

REHABILITACION DE ENFERMOS MENTALES

La tendencia hacia la aplicación de un sistema de hospitalización abierta en los establecimientos psiquiátricos para acercar su acción a la comunidad con una mayor participación de las familias de los pacientes, decide al autor a emprender en un sector de antiguas asiladas la transformación de un tipo semi-carcelario de reclusión en un centro con características de la llamada "Comunidad terapéutica". La experiencia debió hacer frente a la escasez de recursos y a la resistencia de buena parte del personal. Sin embargo, se logró orientar la actividad médica hacia efectivos conceptos de rehabilitación a través de medidas dirigidas a elementos psicológicos y de trato social de los pacientes.

En nuestra próxima edición se publicará la segunda parte de este trabajo, destinada a Evaluación.

Una Experiencia en la Rehabilitación de Enfermos Mentales

Dr. PEDRO NAVEILLAN FERNANDEZ *

Primera Parte: "DESCRIPCION"

INTRODUCCION

En 1970 me tocó hacerme cargo, entre otras actividades, de un departamento de enfermos mentales crónicos, del sexo femenino, en el Hospital Psiquiátrico de Santiago e intentar su transformación de un sistema asistencial de tipo custodial, casi carcelario, hacia un centro de rehabilitación abierto, con muchas de las características de lo que se ha dado en llamar "comunidad terapéutica".

Este quehacer se llevó a cabo sin contar con nuevos recursos humanos ni materiales. Tampoco se hizo una selección de las enfermas sino que fueron aceptadas en la experiencia todas las que vivían en el departamento o que fueron enviadas a él en el bienio 1970-71, cualesquiera fuesen la condición de su cuadro clínico y el número de años que llevaran internadas y tuviesen o no contacto con familiares que se preocupasen de ellas.

Cabe señalar que en nuestra realidad asistencial, caracterizada por la escasez de los recursos de salud destinados a la psiquiatría, sólo se dispone de algo menos que 0,5 camas de la especialidad por mil habitantes lo que se traduce en que aquéllas destinadas a los pacien-

tes crónicos (la gran mayoría) reciban sólo enfermos en los que se ha perdido toda esperanza de recuperación y no ha quedado otra alternativa que el recluirllos de por vida. Esta desesperanza se ha traducido en que, prácticamente en su totalidad, están huérfanos de toda atención médica, ajenos a los progresos de la psicofarmacología y rehabilitación y muy abandonados hasta en las necesidades más elementales de vestuario, alimentación y habitación.

En nuestras enfermas mentales la gravedad del cuadro clínico y de la invalidez no es comparable con la de los pacientes crónicos de aquellos países en que se dispone de 2 a 3 camas por mil habitantes. En efecto, en éstos se tienen hospitalizados pacientes que en nuestro medio o nunca se hospitalizan o se restituyen de inmediato a la comunidad aunque su recuperación sea muy parcial, lo que se ve favorecido también por una actitud más tolerante de la sociedad frente a la conducta desviada.

También cabe señalar que en nuestro medio se cuentan como camas de psiquiatría las destinadas a los problemas de la subnormalidad, del alcoholismo y de la psicogeriatría, por lo que las camas para el tratamiento de los pacientes psicóticos son aún menos numerosas.

* Psiquiatra, Casilla 776, Santiago.

Las anteriores consideraciones apuntan a nuestra suposición de que es más fácil hacer rehabilitación y reintegrar pacientes psiquiátricos a la comunidad cuando se ha dispuesto de 2 o 3 camas psiquiátricas por mil, que cuando se hace este esfuerzo partiendo de 0,5 por mil ya que la calidad de los pacientes, desde el punto de vista de su deterioro psicosocial, es peor en la última realidad asistencial.

Es por todas las razones anotadas que nos ha parecido de interés exponer lo que ha sido nuestra experiencia en la rehabilitación de pacientes mentales crónicos.

