

Trab. Social
P397
1949
c.1

NORMA PEÑALOZA ROJAS.

IMPORTANCIA DEL SERVICIO SOCIAL
EN EL
TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA.



Memoria de prueba para
optar el Título de Asis-
tente Social de la Escue-
la de Servicio Social de
la Universidad de Chile.

V A L P A R A I S O

-1949-

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

Viña del Mar, Agosto 20 de 1949.

Señor
Decano de la Facultad
de Ciencias Jurídicas
y Sociales de la
Universidad de Chile.

Señor Decano:

Por encargo de la Dirección de la Escuela de Servicio Social de Valparaíso he dirigido y revisado la Memoria de Prueba para optar al título de Asistente Social de la Srta. Norma Peñaloza Rojas, intitulada "Importancia del Servicio Social en el tratamiento de la Esquizofrenia".

Ha desarrollado la Srta. Peñaloza una labor intensa y se ha encontrado con un problema que nunca antes se había abordado desde este ángulo entre nosotros, es por eso que ha carecido de precedentes y literatura que enfoque el problema puramente desde el punto de vista de la Asistente Social. Se nota por eso en el trabajo algunos vacíos y la labor que ella ha emprendido es muy amplia como para abordarla en 8 meses de trabajo. No puede dar resultado definitivo; pero

señala rumbos que es necesario seguir para completar la labor del psiquiatra en forma eficiente.

Creo que esta Memoria se debe aprobar con **DISTINCION.**

Lo saluda su atto.y SS.

Dr.Luis Acevedo Castillo.

Señor DECANO :

ME permito informar a Ud. respecto a la Memoria de la Srta Norma Peñaloza Rojas, titulada "Importancia del Servicio Social en el tratamiento de la Esquizofrenia".

El trabajo de la Srta Peñaloza consta de cinco capítulos. En el primero de ellos, se hace una reseña histórica de las enfermedades mentales, señalando que la Psiquiatría ha alcanzado un evidente progreso en los últimos diez años, contando con medios tanto de investigación como de curación para los trastornos mentales.

El segundo capítulo contiene una breve reseña histórica y generalidades de la Esquizofrenia, destacando las variedades de Esquizofrenia Simple, Hebefrénica, Catatónica y Paranoídea

En el tercer capítulo se trata de dar importancia a la sección médico-social de la Clínica Neuro-Psiquiátrica del Hospital de Viña del Mar, para lo cual se presenta en forma insuficiente, los fines y organización de la Clínica Neuro-Psiquiátrica de Viña, dándole solo importancia a la acción de la Visitadora Social y olvidando la labor específica médica en el problema general de los enfermos mentales.

En el capítulo titulado "Importancia Social de la Esquizofrenia", la autora acompaña una serie de cuadros estadísticos, base del estudio de los enfermos desde el punto de vista : sexo, edad, herencia, personalidad, etc. Desgraciadamente, la poca selección y ordenación de estos cuadros no da una idea del estudio que la autora se propone realizar, lo cual le resta importancia. En otro de los cuadros se señala que durante el año 1948, el porcentaje por reingresos, que más bien dan la idea de reincidencias, es bajo. Sin embargo, no se destaca la acción de control post-hospitalario que debe efectuar la clínica Psiquiátrica, a fin de conocer el verdadero valor del porcentaje anotado.

Finalmente, en el capítulo quinto, se acompaña una exposición de seis casos de esquizofrénicos estudiados, en los cuales se observa una buena investigación y algunos planes de tratamiento social a fin de lograr cooperación de familiares, control, etc.

La suscrita estima que esta Memoria merece la nota de APROBACION AMPLIA.

Olga Pinto de Zeller
Profesor Informante

Sirvan estas primeras palabras para expresar mis más sinceros agradecimientos a las personas que, en una u otra forma, colaboraron en la realización de este modesto trabajo, y en forma especial al Dr. Luis Acevedo Castillo, por su valiosa orientación.

A MIS QUERIDOS PADRES COMO HOMENAJE
DE GRATITUD Y RESPETO.

INTRODUCCION

Desde hace tiempo, la Esquizofrenia ha constituido el problema más grande dentro del campo de las Enfermedades Mentales. Al efecto, han sido muchos los autores que de ella se han preocupado, existiendo por lo tanto, diversas Escuelas que, si bien difieren por sus concepciones, en el fondo reconocen que, a pesar de los esfuerzos desplegados en su estudio, existen aún vacíos difíciles de llenar.

Existe además, poco acuerdo para evaluar las causas de la Esquizofrenia y, por lo tanto, los tratamientos efectuados hasta ahora, son únicamente empíricos.

Por los casos encontrados en el desempeño del trabajo práctico, se tuvo interés en esta materia y se decidió tomar como tema para la Memoria de Prueba, la Esquizofrenia; realizar un estudio de las condiciones post-hospitalarias de un grupo de esquizofrénicos.

Con este fin se eligió como Institución para la Práctica, la Clínica Neuro Psiquiátrica del Hospital de Viña del Mar.

Para este estudio se tomó el número total de enfermos esquizófrénicos egresados durante el año 1948. Además, con los enfermos egresados durante los meses de Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre del mismo año, se inició una Labor Social continua desde el momento mismo en que fueron dados de alta y, aún más, con algunos de ellos se realizó una labor de modificación y preparación del ambiente que recibiría al enfermo a su vuelta al hogar.

La mayoría de los enfermos egresados durante estos meses, fueron estudiados en un término medio de cuatro meses durante los cuales se les visitó constantemente en sus hogares y lugar de trabajo para estudiar sus reacciones frente a las diversas circunstancias ofrecidas por el diario vivir.

Durante ese mismo tiempo, se hizo lo posible porque asistieran periódicamente a examen médico al Policlínico, pero no siempre se obtuvo éxito, ya que en varios casos, a pesar de haber hecho uso de todos los recursos, fué completamente imposible colocar al enfermo en contacto con el médico Psiquiatra.

Una vez que se tuvo una visión más o menos clara de la situación de los pacientes, se dirigió una Acción Social conjunta con la Labor Psicoterápica del Médico, encaminada a poner término o en su defecto a modificar, aquellas causas que pudieron haber influido desfavorablemente en el

desencadenamiento de los trastornos que afligen a los pacientes. A colocar a su alcance lo necesario para su normal desenvolvimiento a su vuelta al hogar; a estimularlos a tener confianza en sí mismos, a perder el temor que sienten por el mundo que les rodea, etc.

Se solucionó problemas que afectaban sus hogares, fueran de índole : psicológico, médico, económico, del trabajo, educacional, legales, etc.

A través de entrevistas sostenidas con los enfermos, se trató en lo posible de formarse un concepto en cuanto a su personalidad, con el fin de orientarlos hacia futuras actividades que estén de acuerdo con sus aptitudes y capacidades.

En verdad, la labor efectuada no tuvo los resultados que se esperaban. Al efecto, la naturaleza misma de la enfermedad, la incomprensión de los familiares y de la colectividad, su poca y a veces nula cooperación, la dificultad para ubicar a los enfermos egresados a comienzos de año a pesar de que , desde el año 1938 existe organizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Viña del Mar, un Sistema de Control mediante el cual, cada paciente que es dado de alta pasa automáticamente a pertenecer al Policlínico Neuro-Psiquiátrico al que es citado periódicamente; impidieron llevar a cabo, la labor más profunda y más amplia

que se había proyectado.

Sin embargo, el mayor interés que se persigue el exponer este tema, es recalcar una vez más, la Importancia del Servicio Social Psiquiátrico en la humana tarea de proporcionar al enfermo aquello que no pudo obtener debido al trastorno de sus facultades mentales, de estimularlos a luchar contra las diversas circunstancias presentadas por la vida y llegar a ser capaces de valerse por sí solos o, por lo menos, llegar a ser seres adaptables y dejar de constituir una carga para sus familiares y para la colectividad.

C A P I T U L O I

RESEÑA HISTORICA DE LAS ENFERMEDADES

MENTALES EN GENERAL.

Durante los primeros tiempos se consideraba a los enfermos mentales como seres inspirados por una divinidad o por un demonio, que podía encontrarse en el cuerpo del enfermo o ejercer su influencia desdeafuera.

Este enfermo así conceptuado, era enviado a los sacerdotes para mejorarlos por medio de encantamientos.

Si se trataba de enfermos pasivos, nadie se preocupaba de ellos, nadie les proporcionaba alimentos ni habitación, debiendo por lo tanto, vagar por las calles en medio de la risa y del desprecio de la gente. En una palabra, estos enfermos eran abandonados a su suerte; cuando debido a este trato los enfermos se exasperaban, eran encerrados en insalubres cárceles en donde se les sometía a castigos tales como: grillos, chicotes y aún el cadalso.

Si por el contrario, se trataba de enfermos agitados, se les encerraba en pequeñas celdas subterráneas en

donde sin otro recurso que un montón de paja, vivían los enfermos unidos entre sí por poderosas cadenas. La comida se les arrojaba desde afuera y si alguno de ellos fallecía durante la noche, solamente al día siguiente era retirado su cadáver.

Durante la Edad Media, la sociedad sólo trata de librarse del enfermo mental encarcelándolo o recluyéndolo. Ya no se cree que el enfermo sea un poseído del demonio o de una divinidad. Sin embargo, todavía no se le presta ninguna otra consideración.

Podemos decir que los primeros que se preocuparon de estos enfermos y crearon asilos especiales, fueron los turcos. Más tarde, los españoles fundan el primer Asilo en Valencia, los que se propagaron a otras ciudades tales como: Sevilla, Zaragoza y Valladolid.

Fue en el Siglo XVIII cuando los insanos comienzan a ser considerados como tales y se reconoce que la enajenación mental se debe a trastornos cerebrales. En esta época, en los diversos países se dictan leyes sobre alienados y el año 1788 se produce una gran actividad científica en todos los países en torno de las enfermedades mentales.

Pero durante el período de la Revolución Francesa, aparece en Francia el Dr. Pinel, quién inicia la más

grande reforma en el tratamiento de las enfermedades mentales. Sobre todas las cosas modifica totalmente el aspecto asistencias, estableciéndose de este modo, un tratamiento humanitario, suprimiendo los castigos, cuidando de la higiene, mejorando las condiciones de vida de los alienados, etc.

Pocos años más tarde, en 1796, se inaugura en Inglaterra el Refugio de York, cuya finalidad consistía en poner término al maltrato y poner en práctica un tratamiento de tolerancia, bondad, etc., y ocupar a los enfermos crónicos en trabajos agrícolas. Medida que al parecer, dió buenos resultados y que se extendió a otros países.

En Escocia, se modificó y amplió este plan, creándose un nuevo sistema Open Door, mediante el cual se daba más libertad al paciente, permitiéndole la salida bajo palabra de volver dentro de un plazo determinado.

A comienzos del Siglo XIX Esquirol y Pinel en Francia, Tuke en Inglaterra, Chiarugi en Italia y Dorotea Dix en Estados Unidos, sostienen que el loco es un enfermo del cerebro, digno de la asistencia médica.

Como resultados de este movimiento, a principios del mismo siglo se construyó gran número de Asilos especiales, modificándose los regímenes internos con lo cual se

se proporciona al enfermo una relativa comodidad. Los alienados empiezan a ser tratados científicamente, prohibiéndose los castigos, creándose sociedades de patronatos, dictándose leyes en su defensa e implantándose el sistema de Open Door.

