

Práctica asistencial en un Hospital Psiquiátrico, más allá de la reforma.

Carlos Sciolla Donoso¹

Resumen:

Se analiza el contexto en que la actividad clínica psiquiátrica se desenvuelve al interior de unidades de atención “cerrada”, dado el presupuesto histórico adverso que la acompaña, a lo que se suma el descrédito que ostenta frente a la orientación política que rige el movimiento de reformas asistenciales, y que se ha auto-perpetuado las últimas dos décadas en toda Latinoamérica. Y ante la carencia de evidencia que avale al plan de funcionamiento de la red de servicios en Psiquiatría de Chile, sumado a la ingente necesidad de revisar la efectividad y eficiencia de las prácticas asistenciales, resulta crucial el surgimiento de una base de consensos que faciliten la práctica clínica diaria y el desarrollo de sistemas de evaluación de sus resultados. En ese sentido se presentan algunas propuestas en fase de implementación, o de ser implementadas en un futuro cercano. Esta concepción de base incluye el dar cabida a temas de carácter transversal como la bioética, la gestión, la docencia y la investigación.

Palabras clave:

Racionalidad comunicativa, psiquiatría hospitalaria.

¹ Médico Psiquiatra. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Sede San Felipe. Servicio Urgencia, Unidad de Mediana Estadía y Perito Forense de la Unidad Evaluación Personas Imputadas. Hospital Philippe Pinel, Servicio de Salud Aconcagua, (Putando V Región). Email: hppp.ag@gmail.com

Introducción

Este escrito toma como punto inicial la crisis post terremoto (Febrero 2010) vivida en el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel (HPPP), como un escenario propicio para examinar sobre qué base se seguirá desarrollando la práctica asistencial de la Psiquiatría. Aquella crisis transitó desde el peligro de cierre, a las primeras acciones de reparación y eventual readecuación que ahora se observan, y que han alejado la perspectiva de clausura del mentado centro.

De inmediato surge la interrogante de si se mantendrán los mismos planes ministeriales que han imperado desde la década de los noventa del siglo pasado, asumiendo los postulados de la OMS/OPS, que se homologan con el movimiento de “reformas” de los servicios psiquiátricos de los países anglosajones durante los últimos cincuenta años, y que se tradujeron, en Latinoamérica, en la aparición del llamado enfoque comunitario, o de Psiquiatría Comunitaria (PC).

Por otra parte, resulta oportuno tener a la vista entre otros antecedentes la reconversión sufrida por el HPPP tras el inicio de la Reforma Judicial, el año 2000, que pudo haber evitado su prematuro cierre. Sin embargo, pese al avance que ésta reforma ha significado en cuanto a que los discapacitados psíquicos sean sobreseídos por la justicia, la evidencia (datos pendientes de publicar), muestra que muchos, tras la interrupción de los programas terapéuticos a los cuales tienen acceso al interior del HPPP, han vuelto a ser sucesivamente imputados por la falta de continuidad en los planes de rehabilitación a que acceden en la red de servicios públicos ambulatorios, y a su falta de especificidad y profundidad (salvo que se trate de un Hospital de Día, por ejemplo). Y qué decir del contexto social de anomia, desarraigo y de exposición a la temida Pasta Base de Cocaína (PBC) en que se encuentran, (problema hasta ahora insoluble y con efectos exponenciales que estaría afectando exclusivamente a Latinoamérica²), generando una multiplicación del estigma social al que están expuestos³.

A continuación presentaré una visión del funcionamiento de la red de Servicios Públicos de Psiquiatría en Chile, en comparación con la de otros países. Luego resumiré el curso de los acontecimientos que involucraron la amenaza de cierre del HPPP. Posteriormente me referiré al aporte del sociólogo Jürgen Habermas, y su

² Disponible en internet: <http://www.cnnchile.com/salud-medio-ambiente/2010/06/24/la-pasta-base-esta-afectando-a-latinoamerica-como-el-sida-en-africa/>

³ Aprovecho de declarar como insoslayable la incorporación, en las prácticas docente-asistenciales, del caudaloso aporte surgido desde las neurociencias, que de una manera fecunda nos proporcionan sólidas bases de entendimiento de los procesos asociados a la existencia humana, por ejemplo, del “funcionamiento modular” y de “especificidad de dominio” de la corteza cerebral, que se entrelazan con la visión evolucionista del desarrollo neuronal, o permiten correlacionar fenómenos tales como: a) que el bebé pueda diferenciar ya a los seis meses cuales objetos son animados y cuales no lo son, o b) que a partir de los cinco años un niño pueda -en una instancia de interrelación determinada- intercambiar roles metafóricamente desde el de protagonista hacia el de espectador, con las conceptos de: “agencia” y “teoría de la mente” respectivamente (para un desarrollo de estos temas, consultar el libro: *Mapping the mind*, Hirschfeld y Gelman comp. Cambridge University Press, 1994). Inclusive, permiten dar una mirada distinta a fenómenos clásicos de la literatura psiquiátrica, como son las falsas creencias persecutorias o “delirios paranoicos” en un contexto de intersubjetividad (Silva, H. *Paranoia y cerebro social*. Rev GPU. (2009); 5, N° 2: 250-255). Pero como creo que mi rol profesional se constituye primordialmente desde el ámbito ético, este marco general no me impide captar, a través de un acto comunicativo específico, el insondable accionar de un paciente en particular. Más adelante volveré a este asunto.

