrededor del 10 por ciento de las camas del hospital. Además debe estar conectado, como se dijo, con el hospital psiquiátrico de la ciudad o de la proximidad y, si fuera factible, el personal debe participar de ambas actividades. En los consultorios externos es muy importante disponer de días o de una sección para la atención de los problemas infanto-juveniles. El personal debe trabajar en equipo y con 1, 2 o 3 psiquiatras (uno especializado en psiquiatría infantil), 1 enfermera psiquiátrica, 1 o 2 asistentes sociales y 1 psicólogo. Si el servicio es importante y el total de pacientes es elevado, el número del personal debe aumentar progresivamente a fin de poder efectuar todos los tratamientos de la especialidad: biológicos, psicoterápicos y socioterápicos.

Estas pequeñas secciones de psiquiatría pueden funcionar como Consultorios Externos, como Servicios con Consultorio Externo y aun como Dispensarios en cualquier hospital general. No sólo cumplen funciones asistenciales, sino que pueden y deben formar personal médico, sub-técnico, hacer obra de divulgación e higiene mental, y controlar la evolución de casos ya tratados en los hospitales psiquiátricos.

En la Ciudad y el Gran Buenos Aires ya se tiene hecha una gran experiencia en este tipo de asistencia y todos los que nos hemos ocupado de ella estamos contestes en afirmar sus ventajas, su economía y sus buenos resultados. En ellos se está realizando una gran experiencia en psicoterapias de grupo.

En el interior de la República pocos son los hospitales que cuentan con este tipo de asistencia, y debe coordinarse a través del Instituto Nacional de Salud Mental, mediante convenios con provincias o municipalidades, una rápida instalación de los mismos en todos aquellos lugares en que hubiera disponible un psiquiatra, el que deberá ser muy bien remunerado. Este se encargará de formar su personal, al que tratará de jerarquizar. Es importante subrayar esta solución, ya que es menos costosa y no requiere la construcción de establecimientos, de laboratorios y basta con disponer de algún pequeño departamento o algunas pocas habitaciones y muy poco instrumental de bajo costo.

Subrayamos la importancia que tiene el conseguir un personal adecuado (médicos, asistentes, enfermeros). Cuando no lo haya en las localidades importantes en que funcionarán estos centros, deberán ser atraídos a ellos médicos y personal asistente preferiblemente joven, bien formado, que deberá ser retribuido generosamente, brindándoles buenas posibilidades de trabajo y, en algunos casos, de investigación.

Por último, podemos también mencionar la posibilidad de crear en algunos medios y por razones locales de morbilidad, servicios especiales para alcoholistas, epilépticos, etc.

3. *El hospital diurno.* El *day hospital* es otra de las buenas posibilidades del presente y una ventajosa solución para evitar internaciones y todos los inconvenientes sociales, económicos y psiquiátricos que ellas significan. Además abarata muchísimo el costo de la asistencia por día y por enfermo. En los *day hospitals* los pacientes permanecen desde las 8 hasta las 17 h. Pueden funcionar en hospitales generales, o en pequeñas unidades anexas a los mismos o en casas de reducidas proporciones, de fácil acceso. Pueden aprovecharse también para ser usados como sedes de clubes de ex-enfermos, de alcoholistas anónimos y de centros de divulgación e higiene mental. Los enfermos reciben por la mañana asistencia biológica o psicoterápica (individual o de grupos) o colaboran en algunas tareas específicas. Luego de almorzar se los maneja con terapia ocupacional y recreativa.

El personal tiene que estar integrado en un alto nivel y conectado con el hospital psiquiátrico o el servicio psiquiátrico del hospital general. En el personal médico debe haber psicoterapeutas; los trabajadores sociales deben desempeñarse activamente, conectándose permanentemente con el grupo social al que pertenece el enfermo; las enfermeras deben

ser cultas, interesadas en estos problemas y con buena preparación en terapias biológicas. Aquí tiene una importante participación la laborterapeuta, la que, si el número de pacientes es elevado, debe contar con un ayudante. Un psicólogo, conocedor de técnicas proyectivas, debe trabajar en el equipo, que debe ser coherente y bien dirigido, con lo que los resultados de estas clínicas son magníficos.

