

PSIQUIATRIA Y SALUD PUBLICA

La primera parte de este trabajo apareció en Marzo del presente año en nuestra revista y en ella se describió la experiencia del autor en la rehabilitación de enfermos mentales del sexo femenino en un Departamento de "Crónicos" del Hospital Psiquiátrico de Santiago. Los cambios introducidos lograron una atención médica suficiente, modificar las actitudes del personal, establecer un régimen de puertas abiertas y aplicar medidas especiales de rehabilitación.

En esta segunda parte el autor se propone efectuar una evaluación de lo ocurrido en los años 1970 y 1971, señalando los aspectos cualitativos y cuantitativos que parecieron más relevantes. Entre ellos debe mencionarse la humanización de la vida en estos lugares, así como la liberación de camas de psiquiatría al recuperar socialmente a numerosos pacientes.

Una Experiencia en la Rehabilitación de Enfermos Mentales

Dr. PEDRO NAVEILLAN FERNANDEZ

PARTE II: EVALUACION

INTRODUCCION

En la primera parte de este trabajo, aparecida en Cuadernos Médico Sociales de marzo de 1977, describimos la realidad asistencial existente en el Departamento I del Hospital Psiquiátrico de Santiago, destinado a la estada de pacientes mentales "crónicos" del sexo femenino. Allí señalamos los cambios que introdujimos, consistentes fundamentalmente en dar una atención médica suficiente, acorde con los progresos de la psiquiatría, modificar las actitudes del personal auxiliar y establecer un régimen de puertas abiertas en reemplazo del semi-carcelario existente a fines de 1969. También dimos cuenta de las principales medidas de rehabilitación utilizadas que fueron el trato humano, la preocupación por el aseo y presentación de las pacientes, el trabajo diferenciado, la delegación de responsabilidades en ellas, el estímulo de la vida social, la utilización y reestablecimiento de las relaciones familiares y, finalmente, la consideración de las necesidades espirituales existentes.

En esta segunda parte nos proponemos intentar una evaluación de lo ocurrido en el curso de los años 1970 y 1971, la que indudablemente

adolecerá de limitaciones ya que tiene un carácter retrospectivo y no existió una planificación inicial que permitiera medir adecuadamente diferentes variables. En verdad, al iniciar la experiencia de que hemos dado cuenta en la primera parte no sabíamos en absoluto si tendría éxito o no, tampoco teníamos las ideas lo suficientemente claras como para organizarlas sistemáticamente y hacer un diseño experimental que nos permitiera una evaluación científica. Sólo a principios de 1972 pensamos que bien valía la pena hacer un intento de evaluación y nos preocupamos de la revisión de los archivos, fichas clínicas y documentos existentes que podrían ser de alguna utilidad.

La presente evaluación trata de señalar los aspectos cuantitativos y cualitativos que nos parecieron más relevantes y que fueron susceptibles de cierta objetivación.

1.— ASPECTOS CUANTITATIVOS

En la tabla N.º 1 se da la distribución por diagnóstico de las pacientes que se encontraban hospitalizadas en el mencionado departamento al 31 de Diciembre de 1969, al 31 de Diciembre de 1971, y de los ingresos que tuvieron lugar en el bienio 1970-1971.

* Psiquiatra. Casilla 776. Santiago.

T A B L A N° 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR DIAGNOSTICO
DEPARTAMENTO 1. HOSPITAL PSIQUIATRICO 1970 Y 1971.
SANTIAGO - CHILE

Diagnóstico	Al 31-XII-71		Ingresos 1970-71		Al 31-XII-69	
	N°	%	N°	%	N°	%
Esquizofrenia Débil Mental y	85	54,49	14	37,84	73	60,83
Oligofrenia	29	18,59	3	8,11	10	15,00
Epilepsia	12	7,69	8	21,62	14	11,66
Psicosis Ma- niaco/Depres.	8	5,13	2	5,40	6	5,00
Parafrenia	6	3,85	3	8,11	6	5,00
Psicosis						
Paranoidea	5	3,20	—	—	—	—
Alcoholismo	5	3,20	—	—	1	0,83
Demencia	4	2,56	—	—	—	—
Personalidad						
Psicopática	2	1,28	—	—	—	—
Psicosis Varias	—	—	—	—	2	1,64
Sin Diagnóstico	—	—	7 (*)	18,92	—	—
T O T A L	156	99,99	37	100,00	112	99,96

(*) Pacientes que tenían la ficha extraviada al momento de la Evaluación.