Quiero señalar también en esta introducción que estuve a cargo de estas actividades hasta Marzo de 1972, época en que me trasladé a otra institución hospitalaria para dedicarme preferentemente a la salud mental ocupacional. Estuve tentado en aquel entonces de escribir una comunicación sobre lo que fue dicha experiencia, pero desistí de hacerlo inseguro de si subsistiría lo realizado. Es decir, si todo había sido el quehacer de un solo individuo, eficazmente secundado, o si se había logrado un cambio más profundo en la mentalidad asistencial del personal auxiliar y en las pacientes mismas, que debían seguir a cargo de dichas actividades.

Han pasado los años y los cambios favorables introducidos se han mantenido en el mismo nivel de calidad que cuando estaban a mi cargo. Esto me ha convencido de escribir la presente comunicación, que estimo puede ser de utilidad para quienes estén a cargo de servicios asistenciales en similares condiciones.

Finalmente, debo indicar que el hecho de no incluir bibliografía sobre la rehabilitación del enfermo mental, las comunidades terapéuticas, etc. no significa en modo alguno que me sienta portador de ideas nuevas u originales. Experiencias similares a la que relato, y que me sirvieron de inspiración, se iniciaron después de la segunda guerra mundial en Inglaterra, Francia, y otros países. Nuestra comunicación pretende sólo ser un relato sencillo de lo que fue nuestra experiencia, iluminada por las realizaciones de otros, pero llevada a cabo en un medio socioeconómico más pobre y difícil.

1. LA SITUACION ASISTENCIAL A ENERO DE 1970.

EL EDIFICIO

Se trata aún de una construcción más que centenaria, construida básicamente en adobes y madera, en muy mal estado de conservación y seriamente dañada por los sucesivos sismos

que ha tenido que soportar, al punto que en los últimos años hubo que evacuar todo el segundo piso por no reunir las condiciones mínimas de seguridad y concentrar a las enfermas en el primero (planta baja), con el consiguiente aumento del grado de hacinamiento. Consta de dos partes bastante diferentes. Una tiene un patio central, rectangular, en torno al cual se distribuyen los dormitorios, baños y comedores, algunos de los cuales comunican entre sí, pero su acceso es en general directo del patio; en parte protegido por un pequeño alero; ésta parte siempre fue destinada a la residencia de las pacientes. La otra corresponde al lugar donde se encontraban las oficinas de la Dirección del Hospital y del personal administrativo y que fueron habilitadas como dormitorios al ser trasladadas a un edificio nuevo dentro del establecimiento.

Se encontraba alhajado con viejos catres, la mayoría en muy mal estado, y algunos pocos veladores y no contaba con otros muebles que permitieran a las enfermas guardar sus pertenencias personales. Sobre los catres había colchones de mala clase en mal estado y la ropa de cama era la mínima.

El grado de hacinamiento era tal que no mediaba espacio entre los catres y para llegar a ellos era necesario pasar por encima de los otros. Solamente a los pies quedaba, en algunos casos, un estrecho pasillo de circulación. La capacidad de las piezas variaba entre ocho y más de treinta catres.

En un espacio embaldosado, que antiguamente era el acceso a la dirección del establecimiento, se tenía a las pacientes "gatosas" (con incontinencia urinaria y/o fecal) las que dormían en colchones de paja.

El edificio no contaba ni cuenta con ningún sistema de calefacción ni lugares destinados al estar de las pacientes.

En cuanto a la limpieza, se encontraba sorprendentemente bien aseado, lo que ha sido el orgullo de su personal.

VESTIMENTA Y ASEO DE LAS ENFERMAS

En general no disponía de ropa propia y se encontraban vestidas con batas o camisones de tela burda, grisácea, que llegaban hasta el suelo, cerrados por delante y amarrados atrás, exentos de toda gracia y de todo toque personal. Debajo, la mayoría no tenía ropa interior alguna o sólo calzones de tela tosca, parecidos a pantalones cortos. Unas pocas enfermas estaban

vestidas con telas floreadas, cortadas más a la medida, logro del último año.

El aseo personal dejaba bastante que desear pese a la preocupación por bañar a las enfermas periódicamente.

En cuanto a peinado, depilación, maquillaje, el estado era deplorable salvo en algunas pocas que eran visitadas por familiares.

