

Ministerio de Educación Pública
Escuela de Servicio Social
SANTIAGO

24

La Colocación Familiar como un aporte al tratamiento y readaptación social de los enfermos mentales

Memoria de prueba para optar al título de Asistente Social del Estado

Social

GRACIELA TORRES HERRERA

1942

5620321/ (Impresión final) Trab. Social
1936
1942
T693
1942
C.1

Ministerio de Educación Pública
Escuela de Servicio Social
SANTIAGO



24

La Colocación Familiar como un aporte al tratamiento y readaptación social de los enfermos mentales



Memoria de prueba para optar al título de Asistente Social del Estado

Esta Memoria fue calificada con 20 puntos frente a un máximo de 21 puntos.

00398

GRACIELA TORRES HERRERA



1942

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO CENTRAL
BIBLIOTECA CENTRAL

Vertical white bar with handwritten number 14544

INTRODUCCION

La asistencia social de los alienados no ha marchado, en nuestro país, con el mismo ritmo en cuanto a su desarrollo que la que se preocupa del resto de los enfermos o que aquella rama que tiene relación con la prevención de las enfermedades y con el desarrollo de los sistemas de previsión que se refieren al seguro de enfermedad.

En efecto, el único hospital de alienados, el Manicomio, que existe entre nosotros para absorber la atención de los enfermos mentales en toda la república presenta una serie de deficiencias que no pretendemos analizar en este trabajo, pero entre las cuales es una de las más importantes su falta de capacidad para poder asistir a la totalidad de la legión de enfermos mentales que en nuestro país van constituyendo un problema de verdadera trascendencia y de considerable importancia.

Por otra parte es una tendencia de la asistencia social moderna tratar de cumplir su labor en la forma más humana con lo que queremos expresar que se trata de prodigar asistencia perturbando la vida social, los hábitos, los sentimientos del enfermo en la forma mínima compatible con el estudio y el tratamiento de cada caso.

Es así, como se han ido desarrollando paulatinamente los sistemas ambulatorios de asistencia en detrimento de la labor hospitalaria que significa en síntesis una

exclusión del individuo de la vida social normal, separándolo de su familia, de su trabajo y sumergiéndolo en un ambiente que siempre involucra la idea de la reclusión, un sentimiento angustioso y una falta de actividad forzosa.

Nuestra práctica como Asistente Social en el Manicomio nos ha ido sedimentando la idea cada vez con más fuerza de la necesidad de buscar una solución al problema de la asistencia del alienado teniendo como principios estas condiciones en que se desenvuelven los problemas asistenciales contemporáneos.

Es por este motivo que elegimos como trabajo final de nuestros estudios el sistema llamado de Colocación Familiar de los enfermos mentales y que en nuestro país tienen escaso o ningún desarrollo.

Como se verá en las páginas siguientes se trata de una contribución efectiva para la readaptación de este grupo numeroso que va creciendo paulatinamente en todo el mundo y que en nuestro país constituye la legión. Transformar el asilo desnudo, inconfortable, con aspecto carcelario en un hogar sonriente, benévolo, de vida social agradable es algo que está en la base, a nuestro juicio, de la parte sentimental que dirige e impulsa nuestra labor de Asistentes Sociales.

Pues bien, no sólo estas ventajas se derivan del nuevo sistema cuyo estudio emprendimos sino que en la prác-

tica constituye una solución para la plétora en que se debate el Manicomio y para el aprovechamiento de las energías estériles que constituyen el grupo numerosísimo de enfermos crónicos capaces de hacer una vida social relativamente compatible.

Aún mas, una aplicación en escala suficiente para la situación de los enfermos mentales en nuestro país tendría el valor experimental al mismo tiempo que resolver lo urgente, de un ensayo aplicable a otro tipo de enfermos de inválidos o de desheredados sociales.

Desde el punto de vista puramente profesional este problema abre una ruta nueva para la especialización de la Asistente Social, eje del control de los enfermos en Colocación Familiar y elemento indispensable para la calificación de los hogares capaces de verificar esta tarea.

Creemos haberle dado a nuestro trabajo un corte más práctico que académico ya que nuestra intención es demostrar las ventajas, la conveniencia y la trascendencia de este sistema con el objeto de contribuir a su establecimiento en nuestro país.

No podemos terminar esta introducción, ni entrar de lleno en la tarea sin hacer una mención plena de gratitud a nuestra Escuela que nos ha proporcionado el placer intenso de adentrarnos en el estudio de una experiencia que consideramos impregnada del espíritu que gobierna nuestra profesión.

En este mismo sentido consignamos nuestros agradecimientos sinceros a los Dres. Carlos Larson y René Carvajal que nos proporcionaron con gran gentileza e interés las facilidades para la realización de nuestra labor.

Igualmente agradeceremos profundamente a nuestro profesor de Psiquiatría Dr. Issac Horwitz su generosa contribución a este trabajo como profesor guía.

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE LA
ASISTENCIA DEL ALIE-
NADO

RESEÑA HISTORICA.- El problema de la asistencia social del alienado ha sufrido modificaciones profundas a través de los siglos, debido al progreso de la medicina y al espíritu de la civilización, que ha levantado el nivel de la sociedad y ha difundido el sentimiento de solidaridad entre los hombres, imponiendo y ampliando los medios para mantener vivos los anhelos de reparación social.

La asistencia de los alienados está condicionada por la cultura, la legislación, la prosperidad material, los prejuicios, las concepciones morales y religiosas.

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

Bernard Hard, refiriéndose a los cambios fundamentales sufridos a través del tiempo por la actitud de la sociedad frente al enfermo mental establece cuatro etapas como sigue: demonológica, política, fisiológica y psicológica.

En la etapa de la concepción demonológica, la locura era considerada como manifestación de un ser espiritual o demoníaco.

Entre los egipcios, hebreos, griegos y romanos la locura era considerada de origen divino, un castigo de los dioses, para cuya curación había que implorar la clemencia de las divinidades, purificando a los enfermos en los templos sagrados.

En la Edad Media se consideró la locura como producto de brujerías y encantamiento y eran los demonios o el mago los que causaban la enajenación. Los castigos se ajustaban a estas creencias siendo ellos el suplicio, el azote o la hoguera.

El loco era pues ensalzado o perseguido según la clase de espíritu que se suponía influenciaba al enfermo.

A partir del Renacimiento el enfermo mental pierde su carácter demoníaco y aparece entonces la concepción política en que el enajenado es tratado como un ser al cual no se le debe consideración social, ni se le conceden derechos.

La sociedad sólo se preocupaba de librarse de ellos ya sea encarcelándolos o recluyéndolos.

Para aislarlos se crearon establecimientos de tipo carcelario a base de prisión con cadenas, régimen celular y otros procedimientos.

En el año 1798 Felipe Pinel, médico del Hospital Bicetre en Francia, impresionado por la triste suerte de los alienados y dominado por la influencia ejercida en la conciencia popular de la época por la Revolución Francesa

y la Declaración de los Derechos del Hombre, obtuvo la autorización para suprimir las cadenas de los enfermos mentales recluidos en el establecimiento en que trabajaba.

Este hecho inicia la primera y más grande reforma que se ha hecho en el tratamiento de las enfermedades mentales apareciendo entonces una nueva concepción de la locura, la fisiológica en que el alienado es considerado como un enfermo del cerebro digno como tal de ser atendido como cualquier otro que sufre un mal físico.

Inicia este movimiento como hemos visto Pinel y luego Esquirol en Francia, Tuke y Conolly en Inglaterra, Chiarugi en Italia y Dorothea Dix en Estados Unidos.

Como resultado de este movimiento se transforma el aspecto asistencial del alienado, porque se establece el tratamiento humanitario y científico en que se prohíben los métodos coercitivos reemplazándolos por el trato afectuoso y tolerante, observándose más orden y calma entre los enfermos, lo que modifica el ambiente de los manicomios transformándolos en sitios de relativo confort y donde el enfermo es cuidado y estudiado científicamente.

Esta forma de asistencia del alienado, en cuyos tratamientos no se usa método de contención de ninguna especie y en que los malos tratos y abusos son sustituidos por la bondad y la tolerancia, por el trabajo y las distracciones en los jardines y terrenos anexos a los estable-

cimientos, se difunde rápidamente, constituyendo desde entonces la libertad y el trabajo medios terapéuticos de gran importancia.

Más tarde se considera que no es suficiente la libertad y el trabajo dentro del asilo, haciéndose sentir la necesidad de dar más libertades al alienado.

Es en Escocia donde se materializa esta nueva reforma iniciándose el sistema de puerta abierta. (Open Door) forma de asistencia que se debe a la iniciativa de Miss Dorothea Dix.

Como una derivación científica de la concepción fisiológica y para explicar los trastornos de las psicosis funcionales surge la concepción psicológica de la locura.

Se trata entonces de investigar en forma científica los mecanismos mentales en un sentido psicogénito y trata de aliviarlos por procedimientos psicoterápicos.

FORMA EN QUE SE REALIZA LA ASISTENCIA DEL ALIENADO.- La asistencia de los enfermos mentales adopta modalidades distintas según la forma en que se ejerce y el plan de lucha social contra la alienación mental.

Así es como podemos distinguir; la asistencia externa, la asistencia de los enfermos agudos y la asistencia de los crónicos.

Los organismos en que descansa un plan de lucha contra las enfermedades mentales son: El Dispensario Psi-

quiátrico donde se atiende las pequeñas psicopatías; el Hospital Psiquiátrico para el tratamiento de procesos agudos y los establecimientos especializados para la reeducación de los crónicos.

La asistencia al enfermo mental debe ser precoz. Esto quiere decir que, si a un individuo que vive en el grupo social se le han presentado síntomas extraños que indican la presencia de una afección mental en sus comienzos es el momento en que el enfermo debe iniciar un tratamiento para evitar que la enfermedad tome mayores contornos.

Esta labor corresponde al Dispensario Psiquiátrico y a las Ligas de Higiene Mental. Esta sería la asistencia externa del enfermo.

La asistencia al alienado debe ser activa en el período agudo de la enfermedad. Del tratamiento oportuno en el período agudo depende muchas veces la curación del enfermo. Esta labor corresponde al Hospital Psiquiátrico y sería la asistencia de los agudos.

La asistencia al alienado debe ser especializada. Esto indica que debe haber una asistencia especial para cada enfermedad crónica. Es la labor de los institutos para débiles mentales, para dementes precoces, etc. Sería la asistencia de los crónicos.

a) ASISTENCIA EXTERNA.— Su papel primordial es tratar todos los estados de la pequeña patología mental como ser;

asténicos, emotivos, deprimidos, epilépticos sin trastornos mentales de importancia, estados leves de psicosis maníaco depresiva, formas ligas de confusión mental, etc.

La asistencia se ocupa del tratamiento de las formas iniciales de grandes enfermedades mentales antes de su ingreso al Hospital como ser parálisis general, demencia precoz, etc. Se ocupa también de los egresados del hospital y convalescientes.

La preservación de los predispuestos es otro de los aspectos importantes de la asistencia externa ya que desempeña una misión profiláctica.

La asistencia externa se realiza por medio de los siguientes organismos: las Ligas de Higiene Mental, el Dispensario Psiquiátrico y el Patronato del Psicópata. LAS LIGAS DE HIGIENE MENTAL se ocupa del estudio y aplicación de los principios generales de higiene y profilaxia que deben orientar la lucha contra las psicopatías y del perfeccionamiento de las características psíquicas individuales.

La profilaxis radicará esencialmente en el principio científicamente establecido, de que la locura es en un gran número de casos una enfermedad que puede evitarse y curarse si se suprimen las causas ocasionales que permitieran su aparición.

Las alteraciones de orden tóxico, como el caso de los alcohólicos se evitarán por la lucha contra el alcoh-

lismo, la parálisis general por la lucha anti-venérea.

El conocimiento de las predisposiciones y de los factores constitucionales permiten al alienado controlar las uniones conyugales, evitando la degeneración familiar. En la educación, en el trabajo y en la vida sexual del individuo la profilaxia mental tiene una acción precisa y orientadora.

Otro aspecto importante de las Ligas de Higiene Mental es prestar apoyo moral y material de los psicópatas, alienados y toxicómanos en los establecimientos.

Es labor del Dispensario Psiquiátrico impedir la eclosión de las perturbaciones en los predispuestos amenazados por factores inmediatos, sobre los cuales el laboratorio suministra indicaciones indispensables a la profilaxia.

Tiene un doble fin; un aspecto profiláctico que se refiere a la búsqueda en las diferentes actividades del hombre, al predispuesto, al tarado y al débil mental para aplicarla en forma permanente las reglas de higiene mental y para defenderlo de los trastornos que su abandono podría producirle.

El otro aspecto se refiere a la atención gratuita o integral a toda persona que por su estado ha acudido a solicitar sus servicios.

El Dispensario Psiquiátrico constituye el organismo de control entre el Hospital Psiquiátrico y el medio

ambiente. Trabaja en estrecha colaboración con los servicios de cirugía, laboratorio, farmacia, etc.

El Dispensario Psiquiátrico se ocupa pues de la asistencia ambulatoria de los enfermos mentales, de la vigilancia médica de los egresados del Hospital, de los convalescientes, de los egresados precozmente.

SERVICIO SOCIAL PSIQUIATRICO.- Las enfermedades mentales son por sus manifestaciones, anomalías de comportamiento. Por este aspecto exterior, podrían considerarse como enfermedades de la vida social, de las relaciones del sujeto y su medio.

El ambiente ejerce una acción continua sobre el enfermo. Con frecuencia su influencia puede observarse en el origen y en la evolución de la enfermedad, de tal modo que en esos casos puede decirse que la enfermedad es producto del sujeto y del medio.

En estos casos será difícil llegar a un buen diagnóstico y a un tratamiento adecuado sin conocer el ambiente donde la enfermedad se originó.

Será necesario entonces conocer este ambiente y es el Servicio Social el que se encarga de reunir los datos del medio en que vive el enfermo, sirviendo de enlace entre el medio que ha rodeado al psicópata y el Dispensario Psiquiátrico.

Al médico psiquiatra le es muchas veces imposible conocer el ambiente que rodea el paciente ya sea por

su labor misma o por otros motivos.

Es entonces necesario que una persona con los conocimientos y la experiencia indispensable trasmite al médico los datos esenciales sobre el medio material, moral y psíquico que ha rodeado al enfermo, permitiendo de este modo que el psiquiatra se forme una idea completa de la influencia ejercida por el medio en el origen y evolución de la enfermedad.