Se puede apreciar en ella que la proporción mayoritaria de los diagnósticos corresponde a la esquizofrenia, la que inicialmente era del 54,49% y sube al 60,83% al final del período pese a que sólo el 37,84% de los ingresos en el mismo lapso de tiempo correspondió a este diagnóstico. Es posible que esto se explique por las 7 pacientes (18,92%) que ingresaron en el bienio considerado y en las que no fue posible precisar el diagnóstico por extravío de la ficha clínica, circunstancia desgraciadamente muy frecuente en este establecimiento asistencial.

Igualmente se aprecia que sube notoriamente

la proporción de epilépticos, lo que parece guardar relación con una alta proporción de ingresos por esta causa.

En la tabla N.º 2 se da el movimiento de pacientes en los años 1970-71. Se puede apreciar la elevada tasa de mortalidad, que fue para el total de pacientes del 9,3% en el período (10,25% para la dotación inicial y 11,1% para los ingresos de 1970). También es conveniente señalar que sólo hubo una fuga pese a existir un régimen de puertas abiertas y ninguna vigilancia destinada a evitarlas.

T A B L A N° 2

MOVIMIENTO DE PACIENTES EN 1970 Y 1971
DEPARTAMENTO 1. HOSPITAL PSIQUIATRICO
SANTIAGO - CHILE

Origen	Totales	En Depto. 1	Fallecidas	Traslad.	V. Comunid.	Fugas
De Dotación						
Inicial	156	107	16	11	22 (1)	—
De Ingresos 1970	18	3	2	1	12 (2)	1
De Ingresos 1971	19	10	—	1	7	1
De Total Período	193	120	18	13	41	—

(1) 13 de ellas egresaron en 1970.

(2) 10 de ellas egresaron en el mismo año 1970.

En el rubro traslados figuran aquellas pacientes que fueron enviadas a los servicios de psiquiatría de los hospitales de Valparaíso (Salvador) y de San Felipe, por tener en esas ciudades el domicilio sus familiares, y las que se destinaron a clínicas privadas que mantienen convenios con el Hospital Psiquiátrico de San-

tiago, que son especialmente seleccionadas por dichos establecimientos en función de su buena conducta y estado físico.

Respecto de las pacientes que se señala que viven en la comunidad, este dato se encuentra más elaborado en la tabla N.º 3, que analizaremos a continuación.

T A B L A N.º 3
RECUPERACION SOCIAL SEGUN PERIODO DE INGRESO
DEPARTAMENTO 1. HOSPITAL PSIQUIATRICO 1970-1971
SANTIAGO - CHILE

Período de Ingreso	Totales	Viven Fuera		Podrían Vivir Fuera (2)		Ambos Grupos (1-2)	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hasta el 31-XII-69	156	22	14,1	38	24,4	60	38,5
Del 1º-I-70 al 31-XII-70	18	12	66,7	1	5,6	13	72,2
Del 1º-I-71 al 31-XII-71	19	7	36,8	6	31,6	13	68,4
T o t a l	193	41	21,2	45	23,3	86	44,6