En las ciudades importantes del interior de nuestro país, estas clínicas solucionarán muchos problemas. Su costo es escaso. El único inconveniente es el personal, que debe ser altamente especializado y bien remunerado.

4. Dispensarios. Los dispensarios funcionarán en el plano social y con un punto de referencia primordial: la captación precoz del enfermo y la prevención de la enfermedad. En la práctica toman en asistencia casos ambulatorios y algunos se ocupan de problemas específicos tales como alcoholismo o epilepsia. Su personal médico puede ser reducido: 1 o 2 psiquiatras, pero los trabajadores sociales deben ser varios. Pueden funcionar en hospitales generales, en dispensarios polivalentes o en pequeños establecimientos *ad hoc*.

En el plan adecuado y bien elaborado de asistencia juegan un papel importante, y en algunos países (como Rusia, por ejemplo) son numerosos y reemplazan y descargan las labores de los consultorios y de los hospitales.

El dispensario debe detectar a los enfermos saliendo a la calle, en los talleres, en las escuelas, en los barrios; debe estudiar los problemas sociales que generan tensiones y conflictos que se traducirán en enfermedad; deben controlar, ayudar y dirigir al ex-enfermo o al recuperado total o parcialmente, para evitarle nuevos problemas, nuevas tensiones y por último debe ocuparse de una obra inteligente y activa de difusión y educación, es decir, de higiene mental.

En un plan bien coordinado podrían establecerse, en las grandes ciudades del interior, grupos de establecimientos muy conectados: hospital psiquiátrico - hospital general - dispensario, que funcionando coordinadamente, establezcan buenas condiciones asistenciales para la comunidad a la que sirven.

El personal técnico

Si en el aspecto edilicio tenemos muy graves problemas, en este otro del personal técnico, los inconvenientes son, a mi juicio, mucho más serios.

1. Médicos. En nuestro país el conocimiento psiquiátrico del médico general es notoriamente insuficiente, el número de psiquiatras es escaso y, de acuerdo a las exigencias actuales, su preparación es en general incompleta.

De acuerdo con las publicaciones de la OMS, el mínimo de psiquiatras necesarios para los así llamados países insuficientemente desarrollados puede calcularse en 1 por cada 20.000 habitantes, lo que daría para nuestro país un mínimo de 1.000 especialistas. En el año 1956, según una estadística de la ex-Dirección de Salud Mental, de la cual se han tomado los datos que figuran a continuación, figuraban 800, distribuidos según se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de los médicos psiquiatras en la Argentina*

Distrito	Cantidad
Capital Federal	514
Provincia de Buenos Aires	103
Santa Fe	77
Córdoba	61
Mendoza	23
Tucumán	21
Salta	9
Entre Ríos	7
San Juan	5
Santiago del Estero	4
Corrientes	4
Jujuy	3
Chaco	3
Chubut	2
San Luis	1
Misiones	1
La Rioja	1

* Por provincias y distrito capital.

En Formosa, La Pampa y Neuquén no hay especialistas

Pero en estos guarismos están incluidos los médicos que figuran como especialistas en el fichero de la Dirección de Asuntos Profesionales del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, todos los que han obtenido título de médico psiquiatra en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, el personal de todos los establecimientos y servicios psiquiátricos del país, los miembros de las sociedades científicas y los subscriptores de las revistas de la especialidad. Teniendo en cuenta que muchos de éstos no ejercen específicamente la psiquiatría, otros se dedican a la neurología, o a la clínica médica, a la neurocirugía o a la medicina legal, su número se reduce a no más de 500, es decir, 1 por cada 40.000 habitantes.