La Asistente Social Psiquiátrica es la persona indicada para realizar esta delicada labor en forma eficiente porque en el curso de sus estudios ha recibido la preparación necesaria en Psiquiatría, Psicología, Sociología, etc.

Fuera de esta tarea de recoger los datos que forman la historia social del enfermo, actuará sobre la familia, los compañeros y los amigos del paciente tratando de modificar el ambiente que ha rodeado al enfermo en un sentido favorable al tratamiento.

La labor del Servicio Social en el Hospital Psiquiátrico es muy amplia. Empieza muchas veces antes que el enfermo ingrese al hospital, como sucede cuando hay necesidad de colocar hijos de los enfermos en casa de parientes, amigos o en instituciones especiales.

Cuando el enfermo ingresa al Hospital Psiquiátrico es necesario obtener antecedentes mucho más completos que los que se han tomado en el Dispensario Psiquiá-

trico para redactar la historia del enfermo.

Se solucionan los problemas que afectan al hogar del enfermo, se trata en lo posible de mantener un estrecho contacto entre el enfermo y su familia, evitando de este modo que se produzca el abandono moral y material de los alienados, hecho muy frecuente, pese a la activa labor que el Servicio Social realiza en este sentido, existiendo un alto porcentaje de enfermos por los cuales las familias no sienten el más mínimo interés, dejándolos en el más completo abandono. Esto, muchas veces, perjudica el tratamiento porque el enfermo se da cuenta de la falta de afecto de sus parientes. Además se solucionan los problemas del enfermo en el establecimiento mismo, se trata de mejorar en lo posible su situación dentro de él, como así mismo se efectúan los trámites necesarios para que goce de los beneficios que le otorgan algunas instituciones de previsión, etc.

Cuando el enfermo es dado de alta, el Servicio Social se preocupa de preparar el ambiente que ha de recibir al enfermo a fin de que se adapte a su estado mental actual, habiendo previamente sumido o atenuado los factores sociales que contribuyeron a determinar la enfermedad.

Cuando el enfermo es de una región alejada se preocupa de conseguirle los medios para que pueda volver a su hogar.

Por otra parte se dará a conocer al enfermo y a

su familia medidas de higiene mental, haciendo resaltar la importancia de estas medidas profilácticas en la conservación de la salud mental.

Patronatos de Psicópatas son instituciones sostenidas por la caridad privada, destinadas a proteger al alienado y su familia.

Estas organizaciones hoy día se encuentran casi reemplazadas por la labor desarrollada por el Servicio Social Psiquiátrico y las instituciones asistenciales creadas por la ley.

b) ASISTENCIA DE AGUDOS.- Se ha observado en Psiquiatría, como en las demás ramas de la Medicina, que las enfermedades agudas curan con frecuencia, pero exigen una oportuna asistencia, para evitar que evolucionen hacia la cronicidad o la muerte.

Es por esto que las enfermedades mentales exigen una atención precoz, activa e intensa y es el Hospital Psiquiátrico el que se ocupa de esta tarea. Es aquí pues donde se trata a los enfermos mentales en el período agudo que a veces sólo dura días o semanas y en el que se juega la vida o el porvenir mental del enfermo.

Es aquí donde se dá la batalla decisiva en la cual se resuelve si el enfermo es reintegrado a la sociedad sano, como un valor útil o si debe pasar como crónico a la colonia.

El Hospital Psiquiátrico es entonces el organismo principal donde radica el núcleo de acción contra las enfermedades mentales, dotado de todos los recursos necesarios para poder llegar a un diagnóstico preciso y capacitado para realizar los tratamientos especiales de la moderna terapéutica psiquiátrica.

c) ASISTENCIA DE LOS CRONICOS.- La asistencia de los enfermos mentales crónicos se hace contemplando las características de la enfermedad misma, en establecimientos adecuados, en sitios sub-urbanos o rurales.

La asistencia del crónico tiende al tratamiento especializado y al tratamiento individual.

Cuando se habla de enfermedades crónicas no hay que imaginarse que por el hecho de ser crónicas no necesitan de tratamiento. Son susceptibles de ser tratadas, utilizando para ello las funciones del espíritu que han permanecido sanas o que están poco afectadas, para suplir las funciones perdidas.

Es por esto una labor de reeducación destinada a modelar una personalidad capaz de vivir libremente en la sociedad.

No siempre se logra una capacitación completa, pero se puede obtener grados intermedios, como ser individuos capaces de vivir en sociedad, pero bajo la protección de su propia familia, de un patronato de psicópatas o en asistencia familiar.

Esta labor de reeducación se realiza en institutos especializados, en las colonias familiares, en los hospitales para crónicos sub-urbanos, en sanatorios, granjas, etc.

Estos establecimientos cuentan con los elementos que hacen posible el desarrollo de la laborterapia en: talleres, industrias, labores agrícolas, al mismo tiempo que permitan las distracciones sanas como los deportes, educación física, etc.

En estos establecimientos es posible realizar tratamientos especializados al mismo tiempo que tratamientos individualizados.

La asistencia familiar del alienado es otra forma de atención al enfermo mental crónico. Este aspecto lo trataremos en forma amplia en el próximo capítulo.

d) LA ASISTENCIA DEL ALIENADO EN CHILE.- Cuando don Pedro de Valdivia fundó el Hospital de Nuestra Señora del Socorro, nada hace sospechar que existiese un anexo para la atención de enfermos mentales.

Durante la colonia seguramente se siguió la conducta observada por España respecto a los alienados, dominando en este período el concepto demonológico y político de la locura.

En ese tiempo no existía en Chile un lugar apropiado para recibir enfermos mentales por lo que estos eran

reducidos en prisiones generales o en conventos donde no recibían atención médica salvo para afecciones físicas.

Años más tarde se adopta el sistema de dejar los enfermos tranquilos en los conventos u hospitales de Santiago al cuidado de sacerdotes o monjas y los agitados eran enviados al Hospital de San Andrés de Lima.

La Casa de locos de San Andrés de Lima sirvió de modelo para organizar en nuestro país la asistencia del alienado.

En el año 1852 se funda en Santiago la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Angeles que se ubicó en el barrio Yungay.

Su fundación se debió a la iniciativa del Intendente Militar don Francisco Ramirez y su primer médico fué el Dr. Lorenzo Sazzí.

En el año 1858 la Casa de Orates fué trasladada al sitio que hoy ocupa: Fué construida a imitación de la casa de locos de San Andrés de Lima siendo por lo tanto de tipo carcelario ya que en ese tiempo dominaba la concepción política de la locura es decir que la única preocupación de la sociedad de ese tiempo era recluir al enfermo para librarse de sus reacciones peligrosas.

En el año 1875, se contrató el primer médico especialista en enfermedades mentales, el psiquiatra inglés don Guillermo T. Benham.

Este hecho junto con iniciar las primeras manifestaciones

festaciones del concepto fisiológico en nuestro país marca además el primer paso de la asistencia psiquiátrica en Chile.

La Casa de Orates ha sido desde su fundación el único establecimiento destinado a la atención de los alienados en nuestro país.

Fuera de ella existen en Santiago Pensionados Particulares de escasa capacidad y el anexo Psiquiátrico del Hospital de Viña del Mar.

La Casa de Orates o Manicomio Nacional es la entidad formada por el Manicomio propiamente tal ubicado en la calle Olivos; la "Quinta Bella" en la Avda. Recoleta, adquirida en 1923 y el Open Door que se encuentra situado en el fundo El Peral de la Beneficencia comprado con ese objeto en el año 1928.

Todos los enfermos mentales del país lógicamente deben acudir a la única institución que los puede atender en forma más conveniente.

Esto acarrea como es de suponer un aumento considerable en la población de enagenados del Manicomio Nacional lo que naturalmente dificulta su tratamiento y lo que es más grave se produce la falta de plazas para los enfermos agudos los que deben ser rechazados en gran número que luego van a engrosar las filas los crónicos e incurables por falta de un tratamiento oportuno.

El problema de la falta de camas se agudiza aún

más porque el Manicomio no sólo recibe enfermos agudos sino que también idiotas y epilépticos, y lo que es peor tiene que albergar a toxicómanos y enagenados delincuentes.

En otros países estos grupos de enfermos tienen asilos especiales.

En el Open Door se ha construido ultimamente un pabellón destinado a los toxicómanos que aún no ha sido habilitado.

CAPITULO II

COLOCACION FAMILIAR DE ENFERMOS MENTALES

Si a un grupo más o menos numeroso de miembros de la sociedad, inadaptados al medio ambiente social a causa de una afección mental, lo colocáramos en una determinada organización social, en la cual pudieran lograr un cierto grado de independencia económica por medio del trabajo, se habría logrado convertir a ese grupo, que constituye un peso muerto para el Estado, que es el encargado de velar por su cuidado en miembros útiles a la colectividad redimiéndolos de su triste condición de despojos sociales.

La Colocación Familiar de alienados persigue tan noble fin.

La Colocación Familiar de enfermos mentales consiste, en la colocación y supervigilancia de enfermos crónicos o convalescientes, que no necesitan de una asistencia prolongada en el Hospital Psiquiátrico, en hogares seleccionados para esta clase de asistencia.

La experiencia demuestra que los enfermos que permanecen un tiempo más o menos largo inactivos marchan con mayor prontitud a su desintegración mental y física que aquellos que alternan el trabajo con las distracciones.

La reclusión a que están reducidos los alienados, en algunos casos se opone al tratamiento ya que el aislamiento prolongado, la vida de ocio monótona y artificial del hospital no les beneficia en modo alguno.

En cambio puede ser un factor de mucha importancia para su restablecimiento, la vida en familia, tranquila, ordenada, de trabajo, alternado con entretenimientos sanos, de libertad que haga sentirse al enfermo en el mismo plano que cualquier miembro de la sociedad.

La Colocación Familiar de enagenados se basa en dos fines fundamentales; terapéutico y económico.

Si la Colocación Familiar de enfermos mentales está bien organizada constituye el ideal del tratamiento individualizado por el cual pueden conseguirse grandes mejoras de la capacidad social del enfermo, proporcionándole un hogar, estimulándole la sociabilidad, ofreciéndole la readaptación social al incorporarlo en un medio social normal.

Como fin económico, representa la solución del problema de los crónicos, porque permite que el alienado que constituye un peso muerto dentro de los presupuestos oficiales, sea orientado en forma científica hacia el trabajo tratando de que llegue a convertirse en un ser útil a la sociedad y producir lo suficiente para dejar de ser un pafásito social, bastándose a sí mismo.

Por otra parte representa el medio por el cual es

posible producir la descongestión de los asilos de alienados ya que por cada enfermo crónico o convalesciente que va a Colocación Familiar se produce la vacante correspondiente que puede ser llenada por aquellos enfermos agudos curables que muchas veces son rechazados por falta de plazas, condenándolos a la incurabilidad o a hacerse crónica por falta de un tratamiento oportuno.

Esta forma de asistencia que confía a los enfermos mentales a una familia ajena a la suya, o sea la Colocación Heterofamiliar o a su propia familia, Colocación Homofamiliar, es muy antigua.

Los pueblos primitivos desconocían la naturaleza de las enfermedades mentales y el alienado conservaba su lugar en medio de sus semejantes.

En el campo y cuando la población era poco densa, se los hacía trabajar juntos con los demás miembros de la comunidad.

En el siglo XVIII la situación de los enfermos cuidados por sus propias familias sufre algunos cambios.

En ciertos lugares se manifiesta una sincera simpatía por los enfermos mentales como sucede en Escocia, cuando la opinión pública fué conmovida por la campaña de la norteamericana Miss Dorothea Dix, en tal forma que el gobierno se vió obligado a ordenar una investigación sobre la situación de estos enfermos.

Por ley del año 1857 se creó en Edimburgo un

Consejo, el Board of Commissioner in lunacy, que duró en sus funciones desde 1858 a 1862.

Formado por médicos y juristas, encargados de inspeccionar los establecimientos para alienados existentes, como igualmente a los enfermos cuidados por su familia.

Atribuciones de este Consejo era internar a todo enfermo mental en establecimientos cerrados o confiarlos al cuidado de su propia familia o de una familia extraña, quedando en ambos casos bajo la vigilancia de dichos Consejo.

Las familias escocesas, tan amantes de la libertad ante el temor de que sus enfermos fueran internados en establecimientos cerrados, adoptaron el sistema de Colocación Familiar en que los enfermos mentales viven en libertad, vigilados por su propia familia o una agena.

Esta forma de asistencia del alienado se popularizó en todo el país.

De los 7450 enfermos visitados por miembros del Board of Commissioner in lunacy, 1363 se encontraban fuera de los asilos.

Con esta investigación se trataba de establecer si el enfermo mental era bien cuidado por las personas que estaban encargadas de ellos. Cuando se comprobaba que el enfermo estaba mal atendido era confiado a otra familia

que ofreciera mayores garantías.

Los enfermos de las ciudades, donde su permanencia es tan difícil, fueron enviados al campo o aldeas. Algunas aldeas se hicieron famosas por el buen tratamiento que se daba a los enfermos.

En varios países de Europa y América el uso de la Colocación Familiar, se ha adoptado con excelentes resultados.

Así tenemos por ejemplo, Bélgica con las colonias libres de Gheel la más antigua que se conoce y Lierneux fundada en 1867.

En Francia en 1891 se fundaba en Dun sur-Auron la primera colonia con tan buenos resultados que luego hubo necesidad de fundar varias colonias anexas.

En Alemania las primeras tentativas son del siglo XVIII Engilhen empezó a colocar enfermos en 1764 en los alrededores del hospital privado de Rockwinkell. Después de la guerra de 1914 a 1918 los alemanes orientan la asistencia familiar hacia el mantenimiento y vigilancia de los enfermos en sus propios hogares.

Italia funda su primera colonia en 1862. En Inglaterra predomina el sistema Homofamiliar. En Suecia, Noruega, Hungría, Polonia etc. la practican en pequeña escala.

Rusia, país esencialmente agrícola y de estructu-

ra social atrasada, conserva un gran número de alienados a domicilio. En 1896 en una población de 600.000 habitantes de 1143 enfermos solamente fueron internados 150.

En Estados Unidos de Norteamérica es sorprendente el desarrollo que ha alcanzado la Colocación Familiar, especialmente en el último tiempo.

Los primeros ensayos fueron hechos en 1885 en el Estado de Massachusetts. En los años transcurridos entre 1885 y 1905 todas las colocaciones fueron hechas bajo la supervigilancia del Massachusetts State Board of Health and Charity.

