

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN CHILE (Su historia, estado actual, deficiencias y forma como debe ser encarada)¹

Drs. Arturo Vivado², Carlos Larson y Víctor Arroyo A.

I. El problema de la Asistencia psiquiátrica en Chile, exige una solución urgente, impostergradable, de acuerdo con nuestras necesidades y con el progreso alcanzado en otros países, en este aspecto del cuidado de la salud pública.

Porque, es necesario adelantar, sin eufemismos, desde ya, la dura conclusión a que nos lleva el análisis de nuestros imperfectos y antiguos organismos de Asistencia psiquiátrica: en este orden de cosas estamos rezagados a medio siglo de nuestra época.

Es indiscutible que todos los pueblos cultos, celosos de su progreso y que se interesan por la salud pública, dedican particular interés a la salud mental.

En Chile sucede el caso paradójico, de la inexistencia de tal interés, no obstante el notable progreso alcanzado en la Asistencia somática, en lo que concierne al aspecto curativo y, en especial, al preventivo.

Lo que deja la impresión de que se ha olvidado el hecho de que la salud corporal debe tender, en última instancia, a procurar las mejores condiciones para un perfecto desarrollo psíquico.

Tal descuido, en lo que se refiere a la Asistencia psiquiátrica, ha alcanzado límites inconcebibles, que indican la necesidad perentoria de buscarle una solución adecuada a este problema.

Abordarlo en sus aspectos fundamentales mediante un estudio crítico acerca de su estado actual, para deducir proposiciones concretas, destinadas a ponerle a tono con las necesidades del país y con nuestra época, es el objetivo que nos propusimos al iniciar este trabajo. Empero hemos estimado útil, en beneficio de dar la mejor comprensión del problema, recordar algunos antecedentes históricos, que explican muchos de los defectos actuales; y recordar, asimismo, en forma previa, el curso de la Asistencia

psiquiátrica, a través del tiempo, lo que nos servirá de pauta para determinar en qué punto nos hemos quedado detenidos.

II. La actitud de la sociedad con respecto al enfermo mental ha sufrido cambios fundamentales, relacionados con los diferentes conceptos acerca de la locura.

Bernard Hart (1912), los indica en orden cronológico como sigue: demoníaco, político, fisiológico y psicológico.

El primero de ellos, propio del medioevo, le asignó al enfermo mental el carácter de poseído. De consiguiente el trato para con él, en esa época, osciló entre la plegaria y el exorcismo, la santificación o la hoguera.

A partir del Renacimiento, el enfermo perdió su carácter demoníaco, y adquirió la condición de ente desprovisto de consideración social y, a menudo, peligroso. Para aislarlo se crearon entonces establecimientos de tipo carcelario, a base de prisión con cadenas, régimen celular, látigo y otros procedimientos semejantes.

Más tarde, la Revolución Francesa, con su Declaración de los Derechos del Hombre, trajo consigo un nuevo criterio acerca de la enajenación. En el aspecto asistencial, este criterio fructificó en 1798, año en que Felipe Pinel, médico del Hospital de Bicêtre, de París, obtuvo autorización para suprimir las cadenas de los enfermos mentales reclusos en el citado establecimiento.

Este hecho, marca la instauración definitiva de un nuevo criterio, el fisiológico, según el cual enajenado adquirió la condición de enfermo del cerebro, merecedor, en consecuencia, de un trato semejante al que se dispensaba a los demás enfermos somáticos.

Nace entonces la Psiquiatría y empieza la era de

¹ Nota de los Edit.: publicado en *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*, IV, 3: 155-174. Santiago de Chile, 1939. El trabajo a nuestra disposición carecía de referencias bibliográficas.

² Nota de los Edit.: el Dr. Vivado era entonces el Profesor Titular de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

la Asistencia científica del alienado. Hechos que derivaron más tarde, hacia la concepción psicológica: última de las indicadas por Hart en la escala evolutiva del criterio social acerca de la locura.

Empero, es incuestionable que este criterio ha derivado a su vez, en el concepto que podríamos llamar Médico-social. Concepto que aparece hoy como una etapa de superación en los pueblos más civilizados, en donde el empeño de sus Instituciones no se polariza exclusivamente en la Asistencia del enfermo, sino, además, en los problemas consecuenciales y primarios que dicen relación con la salud mental de los individuos.