diferenciación entre “racionalidad comunicativa” e “instrumental”⁴, que permitiría, a mi modo de ver, superar las dicotomías que surgen de ser o no propulsor de la Psiquiatría Comunitaria, (por ejemplo la consideración de los derechos de los discapacitados), y de otra parte rescatar la riqueza de las vivencias humanas que comportan simultáneamente la capacidad de experimentar en primera persona, y al mismo tiempo tomar conciencia en tercera persona, contenido y forma de cualquier posible diálogo. Además comentaré las implicancias históricas y evolutivas de la práctica asistencial psiquiátrica, que como rama de la Medicina Clínica requiere nutrirse del aporte de las ciencias naturales y espirituales, pero sin embargo se destaca en su especial consideración al individuo particular, ya sea al supervisarle en un entrenamiento social o al ayudarlo a detener un proceso orgánico que pudiera conllevar a una descompensación funcional aguda. Finalizaré el texto detallando algunas propuestas a considerar en pos del desarrollo de una actividad clínica bajo nuevos estándares de calidad.

1.- Situación de la Red de Servicios

1.1 Datos epidemiológicos

Antes de aportar las cifras del sistema de atención, es importante situarse en el marco epidemiológico de los trastornos mentales en Latinoamérica, que ocupan un lugar preponderante como problema de salud pública, máxime si se considera el alto costo en pérdida de años de vida productivos que estos provocan. Como fuente principal de información mencionaré un estudio de prevalencia publicado recientemente por diversos autores, entre otros Benjamín Vicente⁵, que parte señalando que existe una brecha mayor al 50% de insatisfacción en la atención de la demanda (por contraste, sorprende las bajas cifras de casos nuevos de esquizofrenia y la inflación de casos nuevos de depresión informados por el AUGE, lo que podría deberse a una falta de pesquisa y a un sobre-diagnóstico en uno y otro caso).

1.2.- La red de Servicios Públicos de Psiquiatría en Chile y el extranjero

El estudio recién citado detalla el gasto en la región, expresado en porcentaje del presupuesto de salud, entre otros de Argentina 2,0%, Chile 2,3%, Uruguay 8,0%, USA 6,0% y Canadá 11,0%.

El número de camas para pacientes psiquiátricos por c/100.000 habitantes en Argentina es de 60, en Chile de 13, en Uruguay de 54, en USA de 77 y en Canadá de 193.

El número de psiquiatras por 100.000 habitantes en Argentina es de 13,3, en Chile de 4,4, en Uruguay de 22,9 en USA de 13,7 y en Canadá de 12,0. En casi todos los ítems Chile es el país que tiene las cifras más bajas.

1.3.- El desmantelamiento de los recursos psiquiátricos en Chile.

⁴ Habermas, Jürgen. *Teoría de la acción comunicativa*. Ed. Taurus, Barcelona, 1992.

⁵ Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga J. y col. *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Rev. Panam. Salud Pública. (2005);18: 229-240. Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>

A partir del último punto conviene citar la encuesta realizada por la OMS, que se publicó el 2006⁶, y el documento elaborado por el Grupo de Tareas Red de Salud Mental y Psiquiatría de la RM⁷. Considerando las cifras de modo comparativo, destacan las siguientes inconsistencias:

- Disminución de cupos en Unidades de Corta Estadía al interior de los Hospitales Psiquiátricos, sin que se crearan en la misma proporción en Hospitales Generales.
- Disminución de cupos en Unidades de Larga Estadía, con creación de cupos en Unidades de Mediana Estadía en el área forense, puestos en Residencias, Hogares Protegidos y plazas en Hospitales de Día, pero no en la misma proporción y sin que hasta ahora se hayan establecido los requerimientos poblacionales.
- Distribución heterogénea de horas médicas y de cupos de Unidades de Corta Estadía (ver cuadro resumen, incluyendo brechas, en la TABLA I).
- Mención aparte es el hecho que sólo existen 17 camas de Corta Estadía Infanto-juvenil, en el Hospital Roberto del Río.

El fenómeno de la distribución heterogénea parece repetirse en otros países, incluyendo España o, si tomamos el caso de la provincia argentina de Río Negro, donde se cierra el Hospital Psiquiátrico y se abren 20 Unidades de Corta Estadía (aunque no se conocen datos del tiempo de estadía promedio).

Considerando los datos aportados por la encuesta de la OMS, sorprende que de los 38 Centros Comunitarios creados, sólo estén presentes en seis Regiones del país, excluyendo la Quinta Región, y que el 76% se encuentre en la Región Metropolitana (dispositivos que se presume debían estar dispuestos cercanos “territorialmente” a sus demandantes).

1.4.- La situación en Inglaterra

Así descrita la situación, se puede afirmar que los avances en poner en práctica los lineamientos ministeriales han sido limitados, como lo reconoce también Alvarado⁸, en su Tesis Doctoral. Por otra parte, en la revisión del contexto histórico que realiza ese autor, detalla los hechos ocurridos con los pacientes desinstitucionalizados en Inglaterra, donde se verifica lo siguiente:

- La mejoría en su evolución clínica fue parcial.
- El surgimiento de nuevas formas de cronicidad (el llamado fenómeno de la transinstitucionalización), y de una nueva dependencia, esta vez de los servicios sociales o de caridad.
- La transferencia de parte de los costos económicos a la familia.
- La aparición de nuevos problemas derivados de la estigmatización.
- Que pese a que los datos de los estudios costo-efectividad apuntan a que los gastos financieros han sido menores, no son concluyentes debido a la dificultad para encontrar un patrón de comparación.

⁶ Informe WHO-AIMS. *Sobre el Sistema de Salud Mental en Chile*. 2006.

