

UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias
Jurídicas y Sociales

Escuela de Servicio Social
de Concepción



**"EXPERIENCIAS SOBRE TRABAJO SOCIAL EN
EL SERVICIO PSIQUIATRICO DE CONCEPCION"**

Memoria de prueba para
optar al Título de Asistente
Social de la Universidad
de Chile.

Social

YOLANDA HIDALGO SARAVIA

1952

Trab. Social
H632
1952
c1

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias
Jurídicas y Sociales
Escuela de Servicio Social
de Concepción



"EXPERIENCIAS SOBRE TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO PSIQUIATRICO DE CONCEPCION"

Memoria de prueba para
optar al Título de Asistente
Social de la Universidad
de Chile.



REGISTRO N°

YOLANDA HIDALGO SARAVIA
1952

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

A mis padres

Esta Memoria fué calificada con
..*16*...puntos frente a un máximo
de *21*...puntos.

Fresia Alósob de Navarre
Fresia Abásole de Navarre

Bibliotecaria.

Mis agradecimientos al Dr. Jorge Weibel
que contribuyó al mejor éxito de esta Memoria
y a la Sra Dolores Falcón Asistente Social
Supervisora.

JORGE PEÑA DELGADO

MEDICO-GIRUJANO

CONCEPCION

Señora


Celia Cortés de Mattatall

Presente.

Estimada señora Directora:

Después de leer la Memoria de Prueba de la señorita Yolanda Hidalgo Saravia" titulada" Experiencias sobre trabajo Social en el Servicio Psiquiátrico de Concepción" me es grato enviar a Ud. la nota que corresponde a un seis(6)

Saluda atentamente a Ud.



Dr. Jorge Peña Delgado

CONCEPCION, 16 JUN 1952

CONCEPCION, Junio 6 de 1952

Señora Directora
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
PRESENTE .-


Estimada sra. Directora:

Me permito devolver a Ud.,
la Memoria titulada " EXPERIENCIAS SOBRE TRABAJO
SOCIAL EN EL SERVICIO PSIQUIATRICO DE CONCEPCION"
de la srta. Yolanda Hidalgo Saravia,

Esta Tesis, muy interesan-
te por el material de estudio, está bien desarro-
llado como planteamiento de actividades dentro del
campo médico y social, desgraciadamente la alumna
omitió ilustrar con Casos los puntos tan importan-
tes como (pag 21 - labor efectuada en informes
al médico referente a los cambios experimentados
por el enfermo durante la convalecencia, evolución
de la enfermedad etc. Tampoco da ejemplos ilustra-
tivos acerca de la labor social efectuada en la po-
liclínica, lo que habría sido de considerar para
una futura actuación, -(pag 40).- Se advierte que la
alumna se interiorizó con la materia tratada y tie-
ne conocimiento de los problemas que estudia.-

Se califica esta Memoria con nota
CINCO (5).-

Saluda atentamente a Ud.,


Marina Gerda M.-

I N T R O D U C C I O N .

La Psiquiatría puede definirse como la rama de la medicina que se ocupa de la génesis, el dinamismo, las manifestaciones y el tratamiento de aquellos trastornos y funcionamiento indeseables de la personalidad, que alteran la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con las otras personas. Tal vez no sea exagerado afirmar que es el estudio de la función y de la influencia de los procesos mentales y estados emocionales, en todo el gran trayecto que va, de lo llamado normal, a la enfermedad mental incurable. Abarca la reacción total del organismo a las situaciones de la vida, de cualquier clase que éstas sean. Atañen a la psiquiatría, por lo tanto, no solamente las manifestaciones clínicas que acompañan los trastornos de la conducta, sentimientos y pensamientos humanos, sino también los factores energéticos e influencias que determinan la conducta en general. Las miras de la Psiquiatría no están limitadas a la investigación de las funciones perturbadas del cerebro, o a los procesos psicológicos arbitrariamente abstraídos de la unidad real de la experiencia del individuo, sino que se dirigen primordialmente a la conducta

del organismo humano, particularmente, en sus esfuerzos por satisfacer las necesidades instintivas y emocionales frente a la cultura y medio ambiente, que con frecuencia actúan en contra de tales satisfacciones. El cuerpo y la mente están fundidos de manera inextricable en una unidad personal, y no son ya, por lo tanto, considerados como elementos distintos y separados, sino simplemente como aspectos diferentes de un organismo vivo en quien la mente constituye la fase subjetiva de su existencia y relaciones. En tanto que utiliza conceptos biológicos al considerar ese aspecto del organismo humano que conocemos como mente, la psiquiatría es fundamentalmente una rama de la biología y no la ciencia de las funciones mentales anormales.

Si se estudia la etiología de las enfermedades mentales, se observa que en muchos casos, la enfermedad se produce no por una causa única y específica, sino por una serie de circunstancias y condiciones que preparan el organismo y que, por su acción simultánea, determinan la explosión de la locura. Es por tal razón que se distinguen: causas Predisponentes o endógenas y Determinantes o exógenas. Las enfermedades mentales dice Joffroy exigen para desarrollarse un terreno especial modificado desde tiempos remotos.

El alienado ha sufrido por muchos siglos, de una dolorosísima y terrible odisea, hasta conquistar el título de enfermo, el que fué adquirido el año 1789 con la Revolución Francesa, que junto con proclamar los derechos del hombre dió también para los enajenados el título de enfermo. Es entonces cuando comienza el período realmente científico de la psiquiatría de acuerdo con el adelanto de todas las ciencias. Universalmente se consideró al enfermo mental como poseído del demonio o producto de brujerías. A medida que la ciencia médica ha ido progresando, los conceptos se han ido esclareciendo, pero los organismos de Asistencia Psiquiátrica, especialmente en nuestro país no se han desarrollado con igual intensidad. Hasta hace poco los únicos establecimientos de esta especialidad eran el Manicomio Nacional y el Open Door, ambos en Santiago; a ellos tenían que enviarse los enfermos desde cada extremo del país.

El primer Manicomio que existió en Concepción fué en el año 1895; en el año 1931 se trasladaron sus enfermos a Santiago. En los años siguientes se interesó y se preocupó de este problema, el Doctor Don Eduardo Skewes. Actualmente existe desde el 2 de Abril de 1951 un Servicio Psiquiátrico, el que tiene capacidad para cin-

cuenta camas; 25 camas para mujeres y 25 camas para hombres, funcionando en el Hospicio.

El problema del enfermo mental, al igual que otros, necesita fuera de la atención del médico, la atención de una persona que se preocupe en orientar y ayudar al paciente a solucionar sus problemas en íntima relación con el medio ambiente. Corresponde desempeñar dicho trabajo a la Visitadora Social; su colaboración es de importancia en la investigación de los antecedentes, los que ayudan al médico a precisar un mejor diagnóstico. Moviada por el interés en esta especialidad, decidí hacer mi práctica final en el Servicio de Psiquiatría del Hospicio de Concepción, deduciendo de la observación de los diferentes casos conclusiones importantes.

CAPITULO I.

ANTECEDENTES GENERALES SOBRE PSIQUIATRIA EN CHILE.

1).- Breve reseña de la evolución del concepto de enfermedad mental y de la atención psiquiátrica en Chile.-

Entre los Egipcios, Hebreos, Griegos y Romanos, la locura era considerada como una enfermedad de origen divino, un castigo de los dioses, para cuya mejoría había que implorar piedad a las divinidades, purificando a los enfermos en los templos sagrados.

En nuestro país, se consideró la locura como producto de brujerías y encantamientos; ya no fueron la venganza de los Dioses, sino el Demonio o los magos de la tierra los que causaban la enajenación. No debe extrañar que como locura se clasificase también, a toda alucinación, éxtasis o cualquier síntoma pasajero proveniente de otras afecciones o accidentes.

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

Bernard Hart indica en orden cronológico los diferentes conceptos: demoníaco, político, fisiológico y psicológico.

En el desarrollo histórico de la asistencia del alienado en nuestro país cabe aplicar este esquema de Bernard Hart. Así en el coloniaje, el trato debió corresponder a los conceptos demoníaco y político de la locura, que aún subsiste en cierto grupo de nuestra población.

A partir del Renacimiento el enfermo perdió su carácter demoníaco. Actualmente predomina en el campo de las enfermedades mentales el concepto Psico-biológico que trata de reconocer los factores derivados del cuerpo y del espíritu en conjunto con los factores ambientales.

No siempre los alienados tuvieron Manicomios; generalmente los que eran tranquilos y sin medios económicos, pasaban la vida como sirvientes domésticos de los asilos en donde se les reclusa, ya fuesen hospitales o conventos; los furiosos iban a las cárceles. Si éstos últimos pertenecían a una familia acaudalada, se les reclusa en un convento, o en una finca rural, en donde el cuidador o acompañante, generalmente un religioso, no tenía la misión de aplicar un regimen curativo, sino preventivo, en cuanto a la seguridad personal de los demás.

