

UN PROGRAMA DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA EN SANTA URSULA COAPA, D.F.

Dra. Marcela Blum*

I. Enfoque Teórico

Hablar de un programa de psiquiatría comunitaria requiere de una explicación sobre las causas que hacen necesaria la implementación de un programa de este tipo, y que podemos dividir en dos: conceptuales y operacionales.

Un programa es la concretización de nuestros conceptos, o sea, de nuestro enfoque sobre el proceso de salud-enfermedad, enfoque que no es estático y que ha ido cambiando, dependiendo del momento histórico y del tipo de sociedad concreta en que éste se ha dado. Así, si se concibe a la enfermedad como la posesión de espíritus malignos, se realizarán una serie de acciones rituales, tendientes a ahuyentarlos. Si en cambio, la concebimos como un problema biológico, por ejemplo: la relación entre un huésped y un agente patógeno, nuestras acciones estarán destinadas a acabar con este último que suponemos el causante de la enfermedad, mediante la administración de fármacos adecuados.

Hasta ahora, éstas han sido las líneas predominantes en el pensamiento y en el quehacer médico, con la consecuencia del desarrollo de una medicina curativa dedicada a atender individuos, con técnicas complejas y específicas.

Estas concepciones parecen haber olvidado que el ser humano no se enferma solo, sino en relación con la naturaleza y los demás hombres, o sea, en sociedad, y que es en ésta donde se producen los factores patógenos cuya concretización es la enfermedad individual. Es así como surge un modelo de causalidad social de la enfermedad que la contempla como un fenómeno colectivo que se interrelaciona con el resto de los demás procesos sociales y que por lo tanto requiere del desarrollo de actividades tendientes a comprender el fenómeno social y cómo éste puede ser generador de patologías y tomar las medidas necesarias para trasformarlo.

Del planteamiento anterior surgen necesariamente el desarrollo de un sistema de pensamiento y una práctica médica diferentes. La psiquiatría comunitaria es una de sus manifestaciones.

Así, la psiquiatría comunitaria no es la atención psiquiátrica a los individuos de una comunidad, sino el estudio de la misma en profundidad, no como el "medio ambiente" en el que se desenvuelven los individuos, sino como una formación socioeconómica con-

creta, integrada dentro de la estructura social general del país; el análisis de sus contradicciones y de cómo éstas afectan a sus miembros generando patología mental, así como el trabajo con las personas y las instituciones para cambiar dentro de lo posible esas estructuras.

Aquí cabría mencionar dos acciones necesarias para llevar a cabo este trabajo: una es la posibilidad de jerarquizar los problemas investigados según la magnitud del daño, y la otra la necesidad de implementar una estrategia para incidir sobre el problema, aunque ésta no necesariamente coincida con las prioridades establecidas.

Por ejemplo, sabemos que la deficiencia mental es uno de los principales problemas de salud pública, que dentro del área de la psiquiatría afecta al país. Sabemos asimismo que la desnutrición crónica de la madre, la falta de atención adecuada durante el parto, la desnutrición del niño y la falta de estímulos adecuados son factores determinantes en la producción de este problema. Si analizáramos más a fondo, deberíamos llegar incluso a la comprensión de la causa de la desnutrición, la falta de servicios y de estímulos en ciertas capas de la sociedad. Esto puede plantearnos un panorama desolador y paralizante si intentamos inmediatamente trasformar las causas que surgirán como prioritarias en nuestro análisis, lo que no impide que intentemos actuar sobre la segunda o tercera causa que encontremos, sin perder de vista la jerarquización establecida.

Desde el punto de vista operacional, es claro para cualquier persona que ha trabajado en una institución, el fracaso rotundo de la asistencia médica que se da, no sólo por la estrechez del enfoque, sino por la saturación numérica de los servicios que redundan en una perpetuación de los problemas en lugar de una solución de los mismos.