Como consecuencia científica del sistema Open Door y para explicar ciertos trastornos, se formula la concepción psicológica de la locura que investiga los procesos psicológicos tratando de mejorarlos por procedimientos psicoterápicos.

Progresan también las investigaciones científicas, la terapéutica, la profilaxis y la Medicina Legal.

Ya en el Siglo XX la Psiquiatría es considerada como una importantísima rama de la Medicina, creándose para su desarrollo hospitales Psiquiátricos en todos los países.- En esta misma época y a raíz de la publicación de una autobiografía de un ex enfermo mental, se cristalizaron numerosas ideas y opiniones, dando origen a un movimiento que fundó la primera Sociedad de Higiene Mental del mundo en New Haven, en Estados Unidos, el 6 de Mayo de 1908. El mismo grupo, con el fin de realizar una labor más amplia, estableció el Comité Nacional de Higiene Mental en Febrero de 1909. Este movimiento culmina con la reunión del Primer Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en Washington

en el año 1930 al que asistieron delegaciones de 53 países, fundándose en Mayo del mismo año, el Comité Internacional de Higiene Mental con el propósito de coordinar los trabajos de las organizaciones similares de los diferentes países.

En Julio de 1922 se establece en Paris el primer Servicio Abierto anexo a un Asilo, pero luego se independiza constituyendo así, el Hospital Rousselle, en donde el ingreso es libre como en cualquier otro Hospital.

De este modo, se crearon Hospitales semejantes, por todo el mundo, pero a pesar de los progresos alcanzados a comienzos de nuestro siglo, los enfermos no siempre son tratados individualmente dado el insuficiente número de Médicos especialistas y de recursos materiales apropiados.

Sin embargo, en los últimos 10 años la Psiquiatría ha alcanzado un progreso sorprendente contando con medios de investigación y curación de los trastornos mentales. Entre estos medios tenemos:

- 1° Los Hospitales Psiquiátricos para la atención de los enfermos agudos.
- 2° Para la atención de los enfermos crónicos contamos con:
 - a) Asilos, que deben desaparecer y ser reemplazados por Instituciones de carácter más moderno.
 - b) Colonias tipo Open Door.

c) Tipo de colocación familiar formando grupos de alienados como existe en Bélgica y Uruguay.

3° En lo que se refiere a la atención de los niños, se cuenta en primer lugar con los Centro Psiquiátricos anexos a Hospitales de Niños, teniendo medios para la hospitalización y servicio de Policlínico para el tratamiento ambulatorio de los enfermitos.

Existen además, Clínicas de Conducta para el estudio y tratamiento de las alteraciones de la conducta. Escuelas especializadas para el tratamiento de niños retardados mentales, sordo-mudos, etc. Asilos para niños con graves lesiones orgánicas cerebrales, con demencias, idiotías, etc.

Pero indudablemente, el centro de atención está constituido por el Hospital Psiquiátrico, difundido en todos los países del mundo.

X C A P I T U L O I I

BREVE RESEÑA HISTORICA Y GENERALIDADES DE
LA ESQUIZOFRENIA.

Desde muy antiguo habian sido observadas por los Psiquiatras ciertas formas de enajenación mental juveniles, consideradas como estados demenciales, que diferenciaban de la demencia propiamente tal, por aparecer en época prematura. Así tenemos que ya en el año 1672 Willis hace mención de ella en su obra "De la Stupidité ou Morosité" , en la cual observa que ciertos jóvenes de inteligencia normal o brillante en la infancia, en la adolescencia presentan una debilidad psíquica.

Más tarde, también se preocuparon de su estudio otros autores, tales como: Squirol, Pinel, etc., pero el término "demencia precoz" fué introducido por Morel en el año 1860, para designar una demencia que sobrevenía en los jóvenes; señalaba además, los signos característicos de dicha

enfermedad, tales como la sugestibilidad, las estereopticias de las actitudes, del lenguaje, las muecas, el negativismo, etc. Por lo tanto, fué Morel el primer autor que bosquejó un estudio clínico de esta enfermedad, describiéndola en las diversas fases de su evolución.

Esta nueva concepción de la Demencia Precoz como una enfermedad mental, evolucionó poco a poco y así fueron apareciendo nuevas formas.

En 1863 Kahlbaum en Alemania, en una de sus obras, habla de una afección especial que aparece en la pubertad y a la que da el nombre de Hebefrenia. En ese mismo país, esa concepción es combatida por otros autores quienes sostienen que la Hebefrenia es sólo una forma de degeneración mental. Esta oposición no fué duradera, y vemos que, posteriormente, los principales autores comienzan a adoptarla y así tenemos que, por ejemplo, en 1891 Towbridge considera que la locura de la pubertad constituye una psicosis especial que se desarrolla preferentemente en un terreno predispuesto a la herencia.

Por último, el el año 1893, Kraepelin asimila la Hebefrenia a la Demencia Precoz considerándola como una de sus formas. Para Kraepelin, el carácter fundamental de esta enfermedad consiste "en el decaimiento de la actividad

psíquica, traducido en la falta de sentimiento intenso de la vida, a lo cual se agrega una notable debilidad del juicio e incoherencia" .

Algo parecido al desarrollo histórico de la Hebefrenia ocurrió con la Catatonia y así tenemos que Kalhbaum en su obra "Katatonie" , estudia una nueva forma de demencia precoz, distinguiéndola de las otras. Según este autor, las principales manifestaciones de esta enfermedad consistirían en perturbaciones del sistema nervioso motor.

Mucho se discutió acerca de si debía aceptarse o no, esta variedad de Demencia Precoz hasta que por último, Kraepelin finalizó esta controversia y solucionó el problema incluyendo la Catatonia en la Demencia Precoz. Al mismo tiempo, hace un cuadro de la enfermedad, distinguiendo en ella tres formas principales: Hebefrenia , Catatonia y Paranoia.

Al extender la significación de la demencia precoz, se establecieron también sus límites. Ya no se le consideró propia sólo de la adolescencia, sino que se la admitió en la vejez y aún en la infancia.

Hasta tal punto se extendió la proporción de esta enfermedad que en Europa en el año 1900 se consideró que el 50% de los enfermos mentales padecían de Demencia Precoz.

Hoy podemos decir también que el 50% de los pacientes internados en Manicomios, son dementes precoces o esquizofránicos. Término usado por el psiquiatra Bleur, para destacar un signo infaltable en estos enfermos: "la disociación del pensamiento". Esta disociación constituye para muchos psiquiatras, el proceso más importante de la Demencia Precoz.

Bleur, basado en conceptos psicoanalíticos da a esta enfermedad la denominación de ESQUIZOFRENIA que para él es "una disociación del psiquismo producida por complejos afectivos". Esta denominación es más propia que la anterior, por cuanto en esta enfermedad no existe demencia, ni tampoco es precoz.

Como definición podemos citar la de Dunke, quién en su último Tratado dice: "Bajo el nombre de Esquizofrenia, comprendemos una serie de cuadros y de cursos clínicos bastante polimorfos y cuya característica común reside en una peculiar destrucción de la personalidad que en los más de los casos se instala en los años juveniles."

ETIOLOGIA:

Entendiendo la Esquizofrenia como un mecanismo psicobiológico de la adaptación, se puede comprender que tenga múltiples causas. Al respecto, Leopoldo Bellak en su Libro "Demencia Praecox", hace un análisis completo de todas las

causas que se han invocado como productoras de esta enfermedad.-He aquí, un esquema de las causas extractadas por Bellak:

ANATOMICAS:

Aplasia del aparato circulatorio.
Trastornos del sistema retículo endotelial.
Factores constitucionales antropométricos.
Degeneración central grasosa del hígado.
Alteraciones capilares.
Anomalías del sistema nervioso central.

BIOQUIMICAS:

Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado-lipóidico.
Sensibilidad al antígeno heterófilo.
Distribución de la anhidrasa carbónica en el cerebro.
Alteración del nivel colasterol.
Balance aminado.
Imidazoles.

ENDOCRINAS:

Mal desarrollo endocrinológico.
Síndrome andreno-genital.
Mecanismo tiroideo hipotalámico.

GENETICAS:

Problema de los mellizos monozigóticos.
Tendencias familiares

INFECCIOSAS:

Tuberculosis.

Reumatismo cerebral.

Influenza.

Virus encefálico.

Fauna intestinal.

FISIOLOGICAS:

Inestabilidad del sistema autónomo.

Debilidad diencefálica.

Desritmia epileptoidea.

Toxinas entero-hepáticas.

Alteraciones del flujo sanguíneo intra craneano.

Desintegración neuronal.

PSICOLOGICAS:

Factores psicoanalíticos.

Disociación.

Factores situacionales.

Agotamiento post-emotivo.

Agotamiento mental.

So observamos el presente cuadro, llegaremos a la conclusión de que todos estos elementos se pueden resumir en dos grupos:

- a) Factores Psicológicos y
- b) Factores orgánicos o físicos.

Cabe hacer notar que al hacer esta división no se establece antagonismo entre ellos, ya que es posible encontrar en muchos casos, ambos factores como elementos desencadenantes de un mecanismo de reacción psíquica patológica.

Desde otro punto de vista podemos decir que existe también un gran número de personas de temperamento esquizofrénico, esto es, de personas reservadas, apáticas, con predisposición taciturna, irritables, etc. Y personas que presentan la enfermedad como reacción a situaciones del momento.

VARIETADES DE LA ESQUIZOFRENIA:

Cabe hacer notar una vez más que en la Esquizofrenia pueden distinguirse cuatro formas diferentes, según la forma como se presentan los síntomas: la Simple, la Hebefrénica, la Catatónica y la Paranoídea.

a) En la forma Simple, los síntomas principales están constituidos por un déficit y disgregación psíquicas, sin perturbaciones alucinatorias y sin manifestaciones delirantes. Se produce un empobrecimiento y una devastación de la vida psíquica total. El individuo que hasta entonces era afectuoso, trabajador, se vuelve indiferente, perezoso, distraído; nada inicia espontáneamente y si alguna vez lo hace, carece de fuerzas para perseverar. El juicio se debilita, disminuye la atención, la memoria se altera en forma característica

y la afectividad normal decae o desaparece por completo.

En los casos leves de Esquizofrenia Simple, la enfermedad pasa frecuentemente inadvertida. Los síntomas expuestos anteriormente, son considerados por la mayoría de la gente (especialmente de escasa cultura) como simples rarezas. Esto nos explica entonces, que el número de casos de Esquizofrenia en su forma Simple sea mucho mayor de lo que nosotros creemos ya que, además, la mayoría de estos enfermos son capaces de desenvolverse en el medio que los rodea, sin llegar por lo tanto, a ser internados en Manicomios.

b) La forma Hebefrénica es considerada como la forma propia de la adolescencia. Se manifiesta por accesos de excitación y depresión separados por leves períodos de calma. Se manifiesta además, por perturbaciones incoherentes, delirantes y alucinatorias.

Dichas alucinaciones provienen de todos los sentidos. Las perturbaciones delirantes son polimorfas, incoherentes; las ideas que por lo general forman la base del delirio, son muy confusas y de variada naturaleza, como por ejemplo: de grandeza, místicas, de persecución, etc.

c) La forma Catatónica debe su nombre al catatonismo (del griego Katatónos- en contracción), y consiste en una contracción tónica de determinados grupos musculares, apareciendo como resultados de esta contracción, actitudes

fijas, estereotipadas.