⁷ Desarrollo de Servicios de Atención Cerrada y de Urgencia. MINSAL. Julio 2005. Disponible en internet: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/plan_hosp_y_urg_rm_20051.pdf

⁸ Alvarado, R. *Satisfacción de necesidades y calidad de vida en personas con esquizofrenia*. Disponible en internet: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1646/1/16871224.pdf>

De todos modos, menciona como un hecho establecido que dentro de las acciones que serían costo-efectivas, se encontrarían: el uso de Neurolépticos Atípicos, la consejería para mejorar la adherencia y las intervenciones familiares para reducir la expresividad emocional.

1.5.- Las incongruencias del Plan Nacional de Psiquiatría (Comunitaria)

Pero donde surge con más claridad la incongruencia entre las iniciativas impulsadas por la Unidad de Salud Mental del MINSAL, y su expresión en la realidad, es al revisar el Informe Final de Evaluación del Programa de Salud Mental efectuado por la DIPRES, el año 2002⁹, que entre sus conclusiones y recomendaciones finales, frente a la carencia de un sistema de información y evaluación que permita medir la eficacia y eficiencia de dicho Programa, señala lo siguiente:

- “Se prevé necesario diseñar un sistema de información para que la USM del MINSAL y otros involucrados tengan posibilidades de mejorar los procesos de toma de decisiones a partir del mejor y oportuno conocimiento de la realidad y de los efectos e impactos de la intervenciones efectuadas por el Programa.
- “Si bien se puede considerar parte de la recomendación anterior, por su importancia se explica la urgente necesidad de establecer un sistema de registros de origen y de procesos intermedios y finales... que deben estar disponibles para diversos agentes privados, universidades y otros”. (Pag. 73).
- “En forma similar a la recomendación de un sistema de información, es necesario establecer un sistema de evaluación en los diferentes ámbitos del Programa”. (Pag. 75).

Además, este estudio establece otra serie de deficiencias, por ejemplo en el modelo de atención, como lo muestra el dato que un 83% de las atenciones efectuadas es realizada por médicos psiquiatras, lo que atenta contra la idea básica del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que tiene en el trabajo multidisciplinario “un pilar central”. Como yo mismo trabajo en un componente de la red, tras revisar la literatura disponible no vislumbro que se hayan corregido todas estas deficiencias.

2.- La situación del Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel

A comienzos del año 2010 cuando se producen sucesivas visitas, incluyendo la del Comité Ejecutivo de la Comisión Regional de Personas Afectadas de Enfermedad Mental, el asesor de la OMS, el psiquiatra argentino Dr. Hugo León Cohen, el Director del Hospital El Peral, y asesor del MINSAL, el psiquiatra Dr. Mauricio Gómez, además de expertos calculistas, con la emisión de sus respectivos informes a los que se sumaría la propuesta de la Dirección del Servicio de Salud Aconcagua (SSA) hacia el MINSAL.

En ese contexto es redactado un documento, no oficial, desde el MINSAL, fechado el 16 de Junio, donde se establece que de los 191 camas ocupadas por usuarios en la Unidad de Larga Estadía, se conservarían sólo 100, sin mencionar cupos de reemplazo en Hogares Protegidos, ya que al menos 70 usuarios cumplían los requisitos

⁹ Informe Final de Evaluación, Programa de Salud Mental, DIPRES, año 2002. Disponible en internet: http://www.dipres.cl/574/articles-14877_doc_pdf.pdf.

de autonomía, permaneciendo las 20 camas de la Unidad de Median Estadía y las 90 camas forenses, lo que conllevaba al cierre del Servicio de Urgencia y el traslado de las camas de la Unidad de Corta Estadía a un Hospital General, dentro de la Quinta Región.

A raíz de este anuncio, se produce una movilización funcionaria, con la participación de parlamentarios de la zona, alcaldes y gremios que posibilitó el inicio de un diálogo con las nuevas autoridades y la desactivación del mentado documento.

Como argumento para retirar las camas del Servicio de Urgencias y de la Unidad de Corta Estadía se esgrimía la falta de disponibilidad de horas médicas. El problema es que se habría utilizado como patrón de comparación los requerimientos de una hipotética Unidad Infanto-Juvenil de Corta Estadía, que consideraba un médico por cada 12 camas. Sin embargo, si se ajustan a la situación de cada unidad hospitalaria actual (por ejemplo: dos atenciones anuales en Unidad de Larga Estadía, una atención mensual en Unidad de Median Estadía y en Unidades Forenses, una atención semanal en Unidad de Corta Estadía, obviando la atención diaria en el Servicio de Urgencias, asegurada por los turnos de 28 hrs.), se necesitarían 6,6 jornadas médicas. En la actualidad se encuentran trabajando 2 Médicos Generales en jornada completa, y 2 Psiquiatras en media jornada cada uno, por lo que la brecha resulta significativamente aminorada.

Tampoco se señala claramente la importancia de los equipos de profesionales no médicos, que cumplen labores de primera línea una vez hecho el diagnóstico y estabilizado el caso, y que se dedican, entre otras labores, a establecer contacto con familiares y los equipos territoriales a cargo del mismo. Menos aún se considera el hecho que son los Técnicos Paramédicos quienes llevan la principal carga asistencial, la mayoría provenientes de la zona, y que poseen una experiencia difícilmente transferible.