Por otra parte, en nuestro país, la gran mayoría de los psiquiatras hemos tenido dificultades y hubimos de hacer un gran esfuerzo para nuestra formación, debido a la falta de centros especializados de jerarquía, de fácil accesibilidad y bien instalados para el estudio y la práctica de las diversas técnicas. Contamos, generalmente, con malos ambientes de trabajo, muy poco personal, pocas posibilidades terapéuticas y muy escasa o ninguna remuneración.

En estas condiciones y buscando soluciones al problema asistencial, debemos enfocar dos aspectos: A) el del médico general y B) el del médico especializado.

A) *El médico general.* Es indudable que la solución debe encararse desde la raíz, es decir, desde su formación en las facultades. Los programas de estudio de las mismas deben completarse con un mayor contenido psicológico y sociológico, y la especialidad debe enseñarse con mayor agilidad, no sólo en el hospital psiquiátrico sino también en el hospital general, mostrando al alumno los casos tan frecuentes de neurosis, alcoholismo, epilepsia, trastornos psicosomáticos, etc. Por su frecuencia, importancia y repercusión futura, en los programas de pediatría debe darse cabida y mostrarse al alumno elementos básicos de psicología normal y patológica de la infancia y de la adolescencia, o crear cátedras de Psiquiatría Infantil

en nuestras universidades. El médico general debe tener una mejor y más completa preparación psiquiátrica y un mejor conocimiento de lo psicológico y, sobre todo, es muy importante que su actitud hacia estos problemas esté desprovista de prejuicios. De este modo podrá resolver por sí mismo algunos casos y su participación será de gran utilidad en la solución de muchos otros, al facilitar el diagnóstico precoz, pues su capacitación le permitirá detectar aquellos que sin demora deben ser derivados para la asistencia del especialista. Es preciso aceptar que, en este sentido, hay en la actualidad una inquietud en la clase médica que no existía hace unos años y debe reconocerse que son más y mejores las orientaciones que canalizan adecuadamente los enfermos de la especialidad.

B) *El médico psiquiatra.* En cuanto a la especialización del graduado deben establecerse varias condiciones: en primer lugar, se deben organizar de inmediato *centros especializados de enseñanza* en donde el interesado, el que tenga real vocación, encuentre satisfacción amplia a sus aptitudes. Estos centros de enseñanza pueden ser de dos tipos: a) *universitarios*: cursos de graduados, en las cátedras especialmente creadas para tal fin; b) *centros hospitalarios*, en servicios psiquiátricos de hospitales generales o en hospitales psiquiátricos, en los que la formación pueda ser de primera calidad. En estos no sólo se formarían los jóvenes especialistas, sino que los ya formados podrían pasar breves estadías o plazos determinados, a los efectos de acrecentar su experiencia, conocer o especializarse en ciertas técnicas y estar en contacto con grupos que le permitan actualizar los problemas de la especialidad.

a) *Los centros universitarios.* En la actualidad, la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires cuenta con un curso de especialización, que se dicta en la cátedra titular de la materia. Creemos conveniente como solución más o menos inmediata la creación de cursos de esa índole en las Facultades de Medicina de Rosario, Córdoba, Mendoza, Tucumán y La Plata. Su organización debe estar racionalmente adecuada a las peculiaridades de cada región y la formación del graduado, a cargo del titular de la materia o de algún especialista de la zona que, además de un buen servicio hospitalario, pueda disponer del tiempo necesario para dedicarse a la enseñanza. El número de médicos por curso de 2 o 3 años, debe adecuarse a las posibilidades reales de cada una de las Facultades.