La forma catatónica de la Esquizofrenia de acuerdo con la concepción de Kraepelin "se manifestaría por períodos depresivos con intercalación de períodos agitados".

Como caracteres predominantes del estado depresivo de la forma Catatónica, podemos mencionar el negativismo la sugestibilidad y la estereotipias.

En el estado de depresión, los enfermos se presentan silenciosos, inmóviles, háy inercia en sus rostros, contracción de sus músculos y además, una tendencia a oponerse a todas las excitaciones ya sean que provengan del exterior o del propio organismo. Esta tendencia recibe el nombre de negativismo.

Como ya se dijo, este negativismo no sólo se limita a excitaciones externas, sino que también a las internas. En efecto, el enfermo se niega a comer, beber, etc.

La sugestibilidad consiste en ceder a las sollicitaciones provenientes del exterior. Los enfermos obedecen lo que se les ordena, mantienen las actitudes o posiciones que se les imponga a sus miembros (catalepsia), sus músculos no ofrecen ninguna resistencia (flexibilidad cérea).

La estereotipia se caracteriza por unatendencia anormal a conservar las mismas actitudes y expresiones de

la fisonomía o a repetir las mismas palabras, los mismos movimientos durante horas, días, semanas y meses.

d) La forma Paranoidea de la Esquizofrenia se caracteriza por concepciones delirantes, generalmente de base alucinatoria y que presentan una mayor fijeza y estabilidad que en las formas anteriormente expuestas.

Según Kraepelin, la forma Paranoidea sería la más tardía, siendo la Hebefrénica la más precoz y la Catatonia la intermedia.

Los síntomas que indican el comienzo de la forma Paranoidea son análogos a los de las demás formas: cefaleas, insomnio, irritabilidad, sospechas y temores infundados, etc. Después sobrevienen las alucinaciones, sobre todo auditivas y visuales, las ideas delirantes.

Después de tener una visión más o menos clara de lo que es la Esquizofrenia, sus variedades, etc. cabe hacernos una pregunta: ¿ Es curable esta enfermedad?.- La Esquizofrenia, según la mayoría de los autores, es incurable. Se presentan a veces remisiones que pueden permitir la vida fuera del Manicomio, pero no permiten una independencia absoluta. El enfermo ha perdido su poder de iniciativa, puede depender de otros y tener cierta puntualidad en lo que se le indique, pero es incapaz de bastarse a si mismo. Puede desempeñar trabajos sencillos siempre que se le vigile y oriente.

En cuanto a la frecuencia de las remisiones, se ha observado que son más frecuentes en las formas Hebefrénicas y Catatónicas.

La Esquizofrenia, generalmente comienza con ataques aislados para llegar gradual e insensiblemente a la demencia terminal en la que los síntomas anteriormente expuestos se acentúan, afectando tanto al campo de la afectividad como el de la voluntad e inteligencia.

C A P I T U L O I I I

LABOR MEDICO-SOCIAL DESARROLLADA EN LA CLINICA

NEURO-PSIQUIATRICA DEL HOSPITAL

DE VIÑA DEL MAR.

DATOS GENERALES SOBRE LA INSTITUCION:

a) Fines:

La Clínica Neuro-Psiquiátrica del Hospital de Viña del Mar funciona desde el año 1933 teniendo como finalidad esencial, diagnosticar y tratar las alteraciones mentales, esforzándose para obtener la recuperación del paciente.

b) Organización:

Esta Clínica cuenta con una Policlínica y con un pequeño Hospital Psiquiátrico, dividido en Servicio para Hombres y Servicio para Mujeres; ambos con una capacidad para 50 enfermos.

LABOR MEDICO-SOCIAL DESARROLLADA CON ENFERMOS MENTALES

EN GENERAL:

a) Labor desarrollada en Policlínico:

Al llegar el enfermo al Policlínico, en la mayoría de los casos y en especial cuando el médico lo solicita,

la Visitadora Social realiza un interrogatorio al enfermo, familiares o amigos que lo acompañan, sobre las causas patológicas, individuales y sociales de su trastorno. Las penas y dificultades que lo afligen, los hábitos, la ocupación, el salario, las alteraciones del carácter, etc., con el objeto de presentar al médico Psiquiatra una visión más o menos clara de la situación en que se encuentra el paciente.

Para que la Visitadora Social pueda llegar a desempeñar eficientemente su labor, debe haber recibido previamente una educación profesional lo más completa posible. Esta educación debe estar fundada en profundos estudios de la psicopatología humana.

Si tomamos en cuenta que los enfermos mentales en la mayoría de los casos tienen antecedentes patológicos y que el ambiente influye muchas veces hasta el punto de ser el determinante de los trastornos mentales, comprendemos entonces, la importancia de la labor que realiza la Visitadora Social como eficaz colaboradora del médico psiquiatra.

Mediante visitas domiciliarias, la Visitadora Social estudia el medio ambiente del cual proviene el enfermo y reúne en forma inteligente aquellos antecedentes que van a dar una idea más clara de los problemas que lo afligen.

Al mismo tiempo, sirve de enlace entre el Policlínico y la familia del paciente con el fin de solucionar los problemas que existan y obtener la normalidad que éste necesita para su recuperación.

Este conocimiento del medio familiar le permite descubrir nuevas psicopatías u otras enfermedades tales como: retardo mental, neurosis, psicosis, alcoholismo, lues, etc., y al mismo tiempo, buscarles solución.

Los servicios de la Visitadora Social pueden ser también solicitados por parientes, amigos o vecinos de un enfermo, quién por sus trastornos, temor o ignorancia no admite ser llevado a examen médico. Es entonces cuando la Visitadora Social después de la investigación detallada del trastorno, se dirigirá hacia el enfermo mismo para convencerlo de la necesidad de acudir a Policlínico.

A menudo la actividad e inteligencia de la V.S. deben emplearse íntegramente en la lucha preventiva contra los trastornos mentales de aquellos enfermos y a los individuos predispuestos a psicopatías, quienes sin necesidad de hospitalización pueden mejorar, acudiendo oportunamente a Policlínico.

Adjunta a esta labor, existe otra de igual importancia y trascendencia que consiste en velar por la continuidad de los controles post hospitalarios de los enfermos

que han sido dados de alta, a fin de que el médico vaya conociendo paso a paso la recuperación del paciente y su adaptación con el medio ambiente.

En lo que se refiere a niños anormales, retardados mentales, con problemas de conducta, sordomudos, etc., la Visitadora Social trata de colocarlos en establecimientos especiales o en su defecto, orientarlo hacia aquellas actividades que su deficiencia psíquica les permita desempeñar.

Cuando se trata de niños que presentan problemas de conducta, por medio de visitas domiciliarias y a la escuela, trata de estudiar las múltiples reacciones de los niños con su ambiente para deducir de ellas, las causas generadoras de los problemas. Una vez efectuado esto, dirige su acción conjunta a la labor psicoterápica del médico, contra los factores posibles de modificar a fin de obtener la normalidad que el niño requiere para su desarrollo.

b) Labor desarrollada en el Hospital Psiquiátrico:

Como se dijo anteriormente, al llegar a llegar el enfermo a Policlínico, se le toman los antecedentes personales, sin embargo, en muchos casos se hace necesaria una investigación más amplia y acabada para completar los datos ya obtenidos en Policlínico. De este modo, la Visitadora Social

va al hogar del cual proviene el enfermo.

Otro aspecto de la labor social para con el paciente hospitalizado, es el mantenerlo en contacto con su medio familiar y aún social, si es posible, pues con enfermos mentales más que con cualquier otra clase de enfermos, se hace imperioso este contacto y la Visitadora Social debe luchar con todos los medios a su alcance para destruir la tendencia tan común de abandonar esta clase de pacientes en la creencia de que no tienen conciencia de lo que ocurre a su alrededor.

Mientras el enfermo permanece hospitalizado, la Visitadora Social en su afán de preparar el ambiente que lo rodeará a su vuelta, trata en una u otra forma, de solucionar los problemas que afectan su hogar ya sean de índole: psicológico, médico, educacional, del trabajo, legales, etc., los que en muchas ocasiones han sido factores coadyudantes del desencadenamiento de los trastornos que los afligen.

En lo concerniente a la labor psicoterápica llevada a cabo con el enfermo mismo, la Visitadora Social a través de entrevistas trata de formarse un concepto en cuanto a su personalidad con el fin de orientarlo hacia futuras actividades que estén de acuerdo con sus aptitudes y capacidades.

Sirven en parte para llevar a cabo este propósito, las reuniones de Labor-Terapia que se efectúan semanalmente, presididas por la Visitadora Social y la Enfermera o Enfermero Jefe de cada Servicio. En ellas, la Visitadora Social hace un estudio de las aptitudes manuales, de la capacidad de interrelación social, espíritu de iniciativa, capacidad de comprensión, constancia, etc., de los pacientes.

Llegado el momento de la mejoría del enfermo, el médico Psiquiatra presenta el caso en Reunión de Servicio en la que lo da de alta previo Informe de la Visitadora Social en cuanto al ambiente que lo recibirá a su vuelta, y de la Enfermera o Enfermero Jefe, en cuanto a las observaciones que han hecho respecto a la conducta, hábitos, etc. demostrados por el enfermo dentro del Servicio.

Constituye también una parte de la labor de la Visitadora Social, una vez que el enfermo ha dejado el Hospital, mantenerlo en permanente contacto con el médico Psiquiatra.

LABOR MEDICO-SOCIAL DESARROLLADA CON ENFERMOS

ESQUIZOPRENICOS:

En general, dada la dificultad que existe para ubicarse frente a las causas determinantes del proceso de cada enfermo, los tratamientos usados hasta ahora son sola-

mente empíricos.

Sin embargo, entre las terapias usadas se distinguen cuatro grupos:

- 1.- Terapias de interés histórico.
- 2.- Terapias de shock.
- 3.- Terapias quirúrgicas.
- 4.- Psicoterapia.

1.- En relación al primer grupo, diremos solamente que, si bien es cierto en su tiempo provocaron grandes esperanzas, éstas fueron desvaneciéndose, pues se comprobó que las mejorías obtenidas eran iguales a las remisiones espontáneas.

2.- En lo que se refiere a las terapias del shock, podemos decir que se cuenta con:

- a) Tratamiento de Von Meduna (Cardiazol).
- b) Tratamiento de Cerletti y Bini (Electro-shock).
- c) Cura de Sakel (Insulina).

Considerando que hasta ahora se ignora las causas precisas de la Esquizofrenia, no podemos especificar en qué forma actúan estos tratamientos, pero se sabe que producen un cambio en la personalidad.

3.- Entre las terapias quirúrgicas, tenemos la Lobotomía que consiste en seccionar las uniones entre el

lóbulo frontal y el cerebro medio, pues se supone que de éste proviene la agresividad y una vez cortadas las uniones no se manifiesta, produciendo también un cambio en la personalidad.

