Departamento de Psiquiatría

Apartado Postal 195
Apartado Aéreo 1382

Universidad de Cartagena

CARTAGENA - COLOMBIA
(Sur América)

Cartagena 1º de Junio de 1.977

Licenciada
LUZ AMALIA DE BERRIO
Decana
Facultad de Trabajo Social
E. S. D.

Tengo el honor de dirigirme a usted con el objeto de rendir concepto como Presidente de Tesis de las señoritas NACYRA YUBRAN QUIROZ, BETTY ROMERO ARRIETA y NELLY MARTINEZ MARRUGO, quienes han elaborado una excelente monografía bajo el título de " EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA UNIDAD PSIQUIATRICA DE CARTAGENA".

He sido testigo de excepción por mi permanente vinculación profesional y afectiva a esta dependencia de la Facultad de Medicina, del esfuerzo, consagración, metodología y capacidad de cada una de las graduandas.

El plan de trabajo y su desarrollo se han ajustado a las necesidades y situación de esta sección, motivo por el cual puedo asegurarle que será de gran beneficio en sus futuras aplicaciones.

El campo por cubrir en Psiquiatría es muy extenso ya que todo está por hacer en cuanto se refiere a la proyección de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario hacia la comunidad. Estamos convencidos que la parte correspondiente a la Trabajadora Social es valiosísima y las señoritas YUBRAN QUIROZ, ROMERO ARRIETA y MARTINEZ MARRUGO, han cumplido muy satisfactoriamente su cometido, motivo por el cual me permito solicitarle muy encarecidamente la mejor calificación para la Tesis que presentan para la culminación brillante de sus estudios.

De usted con todo aprecio y consideración,

Dr. FRANCISCO HAYDAR ORDAGE

Cartagena, Abril 11 de 1977

Señores
COMITE DE TESIS
Facultad de Trabajo Social
Universidad de Cartagena
Presentes

Estimados señores:

Adjuntamos a la presente original y dos (2) copias de nuestra tesis titulada "EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA UNIDAD PSIQUIATRICA DE CARTAGENA," para optar el título de Licenciadas en Trabajo Social. Igualmente cartas de aceptación del Presidente, fotocopia de la comunicación de aprobación del anteproyecto de Tesis, cartas de las Asesoras donde consta que siguieron el proceso de asesoramiento durante el desarrollo de su contenido.

Atentamente,

Naira Yubran Q.
NACIRA YUBRAN Q.

Nelly Martínez M.
NELLY MARTINEZ M.

Betty Romero de Puerta
BETTY ROMERO DE PUERTA

Cartagena, enero 23 de 1977

Señoritas
BETTY ROMERO NELLY MARTINEZ
NACIRA YUBRAN
Estudiantes de 8o. Semestre de Trabajo
Social, Universidad de Cartagena

De la manera más atenta doy respuesta a su carta de fecha 9 de Diciembre de 1976, donde me solicitan sea el presidente de su tesis títulada "Ejercicio Profesional del Trabajador Social en el Area Psiquiatrica"

Al respecto me permito manifestarles que es para mi un honor poderles colaborar en su trabajo.

Atentamente,

FRANCISO HAYDAR O.
Médico-Psiquiatra

- UNIVERSIDAD DE CARTAGENA -

- FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL -

- COMITE DE TESIS -

FECHA: Marzo 3 de 1977

Señor (es-aras-)

1.- NACYRA YUBRAN QUIROZ

2.- BETTY ROMERO

3.- NELLY MARTINEZ

Los Miembros del "COMITE DE TESIS" - de la Facultad de Trabajo Social, se permi - te comunicar e informar a Ud. (es) que después de estudiar y analizar su antepro - yecto titulado" EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA UNIDAD - PSIQUIATRICA DE CARTAGENA "

Hace las siguientes observaciones : Puede desarrollar el trabajo de tesis.- Se comprobó las correcciones pertinentes.-

NOTA: Para devolver el anteproyecto corregido se concede un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha.-
Es importante dejar muy claro que el Comité de Tesis se reserva el derecho - de aceptar o rechazar el Ante-Proyecto de Tesis.-

LICENCIADA:

ZOILA OTERO DE TUESTA.-
Presidente .-

LICENCIADA:

BLANCA ROVIRA DE ROVIRA.-
Secretaria.-

LICENCIADA:

LILIA FLOREZ
Psicologa

cn.-

Cartagena, Abril 11 de 1977

Señores
COMITE DE TESIS
Facultad de Trabajo Social
Universidad de Cartagena
Presentes.