Esta situación se ha dado, entre otros factores, por la mistificación de la ciencia y la técnica de nuestra sociedad, que requiere de la presencia del "especialista" para la "solución" de los problemas cotidianos, en lugar de aprovechar los recursos sociales e individuales de la propia comunidad, que es lo que de alguna manera intenta hacer la psiquiatría comunitaria.

II. Metodología

Una vez revisados los conceptos de donde surge este programa, analizaré el apoyo metodológico que requiere, para lo cual se hace necesario establecer la noción de comunidad, que para Ander Egg es la siguiente: "La comunidad es una unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento

* *Psiquiatra. Exjefe del Servicio de Salud Mental Comunitaria del Centro de Salud Dr. Gustavo Roviroso Pérez Profesora de Psicología Médica, Facultad de Medicina, UNAM.*

o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica, en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto."

El estudio de la comunidad no debe confundirse con la comprensión o conocimiento del medio ambiente, ya que éste ha sido determinado por una estructura socio-económica concreta, que es necesario analizar primero.

Sin perder de vista lo anterior, se debe estudiar en una comunidad: el medio geográfico, el marco histórico, las características culturales, la población, la educación, las organizaciones económica, social, política, religiosa y la salubridad del sector.

En la medida que se vaya teniendo un conocimiento más integral de la comunidad con la que se trabaja, se tendrán los elementos para poder trabajar con ella, con sus líderes, sus instituciones, sus grupos, y establecer conjuntamente las estrategias adecuadas para el cuidado de la salud mental de la población. Consideramos que la comunidad tiene los recursos y mecanismos adecuados para la solución de sus propios problemas.

En este contexto, la función del equipo psiquiátrico es compleja, teniendo primero que aprender de la comunidad su estructura, sus problemas y sus recursos, para revertir después estos conocimientos ya transformados en medidas y proposiciones concretas, que puedan ser implementadas por los miembros de la propia comunidad con la sola asesoría del equipo psiquiátrico.

Mas no es ésta la única función del equipo, ya que tendrá que dar atención psiquiátrica a grupos, familias e individuos de la comunidad que hayan enfermado. Para esto se requiere de un local adecuado donde se puedan llevar a cabo actividades diagnósticas y terapéuticas específicas (historia clínica, estudio psicológico, estudio social, estudios de laboratorio y gabinete, electroencefalografía, tratamientos físicos, medicamentosos, psicoterapias, terapia recreativa, etc.).

Cabe mencionar también otra de las funciones que consideramos prioritarias para el buen éxito del programa, aunque aparentemente no se relacione de manera directa con el mismo: se trata de las actividades de enseñanza e investigación, entendiéndose por tales a todas las acciones tendientes a elevar el nivel de información del propio equipo psiquiátrico, del personal que trabaja para la salud y de la población en general; así como las tendientes a descubrir la etiología biológica, psíquica y social del proceso salud-enfermedad.

III. Proyecto Santa Ursula

Antecedentes:

Se aplica en los pedregales de Coyoacán, constituidos por cinco grandes áreas correspondientes a las colonias Pedregal de Santa Ursula, Pedregal del Ajusco, Pedregal de Santo Domingo, Colonia Benito Juárez, Colonia Ruiz Cortines, que aglutinan en aproximadamente 18 Km entre 250 000 y 300 000 habitantes, en un 70 % emigrantes procedentes de distintas partes de la República. Se encuentra una densidad de población de más de 12 000 habitantes por Km², con una tasa de natalidad de 4.7 %, de mortalidad infantil con una tasa de 0.78 %, deficiente dotación de agua potable, deficiente higiene habitacional, falta de ropa de abrigo, fecalismo al aire libre, alta contaminación ambiental, disposición inadecuada de alimentos pro-

teicos, falta de drenaje, deficiente recolección de basura, bajo nivel económico, bajo nivel de educación para la salud, atención del parto por empíricas, desnutrición, falta de áreas recreativas, hacinamiento y promiscuidad, alto índice de alcoholismo y farmacodependencia, vagancia y delincuencia.