En efecto, el 21,2% del total de las pacientes (las que se encontraban en el departamento al inicio del período más las que ingresaron en el bienio señalado) viven fuera del hospital al 31 de Diciembre de, 1971, casi todas con sus familiares. Si consideramos el año de ingreso, vemos que esta proporción es de 14,1 para aquellas que se encontraban internadas al 31 de Diciembre de 1969; de 66,7 para las que entraron en el curso del año 1970 y de 36,8 para las que llegaron durante 1971. Al tomar en cuenta las pacientes que se encontraban hospitalizadas pero que podrían vivir fuera del establecimiento si se contara con facilidades habitacionales y lugares protegidos de trabajo (23,3% del total), los porcentajes para los mismos períodos son: 24,4; 5,6; y 31,6 respectivamente, y si se suman ambos grupos dan: 38,5; 72,2 y 68,4 por ciento (44,6% para el total). Estas diferencias apuntan a una mayor recuperabilidad de las pacientes con menos de dos años de internación.

En la tabla N.º 4 tenemos la distribución diagnóstica porcentual de las pacientes de la dotación inicial que viven fuera, de las que podrían hacerlo si existiesen las condiciones adecuadas y de ambos grupos. En el primer grupo el porcentaje de esquizofrenia es muy similar al existente en la dotación inicial (ver tabla N.º 1), no ocurriendo lo mismo con la debilidad mental y oligofrenia en que es aproximadamente la mitad, desigualdad que se corrige al considerar el segundo grupo; otro tanto ocurre con la psicosis maniaco depresiva y la epilepsia. Sumando ambos grupos se aprecia que la esquizofrenia y parafrenia aumentan discretamente su representación proporcional entre las recuperadas mientras que el déficit intelectual, la epilepsia y la psicosis paranoídea la disminuyen y el alcoholismo la mejora notoriamente. Dadas las limitaciones metodológicas del presente trabajo no se estimó válido analizar la significación estadística de estas diferencias.

T A B L A N º 4

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO DE PACIENTES DE DOTACION INICIAL QUE VIVEN O PUEDEN VIVIR EN LA COMUNIDAD PORCENTUAL SOBRE TOTAL DIAGNOSTICO DEL GRUPO. DEPARTAMENTO 1. HOSPITAL PSIQUIATRICO. XII-71 SANTIAGO - CHILE

Diagnóstico	Viven Fuera		Pueden Vivir Fuera		Ambos Grupos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esquizofrenia	12	54,5	23	60,5	35	58,3
Parafrenia	1	4,5	2	5,3	3	5,0
Psicosis Maníaco-Depresiva	—	—	3	7,9	3	5,0
Débil Mental y Oligofrenia	2	9,1	7	18,4	9	15
Epilepsia	—	—	3	7,9	3	5
Alcoholismo	4	18,1	—	—	4	6,7
Personalidad Psicopática	1	4,5	—	—	1	1,6
Demencia	1	4,5	—	—	1	1,6
Sin Datos	1	4,5	—	—	1	1,6
T o t a l	22	99,7	38	100,0	60	99,8

En la tabla N.º 5 se analiza la distribución diagnóstica en los mismos grupos, pero los porcentajes se han calculado sobre cada grupo diagnóstico de la población inicial. Cabe destacar aquí la buena recuperación de las esquizofrenias, que constituyen más de la mitad de

la población de los departamentos de "crónicos" de los hospitales psiquiátricos. En los demás grupos diagnósticos, salvo el déficit intelectual y quizás la epilepsia, los grupos son muy pequeños como para sacar conclusiones que permitan hacer generalizaciones.

T A B L A N º 5

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO DE PACIENTES DE DOTACION INICIAL QUE VIVEN O PUEDEN VIVIR EN LA COMUNIDAD. PORCENTUAL SOBRE CADA DIAGNOSTICO DE DOTACION INICIAL. DEPARTAMENTO 1. HOSPITAL PSIQUIATRICO. XII-1971. SANTIAGO - CHILE

