

La Facultad de Medicina en el camino de las transformaciones en psiquiatría y salud mental.

Palabras clave:
Psiquiatría
Psiquiatría comunitaria
Salud mental

Dr. Angel M. Ginés

Dr. Angel M. Ginés
Docente de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

Una primera reflexión a realizar es que en el campo de la psiquiatría y de la salud mental, que incluimos en el complejo sistema bio-psico-social de la salud -enfermedad, estamos transitando por un proceso de importantes transformaciones reales y sobre todo potenciales.

Estas transformaciones tienen un destacado carácter colectivo, no sólo en su vertiente social sino también en su afluente científico técnico; por este motivo queremos subrayar que estas transformaciones son y seguirán siendo la obra -en su creación y en su desarrollo- de una praxis colectiva.

Una segunda reflexión proviene del hecho que este proceso de transformaciones aún no se ha desarrollado en todas sus formidables posibilidades, está recién en sus comienzos. En un sistema aceptado, eficaz y relativamente estabilizado resulta en general más sencillo diseñar programas y planes en la medida que hasta cierto punto está asegurado el avance en continuidad. Pero aquí, donde predomina la inestabilidad, la diversidad, el conflicto, la innovación, el hallazgo imprevisible, original, como corresponde a un proceso abierto de transformaciones, los planes muy estrictos, amén de su improbable viabilidad pueden tener el inconveniente de obturar las novedades (esto sin desmedro de todos los programas y planes que hemos elaborado y seguiremos elaborando, pero en este entendido).

Decir de nuestras esperanzas en el futuro partiendo de una realidad cuyas contradicciones críticas, asumidas colectivamente, han generado este complejo y rico comienzo de cambios esperados, en los que está implicada la Facultad, la Universidad, el Ministerio de Salud Pública, el sistema sanitario y otras instituciones que inciden en el proceso de salud-enfermedad, la población con sus organizaciones de toda índole, supone señalar algunas guías

conceptuales generales y ciertos antecedentes del actual panorama.

Partiremos para ello de algunos lineamientos que permiten tener más claridad sobre el proceso de transformaciones del que hablamos, tratando de percibir su destacable implicancia social. Nuestro pensamiento, en esta cuestión, se sigue moviendo con las pautas que los compañeros de la Comisión de Asuntos Universitarios del gremio médico elaboramos en 1984 y que fueron aprobadas como "Declaración de la VII Convención Médica Nacional sobre la Educación Médica y Universidad". En efecto, en su numeral V, "La Reconstrucción Democrática de la Facultad de Medicina", se expresa: "La tarea que tenemos por delante en educación médica y en relación a la Universidad, y en la que deberemos participar los médicos es muy difícil y compleja.

En primer lugar, por el estado del que partimos. Desde hace diez años ha permanecido anulado todo elemento de vida democrática en el ámbito universitario y está destruida, casi por completo, la capacidad científica y técnica de la Facultad de Medicina afectando por igual esta destrucción a las funciones docentes, de investigación y de asistencia.

En segundo lugar, porque ya en los años previos a la Intervención se venía imponiendo la necesidad de cambios profundos en la enseñanza médica, en la estructura universitaria y en el aparato sanitario nacional. Sobre la segunda mitad de la década del sesenta se tenía clara conciencia de la necesidad de estos cambios y se elaboraron proyectos de transformaciones en esas tres líneas: el Nuevo Plan de Estudios de Medicina, el Plan Maggiolo para la Universidad y los Documentos Programáticos de la VI Convención Médica Nacional que incluían el Servicio Nacional de Salud; de esos proyectos sólo llegó a ponerse en práctica, y muy brevemente, el Plan de Estudios de Medicina. La necesidad de esos cambios se ha hecho mas imperiosa aún, pues han pasado diez años en que los factores que obligaban a esas transformaciones se han desarrollado muy rápidamente.

Correspondencia:

Dr. Angel Ginés
Clemente Estable 3316, Montevideo-Uruguay

Las dos cuestiones señaladas indican el contenido que tendrá esta reconstrucción. Esta reconstrucción deberá restablecer y reparar lo que fue anulado y destruido -para asegurar un funcionamiento mínimamente aceptable de la Facultad- y al mismo tiempo deberá reestructurar y transformar para responder a la necesidad de los cambios profundos que se han hecho más urgentes.

Tarea difícil y compleja, pues, que exigirá la mayor inteligencia, capacidad creativa y sensatez de los tres órdenes universitarios y que cubrirá un período de muchos años

Esta tarea de reconstrucción es necesariamente una tarea democrática. Democrática en tres sentidos.