Queda claro que podría existir una relación mayor de funcionarios por usuarios, lo que influiría en las posibilidades de manejo de sus déficits, tanto físicos como sociales, y disminuirían los riesgos que se produzcan hechos previsibles o se utilicen métodos reñidos con la ética. En todo caso, que este nivel de interacción pueda ser la base para tipificarla de “asilar”, no puede eliminar el concurso de otros factores, tanto o más determinantes, como el propio daño progresivo intrínseco al cuadro neuropsiquiátrico y el empobrecimiento social promovido por la desvinculación familiar, (¿qué es primero, el huevo o la gallina?). En definitiva, las que resultaban ser en un primer momento recomendaciones con sustentabilidad financiera y viabilidad política, sin siquiera reconocer las potencialidades del establecimiento, (por ejemplo en infraestructura, como ha quedado demostrado con la reconversión de uso de las casas fiscales aledañas), terminaron por ser suspendidas.

3.- Superación del aparente dilema señalado por la Psiquiatría Comunitaria

Hasta aquí he revisado la situación contextual a partir de las cifras involucradas. Sin embargo existe otro factor que conviene dilucidar en esta discusión. Se trata de la instalación incontrarrestable de las propuestas de la Psiquiatría Comunitaria (PC) como sostén teórico de los planteamientos ministeriales, sobretudo a partir de la Declaración de Caracas¹⁰, del año 1990, en que se promueve el movimiento llamado de “reforma“

¹⁰ Disponible en internet: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

de los servicios psiquiátricos, con énfasis a la atención ambulatoria de tipo primaria por sobre la especializada u hospitalaria ¹¹, la que debiera acaecer en todo caso al interior de los Hospitales Generales, lo que tiene ventajas y desventajas ya descritas en otra parte ¹², y la defensa de los derechos humanos de los pacientes ^{13, 14}.

Conviene revisar, entonces, cual ha sido su aporte en la búsqueda de mejorar los procesos y lograr los mejores resultados sanitarios, y en definitiva propender a la satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios y sus familias. Esta tarea habría podido resultar ardua de no haber tenido, afortunadamente, acceso al texto del colega Dr. Hernán Villarino, que a fines del año pasado publicó un libro en torno a este peliagudo tema ¹⁵. Este autor parte del estudio de la esencia de la PC, y termina con la descripción de sus efectos, que en definitiva traducen un hegemónico ejercicio del poder de quienes la han sustentado, y se han beneficiado ocupando altos cargos administrativos y académicos.

No cabe duda el aporte que ha promovido el enfoque de la PC en el sentido de poner en el primer plano los derechos de los pacientes, incluyendo sus aspectos libertarios, de igualdad y solidaridad, aunque como establece en otro artículo Villarino ¹⁶, filosóficamente, hablando estos preceptos no pueden ser tomados literal e ingenuamente. Tampoco hay duda que la práctica de la Medicina incluye un aspecto ético, es decir la búsqueda y realización de la vida plena reconquistando y superando los obstáculos cada vez que se presentan, pero que debe suponer una calificación desde la mirada ajena. Y si es importante para la Medicina, esto se transforma en crucial para la Psiquiatría, donde el sujeto está o puede estar fuera de sí o sin control sobre sus facultades mentales, y es una tarea fundamental el ayudarlo a recobrar ese control. Por lo tanto, en ocasiones esto supondrá el ejercicio de ubicarlo en un lugar donde se minimicen los riesgos para sí mismo o para terceros, sin dejar a un lado la importancia de ofrecer este tipo de servicios de manera asequible a la población que carece de los recursos para ingresar a una clínica privada.

Pero constituye un error disfrazar esta preocupación humanista con la pretensión política de dar a todos por igual acceso a sus libertades o goce de bienes (incluyendo las comunicaciones) sin considerar el hecho que por antonomasia éstos se encuentran en permanente déficit.

Otro error en que cae la PC, es pretender que por el sólo hecho de acercar físicamente los centros de atención a los usuarios éstos accederán a ellos en forma inmediata, desconociendo que el acto de la comunicación y la conexión para que sea

¹¹ Se asume que todo los Hospitales Psiquiátricos se comportan como sus antecesores, los asilos o manicomios, donde no hay duda que se ejercía preferentemente un control y supervisión social más que uno de tipo médico sobre las personas allí asiladas.

¹² Larrobla, C. *Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años*. Rev. Psiquiatr. Urug. 71 (2): 125-134, 2007.

¹³ Al respecto me viene a la mente ejemplos de tratamientos “involuntarios” como los del psiquiatra español, Francisco Lopez-Ibor, al hijo de Marcial Maciel. Ver extracto de entrevista, disponible en internet:

<http://www.jornada.unam.mx/2010/03/04/index.php?section=politica&article=003n1pol>.

¹⁴ Cabe recordar que el año 2001 entró en vigencia el nuevo Reglamento de Internación Psiquiátrica, que protege los derechos de las personas durante su hospitalización.

¹⁵ Villarino, H. *Los pretextos de la Psiquiatría Comunitaria*. Ed. LOM, Santiago, 2010.

¹⁶ Villarino, H. *Estudio de los fundamentos científicos y éticos de la psiquiatría comunitaria. II parte*. Rev GPU 2009; 5; 4: 431-439).

efectiva debe ocurrir de modo activo y continuo. Pero para aquel que no se encuentra en dominio de sus facultades (lo mismo vale para las facultades físicas o los órganos de los sentidos), este ejercicio se torna imposible, o incluso peligroso, por ende no existiría reparo ético el generar las condiciones para ayudarlos, cuidarlos y luego permitirles retomar hasta donde les sea posible su grado de autonomía y libertad.