Respecto de la higiene íntima, no disponían de los más mínimos elementos para la atención del período menstrual.

ACTIVIDADES Y VIDA SOCIAL

Un pequeño grupo de enfermas (alrededor de 10) trabajaba en bordados dirigido por una auxiliar especializada en estas labores; Algunas colaboraban en el aseo del departamento y otras (alrededor de 40) habían trabajado en el curso del último año (1969) en el separado de restos de lana según color gracias a un contrato que se obtuvo con una fábrica de frazadas.

La inmensa mayoría de las pacientes no hacían nada, pasando todo el día echadas en bancos o en el suelo, despreocupadas de toda actividad útil o social.

VISITAS Y SALIDAS

Sólo una veintena de las internas recibían visitas de algún familiar, las que eran muy esporádicas, estando el resto absolutamente abandonadas.

En cuanto a salidas, una pocas iban a casa de sus familiares con permiso de tres meses que

rara vez llegaban a completar y otras salían a servir como empleadas domésticas, por breves períodos de tiempo, a casa de funcionarios del establecimiento, volviendo muchas de ellas en precarias condiciones de salud y alimentación.

RELACIONES CON EL PERSONAL

La interacción social entre pacientes y personal era casi inexistente salvo para unas pocas privilegiadas que obtenían un trato preferencial al preocuparse de ayudar a las auxiliares o realizarles su trabajo. Con el resto existía una relación de mando y subordinación en que el personal tenía toda la autoridad, la que solía ejercer con bastante arbitrariedad.

El trato con las enfermas trataba de limitarse a una función custodial, de vigilancia.

ASPECTOS MEDICOS

Población.

Estaba compuesta por 156 pacientes de sexo femenino con un promedio de 14,9 años de hospitalización (rango de 1 a 51) y una edad media de 48,6 años (rango de 16 a 88).

Distribución Diagnóstica.

Esta se puede apreciar en el cuadro N.º 1. Cabe destacar que más de la mitad padecía de esquizofrenia y que los cuadros orgánicos cerebrales (epilepsia y demencia) constituían poco más del 10% de la población.

C U A D R O N.º 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN DIAGNOSTICO.
DEPARTAMENTO 1. (MUJERES). HOSPITAL PSIQUIATRICO.
SANTIAGO, ENERO DE 1970.

Diagnóstico	Nº	%
Esquizofrenia	85	54,49
Deb. Mental y Oligof.	29	18,59
Epilepsia	12	7,69
Ps. Maníaco-depres.	8	5,13
Parafrenia	6	3,85
Ps. Paranoídea	5	3,20
Alcoholismo	5	3,20
Demencia	4	2,56
P. Psicopática	2	1,28
TOTAL	156	99,99

Controles médicos y tratamientos.

La situación de este departamento antes de iniciarse la experiencia que estamos relatando era la usual en la mayoría de los departamentos de pacientes crónicos del Hospital Psiquiátrico de Santiago en lo que a atención médica y tratamiento se refiere, la que aún hoy día se mantiene en la mayoría de ellos.

Fruto de una desesperanza en cuanto a las posibilidades terapéuticas y de recuperación, la atención psiquiátrica era casi inexistente, limitándose las más de las veces al exámen de los pacientes excitados o de los que presentaban una enfermedad física intercurrente. La presencia del médico era esporádica ya que éste centraba sus actividades en los pacientes de los sectores de agudos y la mayoría de las consultas eran realizadas por el personal auxiliar que concurría donde el médico con o sin el acompañamiento del paciente.

Como consecuencia de lo anterior, la inmensa mayoría de las enfermas no había recibido los beneficios del avance terapéutico en psiquiatría, habiéndose terminado para ellas toda esperanza de tratamiento en el momento en que fueron consideradas crónicas y trasladadas a estos sectores custodiales del hospital.

2. CAMBIOS INTRODUCIDOS

ATENCIÓN MÉDICA

Se dio atención psiquiátrica diaria en el departamento examinando a todas las enfermas, se actualizó la ficha clínica y se indicó en todas el tratamiento medicamentoso concorde con su condición mórbida.