En esta zona de la ciudad, correspondiente al distrito sanitario XXI, se encuentra el Centro de Salud "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez" de la SSA, para dar atención médica de primer nivel a la población. En este mismo lugar, se está desarrollando un programa de psiquiatría comunitaria, auspiciado por CEMESAM, objeto de este trabajo. Este programa está constituido por tres áreas básicas que son: Prevención y Promoción, Asistencia y Enseñanza, e Investigación.

Para el desarrollo de este programa, se cuenta con cuatro equipos psiquiátricos, integrado cada uno por un psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social; además, por una secretaria, una enfermera, una técnica en electroencefalografía, una educadora especial, una terapeuta recreativa y asesores en neurología, antropología, sociología, paidopsiquiatría y evaluación de programas. Los recursos materiales de que se disponen son: un área de recepción, un área de enfermería, dos consultorios psiquiátricos, uno de paidopsiquiatría, dos consultorios de psicología, dos de trabajo social, un equipo de electroencefalografía, una sala para terapias físicas, una sala para psicoterapias, una cámara Gessel, una sala de juntas, una unidad terapéutica de día con una sala para terapia recreativa, un aula para terapia reeducativa y una zona al aire libre para juego.

Comenzaré por describir las actividades agrupadas bajo el rubro de Prevención y Promoción, ya que son las específicas de este programa. De julio de 1977 a la fecha, que es el tiempo que tenemos de haber iniciado el proyecto, se ha comenzado el trabajo en la comunidad, con los siguientes objetivos:

- a. Estudio.
- b. Detección de problemas.
- c. Educación a la población.
- d. Formación de comités de salud mental.

Para lo cual se han realizado los siguientes axiomas: estudio del material ya existente, tanto en la Delegación, como en el Centro de Salud, que nos dé información general de la población, y en particular sobre su estado de salud.

Contacto con líderes oficiales y naturales de la comunidad a los cuales se les ha aplicado una entrevista diseñada previamente con el objeto de conocer los problemas, recursos y organización de dicha comunidad.

Se ha establecido una coordinación con instituciones de la comunidad, así como con instituciones médicas y de educación especial fuera del sector, con el fin de canalizar pacientes que así lo requieren.

Se ha integrado el servicio al Comité de Salud de Coyoacán. En los mercados, DIF, deportivos, grupos de alcohólicos, así como en las escuelas, se está desarrollando un programa de conferencias sobre salud mental, con el objeto de legitimarnos dentro de la comunidad, sensibilizarla ante estos problemas y promover la formación de comités locales de salud mental.

Se han tenido contactos con sociólogos, antropólogos y psicólogos sociales que trabajan en la zona con proyectos específicos, con el fin de intercambiar mate-

rial y apoyarnos mutuamente.

La integración de comités locales de salud mental la consideramos de la mayor importancia para el programa, ya que ellos surgen de microcomunidades, por ejemplo: los mercados, las escuelas, grupos de AA; y por lo tanto, conocen muy de cerca sus problemas específicos. A través de ellos y con la sola asesoría del equipo psiquiátrico, se puede lograr la detección de casos y contención de los mismos, la implementación de programas educativos y la posibilidad de lograr acuerdos con líderes de la comunidad e instituciones oficiales para el control de los determinantes de daño para la salud.

Otra de las áreas que contempla nuestro programa es la creación de un servicio asistencial que, integrado en forma multidisciplinaria por personal especializado en salud mental, permita el correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Los cuatro equipos psiquiátricos se han dividido en subprogramas, que son: alcoholismo, salud mental en adultos, farmacodependencia y salud mental en niños.

