

T  
616.89156  
L116  
9.2

- RELAZO DEL ENFERMO MENTAL POR SUS FAMILIARES -

**S C I B**  
00020207

70027

T616.89156  
L116  
Ej.2

2

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE BOLIVAR

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

PROYECTO DE TESIS PRESENTADA

POR

YADIRA LO DE BARON <sup>coyo</sup>

Y

ANDRES SARA

PARA OPTAR EL TITULO DE;

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL"

1. 9 7 6

A

4

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

D.R. WULFRAN RIPOLL M<sup>o</sup>

DECANA DE LA FACULTAD DE

TRABAJO SOCIAL

LIC. LUZ AMALIA DE BERRIO

SECRETARIA ACADEMICA

CAROLA H. DE JULIO

ASESORAS

LIC. OLGA HERRERA

LIC. CARMEN L. DE LOPEZ



MOISES PIANETA MUÑOZ

MEDICO - CIRUJANO

Psiquiatria General

Psicología Clínica

Cartagena, 25 de octubre de 1976

Señores

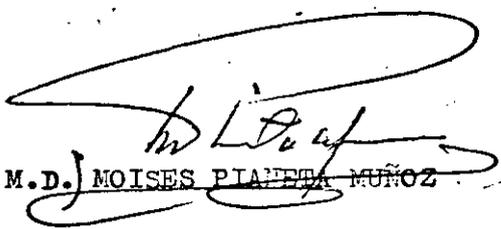
MIEMBROS DEL COMITE DE TESIS

C i u d a d

Me es muy grato comunicarles que los estudiantes de Trabajo Social, Yadira Lacayo de Barón y Andrés Sahará Zapata, de la Facultad de Trabajo Social, han tenido a bien nombrarme Presidente de Tesis para optar el título correspondiente.

El Trabajo se titula "Rechazo del enfermo mental por sus familiares" y de su lectura he concluido que ha sido hecho con toda ~~sa~~ meditación, que se somete a la verdad científica y que en consecuencia puede ser aceptado (salvo mejor con cepto) por ese comité.

De ustedes atentamente,

  
M.D. MOISES PIANETA MUÑOZ

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

Con este estudio pretendemos como Trabajadores Sociales, analizar y dar a conocer no solo la actitud y comportamiento de un enfermo mental, sino también las causas -- por las cuales es rechazado y la repercusión que su estado patológico tiene en su medio familiar.

En una sociedad movida por múltiples actividades que -- exigen atención directa del ser humano, está reclamando ayuda de profesionales que tengan como objetivo principal la atención de problemas PSICOSOCIALES del ser humano.

Consideramos de mucha importancia e interés éste estudio porque estamos conscientes que la familia juega un papel fundamental en la recuperación de un cliente psiquiátrico.

Podemos decir que en muchas ocasiones el hecho de tener "enfermos mentales" en la familia ocasionan trastornos -- como: rechazo, vergüenza, desadaptaciones, repulsión -- creando dificultades para establecer el tono y la naturaleza de una relación continuada entre el hospital y -- el hogar, en beneficio del cliente mentalmente enfermo. En éste área, el médico psiquiátrico y el Trabajador Social juegan papel decisivo. Por esta causa es de primordial importancia la integración de las actividades de -- éstos profesionales.

Este trabajo se desarrollará a través de cuatro capítulos donde se estudiarán características de tipo psico-- sociales. El primer capítulo comprenderá el comporta --

miento normal del individuo analizando cada una de las fases y etapas del proceso de desarrollo de la personalidad. El segundo, comportamiento del individuo con problemas -- psíquicos. Estos dos capítulos constituirán sin lugar a dudas fuentes de conocimientos que permitirán conocer y diferenciar un mentalmente sano de un mentalmente enfermo y que proyectados a la familia propiciarán la realización de nuestros objetivos.

El tercero se describirá ampliamente en las funciones y roles del Trabajador Social en el campo Psiquiátrico, su interacción directa a nivel individual, familiar, grupal, comunitario y administrativo. En el cuarto capítulo se estudiará la actitud de la familia frente al enfermo mental. Es de suma importancia este capítulo porque nos proporcionará conocimientos suposiciones establecidas en las hipótesis de este anteproyecto.

Esta monografía constituye para nosotros una fuente de conocimiento en el futuro ejercicios profesionales. Arrojará pautas a las autoridades competentes para un mejor planeamiento y formulación de políticas tendientes a realizar y aplicar tratamientos más efectivos, donde tomen participación activa los Trabajadores Sociales y los Familiares de los enfermos, logrando así beneficios que influirán directamente sobre el bienestar social de la comunidades.

Esperamos que esta investigación sirva de base para futuras investigaciones.

OBJETIVOS GENERALES

- 1. Conocer en forma técnica práctica lo que representa el enfermo mental para la familia.
- 2. Mediante investigaciones realizadas en la clínica Psiquiátrica del Hospital Universitario Santa Clara, conocer el índice del aislamiento en que se encuentran muchos enfermos mentales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1. Por considerar el seno familiar indispensable en la formación de la personalidad del individuo, conviene hacer una investigación para poder determinar la forma como es rechazado el enfermo mental dentro de la familia.
- 2. Comprobaremos si los problemas mentales del individuo realmente afectan el funcionamiento social de los familiares.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El rechazo del cual es víctima el enfermo mental por parte de sus familiares.

DELIMITACION FORMAL Y MATERIAL

a) Tiempo

Para realizar la investigación utilizaremos historias clínicas de pacientes que han estado hospitalizados desde el año 1.969 hasta los actuales momentos.

b) Espacio

Específicamente se realizará este estudio en el Hospital Psiquiátrico de Cartagena y con determinadas familias de pacientes Psiquiátricos que han estado hospitalizados en el mencionado centro.

HIPOTESIS

El rechazo del enfermo mental se deberá a:

- a) Falta de educación en la estructura familiar.
- b) Prejuicios sociales existentes dentro del seno familiar.
- c) Falta de concientización respecto a la enfermedad mental en la familia.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Enfermedad Mental

Desajuste lo suficientemente grave como para incapacitar a un individuo hacia si mismo y hacia los demás.

## ENFERMO MENTAL

Indiviuo que presenta un estado de desorden mental, que lo impide a asumir responsabilidades de valores por sí mismo o que es una amenaza positiva para el bienestar y la seguridad de la comunidad.

## ESTRUCTURA FAMILIAR

Configuración de la Organización interna de cualquier grupo familiar. Caracteriza la suma total de relaciones que los miembros del grupo mantiene entre sí y con el grupo mismo.

## PREJUICIOS SOCIALES

Actitud Discriminatorias dirigidas en forma incondicional contra personas de otra clase social u otra sociedad especialmente con respecto a sus ideas y conducta.

## RECHAZO

Retroceso de un cuerpo por encontrarse con otro de mas resistencia social y psicológicamente hablando es el acto por el cual una persona normal o enferma no encaja dentro del conglomerado social o la familia.

## DEFINICIONES OPERACIONALES

### ENFERMEDAD MENTAL

Falta de salud mental

Discoordinación de ideas

Deficiencia de la función o integración.

### ENFERMO MENTAL

Neurótico

psicótico

Desequilibrado

Inhabilitado

Alienado

### ESTRUCTURA FAMILIAR

Jerarquía Familiar

Organización Familiar

Integración Familiar

Interacción

Cohesión

Comunicación

### PREJUCIOS SOCIALES

Discriminación

No aceptación de conductas diferentes.

RECHAZO

Indiferencia

No aceptación

Aislar

Apartar

Marginar

METODOLOGIA

Por medio de encuestas a padres de familias, Psiquiatras, psicólogos y Trabajadores Sociales que trabajar en pos del bienestar Sicosocial del enfermo mental determinaremos.

a) Su enfoque profesional con relación a la enfermedad mental dentro de la estructura familiar de éste.

b) Análisis Bibliográfico

CUESTIONARIO CON EL CUAL SE DEMOSTRARA EL AISLAMIENTO EN EL QUE MANTENIDOS MUCHOS ENFERMOS MENTALES POR PARTE DE SUS FAMILIARES.