En la administración de fenotiazinas se prefirió adoptar, hasta donde fue posible y aconsejable, un esquema de dosis única nocturna con la finalidad de evitar efectos secundarios tales como somnolencia que interfirieran con el proceso de rehabilitación. Igualmente, en aquellas pacientes en que existía duda de que realmente tomaran la medicación administrada (por ejemplo: algunas la escondían bajo la lengua para luego botarla) se optó por dar la clorpromazina en forma de jarabe al 2%.

Se suprimió el uso indiscriminado del electroshock que hacía el personal, reservándose su indicación y empleo al médico tratante. En el período de dos años de que damos cuenta en esta comunicación no fue necesario recurrir a

su empleo salvo excepcionalmente y con clara indicación terapéutica.

Fuera de estos aspectos diagnósticos y terapéuticos, la actividad médica se volcó a la rehabilitación, que detallaremos más adelante.

PERSONAL AUXILIAR

Se buscó de cambiar su actitud frente a las pacientes haciéndoles comprender que su función esencial no era la de custodia sino la de contribuir en la rehabilitación cuyo principal medio era el trato humano, acorde con la dignidad de persona de las enfermas.

Se insistió en la necesidad de que se establecieran relaciones interpersonales adecuadas con las pacientes y se incentivó el trapaso de todas aquellas responsabilidades relativas a la organización de la vida y trabajo a las enfermas cuando revelaban que estaban en condiciones de asumir las.

Se terminó definitivamente con todo favoritismo y cualquier tipo de explotación. Además, el personal dejó de tener siempre la razón en sus conflictos con las enfermas y se comenzó a escuchar a éstas últimas para poder resolver en forma equitativa las disputas que surgían.

Estos cambios no esuvieron exentos de problemas y algunas funcionarias pidieron el traslado a otras secciones del hospital, que se les concedió por no poder o querer adaptarse a este nuevo estilo de vida.

Fue especial fuente de dificultades el hecho de que habitualmente se diera la razón a las enfermas en sus conflictos con el personal, haciendo que éste se sintiera desorientado, desautorizado y disminuído en sus prerrogativas. Pero en realidad existía una habituación del personal en abusar de su autoridad a la que necesariamente había que poner término. Sin embargo, con el correr del tiempo, ambos grupos fueron aprendiendo a convivir y a aceptar y reconocer los legítimos derechos de los otros, con lo que las relaciones de convivencia se fueron normalizando, lo que se tradujo objetivamente en una disminución y luego en la casi total desaparición de conflictos en las relaciones del personal auxiliar/pacientes.

También fue difícil que las auxiliares aceptaran desprenderse de algunas responsabilidades y que éstas quedaran en manos de enfermas, pero en la medida en que fueron capaces de encontrar otras actividades en el proceso de rehabilitación que les produjeran satisfacción personal, se fue solucionando este problema.

A los dos o tres meses después de haberse iniciado esta experiencia se decidió proceder a suprimir el régimen existente, prácticamente carcelario, de puerta cerrada.

Inicialmente se mantuvo abierta de par en par la puerta de acceso al departamento, pero con una auxiliar a cargo de ella cuya misión era evitar la fuga, ya que el personal se mostraba temeroso de las habituales sanciones administrativas que recaían sobre ellas cuando una paciente se fugaba.

Las pacientes reaccionaron con sorpresa, curiosidad e incluso temor ante esta medida y se acercaban al personal a advertirles que la puerta se encontraba abierta, o bien llegaban hasta ellas para mirar "la calle" (llamaban así los caminos de circulación dentro del hospital). Cabe hacer notar que no se produjo intento alguno de fuga en esta etapa inicial.

Al poco tiempo y de modo imperceptible, a medida que el personal perdía su temor frente a esta medida al percatarse que no se producían las temidas fugas, se fue relajando la vigilancia de la puerta y finalmente se suprimió del todo. Así en la actualidad, cuando se visita el departamento, las enfermas que avistan a las personas que ingresan acuden a buscar al personal que se encuentra en los talleres o en otros lugares interiores desempeñando sus actividades.