En 1905 el uso del sistema familiar se extendió a varias instituciones que atienden a insanos como asimismo a los diferentes Estados, donde ha alcanzado un desarrollo muy satisfactorio en algunos de ellos.

En el Uruguay existe una Colonia Familiar que es talvés la mejor organizada de Sudamérica.

La Colonia Familiar adoptada por los diferentes países ha tenido como modelo la Colonia Familiar de Gheel, la más antigua, cuyo origen se remonta a la leyenda.

La leyenda refiere que una princesa irlandesa que huyó de los deseos incestuosos de su padre, se refugió en la aldea de Gheel hasta donde la persiguió su padre dándole muerte.

La leyenda asegura que en la tumba de Dymphane

que así se llamaba la princesa, los enfermos mentales encontraban la curación a sus males.

Dymphane fué elevada a la categoría de santa y en su honor se alzó una hermosa iglesia.

De los enfermos que visitaban el lugar, algunos sanaban. Los que no mejoraban eran cuidados en un lugar anexo a la iglesia. Como este anexo con el tiempo se hizo estrecho los enfermos fueron acogidos en sus hogares por los habitantes de la aldea.

El recibimiento de pensionistas se hacía sin ninguna restricción, de edad, de clase social, de procedencia o nacionalidad. Los enfermos iban directamente a Colocación Familiar, sin que una autoridad competente los distribuyera.

El sistema de Gheel no era científico, sólo obedecía a la tradición, la costumbre inspirada por la fé la transformó en una institución permanente.

Más tarde, algunos asilos empezaron a enviar a Gheel a los enfermos crónicos donde eran recibidos por los habitantes de la aldea que ya estaban muy familiarizados con el cuidado de los enfermos mentales.

En Gheel casi todos sus habitantes están dedicados a las faenas rurales y hay más o menos 3.000 enfermos en Colocación Familiar en los hogares de los aldeanos.

Cada familia puede recibir a lo más dos enfermos

por los cuales se les paga una pensión según el paciente y los cuidados que haya que prodigarle.

Hoy día la Colonia Familiar de Gheel se ha transformado en un gran centro psiquiátrico moderno.

Cuenta con un hospital psiquiátrico para agudos y reagudizados. Una enfermería que se compone de dos pabellones de admisión; uno para hombres y otro para mujeres. Anexo a la enfermería hay un laboratorio que permite hacer los exámenes corrientes, como asimismo trabajo de anatomía, patología y una botica. Existe también una escuela para niños anormales.

La Colonia está dividida en cinco secciones dirigida cada una por un médico especialista, enfermeras diplomadas y cuidadoras especializadas. El Jefe de la Colonia es el médico director que es el que selecciona los enfermos ya sea para colocarlos en algunas familias o enviarlos a asilos cerrados.

A cada dueña de casa, la colonia le paga cierta suma por los cuidados que presta al enfermo que se le confía. Esta suma varía según la clase del pensionista para lo cual los clasifican en tres categorías; trabajadores; flojos pero limpios y sucios.

En la aldea de Gheel los enfermos en Colocación Familiar van libremente por las calles mezclados con las gentes de la ciudad, no siendo desagradables para nadie,

ni tampoco inspiran ese sentimiento de temor que en otras partes se siente por los enfermos mentales. La gente de la comunidad observa a los enfermos con simpatía y está siempre lista para socorrerlos en caso de necesidad.

Hemos visto que existen dos formas de Colocación Familiar de alienados; La Homofamiliar y la Heterofamiliar.

Se habla de Colocación Homofamiliar cuando el enfermo es enviado a su propio hogar como pensionista, pagándose por él una pequeña suma a la familia.

Los partidarios de esta forma de atención familiar consideran como una gran ventaja que el cuidador del enfermo sea un pariente porque se sentirá con más responsabilidad que si fuera un extraño. Además son cuidadores más permanentes.

Colocación Heterofamiliar es aquella en que se coloca enfermos mentales como pensionistas en hogares extraños.

Los partidarios de esta forma de Colocación Familiar la justifican desde tres puntos de vista; de la situación de la familia del enfermo; las condiciones de vida y las exigencias mismas de la enfermedad.

En el caso de los solteros sin parientes; los que llevan largos años reclusos y han sido completamente abandonados por la familia; los que no han sido visitados desde hace mucho tiempo ni reciben correspondencia de parientes,

la Colocación Heterofamiliar se impone.

Las dificultades que se presentan en las ciudades para cuidar un enfermo mental en su propio hogar, tienen en la Colocación Heterofamiliar una solución. La mayoría de los enfermos colocados provienen de las ciudades donde es casi imposible cuidar un alienado en el medio familiar porque estos son muy fácil presa de vicios; el alcoholismo, opio, morfina, etc., que están más a su alcance en las ciudades que en el campo.

El hogar del enfermo no siempre es recomendable para enviar al paciente recién salido del asilo porque con frecuencia dentro del grupo familiar, hay individuos desequilibrados que ejercerían una influencia nefasta en el convalesciente o crónico. Puede llegar a constituir un serio peligro para el enfermo cuando se trata de familias pervertidas, inmorales, alcohólicas, etc.

Otras veces la incomprensión de la familia de los problemas del enfermo puede acarrearle trastornos graves como aumentar el delirio, renovar los motivos de aflicción etc. También es muy frecuente que los familiares sean incapaces de dirigir al paciente.

Por otra parte es interesante hacer notar que el medio en que vivía el enfermo cuando se originó la enfermedad ha influido en ella en muchos casos en forma decisiva por lo tanto no será conveniente llevarlo allí

nuevamente donde otra vez estará sujeto a su influencia.

PROCEDIMIENTO QUE SE SIGUE EN LA COLOCACION FAMILIAR

DEL ALIENADO.-- Es un hecho evidente para toda persona que interviene en la Colocación Familiar de enfermos mentales que, no todos los alienados están en condiciones de ser entregados a su familia para que comparta con ella la vida familiar, como asimismo no todos los hogares presentan las condiciones necesarias para recibir en forma adecuada en el seno de la familia a un enfermo mental.

Se hace entonces indispensable una cuidadosa selección de los enfermos que han de salir a Colocación Familiar atendiendo especialmente a su estado mental, a sus necesidades y anhelos.

Por otra parte el hogar que ha de recibir al enfermo ha de ser también seleccionado a fin de que presente las condiciones indispensables que han de permitir al enfermo adaptarse a él de tal manera que tanto el enfermo como la familia estén satisfechos, evitándose así roces y mal entendidos.

El procedimiento que se sigue en la Colocación Familiar de alienados se basa en dos puntos fundamentales.

I Selección cuidadosa del enfermo.

II Cuidadosa selección del hogar que ha de recibir al enfermo.

De este modo se trata de obtener, tanto la seguridad del enfermo como de la familia y de la comunidad.

En la selección de los enfermos para Colocación Familiar, es el servicio médico el que establece cuáles son los enfermos que están en condiciones de ser colocados en los hogares de la colectividad.

En cuanto a la selección de los hogares, es el Servicio Social el que efectúa la investigación que permite la clasificación de los hogares aptos para recibir alienados como pensionistas. Ahora bien, por cada enfermo que se coloca en algún hogar de la comunidad se paga a la familia que cuida de él una remuneración fijada previamente por la Dirección del Establecimiento que usa este sistema de asistencia al alienado.

Una vez colocado el enfermo en un hogar que se ha estimado en condiciones de recibirlo, después de una cuidadosa investigación, es necesario establecer si el enfermo se adapta al nuevo hogar que se le proporcionó y si la familia responde en forma adecuada al cuidado del enfermo que se le confió.

Esta labor corresponde al Servicio Social para lo cual la Asistente Social visitará al enfermo en su nuevo hogar en la primera semana de su colocación a fin de solucionar los problemas que pudieran presentarse en el período de adaptación del enfermo a la vida familiar.

Después efectuará visitas periódicas de control. En caso que se estime conveniente que el enfermo sea estrechamente vigilado se efectuarán visitas de control con más frecuencia.

Estas visitas de control son indispensables para poder establecer el tratamiento que recibe el enfermo de parte de la familia que lo atiende y de la conducta de éste con respecto a la vida familiar y social.

El método que usan los distintos establecimientos que tienen en práctica la Colocación Familiar de alienados es por lo general el mismo en todos ellos aunque con variantes a fin de adaptarse a los medios de que se dispone.

Expondremos algunos de ellos.

En el Búffalo State Hospital, la Asistente Social de una lista de candidatos a Colocación Familiar, preparada por el médico del departamento, asesorado por una enfermera especializada, elige enfermos que entrevista luego a fin de encontrar el candidato que se adapte mejor a las ventajas ofrecidas por el hogar que se ha seleccionado previamente. En seguida se asegura que el enfermo no tiene tendencia peligrosa estudiando su historia. Luego el enfermo es examinado por el médico del servicio y por el jefe del hospital.

Una vez colocado el enfermo, queda bajo la vi-

gilancia del Servicio Social del departamento. Cada cierto tiempo un médico visita los enfermos en Colocación. La Asistente Social lo hace tan a menudo como sea conveniente, pero por lo menos una vez al mes.-

En el Hudson River State Hospital los enfermos son presentados por el médico del servicio a la clínica del director para su estudio y en seguida al Super Intendente para su aprobación.

Una vez aceptados los enfermos para Colocación Familiar se envía la lista al Departamento del Servicio Social donde cada enfermo es entrevistado. Se estudian su historia. El caso se discute luego en una reunión del Servicio Social en la que se establece cual hogar es el adecuado y al que se adaptará mejor el enfermo.

La Asistente Social del distrito en que está ubicado el hogar elegido, entrega a la familia, el enfermo. Naturalmente que los hogares han sido previamente objeto de una cuidadosa selección. Se colocan hasta seis enfermos en cada hogar. Los enfermos son visitados de acuerdo a sus necesidades, pero lo regular es que sea por lo menos una vez al mes.

En Letchworth Village, el médico jefe del grupo hace una lista de enfermos que él opina son tranquilos, para Colocación Familiar. Esta lista pasa a la Asistente Social quién entrevista los enfermos, estudia su historia y decide si se adaptan o nó ventajosamente a los hogares

de huéspedes.

Los enfermos que la Asistente Social opina que se pueden adaptar a la Colocación Familiar son presentados a una reunión presidida por el Superintendente, el Médico Jefe, Psicólogos, y Asistentes Sociales.

Esta comisión después de estudiar la historia clínica y de examinar al enfermo decide si éste puede salir a Colocación Familiar.

Una vez colocado el enfermo, la Asistente Social lo visita una vez al mes o con más frecuencia si el caso lo requiere. Durante los meses de verano la mayoría de los enfermos vuelven a la institución para un examen médico y dental y para renovar su vestuario.

Las instituciones que han usado los métodos expuestos con el objeto de proporcionar a los enfermos tranquilos, una oportunidad de vivir una vida sana y feliz han tenido espléndidos resultados, tanto para los enfermos que han respondido observando una conducta intachable, como para las familias que los han cuidado quienes han expresado su satisfacción por los resultados obtenidos.

En nuestro país se ha hecho la Colocación Familiar de alienados en pequeñísima escala por diversos motivos. Entre ellos por no contar con el servicio organizado como sucede en otros países, por ser esta una forma casi desconocida en nuestro país de asistencia al alienado, por no contar con los medios económicos necesarios para im-

plantar el sistema, por falta de interés de las familias para recibir pensionistas por no contar con una ayuda efectiva para el sostenimiento del enfermo, etc.

Las Colocaciones hechas muy poco numerosas por cierto, se han realizado sin seguir un método como sucede en los países que tienen este servicio debidamente organizado. Como hemos visto esta ha sido una de las causas que ha impedido que entre nosotros la Colocación de enfermos mentales en hogares de la colectividad aumente en forma apreciable, de modo que se puede establecer prácticamente los beneficios que ella reporta tanto para el enfermo como para la sociedad.

Desde luego no contamos como en Estados Unidos con grupos de hogares dispuestos a recibir enfermos en Colocación Familiar que hayan sido cuidadosamente seleccionados ni con listas de enfermos que estén en condiciones de ser enviados a Colocación Familiar previa una cuidadosa selección. Por lo demás no había una persona que se ocupara de vigilar a estos enfermos que salían de la Casa de Orates.

Ocurría con frecuencia que algún empleado del Open Door o del Manicomio se interesara por un determinado enfermo que él había observado que se portaba bien, era tranquilo y trabajador, para llevarlo a su casa a desempeñar algunas labores fáciles y sencillas.

Presentaba entonces al médico del Departamento

a que pertenecía el enfermo una solicitud en que pedía la autorización correspondiente para llevar el enfermo con permiso.

El médico del departamento autorizaba o rechazaba la solicitud de permiso según fuera el estado del enfermo es decir si estimaba que el paciente estaba en condiciones de salir del establecimiento sin que constituyera un peligro para sí mismo, para las personas que convivían con él o para la sociedad.

El hogar a que iba el enfermo por lo general no era investigado previamente, desconociéndose por lo tanto si este se adaptaría a él con facilidad o si ofrecía o no garantías suficientes para el enfermo.

Una vez colocado éste no se controlaba el tratamiento que recibía de la familia que lo tenía a su cargo, como así mismo no se vigilaban las condiciones en que trabajaba.

No se conocía tampoco la conducta de los enfermos dentro del hogar, la actitud de éstos hacia sus cuidadores, igualmente su actitud frente a la sociedad.

Hoy día estos inconvenientes se han ido solucionando con la cooperación del Servicio Social que ha entrado a colaborar en forma activa con el Servicio Médico en la Asistencia Familiar del alienado.

El Servicio Médico es el encargado de seleccionar los candidatos para Colocación Familiar. El Servicio Social

se encarga de ubicar al enfermo en hogares de la colectividad, de seleccionar los hogares aptos para recibir enfermos mentales como pensionistas y de controlar el tratamiento que reciben los enfermos en Colocación Familiar de parte de sus tutores, actitud del pensionista hacia sus cuidadores y hacia la sociedad.

Una vez elegido el candidato por el médico del departamento, atendiendo a sus posibilidades para vivir en sociedad previo el estudio de sus antecedentes clínicos, la Asistente Social encargada de la Colocación Familiar entrevista al enfermo con el objeto de conocer sus necesidades, aspiraciones, anhelos etc.

Se hace entonces una cuidadosa investigación del hogar que se cree que el enfermo podría adaptarse sin dificultad y en forma natural.