4.-Psicoterapia; Según lo expuesto por los Dres. Luis Acevedo Castillo y Luis Marty Calvo en un trabajo sobre "Tratamiento de la Esquizofrenia", presentado a la V Reunión de las Jornadas Neuropsiquiátricas Nacionales, realizada en Concepción en Noviembre de 1948, podemos decir que la Psicoterapia en esta enfermedad se aplica en dos sentidos:

a) Como tratamiento básico de la Esquizofrenia:

En esta forma ha dado resultados negativos ya que un gran número de casos fracasa totalmente, en unos pocos los resultados son dudosos y en los menos, se obtiene resultados positivos.

La dificultad del tratamiento psicoterápico se comprende por la organización psicológica de la enfermedad en que dominan los elementos narcisistas y, por lo tanto, es muy difícil conseguir establecer rapport con el enfermo, quién constantemente se defiende del mundo exterior en el que siempre ve amenazas.

b) Psicoterapia como cóadyudante de otras Terapias:

En este proceso podemos distinguir tres etapas bien diferenciadas:

1° Psicoterapia en el período agudo:

Es este el momento en que el médico Psiquiatra se capta la simpatía del paciente haciéndole perder el temor por lo que lo rodea, haciéndole que tenga confianza en si mismo, etc. En otras palabras, es este el momento en que se establece el rapport.

2° Psicoterapia realizada durante la aplicación del tratamiento:

Ya sea éste a base de insulina , cardiazol, electro-shock, etc., a fin de hacer más continua esta confianza en si mismo.

3° Esta tercera etapa está constituida por la ayuda dirigida hacia la adaptación del paciente mejorado, a su vuelta al hogar.- Es precisamente en esta etapa , donde juega un importante rol la labor de la Visitadora Social, quién basada en una sólida preparación técnica y haciendo uso de sus condiciones humanas, trata de eliminar, o en su defecto, de modificar el ambiente que rodeará al enfermo a fin de que no encuentre en él, los elementos psicológicos que lo

llevaron hacia el desarrollo de su trastorno.

Una vez efectuado esto, trata de solucionar todos los problemas que se presentan, con el objeto de obtener la normalidad que el paciente necesita para su recuperación.

Corresponde también a la Visitadora Social, velar porque el paciente mantenga contacto con el Médico Psiquiatra a fin de que éste conozca paso a paso su recuperación y sus reacciones frente a los diversos estímulos a su vuelta al hogar.

NOTA:

La primera parte de este Capítulo fué redactada en colaboración con la Srta. Beatriz Blanchard, quién la incluirá en su Memoria.

C A P I T U L O I V

IMPORTANCIA SOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA.

Sin lugar a dudas, podemos decir que la Esquizofrenia es una enfermedad social, por cuanto alcanza a un gran número de personas ya sea en forma transitoria o permanente, ocasionando a la colectividad, daños materiales y morales, que comprometen el bienestar, el progreso y la seguridad de sus componentes.

Si consideramos que el número de esquizofrénicos va en aumento, nos detendremos a pensar en lo que ello significa para la familia en primer término, luego para la colectividad y por último, para la economía del país.

El peligro que constituye la Esquizofrenia es cada vez mayor. Parece ser un hecho que la civilización, las complicaciones de la vida moderna, crean a menudo al indi-

viduo situaciones angustiosas que traen consigo el trastorno de sus facultades mentales. Parece que con ello, el hombre pagara tributo por su afán de progreso y condiciones de vida que el mismo se impone.

Para comprender mejor la enorme importancia social de la Esquizofrenia y al mismo tiempo, la importancia del Servicio Social Psiquiátrico, observemos y analicemos la situación en que se encuentran los enfermos esquizofrénicos egresados de la Clínica Neuro-Psiquiátrica del Hospital de Viña del Mar, durante el año 1948.

A través de los cuadros que se exponen a continuación, veremos cómo y hasta que punto ciertos factores, ya sean ambientales o de la personalidad, tienen influencia en este proceso de disociación del psiquismo que es la Esquizofrenia.

Al considerar estos factores, no pretendemos afirmar que unos u otros constituyen la enfermedad misma, soalmente queremos analizar la situación de esos enfermos, tratando de explicarnos hasta que punto pueden influir en el desencadenamiento de dicho proceso.

SEXO DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS EGRESADOS DURANTE
EL AÑO 1948.

<u>SEXO</u>	<u>TOTAL CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Mujeres	24	59,4%
Hombres	35	40,6%

Este cuadro nos da una idea del número de esquizofrénicos por sexo. El primer lugar lo ocupan las mujeres con 59,4%, en tanto que los hombres constituyen el 40,6% del número total de enfermos.

Cabe hacer notar que a través de este cuadro se observa un ligero predominio de las mujeres sobre los hombres que padecen de esquizofrenia.

ESTADO CIVIL DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS EGRESADOS
DURANTE EL AÑO 1948.

<u>ESTADO CIVIL</u>	<u>TOTAL CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Solteros	44	74,5%
Casados	12	20,2%
Viudos	1	1,8%
Se ignora	2	3,6%

El cuadro anterior nos revela el Estado Civil del total de 59 enfermos esquizofrénicos egresados durante el año 1948.

El primer lugar lo ocupan los solteros con un 74,5%, en tanto que los casados constituyen sólo un 20,2% y los viudos el 1,8%.

Esta diferencia se explica si consideramos que la mayoría de estos enfermos cuenta con una edad comprendida entre los 15 y los 20 años.

EDAD DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS EGRESADOS DURANTE EL AÑO 1948.

<u>EDAD</u>	<u>TOTAL CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Hasta los 20 años	19	32,2%
De 20 a 25 años	11	18,7%
De 25 a 30 años	11	18,7%
De 35 a 40 años	2	3,3%
De 40 a 45 años	4	6,7%
De 45 adelante	2	3,3%

El cuadro anterior nos muestra la frecuencia de la Esquizofrenia en las diferentes edades.

El primer lugar corresponde al grupo que comprende entre los 10 a 20 años con un 32,2%. El segundo lugar lo tienen el grupo que incluye desde 20 a 25 años con un 18,7% y el grupo que comprende desde 25 a 30 años, también con un 18,7%. Les sigue el grupo comprendido entre los 30 y 35 años con un 16,9%; luego el grupo que comprende entre 35 y 40 con un 3,3% y por último, el grupo comprendido desde los 45 años adelante con un 3,3%.

Observando este cuadro, llegaremos a la conclusión de que la Esquizofrenia, como lo afirman muchos autores, es más frecuente en el comienzo de la edad adulta y período me dio de la vida y mucho menos en la niñez y en la proximidad de la vejez.

Aquellos que vemos en los grupos comprendidos entre los 35 a 50 años y que corresponden a un 13,3 %, son se guramente enfermos crónicos que han llegado a la edad adulta y han podido ser dados de alta porque su estado les permite convivir con sus familiares y con el medio que los rodea.

HERENCIA DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS EGRESADOS
DURANTE EL AÑO 1948.

EN ASCENDIENTES

<u>HERENCIA</u>	<u>TOTAL DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Alcohólica	14	23,7%
Psicosis y neurosis	11	18,7%
Lues	1	1,8%
Tuberculosis	1	1,8%
No hay herencia	23	38,9%
Se ignora	9	15,3%

EN DESCENDIENTES

(No hay herencia).

En este cuadro observamos que el mayor porcentaje lo ocupa el grupo que no tiene herencia. Luego viene el grupo que tiene herencia alcohólica, con un 23,7%. Le sigue el grupo con herencia de neurosis y psiconeurosis con un 18,7%.

¿ Constituye el alcoholismo un factor determinante de la Esquizofrenia? Indudablemente nó, pero como engendrador de enormes y graves problemas, puede ser también el creador de terrenos propicios para ella,.

Además, el alcoholismo puede ser una manifestación de la personalidad neurótica o psicótica del progenitor y puede crear alteraciones en sus descendientes.

En cuanto a la herencia de sífilis y tuberculosis, sabemos que son las infecciones crónicas más importantes por sus efectos.

La sífilis actúa como causa predisponente atacando el germen, el embrión o el feto, o como causa determinante, atacando las células nerviosas. Constituye así, el factor más importante en la pérdida de la salud mental y la causa de la salud determinante precisa de afecciones como la parálisis general.

En cuanto a la acción de la tuberculosis en la Esquizofrenia, mucho se ha discutido al respecto. Sin embargo, no origina cuadros específicos mentales, sino que actúa como una infección cualquiera originando síndromas del tipo de delirio febril.

Más características de esta enfermedad son los trastornos del carácter y en general, de la afectividad.

PERSONALIDAD DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS

EGRESADOS DURANTE EL AÑO 1948.

MUJERES

<u>PERSONALIDAD</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Hay pers.esquizoide?	31	88,6%
No hay pers.esquizoide	4	11,4%

HOMBRES

<u>PERSONALIDAD</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Hay pers.esquizoide?	23	95,8%
No hay pers.esquizoide	1	4,2%

A través de estos cuadros observamos que en ambos sexos los primeros lugares los ocupan aquellos enfermos que, antes de presentar sus primeros ataques, han sido seres de personalidad esquizoide.

Seres que, como se dijo en un Capítulo anterior, han vivido amargados, desconfiados, introvertidos, descontentos con lo que les rodea. Seres que, en la mayoría de los casos, han sido considerados por su medio como

personas raras y que , sin que se les preste mayor atención, poco a poco han ido aislándose y construyendo y viviendo un mundo propio hasta llegar a refugiarse en su esquizofrenia como medio de defensa de los ataques que ellos ven en el mundo exterior.

De aquí surge entonces, la importancia de la Higiene Mental y con ella la importancia del Servicio Social Psiquiátrico como un medio eficaz de prevenir las enfermedades mentales ya que, mediante una acción Social bien dirigida puede solucionar conflictos que en muchos casos , llevan inevitablemente al individuo, al desequilibrio de sus facultades mentales.

GRADO DE INSTRUCCION DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS

EGRESADOS DURANTE EL AÑO 1948.

<u>GRADO DE INSTRUCCION</u>	<u>MUJERES</u>		<u>HOMBRES</u>	
	<u>Nº CASOS</u>	<u>%</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>%</u>
Analfabetos	5	14,1%	5	20,8%
1º a 3º prim.	6	16,9%	5	20,8%
3º a 6º prim.	12	34,2%	6	24,6%
1º a 3º Hdes.	5	14,2%	3	12,4%
3º a 6º Hdes.	1	2,9%	-	---
Universidad	-	---	-	---
Especial	1	2,9%	1	4,1%
Se ignora	5	14,2%	4	16,6%

A través de este cuadro observamos que, el grado de instrucción del grupo, en general es bajo.

Si comparamos los porcentajes de los hombres con los de las mujeres, vemos que éstas, tienen un más alto grado de escolaridad lo que se explica si tenemos presente que, en la mayoría de los hogares de nuestra clase obrera, los niños deben empezar a trabajar cuando apenas cuentan con escasos años de edad.

Bien sabemos que, el desempeño de trabajos

prématurados, hace que el individuo no cumpla con satisfacción y alegría esta misión, sino, por el contrario, vea en ella una especie de esclavitud. De aquí, surgen entonces, seres amargados, atormentados y agobiados por un deseo insatisfecho, el que sería realizado mediante una orientación profesional adecuada.

OCUPACION DE LOS ENFERMOS ESQUIZOPRENICOS EGRESADOS
DURANTE EL AÑO 1948.