Las pacientes fueron advertidas de que podían salir libremente a diferentes lugares del hospital e incluso fuera de él (por ejemplo ir de compras al mercado u otros lugares, ir a almorzar o tomar té a establecimientos comerciales, etc.) pero que debían advertir al personal de que harían uso de este derecho para que así estuvieran informadas acerca de ellas, pero sin que esto constituyese una petición formal de permiso.

Conviene destacar que en los dos años de la experiencia que estamos relatando sólo hubo una fuga de este departamento (enferma que se fue sin avisar y no regresó) mientras que en aquellos que funcionaban en régimen de puerta cerrada las fugas eran notoriamente más numerosas y frecuentemente las pacientes se dirigían a nuestra sección y solicitaban directamente su traslado a nuestra dependencia.

Hay que señalar que cuando había pacientes agitadas se les indicaba dosis alta de fenotiazina y se llevaban a lugares más interiores donde eran vigiladas de cerca por el personal o por otra paciente, con lo que se lograba evitar la fuga en estos períodos.

Trato.

Ya señalamos la insistencia en un trato adecuado a su dignidad de persona. Sólo quiero destacar lo vejatorio que consideraban las pacientes el calificativo de crónicas que se les daba, lo que afloró cuando prohibimos el empleo peyorativo de este término y lo sustituimos por el de pacientes y departamento de estada prolongada. Se sentían orgullosas de decir "ya no somos crónicas" y veían con más esperanza su futuro.

Igualmente se nos hizo patente lo desafortunado del empleo de este término de crónico en relación con el traslado de pacientes de los sectores (lugar de atención de pacientes "agudos" o de estadía breve). En efecto, numerosas enfermas se resistían a este traslado o se negaban a asistir durante el día a nuestros talleres, temerosas de ser encerradas de por vida, de perder toda esperanza de volver a vivir en la comunidad.

Aseo y presentación.

La vestimenta y preocupación por la presentación personal de las pacientes dejaba mucho que desear y estaban, en realidad, reñidas con toda gracia y coquetería. Nos pareció que, al menos en la mujer, todo esfuerzo rehabilitativo debía comenzar con la presentación personal de modo de lograr que tuvieran una imagen de sí mismas que contribuyera a despertar y realzar el sentimiento de la propia dignidad.

Nos propusimos que vistieran como todo el mundo y así se procedió a eliminar los camisones que proporcionaba el hospital. Obtuvimos que nos facilitaran las telas y se procedió a confeccionar la ropa con la ayuda de las mismas enfermas. Con este aporte inicial, la colaboración de familiares, donaciones, y el producto de los talleres, pronto fue posible obtener que prácticamente todas vistieran con "ropa de calle". Cabe señalar a este respecto que a poco andar el empleo obligatorio de la ropa del establecimiento (batas o camisones de tela burda) fue considerado como un castigo y resistido vehementemente.

También se logró obtener que la dirección del establecimiento les proporcionase lo necesario para el cuidado de la higiene íntima (cuadros, algodón, etc.). Esto fue inicialmente resistido a nivel administrativo por cuanto se consideraba que las enfermas no sabrían hacer un uso responsable de lo que se les diera y que

al botarlos ~~habría problema~~ ya que se taparía el alcantarillado. El tiempo se encargó de demostrar lo falso de estas profecías.

Luego vino la etapa del peinado, manicure, y depilación. Se logró la colaboración de un connotado Salón de Belleza femenina que envió durante aproximadamente un año, con una frecuencia semanal, su personal y equipo que inicialmente peinaban y maquillaban a las pacientes para luego adiestrar a algunas de ellas y a una funcionaria del personal para que se hicieran cargo de esta función. Al final se pudo comprar los equipos necesarios y se contó con un salón de belleza propio en cuya atención participaban las enfermas. Para financiarlo se dispuso atender un día a la semana al personal del establecimiento por un precio módico. Se mantuvo en funcionamiento hasta 1975 en que se clausuró ya que la dirección del hospital debió dar otro destino al local que ocupaba, quedando los útiles en desuso y las actividades suspendidas.