Con este objeto se visita el hogar en que se colocará al enfermo. En esta visita domiciliaria se trata de tomar todos los datos a fin de formarse una idea precisa del ambiente que rodeará al pensionista.

Desde luego interesa conocer la condición social, intelectual y moral de la familia, costumbres, carácter, concepto que tienen sobre las enfermedades mentales, situación económica, condiciones de la habitación, etc.

Conocido el ambiente que rodeará al futuro pensionista se decide si el hogar investigado reúne o nó los

requisitos indispensables para que el candidato a Colocación Familiar se adapte a ella sin dificultad.

Si se estima que el hogar visitado reúne las condiciones necesarias para que el candidato a Colocación Familiar se inicie en él en la vida de sociedad y en el aprendizaje de algún oficio se le tramita un permiso de tres meses ante la Dirección del Manicomio.

Este permiso de tres meses constituye un período de prueba en el que se puede observar si el enfermo se adapta con facilidad a su nuevo hogar, si su conducta es correcta, si el cuidador se interesa por el enfermo, por ayudarlo a vencer las dificultades que se le presentan en su nueva vida, etc.

Una vez colocado el enfermo en el hogar que se ha seleccionado, la Asistente Social lo visita en su nueva casa, con el objeto de establecer si en la práctica el enfermo responde convenientemente a la vida familiar, si los miembros del grupo familiar demuestran interés por el pensionista, si lo tratan bien, etc.

Si el enfermo trabaja que es lo más frecuente entre nosotros, la Asistente Social se preocupa de vigilar las condiciones en que trabaja, que clase de trabajo desempeña, si se adapta a las condiciones físicas y psíquicas del enfermo, si el trabajo es liviano o sencillo, si el pensionista está contento con las labores que realiza, etc.

Todos los enfermos en Colocación Familiar que trabajan, reciben una pequeña remuneración por las labores que realizan. La Asistente Social se preocupa que éste sueldo que ganan los enfermos sea cancelado puntualmente.

En caso que el enfermo no sepa gastar su dinero se le deposita en Contaduría del Manicomio, formándosele un fondo que se destina a pequeños gastos que el Servicio Social estima convenientes para el bienestar del enfermo.

Se hacen visitas de control todos los meses. Si se presenta algún caso en que se haga necesario efectuar visitas mas frecuentes se hacen tan a menudo como se crea conveniente.

ENFERMOS QUE ESTAN EN CON-
DICIONES DE IR A COLOCA-
CION FAMILIAR

Tanto en el Open Door como en el Manicomio existe un grupo de enfermos que ya no necesitan de una atención médica permanente y a los cuales la vida monótona, de ocio, sin distracciones del hospital les es más perjudicial que benéfica.

Son éstos por lo general los enfermos crónicos y los que están en el período de convalecencia.

Del grupo de los crónicos y convalescientes es

de donde se pueden obtener los candidatos a Colocación Familiar porque con ellos se puede iniciar una labor de reeducación destinada a capacitarlos para desenvolverse convenientemente dentro de la sociedad.

Un enfermo mental es apto para ir a Colocación Familiar cuando los síntomas de su enfermedad han disminuido de intensidad, no tiene reacciones violentas e impulsivas y no presenta alteraciones peligrosas de conducta.

Debe, además, poseer buenas disposiciones para la vida social hábitos de limpieza, de trabajo, no tener tendencia a vagabundear ni a beber alcohol.

Con enfermos en estas condiciones es posible tener éxito en la difícil labor de reeducación que significa el capacitarlo en algún oficio que le permitirá más tarde bastarse a sí mismo y lo que es más importante habituarlos a hacer vida familiar y social.

Hay enfermos que si se les diera de alta como sanos, por no presentar síntoma alguno de enfermedad mental o deficiencia intelectual fracasarían seguramente en su intento de readaptación a la vida social, si no hubiera una persona que se preocupara de vigilar y guiar sus primeros pasos en la difícil tarea de aprender nuevamente a vivir en un medio normal.

Para éstos enfermos la Colocación Familiar es lo más indicado porque de este modo contarán con personas

que se interesarán por ellos que con su ejemplo les harán menos difícil el aprendizaje para conducirse correctamente dentro del grupo social.

El enfermo crónico, que es tranquilo, que no tiene alteraciones peligrosas de conducta que no es violento ni agresivo, que conserva ciertas funciones intelectuales susceptibles de ser aprovechadas, desarrollándolas de tal manera que puedan sustituir a las que se han perdido, permitiendo de este modo orientarlo hacia una actividad determinada con probabilidades de éxito, es un enfermo que puede ser enviado a Colocación Familiar.

El enfermo mental en el período de convalecencia es también un candidato indicado para la Colocación Familiar porque se encuentra en las condiciones precisas para iniciarlo en su capacitación para vivir en sociedad y para aprender un oficio que le permita más tarde ganarse la vida y que al mismo tiempo esté de acuerdo con sus aptitudes actuales.

Desde el punto de vista de los lazos que unen al enfermo con su familia podemos indicar nuevos grupos de candidatos a Colocación Familiar.

Existe por ejemplo un gran número de enfermos como ser los solteros sin parientes, los que llevan largos años reclusos y han perdido todo contacto con su familia, los que han sido abandonados por sus parientes, los

que, teniendo familia, rehusan recibirlos al salir del asilo; en una palabra, todos aquellos enfermos que si salieran del asilo no tendrían donde ir, son candidatos para Colocación Familiar.

Por otra parte, aquellos enfermos que al salir del asilo no cuentan con un hogar apropiado ya sea porque su familia vive en una ciudad donde es muy difícil cuidar de un enfermo mental donde estaría expuesto a menudo a las tentaciones y peligros que le brinda la vida agitada y febril de los grandes centros poblados; ya sea porque en su propia familia hay individuos desequilibrados perversos, inmorales, alcohólicos, etc., que influirían peligrosamente en la mentalidad del enfermo; ya sea por la falta de comprensión de la familia de los problemas del enfermo, lo que le podría acarrear trastornos graves, etc. Para estos enfermos es muy recomendable la Colocación Familiar.

En nuestro estudio hemos podido observar que de los enfermos en Colocación Familiar, un alto porcentaje ha sido abandonado por la familia la que se ha desprecupado en tal forma de ellos que se podría considerar como si no tuvieran familia.

De los casos observados hemos comprobado que el 80 % de los enfermos en Colocación Familiar no tienen familia, ya sea por ser solteros sin parientes o por llevar largos años reclusos y haber perdido todo contacto con su

familia o por haber sido simplemente abandonados por sus parientes.

Del grupo que tienen familia, sólo mantienen un contacto directo; siendo visitados un 7,5 %.

Veremos ahora qué diagnósticos se presentan con más frecuencia en los candidatos a Colocación Familiar.

FORMA EN QUE SE PRESENTAN
LOS DIAGNOSTICOS EN LOS
CASOS OBSERVADOS

DIAGNOSTICO	N° DE CASOS	%
Demencia precoz	26	65,0
Psicosis Maníaco Depresiva	2	5,0
Sordo mudéz	1	2,5
Encefalitis letárgica	1	2,5
Epilepsia	2	5,0
Debilidad mental	1	2,5
Imbecilidad	4	10,0
Psicosis alcohólica	1	2,5
Psicosis asoc. a def. mental	1	2,5
Psicosis asoc. a pers. psicop.	1	2,5
TOTAL	40	100,00

El diagnóstico más frecuente entre los enfermos en Colocación Familiar del grupo observado es el de Demen-

cia Precoz con un 65 %.

Estos enfermos por lo general son los más aptos para la Colocación Familiar porque en el proceso demencial no se destruyen todas las aptitudes intelectuales, ni tampoco las degrada uniformemente lo que permite iniciar a estos enfermos en algún trabajo, evitando de este modo que las facultades intelectuales y afectivas que ha conservado no se derrumben prematuramente ya que el demente precoz inactivo marcha velozmente a su total desintegración mental.

Los resultados terapéuticos de la Colocación Familiar con los dementes precoces son superiores a los alcanzados con otra clase de enfermos mentales, lográndose obtener mejorías apreciables y hasta se podría hablar de curaciones.

El demente precoz es un enfermo que necesita paciencia, dedicación y tolerancia para poder vencer su discordancias y desafectividad.

Las características propias del demente precoz frente a personas acostumbradas a las manifestaciones anormales inherentes a esta enfermedad se trahquilizan y mejoran visiblemente adaptándose con facilidad a la vida familiar y al trabajo.

En nuestro estudio, al grupo de los dementes precoces sigue el de los enfermos con diagnóstico de imbecilidad con un 10 %. Estos enfermos se han demostrado

como excelentes trabajadores siempre que se les destine a labores muy simples.

Los enfermos mentales que son violentos, agresivos, destructores, con tendencias suicidas, con marcadas tendencias eróticas, a vagar, a beber alcohol, con alteraciones graves de conducta, lo más acertado es no enviarlos a Colocación Familiar. Igualmente los enfermos que están en tratamiento.

CAPITULO III

CALIFICACION DE LOS HOGARES
DESTINADOS A COLOCACION
FAMILIAR

1.- CONDICION SOCIAL, INTELLECTUAL Y MORAL DE LOS HOGARES.-

En las páginas precedentes hemos visto como los enfermos mentales cuyos síntomas han disminuido en intensidad, que son tranquilos, poseen hábitos de limpieza y sobriedad y tienen aptitudes para la vida social, son colocados en hogares de la colectividad, que reúnen ciertas características, para su readaptación social.

El objeto que se persigue al colocar estos enfermos en hogares seleccionados es que aprendan a vivir nuevamente en familia y al mismo tiempo se inicien en algún trabajo que pueda procurarles la satisfacción de sus propias necesidades.

Es pues, en el seno de estos hogares en donde se realiza una verdadera labor de reeducación del enfermo destinada a capacitarlo para vivir en un medio social normal.

Naturalmente que esta capacitación no siempre es completa ya sea por las condiciones mismas del enfermo o porque el cuidador no tiene la suficiente capacidad para guiar al enfermo en el camino lleno de dificultades de

de su habilitación para vivir en sociedad.

El medio psicológico del hogar debe ser muy simple propio para una adaptación natural que no exija esfuerzos recíprocos.

En un medio psicológico simple será más fácil que se establezca esa comprensión mutua entre tutor y pensionista que es tan indispensable para que puedan convivir sin dificultad y pueda realizarse con facilidad e interés por ambas partes la labor de reeducación del pensionista.

Son factores de mucha importancia para obtener resultados favorables en la Colocación Familiar de alienados, fuera de las facultades que el enfermo ha conservado y que pueden ser aprovechadas, el ambiente intelectual, moral y material que rodeará al pensionista; el interés del cuidador por resolver los problemas del enfermo; como así mismo la oportunidad de trabajar y distraerse.

Las personas que han de cuidar a enfermos mentales en sus hogares deben tener un concepto más o menos claro de la alienación, difícil muchas veces de hacerlo comprender cuando se trata de individuos de escasa ilustración sin los conocimientos más elementales de lo que es la locura y con una multitud de prejuicios y supersticiones.

Por esta razón a los hogares que han de recibir alienados en Colocación Familiar se les exige un mínimo de cultura que les permita darse cuenta lo que es un enfer-

mo mental y el cuidado especial que ellos requieren.

Es cierto que el interés del cuidador por el enfermo no depende de su grado de instrucción pero no es menos cierto que de los conocimientos generales que posee el tutor depende la eficacia de los cuidados prestados al pensionista en su intento de readaptarse a la vida social.

Generalmente los hogares que reciben enfermos mentales en Colocación Familiar pertenecen a familias de las clases populares por lo tanto su cultura está condicionada al nivel cultural de este sector de la población.

El nivel cultural de los hogares, que entre nosotros, reciben enfermos como pensionistas no es excesivamente bajo pues la mayoría de ellos pertenecen a enfermeros y cuidadores del Manicomio y del Open Door a quienes se les exige un mínimo de instrucción para pertenecer a dichos establecimientos.

Desde luego el hecho de que estas familias en su mayoría sean de empleados del Open Door y del Manicomio encierra de por sí una enorme ventaja ya que de este modo el enfermo es tratado con las consideraciones que se deben a su estado por personas que conocen la forma de tratamientos que necesitan los alienados, por sus características tan especiales, sus costumbres, etc. por el contacto continuo con esta clase de enfermos.

También reciben enfermos en Colocación Familiar los inquilinos de los fundos que rodean al Open Door. El

grado de instrucción de estas familias es un poco más bajo que el de las familias anteriormente nombradas, pero en cambio conocen la forma en que se debe tratar a un enfermo mental por experiencia adquirida por el contacto con los empleados del Open Door, ubicado como se sabe en el Fundo "El Peral", y por el trato con los empleados que van a sus casas a trabajar.

En Santiago tenemos varias familias que reciben enfermos en Colocación Familiar. Fuera de las empleadas del Manicomio, hay algunas familias de la clase media con un nivel cultural bastante elevado que han demostrado ser excelentes tutores.

El aspecto moral de los hogares destinados a Colocación Familiar encierra tal importancia que podríamos decir que condiciona la existencia misma de la colocación de enfermos en hogares de la colectividad.

De aquí la importancia que el tutor sea un individuo cuya vida se ajuste a la moral existente, que posea aquella actitud espiritual y aquel modo de traducirla en la conducta que se deriva del sentimiento y de la comprensión profunda de que los demás seres humanos con quienes convive, poseen los mismos atributos, aspiraciones y necesidades que él.

El tutor debe pues poseer esa actitud espiritual que se traduce en la práctica en el interés y cariño que demuestra por su pupilo en el deseo de ayudarlo y guiarlo en

el trato diario con los miembros de la colectividad, en la preocupación constante por el bienestar del enfermo; en el interés que demuestra por enseñarle algún oficio que se adapte a las condiciones actuales del paciente, como asimismo ofrecerle la oportunidad de distraerse sanamente, etc. en una palabra contribuir en forma activa y eficaz a la capacitación del enfermo para vivir en un medio normal.

El alienado es un ser que necesita del afecto y protección de los individuos del grupo ya sean sus parientes o cualquiera persona que esté en contacto con él. Sin embargo existe la creencia, en la generalidad de la gente que el "loco" no siente la falta de afecto. Este es un error en que caen con mucha frecuencia los familiares de los alienados y la causa principal del abandono moral de los enfermos mentales.

Esta necesidad de protección es mucho más indispensable en el enfermo que sale del asilo a convivir con los individuos del grupo social, donde seguramente se sentirá completamente extraño y que de no tener quién se preocupe de él dispensándole la asistencia necesaria, fracasaría en su intento de adaptarse a la vida normal.