<u>NATURALEZA DEL TRAB.</u>	<u>MUJERES</u>		<u>HOMBRES</u>	
	<u>Nº Casos</u>	<u>%</u>	<u>Nº Casos</u>	<u>%</u>
Trabajo fijo	9	25,7	6	25
Trabajo ocasional	4	11,4	13	54,1
Estudiantes	1	2,8	4	16,6
Sin ocupación	21	60	1	4,1

En cuanto a los hombres, podemos observar que el primer lugar lo ocupan aquellos enfermos que tienen trabajo ocasional, con un 54,1 %. Luego vienen aquellos que desempeñan un trabajo fijo, con un 25 %. El tercer lugar lo ocupan aquellos que estudian, con un 16,6 %, y por último,

los enfermos sin ocupación, con un 4,1 %.

En lo que se refiere a las mujeres, el primer lugar lo ocupan aquellas enfermas sin ocupación, con el 60 %. El segundo lugar corresponde a las que desempeñan un trabajo fijo, con un 25,7 %. Luego vienen las que tienen trabajo ocasional, con 11,4 % y por último, las enfermas que estudian, con un 2,8 %.

Ahora bien, si establecemos comparación entre ambos sexos, podremos observar que el mayor porcentaje de estos enfermos está constituido por aquellos que trabajan en forma ocasional, y por aquellos que no tienen profesión determinada. Nos indica además, que la mayoría de ellos, son incapaces de desempeñar un trabajo en forma estable, pues constantemente, están iniciándose en alguna actividad, sin llegar a perseverar en ella.

De aquí, surge nuevamente la importancia del Servicio Social Psiquiátrico, quién les abre nuevos horizontes de vida, orientándolos hacia aquellas actividades que estén de acuerdo con sus aptitudes y capacidades.

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

SITUACION ECONOMICA DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS
EGRESADOS DURANTE EL AÑO 1948.

<u>CALIFICACION</u>	<u>MUJERES</u>		<u>HOMBRES</u>	
	<u>Nº Casos</u>	<u>%</u>	<u>Nº Casos</u>	<u>%</u>
Buena	10	28,8	---	---
Regular	11	31,4	-6-	25
Mala	5	14,2	8	33,4
Pésima	3	8,5	5	20,8
Se ignora	6	17,1	5	20,8

En estos cuadros podemos apreciar la situación económica de los enfermos esquizofrénicos egresados durante el año 1948.

En lo que se refiere a los hombres, ocupan el primer lugar con un 35,4 %, aquellos que tienen mala situación económica. Luego vienen los que viven en regulares condiciones, con un 25 %, y por último, los que viven en pésimas condiciones y aquellos cuyas condiciones de vida se desconoce por no poderlos ubicar.

En cuanto al grupo de las mujeres, el primer lugar lo ocupan aquellas que viven en regulares condiciones, con un 31,4 %. Les siguen aquellas que tienen bue-

na situación económica, con un 23, 2 %. Luego, las que viven en malas condiciones, con un 14,2 % y por último, aquellas cuya situación es pésima, con un 8,5 %.

Si establecemos comparación entre ambos cuadros, podemos observar que, en general, las mujeres viven en mejores condiciones. Hecho que se explica si pensamos que la mayoría de estas mujeres viven de lo que sus padres, cónyuges o familiares les proporcionan. Y si trabajan, solamente cooperan al presupuesto familiar. En cambio, los hombres en estos casos, son o los principales contribuyentes o el único sostén de sus hogares.

COOPERACION DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS EGRESADOS
DURANTE EL AÑO 1948, A LA ECONOMIA DEL HOGAR.

<u>COOPERACION</u>	<u>MUJERES</u>		<u>HOMBRES</u>	
	<u>Nº Casos</u>	<u>%</u>	<u>Nº Casos</u>	<u>%</u>
Unico sostén	2	5,7	9	37,5
Principal contrib.	3	8,6	2	8,3
Coopera al presup.	5	14,3	2	8,3
No coopera	23	65,7	8	33,3
Se ignora	2	5,7	3	12,6

Al analizar este cuadro observamos que entre los hombres, el 37,5 % de los casos, son el único sostén de sus hogares, mientras que entre las mujeres, sólo el 5,7% tienen esta responsabilidad.

Otro rubro importante de destacar, es el constituido por aquellos enfermos que no cooperan al presupuesto familiar. Entre los hombres tenemos un 33,3 %, mientras que entre las mujeres tenemos un 65,7 %. Estas cifras nos indican que, un gran número de enfermos permanece en sus hogares sin desempeñar actividad alguna, constituyendo por lo tanto, una carga para sus familiares.

N° DE INGRESOS AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DE ENFERMOS
ESQUIZOFRENICOS EGRESADOS DURANTE EL AÑO 1948.

<u>N° DE INGRESOS</u>	<u>N° CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1° ingreso	21	35,5 %
2° ingreso	12	20,3 %
3er ingreso	7	11,8 %
4° ingreso	6	10,4 %
5° ingreso	6	10,4 %
6° ingreso	2	3,3 %
7° ingreso	2	3,3 %
Se ignora	3	5 %

A través de este cuadro observamos que el primer lugar corresponde a aquellos enfermos que han ingresado por primera vez al Servicio de Psiquiatría. Luego vienen aquellos que cuentan con dos ingresos. Siguen los enfermos que cuentan con un tercer, cuarto, quinto, sexto y séptimo ingreso.

De este cuadro se desprende también, la importancia de la labor Psicoterápica realizada de común acuerdo entre el médico Psiquiatra y la Visitadora Social, con el propósito de preparar al individuo en el sentido de darle a conocer medidas de higiene mental y al mismo tiempo, evitarle que a su egreso tropiece nuevamente con aquellos factores psicológicos que posiblemente fueron las causas determinantes o coadyudantes del desequilibrio mental que lo aqueja.

Después de observar este cuadro nos preguntamos indudablemente ¿todos los enfermos esquizofrénicos llegan al Manicomio o Clínica Psiquiátrica?. Contestaremos que no, que un gran número de ellos deambulan en la colectividad como un grupo de seres amargados, desambientados.

Estos individuos que existen perdidos o confundidos en el ir y venir de la vida colectiva, son a menudo, incapaces de valerse por sí solos; son inadaptados,



pero un estudio más profundo de ellos, nos llevará a comprender que son seres, hasta cierto punto adaptables a las dificultades que la vida les presenta, siempre que se les estimule y se les prepare en forma inteligente para ello; por medio de una labor psicoterápica adecuada.

CONDICIONES DE ALTA DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS
EGRESADOS DURANTE EL AÑO 1948.

<u>CONDICION DE ALTA</u>	<u>MUJERES</u>		<u>HOMBRES</u>	
	<u>Nº Casos</u>	<u>%</u>	<u>Nº Casos</u>	<u>%</u>
Mejorados	32	91,3	13	54,1
Igual cond.ret.fam.	2	5,8	1	4,1
Igual cond.trasl.Manic.	--	----	1	4,1
Igual cond.trasl.Open D.	--	----	7	29,1

En este cuadro observamos las condiciones de alta de los enfermos esquizofrénicos egresados durante el año 1948. Vemos que el primer lugar lo ocupan aquellos enfermos que han mejorado, con un 91,4 % en las mujeres y con 57,7 % entre los hombres.

Ocupan el segundo lugar aquellos enfermos crónicos trasladados a otros Servicios.

De este análisis, se desprende también la indiscutible necesidad del Servicio Social Psiquiátrico. Bien sabemos que la Esquizofrenia en la mayoría de los casos, no cura radicalmente, pero sus trastornos pueden remitir al extremo de permitir una cura social. Sabemos también que en estos enfermos ha disminuido su capacidad de trabajo, que por falta de interés, de decisión, de constancia; de temor por la vida misma, por las realizaciones prácticas, etc, son seres incapaces de valerse por sí solos.

De lo anteriormente expuesto, llegamos una vez más, a la conclusión de que es preciso velar porque estos enfermos posean aquellos medios que les son indispensables a su vuelta a la vida colectiva, en la que no debe faltarles una vigilancia continuada y discreta.

¿Ahora bien, quién otro que el Servicio Social Psiquiátrico puede llevar a feliz término este propósito?

Nº DE ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS EGRESADOS DURANTE EL AÑO 1948 Y QUE REINGRESARON EL MISMO AÑO.

<u>Nº Enf. Egresados</u>	<u>Nº Enf. reingres.</u>	<u>Porcentaje</u>
Mujeres 35	8	22,8 %
Hombres 24	4	16,6 %

En este cuadro observamos el número de enfermos que reingresaron el mismo año en que fueron dados de alta.

El primer lugar lo ocupan las mujeres con un 22,8 %, en tanto que los hombres sólo ocupan el 16,6 %.

Este cuadro nos indica además, el éxito obtenido en los tratamientos realizados.

SITUACION ACTUAL DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS EGRESADOS DURANTE EL AÑO 1948.

<u>SITUACION</u>	<u>MUJERES</u>		<u>HOMBRES</u>	
	<u>Nº CASOS</u>	<u>PORCEN.</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>PORC.</u>
En el hogar adaptados socialmente	18	51,5	8	33,3
En el hog. trab. pero difficult. adaptados	3	8,5	2	8,4
En el hog. sin trab. manifiestamente enf.	4	11,4	1	4,2

<u>SITUACION</u>	<u>MUJERES</u>		<u>HOMBRES</u>	
	<u>Nº CASOS</u>	<u>%</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>%</u>
EN la Clínica Psi- del Hosp.de Viña.	5	14,3	1	4,2
En el Open Door	-	---	6	25
En Hospicio	1	2,9	2	8,2
En Manicomio	-	---	1	4,2
Fallecido por suicidio	1	2,9	-	---
Se ignora	3	8,5	3	12,5

A través de este cuadro observamos que el primer lugar lo ocupan aquellos enfermos que se encuentran en el hogar prácticamente curados y adaptados socialmente con un 33,3 % entre los hombres y, con un 51,5 % entre las mujeres.

Ocupan el segundo lugar aquellos que se encuentran en el hogar, pero dificultosamente adaptados, con un 8,4 % entre los hombres y con 8,5 % entre las mujeres.

El tercer lugar lo ocupan aquellos enfermos que se encuentran en sus hogares manifiestamente

enfermos y que por negligencia, ignorancia o incomprensión de sus familiares, no han sido nuevamente hospitalizados, constituyendo por lo tanto, un serio peligro para sus familiares en primer término y luego , para la colectividad.

He aquí otro aspecto en el que debe intervenir el Servicio Social Psiquiátrico : vencer inteligentemente la resistencia de los familiares de los enfermos y muchas veces la de éstos mismos, a fin de colocarlos en contacto con el médico Psiquiatra.

C A P I T U L O V

EXPOSICION Y ANALISIS DE SEIS CASOS ESTUDIADOS.

A continuación, se exponen seis casos que han sido estudiados en colaboración con el médico Psiquiatra, en un término medio de cuatro meses, durante los cuales, se les visitó constantemente en sus hogares y lugares de trabajo, con el fin de apreciar sus reacciones frente a los diversos estímulos y al mismo tiempo, para colocarlos en contacto con el Médico Psiquiatra.

Se exponen en primer término, los datos de identificación, luego los antecedentes hereditarios, antecedentes personales, un resumen de la enfermedad actual y de la labor social efectuada.

Como veremos, a través de esta exposición encontraremos muchos de los factores ya expuestos en los Capítulos precedentes.