En un primer sentido, porque esta tarea de reconstrucción supone como condición, el restablecimiento en nuestra sociedad de una vida democrática plena en el nivel político, que abra paso a la democratización social y económica. Sólo así existirá un ambiente de libertad y justicia que permita la auténtica pacificación que requiere esta tarea de reconstrucción.

En un segundo sentido porque esta tarea de reconstrucción exige el restablecimiento pleno de la democracia interna en la Universidad que asegure a los estudiantes, docentes y egresados en todos los aspectos de la actividad universitaria.

En un tercer sentido porque esta tarea de reconstrucción implica una abierta comunicación y coordinación con la población, con sus organizaciones sindicales, sociales, políticas, etc. Para la Facultad de Medicina esta comunicación y coordinación es especialmente importante en las cuestiones salud-enfermedad.

Cuando releemos esta prospección de futuro a cinco años de enunciada y miramos lo que ha sucedido en psiquiatría y salud mental -sin olvidar los aspectos inaceptables e indignantes de la asistencia en este campo, y que vienen del pasado reciente pero también del anterior, y siguen golpeando nuestras conciencias- es notorio que se ha restaurado y que además, francamente, se ha generado un proceso de transformaciones que, aún, está en sus comienzos.

Los saludables efectos del restablecimiento de las normas democráticas, y del co-gobierno universitario, de la designación por llamados y concursos del personal docente, etc., son bien conocidos.

Subrayaremos, en cambio, un importante conjunto de innovaciones y reestructuras que se han producido en este período en nuestro campo: el Plan Nacional de Salud Mental (aprobado por el Ministerio de Salud Pública y en cuya elaboración participó un amplio conjunto de organizaciones científicas, gremiales y sociales incluida la Facultad de Medicina y que constituyó un acuerdo por procedimientos que tiene pocos precedentes); la creación y organización del Área de Salud Mental de la Facultad de Medicina y el esbozo de una coordinación a

nivel universitario; la creación del Departamento de Psicología Médica de Neuropsicología y la consolidación del de Psiquiatría Infantil); la modificación radical de la enseñanza de psiquiatría en pregrado, que este año concretó su primera fase; el residentado en psiquiatría y psiquiatría infantil, cuyo segundo concurso acaba de culminar; el proyecto de Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales (proyecto elaborado con el Ministerio de Salud Pública), el proyecto de Unidad de Salud Mental en el Hospital de Clínicas; la reestructuración de la Clínica Psiquiátrica que la pone en condiciones de operar con Unidades Docentes en todos los Hospitales de Montevideo, en función de articularse íntimamente y por primera vez con los servicios clínicos de la Facultad -situación que crea perspectivas innovadoras en la formación de pregrado y postgrado- y en función de crear las condiciones para poner en marcha las Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales; la inserción de la Salud Mental en Atención Primaria de la Salud (proyecto elaborado con el Ministerio de Salud Pública); la creación y el desarrollo, desconocido en nuestro medio, de actividades docentes, asistenciales y de investigación programadas en la esfera pública y universitaria con la originalidad -nacional y posiblemente internacional- de asegurar la participación plural de las diversas escuelas psicoterapéuticas.

Dicho lo anterior queremos destacar tajantemente, para no inducir a complacencia alguna, que en el panorama actual de la psiquiatría y de la salud mental se superponen fenómenos negativos y positivos, oscuridades y claridades, manifestaciones inaceptables e indignantes con manifestaciones novedosas y promisorias, y desde luego que, lamentablemente, predominan con amplitud los rasgos señalados en primer lugar en estas antítesis! Basten sólo dos ejemplos provenientes de los lugares de actividad tradicional de nuestro servicio psiquiátrico. En el sector de los Hospitales-Asilos la "atención psiquiátrica" consistió y consiste principalmente en segregar, confinar, hacinar personas; al impacto alienante de la psicosis se agrega así la **sobrealienación** de las medidas institucionales puestas en marcha - que desconocen y bloquean el empleo de la importante variedad de recursos combinables de base neurobiológica, social y psicológica que se han acumulado en las últimas décadas-, más aún se realimenta la descomposición familiar que a veces está entre los componentes básicos y muchas más, en el mantenimiento de los fenómenos mórbidos; la misma ubicación geográfica del Hospital Musto parece querer disuadir al técnico más entusiasta y consecuente, respecto de emprender cualquier acción con la familia y el grupo social de pertenencia. Aún cuando los fenómenos son menos espectaculares en el sector de la policlínica psiquiátrica, es similar la incidencia de la ineficacia y la iatrogenia. (Un mejor conocimiento de esta situación puede obtenerse en un informe elevado a la Dirección del Hospital en 1974 "Evaluación Crítica de la Actividad de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas -Policlínica Psiquiátrica".