Por esta razón se necesita un tutor que posea un firme concepto de la solidaridad social, sentimientos generosos y desinteresados, basados en un ideal humanitario, estético o religioso, sentimientos que se manifiestan en el deseo de ayudar a estos infortunados seres que necesitan del

apoyo moral de los demás para poder vivir en sociedad.

La familia que recibe un enfermo en Colocación Familiar debe llevar una vida regular, tranquila y ordenada y sin complicaciones de ninguna especie.

Las relaciones entre los miembros del grupo familiar deben ser efectivos y cordiales, reinando entre ellos la más completa armonía y una estimación recíproca, de carácter sin alternativas muy marcadas, con un amplio sentido de la responsabilidad, con hábitos de sobriedad y espíritu de cooperación etc.

Las familias que entre nosotros reciben enfermos en Colocación Familiar son todos hogares legal y religiosamente constituidos que no presentan problemas morales. En cambio tienen un amplio y generoso sentido de solidaridad, de desinterés, de cooperación, etc.

Aparentemente el interés que guía a estas familias a recibir alienados en Colocación Familiar sería el de tener una persona que se ocupe ya sea en labores agrícolas o domésticas. Les guiaría en cierto modo un fin egoísta, el deseo de confiar al enfermo las tareas desagradables o molestas.

Pero si se observa la facilidad con que se acostumbran a la presencia del enfermo, el cariño e interés que demuestran por su bienestar, la confianza que depositan en él, etc. y otros pequeños detalles que permiten apreciar los sentimientos generosos caritativos y de solidaridad que

en el fondo los impulsa, sentimientos que han permanecido en estado latente y que la presencia del enfermo ha sido el estímulo que ha logrado el milagro de que se hagan presentes.

Estos sentimientos generosos se hacen más palpables por el hecho de que las familias que atienden enfermos en Colocación Familiar no reciben remuneración por los cuidados que presta al enfermo como sucede en otros países donde a cada tutor le paga la dirección del establecimiento una suma determinada por cada enfermo que recibe como pensionista.

Si se agrega esto que el tutor debe pagar al enfermo por las labores que ejecuta un salario que se le fija previamente se comprende que la causa profunda que mueve a nuestras familias a aceptar pensionistas es el deseo de ayudar a los enfermos a salir de su triste condición de despojos sociales.

Desde luego, por esto se puede juzgar a que a nuestras familias no les guía el interés de efectuar un negocio como sucede en Cheel donde en el transcurso del tiempo se ha convertido en una industria local que se practica con el objeto de recibir una remuneración que les permita vivir a ambos, tutor y pensionista, constituyendo por lo tanto una verdadera fuente de ingresos.

El presupuesto del Manicomio no consulta el pago de una pensión por los enfermos que hay en Colocación Familiar.

Esto naturalmente va en perjuicio del servicio mismo ya que de este modo sólo algunas familias pueden recibir enfermos puesto que ello significa un desembolso más o menos apreciable que va a pesar fuertemente en el presupuesto familiar.

De esta manera se impide que familias que reúnen las condiciones necesarias para recibir enfermos en Colocación Familiar no lo pueden hacer por no contar con la ayuda económica que debe proporcionar el Manicomio. Al mismo tiempo no se puede contar con un grupo de hogares que estén debidamente estudiados en el momento preciso en que se necesita colocar un enfermo por la falta de interés de la gente para recibir pensionistas carentes de estímulo que significa el que se les pague cierta suma por el pensionista.

2) LABOR DE LA ASISTENTE SOCIAL EN LA SELECCION DE LOS HOGARES.

El hogar que ha de recibir a un enfermo mental en Colocación Familiar ha de ser cuidadosamente seleccionado con el objeto de que reúna en lo posible las condiciones necesarias para que el pensionista se adapte a él en forma natural.

La elección del hogar se hace tomando en cuenta las ventajas que ofrece de acuerdo con la psicología del enfermo, sus necesidades afectivas y sus facultades de orientación.

Es pues un factor de gran importancia para el éxito de la Colocación Familiar, el ambiente que rodeará al enfermo en el hogar que se le proporcione.



Para conocer este ambiente es indispensable efectuar la investigación de los hogares en que se desea colocar enfermos, labor que efectúa el Servicio Social.

El estudio del ambiente se hará lo más completo posible en sus tres aspectos, intelectual, moral y material, con el objeto de formarse un concepto preciso de él. El conocimiento del ambiente hace posible que el enfermo que se seleccione para vivir en el hogar elegido reúna las condiciones necesarias que permitirán su adaptación sin grandes esfuerzos de parte del enfermo como de la familia que lo recibe como pensionista.

Es un hecho evidente que el medio es un factor de gran importancia en la formación de la personalidad del individuo sano y que el sujeto recibe su influencia durante toda la vida.

Esta influencia que se deja sentir en un individuo normal actúa también en sujetos que sufren una enfermedad mental, a pesar de que sus facultades mentales estén grandemente disminuidas.

Por cierto que los enfermos que se colocan en hogares en que viven gentes felices, satisfechas, en que predomina el orden y las buenas costumbres el pensionista tiene mayores posibilidades de adaptarse rápidamente y progresar en forma notable en su capacitación para vivir en sociedad. Por otra parte entre gentes felices se establece

esa sensación de unidad e interés que es mucho más importante que el confort material.

Es muy importante tener presente que no es conveniente colocar enfermos en hogares cuyo standard de vida es superior al que ellos estaban acostumbrados. Es más fácil que se adapten a aquellos hogares cuyo nivel es similar o mas bajo que el que ellos conocían.

Por esta causa el medio elegido debe ser mental y económicamente más simple que el medio a que estaba habituado el enfermo propio para una readaptación natural. Debe ser sobrio, tolerante en que vivan gentes razonables, de carácter afable y paciente, de cierta inteligencia y en un medio económico que ofrezca un relativo bienestar.

A las familias que desean tener enfermos mentales como pensionistas se les exige, como hemos visto, algunos requisitos que son indispensables para el buen éxito de la Colocación Familiar.

La familia que está dispuesta a recibir un enfermo en Colocación Familiar debe ante todo tener plena conciencia de que la persona que se confía a su cuidado es un enfermo de la mente al cual se deben consideraciones especiales de acuerdo a su estado mental; que por su misma enfermedad es un desadaptado social al que hay que iniciar de nuevo en la vida familiar y social; que es un individuo que necesita apoyo moral y material para poder desenvolver-

se en su medio normal y finalmente que es su deber coope-
rar en la labor de readaptación social del enfermo ya que
sin su ayuda éste difícilmente podría actuar en un marco
social normal.

Ahora bien, entre el tutor y el pensionista de-
be existir una corriente de simpatía que facilite la convi-
vencia, una comprensión mútua que permita asegurar una adap-
tación recíproca. Las relaciones entre ambos estarían pues
íntimamente ligadas a la capacidad afectiva de cada cual.

Si existe comprensión y armonía entre el cuida-
dor y el enfermo éste encontrará en su tutor una persona
dispuesta a ayudarlo en todas las dificultades que se le
presenten en la vida diaria, como así mismo una persona
en la que confiará plenamente.

Para investigar los hogares que han de recibir
pensionistas es necesario ante todo efectuar una visita do-
miciliaria en la que se hará un estudio de la personalidad
del futuro guardador del enfermo, del medio intelectual,
moral y material que lo rodea.

La entrevista con la persona que quedará a cargo
del enfermo y de los demás miembros del grupo familiar con
quienes convivirá el pensionista en su propio medio permil-
tirá observar; el carácter, costumbres, moralidad, sentido
de la responsabilidad, grado de cultura, concepto que les
merecen los enfermos mentales y algo que es de mucha impor-

tancia la armonía que existe entre los miembros del grupo familiar, etc. en una palabra todo aquello que constituye el ambiente intelectual y moral que rodea al núcleo familiar.

También es interesante conocer qué clase de personas visitan el hogar con frecuencia y que pueden influir en la mentalidad del futuro pensionista, es necesario conocer sus costumbres, hábitos y carácter, etc.

Junto con el conocimiento del medio intelectual y moral que rodea a la familia se investiga el aspecto económico que encierra también mucha importancia, las condiciones de la habitación, alimentación, trabajo en que se ocupan los miembros de la familia etc.

Conocidos todos los datos que se refieren a la personalidad del tutor y de los miembros del grupo familiar y del ambiente que los rodea, se hace una evaluación de las ventajas o desventajas que ofrece para la adaptación del enfermo que se desea colocar en él.

Se elegirá pues un hogar en que vivan individuos de buen carácter, tranquilos, ordenados con sentido de responsabilidad y amplio espíritu de cooperación, en que predominan las buenas costumbres. Un aspecto de mucha importancia es que en el hogar hayan niños pequeños ya que éstos llegan más fácilmente a la mentalidad del enfermo porque se colocan en un plano de igualdad mental que a un adulto le es difícil alcanzar,

Resumiendo, podemos decir que el hogar está en condiciones de recibir un enfermo mental, en Colocación Familiar, es aquél que presenta las características de un hogar normal, es decir una familia que no presente problemas de importancia en ningún aspecto, en que viven gentes equilibradas y satisfechas en un relativo bienestar económico.

Hemos visto que juega un papel de suma importancia en la selección de los hogares la personalidad del tutor y el interés que demuestran los miembros de la familia por los problemas del enfermo y el ambiente que rodea el hogar.

El problema de elegir un buen tutor es sumamente delicado. Debe ser una persona de un carácter que no choque con el del enfermo. Así por ejemplo de tipo melancólico no debe colocarse con un tutor demasiado alegre y bromista, o un excitable con un cuidador que posee las mismas características. Un individuo que vive y trabaja en un activo centro industrial no podría ser un buen cuidador porque no poseerá ni el deseo ni la paciencia necesaria para ocuparse de la reeducación del enfermo.

Tampoco es conveniente un tutor demasiado frío o indiferente con exagerado espíritu de crítica, de ironía o petulancia. Igualmente no es conveniente un tutor con una marcada tendencia a la bebida, al juego o cualquier otro vicio.

Es muy importante recalcar que el alcohol ejerce

una influencia tan perniciosa en el enfermo mental que es absolutamente necesario que éste no ingiera la más mínima cantidad de alcohol. Por lo tanto el tutor debe cuidar que al enfermo no se le dé alcohol por ningún motivo porque puede acarrearle funestas consecuencias.

Ahora bien, un individuo que es aficionado a la bebida no podrá ser un buen tutor ya que por lo general a los bebedores les agrada que todas las personas que lo rodean beban junto con él y participen de lo que él considera como el más grande de los placeres y el más inofensivo.

Un cuidador que se muestra muy exigente con el enfermo en cuanto a la comprensión de las órdenes que le dan, el trabajo etc. que le aplica una disciplina férrea que no cree en los síntomas anormales del paciente y los toma como un medio de evitar ajustarse a la disciplina que él cree conveniente, o bien que es incapaz de comprender los deseos de independencia y libertad del enfermo no es un individuo apto para dirigir a un enfermo mental en su capacitación para vivir en un medio normal.

Otro aspecto de importancia en la selección de los hogares para Colocación Familiar de alienados es la situación económica de la familia.

Se exige que la familia cuente con las entradas suficientes para vivir en una relativa comodidad, sin apre-

mios económicos que originen dificultades que naturalmente van a influir en el carácter de los miembros de la familia provocando estados de intranquilidad, angustia, nerviosidad, tristeza etc.

En una familia que goza del bienestar indispensable para satisfacer sus necesidades, sin grandes dificultades, que puede permitirse todas aquellas pequeñas comodidades que le hacen la vida agradable, el enfermo no tendrá que hacer grandes esfuerzos para adaptarse a la nueva situación, sino que lo hará en forma natural.

En cuanto a la habitación, se preferirá aquellas que puedan albergar cómodamente a la familia y al pensionista, rodeada en lo posible de un jardín, patio o huerto, de preferencia esto último a fin de que el enfermo encuentre una ocupación dentro del hogar en labores de jardinería o agricultura, trabajos que no exigen grandes esfuerzos mentales por lo que se recomienda a esta clase de enfermos.

La ubicación de los hogares se elegirá de preferencia en los distritos rurales, lejos de las grandes ciudades, centros comerciales o industriales, en pequeñas aldeas, villorrios o en el campo.

Lejos del movimiento, de la actividad del intenso tráfico, del comercio y lo que es más importante, lejos de los centros de diversión malsanos y de los vicios propios de las ciudades el enfermo gozará de la tranquilidad

que le es tan necesaria para su restablecimiento. Por otra parte la gente del campo con su sólido buen sentido, con sus sencillas costumbres, con su bondad y generosidad, con sus firmes principios morales, con ese espíritu de solidaridad y cooperación, etc., son excelentes tutores con los cuales los enfermos mentales pueden vivir adaptándose a ellos sin dificultad.

3) TRABAJO DE LOS ENFERMOS EN COLOCACION FAMILIAR.- Los enfermos mentales que han conservado ciertas facultades mentales susceptibles de ser aprovechadas es conveniente orientarlos hacia el trabajo, trabajo que debe estar de acuerdo a sus actuales condiciones tanto mentales como físicas.

Es un hecho comprobado que el trabajo ejerce una influencia benéfica y provechosa en todos los alienados.

Desde luego, por su intermedio se puede ayudar en forma eficaz al enfermo en la convalecencia, acelerando de este modo su restablecimiento.

Por otra parte, la suave sensación de cansancio muscular que provoca el ejercicio que origina el trabajo produce un sueño tranquilo y saludable que encierra tanta importancia para los enfermos de la mente.

Además actúa como un verdadero corrector moral. La sensación de sentirse útil, hace que renazca la confianza en sí mismo, provocando sentimientos agradables en el enfermo que lo distraen de la excesiva atención que presta a su vida interior, a la vez que evita que tomen forma ideas

perniciosas.

Para el insano curable, el trabajo contribuye a su mejoría en forma suave y natural. Para el incurable el trabajo obra como un sedante, tranquilizándolo y haciéndolo más estable. Al que va a quedar mas o menos inválido de la inteligencia, el trabajo le servirá para perfeccionar los restos de su capacidad mental que haya salvado, aprendiendo un oficio que le permita ocupar su puesto en la sociedad, bastándose asimismo.