Ahora, como todo esto conlleva un tiempo y un esfuerzo, se prevé que en un futuro cercano se otorgarán los incentivos adecuados para que tanto el usuario, su familia o el equipo tratante coordinen las acciones tendientes a alcanzar los resultados esperados (es sabido que el eslabón final lo constituiría que el sujeto acceda a una actividad productiva, sea “protegida” o independiente). Por lo tanto, los entes reguladores tendrán que evaluar los resultados de cada uno de los programas disponibles según estándares de efectividad y eficiencia. De lo contrario, seguiremos asistiendo a modestos logros terapéuticos, que no impiden el retorno al punto de partida, y conllevan la utilización indefinida de los recursos por el así llamado fenómeno de la “puerta giratoria”. La pretensión de la PC de favorecer ingresos en la Unidad de Corta Estadía, de no más de 15 días de estada, podría favorecer este tipo de efectos nocivos, afectando directamente el funcionamiento del sujeto como la calidad de sus relaciones familiares, que sólo contribuirían a su ostracismo y estigma.

Por lo tanto, frente a este panorama, no cabría cuestionar la utilización del recurso de la internación sin más, sino que avanzar en determinar las circunstancias, la gravedad y las condiciones en que se encuentra el caso para disponer de los recursos apropiados.

Y como bien expone Villarino (*trab. cit.*), se requiere buscar un incesante equilibrio entre la labor preventiva¹⁷ y la curativa de la Medicina, agregándose, por último, la acción de la rehabilitación, todas ellas conectadas de manera circular. Al respecto cabe señalar como ejemplo la experiencia de la psiquiatra Tamara Rusell, quien realiza un programa de recuperación de los déficits en la cognición social de sus pacientes¹⁸. De esa manera se obtiene como resultado que el enfermo deje de fabricar síntomas y logre insertarse convenientemente dentro de su círculo social. Por tanto, el balance de ambas acciones, cuidar/rehabilitar, se puede mantener en el tiempo, independiente que se esté en un sistema institucional cerrado o durante una hospitalización domiciliaria, aunque con diferencias de eficacia y efectividad por verificar entre ambas.

4.- La evolución de las instituciones psiquiátricas y la situación de los pacientes

¹⁷ En este punto tengo que precisar que no pierdo de vista que la acción de mayor alcance es la preventiva; por ende todo lo que sea reconocer individuos con determinados “endofenotipo” más susceptibles durante las etapas críticas a procesos desestabilizadores, o advertir y neutralizar el impacto de determinados procesos durante el desarrollo temprano, como el establecimiento de un sistema de apego inapropiado al interior de grupos familiares socialmente desfavorecidos y con adultos emocionalmente disregulados, espero se conviertan, tarde o temprano, en objetivos sanitarios [para más antecedentes consultar Lecannelier, F. *Evolución y desarrollo del self*. Disponible en internet: http://www.inteco.cl/articulos/012/texto_esp.htm

¹⁸ Russell, T. *Remediation of facial emotion perception in schizophrenia: concomitant changes in visual attention*. Macquarie Centre for Cognitive Science, Macquarie University, Sydney, NSW, 2109, Australia. *Schizophr. Res.* 103:248-56. Ver video, disponible en internet: http://www.dailymotion.com/video/x8a25j_esquizofrenia-y-reconocimiento-de-c_school

Retomando el discurso anterior, si consideramos como trasfondo de la “reforma” la evolución histórica de las instituciones psiquiátricas, sin duda que emerge como rasgo distintivo el aislamiento de las instituciones psiquiátricas respecto de la comunidad. Pero como bien dice Villarino (*trab. cit.*) “ha debido existir una primaria marginación” de los locos en el ideario colectivo como condición para la existencia de los manicomios; detrás de este acto está una sociedad que pretende “protegerse” o “desligarse” del enfermo mental, más ahora si pesa el doble estigma de tener antecedentes penales. De hecho, en los procesos que supuestamente se encuentran más avanzados, como el canadiense, (que cuenta con representantes de la comunidad para la toma de decisión en las instituciones psiquiátricas), el drama se ha trasladado a la decisión de “recluir” o “asilar” a pacientes psiquiátricos “riesgosos”.

Pero, sin duda, en este momento resulta propicio recordar las palabras del filósofo Foucault¹⁹, y que rememora Villarino²⁰, en cuanto a contestar la pregunta de qué es lo específico del loco en todas las sociedades:

Si bien es verdad que toda sociedad aplicando la regla del trabajo, la regla de la familia, la regla del discurso, y la regla del juego, excluye cierto número de individuos y les hace un sitio aparte y marginal en relación con la producción económica, en relación con la reproducción social, en relación con la circulación de símbolos, en relación con la producción lúdica, si hay sociedades en que todas estas exclusiones operan, en dichas sociedades hay siempre una categoría de individuos que están excluidos al mismo tiempo de la producción, de la familia, del discurso y del juego. Dichos individuos son los que en términos generales podemos denominar locos”. (pag. 80).

No aparece claro entonces el aporte específico y excluyente del Sistema de Atención Comunitario, más allá de posturas políticas disfrazadas de compromisos éticos. Paralelamente, en el mundo anglosajón se continúan clarificando las diferencias existentes entre los programas cerrados o abiertos de atención, a través de estudios comparativos costo-beneficio. Como ejemplo se puede mencionar un estudio comparativo costo-efectividad de una internación domiciliaria versus una hospitalaria de enfermos psiquiátricos severos, cuyo diferencial de costo es a favor de la primera, y de efectividad levemente a favor de la segunda²¹.

Cabe, en todo caso, hacerse la pregunta de en qué medida el traslado de los servicios desde un Hospital a un domicilio pueda hacer variar la postura ética e incluso técnica del clínico. Es en este punto que surge la necesidad de encontrar una alternativa a seguir considerando como contrapuestos los modelos bio-médico respecto de los psicológicos o sociales, y no simplemente áreas de diferente orden de complejidad, que pueden ser aprovechados complementariamente por el médico.