Mirada esta medida desde la perspectiva de la rehabilitación se pudo comprobar el efecto positivo que tuvo en la moral de las enfermas. En efecto, se interesaban por acudir al salón, comentaban los peinados que veían en la televisión y revistas de moda y solicitaban que se los hicieran a ellas, pedían a sus familiares que les trajeran cosméticos o destinaban a éstos fines parte de los escasos dineros que ganaban en los talleres. Se preocupaban de depilarse las piernas afirmando humorísticamente que el médico tratante se fijaba en estos detalles y que ellas no querían dar una mala imagen.

Como anecdótico es conveniente señalar que el personal del hospital también se interesó por el salón de belleza y hubo algunas mociones a nivel de la directiva del sindicato que señalaba que éste debía ser dejado exclusivamente para el uso de las funcionarias.

Trabajo.

Ya señalamos que algunas pacientes realizaban algunos quehaceres cuando nos hicimos cargo de esta sección del Hospital Psiquiátrico de Santiago. Nuestra meta era, sin embargo, distinta ya que, conocedores del efecto rehabilitador del trabajo, no queríamos que hubiese enfermas inactivas, lo que contribuye al ensimismamiento y deterioro psicológico. Nos veíamos, pues, en la necesidad de tener lugares de trabajo para todas y de que las actividades fueran lo suficientemente variadas como para permitir colocar a las enfermas en faenas acordes con sus aptitudes. Estas actividades debían, ade-

más, tener una complejidad creciente de modo de poder trasladar a niveles superiores a aquellas en que el proceso rehabilitativo hubiera desarrollado aptitudes latentes.

Después de numerosos ensayos y guiados por nuestros éxitos y fracasos a la vez que por las reales posibilidades materiales de que disponíamos, logramos contar con los siguientes talleres, con las actividades que se indican:

- a) LANA: Escarmenado
Hilado en huso
Hilado en rueca
Tejido a palillo
Tejido en telar artesanal
Tejido en máquina de tejer hogareña
- b) PAYASOS:
Recorte de desechos textiles
Confección de armazón de alambre
Armado de payasos
Pintado de caras.
- c) COSTURA Y BORDADOS:
Confección de manteles, pañuelos y ropa de guagua
Confección de muñecas de trapo
Bordado a mano
Bordado a máquina.
- d) VARIOS:
Fabricación de collares de semillas diversas
Fabricación de carteras y similares en sisa
Aseo
Peluquería.

Como no se dispuso de aportes especiales para el desarrollo de estas actividades, hubo que ir creándolas lentamente en la medida en que se vendían los productos elaborados y se reinvertían los fondos con esta finalidad.

También hubo que destinar buena parte de lo recaudado a mejorar las condiciones físicas del departamento (pintura, jardines, etc.). Con el excedente se desarrollaron algunas actividades sociales que se destacan más adelante y se dió una pequeña remuneración a las pacientes.

Nuestro deseo hubiera sido establecer un pago por el trabajo que guardara relación con la cuantía y calidad del mismo, ya que creemos que en esta suerte de talleres debe irse habituando paulatinamente a las pacientes al trabajo competitivo y a que sean capaces de tener y manejar dinero, de modo tal que se facilite la adaptación a la comunidad en lo posible en forma autosuficiente o con capacidad para contribuir al ingreso familiar. Desgraciadamente, las

condiciones económicas imperantes hicieron imposible el logro de esta meta.

Cabe, sin embargo, señalar que el hospital pagaba un sueldo ínfimo, de carácter nominal, a las pacientes que colaboraban en algunas actividades y que otras, las menos, disponían de ingresos propios, producto de una prestación económica de la seguridad social.

En todo caso, había un estímulo para el trabajo, de carácter social, ya que en los talleres se veían facilitados los intercambios de esta naturaleza y existía un clima de franca camaradería. Por otra parte, veían su obra terminada, eran felicitadas por el personal y por las visitas y gente que acudía a comprar los productos por ellas elaborados.

Responsabilidades.