- 1. Lugar y Fecha \_\_\_\_\_
- 2. Nombre del entrevistado \_\_\_\_\_
- 3. Dirección \_\_\_\_\_
- 4. Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
- 5. Grado de Instrucción \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_
- 6. Tiene Ud. un enfermo mental en su Familia? SI NO
- 7. Ha sido Hospitalizado? SI NO
- 8. Visita Ud. con frecuencia su paciente? SI NO
- 9. Cuantas veces al mes lo visita? \_\_\_\_\_
- 10. Acepta su paciente dentro del seno familiar? si NO
- 11. Por qué no lo acepta? \_\_\_\_\_
  - a) Temor Familiar \_\_\_\_\_
  - b) Por los vecinos \_\_\_\_\_
  - c) Por temor al mismo paciente \_\_\_\_\_
- 12. Ciere Ud. necesario que su paciente sea traído a la casa por algunos días para que no se aleje del todo del seno familiar? SI NO
- 13. Al tener al paciente en su casa le suministra las drogas conforme lo ordena el médico? SI NO
- 14. Está usted de acuerdo que el Enfermo Mental deba permanecer en la Clínica todo el tiempo que le queda de vida? SI NO

## PLAN DE TRABAJO

## PRIMER CAPITULO

## COMPORTAMIENTO NORMAL DEL INDIVIDUO

I.I	La niñez	Pags. 14
I.I.2	Fases de la Niñez	"
I.I.3	Negativismo	15
I.I.4	Rivalidad	"
I.I.5	Embromar y Amedrantar	"
I.I.6	Amedrantar	"
I.I.7	Celos Pueriles	16
I.I.8	Moralidad del Niño	"
I.I.9	Conciencia del Niño	"
I.I.10	Juegos. Compañeros reales e imaginarios	17
I.I.11	La Fase Escolar	"
I.I.12	Edad de las Pandillas	18
I.I.13	Competencia y Cooperación	"
I.I.14	Moralidad del Niño	19
I.2	Adolescente	19
I.2.I	Cambios Corporales durante la Adolescencia	20

I.2.2	<i>La Torpeza del Adolescente</i>	21
I.2.3	<i>Problemas del Adolescente</i>	22
I.2.4	<i>El Adolescente es una suma de todas la edades</i>	25
I.2.5	<i>El Adolescente es alternativamente niño y <u>adulto</u>.</i>	26
I.3	<i>Adulto</i>	28
I.3.1	<i>El Adulto le concierne su propio Bienestar y - el del Grupo.</i>	"
I.3.2	<i>El Adulto vive de su trabajo.</i>	29

SEGUNDO CAPITULO

COMPORTAMIENTO DEL INDIVIDUO CON PROBLEMAS PSICOLICOS

	Pags.
2.1 Actividad	31
2.2 Descuido Personal	"
2.3 Mutismo	"
2.4 Autismo	32
2.5 Locuacidad	33
2.6 Hiperguinessis	34
2.7 Inquietud permanente	"
2.8 Desconfianza	35
2.9 Inseguridad	"
2.10 Incoherencia	"

T E R C E R C A P I T U L O  
T R A B A J O S O C I A L P S I Q U I A T R I C O

	<i>Pags.</i>
3.1. Rol del trabajador Social Psiquiatrico.	39
3.2. Rol del Trabajador Social con el sistema cliente.	40
3.2.1. Aspecto importante para el estudio Social Psiquiatrico en caso.	"
3.2.2. Rol del Trabajador Social con el grupo y ambiente Social.	42
3.2.3. Interpretación del trabajador Social en la preparación del grupo familiar, en la aceptación del enfermo.	43
3.2.4. Medios que utiliza el Trabajador Social para preparar el grupo familiar.	44
3.3. El trabajador Social como investigador.	"
3.4. El trabajador Social como organizador.	45
3.5. El Trabajador Social como educador.	46
3.6. El trabajador Social como coordinador.	47
3.7. El Trabajador Social como terapeuta.	48.
3.8. El Trabajador Social - Equipo interdisciplinario.	50
3.9. Proceso de cambio	51

CUARTO CAPITULO

ANALISIS DE LA INVESTIGACION PRACTICA DE LA ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL ENFERMO MENTAL.

	Pags.
4.I Salida o alta del enfermo del Hospital.	53
4.I.2 Asistencia y Aspectos Psicologicos de las salidas	55
4.2 Crisis de Alta	56
4.2.I Función del Trabajador Social en la salida o alta del Enfermo Mental.	57



## I C A P I T U L O

COMPORTAMIENTO NORMAL DEL INDIVIDUO .- Es la fase de ex  
presión matriz -

de nuestro proceso psíquico.

Es la última etapa de ese proceso que comenzando por las senso - percepciones ( que nos traen las impresiones o - datos del mundo exterior ) vuelve a ese mundo o medio ex  
terior en forma o actos y movimientos.

Constituye el producto de la actividad psíquica. Es el - comportamiento, en su forma más evolucionada, la respuesta  
motora, bien sea de las impresiones que nos vienen -- del exterior o por el contrario, la reacción a los pro - ductos de nuestro pensamiento.

Por comportamiento también entendemos aquellas activida  
des de un organismo que pueden ser observados personal - mente. Un niño cuando rie, llora describe distintas for  
mas de comportamiento.

Hay dos elementos interesantes en la concepción del com  
portamiento; el instinto y el hábito. Puede decirse que el hábito es la adquisición de modos de actuar por el - individuo, en su vivir, y el instinto, idéntica adquisi  
ción, lograda por la especie. Es pues el hábito, elemen  
to individual, adquirido por el sujeto, y el instinto, - elemento transmitido por la especie.

## L A N I Ñ E Z

I.I La niñez es el período de vida comprendido entre la infancia y la adolescencia. Es decir que se inicia a los 3 años de vida y termina aproximadamente a los 11 años. Los problemas que se presentan en la niñez son diferentes a los de la infancia. En la infancia los problemas son físicos y en la niñez los problemas son de orden interpersonal. En la niñez tiene que darse cuenta de que existen otras gentes iguales como él. En este período debe desarrollar el sentido del bien y el mal.

También debe formar sus lazos de amistad. Reaccionará emocionalmente ante otros miembros de su familia. Establecerá relación con su maestro, y en la escuela tendrá que compartir y cooperar con sus compañeros.

### I.I.2 F A S E S D E L A N I Ñ E Z

COMPORTAMIENTO SOCIAL INICIAL. - En la niñez los niños se comportan socialmente de una forma rudimentaria que presagia un comportamiento posterior. La mayoría de estos comportamientos acusan un exceso de virtudes cuando se les mantiene en moderación.

- I.I.3 NEGATIVISMO .- Es un comportamiento en el cual el niño hace resistencia a la autoridad del adulto. Llamada "Espiritu de contradicción". El negativismo es producto de la intolerancia de los adultos ante el comportamiento infantil de parte del niño cuya fluidez de palabras hace que los adultos se olviden de los niños. El negativismo declina después de los 4 años. Puesto que a esa edad los adultos ha aprendido a respetar su individualidad y el niño a obedecer.
- I.I.4 RIVALIDAD.- Es otra de las formas del comportamiento social. Comienza según un cuadro de relaciones entre el niño y su juguete. Esto se observa al promediar los 3 años de edad. Ya a los 4 años siente celos de otros niños de su misma edad y se interesa más en su propio juguete. A los 5 años siente envidia por el elogio de otro niño, pero al llegar a los 6 años tiene muy bien desarrollado su espíritu de competencia.
- I.I.5 EMBROMAR Y AMEDRENTAR.- Son otras formas de comportamiento social agresivo - EMBROMAS es encolerizar a otras personas mostrándole sus fallas. Este comportamiento es apropiado cuando se utiliza contra hipócritas y embusteros, pero los niños lo usan en beneficio propio.
- I.I.6 AMEDRENTAR.- Es aracer físicamente a una persona para causarle daños. Los niños que utilizan esta forma de comportamiento tiene frecuentemente sentimiento de inferioridad o son inseguros.

I.I.7 CELOS PUERILES. - Es algo universal en los niños de corta edad. Este comportamiento como la envidia son manifestaciones de posesión. Los celos se inician con el nacimiento de un menor. El niño mayor no quiere compartir la madre con el niño menor.

I.I.8 MORALIDAD DEL NIÑO. - Las leyes morales del grupo cultural del niño entran a formar parte de él entre los 3 y 6 años de edad.

Cuando el niño transita por esta edad es muy poco lo que se gana con decirle que ciertos comportamientos son inadecuados.

La razón para comprender estos actos de conducta es muy inmadura.

Debe insinuarsele a que actúe, y premiarlo si es obediente y reprenderlo si no obedece.

En todos los casos debe decirle al niño que no es él sino su acto el que es malo. Así aprenderá a diferenciar el concepto de sí mismo y el concepto de sus actos.

I.I.9 CONCIENCIA DEL NIÑO. - El conjunto de ideales en virtud del cual las personas guían sus acciones se llama conciencia. A medida que el niño va creciendo, él aprende otros ideales de sus compañeros, maestros.

En cada uno de éstos héroes busca una forma de amor y apreciación. Por lo cual aprenderá a controlarse por sí solo.

I.I.IO JUEGOS. COMPAÑEROS REALES E IMAGINARIOS.- Todo lo que un niño requiere de otro niño es que juegue. Si ninguno se ajusta a los requisitos se creará compañeros imaginarios que jueguen con él y como él lo desea. Estos compañeros imaginarios el niño los hace real.

I.I.II LA FASE ESCOLAR.- Comienza aproximadamente de los 5 a 6 años en que el niño suele llegar en nuestro ambiente a la escuela y termina con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, que como el vello, el cambio de voz indican el comienzo de la pubertad y con ella la adolescencia. Es el momento de la vida del niño en que se gradúa de la criansa y del patio y entra en la escuela. Su incorporación al ambiente social de la escuela, distinto al familiar, es la primera piedra de toque respecto a la solides emocional y social del niño. Si el niño ha recibido el adies-tramiento y el cariño necesario, estará entonces interesado en aprender. Pero si sus padres no le han brindado la caridad y el tipo de cariño es muy probable que fracase como estudiante. Una orientación adecuada llevará entonces al niño a una fase en la cual pueda triunfar. Niños con defectos de adaptación escolar y mala conducta indican una personalidad anómala en algún sentido.

Esta fase es de entrenamiento social. El niño comienza a reconocer que el medio, las personas y las cosas; ni son parte de él mismo, ni están bajo su dominio. Comienza a regir su conducta por las condiciones y no por sus deseos. En esta fase el niño aprende a jugar en grupo, como rudimento del trabajo en equipo.