III. En el desarrollo histórico de la Asistencia del alienado en Chile, cabe explicar a nuestro juicio, el esquema recién esbozado. Es posible, sin duda, establecer con cierta aproximación, la cronología de los criterios imperantes, según la línea conceptual de Bernard Hart. Y de consiguiente el sitio en que nos hemos quedado detenidos.

Así, en el coloniaje, el trato debió corresponder a los conceptos demonológico y político de la locura, que aún subsisten en cierto grupo de nuestra población. No obstante, como la Capitanía General carecía de los recursos necesarios, no hubo propiamente loquerías y los enajenados debieron ser recluidos en prisiones generales o conventos, o enviados a Lima, a la Casa de Locos de San Andrés.

De centenaria existencia (1552), esta loquería de tipo carcelario, que había humanizado su trato para con los enfermos hacia 1816, fue el modelo que sirvió para estructurar el primer establecimiento para alienados que se creara en Chile, la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Angeles.

La fundación de la Casa de Orates, fue obra del Intendente Militar, Don Francisco Ramírez. Algunos legados y la ayuda del Municipio le permitieron llevar a término esta obra, inaugurada el año 1852, en el barrio Yungay y trasladada ulteriormente, en 1858, al sitio que hoy ocupa.

Conforme al espíritu de la época, fue planeada como un depósito de enfermos, vale decir, con criterio político, y tradujo prácticamente la única preocupación social frente al enajenado: enclaustrarlo para librarse de sus reacciones peligrosas.

Durante los 23 primeros años de existencia, no contó con personal médico especializado, o sea, hasta 1875, año en que se contrataron los servicios del psiquiatra inglés G. T. Benham.

Es posible afirmar, de consiguiente, que este hecho junto con involucrar la primera manifestación efectiva del concepto fisiológico, señala, además, el comienzo de la asistencia psiquiátrica. entre nosotros.

Referirnos a la ulterior trayectoria de la Casa de Orates, hasta nuestros días, nos haría caer en una reseña cuyos detalles alargarían demasiado este trabajo.

Bástanos señalar que, desde la fecha de su fundación hasta hoy, ha sido el mayor y prácticamente el único establecimiento asistencial al servicio de toda la población del país.

Es más, aún hoy en día, en su aspecto curativo, la asistencia del enfermo mental en Chile, se encuentra polarizada en la Casa de Orates, o mejor dicho en el Manicomio Nacional. Nombre genérico, que la engloba, conjuntamente con sus anexos: la granja agrícola "la Quinta Bella", adquirida en 1923, y el llamado "Open Door", que funciona en el fundo "El Peral", desde 1928.

Hecho que se comprende mejor si consideramos que frente a las 3210 camas del Manicomio, los Pensionados particulares que existen en la actualidad en Santiago suman aproximadamente 200 camas y, más o menos, 60 el Anexo Psiquiátrico del Hospital de Viña del Mar.

Es necesario acentuar, además, el hecho de que en ningún otro lugar de la República - no obstante su configuración geográfica - existen establecimientos para la atención de enfermos mentales.

Después de lo expresado, es fácil comprender por qué el "curriculum vitae" de la Casa de Orates (la unidad fundamental y de mayor volumen del Manicomio) y el de la Asistencia del enfermo de la mente en Chile, en rigor se confunden.

De consiguiente, tiene validez para una y otra el estudio que iniciamos enseguida.

IV. Más es cuestión previa e indispensable, a nuestro juicio, para aquilatar mejor las causas fundamentales, de orden general, que mantienen sin solución el problema señalado, referirnos al clima que lo rodea, o si se quiere a la actitud de nuestra población frente a la enfermedad mental.

Expresamos antes que en los sectores rurales o campesinos, imperaban los criterios demonológicos o, a lo más, político. Cabe agregar, ahora que en los sectores de la ciudad, según sea el nivel cultural, los conceptos oscilan a partir del político, hasta el fisiológico. Algo semejante ocurre entre los elementos

más cultos, en donde la evolución conceptual, ha alcanzado en forma más o menos imprecisa, hasta el criterio psicológico. Incluimos en este grupo a la clase médica.

El atraso conceptual en lo que atañe a enfermedad mental, es evidente; e incuestionable su repercusión en lo que se refiere a la Asistencia psiquiátrica curativa, y especialmente a la preventiva.

