

ALGUNAS RAZONES PARA DESARROLLAR SERVICIOS DE REHABILITACION PARA LOS DISCAPACITADOS MENTALES EN CHILE*

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 2, 1996/ 18-20

Prof. Dr. Douglas Bennett**

RAZONES POLITICAS Y ECONOMICAS

En las últimas décadas los países de ingresos medios como Chile, que han mejorado sus sistemas de salud y han superado las consecuencias devastadoras de las enfermedades contagiosas, también han registrado un notorio aumento de la discapacidad provocada por enfermedades no contagiosas. A pesar de estos logros, estos sistemas de salud deben hacer frente a poblaciones cada vez más viejas y a enfermedades no contagiosas de mayor costo. En 1993 el Banco Mundial elaboró un informe sobre el desarrollo mundial titulado "Invertir en Salud". El informe señalaba que las políticas de salud normalmente se examinan desde el punto de vista de la mortalidad, pero que "...la falla de ese indicador radica en no considerar las pérdidas que ocurren a este lado de la muerte como producto de la invalidez, el dolor u otra discapacidad". El Banco Mundial continúa afirmando que hay muchos estados que no son fatales pero que son los responsables de una importante pérdida de vida sana. Como ejemplo menciona la depresión crónica y la parálisis originada por la poliomielitis, y señala que estos estados son comunes y que pueden durar mucho tiempo, imponiendo a menudo exigencias importantes a los sistemas de salud.

Así, la *humanidad ha ingresado a una nueva era en su larga historia*. Esto puede no ser tan dramático como la amenaza de la bomba atómica ni tan notorio

como la explosión demográfica que nos afecta hoy, pero hay algo absolutamente nuevo relacionado con el estado biológico de una parte importante y creciente de la población mundial: *la prevalencia de enfermedades más bien crónicas que graves*. Hasta fines de la década del 30, cuando yo entré a la Escuela de Medicina, los estados predominantes y a menudo más difíciles que teníamos que enfrentar eran provocados por bacterias o parásitos. Recuerdo muy bien el hedor de un pabellón donde se atendía a pacientes afectados de osteomielitis crónica. En esa época, muchos de los tratamientos no surtían efecto. Esto se aplicaba a los países industrializados al igual que se aplica hoy en el tercer mundo. En un libro sobre medicina de alto nivel tecnológico, Jennett señala: "la cura es un resultado posible sólo en la menor parte de los pacientes que han sido diagnosticados con un estado que no pueden superar por sus propios medios".

Existen, entonces, factores demográficos y económicos involucrados en la necesidad de rehabilitar. Entre éstos se encuentran la disminución de la mortalidad por enfermedades contagiosas, el aumento de la discapacidad debida a enfermedades no contagiosas, los mayores costos de los cuidados hospitalarios que demandan estas enfermedades y el problema de si el hospital es una condición necesaria o, incluso, ideal para que haya rehabilitación. En el ámbito de las enfermedades físicas resulta paradójico que, mientras las de tipo bacteriano

* Conferencia presentada en las jornadas científicas "Rehabilitación en Psiquiatría: un derecho de los pacientes". Santiago de Chile, 14 de septiembre de 1995.

** Emeritan Consultant. Profesor de la Universidad de Londres.

y parasitario han sido dominadas gracias al uso de nuevos tratamientos, *otros avances terapéuticos han conducido al aumento de la discapacidad física de aquellos pacientes que ahora sobreviven y que en el pasado habrían muerto.*

A nivel mundial, ahora hay más gente que antes que sufre de enfermedades crónicas y de discapacidad, y ésta es la primera razón para que todos nos comprometamos a participar en los programas de rehabilitación, ya sea en Chile o en el Reino Unido, en España o en los Estados Unidos de Norteamérica. Yo no deseo discutir las virtudes y defectos de la rehabilitación física como, por ejemplo, si se debe o no organizar los servicios de rehabilitación por especialidades, de modo tal que la rehabilitación pulmonar sea tratada por especialistas en enfermedades respiratorias, la artritis por reumatólogos, etc. Personalmente, apoyo el punto de vista contrario, en el sentido de que se debe complementar la formación del especialista con los conocimientos psicológicos y sociales de un equipo de trabajadores (de la salud), los cuales ayudarán al paciente y a sus familiares a salir adelante con su difícil tarea. Yo siempre he visto a la rehabilitación en conexión con la modificación del entorno del paciente, así como con el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Evidentemente, en todo esto hay factores económicos involucrados. El primero de ellos son los costos hospitalarios. En cada uno de los países estudiados por el Banco Mundial habría ocurrido un aumento del número de camas hospitalarias: entre 1960 y 1980 esta cifra aumentó, a nivel mundial, de 5 millones a 17 millones, respectivamente. El informe del Banco Mundial agrega que, una vez que se ha construido un hospital, se torna extremadamente difícil cerrarlo. Los hospitales clínicos más importantes en la capital generalmente consumen una gran parte del total de recursos disponibles para la salud.