Probablemente es la capacidad de asumir responsabilidades uno de los rasgos distintivos que posibilitan una vida independiente y, por tanto, su desarrollo forma parte de todo proceso rehabilitativo de los enfermos mentales. Es, en buena medida, fruto de la educación y adiestramiento, los que deben estar centrados en la participación y en la delegación.

En el esquema asistencial de tipo asilar, que era el que imperaba en el departamento I, las pacientes eran verdaderos entes, sujetos de obligaciones y no de derechos, a las que el sistema de vida les era impuesto por la organización del hospital y por el personal, que era el que tenía toda la autoridad y todos los derechos.

En nuestra política de cambios nos esforzamos por tratar a las pacientes como personas, tomando en consideración sus puntos de vista, incentivando sus iniciativas y favoreciendo su participación. Junto con ello se les fueron asignando responsabilidades y dándoles la autoridad necesaria para llevarlas a cabo, lo que no dejó de acarrear algunos problemas por cuanto estas medidas fueron inicialmente resistidas por el personal ya que antes estas funciones estaban en sus manos.

Dos ejemplos permitirán ilustrar esta situación: a) Se obtuvo un refrigerador con llave que se puso a cargo de una enferma que regulaba su uso. Las auxiliares se molestaron por considerar que debía ser para el uso de ellas y porque la llave estaba en poder de una paciente a la que debían solicitarla cuando deseaban hacer uso del mismo. Sin embargo, al poco tiempo se estableció un trato deferente entre ambas partes, sin que hasta la fecha surgieran mayores roces.

b) Se puso una paciente que tenía el diagnóstico de parafrenia a cargo de la recaudación y emisión de boletas por las ventas de los talleres. En un principio esta situación fue objetada por el personal administrativo del hospital pero hasta la fecha las cosas se han llevado bien y no ha habido errores o malversaciones que lamentar.

La asunción de responsabilidades por parte de las enfermas ha hecho posible enfrentar exitosamente la reducción de personal auxiliar que se ha producido en los últimos años, lo que antes era inimaginable.

Vida Social.

Los aspectos sociales de la rehabilitación son tan importantes, o aún más, como los laborales. La meta es la reintegración a una vida social lo más plena posible.

La socialización es un proceso de aprendizaje que hace todo individuo de modo casi imperceptible a medida que va viviendo en un ámbito social dado.

Quienes han vivido muchos años aislados del mundo, reclusos en los sectores de crónicos de los hospitales psiquiátricos, se han desarraigado de la sociedad, han debido adaptarse a un mundo distinto que poco o nada tiene que ver con el mundo social normal en el que tendrán que integrarse si logran salir de estos establecimientos. Al mismo tiempo, dada la velocidad de los cambios que caracteriza nuestra era, la realidad circundante será distinta de aquella a la que aprendieron a adaptarse antes de enfermar, por lo cual no bastará despertar viejos hábitos y actitudes sino que será necesario desarrollar nuevos modos de adaptación.

Es por esto que hay que transformar la vida de estos lugares en verdaderos centros de reeducación en los que se logre reproducir algunos aspectos de la sociedad normal lo más fielmente posible, pero en condiciones protegidas de modo tal que se facilite la transición hacia la vida en la comunidad.

Dada la realidad de nuestros recursos humanos y materiales, tratamos inicialmente de despertar el interés por lo que ocurría fuera del hospital y para estos efectos nos valimos de la televisión, de revistas y de diarios. Su fruto fue un interés cada vez más apasionado por lo que acaecía en el mundo exterior que se traducía, por ejemplo, en un conocimiento suficiente del acontecer político y económico del país que les permitía formarse sus propias opiniones y discutir de igual a igual con el personal auxiliar.

Se despertó, igualmente, una inquietud cultural que hizo necesaria la contratación de una profesora que les diera o actualizara (a las que se interesaban) conocimientos de lectura, matemáticas, castellano, historia, etc.

Se insistió mucho en el trato individual, personalizado, entre pacientes y personal, lo que contribuyó poderosamente a levantar la dignidad y autoestima de las enfermas y a sentar las bases de una relación social sana.