Años más tarde se dispuso que los alienados tranquilos quedaran recluidos en los conventos u hospitales; los furiosos eran enviados a Lima, para ser internados en el Hospital de San Andrés. De centenaria existencia (1582), esta loquería que fué creada de tipo carcelario y que ya en el año 1816 más o menos, había humanizado su trato para con los enfermos, fué la que sirvió de modelo para estructurar el primer establecimiento para alienados que se creara en Chile; tal fué la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Angeles, cuya creación marca en nuestro país los primeros antecedentes de atención psiquiátrica. Su fundación se llevó a efecto bajo la Presidencia de don Manuel Montt, y fué obra efectiva del Intendente de Santiago en esa época don Francisco Ramírez. Algunos legados y la ayuda del Municipio permitieron su fundación el 4 de Agosto de 1852. Estaba ubicada en el barrio Yungay, y se trasladó el año 1858 al sitio que ocupa actualmente. Conforme al espíritu de la época, fué planeado con criterio policial, en que la única preocupación social frente al enajenado fué enclaustrarlo para librarse de sus reacciones peligrosas.

Influyó enormemente para conmover el espíritu público en favor de esta creación, el sentimiento filantrópico de algunos hombres, y corresponde señalar como

a uno de los principales al Doctor don Ramón Elguero, quién había prestado importantes servicios públicos desde el año 1845.

En el año 1872 fueron nombrados para el estudio de esta especialidad, los Doctores Wenceslao Díaz, Adolfo Valderrama y don Augusto Orrego Luco. Pero se puede decir que durante los 3 primeros años de existencia no contó con personal médico especializado hasta 1875, año en que se contrataron los servicios del psiquiatra inglés Benham. Este hecho señaló el comienzo de la Asistencia psiquiátrica propiamente tal en nuestro país.

Desde la fecha de su fundación hasta hoy día ha sido prácticamente el señalado más arriba, el único establecimiento asistencial al servicio de toda la población. Más aún, en su aspecto curativo la asistencia del enfermo mental en Chile se encuentra polarizada en el Manicomio Nacional, que actualmente atiende a más de dos mil pacientes y que engloba con sus anexos: La Granja Agrícola, la Quinta Bella, adquirida en 1923, y el Open Door, que funciona en el Fundo El Peral desde 1928 y que es un servicio exclusivo de hombres. Existe además en Viña del Mar un anexo al Hospital de dicha ciudad, y que cuenta con más o menos 35 camas para enfermos mentales. En Antofagasta existe una pequeña

sala para alienados, la que no alcanza a solucionar las necesidades de dicha población. De creación muy reciente en nuestra ciudad es el Servicio Psiquiátrico que funciona en el Hospicio, el que tiene capacidad para cincuenta enfermos.

La escasez de establecimientos asistenciales para los enfermos mentales es un grave problema para el país y exige una solución urgente, de acuerdo con nuestras necesidades.

Es algo indiscutible que todos los pueblos de una cultura adelantada, se interesen por la salud pública, dedicando especial interés a aquellos individuos que representan una verdadera miseria humana. En nuestro país los Poderes Públicos no han desarrollado una labor en correspondencia al grave problema psiquiátrico. En la actualidad, según datos de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría, hay alrededor de diez mil personas que necesitan ser recluidas y otras cien mil que deben seguir un tratamiento adecuado.

Por el aumento considerable de estas enfermedades en los últimos años, la Sociedad de Neuro-Psiquiatría ha propuesto al Ministro de Salubridad un plan destinado a construir en Santiago un Hospital Psiquiátrico

con capacidad para 500 camas y Hospitales Regionales en La Serena, Valparaíso, Concepción y Valdivia, con una capacidad de 200 a 300 camas. cada uno. Naturalmente que estos servicios demandarán cuantiosa inversión; se calculan cien millones de pesos para el primero. No obstante, esta iniciativa no debe ser abandonada, ya que no se trata de obras ambiciosas, siendo conveniente iniciar la ejecución de este plan, sin dejar pasar más el tiempo a fin de evitar que estas obras alcancen valores que estarían fuera de las posibilidades del presupuesto nacional.

2).- Generalidades sobre el Servicio Psiquiátrico.-

En este punto cabe destacar la forma como se ha organizado la atención psiquiátrica.

La atención psiquiátrica en nuestro país se ha organizado a través de las policlínicas y de la hospitalización del paciente en los servicios especializados.

En policlínica se atienden los enfermos que vienen por su propia voluntad, o traídos al servicio por los familiares o por orden judicial; su hospitalización es determinada por el médico o solicitada por

la autoridad competente.

El examen del enfermo mental como dice Levy Valensi, comprende: Antecedentes familiares, interrogatorio del enfermo, examen físico y los exámenes biológicos.

Los pacientes que deben ser tratados en forma ambulatoria, quedan bajo el control de la Visitadora Social, quien se encarga de hacer cumplir las medidas del médico tratante, vigilar el comportamiento del enfermo en el medio ambiente; traerlo a controles periódicos mientras dure el tratamiento, y una vez dado de alta, buscarle la ocupación que esté de acuerdo con su capacidad a fin de evitar conflictos que lo lleven nuevamente a una desadaptación ambiental. Como medida complementaria la Visitadora Social debe estudiar y solucionar los problemas afectivos y económico-sociales con un criterio amplio y dentro de las posibilidades reales.

Completa su organización el Servicio Psiquiátrico a través de la hospitalización, la que es de carácter libre y obligatoria según la clase de enfermo. En la hospitalización libre, el individuo se da por su propia voluntad para que se le trate su afección mental; este grupo de enfermos está formado casi exclusivamente por

psicópatas, toxicómanos (morfinomanía, alcoholismo), los cuales permanecen hospitalizados durante un tiempo determinado, y que luego son dados de alta con la condición de controlarse periódicamente en policlínica. La Visitadora Social vigilará la evolución y controlará al enfermo en su medio ambiente, preocupándose de que cumpla los controles indicados.

El otro grupo de enfermos lo constituyen aquellos que deben ser hospitalizados en forma obligatoria, pues debido a su alteración mental ponen en peligro la seguridad de las personas que lo rodean y la del enfermo mismo; este conjunto de enfermos debe ser hospitalizado forzosamente, por no tener conciencia de su enfermedad, a diferencia del grupo anterior.

Durante la hospitalización se les estudia detenidamente el curso de la enfermedad, considerando los antecedentes personales, familiares y los exámenes biológicos. Todos estos antecedentes junto con la observación del enfermo dentro del servicio, permitirán llegar a un diagnóstico definitivo y determinar el tratamiento más adecuado.

Los tratamientos, hablando en forma general, se hacen a base de insulina shock, electroshock, sueño prolongado y labor-terapia.

Después de haber sido sometido a tratamiento durante un tiempo, que es particular para cada enfermo, permanecen dentro del servicio en observación durante 15 o 20 días. Antes de ser dados de alta se estudia las condiciones ambientales, dentro de las cuales el enfermo se conducirá posteriormente, se buscará la solución de sus problemas, y se le localizará en un trabajo apropiado a su capacidad para que no signifique un factor negativo a la sociedad. La Visitadora Social tendrá a cargo el control de la evolución de la enfermedad, y procurará periódicamente informar al médico sobre el estado mental del paciente, y solicitará su hospitalización cuando presente síntomas de recaída.

No todos los enfermos siguen este curso favorable después de haber sido sometidos a tratamiento; todo depende de los antecedentes hereditarios y del tiempo de evolución de la enfermedad. Mientras más antecedentes hereditarios existan en sus antecesores y mientras más tiempo transcurrido lleve su enfermedad, las posibilidades de recuperación van disminuyendo. Este grupo de enfermos constituyen los Crónicos, que ya no deberán permanecer por más tiempo en este servicio hospitalario abierto, sino que deben ser trasladados a los Asilos de enfermos Crónicos. De esto se

infiere la gran importancia que tiene el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales, de tal manera, que los tratamientos puedan ser efectuados durante los primeros meses de su evolución, y permitan un porcentaje mayor de posibilidades de recuperación.

CAPITULO II.

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN CONCEPCION.

1).- Primeros antecedentes sobre atención psiquiátrica en nuestra ciudad.-

Los primeros antecedentes de atención psiquiátrica en nuestra ciudad, datan del 9 de Febrero de 1895. Conocido con el nombre de Antiguo Manicomio, funcionó un establecimiento ubicado en Janequeo (ex calle Hospital) esquina San Martín.