## I.I.22

EDAD DE LAS PANDILLAS. - Los niños aproximadamente, encuentran mayor placer en reunirse en pequeños grupos de niños de su propio sexo.

No piensa en salir con los de su casa quiere dedicar su tiempo a "La pandilla".

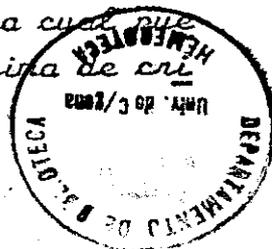
En los estudios de líderes de pandilla hechos por psicólogos se ha encontrado que sobresalen a sus compañeros en la mayoría de sus características.

El rasgo más importante de los líderes de pandilla es su imparcialidad en el ajuste de los demás miembros.

## I.I.13

COMPETENCIA Y COOPERACION. - La rivalidad es el factor central de gran parte de el procedimiento escolar. Esta rivalidad puede ser entre alumnos, o entre sexos.

Vemos pues que las pandillas es el resultado de la necesidad de una sociedad en la cual puede ser él mismo con una cantidad mínima de crítica y comparaciones posibles.



I.I.I4

MORALIDAD DEL NIÑO MAYOR. - A diferencia del niño menor, los niños con edad suficiente para unirse a una partida tiene un profundo sentido de la justicia. El niño mayor es regido en su moralidad, tiende a ajustarse a la letra de la ley ignorando su espíritu e intención. Muchas veces tiene las cualidades de pedante o del sofista.

I.2

A D O L E S C E N T E. - Período de la vida humana durante el cual alcanzan su madurez las funciones sexuales, es decir, el período comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta.

La adolescencia es un cambio lento o tumultoso en lo que se refiere a los deseos y las aspiraciones, los estados de ánimo y las estimaciones de los valores, y que produce una nueva concepción del mundo interior y del mundo exterior, un nuevo enfrentamiento con los conceptos éticos, religiosos y sociales, y una nueva valoración de lo pasado y, sobre todo, de lo futuro, que colocan al ser en una crisis humana, profunda y larga.

Se es adolescente porque se está en el mundo de otra manera. Se existe de otro modo. Ya no se está dentro de la familia para completarla, ni dentro de la escuela para recibir una formación y una información sino para discutirla y rechazarla.

El adolescente no se da cuenta de que está en un momento evolutivo.

Ser adolescente es manifestar una oposición a los adultos. La oposición en los muchachos se manifiesta con las palabras y las ideas, la de la muchacha, con los hechos y las actividades. Ser adolescente quiere decir enfrentarse con una nueva problemática.

I.2.I

CAMBIOS CORPORALES DURANTE LA ADOLESCENCIA. - To-  
do-

el mundo se da cuenta de los cambios asombrosos que se producen en el cuerpo durante la adolescencia. Los cambios se producen en las características primarias del sexo, es decir, en los órganos tanto internos como externos que hacen posible la unión sexual y la reproducción.

También se producen modificaciones en las características secundarias del sexo, los rasgos físicos que distinguen a un hombre maduro de una mujer madura en formas no directamente relacionadas con el aparato sexual.

Algunas de estas modificaciones, tales como el desarrollo mamario, aparecen solamente en las muchachas, otras como el marcado cambio de la voz y el crecimiento de las barbas, en los muchachos. La aparición del vello púbico es común en los muchachos y en las muchachas.

Estos cambios físicos son de interés psicológicos por las alteraciones de la conducta que les acompaña: cambio en las actitudes en la capacidad de respuesta emocional y en la conducta social.

El ciclo completo de los cambios que se producen desde la infancia hasta la madurez puede llegar hasta 9 ó 10 años, comenzando antes de los 13 años (en la niña) y no terminado (en los varones) hasta los 23 años.

Se ha visto que, en las muchachas, la primera menstruación generalmente se produce al año siguiente del período de máximo crecimiento. En los varones los espermatozoides maduros suelen aparecer poco tiempo después del período de máximo crecimiento, por lo que dicho período sirve como índice adecuado del nivel de maduración. Las edades de máximo crecimiento están comprendidas entre los 10 y 18 años. Las mujeres, consideradas en conjunto, maduran antes que los hombres.

I.2.2

LA TORPEZA DEL ADOLESCENTE. -<sup>1</sup> Comúnmente se acepta la idea de que durante la adolescencia los jóvenes de ambos sexos pasan a través de un "período de Torpeza". Tal torpeza puede ser el resultado del crecimiento demasiado que se acaba de exponer; en

cierta medida el "período de torpeza" es una -- ilusión más que un hecho.

La primera base para esta falsa idea de torpeza es la confusión tamaño-edad que se produce durante la adolescencia. Debido a la desmedida na turalidad de cierto crecimiento, el tamaño no vá emparejado con la destreza muscular, que depende más de la edad que del tamaño.

De un joven de 12 años que aparenta 14 se espera que actúe como "de 14 años" pero tiene los mismos movimientos; característicos de uno de 12 años, por eso parece torpe, aunque realmente no lo sea; no ha vencido la torpeza propia de su edad real.

La confusión de tamaño edad no se limita a la adolescencia. Incluso en una escuela materna, -- al niño de 2 años que parece que tiene 3 se le considera torpe. En las adolescencias la confusión adquiere mayores proporciones debido a la rapidez de crecimiento en cortos períodos de -- tiempo.

### I.2.3

PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE. - El adolescente suele constituir un --

problema para sus padres o para la comunidad -- porque es un "problema" para él mismo.

La transición de la infancia a la edad adulta lleva consigo tanto las tensiones que acompañan al crecimiento físico y a los cambios fisiolb--

gico como los conflictos asociados con la consecución de la conducta social.

BARKER ha señalado que los problemas adolescentes pueden clasificarse en los que se producen debido a nuevas situaciones y los originados por situaciones y los originados por situaciones superpuestas. Estos problemas se encuentran también en otras edades, pero el adolescente se enfrenta con nuevas situaciones con más frecuencias debido a que su mayor talla y edad le proporcionan muchas oportunidades adultas que antes se le habían negado; se enfrentan con situaciones superpuestas debido a que ciertas exigencias para la conducta adulta no están acompañadas de la libertad del adulto: En algunos aspectos es a la vez un niño y un adulto.

Aún para los niños cuyos primeros años de vida han sido esencialmente normales la adolescencia es una etapa en la que puede surgir relaciones conflictivas entre él y su ambiente. A esa edad se lanza a encontrar su autorealización, tratando de identificarse con los adultos, y como una medida de protección natural, vuelve a determinadas etapas de su niñez cuando su nuevo papel es demasiado para él. Esto es cuando sus esfuerzos por independizarse fracasan o se hacen demasiado difíciles pueden refugiarse momentáneamente en actitudes de conducta infantil y volver a los intereses y actividades de la infancia. Es importante que este niño adulto que es el adolescente, pueda

dar rienda suelta a sus inclinaciones infantiles en momento de tensión, y será un padre o trabajador social prudente el que estimule sus impulsos por ser adulto y calme -- las ansiedades que momentaneamente engendran las demandas de la realidad, pero permitiendole, al mismo tiempo asumir actitudes infantiles cuando necesita protegerse de -- ese mundo en el que todavía no ha encontrado un lugar seguro. Estas regresiones temporales pueden servir a un doble propósito.-

1º. Le permiten satisfacer necesidades insatisfechas y -- resolver conflictos anteriores.

2º. Le permiten usar los antiguos nexos familiares como -- una protección en momento que se siente herido o derrotado por ese mundo adulto que encuentra demasiado difícil para él. Muchas veces los adultos no entienden esta actitud infantil del adolescente y lo condenan y castigan por temor de que el joven no se esté desarrollando de manera adecuada. Es posible que comprendan a los niños y a los adultos por separados, -- pero este niño, adulto lleno de contradicciones que por momento tiene una edad y por momentos otra, sobrepasa su poder de comprensión.

Constantemente encontramos el caso de un niño que -- crece de repente, practicamente "de un día a otro". -- Su constitución física hace que sus padres, porien --

tes, profesores y compañeros esperan de él un comportamiento formal adecuado a su nuevo aspecto físico, y se muestran intolerantes ante sus impulsos infantiles, quieren imponerle obligaciones de adultos, con lo cual sólo aumentan su inseguridad y su tendencia a ser infantil.

La vida se torna muy difícil para este adolescente que, al parecer no tiene un lugar apropiado.

Durante este período de reorganización y transición el adolescente normalmente, es un manojo de contradicciones. Diríase que antes de abandonar para siempre la niñez, tiene necesidad de revivir por momento sus diferentes etapas.

#### I.2.4 EL ADOLESCENTE ES UNA SUMA DE TODAS LAS EDADES. - -1

El adolescente por lo tanto, es una suma de todas las edades. Por ejemplo en su vida amorosa, a ratos se ama a sí mismo, a ratos venera como hero a individuos de su mismo sexo; de pronto, se siente atraído hacia personas del sexo opuesto. Su identidad sexual está en continuo flujo y reflujo, aún no cristalizada en ninguna forma pero expresada en muchas.

El amor por su persona se manifiesta en su deseo de adornarse en lo mucho que le importa su apariencia. El adolescente puede pasar horas delante del espejo, pues está muy interesado y preocupado por su

cuerpo. Sus impulsos hacia miembros de su propio sexo se manifiestan en sus entusiasmo por condiscípulos o profesores o en la veneración que siente por héroes de la pantalla o del deporte.