La ocupación de los alienados en trabajos útiles en el primer momento les sirve de distracción, contribuye luego a su mejoría por su efecto sobre el bienestar físico y por último los dejará aptos para ganarse la vida por medio del aprendizaje de un oficio asegurándoseles así su bienestar económico.

El objeto que se persigue haciendo trabajar a los enfermos mentales es por una parte terapéutico porque contribuye al restablecimiento del alienado, creándole esta sensación de agrado, y de respeto asimismo que nace de la sensación de sentirse útiles y capaces de producir, y económico porque trata de contribuir en la medida que sea posible entidades económicas adaptándolas a sus nuevas condiciones.

Base fundamental del trabajo en los alienados es el formar hábitos que sean provechosos para el enfermo y al

al mismo tiempo permitan que se les pueda guiar, estimular y controlar con facilidad.

La orientación que debe seguirse en el trabajo de los enfermos mentales es pues, ante todo enseñarles a habituarse a vivir en un medio social normal. Crearle esta aptitud es la solución de un problema de mucha importancia en los alienados que van a Colocación Familiar.

Hacer que un enagenado se interese por trabajar en una tarea envuelve serias dificultades por lo que se necesita personas realmente capacitadas para realizar esta importante labor que va a ser la base del éxito de la readaptación del enfermo a la vida social normal.

La mejor manera de impulsar al enfermo a trabajar es hacer que él mismo escoja su ocupación cuidando eso sí, que el trabajo elegido esté de acuerdo a sus aptitudes actuales, y no haya contraindicación médica, que este trabajo tenga una finalidad precisa que despierte el interés del enfermo tanto que llegue a desear su objetivo.

Entre los medios de ocupación se distinguen en primer lugar los trabajos manuales, puesto que abarcan ocupaciones que combinan ventajosa y felizmente la distracción con el trabajo, obteniéndose el resultado de conseguir que el esfuerzo realizado provoque al final el interés o afición por el trabajo de parte del enfermo que es tan importante para su restablecimiento.

En efecto, dichos trabajos estimulan la actividad mental y al mismo tiempo la tarea realizada produce placer y aún puede tener un relativo valor comercial.

Ahora bien, como el trabajo manual no exige una excesiva concentración mental, por su sencillo aprendizaje, porque el ejercicio motor que originan obra como estimulante provocador de un sueño saludable, es el trabajo más indicado para los enfermos mentales.

Del grupo de alienados en Colocación Familiar la mayoría se ocupa en trabajos manuales que es como hemos dicho anteriormente la forma de trabajo a que se adapta mejor el alienado.

Entre los enfermos colocados tenemos un grupito, por cierto muy pequeño, que son excelentes trabajadores manuales. Son enfermos que han conservado la suficiente inteligencia para mantener un esfuerzo constante y regular, que aprenden rápidamente lo que se les enseña, que trabajan independientemente, capaces de realizar trabajos que terminan correctamente y que no ofrecen gran diferencia con los que ejecutaría un individuo sano.

De este escasísimo grupo de buenos trabajadores citaremos algunos casos interesantes:

H. P. M. demente precoz paranoídeo. Es un excelente albañil que no necesita de guía para ejecutar su trabajo, el cual entrega perfectamente terminado. Además ejecuta labores sencillas de carpintería y jardinería, como así mismo ayuda en labores domésticas.

C. R. G. es también un buen albañil. Ha realizado trabajos de esta naturaleza que no dejan nada que desear. Unicamente es necesario que un maestro le dé las instrucciones iniciales para poder él continuar el trabajo sin ayuda de nadie. Ultimamente ha construido una pieza que la dueña de casa le ha prometido destinársela para dormitorio. Fuera de los trabajos de albañilería se ocupa también en pequeñas labores domésticas las que realiza con agrado.

L. P. R. es un excelente trabajador agrícola. Se ocupa en toda clase de trabajos que tengan relación con la agricultura con muy buenos resultados. Siembre, cosechas, etc. son sus trabajos habituales. Cuida también de los animales de su patrón, los prepara para que estén listos cuando éste los necesita. Cuando hay que ir a Santiago a vender las cosechas, acompaña a su patrón a la Vega y a las Ferias Libres desempeñándose correctamente.

A. T. G. es también un buen trabajador agrícola, sabe ejecutar cualquier trabajo de esta naturaleza que se le indique. Combina las labores agrícolas con trabajos domésticos que ejecuta con agrado.

J. V. P. es otro buen trabajador agrícola que ha dado espléndidos resultados. Trabaja en una parcela en los alrededores de Santiago estando a su cargo el cuidado y trabajos agrícolas de ella.

Dentro del grupo de buenos trabajadores podemos incluir a E. A. A. que ha dado espléndidos resultados como empleada doméstica. Ejecuta su trabajo con un poco de lentitud pero en forma muy satisfactoria. La dueña de casa asegura que no existe diferencia apreciable en la manera de desempeñar sus labores con una empleada normal.

El resto de los enfermos en Colocación Familiar lo compone un grupo de alienados con escasa iniciativa, que unicamente realizan trabajos muy sencillos que no necesitan gran esfuerzo mental o físico para ejecutarlas, y que necesitan la vigilancia constante de sus cuidadores.

Estos enfermos por lo general se ocupan en labores domésticas sencillas como ser: acarrear el agua, ir a buscar leña, picar leña, ir a buscar la leche, hacer el s-

aseo de habitaciones y patios; ayudar en la cocina a pelar papas, lavar platos, limpiar la cocina, etc.; hacer pequeñas compras en el almacén; cuidar de las aves de corral, de cerdos, ovejas, terneros, etc. en una palabra de todas aquellas labores mas simples que es necesario realizar en una casa.

De este grupo de enfermos destacaremos algunos casos que dentro de lo simple de sus labores han dado buenos resultados:

S. S. N. es un enfermo que ejecuta toda clase de trabajos domésticos a entera satisfacción de sus cuidadores. Se lo está iniciando actualmente en trabajos agrícolas por los que ha demostrado mucho interés.

B. N. ha demostrado ser una buena empleada doméstica. La dueña de casa está muy contenta con ella porque además de ser activa es muy honrada y aseada.

L. B. trabaja con empeño y entusiasmo en pequeños quehaceres domésticos.

M. E. T. ayuda a la dueña de casa en todas las labores domésticas, cuida de las aves de corral. Se desempeña en forma eficiente.

B. C. G. se ocupa del aseo del patio, de acarrear agua, ir a buscar leña y picarla, dar de comer y cuidar cerdos, etc.

E. W. se ocupa en picar leña, cuidar de un ternero, y hacer el aseo del patio de la casa.

M. M. A. es un enfermo que se ocupa desde hace mucho tiempo en toda clase de trabajos domésticos los que ejecuta satisfactoriamente, hace el aseo de habitaciones y patio, ayuda a la dueña de casa en la cocina, etc.

De nuestros enfermos en Colocación Familiar solo encontramos un grupo muy pequeño que tienen ocupaciones determinadas.

ción Familiar es la que rodea al Open Door que como sabemos es una zona esencialmente agrícola, que goza de un clima excelente, situada al pié de la cordillera de los Andes entre Santiago y Puente Alto los dos grandes centros poblados mas cercanos.

A pesar de su buena ubicación esta región ofrece serias dificultades para la Colocación Familiar de alienados.

Sabemos que el Open Door está ubicado en el fundo "El Peral" de la Beneficencia. Ahora bien el Open Door está rodeado de grandes fundos como "El Peñón, Santa Rosa del Peral y el mismo fundo "El Peral" que lo rodea. Esto envuelve un serio inconveniente para la Colocación Familiar de alienados.

Hemos dicho, el buen tutor es por lo general el pequeño agricultor, artesano, comerciante, etc., que trabaja en su propiedad, con sus propios capitales, en que la producción es de pequeño volumen por lo que no se necesita del trabajo de obreros especializados que generalmente son sindicados, cobrando por lo tanto elevados salarios, que estos pequeños propietarios y arrendatarios no estarían en condiciones de pagar.

Naturalmente^a estos pequeños agricultores o artesanos les interesa mucho que vayan a su casa, en calidad de pensionistas, alienados que están en condiciones de trabajar obteniendo de este modo una mano de obra barata que

les permitirán obtener apreciables ganancias, que no podrían conseguir si se vieran precisados a pagar subidos salarios que elevarían el costo de producción disminuyendo en forma considerable los beneficios.

Ahora bien, si en los alrededores del Open Door no pueden vivir pequeños agricultores, artesanos etc. porque como hemos dicho anteriormente está rodeado de fundos grandes, no existe por lo tanto la posibilidad de que se pueda colocar alienados en hogares de estos pequeños propietarios o arrendatarios que son por lo general excelentes tutores por reunir condiciones como ser espíritu de trabajo y de superación, un relativo bienestar económico, hábitos de sobriedad, instrucción todo lo cual forma un ambiente que ofrece mayores posibilidades de una readaptación social y familiar del enfermo, al mismo tiempo permite a este el aprendizaje de un oficio cualquiera que le producirá un relativo bienestar económico.

En cambio los hogares de inquilinos de fundos no ofrecen las mismas garantías que la de los pequeños agricultores para la Colocación Familiar. Desde luego el inquilino es casi siempre un individuo de escasísima cultura, con muy poca iniciativa ya que por lo general sólo cultiva lo indispensable para subsistir él y su familia teniendo medios para sacar más provecho del terreno de cultivo que le corresponde. El pequeño propietario por el contrario al mismo tiempo que cultiva su propiedad ocupa su tiempo

libre en alguna industria casera que le produzca nuevos ingresos.

Naturalmente que esta es una gran ventaja para el enfermo que se coloca en un hogar de esta clase ya que dá margen al enfermo para que trabaje en diferentes faenas que evitarán que el alienado caiga en la rutina que resulta perjudicial para él porque el trabajo que ejecuta en forma mecánica no permite que su personalidad tenga probabilidades de acentuarse y de perfeccionar los restos de sus facultades intelectuales que haya conservado.

Lo importante sería que el Open Door estuviese rodeado de pequeñas parcelas agrícolas habitadas por familias en un relativo bienestar económico, que cultiven ellos mismos su propiedad y que estén a escasa distancia unas de otras formando una pequeña aldea.

Ahora bien, si colócaramos nuestros enfermos en los hogares de los inquilinos de los diferentes fundos que rodean al Open Door, surgiría una nueva dificultad; la imposibilidad de controlar debidamente los enfermos en Colocación Familiar por el difícil acceso a ellos y por la falta de movilización adecuada.

Desde luego los hogares quedarían muy alejados de la institución central y unos de otros lo que dificultaría enormemente las visitas de control a los hogares en que hay alienados como pensionistas. Por otra parte en el caso de que un enfermo necesitase urgente atención médica o se hu-

biese agudizado su enfermedad o simplemente hubiese necesidad de devolverlo por cualquier motivo a la institución,, se dificultaría seriamente la oportuna atención del enfermo por estar los hogares muy alejados del establecimiento central y por no contar con los medios de locomoción indispensables para ello.

Por su parte el Servicio Social no contaría con los medios necesarios para movilizarse a los hogares más distantes en sus visitas de control que son tan indispensables para la buena marcha del Servicio de Colocación Familiar, ya que es de suma importancia conocer en que forma son tratados los enfermos, en que condiciones trabajan, conducta de los enfermos hacia sus cuidadores y hacia la sociedad, etc. Actualmente en que el número de enfermos en Colocación Familiar es reducido tenemos enfermos colocados lo suficientemente alejados del Open Door que para efectuar las visitas de control es necesario servirse del único medio de locomoción existente, un coche en bastante mal estado tirado por caballos que hay necesidad de reparar con frecuencia. Otrominconveniente con que se propieza en la práctica para colocar alienados en hogares de la región es la escasez de habitaciones.

El fundo "El Paral" cuenta con un reducido número de viviendas para inquilinos. El Open Door por su parte no cuenta con las suficientes habitaciones para albergar

a sus empleados, de manera que se produce una aglomeración por falta de habitaciones ya que el número de ellas no está de acuerdo con la población que habita en esta región.

Las casas de inquilinos constan por lo general de dos piezas en mal estado e incómodas y una cocina. En estas casas viven con frecuencia dos o más familias con numerosos niños produciéndose por lo tanto una fantástica aglomeración por camas y por pieza.

Ahora bien si no existen habitaciones suficientes para los empleados del Open Door y los inquilinos del fundo "El Peral" se comprende que no será conveniente colocar alienados como pensionistas donde existe el problema de aglomeración por falta de habitaciones.

En la práctica hemos observado falta de interés de parte de las familias de la región para recibir en sus hogares enfermos en Colocación Familiar.

Las familias que reciben enfermos mentales como pensionistas son generalmente hogares de escasos recursos económicos.

Si se piensa que en una familia que tiene escasamente para vivir llega otro individuo al que hay necesidad de alimentar, vestir y cobijar bajo su techo se comprende que ésto le significará una pesada carga que irá a pesar fuertemente en el presupuesto familiar. Si a esta familia se le paga una pequeña suma mensual por los gastos que ocasiona el pensionista y por los cuidados que se

le prestan, se la aliviara grandemente y lo atendera con gusto. Por lo tanto el pago de esta pensión seria el estímulo que despertaria el interés de otras familias para recibir alienados en Colocación Familiar lo que facilitaria grandemente la labor de elegir los hogares adecuados para recibir pensionistas.

Pero se presenta una nueva y grave dificultad, el establecimiento no paga, a las familias que reciben enfermos mentales en Colocación Familiar, una pensión de acuerdo a los cuidados que se le proporcionan al enfermo y a los gastos que origina ni se le proporciona casa, ropa de cama, vestuario y calzado al pensionista como sucede en los países que han implantado el servicio de Colocación Familiar. Se comprende que si las familias que reciben alienados como pensionistas no son ayudadas con una pequeña suma fijada por el establecimiento para aliviarla de los gastos que origina el enfermo, no se interesarán por recibir enfermos en Colocación Familiar a pesar de estar completamente convencidos de que el pensionista va a ayudar en las faenas agrícolas o domésticas etc., aliviándole el trabajo, disminuyendo el costo de producción por la mano de obra más barata que les ofrecen etc., porque al final va a significarles gastos que no están en condiciones de afrontar.

De lo expuesto se puede apreciar que la ubicación del Open Door como centro de una Colonia Familiar en la región que actualmente ocupa, a pesar de su excelente situa-

ción geográfica, ofrece en la práctica serios inconvenientes para la ubicación de enfermos mentales en Colocación Familiar.