V. Hecho que nos mueve a examinar, aunque sea en forma somera, la posición "sui generis" que ocupa entre nosotros la Psiquiatría, esta verdadera "cenicienta" de la Medicina.

Le corresponde, por una parte, la misión de defensa social, apartando de su seno a los elementos peligrosos o antisociales; y por otra, tratar a tales elementos en su calidad de enfermos mentales. Hasta ahora se ha puesto especial interés - por no decir exclusivo - en la primera: de aquí que en el ánimo público la Asistencia psiquiátrica actual sea sinónimo de encierro o secuestro.

Como se explicó antes, este fue el espíritu que presidió la fundación del Manicomio, nuestro principal plantel de asistencia. Justificado en su época, ese espíritu sigue gravitando perjudicialmente en el progreso psiquiátrico y es, en gran medida, responsable de la subestimación de nuestra disciplina médica.

Es curiosa y paradójica, a la vez, la actitud de los médicos y profanos frente a los trastornos relativos a las funciones mentales, que son a la vez las más elevadas de nuestra economía y, acaso, las únicas específicas de nuestro género humano. Muchos exteriorizan una verdadera anafilaxia y los más benévolo se muestran desconfiados y escépticos de sus resultados.

Esto no es todo. Muchos médicos somáticos juzgan que la psiquiatría se mueve en el campo puramente especulativo, casi metafísico, desvinculado de toda realidad corporal.

Error que deriva de la falta de concepto adecuado acerca de la enfermedad mental y del desconocimiento de lo que es hoy en día la Asistencia psiquiátrica. Puede decirse con certeza que ninguna especialidad requiere el conocimiento y concurso de otras especialidades en mayor grado que la Psiquiátrica, cuya orientación actual es netamente fisiológica y aún experimental. Datos que bastan a ilustrar acerca de la complejidad de la labor del psiquiatra.

Hay, además, otro error generalizado y que importa desvanecer. Se cree que los enfermos menta-

les no mejoran o sanan.

Las estadísticas que se anotan en este trabajo prueban lo contrario y pueden equipararse con las de cualquier otra especialidad.

Los enfermos agudos tratados oportunamente en un hospital psiquiátrico (cosa que no ocurre actualmente), tienen grandes expectativas de sanar; y los crónicos (al igual que los enfermos somáticos) pueden mejorar apreciablemente.

VI. Antes de entrar en materia en lo que se refiere a los defectos de la atención psiquiátrica, sea en la Casa de Orates como en sus anexos, vale decir en el Manicomio Nacional, es menester reparar en los antecedentes históricos antes referidos.

La Casa de Orates, como ya lo expresamos, fue planeada con criterio político, es decir, como un depósito de enfermos. Orientada así en la finalidad de secuestrar al enajenado, experimentó un gran desarrollo en este sentido, desviando su atención de la importante y fecunda asistencia de los pacientes agudos.

Consecuencialmente su construcción primitiva y las ampliaciones ulteriores fueron trazadas de acuerdo con el expresado criterio, de donde su edificio resulta en la actualidad totalmente inadecuado, sin guardar armonía alguna con los progresos alcanzados en la Asistencia del enfermo de la mente.

Es hoy en día un principio indiscutible que la arquitectura hospitalaria, en especial de los establecimientos psiquiátricos - como muy bien lo subraya Siccó, del Uruguay - debe ser de carácter funcional, esto es corresponder a los principios terapéuticos.

Si pensamos en nuestro único Manicomio, vemos que está muy distante de reunir tales condiciones y constituye de acuerdo con una fórmula bien conocida, "una máquina absolutamente inadecuada para curar enfermos".

Nos referimos particularmente a su unidad fundamental, la Casa de Orates, cuya arquitectura de tipo carcelario dista mucho de corresponder a nuestra época.

VII. En un edificio así, es materialmente imposible mejorar el régimen de la vida. El exceso de enfermos, el contacto de tranquilos y excitados, la imposibilidad de distribuirlos de acuerdo a sus características diagnósticas y evolutivas, paralizan de antemano todo esfuerzo para organizar un ambiente apropiado.

Y se trata de un hecho capital, ya que éste por la

suma de estímulos favorables o desfavorables, es parte decisiva en el resultado terapéutico.

Tampoco existe la posibilidad de graduar la *vigilancia* y la *libertad*. El régimen de estricto y prolongado encierro, justificado para ciertos enfermos, es funesto para muchos.