Mi planteamiento surge del reconocimiento que el ejercicio clínico exige recorrer las dos caras de la moneda, los dos mundos, aparentemente opuestos o

¹⁹ Foucault, Michel. *Estética, ética y hermenéutica*. Paidós-Ibérica, Barcelona, España, 1999.

²⁰ Villarino. H. *Estudio de los fundamentos científicos y éticos de la psiquiatría comunitaria. I parte*. Rev GPU 2009; 5; 4: 431-439

²¹ Fenton, W; Hoch, J; Herrell, J; Mosher, L; Dixon, L. . *Cost and Cost-effectiveness of Hospital vs Residential Crisis Care for Patients Who Have Serious Mental Illness*. Arch Gen Psychiatry. 2002;59:357-364

separados, de la realidad, vale decir: de una parte la interpretación teórica/abstracta, y de la otra la evaluación práctica/empírica; de un lado considerar la validez cualitativa de los modelos patológicos dimensionales, y del otro la fiabilidad cuantitativa de los modelos categoriales. A partir de aquí se pueden construir innumerables pares dialécticos, que puede que en un momento uno u otro preponderen, pero tarde o temprano, inevitablemente, se producirá un retorno a la posición opuesta, tal y cual ocurre con el movimiento de un péndulo.

5.- El saber aplicado a la psiquiatría

Pero hay un aspecto extra a considerar al quedar en suspenso este ir y venir desde ambos opuestos, si se consideran simultáneamente la 3ª persona y la 1ª persona; el producto de su síntesis podría explicar la emergencia de la capacidad de observación de segundo orden que llamamos la “toma de conciencia”, y que dirigida hacia el “aparato psíquico” del sujeto denominamos “introspección”. Por contraste, esta capacidad quedaría suspendida en la psicosis, o no se desarrollaría por ejemplo en los trastornos del desarrollo como el autismo. Se puede afirmar, también, que puede perderse transitoriamente, como cuando estamos bajo el efecto del alcohol o bajo intensa emoción.

Los estudios neurocientíficos están develando los mecanismos estructurales/funcionales que podrían estar involucrados, incluyendo áreas pre-frontales ventro-mediales, sin olvidar la participación de diversos centros nerviosos que se imbrican de manera distribuida y en paralelo. Así se puede aprovechar, en la práctica clínica, los nuevos modelos de comprensión del “self”, incluyendo los procesos de orden superior²², que permite entender tanto el funcionamiento habitual como el de los fenómenos patológicos, por ejemplo, de las alteraciones perceptivas o de déficit en la toma de decisión intencional que facilita la aparición de las ideas delirantes o la percepción del miembro fantasma, entre otros fenómenos neuropsicológicos²³.

Es en este punto de la discusión que conviene recordar la conceptualización que realiza Habermas (*opus cit.*), al diferenciar lo que representa la “acción y racionalidad comunicativa” (*que nominaré: “x”*) de lo que representa la “racionalidad instrumental” (*que nominaré: “y”*), permitiendo ubicar del lado “x” lo que ocurre entre UN paciente y UN clínico, y del lado “y” lo que ocurre entre las características de LA enfermedad y las caracterizaciones que revisa EL epidemiólogo; así mismo, del lado “x” estaría el acercamiento ético al sufrimiento humano, y del “y” operaría la racionalidad empírica, objetiva o externa. Parte de esta discusión se puede encontrar a través de diversas replicas a otro artículo de Villarino, publicado en la GPU²⁴.

En todo, caso es menester ratificar que aunque en cada acto médico se pone en juego la preparación técnica del psiquiatra, a partir del modo fluctuante en que el enfermo tenga conculcadas sus facultades, se verán modificadas las exigencia éticas. De ese modo, a pesar que no se verán afectados los derechos básicos del enfermo mental, el facultativo deberá asumir la mayor parte de la carga de incertidumbre y la exigencia de dictar sus criterios con extrema prudencia.

²² Kircher, T. *Self-consciousness, self-agency, and schizophrenia*. Consciousness and Cognition 12 (2003) 656–669.

²³ Blakemore, S. J., Wolpert, D. M., & Frith, C. D. *Abnormalities in the awareness of action*. TRENDS in Cognitive Sciences Vol.6 No.6 June 2002

²⁴ Villarino, H. *La Psiquiatría Comunitaria, otra conceptualización*. GPU. 2006; 2; 1: 47-54.

6.- Nuevas propuestas

En definitiva, al no haberse corroborado los preceptos que dieron cuerpo doctrinario a la Psiquiatría Comunitaria, y tampoco haberse resuelto los problemas que enfrentan los enfermos mentales graves (incluyendo el “cuello de botella” que representa encontrar cupo para un tratamiento hospitalario, ni el fenómeno de la “puerta giratoria” al volver los mismos pacientes a requerir una y otra vez de esos servicios, lo cual ya ha sido mostrado en la realidad de los países anglosajones, fenómeno conocido como “*revolving door*”), incluyendo su situación residencial crítica a pesar de la inflación de ofertas privadas, crea un escenario abierto a la generación y demostración de nuevas propuestas que quisiera examinar a continuación.