Por medio de la presente nos permitimos comunicarles que hemos brindado asesoría a las señoritas: NACIRA YUBRAN Q, NELLY MARTINEZ M. y Señora BETTY ROMERO DE PUERTA en todo el proceso de su trabajo de tesis titulado: " Ejercicio Profesional del Trabajador Social en la Unidad Psiquiatrica de Cartagena", el cual ha sido debidamente aprobado.

Es de anotar que el trabajo responde al anteproyecto presentado.

Atentamente,

Elena C. de Villalba

HELENA C. DE VILLALBA
M.S.W.

Olga H. de Daza

OLGA H. DE DAZA
Licenciada en Trabajo Social

6

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA
Univ. de C/gena
HEMEROTECA

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA
Univ. de C/gena
HEMEROTECA

T
361.092
R664

República de Colombia

Universidad de Cartagena

Facultad de Trabajo Social

SCB
000208 29

Tesis de Grado para optar al título de Licenciadas

en Trabajo Social

"Ejercicio Profesional del Trabajador Social en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena"

Autoras:

Betty Romero Arrieta

Nelly Martínez Marrugo

Nacira Yubrán Quiroz

20019

Cartagena Abril de 1977

T361.092
R664
Ej.1

8

Universidad de Cartagena

Rector: Doctor Luis H. Arraut Esquivel

Facultad de Trabajo Social

Decana: Licenciada Luz Amalia T. de Berrío

Secretaria Académica: Licenciada Carola de Julio

Comité de Tesis:

Licenciada Blanca Flor de Rovira

Licenciada Zoila Otero de Puerta

Presidente de Tesis:

Doctor Francisco Haydar Ordage

Médico Psiquiatra

Asesores:

Elena C. de Villalba, M.S.W.

Licenciada Olga Herrera de Daza

Cartagena Abril de 1977

A nuestros padres y hermanos y a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en el desarrollo de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCION	1 - 10
CAPITULO I	
SINTESIS HISTORICA	11
1. Origen de la Unidad Psiquiátrica	11 - 12
2. Integración del Trabajador Social a la Unidad Psiquiátrica de Cartagena	13 - 14
3. Labor profesional del Trabajador Social en el momento de su incorporación a la Unidad.	14 - 17
CAPITULO II	
CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL	18 - 20
1. Clasificación de las enfermedades psiquiátricas	21 - 22
2. Factores etiológicos de las enfermedades mentales.	22 - 26
CAPITULO III	
CONOCIMIENTO PSIQUIATRICO PARA LAS TRABAJADORAS SOCIALES.	27 - 31
1. La familia y la enfermedad mental	31 - 35
2. Interacción entre los enfermos mentales y la sociedad.	35 - 39

PAG.

CAPITULO IV

EL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL MARCO INSTITUCIONAL

1. Ubicación - 40

2. Roles 41

3. Participación profesional 42

4. Estructuración de la historia del caso por la Trabajadora Social. 42 - 46

5. Ilustración de historia social 47 - 52

CAPITULO V

ANALISIS DE LA INVESTIGACION PRACTICA 53

1. Presentación de encuestas 54 - 60

2. Análisis e interpretación de datos 60 - 69

3. Papel del Trabajador Social en la psiquiatría moderna. 69 - 81

4. Análisis Comparativo 81 - 83

ANEXOS: Presentación del programa psiquiátrico en la comunidad, realizado por las alumnas practicantes de 1976. 84 -102

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Siendo cada vez mayor los casos de personas con trastornos mentales, que se presentan debido a múltiples causas, entre las cuales se halla en mayor proporción el factor ambiente, se hace necesaria la atención psico-social del ser humano por parte de profesionales que tengan como objetivo el bienestar de la persona humana.

La problemática de la salud mental requiere del esfuerzo conjunto de los profesionales que tienen que ver con ella, el trabajador social como uno de estos profesionales posee las herramientas necesarias para que su intervención profesional sea un elemento positivo en la búsqueda de solución al problema de la salud mental.