La forma de trabajo es la siguiente: la atención se da a la población abierta. Los pacientes llegan canalizados por los médicos del propio centro o a través del trabajo que se ha realizado principalmente en la comunidad. El paciente llega y la recepcionista considera el motivo de la consulta para citarlo con el equipo correspondiente. En la cita de primera vez, es visto por todo el equipo para integrar un estudio psiquiátrico, psicológico y social de primer nivel, y decidir así las consideraciones y planes iniciales, que pueden ser: que no requiera atención especializada, que se pueda iniciar la terapia o que sea necesario realizar estudios complementarios. El motivo de consulta se codifica y registra para llevar a cabo estudios epidemiológicos. De aquí en adelante, las acciones del equipo se dividen ya sea para realizar estudios más profundos o llevar a cabo terapéuticas específicas.

Dada la gran demanda del servicio, las características de la comunidad y la índole de problemas que se presentan, se ha hecho necesario organizar una unidad terapéutica de día con actividades reeducativas, recreativas y psicoterapéuticas, que nos permita dar atención y contención a un mayor número de personas.

Es un hecho frecuente el que los pacientes alcohólicos, farmacodependientes y con otros problemas de salud mental, necesiten de un ambiente familiar estructurado que los contenga, ya que con frecuencia desertan de la consulta. Esto nos ha llevado a desarrollar dos programas, que son: la integración de la familia al tratamiento mediante la formación de grupos paralelos de familiares de pacientes y, por otro lado, la implementación de un sistema efectivo que permita seguir el estado de salud y rescatar al paciente cuando sea necesario.

Uno de los problemas que se nos han presentado es el manejo del expediente, que para dar atención integral al enfermo tiene que ser común al centro, pero dado que la índole de pacientes requiere un trato más confidencial, se ha resuelto el manejo de un doble sistema de expedientes. Se ha adoptado para el servicio la forma del expediente clínico orientado por problemas.

Por último, quisiera referirme brevemente al área de Enseñanza e Investigación de nuestro programa, cuyos objetivos son: ofrecer educación sobre salud mental al personal que trabaja para la salud, a grupos específicos de la comunidad y a los propios equipos psiquiátricos,

para lo cual se organizan conferencias y mesas redondas con el personal de servicio del propio centro, el de otras instituciones y el de grupos organizados de la comunidad.

En cuanto a la investigación, consideramos que el propio estudio de la comunidad es la actividad básica a realizar y de donde pueden surgir posteriormente temas específicos de investigación psicosocial.

Cabe mencionar aquí el problema de la evaluación del propio programa, elemento indispensable para tener una retroalimentación adecuada que nos permita hacer las modificaciones pertinentes. Para afrontar este complejo problema no son suficientes las estadísticas ni los cálculos de costo-beneficio, por lo cual se está desarrollando un sistema de evaluación medible por el impacto en la comunidad.

IV. Obstáculos y límites

Mencionaré brevemente los obstáculos y dificultades con que nos hemos encontrado para la realización de esta tarea.

La primera dificultad es la deficiencia en la formación teórica de los equipos psiquiátricos en el área de las ciencias sociales, lo cual hace que se confunda el "fenómeno colectivo" con la suma de los fenómenos individuales.

De esta deficiencia se deriva el que uno se sienta "perdido" al enfrentarse a la comunidad, ya que se carece de la metodología necesaria para poder introducirse, estudiarla y trabajar con ella.

Lo anterior nos ha obligado a dedicar un gran número de horas a la revisión, tanto de aspectos conceptuales como metodológicos de las ciencias sociales y a requerir asesoría antropológica.

Otra de las dificultades encontradas ha sido lo contradictorio de la estructura burocrática de la salud en México, con sus diferentes instituciones casi feudales, repitiendo cada una el mismo tipo de actividades para coberturas de la población, superpuestas y sin ninguna fluidez o comunicación entre ellas.