Las relaciones amorosas de una persona joven a esta edad del desarrollo son muy importantes.

En la adolescencia los ajustes sociales generales pueden mostrar la misma tendencia ambivalente. El individuo puede a ratos, ser una especie de lobo solitario, retraído de todo el mundo. De pronto puede sentir el impulso de aliarse a su grupo de su mismo sexo para enfrentarse al sexo opuesto.

Durante estas fases se acentuará mucho su deseo de imitar a otros; deberá usar la misma ropa, pensar y actuar de la misma manera, poseer los mismos objetos.

Su necesidad de acentuar la personalidad puede traducirse en maneras extrañas de vestir, conducta rara y actividades insólitas e irreales, en lo que estaría "dispuesto a morir" por defender a los que pertenecen a su grupo. Normalmente, a medida que avanza la adolescencia, el joven parece disfrutar más de las actividades de grupo mixto, es más conciente de las necesidades de los otros, más altruista, más estable en gusto y más realista en sus objetivos.

#### I.2.5 EL ADOLESCENTE ES ALTERNATIVAMENTE NIÑO Y ADULTO.-

A esta edad la conducta puede clasificarse en dos grupos:

1) La que revela el deseo de permanecer siendo niño

4

2º La que muestra el deseo de ser adulto.

Esta última puede ser inadecuada cuando el joven pretende ser más adulto de lo que en realidad es, lo que lo lleva a asumir trabajos que no están de acuerdo con sus años y a ensallar una vida sexual madura. En general ayudamos a mucho al adolescente cuando le concedemos el derecho de mantener algunas características infantiles y reservamos nuestra censura para los casos extremos.

Quienes tienen mucha experiencia en el trato con adolescentes están de acuerdo en que, muchas veces los jóvenes necesitan una guía definida y una opinión sólida sobre la manera correcta de hacer las cosas, y que esta orientación debe proceder, preferentemente, de alguien a quien el adolescente admire y respete. Las principales preocupaciones durante la adolescencia parecen ser los estudios, la carrera y el matrimonio.



### I.3 A D U L T O

DEFINICION ADULTO.- Individuo que ha terminado su crecimiento. Individuo que llega a la mayoría de edad.

Los años del adolescente matizan imperceptiblemente la vida del adulto. En nuestra cultura los primeros años de la vida adulta son competitivos.

Los problemas de los hombres y de las mujeres y jóvenes son diferentes.

El hombre se establece en una ocupación y se prepara para el matrimonio y para formar su hogar.

Las funciones del hombre y de la mujer son diferentes en la vida adulta.

Los años de mayor eficiencia y productividad se centran en la vida adulta, o sea, la comprendida entre los 20 y 40 años.

#### I.3.I EL ADULTO LE CONCIERNE SU PROPIO BIENESTAR Y EL DEL GRUPO

Hay dos puntos de importancia al reflexionar sobre las necesidades del adulto: Una preparación adecuada para desarrollar un trabajo que asegure su subsistencia, y capacidad de lograr cierto grado de productividad social.

Una vez alcanzada la madurez del individuo éste

se ocupará en ganar su subsistencia, pero deseará establecer y mantener un hogar y desarrollar actividades creadoras socialmente productivas que contribuyan a mejorar la vida de su grupo familiar.

El logro de estas metas dependerá en gran parte de la naturaleza de sus vínculos con otros seres humanos y de las oportunidades que se presenten para aprender. Puesto que la vida puede describirse como un proceso continuo de aprendizaje, es decir de adaptación a las condiciones siempre cambiantes internas y externas, deberá desarrollar habilidad para enfrentarse a estos factores.

Es difícil definir a ese personaje hipotético que es el adulto emocionalmente maduro.

El término "madurez" pudiera describirse como las de una persona en quien los sentimientos de dependencia o de orgullo exagerado por ser independiente han sido sustituidas por el sentimiento de satisfacción al ser independiente.

El desarrollo de la infancia a la madurez puede señalarse como un proceso de cambio en que el individuo pasa de amar al mundo como parte sí mismo, a amarse, es decir respetarse a sí mismo como parte integrante del mundo.

### I.3.2

#### EL ADULTO VIVE DE SU TRABAJO

En la situación del hombre desocupado, muchas veces la falta de ocupación es más acongojante que la falta de dinero. El trabajo representa más que un sí ple medio de sobrevivir.

Normalmente el adulto quiere trabajar; tiene la necesidad imperiosa de estar ocupado y se siente profundamente frustrado en sus impulsos de creci-

miento cuando dicha oportunidad le es negada.

Es más, existe la convicción de que no es la ociosidad en sí misma, sino la frustración que la ociosidad implica, lo que pone en marcha los procesos regresivos que destruyen al hombre y hacen de él lo que comúnmente se llama un "indigente" cuando los trabajadores sociales comprenden mejor este hecho, tendrán más fé en la voluntad del cliente por trabajar y así podrá ayudarlo a determinar su necesidad y establecer su habilidad.

SEGUNDO CAPITULO

COMPORTAMIENTO DEL INDIVIDUO CON PROBLEMAS PSIQUICOS

2.1 ACTIVIDAD.

Representa la forma elemental de movimiento en el hombre es la base sobre la cual se estructura su compleja, producto del sistema nervioso y por lo tanto, expresion de una más alta organizacion.

2.2 DESCUIDO PERSONAL

Es aquella característica que manifiestan los enfermos mentales, por vestir debido a que su estado fisiológico no le funciona normalmente.

2.3 MUTISMO

El término mutismo se debe aplicar a los casos en que el sujeto, si bien conserva la integridad orgánica de los centros del lenguaje o de sus órganos de expresión; guarda silencio voluntariamente o por influencia de una disposición mental, anormal o morbosa.

Puede distinguirse varias clases de mutismo.

a) Mutismo Voluntario. Es aquel que se guarda en ciertas situaciones para no comprometerse.



- b) *Mutismo de los simuladores. Este mutismo se caracteriza por una sordera aparente.*
- c) *Mutismo Pióxico. Es aquel que se reduce a una simple afonía. El sujeto mueve la lengua y los labios y subraya con su mimica que no puede expresar lo que quiere decir.*
- d) *Mutismo pasajero de los tímidos. Es aquel que se presenta en ciertos estados de inhibición emotiva.*
- e) *Un mutismo más o menos prolongado puede producir estados de estupor, de la confusión mental del melancólico.*
- f) *Mutismo de los estados demenciales profundos y avanzados. Este se caracteriza por la detención de todo proceso ideativo.*

*Finalmente ciertos paranoicos se refugian a veces en un silencio auditivo y hostil cuando se imponen circunstancias adversas a su táctica.*

#### 2.4 ALTIISMO

*Es la polinización de toda la vida mental del sujeto hacia su mundo interior. El paciente vive con el mundo familiar de sus angustias, sensibilidad e imaginación. El mundo circundante no es más que una apariencia que carece de conexión con su mundo propio. En la forma menos intensa, el contacto entre los dos mundos, exterior e interior, son todavía posibles, pero el enfermo sufre al no poder exteriorizar su sensibilidad con ex

```
pre
```*

siones; adecuadas, y por otro lado el mundo exterior lo hiere a cada momento. El autismo infantil precoz consiste en eso, en que el niño vive una vida interior a espaldas de su comunidad y circunscrita a su Yo que lo prepara según algunos autores a una psicosis posterior.

El retraimiento tiene muchos grados de expresión.

A veces es transitorio o una forma de conducta rara, mientras que en otros casos, en el paciente psicótico, es la forma habitual de comportamiento y el sujeto se aísla con la absoluta indiferencia por su ambiente.

En otros casos se expresa evitando contacto con los demás en toda posible ocasión o, si bien se mantiene el contacto con las demás personas se hace únicamente en un muy superficial.

Cuando el retraimiento comienza a dominar la conducta -- del individuo la consecuencia es el aislamiento.

## 2.5 LOCUACIDAD

Tendencia de un individuo a hablar con frecuencia y largamente. Distinto a:

Logorrea, manifestación patológica e incoherente; y es contraria a la tautuocidad; tendencia a la repre-  
sión local.

## 2.6 HIPER KINESIS

Es un estado que se caracteriza por reacciones excesivamente vigorosas por inquietud motora, por -- ejemplo la inestabilidad psicomotora infantil se-- basa en el fenomeno de Hiperkinesis.

## 2.7 INQUIETUD PERMANENTE

Puede ser un sintoma muy prominente. La madre des-- cribirá como su niño siempre "está haciendo algo"-- y no puede permanecer en "estado de quietud ni un-- momento".

Estos niños fueron comumente muy activos cuando -- eran bebés y con frecuencia se retorcian sin cesar, incapaces de entrar en relación eran tomados en -- brazos; pateaban sin descanso y trataban de poner-- se en libertad. El sintoma puede pasar inadvertido hasta que el niño entra en la escuela. En esa época la necesidad de dominar la situación del grupo la obligación de estar sentados y permanecer quietos, durante periodos prolongados de tiempo, sub-- raya la incapacidad del paciente para someterse.

2.8 DESCONFIANZA

Actitud mental semejante a la sospecha; pero mas intensa y permanente, que caracteriza una tendencia a dudar de las afirmaciones, sinceridad o amistad de dos o mas individuos.

2.9 INSEGURIDAD

Es un fenomeno mas afectivo que intelectual y que conduce a la angustia. Es comin en los neuróticos y psiconeuróticos.