"Varios de los fenómenos negativos e inaceptables se mantienen hoy; señalemos que las medidas propuestas entonces, nos parecen ingenuas a la luz de una mejor comprensión de los problemas de fondo en estos proce-

sos de salud-enfermedad.

A esta altura, una síntesis: en el momento actual contamos con lineamientos generales relativamente amplios, profundos y seguros como para transitar con cierta claridad por el camino de las transformaciones propuestas. Existe menor claridad -o menor decisión- en las estrategias a seguir. Pero sobre todo una distancia aún muy grande entre el nivel de las conceptualizaciones y el de las realizaciones concretas.

Los programas docentes y de investigación en nuestro campo tienen la característica de estar notoriamente enraizados en las tareas asistenciales. Es una de las buenas tradiciones de la Facultad y en general de la medicina el operar con fuertes nexos entre la teoría y la práctica. A veces, incluso, criticamos con razón el no disponer de espacios, de momentos, donde nos permitamos una laxitud mayor para el análisis crítico, la reflexión y la elaboración de nuestro quehacer: la profundización en los problemas que nos plantean las múltiples metodologías que se constituyen en nuestro campo que se mueve en una encrucijada epistemológica; sobre la teoría de los cambios en el nivel neurobiológico, psicológico y social, y más complejo aún, en sus interacciones integradas, por citar algunas cuestiones que nos ponen en apuros y que habida cuenta de los cambios que pretendemos habrá que investigar sin excusas.

De todas maneras, sustancialmente nuestra actividad docente y de investigación estará sumida en el quehacer asistencial. Esto nos lleva a conferir un papel prioritario, en las actuales circunstancias, a los modelos, estructuras, o mejor aún **Sistemas Operativos Docente-Asistenciales**.

Para el desarrollo de nuestros objetivos en salud mental y en psiquiatría, en el actual nivel de nuestros incipientes cambios, parece de vital importancia pasar a realizar, a concretar con claridad, con programación y planificación que simplifique y transparente, estos Sistemas Operativos Docente-Asistenciales. Destacamos que esta tarea tiene la máxima jerarquía y alrededor de ella deben articularse la docencia, la investigación y las demás funciones. Hasta ahora poco hemos logrado en este sentido, y creo que a ello corresponde cierto efecto de desorden y hasta de caos que a veces ofrecen nuestros esfuerzos, aunque estén inteligentemente concebidos en el nivel de las políticas.

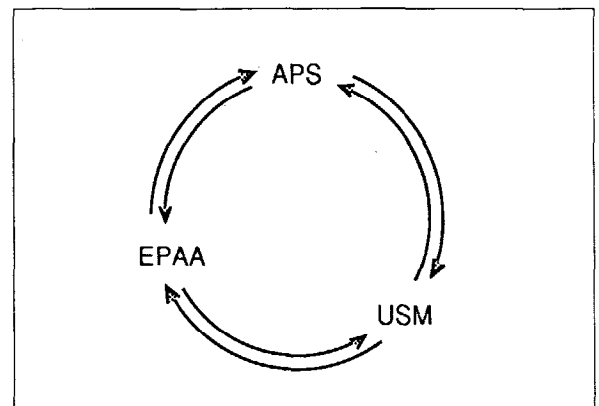
En la clínica psiquiátrica, ubicada en sus cambios en los campos más amplios de la salud mental y de la salud-enfermedad, a partir de ahora y en los próximos años nuestros esfuerzos deberían concentrarse en tres subsistemas docente- asistenciales:

- 1º) Atención primaria de la Salud (APS).
- 2º) Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales (USM).
- 3º) Estrategias y Procedimientos Asistenciales Alternativos (EPAA) para las personas afectadas de psicosis

y más ampliamente para las personas afectadas a permanencia en su inserción y desarrollo social (esto incluye pero excede a la psicosis, v.g., neurosis y caracteropatías invalidantes, trastornos psicopáticos y antisociales, adicciones, diversos defectos y discapacidades que afectan la socialización, etc.

Hemos asignado a los tres subsistemas el numeral primero para destacar que los cambios que queremos realizar imponen que los tres tengan la misma jerarquía, y queden incluidos en un sistema único de transformaciones en los que ninguno puede ser excluido ni ubicado en nivel secundario. El énfasis puesto en esta cuestión proviene de haber polemizado frecuentemente con puntos de vista que suelen jerarquizar alguno de estos subsistemas en detrimento de los otros dos.