Diagnóstico	Nº Inicial	Viven Fuera		Pueden Vivir Fuera		Ambos Grupos	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esquizofrenia	85	12	14,1	23	27,1	35	41,2
Débil Mental y Oligofrenia	29	2	6,9	7	24,1	9	31,0
Epilepsia	12	—	0,0	3	25,0	3	25,0
Parafrenia	6	1	16,7	2	33,3	3	50,0
Psicosis Maníaco-Depresiva	8	—	0,0	3	37,5	—	37,5
Psicosis Paranoidea	5	—	0,0	—	0,0	—	0,0
Alcoholismo	5	4	80,0	—	0,0	4	80,0
Demencia	4	1	25,0	—	0,0	1	25,0
Personalidad Psicopática	2	1	50,0	—	0,0	1	50,0
Sin Datos	—	1	—	—	—	1	—
T o t a l	156	22	14,1	38	24,4	60	38,5

2.— ASPECTOS CUALITATIVOS

La evaluación cualitativa hay que referirla a tres aspectos que me parecen importantes y que son:

- a) La realidad de la vida de las pacientes que viven fuera del hospital.
- b) La realidad de la vida de las pacientes que continúan viviendo en el departamento.
- c) La realidad de la vida del personal auxiliar de enfermería en su tiempo laboral y sus relaciones con las pacientes.

Acerca del primer grupo se tuvo información por las visitas periódicas que las asistente social realizaba al hogar de ellas; por su asistencia al Departamento 1 ya sea con carácter de visita o para buscar medicación y eventual control médico; por la información de familiares que solían acompañarlas.

A dichas pacientes se las notaba contentas, felices de estar viviendo afuera y de ser aceptadas por sus familiares; manifestaban preferir la vida que ahora llevaban a continuar en el Departamento, pese a los notorios cambios introducidos. Los familiares se declaraban igualmente satisfechos y aceptaban mantener a sus enfermas con ellos, sin que insistieran en su hospitalización y sin que tampoco se quejaran de que su presencia en el hogar representara un factor de tensión que alterase la vida familiar; estaban sí concientes de poder contar en cualquier momento con el apoyo y ayuda de nuestros servicios.

Al segundo grupo, que continuaba viviendo en el Departamento, se le veía tranquilo y apacible, alegre en general, con espíritu de colaboración y de pertenencia a una comunidad. Apreciaban el trato personal que se les daba y el amplio grado de libertad de que disponían. Se había producido, en contraste con la situación preexistente, un resurgir del carácter de persona, incluso en aquellas más deterioradas, y había un cierto ámbito que posibilitaba la realización personal.

En lo que respecta al personal auxiliar, también su vida había cambiado notoriamente. Ya no vivían en un ambiente tenso y frustrante sino que, por el contrario, la vida y las relaciones con las pacientes se habían tornado apacibles, —gratas, fruto de satisfacciones personales. De esto se daban especial cuenta cuando les tocaba visitar otros departamentos del hospital

que continúan manteniendo el antiguo sistema asilar.

Me parece que estas pocas pinceladas bastan para formarse una idea aproximada del cambio francamente positivo en la calidad de la vida, cambio que es difícil de cuantificar pero cuya importancia es necesario subrayar frente a la relevancia exagerada que suele darse a los aspectos cuantitativos de la evaluación.

3.— DISCUSION

Los antecedentes y resultados expuestos en las dos partes de que consta este trabajo permiten aseverar que en nuestro medio es posible realizar con éxito rehabilitación en los pacientes mentales "crónicos", pese a las condiciones de extrema pobreza en que se desenvuelve la asistencia psiquiátrica.

Se ha podido establecer, al hablar de la evaluación cuantitativa, que es posible traducir este éxito en una disminución de la dotación de pacientes "crónicas" hospitalizadas, con la consiguiente liberación de recursos cama. Es así como se mostró que se puede disminuir en un 14,1% la población inicial al reintegrar las enfermas a la comunidad (en especial a sus familias) y que si se dispusiera de recursos de rehabilitación extra-hospitalaria (hogares protegidos, talleres protegidos, etc.), este porcentaje podría aumentar al 38,5%.