El prototipo es el demente senil.

2.10 INCOHERENCIA

Falta de relación ordenada y sistemática de las partes del lenguaje en la presentación de una teoría etc. caracteriza un sintoma de perturbación mental. Ejemplo la esquizofrenia.

La incoherencia es la destrucción del orden normal y del curso lógico del pensamiento.

La incoherencia es un prototipo de la esquizofrenia.

Se dá el nombre de esquizofrenia, desde que BLEULER tuvo que utilizar este término (esquizo, división; frenia, mente) a las psicosis denominada por KRAEPELIN con el demencia precoz.

Los síntomas fundamentales de esta afección son, según --  
BLEULER, la disgregación del pensamiento, el autismo y la  
ambivalencia afectiva.

La disgregación le brinda su denominación ya que mente --  
hundida, disgregada o dividida es lo que esquizofrenia --  
significa.

El autismo lo constituye la pérdida de interés por el me-  
dio exterior. El sujeto se recoge en si mismo.

El significado pues tiene un pensamiento disgregado inco-  
herente, mantiene muy poco contacto con cuanto lo rodea --  
siendo necesario a veces ejercer insistentemente presión--  
sobre el mismo para que logre sintonizar con los otros. --  
Se rie mucho ante hechos que le debían producir tristeza--  
y mantiene risas inmotivadas en simples conversaciones ca-  
rentes de todo chiste.

## T E R C E R C A P I T U L O

### TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

El trabajo social psiquiatrico, es el trabajo social de caso practicado en hospitales y clinicas mentales donde la responsabilidad del tratamiento de los enfermos mentales y emocionales respalda por el psiquiatra.

El trabajador social Psiquiatrico tiene que realizar algo mas dificil que la aceptacion del enfermo como persona; es el aceptarse así mismo como la persona que es. El propio conocimiento es la tarea más ardua de lograr, pero completamente imprescindible cuando se trata de trabajar con el area de la psiquiatria.

El enfermo mental necesita, como primera fase de cualquier intento terapeutico, ser aceptado como la persona que es. La aceptacion de hechos y conductas del paciente hace que se le respete y entienda a sí mismo, como nosotros lo entendemos, como un hombre que es, como una persona que por ese simple y complejo hecho de ser, posee valoracion y dignidad, estas que no pueden perderse por el simple o complejo hecho de estar enfermo, aunque su enfermedad sea mental.

Lo primero que hay que cuidar es que lo rodee un clima apropiado, es decir un clima donde su comportamiento sea aceptado. Hay que hacerlos sentirse todo lo cómodo que su enfermedad le permita, hay que aceptarlo exactamente como es.

Lo primero es transmitir nuestro interés en él como persona y no como caso.

La premisa es que, "tratamos con una persona que tiene una enfermedad, y no una enfermedad que está en un paciente."

Es necesario que el trabajador Social sepa hablar con el enfermo y escucharlo; no simplemente guardar silencio para que el hable, sino oír atentamente lo que dice y comprender el significado de lo que intenta transmitir.

La conversación no debe girar al rededor de los intereses o deseos del profesional sino, por el contrario, en los del enfermo.

En línea general esta área de trabajo se divide en dos grandes grupos: La tarea intra-mural, o sea la que se realiza dentro del establecimiento; y la Extra-Mural, es decir, la que se lleva a cabo fuera del establecimiento.

Dentro del área INTRA-MURAL la tarea se dedica especialmente con los pacientes, pero también suele extenderse a los familiares en aquellos servicios en que se realizan actividades que los comprenden. También abarca la parte referente a la labor interdisciplinaria, por cuanto en psiquiatría se trabaja con distintos profesionales y se necesitan reuniones más o menos periódicas para aunar criterios con respecto a los diagnósticos y tratamientos.

En el área EXTRA-MURAL se comprende la labor que debe realizarse con la familia, los grupos relevantes (laborales - escolares etc) con otras instituciones (por razones de trámite) y lo que se entiende por proyección comunitaria.

### 3.1. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIATRICO

Es necesario que el trabajador Social Psiquiátrico adquiera seguridad acerca de su rol para responder adecuadamente a la conducta de los enfermos mentales, para que pueda sentirse cómodo, como para relacionarse fructíferamente con los pacientes.

La capacidad de interacción del trabajador Social y del enfermo está relacionada estrechamente con la percepción que dicho paciente tiene de servicio Social y del rol que desempeña el Trabajador Social.

Es útil para el profesional evaluar todas sus relaciones con los distintos pacientes.

El Trabajador Social Psiquiátrico tiene distintas funciones parciales:

- a) Entrevistas de admisión tanto al enfermo como al familiar o a quien le acompañe.
- b) Integrante del equipo psiquiátrico que atenderá al paciente.
- c) Tratamiento a la familia, para mantenerla al tanto de la evolución de los pacientes, para así lograr la aceptación del enfermo en el grupo familiar.
- d) Seguimientos de los casos dados de alta por un período determinado según cada caso.
- e) Proyección a la comunidad inmediata, ya sea trabajando con ella o mediante charlas infor-

mativas organizadas al efecto de motivar a la comunidad para la aceptación del enfermo mental rehabilitado.

f) Investigaciones que permitan ir estableciendo la problemática del enfermo mental.

3.2. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL CON EL SISTEMA CLIENTE.

El trabajador Social Psiquiátrico debe respetar al cliente (enfermo mental) como persona y tener voluntad para "aceptar" su conducta de una manera no crítica, reconociendo que esta es el sintoma de su problema.

Para el tratamiento psiquiátrico, lo más importante es la esfera efectiva de su personalidad y no su especie intelectual.

El papel que le toca al Trabajador Social Psiquiátrico, es el de ayudar a los enfermos en los problemas relacionados con la realidad.

Para el Trabajador Social constituye una función importante su intervención en programas de tratamiento psiquiátrico. Esta intervención puede llevarla a cabo contando con el conocimiento de aspectos muy importantes.

3.2.I ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL ESTUDIO SOCIAL PSICHIATRICO EN CASO!

Es muy conveniente para el estudio social psiquiátrico obtener el conocimiento de nuestro cliente desde los diferentes ángulos en que se desempeña --



Este. Para ello es imprescindible hacer:

a) Un estudio del caso, "incluyendo su historia familiar y social". El trabajador Social, utiliza para hacer - el estudio de un caso diferentes técnicas profesionales como:

a) Entrevista personal, con el familiar o - persona mas allegada al paciente.

b) La visita domiciliaria, de gran utili - dad para la comprensión e interpretación mas acertada del caso.

La entrevista con el familiar del cliente, (enfermo -- mental) y la visita domiciliaria son técnicas que deben ser planeadas con anterioridad con el fin de lograr un - objetivo completo en busca del objetivo específico el - cual es la aceptación y no rechazo de nuestro cliente.

b) Estudio del Grupo Familiar:

A través del estudio del grupo familiar obtendremos cono - cimientos de las relaciones interpersonales que existe - en el grupo familiar, aspectos de trascendencias - en el area de la salud mental de las personas.

Otros aspectos que debemos conocer es la distribución de roles de la familia del enfermo mental, lo cual - es muy importante conocer por que así sabremos cual - es el rol que ocupa el enfermo dentro de su grupo fa - miliar y así nos percatamos del grado de insidencia fa - miliar que constituye la enfermedad mental en el am - biente familiar.

Todo este bosquejo familiar, le proporciona al trabaja - dor Social, la oportunidad para actuar con habilidad -

profesional ante la familia del enfermo y entra en el proceso de comprensión y adaptación familiar de la situación del enfermo, por parte de su propio grupo familiar.

### 3.2.2 ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL CON EL GRUPO Y AMBIENTE SOCIAL.

El trabajador Social Psiquiátrico está cumpliendo el rol de agente socializador cuando ayuda a los pacientes a vivir y a participar con éxito en las actividades de grupo. El grupo es fundamental en el tratamiento de este tipo de enfermo, ya que la experiencia que realizan en grupos moderados por el Trabajador Social Psiquiátrico, le brindan la necesaria sensación de que ellos son parte de un grupo de personas que lo aceptan.

La labor del trabajador social, en este aspecto, considera en contribuir a mejorar las disposiciones sociales que vayan apareciendo en los enfermos. El Trabajador Social Psiquiátrico debe controlar la cantidad de actividades que se le eija al enfermo teniendo en cuenta que se ajusten a las limitaciones que su sintomatología le impone.

El grupo le brinda la oportunidad de ensayar nuevos roles contados y la adquisición de una imagen acabada de sí mismo; conjuntamente con el desarrollo de la personalidad que el proceso de grupo lleva consigo.

Las características del grupo para Trabajo Social Psiquiátrico son las siguientes:

- 1.- Número de miembros no inferior a cinco y no mayor de diez.
- 2.- Número de reuniones no menos de una vez por semana.
- 3.- Duración de cada reunión no menos de treinta minutos y no más de sesenta (en esta condición o influye mucho el tipo de paciente que integre el grupo.)
- 4.- El ambiente físico debe estar dotado de las condiciones mínimas de iluminación, ventilación, asientos etc. con un tamaño adecuado de número de miembros, y evitar todos los accidentes que puedan traer ruido en la comunicación.

### 3.2.3 INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREPARACION DEL GRUPO FAMILIAR EN LA ACEPTACION DEL ENFERMO.