La *desocupación forzada* por escasez de talleres, ocasiona daños materiales y mentales indiscutibles. El remanente de energía - como lo afirma H. Simón - tiene que ocuparse en algo, sino es en un sentido útil, en uno perjudicial. Su traducción objetiva entonces es la agresividad y destructividad habituales.

Los *enfermos convalecientes* o con alteraciones discretas (que aún conservan mucha sensibilidad) no cuentan con departamentos especiales, aislados, que favorezcan su restablecimiento.

Ni existen *departamentos especiales*, para epilépticos, psicópatas infantiles, etc., cuyas ventajas ya se han probado en muchos establecimientos extranjeros.

No se pone al alcance de todos los psicópatas los medios terapéuticos, ni la hospitalización precoz. Ni ha sido posible ampliar y perfeccionar la asistencia psiquiátrica tratando en lo posible de *exclaustrarla*.

Sus servicios ambulatorios, de tanta importancia en lo que atañe a la parte preventiva, apenas, sí, se desempeñan en el aspecto de consultorios neuro-psiquiátricos.

Y otro hecho que es necesario destacar. Nos referimos a la escasa colaboración entre la Psiquiatría y las demás especialidades y, en especial, la Medicina Interna. Por la organización actual, el psiquiatra suele perder sus enfermos en el período más interesante de observación y tratamiento.

No hay que olvidar que nuestra disciplina es una rama de la Medicina General, y que su progreso está vinculado a la aplicación de sus métodos.

En resumen, la asistencia psiquiátrica actual, en su aspecto curativo, a pesar del esfuerzo de muchos de nuestros especialistas, ha continuado orientándose hacia el tratamiento de los crónicos. Esto se ha traducido en la práctica por el sistema de encierro y por el descuido de la Asistencia de los enfermos agudos y pequeños mentales.

Las causas que han hecho ilusorio todo progreso, influyéndose recíprocamente, residen en el clima de la época y en sus edificios construidos sobre líneas totalmente en pugna con las actuales exigencias de la Asistencia psiquiátrica curativa.

VIII. Hemos considerado las deficiencias cualitativas de las unidades que integran el Manicomio Nacional, vamos, ahora, a referirnos a las de orden cuantitativo. Con otras palabras al *aspecto capacitario*.

Dimos a conocer antes el número de camas de los demás establecimientos de la misma índole que hoy en día existen en el país (260, más o menos). Insistimos asimismo, en la carencia de unidades de este tipo - exceptuando en Viña del Mar - en el resto de la República. Pues bien, vamos a precisar la capacidad del Manicomio en sus componentes. De las 3210 camas, 55 corresponden a la "Quinta Bella", 550 al Open Door y 2605 (incluyendo pensionados) a la Casa de Orates.

La unidad de mayor volumen, de consiguiente, es la Casa de Orates; la única, por otra parte, encargada de la recepción, clasificación y tratamiento de los pacientes ingresados por primera vez.

A ella, prácticamente, convergen todos los enfermos mentales del país o, mejor, deberían concurrir, si las posibilidades materiales del establecimiento lo permitiesen. Porque, fuerza es reconocerlo, su capacidad no guarda relación con las necesidades del momento.

Sobre el particular nos parece muy ilustrativo el cuadro estadístico que damos a conocer enseguida. En él se contempla el término medio de los enfermos hospitalizados en la Casa de Orates, durante los años que se expresan, y la cifra por cien mil habitantes, tomando como punto de reparo la población general de Chile.

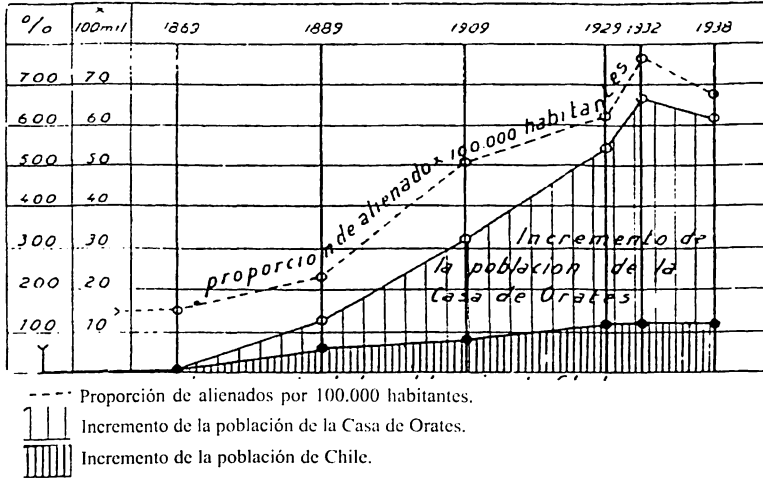
Año	Pobl. General	Alienados Asilados en Casa de Orates	Prop. por 100.000 hbts.
1869	1.816.223	260	14.3
1889	2.507.380	574	22.9
1909	3.231.496	1.648	50.9
1929	4.287.445	2.777	64.8
1932	4.387.600	3.420	77.7
1938	4.600.000	3.210	69.7