Dicha propiedad era de las religiosas del Buen Pastor, la que fué dada en venta al Fisco por la Superiora de la Congregación con el fin de habilitarla para enfermos mentales.

Estos enfermos fueron trasladados más tarde al segundo Manicomio que existió en nuestra ciudad, que fué el Manicomio "José Cardenio Avello", denominándose así, porque al morir don José Cardenio Avello, legó cuantiosa fortuna a los pobres de Concepción Santa Juana. Con una parte del dinero legado se construyó el Manicomio que

llevó su nombre.

Bajo la presidencia de don Ramón Barros Luco, se nombró a los señores Rosamel del Solar y Enrique S. Pastor, como administrador y sub-administrador de este Manicomio respectivamente. Fué construido en terreno fiscal y con fondos de la Beneficencia de Concepción y Santa Juana y por escritura de transferencia del Fisco a la Beneficencia con fecha 20 de Diciembre de 1920.

Este Manicomio estaba ubicado en la Avenida Irarrázabal, donde está actualmente el Regimiento Guías. En dichos terrenos funcionaba antes una Escuela de Agricultura, la que se trasladó donde existe hoy día la Escuela Industrial.

El año 1931 bajo la presidencia de don Carlos Ibáñez del Campo, se trasladaron los enfermos del Manicomio "Cardenio Avello" a Santiago, debido a que en ese año se determinó la compra por el Ministerio de Guerra del predio que ocupaba, en la suma de \$ 1.500.000.-, prometiendo que inmediatamente se empezaría la construcción de otro edificio, el que se iniciaría con el producto de la venta y un aporte del Supremo Gobierno.

En Febrero de 1937 el Director del Hospital de Santa Juana envió una comunicación para que

se habilitara un local del establecimiento para enfermos mentales que se presentaran en la provincia; insinuación que fué aceptada por la Dirección General de Beneficencia, pero que no se hizo efectiva.

La Junta de Concepción nombró una Comisión formada por los señores Alfredo del Río Serrano, Salvador Galvez, y Víctor Bahamonde Hoppe, quienes presentaron un informe sobre la creación de un Open Door en nuestra ciudad. Este establecimiento se construiría en el Fundo "El Manzano" de la Junta de Concepción y estaría ubicado frente a los Regimientos Militares, al otro lado del río Andalién. En este informe se solicitó fondos al Gobierno y se le recordó que aún debía un saldo por la compra del ex Manicomio "Cardenio Avello". Esta nota la confirma la Honorable Junta en Agosto de 1938 a la Dirección General y en otra nota de igual fecha al Ministerio de Salubridad.

No se contó con la ayuda del Gobierno, porque el fondo Nacional del año 1939 no lo permitió, y en Julio de 1939 la Junta Local de Beneficencia informó que por falta de medios económicos, el Fundo "El Manzano" debía sacarse a remate de arrendamiento.

En Enero de 1940 la Junta Local solicitó autorización para que la Corporación de Reconstruc-

ción y Auxilio facilitara un anticipo, y con esos fondos realizar el proyecto, el que nuevamente fracasó.

En el año 1942 y 1943 funcionó un anexo psiquiátrico en una parte del antiguo Hospital Clínico. Contaba con 30 camas y estaba a cargo del Doctor Don Eduardo Skewes. Este servicio duró solamente un año debido a las malas condiciones materiales del edificio, y era considerado sólo una especie de trasbordo antes de enviarse los pacientes al Manicomio Nacional.

En Enero de 1943 la Dirección General llegó a la conclusión de que ninguno de los trabajos propuestos era realizable sin hacer estudios respecto a desagüe, agua potable, alumbrado, etc., considerando más conveniente habilitar un establecimiento para esta clase de enfermos.

Desde las primeras Jornadas de Adelanto Local del año 1950 se ha venido insistiendo con mayor intensidad sobre la necesidad de dotar a la ciudad de Concepción de un establecimiento psiquiátrico digno de esta provincia que tanto la necesita. Estos anhelos se convirtieron en realidad el 2 de Abril de 1951, al empezar a funcionar el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional a cargo del Doctor Alfred Auersperg. En la actualidad tiene capacidad para cincuenta enfermos.

A pesar que no cuenta con todas las condiciones ideales, ya que funciona en una parte del edificio del Hospicio, cumple una labor eficiente como lo demuestra el hecho de haberse ya dado de alta a varios enfermos que acudieron en busca de la mejoría de sus dolencias. Si todo ésto se ha logrado en condiciones precarias, puede comprenderse el bien inmenso que se haría a la provincia de Concepción con un Servicio de más adelantos y comodidades.

2).- Organización actual del Servicio de Psiquiatría.-

El actual Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional de Concepción empezó a funcionar en el Hospicio el 2 de Abril de 1951. Se inició con veinte y siete camas; doce para mujeres y quince para hombres.

Con esta misma fecha se hizo cargo como Jefe del Servicio el Doctor Alfred Auersperg, (Profesor de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad). Además desde su iniciación el servicio contó con los siguientes Médicos: Doctor Jorge Weibel (Médico interno, Asistente Titular de la Cátedra de Psiquiatría y Neurología de la Facultad de Medicina, Profesor de la Escuela de Servicio Social

y de la Escuela de Enfermería). Doctor Guido Solari y Doctora, señora Josefina Latorre (Médicos Becados). Cuenta además el servicio con una Visitadora Social, señora Elizabeth Santard y una Enfermera Jefe, señorita Olga Padilla.

Como ya se informó más arriba, este Servicio Psiquiátrico funciona en una parte del Hospicio, edificio que no presta en su totalidad las condiciones ideales necesarias que se deben proporcionar a los enfermos. A pesar de muchas dificultades y de los pocos medios económicos y gracias al interés de los Médicos integrantes, el Servicio ha aumentado el número de camas disponibles para el tratamiento de estos enfermos. En el mes de Diciembre del mismo año se contaba con veinte y cinco camas para mujeres y veinte y cinco para hombres. También se aumentó el personal del servicio, y en el mismo mes se contaba ya con cuatro empleados y seis practicantes para el servicio de hombres; cuatro empleadas y siete practicantes para el servicio de mujeres.

La atención está organizada en la siguiente forma:

- a) - Policlínica. - Los días de policlínica son Lunes, Miércoles y Viernes. En estos días se atienden casos nuevos y los antiguos que vienen a control.

Después de efectuado el exámen físico a los que vienen por primera vez, el médico ordena los exámenes biológicos correspondientes, decide si el caso es hospitalizable o de lo contrario se fija la fecha para un próximo control en policlínica. Se clasifican los enfermos que deben ser tratados ambulatoriamente, y se toma el caso que presente problemas ocasionados por el trastorno mental.

La Visitadora Social debe hacer cumplir las prescripciones del médico tratante; citarlos a controles periódicos y vigilar el comportamiento en su medio social a fin de evitar la desadaptación del enfermo.

En el exámen de los casos antiguos que vienen a control, le corresponde a la Visitadora Social, informar periódicamente al médico sobre el estado mental del paciente, su estado de salud desde el tiempo en que fué dado de alta, cambios que ha experimentado durante su convalecencia, trabajo que actualmente desempeña, control de la evolución de la enfermedad, etc., solicitando su hospitalización cuando presente un cuadro patológico que lo justifique.

b).- Hospitalización.- Como ya se ha informado es de carácter libre u obligatoria según la clase de trastorno. Si en el examen efectuado en policlínica se decide su hospitalización, permanece en el servicio en observación por algunos días, lo que facilita determinar el diagnóstico y tratamiento que se seguirá.

Los tratamientos que se efectúan en este servicio son a base principalmente de insulina shock, electroshock, labor terapia y psicoterapia. Un gran porcentaje de los enfermos son alcohólicos, a quienes se les trata después de estudiado el caso con un método a base de Reflejo Condicionado, además en otros casos, se les proporciona la droga danesa llamada Antabuss.

Los exámenes correspondientes se hacen en forma gratuita, según el informe de la Visitadora Social referente a la situación económica del enfermo.

Respecto al vestuario sólo se le permite muda de ropa interior, un sweater o chomba de lana, toalla y cepillo de dientes. Tanto en el servicio de hombres como en el de mujeres se les proporciona vestuario uniforme.