CAPITULO IV

VENTAJAS DE LA COLOCACION FAMILIAR EN LA ASISTENCIA DE LOS ENFERMOS MENTALES

1) CONSECUENCIAS ECONOMICAS Y SOCIALES DE LA COLOCACION FAMILIAR DE ALIENADOS.- Las enfermedades mentales han aumentado en los últimos tiempos en forma considerable. Este aumento puede apreciarse en la proporción de enfermos reclusos y en la proporción de enagenados en relación con la población total del país.

En un período de 20 años, término medio, el aumento de reclusos es como sigue en los siguientes países: Bélgica 21 %, Alemania 34 %, Inglaterra 31 %, Italia 52 %, Holanda 58 %, Estados Unidos 64 %, Suecia 121 %, Japón 248 %.

En el mismo período la proporción de enagenados con relación a la población ha aumentado en Bélgica de 2 á 2,6 %, en Inglaterra de 3,4 á 4,1 %, en Dinamarca de 2 á 2,6 %.

En Chile el número de reclusos en 1916 era de 2000 asilados; en 1936 era de 3472.

Como se puede apreciar por estas cifras el aumento de la población de alienados en 20 años es de un 73 %. Como consecuencia de este aumento de enfermos mentales, el

Manicomio Nacional se encuentra la mayor parte del tiempo con sus plazas ocupadas. Como es de suponer se produce una escasez de vacantes por la falta de capacidad del Manicomio para recibir más enfermos. Por esta razón se rechazan con frecuencia enfermos que necesitan un tratamiento oportuno y reclusión. Estos enfermos irán con toda seguridad hacia la cronicidad o a aumentar el número de individuos peligrosos que se mueven dentro de la sociedad cometiendo los delitos y crímenes más espantosos.

La falta de vacantes es pues un problema que se presenta diariamente en el Manicomio con el consiguiente perjuicio para aquellos enfermos que son rechazados y que se encuentran en el período preciso para ser tratados con éxito, períodos que es con frecuencia muy corto.

La solución para este grave problema de la falta de vacantes y también de la aglomeración en los asilos de alienados podría encontrarse en la Colocación Familiar de enfermos mentales.

Por intermedio de este sistema de asistencia al alienado se descongestionaría grandemente el Manicomio y como consecuencia se solucionaría el problema de la falta de vacantes para la atención de agudos.

Por cada enfermo que va a Colocación Familiar se produce la vacante correspondiente que puede ser llenada por enfermos agudos que necesitan un tratamiento adecuado y oportuno.

Por otra parte la Colocación Familiar de alienados elimina la necesidad de construir nuevos y extensos edificios para asilos de crónicos porque al colocar en hogares seleccionados para este objeto, a aquellos enfermos que no necesitan atención médica permanente y a los cuales la reclusión no los beneficia en modo alguno, pero que necesitan de la supervigilancia directa del asilo, disminuye la población de asilados y por consiguiente no es necesario ampliar los edificios existentes o construir nuevos con mayor capacidad.

La Colocación Familiar proporciona a los enfermos un hogar a bajo costo como puede comprobarse por estudios hechos en otros países. Todos coinciden en que el costo del servicio médico y social al enfermo en Colocación Familiar es menor que el gasto que origina el alienado en el Asilo. Hamilton del Worcester State Hospital dice que el costo semanal por cada enfermo en Colocación Familiar asciende aproximadamente a 7 dólares. Esta cantidad se descompone como sigue: por alimentación y pieza 4,50 dólares semanal, servicio médico y vestuario 2,50 dólares semanal. Un enfermo que necesita el mismo cuidado en el asilo significa un gasto de 8,50 dólares semanal.

Nosotros no podemos exponer datos concretos al respecto por no contar con observaciones prácticas sobre este aspecto de la Colocación Familiar porque como hemos dicho anteriormente no se paga una remuneración mensual a las

familias que reciben enfermos como pensionistas como sucede en todos los países que practican esta forma de asistencia.

Si a cada familia que recibe un enfermo en Colocación Familiar le pagaran la suma de \$ 5 diarios por los gastos que significa su presencia en el hogar, como ser: casa y alimentos y que por vestuario, atención médica y servicio de control se gaste término medio 2,25 diarios llegaríamos a la conclusión de que un enfermo en Colocación Familiar costaría por término medio 7,50 diarios.

Ahora bien, un enfermo en el Manicomio significa un gasto diario de \$ 10,14 por término medio.

Otro aspecto muy importante de la Colocación Familiar de alienados es la conveniencia para el pequeño agricultor artesano, comerciante, etc. tener alienados en su hogar que trabajen, como pensionistas porque estos les ofrecen una mano de obra mucho más barata que la que podría proporcionarle un obrero normal.

El pequeño agricultor, artesano, etc. que ocupe en sus faenas enfermos mentales por el bajo costo de la mano de obra es generalmente aquel individuo cuyos medios económicos, en ningún caso, le permitirían contratar obreros sindicados a los que debería pagar elevados salarios. Estos salarios no corresponderían a los beneficios que podría obtener por su trabajo. Por lo tanto el alienado no iría a competir con el obrero agrícola industrial, etc. si-

no que contribuiría al trabajo común a medida de su capacidad mental y física.

2) IMPORTANCIA DE LA COLOCACION FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL DE LOS ENFERMOS MENTALES.-

Habíamos dicho anteriormente que la Colocación Familiar constituye el ideal del tratamiento individualizado por el cual pueden conseguirse grandes mejoras de la capacidad social del enfermo porque le ofrece por su intermedio la readaptación social al incorporarlo a un medio social normal.

El hecho de proporcionarle un hogar adecuado, de promover la sociabilidad por el contacto con individuos normales, de proporcionarle oportunidad de trabajar y distraerse sanamente son factores que influyen favorablemente al restablecimiento del enfermo.

En el curso de esta investigación hemos visto casos de enfermos que observaban una conducta francamente antisocial en el asilo y que bajo la influencia de la Colocación Familiar mejoran visiblemente transformándose en individuos sociables y trabajadores. Por cierto que los casos de una mejora total son poco numerosos, pero por los menos se consigue obtener individuos capaces de vivir en sociedad.

El 60 % de los casos observados pertenece al grupo en que la Colocación Familiar ha influido favorablemente en el tratamiento.

He aquí los casos que pertenecen a este grupo:

I GRUPO ENFERMOS EN QUE LA COLOCACION FAMILIAR HA
INFLUIDO FAVORABLEMENTE

Nombre	Diagnóstico	Conducta anterior a la Colocación.	Resultado
L.B.B.	Demencia precoz	Indiferente, estereotipias.	Trabaja satisfactoriamente. Se conduce bien.
P.A.F.	Esquizofrenia	Indiferente, abólico	Trabaja satisfactoriamente. Se conduce bien.
D.S.M.	Demencia precoz	Violento, irritable	Trabaja satisfactoriamente. Se conduce bien.
H.F.R.	Demencia Precoz	Muy indiferente	Se conduce bien. Trabaja satisfactoriamente.
K.W.P.	Psicosis asociada a déficit mental.	Muy agresivo	Trabaja satisfactoriamente.
M.M.A.	Imbecilidad.	Excitación, agresividad, repetidas fugas.	Trabaja satisfactoriamente. Se conduce bien.
D.C.O.	Esquizofrenia	Negativismo, gatismo intenso.	Se conduce bien y actúa con mucha independencia.
A.B.CH.	Demencia Precoz Paranoidea.	Indiferente. Se fuga.	Trabaja satisfactoriamente. Se conduce bien.
M.A.M.	Demencia Precoz	Vagabundo. Se fuga.	Se conduce bien. Trabaja satisfactoriamente.
D.H.H.	Esquizofrenia Paranoidea.	Irritable, violento. Se fuga.	Manifiesto estado de mejoría.

Nombre	Diagnóstico	Conducta anterior a la Colocación.	Re Resultado
R.G.G.	Esquizofrenia	Exaltado, reclama-	Se conduce bien. Trabaja satisfactoriamente.
A.V.T.	Esquizofrenia	Excitación, impulsividad.	Mentalmente ha mejorado.
F.O.	Demencia Precoz	Repétidas fugas. Buena conducta	Buena conducta
B.G.G.	Demencia Precoz	Profunda indáferencia	Se conduce muy bien. Trabaja satisfactoriamente.
Z.A.A.	Esquizofrenia	Agresiva, silenciosa. Descuidada.	Trabaja satisfactoriamente. Se conduce muy bien.
F.C.L.	Demencia Precoz	Muy agresivo. Se suele embriagar	Trabaja satisfactoriamente.
F.B.A.	Esquizofrenia	Poco social, indiferente.	Se conduce bien. Trabaja satisfactoriamente.
J.V.P.	Demencia Precoz Paranoidea	Muy agresivo, poco sociable.	Se conduce bien. Trabaja satisfactoriamente.
R.R.G.	Psicosis maníaco depresiva	Insociable	Trabaja satisfactoriamente. Se conduce bien.
B.N.	Esquizofrenia	Irritabilidad. Negativismo	Se conduce bien
F.F.	Imbecilidad	Agresividad,	Trabaja satisfactoriamente
H.F.M.	Demencia Precoz Paranoidea	Indiferente, insociable.	Trabaja satisfactoriamente. Se conduce bien.
D.G.S.	Demencia Precoz	Muy indiferente	Trabaja satisfactoriamente. Se conduce bien.
M.F.R.	Esquizofrenia.	Indiferente, poco sociable	Trabaja satisfactoriamente.

Encontramos un segundo grupo en que no se presentaba síntomas antisociales anteriores a la Colocación Familiar y que bajo su influencia su estado mental se ha estabilizado siendo buenos trabajadores y de conducta satisfactoria.

Este grupo lo forma un 20 % de los casos observados.

He aquí los casos que pertenecen a este grupo:

II GRUPO ENFERMOS CUYO ESTADO MENTAL SE HA ESTABILIZADO GRACIAS A LA COLOCACION FAMILIAR

Nombre	Diagnóstico	Conducta anterior a la Colocación.	Resultado
M.E.T.	Demencia Precoz	Tranquilo, indiferente.	Trabaja satisfactoriamente.
A.O.O.	Esquizofrenia	Tranquilo, obediente.	Se conduce bien. Trabaja satisfactoriamente.
M.C.J.	Demencia Precoz.	Tranquilo trabajador.	Se conduce bien. Trabaja satisfactoriamente.
K.M.	Esquizofrenia.	Tranquilo, indiferente.	Trabaja satisfactoriamente.
O.M.	Debilidad Mental.	Tranquilo, trabajador.	Tranquilo, trabajador.
F.M.	Esquizofrenia.	Trabajador, tranquilo.	Trabaja satisfactoriamente.
C.R.G.	Déficit mental.	Tranquilo, obediente trabajador.	Trabaja satisfactoriamente. Tranquilo dócil.

Nombre	Diagnóstico	Conducta anterior a la Colocación.	Resultado
L.L.C.	Psicosis asociada a personalidad psicopática.	Tranquilo.	Se conduce bien.

El tercer grupo lo forman los enfermos cuya sintomatología, después de la Colocación Familiar, ha presentado una modificación desfavorable para poder continuar fuera del hospital. Constituyen un 20 % de los casos observados.

III GRUPO. ENFERMOS EN QUE LA COLOCACION FAMILIAR HA INFLUIDO DESFAVORABLEMENTE

Nombre			
A.O.C.	Demencia Precoz	Indiferente, insociable. Tendencia a la fuga.	Se suspende por vagabundo e indócil.
E.M.	Esquizofrenia Paranoídea.	Indiferente, tranquilo.	Se vuelve irritable. Se suspende.
J.C.S.	Demencia Paranoídea.	Indiferente, tranquilo. Se fuga.	Se suspende por agresivo.
G.I.	Demencia Precoz.	Excitación sin agresividad.	Retirado por agresivo.
E.G.	Parálisis General.	Tranquilo, sociable.	Se le suspende por robo.
L.A.	Epilepsia	Trabajador, tranquilo.	Suspendido por robo.
H.M.	Demencia Precoz.	Vagabundo, no trabaja.	Suspendido por fuga.

Nombre	Diagnóstico	Conducta anterior a la Colocación.	Resultado
E.A.M.	Imbecilidad	Indisciplinado	Suspendido por intento de violación.

A través de esta exposición de casos se puede observar que en la mayoría de ellos la Colocación Familiar ha influido favorablemente en el tratamiento del enfermo, ya sea estabilizando su conducta como sucede en un 20 % o transformándolos en individuos capaces de vivir en sociedad y trabajar satisfactoriamente bajo la vigilancia de personas responsables como sucede en un 60 % de ellos.

Así pues, en un 20 % de los casos observados se ha podido constatar que los enfermos no han aprovechado favorablemente la Colocación Familiar.

3) LA COLOCACION FAMILIAR DE ENFERMOS MENTALES COMO MEDIO DE READAPTACION SOCIAL.- La vida en los asilos de alienados es por lo general triste, monótona y artificial; pobre en estímulos que permitan desarrollar y acentuar las facultades mentales que los enfermos han conservado.

Los reclusos permanecen allí en una inactividad y aislamiento propicio para que se le desarrollen hábitos antisociales que alejan la posibilidad de que estos enfermos puedan reintegrarse al seno de una sociedad normal.

La reclusión no siempre es favorable al enfermo porque muchas veces el aislamiento prolongado, la inacti-

vidad, como la falta de distracciones son factores que retardan el restablecimiento en los convalescientes y en los crónicos puede producir un rápido desmoronamiento de las facultades mentales y físicas del enfermo.

La Colocación Familiar de alienados ofrece a estos enfermos la oportunidad de vivir en libertad de alternar con individuos normales en un medio normal. Esto encierra mucha importancia para el enfermo mental porque su contacto con personas sanas mental y físicamente que se mueven en un medio normal, rico en estímulos de toda naturaleza le permitirá desarrollar y perfeccionar los restos de sus facultades mentales que ha conservado lo que redundará en positivo beneficio para sus salud mental.

Por otra parte el actuar en un medio normal, la libertad de que goza, la oportunidad de trabajar, la distracción de que puede disfrutar, etc. son factores que contribuyen a formar en el enfermo la conciencia de que es un miembro más en el grupo social y que como tal tiene obligaciones que cumplir a su vez el derecho de participar de los beneficios que reporta la vida en sociedad.

La Colocación Familiar de enfermos mentales proporciona a los que no poseen una familia que se preocupe de ellos o a los que han sido abandonados por ella, un hogar donde se sentirá protegido de las duras pruebas a que están expuestos los individuos más débiles en la lucha por

la vida.