Conviene a nuestra argumentación el siguiente diagrama:



Como se ve, ninguno de los subsistemas puede operar adecuadamente sin los otros, fracasaría cada uno si no está asegurada la interrelación y el flujo en ambas direcciones.

Para comprender mejor las características, los alcances y las posibilidades de operar e incidir en el proceso de salud-enfermedad del modelo que proponemos, piénsese en cualquier actividad en salud mental a nivel zonal, poblacional, a nivel de los Hospitales Generales, de las Comunidades Terapéuticas, o de los Hospitales-Asilo; es imposible concebir esas acciones operando aisladamente sin el recurso concertado con los otros niveles. Aunque un milagro-que mucho deseáramos- dignificara las condiciones de vida y aportara los recursos técnicos a las personas que habitan la Colonia Etchepare o a cualquiera de los otros Hospitales-Asilos, no resolvería en lo sustancial el problema de la segregación y el aislamiento social de estas personas, que agregan a la tendencia propia del trastorno psicótico inicial, los trastornos familiares y del grupo social de origen- que a veces llegaron al nivel de la descomposición- y el abordaje institucional patógeno, condicionando todos ellos lo que hemos denominado **sobrealienación** de las personas que padecen psico-sis.

Nos definimos, pues, por impulsar con esta concepción el desarrollo de los tres sub-sistemas docente-asistenciales.

Veamos, ahora y rápidamente, en qué están.

UNIDADES DE SALUD MENTAL EN LOS HOSPITALES GENERALES

Las funciones asignadas a este sub-sistema incluyen: asistencia psiquiátrica y en salud mental los servicios de emergencia; unidades de medicina integral o psicosocial (que absorbe la tradicional interconsulta de psiquiatría); servicio de asistencia externa (que tradicionalmente se realizaba como policlínica psiquiátrica en los Hospitales Generales) con acciones domiciliarias e ingreso seleccionado de pacientes para realizar asistencia programada (tratamiento psiquiátrico y diversas formas de psicoterapias incluido el abordaje grupal y familiar); servicio de internación de agudos con capacidad de 10-12 plazas y servicio de Hospital Diurno o Comunidad Terapéutica, íntimamente relacionados.

La Unidad de Salud Mental operará sobre un área geográfica de acción que se definirá para cada hospital; deberá establecer estrechos nexos con los Centros de Salud de su zona, con el Patronato del Psicópata y sus dependencias, con las Comunidades Terapéuticas y otros recursos zonales, con el Hospital Psiquiátrico.

El despliegue de estas funciones comenzó a realizarse en marzo de este año; una primera evaluación de los desarrollos logrados—que parecen muy promisorios—se realizará en el VI Plenario Docente del Área de Salud Mental de la Facultad de Medicina el 28 de octubre de 1989 (10 días después de hecho este comentario). El comienzo de estas tareas fue facilitado por la convergencia de varias condiciones favorables: todos los hospitales de Montevideo contaban con servicios docente-asistenciales de la Facultad; en todos ellos existía alguna actividad de psiquiatría del M.S.P.; el Depto. de Psicología Médica destacó unidades docentes e impulsó actividades de medicina integral o psicosocial en los diversos hospitales, la Clínica Psiquiátrica realizó una reestructura que le permite disponer de unidades docentes en todos ellos; el Programa de Residentado en Psiquiatría—destacable avance de este período—generó cinco residentes de psiquiatría y un residente de psiquiatría infantil que se incorporaron a las diversas unidades, este número se duplica y se triplica en los años 90 y 91 respectivamente.

Las únicas funciones cuyo comienzo exige tareas preparatorias—que ya están en marcha—son las de Hospitalización de Agudos y Hospitalización Diurna o Comunidad Terapéutica; la Clínica Psiquiátrica y la Dirección del Hospital de Clínicas han elaborado un programa que incluye estas funciones en un sistema local de salud.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El servicio de Psiquiatría, y en general la Facultad, carecen de tradición en el desarrollo de esta vital estrategia. Debemos concentrar importantes esfuerzos para incorporar estas actividades. La Facultad ha dado un paso trascendente al comenzar a desarrollar actividades docentes en la comunidad; corresponde coordinar con ellas

- a través de Salud Mental— los empeños por desarrollar nuestras tareas en este sector.

Señalaremos, por ahora, dos cuestiones:

1º) Es Atención Primaria de la Salud, lo que significa que los sectores de Salud Mental aportamos un perfil, un acento, pero no una estrategia separada.

2º) El carácter protagónico queda ubicado en la población y en sus organizaciones de toda índole; los técnicos convergemos con ellas en espacios operativos, donde escuchamos y aportamos instrumentos técnicos y científicos que puedan facilitar el desarrollo de las acciones.