Cuadro estadístico que traducido a cifras porcentuales permite la siguiente ilustración gráfica. Ver página siguiente.

Ambos -cifras estadísticas y gráfico- demuestran dos hechos de importancia, a nuestro entender.

El primero -aproximado- se refiere al incremento de la población de insanos, durante 63 años (1869 a 1932) que fue de un 676,9% en tanto que el aumento de la población de Chile solamente alcanzó a un

La asistencia psiquiátrica en Chile



117,7%.

Y el segundo -inobjetable-, al hecho de que durante los últimos años, no obstante el aumento de la población general, el número de pacientes permanece estacionario y, mas bien, tiende a disminuir.

De lo cual es fácil deducir la insuficiencia capacitaria actual del Manicomio, con respecto a las necesidades del país. Es de sumo interés, sobre el particular, este juicio numérico.

Durante el ejercicio del año 1938, en tanto que se registraron 1405 ingresos de enfermos mentales, se rechazaron solicitudes de hospitalización, casi todas ellas llegadas de provincias, en número superior a mil.

Vale decir, la imposibilidad material, impidió admitir un número de enfermos valorables en casi la mitad de los que solicitaron sus servicios hospitalarios.

Después de lo expresado surge una pregunta ¿Qué capacidad deberían tener en Chile él o los establecimientos asistenciales destinados a los enfermos de la mente? Y es necesario para dar una respuesta, recurrir a comparaciones.

El estado de New Jersey, EE.UU., aunque de área reducida, tiene una población aproximadamente igual a la de Chile. En 1934, la población de los establecimientos psiquiátricos era de 13.655 enfermos.

Por cierto los cálculos nuestros, como tendremos ocasión de especificarlos en otra parte, son bastante más modestos.

Volviendo al aspecto capacitario actual de nuestro Manicomio, podemos resumirlo, diciendo que hoy constituye un privilegio ingresar a él, y que el enfermo

generalmente lo consigue en un estado avanzado de su dolencia, cuando ya el tratamiento del caso ofrece lejanas perspectivas de éxito.

IX. No obstante lo anterior, durante el ejercicio del año 1938, la Casa de Orates reintegró al medio social, de un total de 1405 enfermos hospitalizados en los Servicios de observación, a 497 (35,39%). Este guarismo se refiere a los que sanaron antes del cuarto mes de ingreso, sin hacer méritos sobre la antigüedad de la afección.

De los servicios de crónicos (clasificados de oficio o con más de 3 meses de permanencia en la Casa de Orates) durante el mismo tiempo, salieron de alta, en calidad de sanos 40 y mejorados 60 pacientes (3,44%) en un total de 2930.

Es de suponer, cómo mejorarían nuestras estadísticas, mediante una asistencia curativa precoz.

A este respecto, es ilustrativo y puede servirnos de pauta el dato acerca de los enfermos dados de alta, en un lapso de diez años, en los tres hospitales psiquiátricos de New Jersey: De 24.142, 15.889 (65,8%).

X. Lo anteriormente expuesto, nos obliga a reconocer, muy a nuestro pesar, que la Atención Psiquiátrica en Chile, no se encuentra a la altura de la que se realiza en otras partes.

Este hecho no sucede en ningún otro sector de la Medicina entre nosotros; y es necesario destacarlo para establecer sus causas.

Ya insinuamos algunas de orden general, que dicen

relación con el clima de nuestro público. Acentuamos enseguida las más importantes.

Desde luego, no es ajeno a tal estado de cosas, la despreocupación casi absoluta de los médicos somáticos, por el problema de la Asistencia Psiquiátrica, despreocupación que, en mayor o menor grado, ha alcanzado también a las Directivas de la Asistencia Social.