b) *Los centros hospitalarios* de enseñanza deberán organizarse rápidamente con base en los ya existentes, o con la creación de nuevas unidades en los lugares en que, por razones sanitarias, puedan funcionar en hospitales psiquiátricos o en hospitales generales y deberán ser instalados adecuadamente y con personal suficiente y capacitado. Estos pueden estar adjuntos y funcionar coordinadamente con las cátedras de graduados, y en algunos lugares pueden y deben unificarse por razones de economía y de comodidad. Los médicos pueden ser residentes, internos o concurrentes y el sistema de aplicación preferible es el de las becas. En la actualidad, más o menos regularmente, funciona un curso de becarios en el Hospital Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires, con 14 médicos en el primer año y 14 en el segundo. Son internos y se ha tratado de diversificar su enseñanza haciéndolos concurrir a otros hospitales o institutos con la intención de ampliar su formación.

En algunos de los lugares ya mencionados, Córdoba, La Plata, Rosario, Mendoza, Tucumán, como así también en Bahía Blanca, puede intentarse ya la instalación y funcionamiento de

estos centros de estudio y formación, aprovechando los hospitales psiquiátricos locales (provinciales o nacionales) e instalando (o mejorando) como ya dijimos, dispensarios, consultorios externos y servicios psiquiátricos en los hospitales generales de esas localidades.

De todos modos, para un correcto aprendizaje y a esta altura de la evolución del conocimiento de la especialidad, los graduados, además de los cursos teóricos debidamente planificados, tendrán la obligación de concurrir a los servicios psiquiátricos de ambos tipos de establecimientos (hospital general y hospital psiquiátrico). Su formación se verá así integrada con el aporte de la psicología, sociología, psicopatología, clínica psiquiátrica, clínica general, endocrinología, etc. Adquirirán experiencias no sólo en el terreno de las psicosis y estados deficitarios, sino también en el de la neurosis y psicopatías, en los problemas psicopatológicos de la infancia, y, por último, en el manejo de todas las terapias: psicológicas, sociológicas y biológicas.

Estos centros formativos, adecuadamente instalados en cuanto a necesidades asistenciales, estarán a cargo de instructores de sólida preparación. En este sentido y con carácter urgente deben contratarse, cuando en los lugares no los haya, los especialistas que dominen las técnicas necesarias para integrar equipos de suficiente jerarquía. El sistema de becas (sobre todo para especializarse en problemas sanitarios, electroencefalogramas, etc.) puede aplicarse también para profesionales ya formados y ser la solución, en algunos casos, que permita la formación de instructores.

2. Enfermeros psiquiátricos, asistentes sociales especializados y laborterapeutas. Uno de los problemas más complejos y más graves en el funcionamiento de los establecimientos hospitalarios públicos, cualquiera sea su índole, es el de la enfermería. Más grave aún es el caso del enfermero psiquiátrico, que idealmente debe reunir ciertas condiciones de personalidad y cultura que difícilmente se dan en nuestro medio psiquiátrico en el que, para colmo, la crisis en cuanto a número tiene caracteres alarmantes por la disminución que se observa día a día.

La enfermería psiquiátrica en nuestro país debe jerarquizarse. Además tenemos la imperiosa necesidad de multiplicar rápidamente su número; serían necesarios no menos de 1.000 enfermeros en todo el territorio de la República.

El planteo respecto de estos importantísimos colaboradores del psiquiatra, sin los cuales la asistencia es imposible, puede hacerse en tres aspectos: el de su formación, el de su remuneración y el de su elección.

La práctica de la enfermería psiquiátrica depende de la actitud de la colectividad respecto de los enfermos mentales, de los progresos de la psiquiatría y del desarrollo económico y social del medio. Cuando la actitud del medio era de prejuicios ante la locura, los métodos psiquiátricos estaban basados en la reclusión, vigilancia y aislamiento, los enfermeros actuaban como simples vigilantes. Pero hoy deben desempeñarse en el nivel terapéutico y en el de las relaciones interpersonales, y por lo tanto su correcta actuación sólo es factible con una buena formación técnica, con un cierto conocimiento de lo social, de la higiene mental y con, por lo menos, una discreta cultura. Para ello contaría con los centros formativos propuestos

para los médicos, que deberán ocuparse de la formación de enfermeros y otro personal sub-técnico, ya sea en pequeños grupos o a través de las escuelas propuestas en los grandes establecimientos.