Al carecerse de canales establecidos de comunicación interinstitucional, la necesidad de lograrlos distrae muchas horas de trabajo, las más de las veces con resultados poco efectivos. Y si tomamos en cuenta que la atención que nuestro programa pretende dar es de primer nivel, lógicamente se requerirá de instituciones de apoyo al programa.

El último de los obstáculos conforma de alguna manera los "límites" al programa, y es la estructura socioeconómica y política de nuestra sociedad que impide o dificulta que algunos factores sociopatogénicos detectados puedan modificarse. Por ejemplo, en la zona donde trabajamos no hay áreas recreativas, parques, cines, teatros, pero en cambio existen 128 pulquerías.

Esto nos obliga al desarrollo de estrategias colaterales ante la imposibilidad de incidir centralmente en la etiología de los problemas, lo que puede traducirse en un incremento del trabajo necesario para producir soluciones parciales.

V. Conclusiones

Consideramos que el desarrollo de programas de psiquiatría comunitaria ha surgido como la respuesta necesaria ante el fracaso de programas anteriores que partían de la concepción de la enfermedad mental como exclusivamente determinada biológica o psicoge-

namente, lo que implicaba la utilización de métodos y técnicas destinados a la atención de algunos individuos, con el consecuente detrimento de la salud mental de la población en general.

La introducción de un modelo de causalidad social de la enfermedad, que permita descubrir en la estructura socioeconómica concreta de cada grupo los factores generadores de enfermedad, así como los elementos sanos de la misma, permitirá encaminar nuestros esfuerzos al establecimiento de medidas concretas que trasformen los determinantes sociopatógenos y que aprovechen los recursos sanos.

Esto no significa de ninguna manera que se niegue la importancia de los factores biológicos o psicógenos de la enfermedad mental, sino que éstos deben ser valorados adecuadamente y pasados por el filtro social en el cual estamos todos inmersos.

Solamente así, en un trabajo conjunto con la sociedad, desmistificando el papel del especialista, podrá la medicina lograr su aspiración que es el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad.

Quisiera advertir sobre lo delicado que puede resultar el desarrollo de programas de psiquiatría social si no se cuida el enfoque de éstos, ya que se puede caer en extremos en los que han caído otros países. Por ejemplo, en un artículo reciente se informa que los estudios de salud mental realizados en Estados Unidos habían provocado alarma en la población, ya que las estadísticas mostraban que el 20 % de los trabajadores obreros presentaban "trastornos mentales", y se proponía como solución el establecimiento de consultorios psiquiátricos en las fábricas, considerando que se trataba de un problema médico que requería atención directa, en lugar de investigar si son más bien las condiciones del trabajo las que están enfermando al trabajador y por lo tanto las que deben ser modificadas.

Lo anterior nos muestra la necesidad de profundizar en nuestros análisis al enfrentarnos con grupos sociales, para así poder diferenciar la enfermedad de sus miembros de la enfermedad de sus estructuras e instituciones y no caer en lo que algunos autores han dado en llamar la "psiquiatrización de la sociedad".

(Artículo recibido para su publicación en noviembre de 1978.)

BIBLIOGRAFIA

ANDER E., E.: *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Editorial Humanitas. Colección desarrollo social; 5a. ed.; Buenos Aires, 1972.

CONTI, L.: Estructura social y medicina. *Medicina y sociedad*. Ed. Fontanella; Barcelona, 1971.

FERRARA ACEBAL, P.: *Medicina de la comunidad*.

HOCHMAN, J.: *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Amorratu ed.; Buenos Aires, 1971.

LAURELL A., C.: *Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social*. UAM; México, 1976.

PARDIÑA, F.: *Metodología y técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Siglo XXI ed., S.A.; 10a. ed.; México, 1963.

RAMIREZ MORENO, A.; PUCHEU REGIS, C.; MACIAS, R.: Un programa de psiquiatría comunitaria en un sistema de seguridad social. *Rev. Apal*; Vol. IV, No. 1; 1977.