Para el trabajador Social es un hecho importante su intervención profesional en el grupo familiar del enfermo. Durante este periodo el Trabajador Social debe influenciar en este ambiente utilizando medios de intervención los cuales deben dirigirse a " Tratar de establecer las condiciones favorables para que el enfermo no sea rechazado, sino por el contrario aceptado por el grupo familiar .

### 3.2.4 MEDIOS QUE UTILIZA EL TRABAJADOR SOCIAL PARA PREPARAR EL GRUPO FAMILIAR

Los medios mas apropiados que utiliza el Trabajador Social para tratar con este tipo de problema son la ayuda individual y familiar. De ello que para el trabajador Social es de gran utilidad, - la metodología de ayuda individualizada y de ayuda grupal.

Todo proceso metodológico, tiene como objetivo - especifico preparar la familia para aceptar la realidad la cual conlleva a mejorar la salud del enfermo. Luego el Trabajador Social necesita --- brindar apoyo a la familia para lograr la aceptación de la realidad.

### 3.3

#### EL TRABAJADOR SOCIAL COMO INVESTIGADOR

Teniendo en cuenta la labor especifica como profesional dentro de un proceso de ayuda, el Trabajador Social identifica su sistema cliente (individuo, grupo y comunidad) o identifica la situación problemática que está afectando al paciente. Identificando el sistema cliente y la situación problemática que afecta al paciente es fácil al profesional conocer en forma global el problema, - y en coordinación con otros profesionales podrá - planear, organizar, realizar y ejecutar el proceso de ayuda (Estudio, diagnóstico y tratamiento) - resolviendo así la problemática psico-social que afecta al sistema cliente.

En los centros de salud mental al trabajador Social como profesional, le toca realizar tarea como: Contacto con el sistema cliente, esto lo hace a través de entrevistas familiares, entrevistas colaterales, visitas domiciliarias etc.

Establece relaciones con fines investigativos a través de acciones o intervenciones directas e indirectas, divulgación de programas de salud mental.

El trabajador Social al hacer parte de una agencia como profesional que ocupa un puesto en los mandos de la estructura organizacional, el cual casi siempre es de ASESOR tiene en cuenta la programación de la agencia con los objetivos propuestos por ella y por El al desempeñarse.

La tarea específica aquí es la evaluación de la labor en un periodo determinado.

Si los resultados son negativos o insatisfactorio para la agencia, le tocará al Trabajador Social como agente de cambio, de esa programación hacer una terapia de concientización que se basará en la investigación.

### 3.4 EL TRABAJADOR SOCIAL COMO ORGANIZADOR.

Cuando el Trabajador Social está llevando a cabo el papel de organizador en un hospital mental, organiza grupos de tratamiento con los familiares de los pacientes; estos grupos hacen referencia al manejo y cuidado de los enfermos, y son estimulados por el profesional dentro de los cuales tendrá el rol de asesor y proporcionará oportunidades de desarrollar el

la vida en grupo de los participantes.

Cuando está llevando este papel, está tratando de encontrar el modo y la fuerza para que la familia maneje la situación y se enfrente a los problemas.

3.5 EL TRABAJADOR SOCIAL COMO EDUCADOR

El Trabajador Social Psiquiátrico al desempeñar su función en un centro de salud mental se traza objetivos específicos como:

Ayudar a los pacientes a vivir y a participar con éxito en actividades de grupo.

Contribuir a mejorar las disposiciones sociales que vayan apareciendo en los enfermos.

Capacitar a los familiares de los pacientes sobre enfermedad mental y el cuidado que necesite el paciente u a vez dado de alta.

En base de estos objetivos, el Trabajador Social -- Ejecutará programas para educar a la comunidad y el grupo familiar a cerca de la salud mental.

Este programa se puede desarrollar en coordinación con el equipo interdisciplinario de la institución.

El Trabajador Social enseña al sistema cliente a -- comprender la situación problemática del paciente -- considerando los recursos que les brinda la agencia.

Como educador el Trabajador Social interviene en programas de salud mental y en actividades de grupo por medio de cursillos.

3.6

EL TRABAJADOR SOCIAL COMO COORDINADOR:

Para desarrollar programas en hospitales mentales el Trabajador Social trabaja en coordinación con otros profesionales y con todo el personal a través de la estructura organizacional y mediante el establecimiento de una comunicación y relación -- adecuada con todo el personal de la institución. Esta comunicación y relación, se realiza en forma ascendente (personal empleado, auxiliares de enfermería, enfermero psiquiátrico, Trabajador Social psiquiátrico y Médico psiquiátrico) y en forma descendente (mandos superiores etc)

Para cooperar con el dinamismo de los programas -- planeados o realizados del Trabajador Social evalúa actividades a fin de lograr en base esta evaluación como agente de cambio una estructuración. Teniendo en cuenta los objetivos del profesional, está en su deber establecer una relación cooperativa con otros profesionales, ya que el Trabajador Social debe tener en cuenta las necesidades más sentidas y parte de estas necesidades está relacionada con la atención médica que se le presta al paciente.

Es por eso que la relación entre el Trabajador Social y el resto de profesionales es necesaria, -- considerando al enfermo mental como un ser humano.



En pocas palabras el Profesional debe establecer una adecuada coordinación para el éxito de su objetivo. También establecerá coordinación con otras agencias de Bienestar Social.

### 3.7 EL TRABAJADOR SOCIAL COMO TERAPEUTA:

El clima terapéutico depende fundamentalmente de la actitud que tengan los individuos hacia la enfermedad mental y hacia las necesidades del enfermo.

La clave del trabajo Social como Terapeuta es ocuparse de las necesidades particulares de cada enfermo y no manejar a los pacientes como miembros de una muchedumbre.

Todo enfermo mental, cualquiera, sea la conducta manifiesta se encuentra inquieto e inseguro; por consiguiente, lo primero que habrá que hacer para transmitirle una inseguridad, será planificar las tareas de manera tal, que los pacientes puedan gozar de estabilidad.

La continuidad y la estabilidad en las actitudes del personal hacia el enfermo, son de mucha importancia para éste porque constituye una medida de seguridad. La estabilidad en la actitud por parte del personal debe ser planificada, de aquí la necesidad de trabajar en equipo.

El Trabajador Social psiquiátrico como terapeuta corresponde brindarle atención al enfermo mental por medio de actividades de grupo.

Los pacientes tienen que ser tenidos en cuenta como elemento activos y tomar parte en la programa -

ción de las actividades recreativas, como única manera lógica de que esta satisfagan sus necesidades.

El Trabajador Social, psiquiátrico debe cumplir funciones

1.- A nivel individual:

- a) Entrevistas individuales al paciente, familiares y personas relacionadas con su trabajo.
- b) Conexión con los recursos institucionales para solución de sus problemas.

2.- A nivel grupal :

- a) Reuniones con todas las familias o con los miembros más comprometidos en el tratamiento del paciente para lograr sus compromisos y responsabilidades en el mismo.
- b) Para tratar familias patológicas con perturbaciones que inciden en la salud mental de sus miembros.
- c) Tratamiento encaminados a producir modificaciones en la conducta del individuo a través de intercambio de ideas y de emociones de unos miembros con otros.

3.- A nivel de comunidad.

- a) Reuniones de juntas y asambleas de acción comunal padres de familia y grupos de maestros para informar y motivar acerca de la salud mental.

4.- A nivel administrativo:

- a) planes de trabajo, informes escritos y estadísticas del trabajo realizado.

- b) Reuniones de coordinación con el personal y con otras secciones o departamentos de la institución.

### 3.8 EL TRABAJO SOCIAL - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

Un equipo mini o para trabajar en Psiquiatría sería el integrado por Médico Psiquiatra, psicólogo, Trabajador Social, Psiquiatrico, Enfermera Psiquiatrica y Terapista Ocupacional.

Para poder lograr la integración de los miembros del Equipo Psiquiatrico, se debe partir de la clarificación de los roles o de la asignación de funciones y actividades de cada uno de los integrantes. Cuando se llega al conocimiento real sobre la preparación y los campos de acción de cada profesional, es más fácil actuar con respecto a los otros, aspecto imprescindible para un buen trabajo en Equipo y para un buen Equipo de trabajo.

Un buen equipo de trabajo es aquel que previamente ha logrado su integración como grupo humano; para ello es necesario que realice entrenamiento en técnicas grupales que posibiliten por un lado, el trato igualitario y por el otro neutralice la tendencia al trabajo individualista a la par que se va elaborando códigos comunes que faciliten una buena comunicación.

El equipo deberá integrarse en relación a la tarea y en la ejecución de la misma, una vez alcanzado un nivel de maduración como grupo y así se evita la duplicidad de funciones sin dar lugar a conflictos de rivalidad.

El Trabajador Social Psiquiatrico dentro del Equipo como grupo tiene la posibilidad de aplicar sus conocimientos en técnicas grupales y podrá actuar como modelador y orientador en las reuniones sobre todo en la etapa de integración. El Psiquiatra, el Trabajador Social, el Psicólogo y el Enfermero como nucleo central de cualquier Equipo interdisciplinario en psiquiatria, necesitan ponerse de acuerdo respecto al papel terapéutico de cada uno frente al paciente que busca ayuda de ellos.

