

UNA NOTA SOBRE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

Publicado en ACTAS LUSO - ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA
Vol. XXVI.—Agosto 1967.—Núm. 3.

Depósito legal M. Sep. - 851 - 1958

DIANA. Artes Gráficas. Larra, 12. Madrid.—1967

Los problemas de la asistencia psiquiátrica no están resueltos. En todos los países hay deficiencias mayores o menores. En nuestro país está tratando de estudiar las que existen y de señalar caminos para su solución el P. A. N. A. P. (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica). Mucho importa que, poco a poco, vayamos estableciendo las bases para dar una asistencia presente y futura lo más "realista" posible. La Diputación de Madrid se ha enfrentado con este problema incluyéndolo en el programa inmediato de su reorganización hospitalaria. El Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial funciona ya en un nuevo pabellón y otro está en construcción en la misma área del nuevo Hospital Provincial. Se halla proyectado para las nuevas formas de hospitalización (consulta externa, hospital de día y nocturno, etc.,) y de tratamiento. Tendrá unas 300 camas. Un Servicio así, enclavado en la zona hospitalaria, en medio de la ciudad, ha de tener un rendimiento extraordinario. Antes de un año se espera la terminación de un nuevo Hospital Psiquiátrico para 1.200 camas nada lejos de la ciudad (en el antiguo término de Fuencarral). Otras Corporaciones Provinciales proyectan realizaciones de pareja importancia.

Mirando el futuro quisiera llamar la atención sobre un punto. En 1966 el Ministro de Sanidad inglés, míster Powell, predijo el cambio de uso —por innecesarios— de la mitad de los hospitales mentales en diez años, basándose en los estudios estadísticos de los doctores TOOTH y Miss BROOK. En un folleto publicado por Miss BROOK, "A curve of patients in psychiatric beds" de 1963 se asegura que la reducción de camas que habían predicho ella y el doctor TOOTH en 1961 se está cumpliendo.

Pero el problema no está claro. El número de camas por región cambia de uno a otra, siendo de 2,1 por 1.000 en Oxford y de 5,3 por 1.000 en la región metropolitana del Sudoeste. Estas diferencias regionales se ven en otras partes y en todos los países. El número de enfermos ha descendido en 20.000 entre 1954 y 1963. ¿Cuánto se debe a la terapéutica y cuánto a factores sociológicos? ¿Cuántos de esos 20.000 existen entre los 9.555 procesados que están encerrados a causa de los informes psiquiátricos? ¿Cuántos entre los 26.884 hombres y entre las 1.905 mujeres sin hogar descubiertas en una inspección del Nacional Assistance Board que duermen en refugios? ¿Cuántos entre los 1.000 vagabundos? Esas son las preguntas que se hacen los psiquiatras ingleses.

Pero el problema mayor es el condicionado por las nuevas estructuras sociales. El 39 por 100 de los "residentes" tienen más de sesenta años (cuando en la población media de Inglaterra y Gales el número es de uno por cada 109 habitantes). Y es posible que la cifra crezca. A medida que se desarrolla una sociedad, su capacidad de "asumir" viejos es menor. Entre nosotros vemos la facilidad con que se transfieren de una sala hospitalaria a la psiquiátrica los viejos a poco que molesten. Es necesario prever la importancia del problema en el futuro.

En Inglaterra sólo 2.781 enfermos son tratados en "unidades psiquiátricas" en hospitales generales frente a 123.744 que están en los Hospitales psiquiátricos. El tanto por ciento de ocupación de las camas en aquellas unidades de cuatro por cinco camas disponibles. Además, si se analizan los diagnósticos, como hace BROOK en su "rapport", se ve que el diagnóstico de esquizofrenia es mucho menos frecuente en las unidades, lo cual lo interpreta atribuyéndolo a la dificultad de readmisión en las unidades psiquiátricas del esquizofrénico que recae.

Estas cifras nos demuestran que, evidentemente, una buena y acertada organización de las unidades psiquiátricas en los Hospitales permiten una reducción de las necesidades de camas para la asistencia. (Véase el Simposio de Tarragona organizado por el P. A. N. A. P.), pero estas unidades han de estar bien dotadas y trabajadas a pleno rendimiento terapéutico. No deben en modo alguno considerarse simplemente como servicios de admisión y clasificación. En los Estados Unidos algunos operan con admisión selectiva de enfermos. Esto puede hacerse en alguna unidad por razones científicas o de otra clase, pero no extenderse como norma, porque su eficacia en el plan general de la asistencia disminuye.

Es importante, como se ve, en las cifras que nos sirven de pie en este comentario, prever los problemas de la geriatría psiquiátrica. En el Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Madrid se ha visto un claro aumento de los ingresos por esta razón, lo cual muchas veces ha supuesto una traba en la marcha del Servicio por eventuales dificultades en el traslado. Las unidades psiquiátricas en los Hospitales generales y las medidas de tratamiento en los Hospitales psiquiátricos han de ser lo más activas posible, pero no hay que olvidar otros problemas especiales de la asistencia (niños, viejos, etc.). Se necesita una pluralidad de Instituciones. Incluso es necesario tener esta pluralidad en cuenta desde el punto de vista económico. La diferencia de coste de estancia en una u otra forma asistencial es grande. Ya sé que problemas tan graves no pueden resolverse en un día, pero también sé que dada su gravedad no pueden dejarse ni un solo día. Las cifras inglesas tienen la ventaja de ser obtenidas en un país en el que los enfermos mentales figuran en el plan de la Seguridad Social. Para mí resulta inexplicable que no ocurra esto en España o que no se articule la Asistencia de tal modo, que se sepa qué cargas corresponden a la Seguridad Social, cuáles a las Corporaciones Provinciales y cuáles al Estado.

LÓPEZ IBOR