Los autores de este trabajo piensan que existe un gran potencial para mejorar la productividad de los hospitales ya existentes. Entre sus sugerencias al respecto se encuentra la conversión de parte de la capacidad hospitalaria para la rehabilitación menos costosa del paciente en condiciones crónicas.

EL ARGUMENTO CLINICO

Permítanme discutir a continuación la condición del paciente mentalmente enfermo o discapacitado. Ustedes estarán enterados de los *cambios ocurridos en la psiquiatría desde fines de la década de los '50.* Y me refiero no sólo a los cambios debidos a la

introducción de las fenotiacinas, las cuales, aunque jugaron un papel en la reducción de los síntomas y la tranquilización del paciente, no curaron la enfermedad mental. Muchas veces he dicho que estas drogas tuvieron más efecto en el personal que en los pacientes, ya que aumentaban su optimismo, mejoraban su moral y les permitían considerar otras posibilidades además de confinar al paciente.

Pero aliviar los síntomas es sólo el comienzo del cuento. Anselm Strauss y colaboradores destacaron en 1982 el hecho de que es fundamental ampliar nuestro punto de vista y dejar de observar al paciente sólo en relación con su comportamiento en el pabellón hospitalario o en la clínica para discapacitados. Más bien: hay que tomar en cuenta como él (o ella) convive con su enfermedad o discapacidad en su casa y cómo el individuo discapacitado se las arregla junto a sus familiares para llevar una vida lo más normal posible, enfrentando esta enfermedad crónica.

La calidad de vida de una persona no está determinada por el hecho de vivir en la comunidad en lugar de hacerlo en el hospital, sino por cómo la familia (u otras personas involucradas) y el individuo discapacitado resultan afectados por la situación; cómo se adaptan a ella y cómo enfrentan la enfermedad, la discapacidad y los tratamientos médicos asociados; cómo estos tratamientos y los síntomas de la enfermedad afectan la vida del paciente o la de su familia. También se debe considerar cómo se llevan el paciente y sus familiares en sus relaciones interpersonales.

Estos autores sienten que se ha prestado muy poca atención a la forma en que los servicios de salud podrían ayudar en problemas tales como la estigmatización, al aislamiento, el quiebre familiar, las disputas matrimoniales y el cambio de los roles domésticos: todos ellos problemas de tipo social más que médico.

Courtenay Hardy y colaboradores en Yale han propuesto otro argumento a favor de la rehabilitación. Ellos llevaron a cabo estudios con pacientes de la ciudad de Vermont, que habían sido diagnosticados hace más de 30 años como personas que sufrían de esquizofrenia. Debido a su discapacidad y resistencia al tratamiento, originalmente los pacientes habían sido seleccionados para participar en el programa de rehabilitación de pacientes con retardo mental del Hospital Estatal de Vermont. El término "discapacitado" fue definido como la incapacidad para cumplir roles comunes del diario vivir. Los mencionados autores encontraron que algunos pacientes eran considerados funcionales, es decir, desempeñaban un trabajo, mantenían buenas rela-

ciones familiares y tenían amigos, pero aún sufrían de delirios o alucinaciones. Otros pacientes, aunque trabajaban, estaban socialmente aislados. Finalmente, había pacientes que, teniendo relaciones sociales amplias y cálidas, no desempeñaban ningún trabajo.

Aparentemente, con el paso del tiempo los pacientes con esquizofrenia muestran una disminución de los síntomas o una mejoría en sus actividades sociales.