### 3.9 PROCESO DE CAMBIO.

Analizando lo que es cambio decimos que es una transformación de un modo de estado precedente de existencia. Cuando se desea definir cambio, es necesario hacer comparación entre lo que fue y la situación actual porque este se basa en la variedad de todo lo que existe. Este concepto de cambio es aplicable al "cambio social" pero para efectuarse este último tiene que producirse en algún lugar y afectar algunas personas que sería el campo de acción del Trabajador Social como Agente de Cambio.

Teniendo en cuenta las clases de cambio, así serán las tareas a realizar por el Trabajo Social.

- A. En los individuos
- B. En las Instituciones.

Con respecto al cambio en las instituciones que tenga como objetivo el Bienestar Social, la primera tarea del Trabajador Social es la de Crearse o aumen-

tar sus conocimientos de la formación de los medios en - que vá a trabajar, una visión social y humana del hombre y de la sociedad que lo habilita, para interpretar con sentido los hechos y lo impulsa a una forma bien definida del compromiso.

Deberá además participar en la elaboración y ejecución - de muchas decisiones y prestar un aporte en la creación - de esquemas funcionales de acción social.

b) El cambio que puede ocurrir en el sistema cliente, - el profesional deberá tener presente que la gente an - tes de recibir el cambio debe quererlo.

El trabajador Social ayuda a los familiares de los - pacientes a conocer los problemas, las complicaciones - y las limitaciones de estos y en esta forma con - cientiza a los familiares para lograr un cambio con - ellos igual que la contribución que le puedan hacer - el medio en que se desarrolla la labor profesional.

## CUARTO CAPITULO

### ANALISIS DE LA INVESTIGACION PRACTICA DE LA ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL ENFERMO MENTAL

#### 4.1 SALIDA DEL ENFERMO DEL HOSPITAL.

*Aspectos legales de la salida o alta del Enfermo-Mental.*

*La misma Ley de 1.931 que regula el internamiento del enfermo mental en los establecimientos psiquiátricos, se ocupan del alta o salida de los mismos.*

*Los requisitos legales para el alta de los enfermos son diferentes, según fue la manera de su ingreso: voluntario, forzosa y dentro de ella, por indicación médica, judicial, gubernativa.*

- a) Cuando el enfermo ingresó por su propia voluntad podrá salir también por su propia voluntad solicitándolo del Director del Establecimiento, siempre que la evolución de la enfermedad no haya aconsejado variar el internamiento voluntario por forzoso.-*
- b) Cuando el enfermo ingresó por indicación médica o por orden gubernativa, se dará el alta cuando, a juicio del médico-Director, haya cesado la indicación de la asistencia en el Establecimiento (alta por curación, mejoría remisión.).*

- c) Cuando el enfermo ingresó por orden Judicial, debe notificarse la curación del enfermo a la autoridad judicial que decretó su admisión, sin permiso de la cual no podrá el enfermo salir del establecimiento. Existen otras posibilidades de salida de los enfermos que no son definitivas, es decir que para volver el enfermo al sanatorio, no se debe efectuar ningún trámite.
- a) Como es natural, el primer caso, lo constituyen las fugas, que deb ser notificadas a la autoridad gubernativas o policíacas, para que se proceda a la busca del enfermo y su reingreso lo más rápido posible en el Establecimiento.
- b) Existe otra posibilidad de salida del enfermo no alta definitiva, que son las licencias o permisos temporales.
- El Médico - Director podrá conceder cuando lo estime oportuno permiso o licencias temporales, que no podrán exceder de tres meses, aunque en casos excepcionales podrá conceder salidas provisionales de una duración máxima de dos años, canjeando al final por el alta definitiva.
- Estas licencias temporales deben estar sometidas a los requisitos siguientes.
- Los enfermos deberán ser readmitidos en el mismo Establecimiento sin formalidades administrativas o legales de ningún tipo.
- Los familiares con los que se va, deben remitir mensualmente al médico-Director un informe sobre el estado del enfermo, y no pueden negarse a que el enfermo sea

visitado por el personal médico del Establecimiento o sus representantes, si el Director del mismo lo estima oportuno.

#### 4.I.2 ASISTENCIA Y ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LAS SALIDAS

Cada día con mayor frecuencia afortunadamente, llega un momento durante el tratamiento psiquiátrico, en que es necesario plantearse la conveniencia de la salida del enfermo, contra lo que pudiera parecer, no todos los enfermos están ansiosos por salir, y existen muchos casos en que el déficit psicológico producido por la enfermedad hace que se encuentren más protegidos, mejor adaptados siguiendo en la vida de la institución, que volviendo a enfrentarse con la sociedad libre, con todos sus riesgos y causas de ansiedad y angustia. Ello hace imprescindible ~~no~~ contar con el enfermo a la de decidir su salida, no dando sin más por supuesto su ansia de reincorporarse en la vida normal.

Supuesto el deseo del enfermo, la conveniencia médica de la salida ha de ser sopesada cuidadosamente, en función de los beneficios que va a suponer para el enfermo reintegrarse a su ambiente y también de los problemas que dicho enfermo pueda entrañar para el ambiente familiar y social en sentido amplio.

Desentender éste último aspecto al decidir que el enfermo salga solo tiene por consecuencia que el ambiente lo vuelva a rechazar más o menos justificadamente, exponiéndose asimismo, a alguna reacción ar-

tisocial más o menos importante, por parte del enfermo. La preparación del ambiente familiar y laboral para recibir al enfermo es acción previa imprescindible para una salida satisfactoria y duradera. Es el equipo psiquiátrico el que debe tomar la decisión de la salida, y la del tipo salida, y del tipo de salida que se va a dar al enfermo. La conveniencia del permiso temporal renovable, o no de mayor o menor duración (de unos días o meses) o del alta definitiva han de ser discutidas en función de las características del proceso morboso, del tipo de enfermedad (riesgo de recaídas nuevos brotes, fases o por el contrario, i. probabilidad, suma de repetición, como por ejemplo en una psicosis exógena por una enfermedad corporal ya curada etc.) sin dejar de tenerse en cuenta los factores sociales, que pueden colaborar a la vuelta del enfermo al hospital o sanatorio. Con frecuencia, enfermo que salen prácticamente sin defecto de ningún tipo, evolucionan mal ante la incomprensión de la familia, la falta de trabajo, etc, haciendo necesario su reintegro.

#### 4.2 CRISIS DE ALTA

Existe en el hecho de proporcionar la salida, una innegable responsabilidad para el equipo médico, legalmente centrada en el Director del Establecimiento, respecto a los actos que el enfermo pudiera cometer si la salida fué insuficientemente meditada en alguno de sus aspectos y posibles consecuencias. Esta responsabilidad, es la causa de que algunos equipos médicos o algunos directores de Esta

blecimiento se encierran en una actitud defensiva, sin conceder altas o licencias prácticamente en ningún caso, - con la cual, si no se incurre en una posible responsabilidad generalmente muy discutible, se mueve en la gravísima responsabilidad moral de mantener apartados de la vida -- normal, causándoles un juicio a unos enfermos que se está en la obligación de reintegrarlo antes posible a la sociedad.

Puede ser práctico como preparación para la licencia larga o el alta, concediendo pequeños permisos: Primero de -- salidad de unas horas, paseos, compras etc. y más tarde -- de días, fines de semana obteniendo informes de la conducta del enfermo durante los mismos períodos de prueba en -- que sea sometido el paciente y observándole a la vuelta -- de l s mismos.

En el curso de estos pequeños permisos, se debe ir animar do al enfermo a que vaya ejecutando pequeños actos para -- sí mismo, desde lo elemental de comprar sus objetos, ele -- gir sus diversiones, hasta cosas más complicadas, como -- atender asuntos de documentación etc. debidamente asisti -- dos y aconsejado.

Es asimismo útil, organizar pequeños grupos acompañados o solos según las cosas, hasta llegar a la salida del enfer mo con su familia o sol

#### 4.2.1 FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA SALIDA O ALTA DEL ENFERMO MENTAL

La preparación del ambiente familiar del enfermo -- para recibirlo, es una tarea específica del traba -- jador social, que a través de sus visitas a la fa

milia y del contacto de habrá mantenido a lo largo del tratamiento debe estar en condiciones de lograrlo.

La vuelta del enfermo al trabajo, es otro aspecto en que el trabajador social debe colaborar, resolviendo o aconsejando respecto de conseguir el alta laboral para reintegrarse al trabajo.

Una vez que el enfermo ha salido, la labor de control e informar y orientación por el trabajador social, se continúa insensiblemente con el tratamiento ambulatorio, y el trabajador social debe quedar a cargo del enfermo.

La salida del enfermo del sanatorio constituye la prueba de fuerza de todo el equipo psiquiátrico y por supuesto la del trabajador social. La "Crisis del alta" viene determinada tanto por la inercia del enfermo a quien resulta difícil encajar de nuevo en un ambiente a veces muy exigente en todo (por efecto familiar, trabajo, normas sociales) como por la resistencia del ambiente a aceptar al familiar que es visto como un elemento peligroso o desagradable, sobre todo una vez que se ha comprobado por dicha familia lo bien que se viene cuando falta tal elemento perturbador. En tal momento, si falta una adecuada acción directa cerca del ambiente del enfermo, tanto para preparar el alta como para mantenerla, no es raro observar cómo es devuelto rápidamente a la institución aun que objetivamente no exista un empeoramiento del caso..