Si se considera que en el período de dos años analizado la tasa de mortalidad fue de 10,25%, se tiene que al sumar los resultados de la rehabilitación con la alta mortalidad esperada en este tipo de pacientes, se ha producido una liberación del 20,35% de las camas disponibles inicialmente, la que fácilmente puede subir al 48,75%. Como la situación de este departamento no difería gran cosa de los demás de este tipo del Hospital Psiquiátrico de Santiago, se puede estimar que haciendo un serio esfuerzo e inversión en rehabilitación se podría disminuir, en un período prudencial de tiempo, a la mitad la población de enfermas "crónicas" de este establecimiento asistencial.

Lo anteriormente señalado cobra una mayor importancia si se considera que:

1.º Dada la escasez de cama de psiquiatría existente en el país (alrededor de un 0,5 por mil habitantes), inmovilizar una cama de "crónicos" equivale a inmovilizar una cama de "agudos" o de urgencia, por ser las primeras las

que posibilitan en buena medida la disponibilidad de las otras.

2.º Se ha logrado con una muy baja dotación de camas psiquiátricas por mil habitantes, lo que seguramente significa que nuestros "crónicos" deben presentar un deterioro mayor que los de aquellos países que disponen de más recursos hospitalarios para lograr ser internados "definitivamente". Todo hace suponer que en pacientes menos deteriorados los resultados deben ser mejores.

Otra suerte de consideraciones surgen al analizar la tabla N.º 3. En efecto, se aprecia que el pronóstico, en cuanto a recuperación social se refiere, es francamente mejor en las pacientes que ingresaron al departamento 1 en los años 1970 y 1971 (alrededor de 70% de recuperados) que en aquellas que se encontraban hospitalizadas al 31 de Diciembre de 1969 (38,5% de recuperadas). Esto es de especial significación si se considera que la mayoría de las enfermas de la dotación inicial llevaban varios años hospitalizadas (promedio: 14,5 años) y en su inmensa mayoría no se habían beneficiado de los avances de la psicofarmacología, mientras que las llegadas después de este período lo habían hecho presumiblemente una vez agotados todos los recursos terapéuticos modernos y cuando los médicos tratantes las habían calificado de irrecuperables; es decir, no se trata de poblaciones estrictamente comparables y es en cierto modo lícito sostener que el segundo grupo es de peor pronóstico. Sin embargo, con el sólo agregado de medidas rehabilitativas este segundo grupo mostró una tasa de recuperación mucho mayor.

¿Cómo explicar esta situación?

Creemos que es una evidencia del profundo impacto de la rehabilitación en la recuperación de los enfermos mentales que, en asociación con un uso adecuado de los psicofármacos, demuestra una acción tan incisiva. Su mayor impacto en los pacientes con dos o menos años de hospitalización que en las de estadía más larga en estos departamentos terminales apunta a que la efectividad de la rehabilitación es mayor cuando ésta se intenta más precozmente en el curso de la enfermedad, antes, nos parece, que se añada al deterioro propiamente mórbido el deterioro producto de una situación asilar sin horizontes ni incentivos.

La diferencia en la tasa de recuperación social, traducida en el vivir fuera, de las pacientes ingresadas en el año 1970 (66,7%) con las que lo hicieron en 1971 (36,8%) posiblemente apunta a que el proceso rehabilitativo requiere de un cierto tiempo para completarse. En efecto, si

añadimos en las del año 1971 las que están "listas" para vivir fuera a las que ya lo hacen, el porcentaje de éxito se torna similar al del grupo del año 1970 (72,2%) ya que sube al 68,4%.

Pensadas las cosas en esta perspectiva, nos parece evidente que no se justifica el pesimismo terapéutico de los psiquiatras antes de haber hecho un uso intensivo de la rehabilitación que se muestra como tan manifiestamente efectiva. En este contexto conviene también señalar lo difícil que es separar en salud mental lo terapéutico de lo rehabilitativo, toda vez que vemos que las medidas de esta última índole tienen además carácter de tratamiento.