Deberán ser atraídos para su formación (que al comienzo debe hacerse en forma acelerada) a través de contactos personales de los psiquiatras, por la propaganda y la divulgación adecuada, estimulando sentimientos humanitarios y ofreciendo una buena remuneración. Deben seleccionarse adecuadamente dentro de las relativas posibilidades actuales. Deben introducirse enfermeras en los hospitales para hombres.

Los asistentes sociales deben seleccionarse entre los graduados de las distintas Facultades, eligiendo los que durante sus trabajos prácticos o visitas a los establecimientos psiquiátricos demuestren mayor interés por el problema.

Aquí también el manejo inteligente de la divulgación y de la propaganda y, sobre todo, los contactos personales, serían los medios adecuados para su atracción. Su formación podría realizarse en los centros mencionados para personal técnico y sub-técnico y, por supuesto, sus servicios deben ser suficientemente retribuidos.

Para los laborterapeutas podrían repetirse los argumentos antedichos. La escasez de personal de este tipo, debidamente especializado, es enorme, y las necesidades del mismo, si se quiere encarar una adecuada asistencia, es de trascendental importancia.

Para la formación de todo este personal sub-técnico podrá contarse con el apoyo de la OMS. Albergamos la esperanza de que un pequeño grupo de técnicos extranjeros, altamente especializados, permanezca en nuestro país el tiempo necesario para formar un núcleo inicial —que se ocuparía a su vez de formar nuevos laborterapeutas— integrado por personas del interior de la República, en donde luego se desempeñarían.

En cuanto a otros colaboradores: psicólogos, foniatras, etc., el único problema es el económico, pues son muchos los que actualmente se desempeñan honorariamente en centros de la especialidad y, seguramente, con una renta adecuada podría contarse con el plantel inicial (que tendría también funciones formativas).

Las terapéuticas

Con respecto a las terapéuticas, en cuanto a soluciones del estado actual, comenzaré por insistir en la importancia de la «actitud psicoterápica» que debe ofrecer el hospital, el consultorio externo o el servicio al que concurre el paciente de la especialidad. En segundo lugar, es de importancia dotar a todos los establecimientos que lo soliciten de todos los elementos necesarios para las prácticas biológicas (hay grandes establecimientos con un solo aparato de electroshock).

Hay que subrayar la importancia que tiene la psicoterapia y, por lo tanto, la necesidad actual de formar médicos capacitados para efectuarla. Una solución que cada vez tiene mayor arraigo en la Ciudad de Buenos Aires es la psicoterapia de grupo, que permite la atención de un

gran número de enfermos por pocos psicoterapeutas. En nuestro servicio hemos organizado, y están funcionando, varios grupos: 1 de alcohólicos y 6 de psiconeuróticos, lo que permite atender en siete horas semanales, aproximadamente 40 enfermos.

Un énfasis muy especial merece la terapia ocupacional (recreativa, ergoterapia, etcétera). En la actualidad constituye un complemento muy útil en la asistencia de los enfermos de la especialidad, y en los países más evolucionados ha recibido, en los últimos años, un apoyo extraordinario. En los Estados Unidos funcionan más de 30 escuelas oficializadas para laborterapeutas.

Cabe mencionar que en el servicio del Prof. Martínez Dalke, desde hace tiempo, y últimamente en el Hospital Neuropsiquiátrico para Hombres, organizado por el grupo de becarios, se realiza en este sentido una interesante experiencia.