C U A D R O I

RELACION PROCENTUAL DE LOS PARAMETROS A ANALIZAR PARA EL ESTUDIO AISLAMIENTO QUE SON MANTENIDOS LOS ENFERMOS MENTALES

---

*Parametros a Analizar*

---

|                     |                          |               |
|---------------------|--------------------------|---------------|
| <i>Estado Civil</i> | <i>Soltero</i> . . . . . | <i>22.22%</i> |
|                     | <i>Casado</i> . . . . .  | <i>40.74%</i> |
|                     | <i>Viudo</i> . . . . .   | <i>3.70%</i>  |
|                     | <i>Otros</i> . . . . .   | <i>33.34%</i> |

---

|                             |                                |              |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------|
| <i>Grado de Instrucción</i> | <i>Primaria</i> . . . . .      | <i>62.96</i> |
|                             | <i>Secundaria</i> . . . . .    | <i>25.93</i> |
|                             | <i>Universitario</i> . . . . . |              |
|                             | <i>Otros</i> . . . . .         | <i>22.11</i> |

---

|                  |                              |              |
|------------------|------------------------------|--------------|
| <i>Ocupación</i> | <i>Ama de casa</i> . . . . . | <i>59.26</i> |
|                  | <i>Maestra</i> . . . . .     | <i>14.82</i> |
|                  | <i>Agricultor</i> . . . . .  |              |
|                  | <i>Comerciante</i> . . . . . | <i>18.52</i> |
|                  | <i>Estudiante</i> . . . . .  | <i>3.70</i>  |
|                  | <i>Otros</i> . . . . .       |              |

---

|   |  |              |
|---|--|--------------|
| <i>Razones no aceptación del paciente en casa</i> | <i>Por temor familiar</i> . . . . .          | <i>7.41</i>  |
|   | <i>Por temor al vecino</i> . . . . .         | <i>18.52</i> |
|   | <i>Por temor al mismo paciente</i> . . . . . | <i>70.07</i> |

Al analizar el cuadro No. 1 observamos que del total de familias entrevistadas, el 62,96% sólo ha recibido instrucción primaria, el 25,93% ha recibido instrucción secundaria, ningunos estudios universitarios, lo que nos da índice de cómo la educación tiene repercusión en el rechazo o aceptación del enfermo mental en el ambiente familiar, al igual que los cuidados, atención y administración de drogas que necesita el paciente para su recuperación.

Es así como nos podemos dar cuenta que del 70,07% de las familias entrevistadas no aceptan al enfermo en casa por temor al mismo paciente, y el 18,52% por temor a los vecinos por prejuicios sociales, y el 7,41% por temor familiar.

Si estos familiares tuvieran un grado de instrucción, las causas de rechazo o aceptación del enfermo dentro del grupo familiar serían menores, ya que estos familiares teniendo un conocimiento más profundo de lo que un enfermo mental y la repercusión que ocasionan estos enfermos deambulando por las calles tratarían de aceptarlo en casa, en el mayor lapso de tiempo posible. El estado civil, y la ocupación que relacionados en el cuadro No. 1 no las hemos tenido en cuenta para este análisis ya que ellas no tienen ninguna repercusión en la aceptación o no, del enfermo mental en el ambiente familiar, ya que como podemos observar estas familias en su gran mayoría tienen un grado de instrucción bajo, y por lo tanto se dedican a los monesteres del hogar.

C U A D R O No. 2

RELACION PORCENTUAL DE PREGUNTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS  
HECHAS AL FAMILIAR ENTREVISTADO.

| PARAMETROS ANALIZAR  | PORCENTAJE     |           |
|--|----------------|-----------|
|  | Positivos (SI) | Negat. NO |
| Tiene Ud. enfermo mental en su familia?  | 88,89          | 11,11     |
| Ha sido Hospitalizado?   | 25,93          | 74,07     |
| Visita Ud. con frecuencia su paciente?   | 62,96          | 37,04     |
| Acepta su paciente dentro del seno familiar?   | 88,89          | 11,11     |
| Cree Ud. necesario que su paciente sea tratado por algunos dias para que no se aleje del todo del seno familiar? | 44,44          | 22,22     |
| Al tener el paciente en su casa le suministra las drogas conforme lo ordena el médico.                           | 74,74          | 25,93     |
| Está Ud. de acuerdo que el enfermo mental deba permanecer en la clinica todo el tiempo que le queda de vida.     |                |           |

Al analizar el cuadro No. 2, observamos que del total de familias entrevistadas el 88,89% aceptan tener enfermo mental dentro del seno familiar, mientras que el 11% niega tener enfermo mental dentro de su seno familiar, aun-  
teniendo, ya que estas familias fueron encuestadas en base a historias clínicas que reposan en el Departamento de psiquiatría del Hospital Universitario de Cartagena, lo que viene a comprobar lo dicho en el cuadro No. 1 que el bajo nivel de instrucción permite que estas familias nieguen al enfermo mental.

Además en este cuadro podemos observar que el 88,89% de las familias entrevistadas dicen aceptar a el enfermo mental dentro de su familia, pero no en una forma permanente, ya que la mayoría de las veces se observa en los familiares el deseo de tenerlos hospitalizados para no tener ninguna clase de contacto con el paciente o cuando lo tienen en casa no le dedican la mínima atención dejándolo deambular por las calles, esto hace que los tratamientos que le son impuestos muchas veces no se les suministre con la regularidad indicada cuando está en casa sino por la razón que ellos manifiestan, al entrevistarseles, que es porque se resisten a tomar la medicina, sino porque no permanecen en el seno familiar.

La pregunta, visita Ud, con frecuencia al paciente cuando ha sido hospitalizado?, el 62,96% respondió positivo y el 37,04% negativo, no es cierto ya que como estudiante en prácticas de esta institución es uno de los problemas que mayormente se observa de pacientes que jamás los visitan sus familiares, cuando han sido hospitalizados.

Las demas preguntas los cuales no hemos hecho mencion, no las vamos analizar ya que casi nu ca los enfermos en trevistados han sido hospitalizados o mantenidos en alguna clinica por un lapso de tiempo bastante considerable.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al terminar este estudio, concluimos que:

- 1.- El rol del Trabajador Social Psiquiátrico con el grupo familiar es de suma importancia para la aceptación del paciente (enfermo mental) dentro de este.
- 2.- El grado de instrucción de los familiares y el conocimiento profundo de la enfermedad mental incide en la aceptación o rechazo del cliente enfermo mental.
- 3.- Pacientes que salen del hospital prácticamente sin defecto de ningún tipo, evolucionan mal ante la incompreensión de la familia.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Organizar grupos de trabajo social con los familiares de los pacientes con el objetivo de orientarlos sobre el conocimiento de lo que es una enfermedad mental y sobre el cuidado y suministro de drogas ordenado por el médico psiquiatra para la recuperación del paciente.
- 2.- En caso de hospitalización debe hacerse una visita

antes de internar al paciente para comprobar si la dirección que registró el familiar del paciente es la correcta, para que no se presenten casos de abandono del enfermo por sus familiares.

- 3.- Informar a la comunidad de lo que es la enfermedad mental y sus consecuencias, a través de los medios de comunicación social.
- 4.- Organizar pequeños grupos acompañados o solos según los casos, hasta llegar a la salida del enfermo con sus familiares o solo.
- 5.- Organizar programas de educación en psiquiatría a los familiares para lograr la aceptación del paciente.
- 6.- Preparar el ambiente familiar para recibir al enfermo mental es muy importante para una salida satisfactoria y duradera.

## BIBLIOGRAFIA

Spurling Abraham

Psicología Simplificada Editorial: Compañía General de Ediciones S.A. Undécima Edición - México D.F. 1972 -  
199 Páginas

Hilgard Ernest R.

Introducción a la Psicología - Tomo I  
Ediciones Moratá S.A. cuarta -  
Edición Madrid España 1973 .  
547 Páginas

Becerra De Ledesma  
Rosa María T.S.

Elementos Básicos para Trabajo -  
Social Psiquiátrico.  
Editorial Eco Argentina 1972.  
242 Páginas

Dr. O. Leary Bustamonte  
José Angel

Manual de Psicología Médica y -  
Psiquiátrica.  
Editorial Cultural S.A. La Ha -  
bana 1943.  
416 Páginas

Topalis Matherney

Enfermería Psiquiátrica  
Editorial Interamericana S.A. -  
Tercera Edición, México 1962.  
178 Páginas

Towle Charlotte

El Trabajo Social y las necesidades  
Humanas Básicas.

Editorial Fournier S.A. Primera Edi-  
ción, México 1964.

131 Páginas

Dr. Porot Antoine

Diccionario De Psiquiatría Clínica  
y Terapéutica.

Editorial Labor S.A. Segunda Edi-  
ción, Barcelona 1962.

516 Páginas

Dr. Carrasco J.  
Santo Domingo.

Elementos de Psiquiatría y Asisten-  
cia Psiquiátrica.

Editorial Científica, México Barcelo-  
na España 1968.

645 Páginas

Shaw Charles

Psiquiatría Infantil.

Editorial Interamericana S.A. México  
1969.

368 Páginas

#### OTRAS FUENTES

Lic. Jimeno de Camacho  
Alicia.

Apuntes tomados de las conferencia-  
del Área: Salud de la Universidad de  
Cartagena. Facultad de Trabajo Social.

Lic. Truchón María  
del Socorro.

Conferencias Seminario de Metodología  
Integrada Octubre 1974.

Lic. Herrera Rodríguez  
Olga.

Dinámica Social Psiquiátrica C/gera.  
Septiembre 1974