Viviendo en un hogar normal el enfermo gozará de las consideraciones que se deben a cualquier individuo del grupo familiar. Esto naturalmente repercute en forma favorable en la mentalidad del enfermo devolviéndole la confianza en sí mismo, factor de gran importancia en la readaptación social del enfermo.

Por otra parte la Colocación Familiar ofrece a los alienados la posibilidad de dedicarse a un trabajo que esté de acuerdo con sus condiciones mentales y físicas siempre que no haya contraindicación médica.

El enfermo que participa en las labores que ejecutan los miembros del grupo familiar que lo ha recibido como pensionista ya sea dentro o fuera del hogar le va formando paulatinamente la sensación de que es un miembro útil de la familia y de la Comunidad y que como miembro de ella debe realizar en la forma más perfecta posible las labores a que lo han destinado o que él ha elegido. El sentirse útil y con obligaciones que cumplir desarrollará y fortalecerá en el enfermo el sentido de la responsabilidad otro factor de mucha importancia en la readaptación del alienado.

La Colocación Familiar permite además que estos enfermos tengan la oportunidad de distraerse sanamente. El trabajo constituye una verdadera distracción para el enfermo porque lo aleja de la atención constante que dedi-

ca a su vida interior. Por otra parte el trabajo realizado provoca una sensación de placer y de bienestar. Puede participar en los deportes al aire libre; disfrutar de paseos en el campo o visitar paseos públicos, gozar de espectáculos artísticos sencillos que no exigen grandes esfuerzos mentales y que obran como estímulo y despiertan reacciones favorables en su psiquis.

La Colocación Familiar es pues un factor de mucha importancia en la readaptación social de los enfermos mentales porque por su intermedio el enfermo se habitúa a actuar en un medio normal y relacionarse con individuos normales, conocer sus costumbres, participar en trabajos y distracciones, en una palabra gozar en la medida que su condición mental lo permite de la vida en sociedad.

Ahora bien, el enfermo mental rodeado de personas de buenas costumbres, trabajadoras, ordenadas, sobrias, etc. en un ambiente sano, adquirirá poco a poco buenos hábitos, su conducta mejorará seguramente y de un ser inadaptado al medio se transformará en un individuo útil y capaz de vivir en sociedad.

4) FORMA EN QUE SE PODRIA ORGANIZAR LA COLOCACION FAMILIAR DE ALIENADOS EN GRAN ESCALA EN NUESTRO PAIS. La Colocación Familiar de alienados es un sistema de asistencia casi desconocida en Chile del cual las personas a quienes más interesaría esta forma de asistencia no tienen conocimiento

de que exista una organización de esta naturaleza.

Por este motivo sería necesario empezar por dar a conocer a todo el público lo que es la Colocación Familiar de alienados mediante una bien organizada campaña de informaciones en artículos de prensa, charlas por radio, conferencias, etc. haciendo resaltar los beneficios que ofrece tanto para el enfermo como para la sociedad.

Es muy importante ilustrar a la gente sobre la conveniencia que tiene para el pequeño agricultor, artesano, comerciante, etc. tener en su casa un alienado, como pensionista, que trabaje, porque éste le ofrece una mano de obra muy barata.

Se destacarán también las garantías que puede ofrecer el establecimiento en lo que se refiere al control de la salud mental y física del enfermo que va a ocupar un puesto en una familia de la colectividad. Será conveniente recalcar que todo enfermo que va a Colocación Familiar estará sometido a la vigilancia médica y del Servicio Social del establecimiento, lo que permitiría proporcionar una asistencia oportuna al enfermo si fuera necesario como así mismo dar al tutor la seguridad de que todo tratamiento médico que éste necesite corresponde al establecimiento proporcionárselo.

Otro aspecto de interés para realizar la Colocación Familiar en gran escala es el que se refiere al estudio del medio económico en que se va a actuar. Es este un

factor que encierra gran importancia y del que depende en gran parte el éxito de la Colocación Familiar.

Será necesario hacer una cuidadosa selección de los enfermos. Esta selección debe hacerse tomando en cuenta las condiciones de carácter, de adaptabilidad social y comercial, aptitudes para el trabajo, laboriosidad, hábitos alcohólicos etc.

Es necesario mantener una lista de candidatos a Colocación Familiar que permita encontrar en el momento oportuno el enfermo que se necesita colocar en un determinado hogar.

Seleccionados cuidadosamente los hogares que han de recibir pensionistas tomando en cuenta el nivel intelectual, moral y económico de las familias, se consignarían en listas a los que estén dispuestos a recibir enfermos como pensionistas.

Debe mantenerse una vigilancia estricta de los enfermos en Colocación Familiar por intermedio del Servicio Social para lo cual se harían visitas de control periódicamente con el objeto de poder comprobar en qué forma son atendidos los enfermos por sus guardadores, condiciones en que trabajan, salarios que perciben etc. Por otra parte se observará la conducta del enfermo hacia sus guardadores y hacia la sociedad.

Será necesario mantener un grupo numeroso de asistentes Sociales para poder efectuar en forma satisfacto-

ría la selección de los hogares y el control de ellos y de los enfermos colocados.

Será conveniente proporcionar una movilización adecuada al Servicio Social para que efectúe sin inconvenientes sus visitas domiciliarias.

A las familias que reciben pensionistas se les pagará por cada enfermo en Colocación Familiar, una remuneración mensual que fijará la dirección del establecimiento. Esta suma de dinero que se paga por el enfermo trabaje o nó, servirá a la familia para cubrir en parte los gastos que origina su cuidador. Por otra parte obraría como un estímulo que despertaría el interés de las familias para recibir alienados como pensionistas.

La institución proporcionará al enfermo una cama completa y vestuario.

El remedio y lavado estará a cargo del tutor.

Se reglamentará convenientemente la forma en que permanecerán los enfermos en Colocación Familiar.

Actualmente salen con un permiso de tres meses que sólo se puede renovar dos veces, siendo el enfermo dado de baja al terminar el segundo permiso. Al ser dado de baja, el establecimiento deja de tener la responsabilidad de él por lo tanto no se podría vigilar al enfermo en forma conveniente porque el Servicio Social no tendría autoridad para ello. Para conservar el derecho de supervigilancia de los enfermos colocados sería necesario reingresarlos cada

seis meses lo que originaría molestias, tanto para el tutor como para el enfermo, sobre todo si viven alejados del Establecimiento Central como ocurre generalmente. Es un grave inconveniente que los enfermos sean dados de baja porque no todos están en condiciones de vivir en libertad sin ser vigilados por la institución.

Si el enfermo es dado de alta para ir a Colocación Familiar existen pocas posibilidades de poder vigilarlo porque el alta supone que el enfermo está en condiciones de recobrar sus derechos civiles, por lo tanto el establecimiento deja de tener autoridad sobre él.

C A S O N ° 52

D. G. G. chileno, de 40 años, casado. Se ignoran más datos del enfermo y de la familia.

Ingresó al Manicomio el 25 de Agosto de 1937 con el diagnóstico de Demencia Precoz. Su conducta anterior a la Colocación Familiar era de una profunda indiferencia. En Marzo de 1942 fué colocado en casa de un empleado del Fundo "El Peral", un hogar normalmente constituido, en buena situación económica. Hay varios niños pequeños. El enfermo permanece allí hasta Octubre de donde es retirado porque se quejaba de que le daban excesivo trabajo. ^{El} 23 del mismo mes se lo ubica en un hogar de un empleado del Open Door donde permanece actualmente. Se conduce satisfactoriamente, trabaja muy bien, es tranquilo. Se continúa controlando.

C A S O N ° 38

E. A. A. chilena, de 26 años, soltera. Se ignora más datos personales y de familiares. Ingresó al Manicomio el 23 de Diciembre de 1939 con el diagnóstico de Demencia Precoz. Era una enferma agitada, agresiva y muy descuidada en su arreglo y aseo personal. En Marzo de 1942 fué colocada en un hogar normalmente constituido en buena situación económica. La dueña de casa se ha interesado mucho por la enferma a quién trata como un miembro más de la familia.

Esta se conduce muy bien y ha cambiado mucho de carácter, se ha tranquilizado y trabaja satisfactoriamente en labores domésticas. Es muy honrada y limpia. El caso continúa controlándose.

CONCLUSIONES

Una síntesis del análisis que hemos hecho sobre el problema de una nueva modalidad de asistencia de los enfermos mentales, como es la Colocación Familiar, nos permite llegar a las siguientes conclusiones que anotamos en forma somera.

I. El objetivo que persigue la asistencia del alienado por el sistema de la Colocación Familiar, es primordialmente capacitar al alienado para hacer vida social similar a las de las personas normales e iniciarlos en la realización de alguna actividad simple o en el aprendizaje de algún oficio concordante con sus condiciones físicas y psíquicas.

II. Una doble finalidad caracteriza la Colocación Familiar como sistema: como fin terapéutico por el cambio de ambiente, la vida social activa y el trabajo; como fin económico por el aprovechamiento de las energías del enfermo crónico en la producción y por la disminución de la plétora en establecimientos en que el costo por día y por enfermo es elevado.

III. Antes de dictaminar sobre la falta de camas o de asilos para alienados será conveniente estimular el desarrollo de la Colocación Familiar que puede descongestionar en forma notoria los establecimientos actuales existentes.

IV. La Colocación Familiar requiere una cuidadosa selección de los enfermos condicionados para ella. Será conveniente consignar en una lista a los candidatos para Colocación Familiar con el objeto de ir llenando las vacantes a medida que se produzcan.

V. Los hogares apropiados para servir a la Colocación Familiar de enfermos mentales deben ser cuidadosamente seleccionados en relación con la calidad del enfermo destinados a ellos.

VI. En el limitado ensayo de Colocación Familiar actualmente en práctica en el Manicomio el diagnóstico correspondiente al más alto porcentaje de enfermos beneficiados con este sistema es el de Demencia Precoz.

VII. Son factores de gran importancia para el éxito de este nuevo sistema de asistencia los que se relacionan desde el triple punto de vista intelectual, moral y material con el ambiente que ha de rodear al pensionista.

VIII. Es igualmente indispensable considerar en la selección de los hogares la calidad del tutor y de los habitantes que han de convivir con el enfermo.

IX. Los mejores lugares para la ubicación de las habitaciones para Colocación Familiar se encuentran en el medio rural.

X. Debe preferirse los trabajos manuales como ocupaciones para los enfermos destinados a esta clase de

asistencia.

XI. Los enfermos mentales en Colocación Familiar ofrecen una mano de obra mucho más barata que el obrero normal y en consecuencia su trabajo es beneficioso para el pequeño agricultor o para la pequeña industria.

XII. La Colocación Familiar proporciona a los alienados un hogar de costo inferior al de los grandes establecimientos hospitalarios.

XIII. La Colocación Familiar influye favorablemente en el tratamiento de las enfermedades mentales.

El 80 % de los casos observados en el curso de esta investigación ha demostrado una notable mejoría.

XIV. El sistema de Colocación Familiar no sólo demuestra conveniencias de forma y de fondo en su aplicación a los enfermos mentales sino que es aconsejable su difusión hacia otra clase de enfermos o de inválidos.

SUMARIO

INTRODUCCION

- CAPITULO I GENERALIDADES SOBRE LA ASISTENCIA DEL ALIENADO.-
- CAPITULO II COLOCACION FAMILIAR DE ENFERMOS MENTALES.-
1) Enfermos que están en condiciones de ir a Colocación Familiar.
- CAPITULO III CALIFICACION DE LOS HOGARES DESTINADOS A COLOCACION FAMILIAR.-
1) Condición social, intelectual y moral de los hogares.
2) Labor de la Asistente Social en la selección de los hogares.
3) Trabajo de los enfermos en Colocación Familiar.
4) Importancia de la situación geográfica y económica de la región.
- CAPITULO IV VENTAJAS DE LA COLOCACION FAMILIAR EN LA ASISTENCIA DE LOS ENFERMOS MENTALES.-
1) Consecuencias económicas y sociales de la Colocación Familiar de enfermos mentales.
2) Importancia de la Colocación Familiar en el tratamiento individual de los enfermos

mentales.

3) La Colocación Familiar de enfermos mentales como medios de readaptación social.

4) Forme en que se podría organizar la Colocación Familiar de alienados en gran escala en nuestro país.

EXPOSICION DE CASOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

- DR. A. ANTHEAULME Principios generales que deben regir la asistencia de los psicópatas.
- FILOMENA BERGHOTLZ Servicio Social de la sección psiquiátrica del Hospital de Villa del Mar.
- DR. BALTAZAR CARAVEDO Organización de la asistencia de los alienados.
- OLGA CARBONELL Importancia del Servicio Social en la asistencia del alienado.
- DR. LUIS CUBILLO El problema de la asistencia médico social de los alienados delincuentes.
- DR. CONRADO O FERRER Consideraciones sobre el trabajo en los alienados.
- CHRISTINE GALITZE El Servicio Social Psiquiátrico y las clínicas de conducta en los EE.UU.
- G.O. La obra de Felipe Pinel.
- DR. GERMAN CHEVE Asistencia Familiar de los enagenados.
- Trabajo de los enfermos en los hospitales y asilos con propósitos médicos.
- Un programa de acción para nuestro

- problema de la enagenación mental,
su prevención y su asistencia.
- La moderna asistencia social psiquiátrica.
- DR. RAFAEL HERNANDEZ El trabajo como terapeutica de la locura.
- FANNY IZICKSON Labor social en la práctica psiquiátrica.
- DR. ELIAS MALBRAN Atención de los alienados en Chile.
- DR. HANS B. WOLHOLM AND WALTER E. BARTON M. D. Family care, Community resource in the rehabilitation of patients.
- SARA MUSRE CORREA Servicio Social en el Manicomio de Santiago.
- DR. SANTIN C. ROSSI Sobre el trabajo en las colonias de enagenados de Santa Lucía, Uruguay.
- DR. ANTONIO SICCO Imperfecciones del sistema actual de la asistencia de alienados en nuestro país.
- DR. EMILIO VIDAL ABAL Asistencia del alienado crónico aislado.
- DRS. ARTURO VIVADO
CARLOS LARSON
VICTOR ARROYO Asistencia psiquiátrica en Chile.
- DR. JACQUES VIE Le placement familial des aliéne et psychopathes sa portée medical et social.

DR. ARTURO ULLOA.

El trabajo de los enfermos en los
asilos y manicomios con propósitos
médicos y económicos.

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO CRISTÓBAL COLÓN
BIBLIOTECA CENTRAL