Pero antes de abordar las propuestas en sí, conviene que haga un repaso de los déficit tanto organizacionales como de gestión en la red de servicios de salud mental locales. Sirve de ejemplo el que me encuentre finalizando este documento regresando de declarar ante el Tribunal de San Antonio, donde tuve que explicar que es posible que un habitante de la ciudad, Don C. J., quien presentó una crisis psicótica aguda hace un año y medio, pueda mantenerse sin representar riesgo para sí ni para terceros asistiendo al Hospital de Día de la ciudad (cuya infraestructura es óptima de acuerdo a mi apreciación, pero que aún contando con 11 horas psiquiátricas no a sido llenado el cargo), recibiendo una atención cada 6 meses en el H. Salvador de Valparaíso, más la del equipo que a diario lo ayuda en su rehabilitación y que incluye el concurso de un Médico General.

6.1.- Déficit organizacionales

- Dificultad en la continuidad de los tratamientos y seguimientos de los pacientes.
- Déficit de dispositivos asistenciales preventivos (equipos de crisis, abordajes grupales, talleres, etc.).
- Insuficientes recursos dirigidos hacia el tratamiento de patologías emergentes (adicciones, trastornos de personalidad, violencia, Infanto-Juvenil).
- Predominio del enfoque asistencial individual y pasivo. Los tratamientos grupales y familiares tienen escasa incidencia.
- Escasa conexión e interacción entre el SU/UCE y otros componentes de la red.

6.2.- Déficit de gestión

- Falta implementación de historia clínica única –preferentemente digital- como instrumento para el desarrollo y organización de la red (*Ej.: InterRAI*).
- Falta un programa de gestión donde se categorice y evalúe periódicamente los resultados y se establezcan indicadores estandarizados para medir cumplimiento de objetivos (eventual existencia de incentivos financieros).
- Ausencia de análisis de efectividad de tratamientos (sólo continuidad y/o deserción).
- Déficit o ausencia de articulación de acciones a nivel intersectorial (Tribunales, FONADIS, SENCE, INP, SERVIU, etc.).

6.3.- Propuestas

A pesar de este panorama, hemos estado sentando las bases para poner en práctica de modo sistemático y protocolizado algunas iniciativas que esperamos se transformen

en los insumos requeridos para readecuar los recursos estructurales o de gestión. Además, hemos considerado un análisis estadístico de las atenciones realizadas en el SU los últimos años (datos no publicados de los años 2008 y 2009 (Ver GRÁFICO I), quedando patente que la demanda ya no incluye solamente los casos tradicionales (trastornos orgánicos, psicosis y las enfermedades del ánimo), sino que quedan fuertemente representadas las nuevas: como las adicciones y los trastornos de personalidad.

Dentro de las iniciativas implementadas o fácilmente implementables están:

- Aplicación sucesiva de instrumentos de evaluación clínica, como la Escala PANSS (con sus 30 ítems), la Escala HoNOS, la Escala PIF y ahora último la Entrevista Autoaplicada OQ que permite evaluar fácilmente la recuperación clínica.
- Certificación de especialización de los Técnicos Paramédicos.
- Utilización de monitores para visitas en terreno.
- Servicio de Urgencia y Unida de Corta Estadía diferenciados según tipo y gravedad de patología, enfocados en la recuperación y rehabilitación psicosocial.
- Inclusión dentro de las estrategias terapéuticas de nuevos esquemas, por ej.: la remediación neurocognitiva.
- La atención centrada en el proceso de recuperación y rehabilitación del usuario.
- El desarrollo de estrategias dirigidas al empoderamiento y asociatividad de los usuarios y sus familias.

Un ejemplo del tipo de propuestas que ya se están implementando lo representa un estudio multinacional que muestra el efecto sumatorio de los diferentes aspectos terapéuticos considerados, en este caso una mejor relación costo-efectividad de los Neurolépticos sumado a la Intervención Psicosocial²⁵. (Ver datos chilenos en el GRÁFICO II).

Mención aparte es el impacto que está representando para este establecimiento la incorporación de los Internos de Medicina, con los cuales hemos iniciado en forma concurrente, junto a otro docente de la sede de Valparaíso, protocolos de investigación, tanto clínicos como epidemiológicos, que espero nos entreguen suficiente evidencia que nos permitirá tomar mejores decisiones clínicas, e incluso poder apuntar finalmente a objetivos cada vez más amplios, como el mejorar los niveles de cumplimiento de los programas terapéuticos o el nivel de la calidad de vida de nuestros usuarios, a través de intervenciones que corrijan los déficit asociados a sus trastornos, de modo tal de asegurar la continuidad de los resultados terapéuticos.

Por último no es menor la tarea de generar un alto nivel de debate acerca de la validación de las prácticas asistenciales que pueda impedir que ocurran fenómenos bochornosos, como el que alude la desconcertante investigación cualitativa efectuada por Rosenhan²⁶, y publicada el año 1973 en la revista Science que desnuda la ineficacia del sistema diagnóstico imperante, y que nos prepare al inminente abandono

²⁵ Chisholm, D. Schizophrenia treatment in the developing world: an interregional and multinational cost-effectiveness analysis. Bulletin of the World Health Organization. July, 2008, 86 (7).

²⁶ Rosenhan, D. "On Being Sane In Insane Places". Disponible en internet: http://oldwww.scottsdalecc.edu/ricker/pests/online_articles/Rosenhan1975.pdf

del sistema exclusivamente categorial hacia uno que incorpore el aspecto dimensional de los casos en estudio.