Resulta, entonces, doblemente importante, a medida que pasan los años, no perder las esperanzas, no descuidar a estos pacientes discapacitados y evitar que desarrollen más discapacidades. Con la rehabilitación el diagnóstico definitivo es mucho mejor que el que se anticipó inicialmente. Debemos reconocer, sin embargo, que no todos los pacientes mejoran con la rehabilitación y que, en tal caso, debemos modificar su entorno social.

Algunos autores, por supuesto, siempre han destacado la necesidad de la rehabilitación. Los psiquiatras y otros médicos, no obstante, prefieren enfatizar el papel de la rehabilitación en los aspectos relacionados con el tratamiento.

Cuando en Inglaterra se dictó la Ley de Salud Mental de 1959, se analizó por primera vez la posibilidad de que a los hospitales psiquiátricos se les permitiera rechazar pacientes. El Hospital Maudsley, creado para el tratamiento a corto plazo de enfermos mentales, previó la posibilidad de no estar en condiciones de entregar sus pacientes crónicos a hospitales psiquiátricos. Su reacción (a la Ley de 1959) consistió en destacar el hecho de que "...los hospitales clínicos podrían resultar congestionados si no estaban preparados realmente para transferir a otros hospitales a pacientes psiquiátricos que habían *agotado las potencialidades del tratamiento en esos hospitales*".

En 1959 la Ley fue modificada en el Reino Unido, pero el Hospital Maudsley continuó durante algunos años deshaciéndose de pacientes que habían sido diagnosticados como crónicos, enviándolos a los hospitales psiquiátricos correspondientes a su distrito. Lentamente, esta situación comenzó a cambiar, y algunos médicos clínicos fueron capaces de aceptar las fallas del tratamiento y de concentrar sus esfuerzos en la rehabilitación. Debemos considerar, no obstante, que dicho tratamiento no siempre funciona.

Por razones personales o profesionales, las deficiencias en el tratamiento son inaceptables para algunos médicos.

Incluso, si estas deficiencias fueran superadas, aún resultarían inaceptables desde un punto de vista económico.

EL ARGUMENTO HUMANITARIO

En los países con mayor desarrollo económico hay un creciente movimiento en defensa de los derechos humanos, que se expresa en exigir el derecho de las personas para decidir libremente cómo y dónde desean vivir. Lograr esto es más difícil para las personas discapacitadas y, quizás, extremadamente difícil, para las personas que se hallan discapacitadas por motivos psiquiátricos.

¿Qué ocurrirá con aquellas personas crónicamente discapacitadas, que tienen un comportamiento social alterado? *Obviamente, debemos tratar de permitirles llevar sus vidas de manera razonable.* Las personas discapacitadas mentalmente también necesitan ser rehabilitadas. Es un hecho que en nuestros hospitales psiquiátricos no sólo tenemos pacientes que han resultado discapacitados recientemente, sino que a personas que han quedado más y más discapacitadas en el transcurso de muchos años de privaciones sociales y que, algunas veces, han sido rechazadas por instituciones de Inglaterra como de otras partes del mundo.

Como psiquiatras que somos no queremos ser acusados de negligencia, ya que muchos de nosotros hemos entregado años de nuestras vidas para cuidar a aquellos que la sociedad excluye y encierra en los hospitales para enfermos mentales. Recuerdo el resentimiento que sentí cuando escuché por primera vez los ataques críticos de Goffman respecto de la institucionalización (de los hospitales psiquiátricos). Esto ocurrió hace 35 años. Hoy puedo constatar que Goffman estaba en lo cierto: en Inglaterra actualmente se han clausurado más de 40 grandes hospitales psiquiátricos. Debemos recordar la solución de la Alemania nazi para miles de pacientes psiquiátricos crónicamente discapacitados. En ausencia de un tratamiento efectivo, lo anterior ilustra dramáticamente el descuido de la preocupación humanitaria respecto de las posibilidades que entrega la rehabilitación.

CONCLUSIONES

La rehabilitación es un componente fundamental del arsenal de todo psiquiatra moderno, independientemente que él vea su utilidad en aras de los intereses de su país, mejorando la naturaleza de su propio aporte clínico o incrementando los derechos civiles de sus clientes. La rehabilitación está lentamente sentando raíces acá en Chile y creo que, con el tiempo, es algo que va a prosperar.