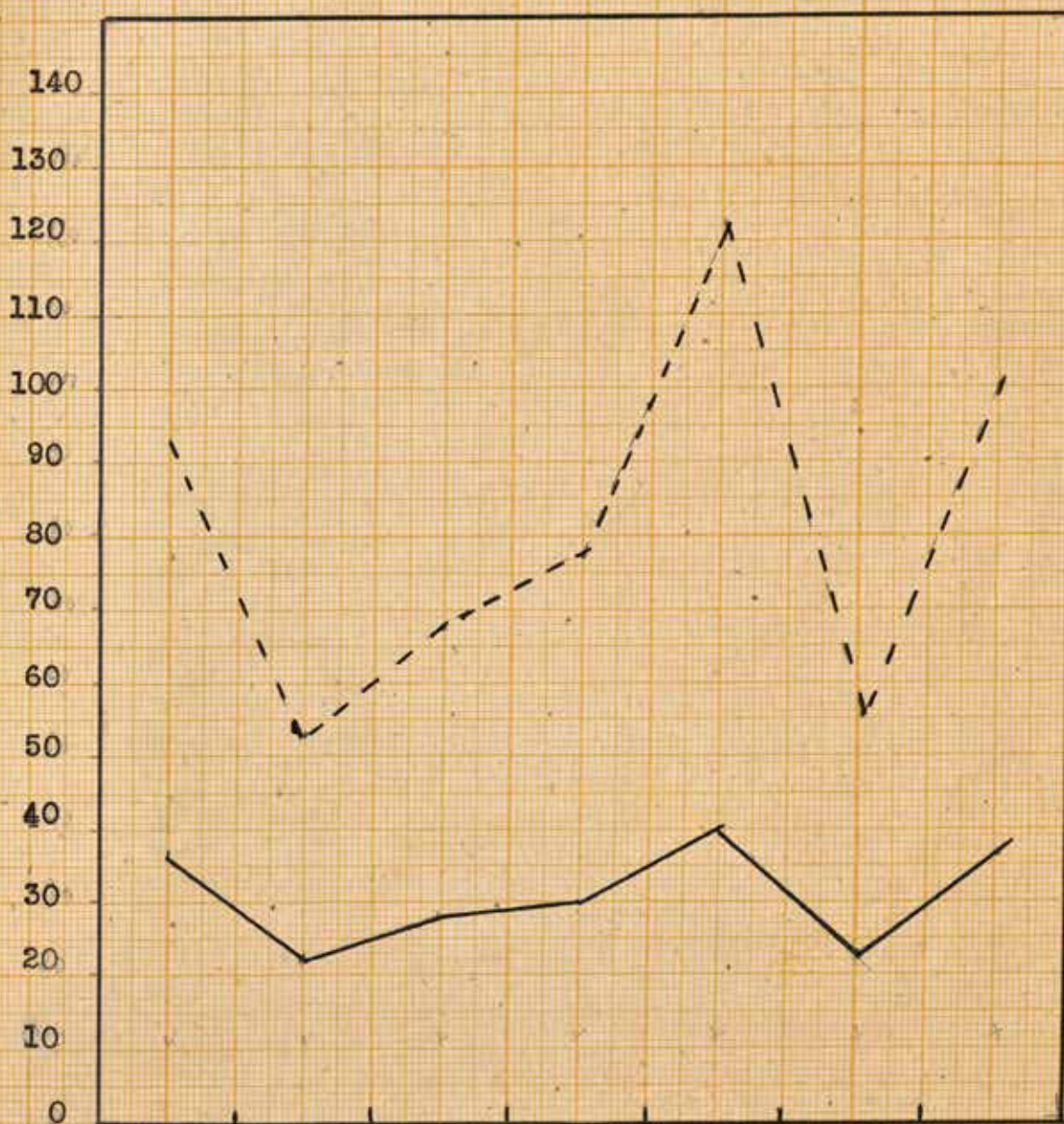
Los días de visitas a los enfermos son: Jueves y Domingos de 2.30 a 3.30 horas, siempre que el médico tratante dé la autorización correspondiente. En la visitas del día Jueves los familiares reciben información médica referente al estado del enfermo hospitalizado.

Como en la actualidad el Servicio se ha hecho con el fin de tratar enfermos agudos y en consideración a que los establecimientos para enfermos mentales crónicos existentes en la Capital se hacen estrechos de tal manera que es imposible enviar a ellos los enfermos crónicos que ingresan al Servicio de Psiquiatría local, es de necesidad urgente la creación de un servicio especial para estos enfermos. Tal proyecto es factible llevarlo a cabo en el mismo establecimiento, pues se dispone tanto al lado del servicio de hombres como de mujeres de un patio amplio rodeado de galerías, y un buen número de salas que permitirán asilar a cien enfermos crónicos hombres y cincuenta mujeres. Este proyecto en su aspecto económico representa un presupuesto de \$ 500.000.- fondos de que pueden disponer los Servicios de Beneficencia. De tal modo dentro de poco, la ciudad de Concepción

podrá contar con un servicio Psiquiátrico con sus secciones de agudos y crónicos que le permitirá desarrollar una labor más eficiente y de acuerdo con las exigencias que imponen los modernos tratamientos psiquiátricos.

38- Movimiento de atención hospitalaria y de policlínica en sus seis primeros meses.-

ENFERMOS VISTOS EN POLICLINICA Y HOSPITALIZADOS.



Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiem. Octubre

Enfermos vistos en Policlínica - - - - - 569.
Enfermos hospitalizados - - - - - 217.

Desde el 2 de Abril al 31 de Octubre, se atendieron en policlínica 569 pacientes. En el mismo período se hospitalizaron 217, correspondiendo a las siguientes afecciones:

Esquizofrenia	58
Etilismo crónico	55
Histeria	19
Psicosis	18
Epilepsia	15
Oligofrenia	11
Neurosis	8
Parafrenia	5
Paranoia	3
Demencia Senil	4
Melancolía Involutiva	4
Parálisis general	3
Hipomanía	3
Psicosis Reactiva	3
Hipertimia	2
Traumatismo encéfalo craneano	1
Esclerosis Tuberosa	1
Diencefalosis	1
Psicopatía	1
Hemiplegía	1
Psicastenia	1

CAPITULO III.

EL SERVICIO SOCIAL EN COLABORACION
CON EL SERVICIO PSIQUIATRICO.-

1).- Qué se entiende por Servicio Social de Colabora-
ción Médica.-

Como su nombre lo indica el Servicio Social de Colaboración Médica es toda labor que desarrolla la Visitadora en servicios médicos, como ser hospitales, clínicas, etc.

El Servicio Social de Colaboración médica comprende no sólo la asistencia y preocupación por el enfermo que está dentro del Servicio al que pertenece la Visitadora que trata el caso, sino la asistencia social de su propio hogar. (Labor Paramédica) Este estudio nos permite confirmar si el paciente se encuentra bien integrado socialmente, o de lo contrario si provoca conflictos en su grupo familiar; debe por lo tanto, tratar de adoptar todas las medidas tendientes a proteger al hogar, asegurando en lo posible un plan de vida normal y materialmente

superior.

Ninguna labor integral se podría realizar sin su colaboración, considerándose que la ayuda del Servicio Social en cuestiones médicas nació de la necesidad de asegurar los cuidados del enfermo, para investigar la causa del mal, para proteger a la familia y al individuo, poniendo a su servicio, las leyes, las obras públicas o privadas, que lo ayudarán a restablecer su salud, a reconstruir su hogar y a orientar su trabajo, y permita una vez restablecido el paciente, colocarlo nuevamente en la sociedad, de manera que deje de ser considerado un Caso Social, sino un individuo capaz de solucionar sus problemas.

En el estudio de la Unificación de los Procesos en Técnica de Servicio Social, se vió que el Caso Social, es provocado por una serie de problemas que se van sucediendo uno de otro, y es especialmente el problema médico el que encadena una serie de trastornos. Es por ésto, que la Visitadora Social ha de procurar en lo posible hacer efectiva la normalidad del paciente, dentro de las posibilidades reales, estando siempre en contacto con los familiares y ayudando al convalesciente en la búsqueda y estímulo en el trabajo que ha de desempeñar. Esta

labor que muchas veces no puede realizarse íntegramente, ya que, en las condiciones actuales es muchas veces imposible que la Visitadora conozca a cada uno de los enfermos que ingresan, y siga a cada paciente hasta que él y su familia estén completamente readaptados a la vida normal. Debe a veces limitarse a un servicio de emergencia que, si bien es cierto, no carece de utilidad, no realiza los fines profundos del Servicio Social, es decir, la readaptación completa del individuo y de su familia.

El Servicio Social de Colaboración Médica comprende algunos puntos que son de primordial importancia tales como:

- a) Preocuparse en forma amistosa y benévola del bienestar y tranquilidad moral del enfermo.
- b) Interesarse por la suerte de su familia durante la estada del enfermo en el establecimiento.
- c) En caso de ocurrir invalidez temporal o definitiva, ayudar al paciente a su salida del establecimiento, procurándole en lo posible trabajo adecuado.
- d) Cooperar a la acción del Médico presentando en su oportunidad la respectiva Encuesta Social, a fin de que éste considere los antecedentes investigados, conjuntamente con la Observación Clínica.