Es fácil entonces explicarse por qué la necesidad perentoria de resolver este problema - y el convencimiento de la importancia social que esta solución implica - no ha penetrado aún entre los elementos que actúan o influyen en la cosa pública.

Y como por otra parte los escasos conocedores del problema - los psiquiatras - jamás han llegado, en Chile, a ocupar puestos directivos en el Gobierno, sus iniciativas, por causas fáciles de comprender, nunca alcanzaron a plasmarse en obras efectivas.

Nos ha hecho falta, ciertamente, un Domingo Cabred - "el Ministro permanente sin cartera" - quien mediante la influencia que ejerció en los Gobiernos de su patria, Argentina, pudo, al cabo de los años, colocarla entre los países que marchan a la cabeza, en lo que atañe a construcciones hospitalarias psiquiátricas.

Tampoco nos ha tocado su suerte, contar con un Larco Herrera, por ejemplo: pues la iniciativa particular, no ha florecido en nuestro campo.

Lo que explica en parte, aunque en modo alguno justifica, el atraso material en este orden de cosas.

XI. Referidas a grandes rasgos las causales que mantienen el atraso material, del que derivan los defectos de la Asistencia psiquiátrica y habida consideración de lo que se ha hecho en otros países, deduciremos enseguida, de acuerdo con nuestra realidad, los *elementos y modalidades de trabajo indispensables*, para realizar, una buena atención médica.

Consideramos inoficioso recalcar una vez más la aberración que significa mantener en un mismo establecimiento, enfermos agudos y crónicos, como sucede en el Manicomio Nacional, que, en rigor, no es ni asilo ni hospital.

Esto nos indica que existe urgencia para crear Hospitales Psiquiátricos, es decir, establecimientos para la atención de enfermos en estado agudo, y en crear, además, establecimientos para enfermos crónicos.

Hemos hablado de hospitales, para obviar el otro gran defecto de la Asistencia psiquiátrica.

En efecto, la atención de la psicosis - como la de cualquier enfermedad orgánica pura - debe efectuarse tan precozmente como sea posible.

En un país cuyas condiciones geográficas hacen impracticable la atención inmediata en un solo centro, no es posible contar con un hospital de la especialidad. Baste, si no, imaginar la suma de esfuerzos, gastos y retardos, que significa atender en Santiago, una psicosis que ha estallado en Arica o Magallanes.

Es por esto que propiciamos la creación, por el momento, de un Hospital Psiquiátrico completo, ubicado en la Capital, y la de algunos *Servicios Psiquiátricos Regionales*.

Hablamos de servicios, y no de hospitales, en la intención de ponernos a tono con nuestra realidad económica.

Servicios que deberán crearse como anexos de los Hospitales tipo E, según la clasificación de la Dirección de Beneficencia y Asistencia Social, es decir, de los llamados también Hospitales Regionales, que hoy en día están capacitados para recibir toda clase de enfermos, *excepto los mentales*.

Como es sabido están - o estarán - ubicados en Iquique, Antofagasta, Valparaíso, Talca, Concepción y Valdivia.

El número de camas de cada uno de estos Anexos psiquiátricos, guardará relación con el número de habitantes de la zona servida por el hospital.

Según nuestros cálculos, habría necesidad de una cama por cada mil, con un tiempo de hospitalización de cuatro meses. Es decir, cada Anexo deberá tener una cama por cada tres mil habitantes.

Especificando; el Servicio Psiquiátrico de Iquique tendría, 50; el de Antofagasta, 60; el de Valparaíso, 170; el de Talca, 40; el de Concepción, 250; y el de Valdivia, 120 camas.

Todos ellos, mixtos con salas para mujeres y hombres, más unas pocas piezas para pensionistas y un servicio ambulatorio de Higiene mental.

XII. Al Hospital Psiquiátrico Central de Santiago, debemos considerarle un mayor número de camas, que las que debería tener si nos atuviéramos al cálculo ya expresado. Entre otras razones, porque la zona de atracción es y será siempre más extensa, en lo que se refiere a su finalidad específica, que la de los Hospitales Regionales.

Además, de este centro, se servirá la Cátedra del Ramo.

El Hospital Psiquiátrico, se compondrá de dos

grandes sectores: el aproximadamente hospitalario, con capacidad para 500 enfermos, mixto, es decir, para hombres, mujeres y niños; y el sector ambulatorio o de Higiene Mental.