También vale la pena subrayar, como complemento de importancia, a las organizaciones encargadas de cuidar al ex-enfermo. En diversos países, y sobre todo en Rusia e Inglaterra, la preocupación por el enfermo no termina con su alta del establecimiento en donde se lo trató, sino que organizaciones especiales se ocupan de su ubicación en tareas especiales en talleres o establecimientos creados a tal fin, de acuerdo con el grado de su recuperación, vocación, etc. Asimismo, se han organizado clubes de ex-enfermos, con actividad recreativa y es por todos conocido el gran grupo de Alcohólicos Anónimos. Es de desear que también en nuestro país se llevan a cabo, cuanto antes, ensayos tan necesarios como promisorios.

El Instituto Nacional de Salud Mental

Creado por Decreto Ley No 12.628/57 y 5.582/58, tiene como finalidades fundamentales (art. 2): a) prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas; b) promover la investigación científica en esta materia; c) prestar asistencia integral a los enfermos que padecen afecciones neuropsiquiátricas; d) contribuir a la recuperación y rehabilitación social de estos enfermos; e) prestar asesoramiento técnico en la materia a todos los organismos que lo soliciten; f) asesorar y coordinar las actividades de los organismos nacionales, provinciales, municipales o privados, que no persigan fines de lucro, con el propósito de prestarle ayuda técnica y financiera para el mejor cumplimiento de sus fines, debiendo para esto mediar el consentimiento previo de dichos organismos.

En virtud de estas finalidades, y por tratarse de un ente autárquico y descentralizado, tiene las posibilidades, si las autoridades apoyan su funcionamiento, de realizar lo que acabamos de mencionar en esta incompleta revisión de las soluciones para nuestra deficiente asistencia.

Puede y debe planificar y apoyar en materia de higiene mental, de prevención, con todos los recursos que le da la ley y la jerarquía de Instituto Nacional, y sin duda alguna es a través de la educación, de la prevención, en fin de la higiene mental, que conseguiremos nuestros objetivos más importantes.

Puede unificar criterios y convenir con provincias y municipalidades planes de organización, de instalación de servicios, de provisión de materiales, etc., apoyándolos con la ayuda financiera que le permite el fondo acumulativo. En la medida en que el fondo lo permita y se acreciente, puede afrontar contratos, becas, y participar con las provincias respectivas en

la remuneración del personal especializado que deba desempeñarse en lugares que, de otra forma, no despiertan su interés. Puede tramitar, por ejemplo, un pequeño impuesto a los espectáculos públicos para reforzar su presupuesto y con ello mejorar los sueldos del personal que de él depende o ayudar al provincial o municipal previos convenios.

Debe encarar de una vez por todas y de acuerdo con la autoridad competente, planes de seguros de enfermedad o seguro social, y contratos con mutualidades o sindicatos, que permitan resolver el problema de la asistencia gratuita en los establecimientos públicos. Está demostrado que es imposible continuar con las condiciones actuales, porque ello significa un aporte económico cada vez mayor del Estado. Puede prestar ayuda a institutos o entidades privadas, siempre que éstos realicen obras de interés público. Puede estimular y hacer planes de investigación. En este aspecto, y a pesar de nuestro indigente estado actual, creo que ya mismo podremos comenzar con proyectos no muy pretenciosos de investigación clínica que podrían realizarse en nuestros hospitales psiquiátricos y que seguramente contribuirán a elevar su nivel científico. En fin, sus posibilidades son múltiples, dentro de la ley, siempre que ésta sea mantenida o modificada manteniendo su autarquía.

Después de una experiencia directiva de pocos meses, los que fuimos consejeros del Instituto Nacional de Salud Mental tenemos la firme convicción de que solamente con la autarquía, y sólo así, es posible resolver sin complicaciones burocráticas los problemas actuales de la salud mental, siempre y cuando quienes lo dirijan estén suficientemente capacitados, no tengan compromisos políticos y sí tengan el más grande deseo de hacer, a través de la salud mental, esfuerzos por una definitiva recuperación de la Nación Argentina.