- e) Ayudar a la Dirección, facilitando el retiro de los enfermos dados de alta y el traslado de los crónicos incurables.
- f) Cooperar al Servicio de Sanidad, poniendo en conocimiento de sus funcionarios los casos de insalubridad que se comprueben en las Visitas Domiciliarias.
- g) Cumplir con los deberes inherentes al Servicio Social acerca de los familiares del enfermo y de éstos, tanto durante su estada en el servicio, como a su salida.
- h) Mantener contacto entre los enfermos egresados, aún no completamente recuperados, y el correspondiente servicio de policlínica.

2).- Encuesta Social Psiquiátrica.-

La Encuesta Social Psiquiátrica es el instrumento que sirve a la Visitadora Social para destacar la investigación que ha efectuado del caso. Para el médico es importante, porque ya una vez informado de todos los antecedentes, lo ayuda junto con el estudio del mismo enfermo a precisar un mejor diagnóstico.

La Encuesta Psiquiátrica comprende:

Motivo de la consulta o el envío:

Relación breve de las quejas del enfermo o de las circunstancias que han obligado a su envío para exámen o tratamiento. La historia familiar deberá ser obtenida de algún miembro de la familia que tenga un conocimiento íntimo de los factores que pudieran haber tenido una significación importante; esa persona deberá ser entrevistada en privado y antes de que el paciente sea examinado.

Informante:

Nombre, dirección, teléfono, parentesco, tiempo que lleva de conocer al enfermo, franqueza y veracidad probables; otras características y actitudes del informante; comprensión aparente del enfermo.

Herencia, desarrollo, y factores del hogar:

Historia de enfermedades mentales en la familia, alcoholismo, delincuencia, inestabilidad emocional, excentricidades o suicidio en la línea familiar directa o colateral. Deben anotarse únicamente los datos considerados como positivos.

Datos patológicos relacionados con el na-

cimiento, edad en que empezó la dentición, iniciación del habla y de la marcha, ritmo del desarrollo (físico y mental) y enfermedades o defectos orgánicos.

Influencias y experiencias del niño durante la formación de la personalidad:

Crecimiento en el hogar paterno, en uno extraño, o en alguna institución; primeras relaciones emocionales que satisfacen los deseos naturales del niño; divergencias entre los padres; severidad exagerada; padres extremadamente autoritarios o débiles; consentimientos o durezas de parte de los padres; padrastros; condiciones económicas; características temperamentales de la familia; coacción religiosa; hijo único, favorito o indeseado, magnitud de la estimación y reconocimiento otorgados durante la niñez y la adolescencia; rivalidades fraternales; antagonismo o dependencias hacia cualquiera de los padres; represiones o estímulos a la expresión espontánea; exposición crónica a personas desadaptadas; actitud familiar respecto al sexo.

Características de la infancia:

Frustraciones o sentimientos de disgustos por el nacimiento de otros hermanos; afición a soñar despierto; retraído, tímido, vergonzoso; sentido de seguridad;

sentimiento de ser diferente a otros niños; egoísmo; presunción; rivalidades entre hermanos; crueldad, rebeldía, terquedad; irritabilidad, sensibilidad exagerada; agresividad, sumisión; tipos de juegos favoritos; fantasías, reacción ante el éxito y el fracaso; inclinación al afeminamiento o a la masculinización; disposición; métodos para "salirse con la suya"; apodos; hábitos sexuales; rasgos neuróticos como chuparse el dedo, terrores nocturnos, convulsiones, miedo; tartamudeo, caprichos o "berrinches", enuresis persistente, hábitos peculiares, melindrosidades para la comida; delincuencias diversas como mentiras, robos, etc.

Historia escolar:

Edad al ingreso; cursos reprobados; edad al salir; título o grados obtenidos; actitud hacia la escuela, vagancia o cualquiera otra desadaptación en la escuela; materias o temas que más han despertado su curiosidad o interés.

Historia ocupacional:

Naturaleza de las diferentes ocupaciones, posiciones adquiridas, sueldo devengado, razones para los cambios de empleo; períodos de descanso y razones para haberlos tenido; estacionamiento, progresos y atrasos en

la eficiencia y posiciones; sentido de responsabilidad respecto al trabajo, satisfacción que despierta el mismo; hábitos de ahorro o despilfarro de dinero; fracaso o logro de las metas de la vida.

Historia médica:

Anotar todas las enfermedades y traumatismos, su duración y gravedad; interrogar particularmente respecto a sífilis, encefalitis epidémica y convulsiones; sobre ataques previos de trastorno mental, sus síntomas, duración y resultado.

Alcohol u otros tóxicos; cantidad exacta y naturaleza del alcohol bebido, duración del hábito, reacción al alcohol antes y después del hábito y de la enfermedad; uso de narcóticos, hipnóticos; intoxicaciones profesionales (plomo, arsénico, mercurio).

Enfermedades somáticas crónicas; defectos físicos y ardides psicológicos utilizados para afrontarlos.

Historia social y adaptabilidad social:

Adaptación personal con los diferentes miembros de la propia familia, con los asociados y superiores en el trabajo; facilidad para hacer amigos; edad, sexo,

nivel social y carácter de ellos; características y actitudes sociales (amistoso, tímido, suspicaz, hostil, envidioso, temeroso, inclinado a la crítica, vergonzoso o desenvuelto en presencia de extraños, etc.); actitud hacia la autoridad; número de arrestos y naturaleza de los cargos; vagabundo o perezoso. ¿Ha tenido el paciente respeto y afecto hacia otros que le hayan proporcionado seguridad emocional y confianza en sí mismo? Como las relaciones interpersonales, con sus sentimientos positivos y negativos, tienen una significación tan importante, es preciso interrogar respecto a la actitud que se ha observado corrientemente ante los padres, los hermanos, el cónyuge y todas las personas asociadas íntimamente con el paciente; por ejemplo, habrá que preguntar si la devoción filial para cualquiera de los padres ha sido extrema, etc.

niños!
Actividad general e intereses:

Grado de iniciativa, de actividad; fluctuaciones de la actividad, indolencia, gustos y caprichos o "manías"; interés en la religión, en los deportes; aficiones desmedidas o actividades especiales en el trabajo o en los momentos de recreo; magnitud del interés general; manera de utilizar el tiempo de ocio; el enfermo ¿es preo-

cupado, alerta, platicador, taciturno? ¿Cuál ha sido la finalidad de la vida del paciente y cómo ha luchado para lograrla?

Por los numerosos antecedentes que son imprescindibles destacar en esta clase de encuesta, es a veces difícil obtenerlos. Se empiezan a recopilar desde la primera entrevista en policlínica y se completan generalmente con los formulados por el familiar más cercano o con la persona con quien el paciente ha convivido la mayor parte de su vida.

Es conveniente antes de tomar los antecedentes, advertir al familiar que es necesario tomar dichos datos, porque junto con la observación dentro del servicio, ayudarán al médico a precisar el diagnóstico, que en muchos casos es definitivo, y que ayudarán juntamente a su psicoterapia. Después de estas observaciones generalmente el familiar no presenta dificultad en proporcionarlos, e incluso de propia iniciativa empieza a relatar historias, gustos, preferencias y a explicar cómo ha ido cambiando el paciente, etc.

En la forma de proporcionar los antecedentes, interés para traerle medicamentos y emoción del familiar, uno puede darse cuenta si se interesa verda-

deramente en la mejoría del hospitalizado y si se responsabiliza frente al reglamento del servicio.

Los Antecedentes Personales, Hereditarios e Historia Social son los puntos más importantes. Este último rubro sirve para destacar el cuadro emocional y el fondo cultural, las costumbres y prejuicios, las actitudes y los distintos tipos de conducta de los miembros de la familia que forman la sociedad en que ha crecido y se ha desarrollado el paciente. Es por eso que se relata en forma cronológica las distintas etapas de su vida, tomándolo en cuenta siempre en relación con su grupo familiar.

Es interesante destacar también la actitud que observan los familiares frente al problema mental del paciente, tema que será tratado más adelante.