CASO N° 1 : A.P.L.

Fecha de Ingreso : 28 de Julio de 1948
Nacionalidad : chileno
Instrucción : 2° año de Comercio
Ocupación : Sin ocupación
Edad : 31 años
Estado Civil : Soltero
Diagnóstico : Esquizofrenia en un alcohólico
Fecha de alta : 28 de Octubre de 1948
Condiciones de alta: Se fuga en iguales condiciones.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padre alcohólico ,
fallecido de una afección hepática. Madre vive, aparente-
mente sana. Cinco hermanos menores, aparentemente sanos.

Un tío paterno sufrió de una enfermedad men-
tal. No hay otros antecedentes neuropsiquiátricos en la
familia.

ANTECEDENTES PERSONALES: El enfermo es el ma-
yor de sus cinco hermanos. Nació de parto normal. Primera
infancia normal. Siempre fué un niño regalón y cariñoso
con sus padres y hermanos. Amistoso y juguetón.

A los siete años ingresó a la escuela en donde

cursó hasta el sexto año primario, siendo un buen alumno. Más tarde, pasó a estudiar al Instituto Comercial en donde cursó hasta el 2º año, debiendo retirarse para empezar a trabajar y ayudar a su madre (viuda), en la manutención de su hogar. Se inició como aprendiz en una imprenta. Trabajo que, según sus declaraciones, era muy de su agrado.

En cuanto al aspecto sentimental, al parecer ha sido retraído.

Fuma poco, sin embargo, bebe mucho.

ENFERMEDAD ACTUAL: Hace más o menos cinco años, durante una noche, empezó su enfermedad. Sin haber bebido, tuvo vómitos y simultáneamente, vió que una multitud de hombrecitos rodeaba su cama. El enfermo manifiesta que estaba convencido de que se trataba de alucinaciones "por no poder tocarlos". Fué hospitalizado en el Manicomio Nacional; se ignora el diagnóstico, pero se sabe que le hicieron tratamiento con sulfatiazol y estriquina.

En este establecimiento oyó voces que lo mandaban precipitarse desde el 2º piso; obedeciendo estas órdenes se lanzó y se fracturó la columna vertebral.

Fué dado de alta mejorado. Poco tiempo más tarde, nuevamente empezó a tener alucinaciones, por lo que fué hospitalizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Viña del Mar, en Julio de 1945. Permaneció cuatro

meses en este Servicio, dándose de alta como mejorado, en Noviembre del mismo año.

Durante el tiempo que permaneció fuera del Hospital, trabajaba ocasionalmente como cobrador de góndola. Bebía moderadamente, pero nunca dejó de tener alucinaciones.

En Julio de 1948, ingresa nuevamente al Servicio, después de haber estado bebiendo durante seis días, al término de los cuales, tuvo alucinaciones, intercepciones del pensamiento, delirio de influencia. Tuvo además, intentos de suicidio y varias veces trató de huir de su casa para arrojarse al mar.

Permaneció tres meses en el Servicio en donde se le hizo tratamiento a base de electro-shock. En Octubre de 1948 se fuga y como no vuelve, se le da de alta en iguales condiciones.

LABOR SOCIAL EFECTUADA: Al tomar este caso, se comprueba que el enfermo vive con su madre viuda en casa de una hermana casada de buena situación económica.

Permanece en casa sin salir a la calle, pues "oye voces que lo insultan y amenazan de muerte". A menudo sus familiares lo sorprenden hablando y riendo solo.

Se niega ir a examen médico por lo que sus

familiares no han insistido al respecto.

A través de numerosas y continuas visitas domiciliarias, se trató de establecer rapport con el enfermo, quién se demostró muy desconfiado al comienzo. Después de varias entrevistas, se consiguió convencerlo de la necesidad de que fuera a examen médico al Policlínico al que asistió recién en Febrero de 1949 y en donde el Médico Psiquiatra le inició tratamiento ambulatorio de electro- shock.

Se conversó en muchas oportunidades con el enfermo, tratando de despertar en él, interés por algún trabajo, el que junto con ser un medio de distracción, sería un medio para ganarse la vida. Fué así como con su aprobación, se consiguió que trabajara como cobrador de gondola tres días a la semana, el resto lo dejaría libre para seguir su tratamiento.

Además, y como deseaba trabajar en una imprenta, se hizo los trámites necesarios para obtener una vacante, la que todavía no se produce.

A pesar de los esfuerzos desplegados, el enfermo coopera muy poco en su recuperación. A menudo no realiza lo que se había propuesto y ha sido preciso actuar con él, al igual que si fuera un niño, en el sentido de entusiasmarlo por alguna actividad y luego, para que prolongue ese

entusiasmo.

Trabaja y asiste a control post hospitalario siempre que se le estimule a ello, pues carece de iniciativa.

En cuanto a la actitud de sus familiares, fué muy poca la colaboración que de ellos se obtuvo, ya que consideran al enfermo solamente como una carga que deben soportar.

CASO N° 2 : D.O.Z.

Fecha de ingreso : 23 de Febrero de 1948
Nacionalidad : chileno
Instrucción : 3er. año primario
Ocupación : pastelero
Edad : 17 años
Estado civil : soltero
Diagnóstico : Esquizofrenia Hebefrénica en una personalidad esquizotímica.
Fecha de Alta : 17 de Julio de 1948.
Condic.de Alta : mejorado.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Madre aparentemente sana. Padre bebedor consuetudinario. La única hermana del enfermo falleció de parálisis a la edad de 46 años.-Se desconocen mayores antecedentes hereditarios.

ANTECEDENTES PERSONALES: EL enfermo es el segundo hijo del matrimonio de sus padres. Nació de parto normal. Se alimentó de leche materna aproximadamente hasta los 8 meses. Dentó y anduvo a edad normal, pero habló recién a los cuatro años de edad, haciéndolo en forma defectuosa, pues hasta la fecha tartamudea.

Durante su infancia sufrió de tifus y sarampión

pulmonar de la que actualmente se encuentra recuperado.

De pequeño fué sumamente reservado, poco amistoso. Cuando se le hablaba, a veces contestaba, otras nó.

A la edad de 8 años ingresa a la escuela cursando solamente hasta el 3er. año primario, pues " tenía mala memoria y le costaba aprender". Empezó a trabajar como lustrabotas, trabajo al parecer, de su agrado.

No tiene amigos ni le gusta pasear ni distraerse. Después de haber trabajado un tiempo como lustrabotas, se cansó de este oficio y empezó a trabajar como ayudante de pastelero.

ENFERMEDAD ACTUAL: Su trastorno comienza más o menos un mes antes de su ingreso. Al comienzo, se acentuó su mal carácter, se tornó más retraído que de costumbre. Continuamente se quejaba de dolores de cabeza y de insomnio por lo cual se retiró del trabajo, permaneciendo en su casa sin querer salir ni ver a nadie.

Luego, estos síntomas se acentuaron, tenía ideas incoherentes repitiendo a menudo frases como : "esos bultos chicos que se van agrandando no me dejan dormir", " hay que matar a los judíos, yo soy chileno", "si mi patrón es judío y me dá puras papas cocidas", etc.

Tiene crisis de pérdida de conocimientos seguidas de agresividad y excitación.

Es por eso que se le hospitaliza en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Viña del Mar, en donde se le diagnostica: Esquizofrenia Hebefrénica y se le somete a tratamiento a base de insulina y electro shock.

Durante seis meses permanece hospitalizado, al término de los cuales, es dado de alta como mejorado.

LABOR SOCIAL EFECTUADA: Al visitar por primera vez el hogar del enfermo, se supo que éste permanecía en casa sin querer salir a trabajar y sin dar algún motivo al respecto, apesar de que la situación económica es muy deficiente, pues el padre trabaja sólo ocasionalmente y la mayor parte de su salario lo invierte en beber.

Además, desde su egreso, el enfermo no había asistido a control post hospitalario.

Se tuvo numerosas entrevistas con el enfermo y con sus familiares, con el fin de formarse un concepto en cuanto a su personalidad y orientarlo hacia alguna actividad de acuerdo con sus aptitudes y capacidades.

Después de un tiempo, empezó a trabajar como repartidor de mercaderías en un almacén en el que le tenían

toda clase de consideraciones. Permaneció aquí, más o menos un mes, al término del cual, se retiró manifestando que era mucho trabajo para él.

Estuvo dos semanas sin trabajar. En casa ayudaba a su madre en las labores domésticas y no demostraba el mayor interés por salir a trabajar.

Nuevamente se inició una labor de convencimiento y después de varias entrevistas, el enfermo manifestó sus deseos de empezar a trabajar como lustrabotas para aprovechar los meses de Verano. Fué así como se le consiguió el permiso Municipal y los materiales necesarios. Empezó con mucho entusiasmo esta nueva actividad, pero luego se aburrió y dejó de salir a trabajar.

Más tarde, y después de mucho insistir, empezó a trabajar como copero en un bar. Lugar en que se encuentra muy acostumbrado y del que hasta ahora no ha manifestado deseos de retirarse. Sus patronos se encuentran muy contentos con su labor, pues ha demostrado ser muy trabajador, honrado y respetuoso.

Asiste periódicamente a control post hospitalario . - En cuanto al vicio del padre, ha sido muy poco lo que se ha obtenido. Sigue bebiendo aún cuando lo hace con menos frecuencia.

En todo momento se ha contado con la amplia colaboración de la madre con quién se planeó un programa de actividades a fin de que su hijo se distraiga sanamente en sus horas libres.

CASO N° 3 : L.L.R.

Fecha de ingreso : 23 de Septiembre de 1948
Nacionalidad : chilena
Instrucción : 3° primario
Ocupación : labores de casa
Edad : 17 años
Estado civil : soltera
Diagnóstico : Esquizofrenia Hebefrénica
Fecha de Alta : 23 de Noviembre de 1948
Condic.de Alta : mejorada.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padre falleció de ataque cardíaco, era bebedor consuetudinario. Madre viva, aparentemente sana. Son seis hermanos, aparentemente sanos. Un tía materna era "trastornada". Se desconocen otros antecedentes neuropsiquiátricos.

ANTECEDENTES PERSONALES: La enferma nació de término, parto normal. Comenzó a hablar y a andar más o menos al año de edad. Habría sido siempre muy sana.

Según declaraciones de la madre, la enferma siempre fué cariñosa y juguetona con sus hermanos.

A la edad de siete años y como recién había fallecido el padre, la niña fué internada en una Escuela Hogar en donde permaneció cuatro años, cursando solamente hasta el tercer año primario, pues le era muy difícil aprender, dada su mala memoria. Debido a esto, fué retirada de la escuela y llevada a su hogar, en donde ayudaba a su madre en las labores domésticas. En casa su madre empezó a observar en ella una marcada tendencia a permanecer sola, sin compartir los juegos y demás actividades de sus hermanos.

Salía muy poco, y casi no tenía amigas. A menudo asistía a la Iglesia evangélica (toda su familia practica esta religión), en donde permanecía largas horas meditando.

ENFERMEDAD ACTUAL: Más o menos un mes antes de su hospitalización, se quejaba de fuertes cefaleas y se le notaba mucho más callada que de costumbre; pasaba en su pieza llorando y leyendo la Biblia.