Como la vida social normal es mixta, se favoreció la entrada de varones al departamento y se realizaron varias reuniones sociales (fiestas, etc.), con pacientes hombres del mismo hospital. La reacción fue muy favorable y al poco tiempo desapareció ese típico acosamiento de los hombres que van de visita, por parte de las enfermas, que con tanta frecuencia se da en los regímenes asilares de puerta cerrada.

Se organizó paseos a diferentes lugares, dentro y fuera de Santiago, y se estimuló que las enfermas saliesen solas o en pequeños grupos, de paseo o a hacer compras fuera del hospital.

Se buscó también de integrar, con éxito relativo, a los familiares en la vida de esta sección.

Contribuyó, además, a estos cambios la utilización de las instalaciones del departamento como hospital-día, taller protegido y hogar protegido, con lo que se producía un fluir de experiencias y conocimientos que eran de gran utilidad para el resto de las pacientes y que les permitían visualizar como una posibilidad para ellas estas distintas modalidades asistenciales.

Relaciones con la familia

Ya señalamos inicialmente que eran excepcionales las enfermas que recibían visitas de miembros del grupo familiar. En éstas se buscó de integrar la familia en el proceso de rehabilitación, ayudándolas a cambiar sus actitudes derrotistas frente a la enfermedad, a superar sus temores frente a la conducta desajustada de las pacientes y se las instó a sacarlas por el día con permiso, por fines de semana o por períodos más largos. Para vencer los temores iniciales fue necesario darles la seguridad de que contarían con atención médica oportuna en caso de dificultades y que la enferma sería recibida de vuelta en forma expedita en caso de ser necesario; además, se les proporcionó en forma gratuita los medicamentos necesarios y la asistente social las visitaba periódicamente en su hogar, a las que tenían domicilio en Santiago. Sin embargo, las seguridades verbales no bastaban pero cuando diferentes familiares pudieron com-

probar que se cumplía con lo que se decía, se aseguró en forma definitiva su colaboración.

En las que no recibían la visita de familiares, se agotó los procedimientos para ubicarlos, cuando existían. Así, la Asistente Social realizó un sinnúmero de diligencias y en otros casos utilizamos los servicios de una paciente "crónica" que estaba completamente rehabilitada y que demostraba una gran vocación de servicio y a quien designamos como "auxiliar de asistente social", la que tenía la paciencia de salir con las enfermas a ubicar sus familiares en función de los vagos recuerdos que tenían y que eran reavivados en el terreno. Todas estas diligencias se vieron coronadas por el éxito en un número insospechado de casos.

En las enfermas que ingresaron los años 1970 y 1971 se puso especial énfasis en asegurar de inmediato y mantener la colaboración de sus familiares, insistiéndoles en que este traslado al departamento de pacientes de estada prolongada ("crónicas") no significaba que se hubieran terminado las posibilidades terapéuticas sino que aquí se pondría especial énfasis en la rehabilitación, a más de continuar con los tratamientos medicamentosos del caso, lo que se traduciría que en un plazo razonable la inmensa mayoría podría continuar viviendo en el seno familiar.

Necesidades espirituales

Estas se hacían patentes, y es natural que así sea, de las más variadas formas, entre las que conviene destacar la preocupación por la muerte. En efecto, como en estos años fallecieron varias enfermas, la mayoría de avanzada edad, se pudo apreciar la inquietud existente por la disposición de sus restos mortales. Para su solución se obtuvo la colaboración de una empresa funeraria (Hogar de Cristo), que proveyó en forma gratuita las urnas y los servicios funerarios, y se pagó (con recursos de las pacientes fallecidas que los tenían o con el producto de los talleres) una sepultura individual. Un gran número de enfermas acompañó cada cortejo y después era frecuente que saliesen en grupos a visitar sus muertos al cementerio.

Las inquietudes religiosas se manifestaban en la asistencia espontánea y voluntaria a la Iglesia católica que se encuentra ubicada en el interior del recinto del Hospital Psiquiátrico. En algunas que eran de culto protestante se dió amplias facilidades a los pastores respectivos los que colaboraron en su rehabilitación.