3).- Labor específica de la Visitadora Social en un Servicio de psiquiatría.-

La Visitadora Social de un Servicio de Psiquiatría dice Germán Greve, "debe conocer ante todo lo que es un individuo neurótico, psicópata, mal orientado moralmente y abandonado. Y para todo esto dice, necesita conocimientos de psicología normal y patológica". (1)

(1) "La Moderna Asistencia Social Psiquiátrica" de Germán Greve.-

El campo de acción de la Visitadora Social en este servicio, es amplio y de importancia en la investigación de antecedentes, los que ayudan al Médico a precisar un mejor diagnóstico. Su labor no sólo se concreta a la atención de los pacientes vistos en policlínica y a los hospitalizados, sino también a efectuar labor social en el hogar del paciente. Estudiar sus condiciones de vida, para que el médico pueda comprender sus problemas psíquicos, los que se producen muchas veces por desarmonías familiares, por dominación o mal carácter de la cónyuge en algunos casos, por desorganización en la inversión de los salarios, hecho que provoca una situación económica aflictiva, que impide la recuperación de esta clase de enfermos, y que ayuda a formar un terreno propicio para que se presente un cuadro patológico. Es la Visitadora quien debe actuar con un amplio criterio en cada uno de estos casos y solucionarlos en la mejor forma posible. Su investigación no sólo debe limitarse al paciente y a sus familiares, sino a amigos y vecinos en general que lo han conocido en sus actividades sociales, educacionales y vocacionales.

Dentro del servicio debe estar siempre en contacto con el Médico tratante; interesándose en su psicoterapia, aprovechando cada entrevista con el pacien-

te para solucionar sus peticiones, siempre que sean posibles de efectuarse.

Dado de alta el paciente, le corresponde a la Visitadora Social continuar con los controles en el domicilio, aprovechando estas entrevistas para instruir a los familiares en las prescripciones médicas, y en general, sobre la conducta que han de observar ante un enfermo de esta naturaleza. Es la Visitadora Social quien debe tratar de modificar los factores emocionales que contribuyeron a enfermarlo, y hacer comprender a los familiares y allegados, sus problemas especialísimos y sus verdaderas necesidades. En una palabra se trata de reajustar al enfermo a su ambiente y a la sociedad procurándole un trabajo adecuado y de acuerdo a su capacidad.

Un factor que influye en la mala adaptación de estos individuos, es la alta proporción de incidentes domésticos, de hogares desunidos, la falta de control paternal, etc. La Visitadora Social Psiquiátrica ayuda en cada uno de estos casos, trabajo que realiza a base de sus conocimientos técnicos; ésta debe imponerse con la simpatía y buen criterio, dar al enfermo y a los familiares la sensación de seguridad y confianza. Germán Greve dice: "La personalidad de la Visitadora Social y su don de gente tienden

a crear, mantener y fortalecer vínculos constructivos entre el paciente, el médico, el hospital y la colectividad, contribuyendo así al cumplimiento de los fines que le son propios". (1)

Periódicamente la Visitadora informará por escrito al médico tratante, sobre el estado de convalecencia y condiciones del medio ambiente que puedan influir en la personalidad del paciente.

La labor que realiza la Visitadora es posible clasificarla prácticamente según los aspectos que se resumen en:

1.- Policlínica:

- a) Proporcionar los antecedentes Psiquiátricos para completar la historia clínica.
- b) Vigilar y hacer cumplir las prescripciones médicas en los casos tratados ambulatoriamente.
- c) Guiar y adaptar al enfermo en su medio ambiente en colaboración a los familiares que le rodean.
- d) Traer al paciente periódicamente a control médico.
- e) Orientarlo en el trabajo en relación a su capacidad mental y física.

(1) "Influencias de la Asistencia Social en la Psicología del enfermo" - de Germán Greve.

2.- Hospitalización:

- a) Facilitar la hospitalización de los enfermos que la necesitan por medio de la labor educativa con los familiares.
- b) Constituir un nexo entre el enfermo hospitalizado y los familiares.
- c) Procurar entretenimientos durante su hospitalización, a los enfermos cuyo estado mental exige hacer más llevadera la permanencia en el servicio.
- d) Desarrollar la labor terapia (jardinería, carpintería, cestería).
- e) Estudiar y ayudar a solucionar dentro de las posibilidades reales los problemas familiares.
- f) Una vez dado de alta el enfermo, efectuar controles domiciliarios, además de mantenerlo en control médico a través de la policlínica.
- g) Efectuar los trámites de rigor a fin de colocar a los enfermos incurables y peligrosos en un servicio para crónicos.

Durante la labor realizada bajo estos dos aspectos, ha sido posible observar algunos hechos de interés referente a las relaciones del enfermo mental y a su medio social, los cuales tienen repercusión sobre las

posibilidades de recuperación y readaptación del enfermo:

a) Actitud de los familiares frente al problema mental del paciente.-

Se puede decir que se distinguen tres actitudes muy frecuentes entre los familiares de esta clase de enfermos:

- 1^o Los familiares que abiertamente se responsabilizan por el hospitalizado y acatan todas las medidas del médico tratante.
- 2^o Aquellos en que los familiares tratan de desligarse del enfermo mental, solicitando insistentemente su hospitalización, pero no con un fin terapéutico, sino por constituir para ellos un verdadero problema, la permanencia del enfermo en su hogar.
- 3^o En otros casos en los cuales es necesaria su hospitalización o reclusión en una institución apropiada, los familiares se oponen terminantemente a ella; en éstos es importante la labor educativa con los familiares a fin de hacerles ver la responsabilidad que les cabe frente al enfermo mental.

Se exponen dos Casos referentes a los dos últimos puntos.

Encuesta N°

Nombre: S.B.B.

Servicio: Psiquiatría Hospicio.

Reseña del Caso.-

S.B.B. de 58 años de edad, se encuentra hospitalizado en este servicio desde el 4 de Abril del presente año, se le diagnosticó Melancolía Quejumbrosa.

El paciente vivía con su cónyuge, un hijo de 20 años y una hija de 16 años de edad respectivamente. La cónyuge se dedica al oficio de sastre, gana \$ 200.- semanales. El hijo mayor se dedica al oficio de barnizador, gana \$ 60.- diarios, no ayuda a su madre en los gastos del hogar y actualmente bebe diariamente. La menor de 16 años se encuentra haciendo un curso de primeros auxilios en la Universidad Obrera.

Los familiares solicitaron su hospitalización informando que la permanencia de S.B. era imposible en su hogar y que en varias ocasiones, amenazó agresivamente a su hija de 16 años constituyendo para ellos un verdadero problema.

La cónyuge impresionó desde el primer momento como una persona que trata de desligarse del enfermo; desea sí, que se le haga tratamiento, pero considera

que está demasiado anciano y que es mejor permanezca en un asilo.

Labor social.-

El enfermo está en el servicio para ser sometido a Tratamiento a base de electroshock. En cada entrevista se manifiesta quejumbroso y solicita regresar a su hogar; se le aconseja, se le da ánimo y se le ruega tenga paciencia en el tratamiento, ya que una vez restablecido regresará a su hogar. En varias Sesiones Médicas se estudió el caso con el Médico tratante. Fuera del problema del hospitalizado, se trató el problema del alcoholismo del hijo mayor; se le hizo controles domiciliarios y se le convenció que se hiciera tratamiento anti-alcohólico. Se hospitalizó en el mismo servicio donde permaneció 20 días; una vez dado de alta se le controló en el domicilio. Periódicamente se le citaba a control médico y se informaba por escrito al médico sobre su convalecencia.

Terminado este período se reincorporó a su trabajo; después de un mes más o menos, nuevamente empezó a beber, pero en menor cantidad. Se continuó con controles domiciliarios e intensa labor educativa; se obtuvo cooperación ya que se embriagaba solamente los días Domingos; se le responsabilizó ante los problemas de su madre, a quien

ayuda ahora con \$ 100.- semanales. Además se hizo labor educativa con ésta respecto a su carácter, se le aconsejó que no fuera dominante y que fuera como un guía en los problemas del muchacho. En las visitas domiciliarias efectuadas a través del caso se comprobó que el grupo familiar marchaba en armonía.

Por otra parte, S.B.B. continuaba en el servicio, frecuentemente era visitado por sus familiares. En las entrevistas efectuadas con éstos se trataba de responsabilizarlos frente al problema mental del hospitalizado.

En una Sesión Médica del 14 de Agosto se me informó que S.B. estaba en condiciones de irse a su hogar. Se le avisó inmediatamente a la cónyuge. La primera reacción de ésta fué, la de considerar que sería imposible tenerlo en casa. Se hizo labor educativa y se le instruyó acerca de la forma como deberían tratarlo. Al día siguiente el paciente se fué con sus familiares a su hogar. Después de una semana fué traído a control en policlínica, completamente restablecido, con más ánimo y contento de estar en su hogar. Antes de los quince días, fecha en que debería volver a policlínica, se le controló en su domicilio; se comprobó que seguía bien, pero muy desmemoriado; se le fijó fecha de

control médico. Periódicamente se informaba por escrito al médico sobre su situación actual. Se consiguió absoluta responsabilización de los familiares. Se le buscó un trabajo apropiado, pero efectivamente no se encontraba capacitado. En el mes de Noviembre nuevamente presentó otra recaída, ingresando otra vez al servicio por un tiempo indefinido.