A los pocos días la llevan como de costumbre a la Iglesia y allí tuvo una crisis de risa y llanto. Al mismo tiempo, comenzó a bailar. La llevaron a casa y allí siguió llorando y hablando en forma incoherente. Al parecer, tenía pseudopercepciones auditivas y visuales, pues veía angeles , diablos , etc.

Por último se tornó agresiva, tratando de golpear a sus familiares y especialmente a su madre, a quién no podía ver.

Debido a esto, fué hospitalizada en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Viña del mar, con el diagnóstico de Esquizofrenia Hebefrénica.

Después de dos meses de hospitalización y luego de habersele efectuado tratamiento a base de insulina y electro shock, la enferma fué dada de alta como mejorada.

LABOR SOCIAL EFECTUADA: Durante el tiempo que estuvo hospitalizada la enferma, se conversó periódicamente con ella a fin de llegar a formarse un concepto de su personalidad.

A través de estas entrevistas y de las sesiones de labor terapia, se observó el interés de/mostrado por

la enfermita en cuanto a la ejecución de labores manuales.

También se conversó en repetidas oportunidades con la madre y con el hermano mayor de la enferma, quienes en todo momento se mostraron interesados por su recuperación y por lo tanto, dispuestos a colaborar en la adaptación de la niña a su vuelta al hogar.

Una vez que fué dada de alta, la enfermita llegó a su hogar, donde tanto la madre como sus hermanos, estaban dispuestos a seguir las indicaciones sugeridas en cuanto al trato que debían tener para con ella.

De este modo, la enfermita permanece en su hogar, ayudando a su madre en las labores de casa. Constantemente sale con sus hermanos. Asiste ocasionalmente a la Iglesia.

También asiste constantemente a control post hospitalario.

En este caso, la labor social estuvo siempre dirigida a obtener la adaptación de la enfermita a su vuelta al hogar. No hubo otros problemas que atender.

CASO N° 4 : V.S.T.

Fecha de ingreso : 23 de Marzo de 1948
Nacionalidad : chileno
Instrucción : 6° año Comercio
Ocupación : Sin ocupación
Edad : 21 años
Estado Civil : soltero
Diagnóstico : Esquizofrenia Catatónica
Condic. de alta : mejorado.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Madre viva, aparentemente sana. No acusa antecedentes de enfermedades mentales o nerviosas.

Padre fallecido en un naufragio. Habría sido sano. Una tía paterna del enfermo tuvo una psicosis de origen desconocido en la juventud.

El enfermo tiene seis hermanos aparentemente sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES: El enfermo es el tercero de sus seis hermanos. Nació de parto normal. Alimentado en leche materna hasta el año de edad. Habló y anduvo al año y meses.

Fués sano durante su infancia y demostró tener una inteligencia muy despierta, motivo por el cual, era considerado por los suyos, como un niño extraordinario.

El padre del enfermo pereció en un naufragio cuando éste contaba con escasos años de edad, produciéndose en su hogar, graves trastornos y un completo cambio de la situación económica.

Cuando el niño tenía cinco años de edad, su madre contrajo segundas nupcias. A pesar de los cortos años del menor,, parece que este hecho, influyó enormemente en él. Expresa que nunca quiso a su padrastro por el mal trato que daba a su madre.

Más o menos a los siete años de edad, el niño comenzó a tartamudear. Tartamudeo que se ha ido agudizando al extremo de impedirle a menudo, expresar sus ideas.

A esa misma edad ingresó a la escuela, en donde cursó hasta el sexto año primario, siendo siempre muy buen alumno. Luego continuó sus estudios en el Instituto Comercial, en donde cursó hasta el sexto año, pero quedó con dos ramos atrasados por lo cual, no puede recibir su título de Contador.

Siempre ha demostrado enorme interés por el estudio

y los deportes. A pesar de esto, tiene muy pocos amigos.

En relación con sus hermanos, es el único in interesado en instruirse y salir del medio ambiente en que vive. Es por esto, que existe una incomprensión entre ellos.

ENFERMEDAD ACTUAL: Hace algunos años, siendo deportista, después de haber jugado un partido de basquet ball, a la salida fué llevado por los dirigentes, quienes lo emborracharon y lo violaron. Al volver a su hogar y comprender su situación, se sintió desesperado, considerando que su vida estaba arruinada. A partir de entonces, se encerró en un mutismo completo, limitándose a estudiar sin relacionarse con nadie.

Durante ese tiempo, se dedicó a escribir y fundó una revista católica. Había proyectado además, fundar una Congregación Religiosa con votos de pobreza y castidad, pero "de orientación moderna".

En su hogar, estas actividades no tuvieron buena acogida, sino, por el contrario, fueron motivo de burlas.- Dos meses antes de su hospitalización, el en-

fermo empezó a presentar alucinaciones visuales y auditivas. Pasaba en su pieza encerrado, leyendo y escribiendo al parecer, muy preocupado por los exámenes atrasados que tenía. El 1° de Marzo se presentó a rendirlos, pero no pudo hacer lo dado el estado de nerviosidad y confusión en que se encontraba. Actualmente cree que rindió dichos exámenes y que salió bien; su familia así se lo ha manifestado para evitarle mayores preocupaciones.

En su hogar no quería hablar con nadie, sufría de insomnio y hablaba mucho de religión. Por último, se negaba a recibir alimentos y pasaba todo el día en una inmovilidad absoluta.

Fué hospitalizado con el diagnóstico de Esquizofrenia Catatónica.

LABOR SOCIAL EFECTUADA: Al tomar este caso, el enfermo ya había sido dado de alta como mejorado, pero no había asistido a control post hospitalario.

Al visitar su hogar, se comprobó que el enfermo pasaba todo el día en él, dedicado a escribir artículos sobre diversas materias, sin preocuparse por salir a trabajar, a pesar de que la situación económica de su familia, es bastante precaria, ya que la madre se encuentra

separada de su esposo, sin recibir una pensión adecuada.

A través de las primeras visitas realizadas al hogar del enfermo, se observó que a pesar de existir afectividad entre los miembros que componen el grupo familiar, el ambiente en que vive el enfermo no es propicio a su manera de ser, pues sus familiares no comprenden sus inquietudes y aspiraciones.

En cuanto a la Labor Social efectuada, lo primero que se hizo, fué convencer al enfermo para que asistiera a control post hospitalario. Luego, contando con la opinión del médico Psiquiatra y con las aptitudes y conocimientos del enfermo, se trató de que encontrara una ocupación, pero debido a su tartamudeo, le ha sido difícil encontrar. Sin embargo, se le ha estimulado para que mantenga el interés por trabajar y se ha obtenido que desempeñe algunos trabajos de oficina, los que aún, cuando no son fijos, le presentan la oportunidad de llevar a la práctica, sus conocimientos y a tener confianza en sí mismo.

En cuanto a la actitud de sus familiares, se ha obtenido un gran cambio, de modo que el enfermo ya no se siente como extraño entre ellos.

CASO N° 5 : M.A.E.

Fecha de ingreso : Marzo de 1948
Nacionalidad : chilena
Instrucción : 6° año primario
Ocupación : empleada particular
Edad : 27 años
Estado civil : soltera
Diagnóstico : Esquizofrenia Maniacal simple
Condic.de alta : mejorada.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padre vive, aparentemente sano. Madre vive, aparentemente sana. Siete hermanos vivos, aparentemente sanos. Una tía paterna falleció en el Manicomio Nacional hace muchos años.- Se desconocen mayores antecedentes hereditarios.

ANTECEDENTES PERSONALES: La enferma, tercera entre sus siete hermanos, nació de parto normal. Al parecer, su primera y segunda infancia fueron normales.

A la edad de siete años, la niña fué traída por una tía paterna a vivir a Valparaíso. Ingresó a la Escuela cursando hasta 6° primario siendo muy buena alumna.

Hasta la edad de 22 años, trabajó con su tía en casas particulares. Cada cierto tiempo iban a su lugar de procedencia a visitar a sus padres y hermanos por quienes, la enferma demuestra gran cariño. La tía la dominaba en tal forma, que la enferma nunca intentó quedarse con los suyos, a pesar de sus deseos.

En lo que se refiere a su carácter, siempre ha sido tímida, callada y tranquila.

En cuanto al aspecto sentimental, se encuentra comprometida en matrimonio.

ENFERMEDAD ACTUAL: Sus trastornos comienzan en Diciembre de 1948, época en que se torna muy conversadora y habla de grandes negocios.

A fines del mismo mes, tuvo que dejar de trabajar por cierre de la institución en que lo hacía. En casa, pasaba sacando cuentas de negocios imaginarios y a menudo, salía y se iba a bares y demás lugares de recreo a bailar y beber. Cosas que nunca había hecho antes.

Un día, sin que su tía lo supiera, se fué a Lima en el camión de un desconocido, según ella, "detective". Desde allí, llamó por teléfono a su novio indicándole el

lugar en que se encontraba, diciéndole que había ido allí por negocios y que la fuera a buscar, que ella lo esperaba en la estación a una hora determinada.

Su novio fué hasta Limache, pero no la encontró. Solamente al día siguiente se la ubicó en Valparaíso.

La enferma contó a sus familiares que había sido maltratada por el chofer del camión y por un carabinero a quién había pedido protección. Que había vagado toda la noche en Limache y que al día siguiente tomó el tren de vuelta.

Se la hospitalizó en Marzo de 1948 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Viña del Mar, en donde se le siguió tratamiento a base de insulina y electro shock. Fué dada de alta en Noviembre de 1948, como mejorada.

LABOR SOCIAL EFECTUADA: Una vez que fué dada de alta, la enferma se fué a su ciudad natal a vivir con sus padres y hermanos, quienes en todo momento se mostraron interesados en su pronta mejoría.

Por intermedio de la Inspección Escolar,

se obtuvo le guardaran su puesto y es así como se encuentra trabajando como inspectora en una Escuela Hogar, en la ciudad de San Fernando.

Se ha mantenido constante correspondencia con la enferma y con sus familiares. Viene con frecuencia a control post hospitalario y los resultados de los exámenes, son bastante buenos.

CASO N° 6 : F.N.U.

Fecha de ingreso : 26 de Febrero de 1943
Nacionalidad : chilena
Instrucción : 1er año primario
Ocupación : sin ocupación
Edad : 40 años
Estado Civil : viuda
Diagnóstico : Esquizofrenia Catatónica
Fecha de alta : 26 de Enero de 1948
Condic.de alta : iguales condiciones.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: El padre vive, sería sano, igualmente la madre; son siete hermanos, aparentemente sanos. No hay antecedentes neuropsiquiátricos en la familia.

ANTECEDENTES PERSONALES: La enferma es la segunda entre sus hermanos. Nació de parto normal. Fué sana durante su infancia.

Según declaraciones de la madre, siempre habría sido una niña de carácter retraído, pues nunca participaba en los juegos de sus hermanos.

A los 10 años, ingresa a la escuela, permanece-

ciendo tres años en primer año primario, luego es retirada por sus padres, pues dice que le cuesta mucho estudiar.

Una vez que deja la escuela, pasa a trabajar como empleada doméstica en diversas casas particulares, ya que, a menudo, y sin motivos justificados, cambiaba de ocupación.

A la edad de 26 años, contrae matrimonio. Antes del año, fallece su esposo a consecuencias de un tumor al estómago.