TABLA 1
Distribución de recursos humanos y físicos

Distribución RRHH y RRFF, según Region. MINSAL, 2008

Servicio de Salud	Coquimbo	Vapo.	V. Mar-Q	Aconcagua	Metropolitano							Total país público	Total país privado	Estandar > 15 años
					Oriente	Central	Sur	Norte	Occidente	Sur Oriente	Total			
Pobl. Benef. > 15 años	320.563	491.524	631.000	131.400	375000	374000	564000	323000	594000	577000	2.807.000			
Camas Servicio de Urgencia				18			10	30			40			
Camas CE H. Generales											329			
Camas Corta Estadía											397	886		
Plazas existentes	9	49	0	14	16	0	72	245	24	12	369			
Plazas según estandar	46	70	90	19	54	53	81	46	85	82	401			1 x c/7000
Brechas	-37	-21	-90	-5	-38	-53	-9	199	-61	-70	-32			
Camas CE adiciones											68			
Plazas existentes	0	10	0	0	0	0	32	26	0	0	58			
Plazas según estandar	6	10	13	3	8	7	11	6	12	12	56			1 x c/50.000
Brechas	-6	0	-13	-3	-8	-7	21	20	-12	-12	2			
Plazas H. de Día (TPS)	(15 dual)													
Plazas existentes	20	30	49	10	20	12	38	0	20	25	115	640		
Plazas según estandar	92	140	180	38	107	107	161	92	170	165	803			1 x c/3500
Brechas	-72	-110	-131	-28	-87	-95	-123	-92	-150	-140	-688			
Plazas H. de Día (adiciones)											0			
Plazas existentes	0	15	24	0	0	0	0	0	0	0	0			
Plazas H. de Día (adolesc.)											10			
Plazas existentes	0	0	16	0	0	0	0	0	10	0	10			
Plazas UME adultos											54	112		
Plazas existentes	0	20	0	20	0	0	54	0	0	0	54			
Plazas según estandar	13	20	25	5	15	15	23	13	24	23	112			1 x c/25.000
Brechas	-13	0	-25	15	-15	-15	31	-13	-24	-23	-58			
Plazas UME infanto-juvenil											39			
Plazas existentes	0	0	0	0	0	0	22	17	0	0	39			
Plazas Forenses											40	120		
Plazas existentes	0	0	0	80	0	0	0	40	0	0	40			
Plazas LE	0	0	0	185	0	0	142	128	0	0	270	781		
Pensionado	0	8	0	4	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL	29	132	89	313	36	12	360	456	54	37	955			
Plazas Hogares	15	69	24	37	---	---	---	---	---	---	---	783		
Plazas Residencias	0	12	12	36	---	---	---	---	---	---	---	199		
Horas semanales psiquiátricas														
Contratadas	---	462	484	267	491	506	1070	2426	628	445		10960		
%	---	4,2	4,4	2,4	4,5	4,6	9,8	22,1	5,7	4,1				
x 100.000 benef. >15 años	---	94	77	203	131	135	190	751	106	77				

GRÁFICO I

TÍTULO Diagnóstico de casos ingresados el SU del HPPP en los años 2008 y 2009 (N=624)

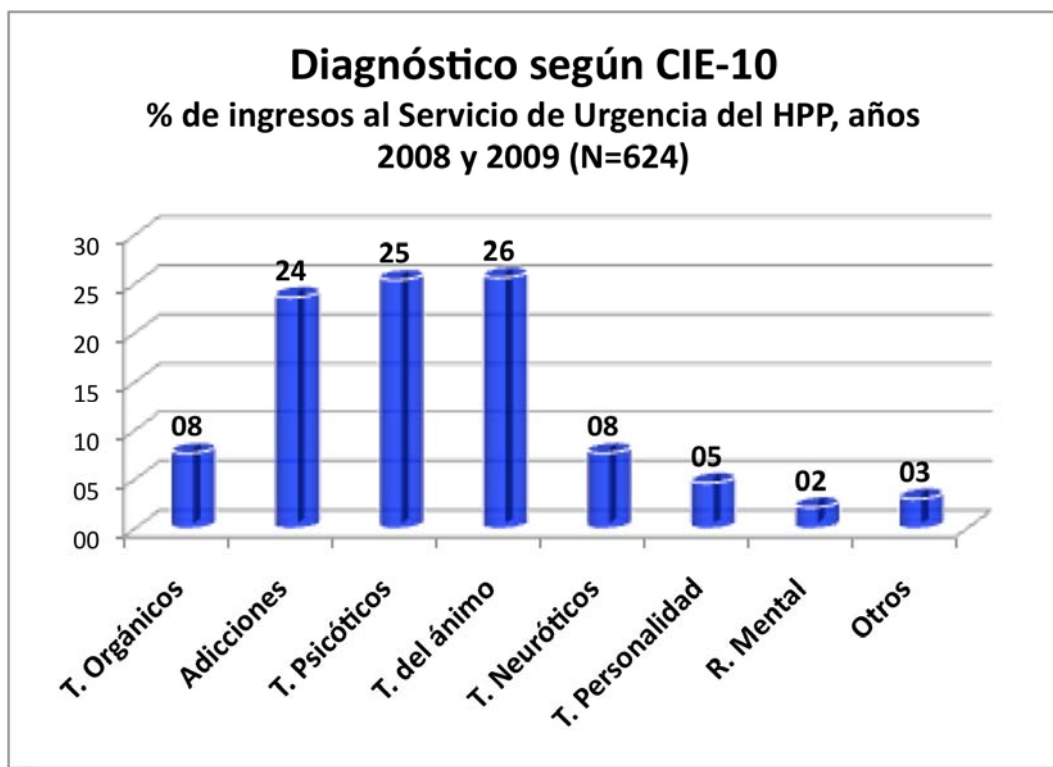


GRAFICO II

Fig. 2. **Cloud graph showing stochastic uncertainty around costs and effects of schizophrenia interventions in Chile**