ALTERNATIVAS EN LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES PSICÓTICOS.

Es esta una cuestión especialmente compleja e inquietante, aquí y en cualquier lugar. Es también un problema que levanta polémicas, a veces apasionadas por demás, entre los propios técnicos.

Para abordarlo es fundamental que los profesionales de la salud mental comencemos por asumir una actitud humilde, equilibrada y sensata que no realimente la locura como muchas veces sucede.

En el panorama de las personas que se derrumban en la cronicidad sin tiempo y terminan, con frecuencia, recluidos en los Hospitales Asilos inciden muchos factores que no voy a desarrollar aquí. Sólo quiero señalar dos aspectos porque se vinculan a las acciones propuestas: a) no conocemos con precisión los factores determinantes etiopatogénicos y psicopatológicos de fondo aún cuando existen importantes hallazgos e hipótesis que apuntan a trastornos neurobiológicos, familiares, psicológicos, sociales, etc, y b) si bien se han desarrollado valiosos recursos terapéuticos en todas esas direcciones, el empleo unilateral de estos procedimientos no han permitido que incidan en toda su eficacia; más aún, el jugarse unilateralmente a alguno de ellos ha reforzado el agregado patógeno incluido en las respuestas tradicionales que más arriba hemos denominado sobrealienación de las personas afectadas de psicosis.

Con los conocimientos y recursos de nuestro medio pensamos que, para comenzar, deberíamos plantearnos dos metas: contrarrestar la tendencia a la desocialización que se manifiesta en estas personas y evitar la tendencia a la sobrealienación que provocan muchas de nuestras "acciones terapéuticas".

En relación a estas metas debe quedar claro que hacia ellas sólo se puede avanzar empleando a fondo los tres sub-sistemas en las condiciones que hemos postulado.

Pero, además, y esta es una novedad en nuestro medio, se debe incorporar a los diversos recursos—desde el comienzo y consecuentemente— los procedimientos de Comunidad Terapéutica. Estas técnicas se vienen poniendo a punto en nuestro país desde hace varios años;

cuatro ejemplares experiencias de este tipo funcionan actualmente en Montevideo.

Queremos señalar, finalmente, dos problemas que vienen trabando nuestra actividad y que seguramente la seguirán trabando por un buen tiempo.

Por diversos motivos —que no desarrollamos aquí— estas tareas que dependen básicamente de la creatividad colectiva, no encuentran en las relaciones que se establecen en la comunidad de técnicos el entramado solidario que asegure el despliegue pleno del conjunto y de cada una de las personas que lo integran. Aún cuando tenemos la impresión de haber avanzado algo, siguen presentes y por momentos emergen con fuerza, sentimientos y situaciones que afectan nuestras capacidades: desconfianza, malestar de sentirse marginado de las decisiones de no ser tenidos en cuenta, ausencia de sinceridad en la confrontación de los puntos de vista, inadecuada circulación de la información, etc., por decir lo menos y del modo más suave.

En nuestro campo deberíamos abordar estos asuntos desde dos perspectivas. La primera, y de mayor jerarquía, supone el **empleo permanente y a fondo de los procedimientos democráticos**; la capacidad creativa en el conjunto y en cada persona puede emerger en plenitud si se ejercita sin limitaciones y con audacia la

educación y auto educación en democracia que las normas posibilitan pero que por sí mismas no aseguran. La segunda perspectiva tiene que ver con el empleo de la metodología psicológica en el procesamiento de estas cuestiones; los técnicos en salud mental debemos operar en la más amplia diversidad de los fenómenos psicossociales no olvidando que ellos incluyen la locura; y de todos los recursos con los que contamos hay uno inevitable por el que pasan todos los demás: nuestra propia persona; esquemáticamente el técnico en salud mental se mueve *entre dos riesgos, tomar tal distancia que suponga el abandono de la persona o el grupo en peligro, o, aproximarse tan desmantelado en sus cualidades personales como para quedar envuelto en la locura*. Resulta, pues, imprescindible incluir en el entrenamiento inicial de los jóvenes y en la formación continua, espacios que aseguren la elaboración de emociones, sentimientos fantasmas que se desencadenan en esta forma riesgosa de solidaridad humana.

Un segundo problema tiene que ver con la dedicación del personal. Los cambios y las tareas que tenemos propuestas difícilmente avanzarán con personal de dedicación parcial y, peor aún, multiempleado.

La Facultad, la Universidad, el Ministerio de Salud Pública deben estudiar en profundidad esta cuestión y promover soluciones que permitan la dedicación completa a estas tareas.