A la muerte de su marido, la enferma queda con un embarazo bastante avanzado y en precaria situación económica, debiendo por lo tanto, empezar nuevamente a trabajar.

Durante el tiempo en que esperaba a su hijo, al parecer se tornó más callada que de costumbre. Salía de su casa solamente a su trabajo, sin tener mayores distracciones.

Su hija nació en buenas condiciones, pasando a constituir un motivo de alegría y distracción para su madre.

ENFERMEDAD ACTUAL: Más o menos dos años antes del ingreso de la enferma al Servicio de Psiquiatría, habría

comenzado su trastorno. Un día, al volver de su trabajo, muy asustada cuenta a su madre que en la calle se reían de ella y le ponían nombre; la trataban de comunista. En casa no recibía alimentos, pues creía que su madre le "hacía cosas ocultas y malas".

Niega a sus familiares y odia a la madre. Lloro y grita continuamente; si se le habla, se molesta, etc.- En estas condiciones la enferma permanece en casa, alrededor de dos años, sin que sus familiares le den mayor importancia a su enfermedad, hasta que llega el momento en que sus síntomas se acentúan y ya no es posible tenerla en casa. Recién, entonces, es llevada al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Viña del Mar, en donde es hospitalizada con el diagnóstico de Esquizofrenia Catatónica. Se le somete a tratamiento a base de Cardiazol y electro shock, pero no se obtienen resultados apreciables.

Con las aplicaciones de electro shock pasa más tranquila y como durante un tiempo no presenta períodos de excitación dentro de su estado demencial, se le da de alta a prueba con el diagnóstico de Esquizofrenia Crónica.

LABOR SOCIAL EFECTUADA: Al iniciar este caso, se comprueba que la enferma vive con su hija en casa de

sus padres. Aquí ayuda en las labores domésticas, pero no demuestra ningún interés por salir a trabajar ni a pasear. Pasa todo el día callada y a menudo presenta crisis de llanto.

Se niega a asistir a control post hospitalario y sus familiares no han insistido al respecto.

A través de numerosas entrevistas, se trata de establecer el rapport con la enferma y convencerla de la necesidad de que asista a control post hospitalario. Todos los esfuerzos desplegados con este objeto, fracasaron.

Como se trata de una enferma crónica, que puede vivir en su medio sin ocasionar mayores trastornos, la labor social se encaminó entonces, hacia la hija de la enferma, menor de 12 años de edad, quien a solicitud de sus abuelitos, debía permanecer junto a su madre, después de sus horas de clases.

En repetidas oportunidades se conversó con los abuelos para hacerlos comprender que esa actitud no era adecuada al normal desarrollo de la menor. Respecto a este punto, se obtuvo un cambio en la actitud de los abuelitos para con la menor.

En todo momento esta niña ha demostrado tener una inteligencia despierta y un enorme interés por el

estudio. Actualmente cursa, en buenas condiciones, el 6º año primario y el próximo año, ayudada por unos tíos, estudiará modas, ramo muy de su agrado y que está de acuerdo con sus aptitudes.

Como vemos, a través de la exposición de este caso, la labor de psicoterapia llevada a efecto con la enferma, no dió resultados, pero a través de las visitas realizadas a su hogar, se impartieron nociones de Higiene Mental.

La mayor parte de la labor del Servicio Social se encaminó hacia la hija de la enferma, con el objeto de ayudarla en sus tareas escolares, obtener un cambio favorable en sus condiciones de vida y abrirle nuevos horizontes.

Como se dijo al iniciar el presente trabajo, la finalidad esencial perseguida al realizarlo fué el demostrar una vez más la Importancia del Servicio Social en el Tratamiento de la Esquizofrenia.

Ahora bien, a través de los diversos Capítulos, hemos visto que la Esquizofrenia ha constituido uno de los más grandes problemas dentro del campo de las enfermedades mentales y que, a pesar de los esfuerzos desplegados en su estudio, los diversos autores reconocen que aún se sabe poco respecto a esta enfermedad y que dada la dificultad para ubicarse frente a sus causas, los tratamientos efectuados hasta la fecha, son solamente empíricos.

Hemos visto también que, definir esta enfermedad es tarea bastante difícil. De acuerdo con lo expuesto por Bunke diremos: "Bajo el nombre de Esquizofrenia comprendemos una serie de cuadros y de cursos clínicos bastante polimorfos y cuya característica común reside en una peculiar destrucción de la personalidad que en la mayoría de los casos se instala en los años juveniles."

Sabemos que esta enfermedad mental se produce en el seno de la sociedad, debido a causas que pueden ser de dos tipos a) Físicos, tales como: factores tóxicos infecciosos, hormonales, de nutrición, etc. y b) factores psicológicos, tales como: conflictos psicológicos, del trabajo, económicos, etc.

Como se ha visto a través de los Capítulos anteriores, en la mayoría de los casos esta enfermedad se presenta con síntomas considerados por los familiares como simples rarezas, sin otorgársele mayor importancia. Rarezas que, poco a poco, van evolucionando hasta llegar el momento en que el enfermo desborda por así decirlo, el cauce de las conveniencias sociales y es internado en el Hospital Psiquiátrico en donde, una vez diagnosticado su

trastorno, se le somete a alguno de los tratamientos ya especificados en Capítulos anteriores.

En cuanto a la mejoría, bien sabemos que la Esquizofrenia en la mayoría de los casos, no cura radicalmente, pero sus trastornos pueden remitir al extremo de permitir una mejoría social.

Para comprender mejor en que forma interviene el Servicio Social en el tratamiento de la Esquizofrenia, dividáremos su acción en dos etapas:

- a) Labor efectuada en Policlínico y
- b) Labor efectuada en el Hospital Psiquiátrico.

a) Con respecto al primer punto hemos visto que, al llegar el enfermo al Policlínico, la Visitadora Social realiza un interrogatorio a los familiares o amigos que lo acompañan, con el fin de obtener los datos que comprenden la Historia Social del paciente, para proporcionarla al médico Psiquiatra y ayudarlo así, a formarse una idea más o menos clara de la situación en que se encuentra el enfermo.

Esta labor de investigación de la Visitadora Social iniciada en Policlínico, se encamina más tarde

hacia el conocimiento del ambiente del cual proviene el paciente, pues sabemos que éste actúa continuamente sobre él. Que a menudo encontramos su participación en el desencadenamiento del desequilibrio mental y de su evolución.

A través de las visitas realizadas por la Visitadora Social al hogar del enfermo, trata de descubrir a aquellos individuos predispuestos que por temor, ignorancia o negligencia no han acudido a examen médico y que, sin necesidad de hospitalización, pueden obtener su mejoría asistiendo a Policlínico.

Este contacto directo de la Visitadora Social con el hogar del enfermo, constituye una etapa valiosa para la divulgación de nociones de Higiene Mental. De aquí surge entonces, la importancia de esta rama de la Medicina y junto con ella, la importancia del Servicio Social Psiquiátrico, como un medio eficaz de prevenir la Esquizofrenia ya que, puede solucionar problemas que en muchos casos llevan inevitablemente al individuo hacia el desencadenamiento de su enfermedad.

b) Durante el período en que el enfermo permanece hospitalizado, la labor de la Visitadora Social

está encaminada a mantenerlo en contacto con sus familiares y aún más, con su medio si es posible, ya que con estos enfermos más que con cualquier otros, se hace imperioso este contacto dada la tendencia a abandonarlos en la errónea creencia de que no se dan cuenta de lo que ocurre a su alrededor.

Si consideramos que el paciente una vez mejorado debe volver al medio en que enfermó, comprenderemos entonces, la Importancia del Servicio Social en la modificación y preparación del ambiente que lo recibirá.

La labor de la Visitadora Social Psiquiátrica constituye para el médico Psiquiatra, un valioso aporte para establecer el diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia. Le permite además, conocer paso a paso la recuperación del enfermo y sus reacciones frente a las diversas circunstancias ofrecidas por el diario vivir.

La Visitadora Social, basada en una sólida preparación técnica y haciendo uso de sus condiciones humanas, debe ser para el enfermo esquizofrénico un estímulo a perder el miedo por la vida, a tener confianza en sí mismo.

Bien sabemos que estos enfermos que existen perdidos o confundidos en el ir y venir de la vida colectiva son a menudo incapaces de valerse por sí solos, pues sienten temor por las realizaciones prácticas, carecen de iniciativa, de constancia, etc. Son seres inadaptados, pero un estudio más profundo de ellos nos llevará a comprender que son seres hasta cierto punto adaptables a las dificultades que la vida les presenta, siempre que se les prepare en forma inteligente para ello.

Es preciso que alguien vele por estos enfermos, alguien quién les habrá nuevos horizontes de vida orientándolos hacia aquellas actividades que estén de acuerdo con sus aptitudes y capacidades.

De lo anteriormente expuesto, llegamos a la conclusión de que es preciso velar porque estos enfermos posean aquellos medios que les son indispensables a su vuelta a la vida colectiva, en la que no debe faltarles nada.

Ahora bien, quien otro que el Servicio Social Psiquiátrico puede llevar a feliz término este propósito?

Es el Servicio Social Psiquiátrico el que interviene en la humana tarea de proporcionar al enfermo aquello que , debido al trastorno de sus facultades mentales, no pudo obtener. A estimularlos a hacer frente a las diversas circunstancias ofrecidas por la vida y llegar a ser seres capaces de valerse por si solos o, por lo menos, llegar a ser seres adaptables y dejar de constituir una carga para sus familiares y para la colectividad.

-s-s-s-s-s-s-s-s-

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

B I B L I O G R A F I A .

- Tratados de Psiquiatría..... Mira y López
Evolución de la Psiquiatría..... Dr.Cáceres
Enfermedades Nerviosas y
Mentales..... A.Victorino y G.
Anormalidades Mentales..... Erich Stern
Tratamiento Ocupacional de
los Enfermos Mentales..... Dr.Hermann Simon
Recientes Adquisiciones en
Psiquiatría..... Henry Devine
Los Problemas Juveniles Samuel Gajardo
Psiquiatría e Higiene Mental
Infantil..... G. Agüero
Criminalología..... Samuel Gajardo
Apuntes de clase de
Psicopatología..... Dr.Acevedo Castillo
El Desarrollo Mental y Moral
del Niño..... M. Haviland
Los Problemas Diarios del Niño.....A. Thom
Psiquiatría Forense..... W. Weygandt
Eugenesia..... H. Betzhold

Psiquiatría Infantil..... L. Kanner

Tratamiento de la Esquizofrenia... Dres. Acevedo Casitillo
y Luis Marty C.

Revistas Médicas de Valparaíso

Revistas Médicas Norteamericanas

Psicología del Niño en

Edad Escolar..... A. Millot.

I N D I C E.

	Página
INTRODUCCION.....	4
Capítulo I	
Reseña histórica de las enfermedades mentales en general.....	9
CAPITULO II	
Breve Reseña Histórica y generalidades de la Esquizofrenia.....	16
CAPITULO III	
Labor Médico-Social desarrollada en la Clínica Neuro-Psiquiátrica del Hospital de Viña del Mar.....	28
CAPITULO IV	
Importancia Social de la Esquizofrenia...	39
CAPITULO V	
Exposición y Análisis de seis Casos Estudiados.....	69
CAPITULO VI	
Conclusiones.....	90
BIBLIOGRAFIA	98
INDICE.....	100