Encuesta N° 10

Nombre: L.M.R.

Servicio: Psiquiatría Hospicio.

Reseña del Caso.-

L.M.R., soltera de 17 años se encuentra hospitalizada por padecer de una Esquizofrenia desde la edad de 13 años.

La enferma es hija legítima que siempre ha vivido con sus padres y tres hermanos menores que ella. El padre es mueblista, gana \$ 5.000.- a \$ 8.000.- mensuales; la madre se dedica a las labores domésticas.

Labor Social.-

Se efectuó la investigación de los antecedentes, de los cuales se informó por escrito al médico tratante. La paciente continúa en el servicio, pero sin cambios en su trastorno. Se estudió el caso, llegándose a la conclusión con el médico, que se trataba de un caso crónico, que debería ser trasladado al Manicomio Nacional.

Con las visitas domiciliarias efectuadas a través del tratamiento social, se comprobó que no existen problemas familiares ni de otra índole, salvo el conflicto que provoca la permanencia de L.M. en su hogar.

Avisada el alta se efectuó entrevista con los familiares, quienes no aceptaron bajo ningún punto de vista el traslado de L., prefiriendo tenerla en casa, hasta que llegue la fecha que se habilite en este servicio un lugar para enfermos crónicos.

Una vez que la paciente estuvo en su hogar, se continuó con controles periódicos. En una visita se comprobó que la enferma estaba con ataque de furia, quebró vidrios, se echó al suelo; provocando pánico entre sus hermanos menores. Aún así se resisten al traslado a Santiago. En esta oportunidad se le citó a control en policlínica.

Periódicamente se efectuaban controles domiciliarios y en policlínica; informándose por escrito al médico tratante.

b) Condiciones del medio ambiente.-

El ambiente es el medio en que el individuo vive y se desarrolla. Constituye para éste, un conjunto de influencias que determinan a menudo su conducta; si son desfavorables tales como la miseria, las condiciones adversas del hogar, etc., estimulan su imaginación perturbando la normalidad en su medio ambiente.

En el estudio de casos de enfermos mentales, es indispensable considerar, su medio material y moral; cuando estos dos aspectos son desfavorables, integran una serie de factores y causas que desencadenan la enfermedad.

En el aspecto material debemos considerar principalmente el hogar o vivienda y el lugar donde trabaja el cliente. En el aspecto moral, los problemas familiares, las desavenencias conyugales, vicios y hábitos. En el ambiente del enfermo, el hogar ejerce una influencia preponderante, porque él, le suministra los primeros elementos que han de constituir su personalidad.

La convivencia humana crea problemas en toda clase de individuos, pero son trascendentales en este tipo de enfermos. Es ideal que el enfermo mental tenga su dormitorio individual, o con la persona que esté a su

cuidado. A menudo se observan casos en que, por la estrechez de la habitación el enfermo se siente observado, rompiendo muchas veces en ataques de agresividad que descompagina la normalidad en todo el grupo familiar, constituyendo para éstos, un verdadero peligro su permanencia en el hogar.

Para evitar nuevos trastornos interesa destacar en el ambiente material, el aspecto físico de la habitación, o sea, la forma de arreglo y distribución de los muebles y objetos que lo componen, y que puede ser de agrado o desagrado para el paciente.

Otro punto que debemos considerar de importancia, es el lugar o recinto de trabajo al cual se reincorporará el paciente terminada su convalecencia. Si se encuentra observado, estrecho o cohibido, es de asegurar que se desadaptará a su medio, presentando una nueva recaída.

En los casos atendidos en el servicio de psiquiatría, se observó que la vivienda reunía las condiciones necesarias de salubridad y limpieza; en aquellos que habitaban una o dos piezas, se presentó el problema del hacinamiento, desorden y desaseo, problema que a su vez ocasiona un relajamiento de los lazos familiares, formando un terreno propicio para cualquier trastorno mental

o de otra índole.

Es indispensable considerar que el individuo es influenciado por su medio ambiente; cada uno está influenciado y modificado por el otro, a través de una sucesión de reacciones recíprocas.

En el aspecto moral, debemos considerar, fuera de lo ya enunciado, la forma de ser de las personas con quien convive el paciente.

En la mayoría de los casos de esta naturaleza, se trataba de hogares legalmente constituídos, pero a consecuencia del mismo problema mental nacía la desarmonía en el grupo, agravada generalmente por la falta de criterio y sentido social de la cónyuge o familiares para interpretar las reacciones del enfermo. En la generalidad de los casos atendidos se observó irregularidad en la armonía familiar, solamente bajo este aspecto. En casos de etílicos, otra clase de enfermos que también son tratados en el servicio, se presentó el problema de desavenencias conyugales casi en un 90%. El alcoholismo de éstos, es causado generalmente por mal hábito y vicio del cliente, influenciado a su vez por el mal carácter, celos o dominación de la cónyuge, constituyendo este último factor, un impedimento en la restauración total del individuo.

Se puede decir que la totalidad de los enfermos que llegan al servicio, tienen una situación económica que alcanza holgadamente a satisfacer las necesidades del grupo, pero no cuentan con los medios disponibles para gastos de diversiones ni para efectuar en algunos, un tratamiento médico completo, o pagar para tener al enfermo en una institución especializada. Existen situaciones económicas deficientes y hasta miserables en el caso de los alcohólicos, porque el trastorno mental consecuencia de toxicomanía, motiva en algunos el ausentismo al trabajo, produciendo a su ^{vez} el problema económico, por las insuficiencias de entradas en el grupo familiar e imposibilitando muchas veces la readaptación del individuo que no alcanza a satisfacer sus mínimas necesidades.

Se observó también, en estos enfermos que casi un 50% de ellos no han desempeñado un trabajo estable. Según información de los familiares, ha sido por la inquietud para desempeñar un nuevo oficio o porque después de producido el trastorno, han debido abandonar el trabajo por nuevas recaídas.

c) Problemas que se presentan cuando el enfermo es dado de alta.-

Una vez que el paciente es dado de alta integra nuevamente su grupo familiar o ingresa al grupo al cual pertenecía antes de hospitalizarse. Durante su convalecencia se presentan los siguientes problemas: Si el paciente es jefe de hogar, es de presumir que él aportaba mayores entradas económicas a su familia, ocasionando su enfermedad entonces, insuficiencias de entradas. A raíz de este problema nace muchas veces, un problema médico en el grupo familiar, ocasionado por la mala alimentación o por falta de medios económicos para un tratamiento a tiempo. Se presenta además el problema de ausentismo al trabajo, disminución de la capacidad física e intelectual, problemas familiares, etc. Sin embargo, son problemas típicos y de gran importancia, en esta clase de enfermos, los siguientes:

a - Dificultad en la reincorporación al hogar:

En los casos de Psicosis reactiva desencadenadas por las condiciones desfavorables de cualquier índole dentro del ambiente familiar, se crea un problema para reincorporar al enfermo, al no poseer éste, otro lugar donde vivir, sino aquel que desencadenó su pai-

cosis, creando una situación desfavorable que impide la recuperación total. Algunas condiciones ambientales favorecen el desencadenamiento de nuevas recaídas en personalidades cada vez más predispuestas a reaccionar patológicamente. Para la Visitadora Social es importante en estos casos, la educación del medio familiar a fin de favorecer la recuperación íntegra del enfermo para evitar nuevas recaídas, procurando por medio de los controles domiciliarios y labor educativa, eliminar las causas que impidan su readaptación.

b - Dificultad en su readaptación:

Existe dificultad en la readaptación de los enfermos cuya alteración mental ha sido tratada tardíamente, por cuanto ya presentan éstos una deficiencia intelectual, que si bien no provoca conflictos en su medio ambiente, su existencia significa una carga para la sociedad, por cuanto su incapacidad no les permite desempeñarse en algo útil. La Visitadora Social puede ayudar a algunos pacientes orientándolos en una faena de acuerdo con sus posibilidades actuales, que sirva al mismo tiempo como labor terapia y como un medio de poder subsistir por su propio trabajo.

El problema queda sin solución cuando se trata de oligofrénicos con deficien

cia acentuada de sus facultades psíquicas. Con el fin de prevenir conflictos, la Visitadora Social debe procurar colocar a estos enfermos en un servicio especial. Por otra parte, en los hogares numerosos estos pacientes ocupan la atención en demasía, sin provecho alguno, descuidando la atención adecuada de las personas normales.

A continuación se expone un Caso en que existe el problema de desadaptación en el hogar.

Encuesta N°

Nombre: M.A.M.