El sector hospitalario comprenderá cuatro secciones, a saber: a) la de observación y clasificación; b) la de tratamiento (insulina, convulso, pireto, fisio, psico y laborterapia, etc.); c) la de convalescientes, en donde lógicamente deberá intensificarse la laborterapia iniciada en la sección anterior; y d) la de investigaciones, que incluirá: laboratorios clínicos, de anatomía patológica, de neuropatología, y de investigaciones experimentales.

Anexo al sector hospitalario, funcionará un pensionado, que contará con un número prudencial de camas.

El sector ambulatorio o de Higiene Mental, constará de tres secciones: a) la de profilaxis mental, cuyo objetivo será la educación del público, en las prácticas de los modernos postulados de la Higiene mental, por medio, ya sea de conferencias, artículos de prensa o radiodifusión; b) la sección policlínicos, que deberá tender a la asistencia del pequeño mental, susceptible de tratamiento ambulatorio. Contendrá servicios de neuro-psiquiatría infantil y de adultos; de orientación profesional de psicópatas; de atención domiciliar, etc.; y c) la sección de enfermos egresados, que deberá preocuparse de los pacientes dados de alta y, además, tendrá a su cargo la colocación hetero-familiar.

Para la atención de su clientela, el sector ambulatorio, hará uso de los elementos del Hospital (laboratorios, especialistas, etc.) y contará, aparte de los psiquiatras, con personal propio suficiente para el desempeño de labores especializadas, como ser psicólogos, pedagogos, visitadores y enfermeras psiquiátricas.

XIII. La Asistencia de los enfermos crónicos, deberá hacerse, atendiendo a las características de los mismos, en establecimientos adecuados, construidos en sitios suburbanos o rurales.

Por el momento los contemplamos en Santiago, únicamente.

Los alienados que después de una estada prudencial en el Hospital Psiquiátrico o en las Secciones Psiquiátricas Regionales, no hubiesen presentado una regresión suficiente como para volver al medio social, serán distribuidos de acuerdo con la calidad de la afección y el grado de deterioro mental que

ésta hubiere producido.

Así los enfermos crónicos con capacidad pragmática suficiente, serán trasladados al *Open Door*: Como el número de éstos es considerable y de acuerdo con el concepto moderno de que los establecimientos hospitalarios no deben albergar gran cantidad de enfermos, estimamos necesario, por ahora, un *Open Door* para hombres y otro para mujeres, con una capacidad no mayor de mil camas cada uno.

Los alienados incapaces de realizar cualquier labor útil, los gatosos, enfermos muy demenciados, etc., serán transferidos al *Asilo de Alienados*. Establecimiento mixto, con una capacidad para 500 pacientes, porque es necesario tener en cuenta que por sus mismas condiciones psico-físicas, estos enfermos dan anualmente un crecido porcentaje de decesos.

Demás estará agregar que el actualmente llamado Hospicio - en el que se alberga una abigarrada mezcla de ancianos, epilépticos, dementes, deteriorados neurológicos, oligofrénicos inferiores, abandonados y protegidos - deberá desaparecer.

XIV. A nuestro juicio, ciertos grupos de pacientes, deben contar con *establecimientos especiales*.

Desde luego los alcohólicos y toxicómanos.

De acuerdo a la Ley de Alcoholes, últimamente reformada, deberá crearse el *Instituto de Reeducción Mental*, para esta clase de psicópatas. Contará con 200 camas y los elementos necesarios para la terapia y la reeducación a que deben ser sometidos.

Así mismo, los epilépticos no demenciados, cuyo número es grande, merecen ubicación aparte. Sus condiciones caracterológicas los hacen peligrosos para la sociedad y convenientemente atendidos, puede aprovecharse su capacidad pragmática. Deberá crearse, pues, una *Colonia de Epilépticos*, unidad mixta, con capacidad de 500 enfermos, que podría tener un anexo para *locos morales*.

Finalmente estimamos indispensable la creación de un *Asilo para deteriorados infantiles*, en donde se pueda asilar a los oligofrénicos, irreductibles, perversos, etc., también mixto y de igual capacidad.

Deliberadamente no hemos tocado el punto que concierne a la atención de los reos alienados, porque estimamos que deberá practicarse en locales anexos a los establecimientos carcelarios.