Igualmente es importante insistir en que no se justifica de ningún modo el abandono casi total en que son dejados los pacientes mentales enviados a secciones de "crónicos". En efecto, nos parece que el presente trabajo deja en claro que no es posible darles el sello de irrecuperables, y que una inversión de tiempo médico y en recursos de rehabilitación es altamente reditadora no sólo al obtener la liberación de recursos hospitalarios sino que también al permitir una adecuada calidad de vida, a la que tienen derecho por su carácter de *persona*, — aunque tuvieran que continuar de por vida en este tipo de establecimientos asistenciales.

Por último, queremos señalar que en una política moderna de atención progresiva en salud mental será posible evitar casi completamente, sino del todo, la presencia de estas condiciones terminales en los enfermos mentales, la que si se une a la reactivación de los departamentos u hospitales de "crónicos" nos obligará a considerar la eventual desaparición, a mediano o largo plazo, de los hospitales psiquiátricos, al menos como están concebidos en la actualidad.

4.— RESUMEN

Se relata la experiencia del autor en la rehabilitación de enfermos mentales del sexo femenino en un departamento de "crónicos" del Hospital Psiquiátrico de Santiago. Se muestra como ésta es posible y produce frutos que se traducen en la humanización de la vida en estos lugares y en la liberación de camas de psiquiatría al recuperar socialmente a numerosas pacientes. Se señala, además, que en una política de atención progresiva en salud mental debe preverse la eventual desaparición o transformación de los hospitales psiquiátricos tradicionales.

6.— REFERENCIAS GENERALES

1. **ARTHUR, R. J.** "An introduction to social psychiatry". Penguin Books. England, 1971.
2. **BENNETT, D. H.** "El establecimiento de servicios comunitarios de salud mental en la Gran Bretaña". En publicación científica N° 210, Oficina Sanitaria Panamericana (Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental), Washington, 1970.
3. **BENNETT, D. H.** "Community Mental Health Services in Britain". Am. J. Psychiatry 130:10, 1973.
4. **EARLY, D. F.** "Rehabilitation Services in Bristol". En: 16.
5. **EARTY, F.; Nicholas, M.** "The developing Scene. Ten year Review of a Psychiatric Hospital Population". British. Med. Journal 4: 793, 1971.
6. **GNAT, T.** "Psychiatric Care and Rehabilitation in Poland". En: 16.
7. **GNAT, T.** "Rehabilitation Services in Warsaw". En: 16.
8. **HORWITZ, J.; NAVEILLAN, P.** "Primeras experiencias de Psiquiatría de la Comunidad en Chile". En: Publicación Científica N° 210, Oficina Sanitaria Panamericana (Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental), Washington, 1970.
9. **JONES, M.** "The therapeutic Community". Basic Books, 1953.
10. **JONES, M.** "Beyond the Therapeutic Community". Yale University Press, 1968.
11. **MAY, A. R.** "Psychiatric Care and Rehabilitation in the United Kingdom". En: 16.
12. **NAVEILLAN, P.** "Una experiencia en la rehabilitación de enfermos mentales. Parte 1: Descripción". Cuadernos Médicos Sociales. Vol. XVIII, N° 1, marzo 1977.
13. **QUERIDO, A.** "La Salud Mental en los planes de Salud pública". En: Publicación Científica N° 81, Oficina Sanitaria Panamericana (Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental), Washington, 1963.
14. **ROBERTS, CH. A.** "Rehabilitation of the mentally ill". En: Publicación Científica N° 81, Oficina Sanitaria Panamericana (Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental). Washington, 1963.
15. **SIVADON, P.** "Tratamiento y readaptación de los enfermos mentales". En: Publicación Científica N° 99, Oficina Sanitaria Panamericana, (Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental), Washington, 1964.
16. **WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE:** "Psychiatric Hospital Care and Rehabilitation". Copenhagen, 1968.