Servicio: Psiquiatría, Hospicio

Reseña del Caso:

M.A.M., soltero, 24 años de edad; se hospitaliza en el servicio por sufrir un trastorno mental.

El paciente es hijo legítimo, siempre ha vivido con sus padres y seis hermanos. El padre, trabaja como obrero en una construcción gana \$ 80.- diarios, sano y sin vicios. La madre sufre de un trastorno mental desde hace 23 años, ocasionado después de un parto, ha sido sometida a tratamiento médico, pero ya constituye un caso crónico; se dedica a las labores domésticas, preocupándose con esmero del ho-



gar y de sus hijos; sus informaciones son claras, pero im-
presiona como oligofrénica. Las dos hermanas mayores traba-
jan en un taller de modas. Cuatro menores cumplen con la Ley
de Instrucción primaria.

Habitan una casa propia, independien-
te, en buenas condiciones materiales de orden y limpieza. El
paciente posee su pieza independiente.

El trastorno se inició el año 1949,
fecha en que fué tratado por el doctor Skewes; el año 1950
fué enviado al Open Door, donde permaneció cuatro meses; fué
dado de alta en buenas condiciones para trabajar. La recaí-
da actual se inició hace seis meses, fecha en que abandonó
su trabajo, el último que desempeñó fué en una gasfitería.

El problema principal y que ocasio-
na trastornos, es la desadaptación absoluta de M.A.M. en su
hogar en el cual no quiere permanecer; siempre se demuestra
intranquilo e irritable y manifiesta un odio profundo a
sus hermanas y muy especialmente a su madre.

Labor social:

Con fecha 10 de Septiembre el paciente
se hospitalizó. Se efectuó la investigación de los antece-
dentes, de lo que se informó por escrito al médico tratante.
Se efectúa entrevista con el paciente, sus datos de identi-

ficación los proporciona perfectamente, parece bien orientado en el tiempo y espacio, pero se manifiesta intranquilo y después de terminada la primera entrevista, que fué muy corta, está molesto e irritado; solicita que no se vaya a su hogar en circunstancias que no se le había mencionado. Concluída esta entrevista se pudo captar inmediatamente que existen para él, problemas familiares y al parecer se trata de un individuo desadaptado y difícil.

En una reunión médica se trató el caso, informándose a su vez de nuevas reacciones de los familiares y del paciente. Continúa intranquilo y sin deseos de irse a su hogar. Según diagnóstico médico sufre de una Esquizofrenia.

En el servicio es sometido a tratamiento de electro-shock; siempre se le observa solo, callado y muy pensativo; en una ocasión se le ofreció revistas, pero no las aceptó; su mirada era fija y de observación. Nunca solicitó nada referente a sus familiares, quienes venían frecuentemente al servicio, pero por prescripción médica no se les autorizó las primeras visitas.

En una entrevista efectuada posteriormente con el hospitalizado, informa que desea su alta, porque quiere trabajar en Huachipato, e independizarse de su familia. Se le ofreció ayudarlo en todos sus trámites, y se le

aconsejó tuviera paciencia de permanecer en el servicio hasta que terminara su tratamiento, precisamente para estar en buenas condiciones de trabajar.

En las visitas domiciliarias, se captó valores afectivos de los familiares con el paciente. Respecto al problema de la madre, fué imposible traerla a control médico; además se trata de un caso crónico que no constituye problemas. Siendo ella quien desempeña las labores de casa en forma normal, ya que su trastorno se traduce en un ligero retardo, que no afecta mayormente sus relaciones y sus obligaciones familiares.

En el tratamiento del Caso Social se comprobó que no existían problemas en el hogar que ocasionaran esa intranquilidad y abersión, pero puede haber influido enormemente, el retardo mental de la madre, quien no se encuentra capacitada para comprender el trastorno de M.A.M. En cada visita domiciliaria se hizo labor educativa con los familiares, respecto al trato que deben de dar al paciente; no contradecirle, agradarle, no considerarlo nunca en un plano inferior, etc.

Con fecha 24 de Septiembre el paciente es dado de alta e integra nuevamente su grupo familiar. Al regreso de las vacaciones de Septiembre se efectúa entrevista con el paciente en su domicilio; su aspecto físico

es mejor, tiene más ánimo y dice que empezará a trabajar en un tiempo más, hasta que se recupere un poco. Según información del mismo no tiene problemas familiares; insiste trabajar en Huachipato; no se le contradijo, pero se le mencionó otros trabajos cuyos oficios él conoce. Se le citó a control médico en policlínica. Se informó al médico tratante acerca de su convalecencia. Paciente es controlado en policlínica, pero se niega a trabajar, continúa con sus rarezas y mal carácter.

El 6 de Octubre se le hospitaliza, por presentar nueva recaída, esta vez en forma agresiva. Estudiado el caso con el médico, se llegó a la conclusión, que es imposible su permanencia en el hogar, y es conveniente su traslado a una institución adecuada, ésto es al Open Door en Santiago. Se le informó a los familiares y con calma se les hizo ver que era necesario recluirlo por un tiempo indefinido en la institución mencionada. La primera reacción de los familiares fué, de no aceptar el traslado, porque les era imposible ir a visitarlo y con paciencia ellos preferían tenerlo en el hogar. Se hizo labor educativa con los familiares quienes, después de reconocer el peligro, aceptaron en parte convenir en el traslado. Se citó al padre y a la hermana mayor para que se entrevistaran con el médico tratante.

Con fecha 12 de Octubre se trasladó el paciente al Open Door. Se envió informe explicando detalladamente que era imposible la permanencia de este enfermo en su hogar, y que considerando que esta provincia no cuenta con una institución para esta clase de enfermo, era necesaria su reclusión en ésta por un tiempo indefinido.

C O N C L U S I O N E S .

- 1º - El estudio realizado nos lleva a comprender que el problema de los enfermos mentales en Concepción, se caracteriza especialmente por la falta de un servicio que reúna las condiciones necesarias para el tratamiento de estos enfermos. Considerando que el existente no alcanza a solucionar las necesidades de la población, este problema no puede resolverse aisladamente; debe realizarse una labor en conjunto con el Estado y la Comunidad.
- 2º - Es necesario en nuestro país instalar secciones Neuro-Psiquiátricas en los Hospitales Regionales, con el fin que los casos sean reconocidos precozmente, y los enfermos sean enviados a centros especializados para su tratamiento.
- 3º - Por la cantidad de enfermos mentales, Concepción y la zona necesita una sección para enfermos crónicos, con los elementos necesarios para efectuar una labor terapia adecuada.
- 4º - Es conveniente incrementar el Servicio Social Psi-

quiátrico para que los enfermos dado de alta sean elementos útiles a la sociedad, procurando que se disponga de un fondo en dinero para darle mejor solución al Caso Social.

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

BIBLIOGRAFIA .

Autores:

Obras:

- Lichtenstein "Los Fundamentos de la Psiquiatría" -
- Vivado, Arturo "Psiquiatría".
- Dr. Greve, Germán "La Moderna Asistencia Social Psiquiátrica"
- Mira y López "Manual de Psicoterapia"
- Dr. Noyes, Arthur "Psiquiatría Clínica Moderna"
- Lois Meredith French "Psychiatric Social Work".
- Roque de Fursac "Manual de Psiquiatría"

Archivos de la Beneficencia.

I N D I C E.

Página:

INTRODUCCION	1
<u>CAPITULO I:</u> "ANTECEDENTES GENERALES SOBRE PSIQUIATRIA EN CHILE"	5
1).-Breve reseña de la evolución del concepto de enfermedad mental y de la atención psiquiátrica en Chile".....	5
2).-Generalidades sobre el servicio psiquiátrico	10
<u>CAPITULO II:</u> "SERVICIO DE PSIQUIATRIA EN CONCEPCION" ...	15
1).-Primeros antecedentes sobre atención psiquiátrica en nuestra ciudad	15
2).-Organización actual del servicio de psiquiatría	19
3).-Movimiento de atención hospitalaria y de policlínica en sus seis primeros meses	25
<u>CAPITULO III:</u> "EL SERVICIO SOCIAL EN COLABORACION CON EL SERVICIO PSIQUIATRICO"	27
1).-qué se entiende por servicio Social de colaboración médica	27
2).-Encuesta Social Psiquiátrica	30
3).-Labor específica de la Visitadora Social en un servicio de Psiquiatría ...	37
a) Actitud de los familiares frente al problema mental del paciente	42
Caso Social	43
Caso Social	46
b) Condiciones del medio ambiente	48

c) Problemas que se presentan cuando el enfermo es dado de alta	52
a) Dificultad en la reincorporación al hogar	52
b) Dificultad en su readaptación	53
Caso Social	54
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFIA	62