XV. La realización del plan que acabamos de exponer, satisfaría las necesidades urgentes del país en lo que se refiere a la Asistencia psiquiátrica curativa.

Tal plan no es, por cierto, ni con mucho, el desideratum. Acaso lo sería si postuláramos la creación de tres hospitales completos con sus respectivos servicios para enfermos crónicos. No obstante el propósito de no apartarnos de la realidad económica, nos ha movido a estructurar este esquema, que es en un todo factible.

El número de camas que contemplamos es, sin duda, prudencial: 1190 para los pacientes agudos y 3700 para los crónicos, o sea 4890.

Creemos del caso recordar, una vez más, que el estado de New Jersey con una población general aproximadamente igual a la de nuestro país, mantenía en 1934 en los establecimientos de la índole a que nos referimos, un total de 13.655 pacientes.

Otro hecho sobre el cual deseamos poner un acento, es el que se refiere a las secciones de psiquiatría infantil, que hemos contemplado en el Hospital Central de Santiago. Así mismo deseamos acentuar la importancia que deberá tener el sector de Higiene Mental, cuya labor con finalidad curativa, sobre los pacientes susceptibles de tratamiento ambulatorio, así como su labor preventiva, por intermedio de las secciones de profilaxis y de control de egresados, dejamos indicada en otra parte.

Servicios de esta índole deberían funcionar, además, en todo centro de cierta importancia (industriales, mineros), en los Municipios y en las Cajas de Seguro Social.

Finalmente la realización de nuestras proposiciones hará necesario la existencia de un organismo técnico superior que correlacione y dirija los esta-

blecimientos asistenciales enumerados y lleve también el control en la parte médico social, de todas las entidades, sean públicas o privadas, cuyas finalidades digan relación con la salud mental de los habitantes.

Una verdadera *Dirección de Higiene, profilaxis y Asistencia Mental*, que podría depender, a su vez, de la Dirección de Asistencia Social o del Ministerio de Salubridad.

Y hará necesario, además, la dictación de leyes adecuadas sobre el particular, pues, como es sabido, hoy en día legislación de esta naturaleza, prácticamente no existe.

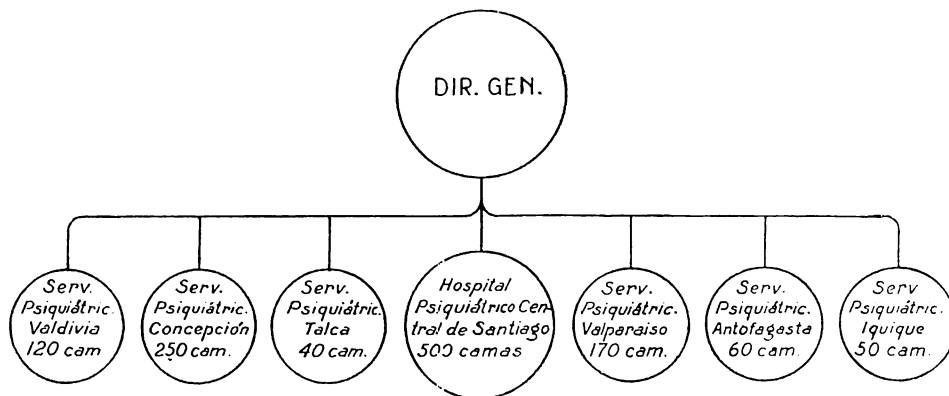
XVI. Es indiscutible que tanto la Asistencia curativa del enfermo mental, como la preventiva - y ésta especialmente - día por día adquieren una importancia mayor en los países civilizados. Chile no podrá ser una excepción en este orden de cosas.

Vimos nuestro atraso en lo que atañe al sector curativo; en lo referente a la Asistencia preventiva, ésta recién comienza a interesar, habiéndose concretado últimamente en pequeños ensayos, en cierto modo prometedores.

La prosecución de ellos y la justa valoración de la enorme importancia social de estos problemas, hará finalmente que nuestros hombres públicos se decidan a resolverlos en forma integral, según directivas técnicas.

Es un deber ineludible de nosotros, los psiquiatras, poner todo nuestro interés al servicio de esta finalidad.

SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN ESTADO AGUDO



3 Nota de los Edit.: luego de esta Tabla, se omite otra sobre el propuesto Hospital Psiquiátrico Central.