En base a la experiencia obtenida en el curso del año 1976, como alumnas de prácticas de último año de la Facultad de Trabajo Social, consideramos que el estudio a realizar será un aporte a la carrera y al trabajador social que se desempeñe como profesional en esta Institución, teniendo en cuenta que el papel a desempeñar en este problema es de suma importancia; mirando el aspecto de la recuperación del paciente mental no como un ente aislado ,

sino dentro de su contexto social para mayor eficacia de la la - bor del trabajador social en este campo, se identificará y analizará en esta investigación, las funciones, roles y forma de intervención profesional del trabajador social en la Unidad Psi - quiátrica de Cartagena, teniendo en cuenta que se hará un análisis crítico de ello, dándose luego a manera de conclusión de nuestro trabajo, las pautas que serán enunciadas de acuerdo a cómo - ha venido presentándose el ejercicio profesional del trabajador social en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena.

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el área psiquiátrica el Trabajador Social no ha venido desempeñándose como profesional ya que no ha tenido una clara identificación porparte de el mismo, de sus funciones, roles y formas de intervención de acuerdo a su competencia en el área social de psiquiatría, es así la confusión que se presenta en la aplicación de su metodología. Ha impedido el reconocimiento que como profesional debe tener de acuerdo al campo de acción en que se desempeña.

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA:

Al no existir una clara definición del Trabajador Social a nivel general se presenta el fenómeno de la subvaloración desde hace tiempo, es importante entonces que nosotros mismos como profesionales de Trabajo Social reconozcamos el alcance que tiene este fenómeno en nuestro ejercicio profesional y planteemos las soluciones a él.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar cómo ha venido dándose el ejercicio profesional del

Trabajador Social en el área psiquiátrica y luego comparar lo que está con lo que debe ser.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar las funciones que desempeña el Trabajador Social en el área de la psiquiatría.

Distinguir y diferenciar de acuerdo a su participación los roles del Trabajador Social en el campo psiquiátrico.

DELIMITACION FORMAL

TIEMPO:

A partir de la introducción del Trabajo Social a la unidad psiquiátrica de Cartagena (1969) hasta el presente año (1976).

ESPACIO:

Uhidad Psiquiátrica de Cartagena.

DELIMITACION MATERIAL

1. Ejercicio profesional: Funciones, roles e intervención.
2. No reconocimiento como profesional, no participación en equipo interdisciplinario, la no ubicación administrativa.

PREGUNTA INICIAL

A qué se debe que el Trabajador Social no esté desempeñando el ejercicio profesional que le corresponde, impidiendo así este reconocimiento en el área psiquiátrica?

PREGUNTAS ESPECIFICAS

El Trabajador Social no desempeña las funciones que le corresponden de acuerdo a su área de trabajo?

La no identificación de funciones por parte del Trabajador Social no permite el buen desempeño de los roles de psiquiatría?

La forma de intervención del Trabajador Social en la unidad psiquiátrica se reduce a una atención asistencial?

El Trabajador Social no ha sabido ubicarse a nivel administrati-

vo en el área psiquíatrica, por lo que no participa en la planeación y coordinación de los programas en la Institución?

DEFINICIONES CONCEPTUALES

PSIQUIATRIA:

Es la ciencia que se ocupa del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

EJERCICIO PROFESIONAL:

Labor que realiza el Trabajador Social u otro profesional.

FUNCIONES:

Es la acción propia de algo.

ROLES:

Es el conjunto de papeles que desempeña el Trabajador Social frente a una situación determinada en su ejercicio profesional.

INTERVENCION: Tomar parte en un asunto.

UBICACION:

Es la acción del Trabajador Social u otro profesional tendiente a su reconocimiento.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

Es la coordinación e integración de servicios de varios profesionales en beneficio del paciente y su familia, dentro de una institución estatal o privada.

DEFINICIONES OPERACIONALES

PSIQUIATRIA:

Se entiende como el tratamiento ambulatorio de aquellas personas que padecen trastornos mentales leves y la hospitalización y seguimiento dentro de la Unidad Psiquiátrica a aquellas personas con trastornos mentales más agudos.

EJERCICIO PROFESIONAL:

Labor asistencial a aquellas personas que padecen de una enferme

dad mental y que acuden a la unidad paiquiátrica a pedir ayuda . Abarca lo relacionado con funciones, roles, intervenciones, participación y ubicación.

ROLES:

El Trabajador Social desempeña los siguientes:

Promotor

Divulgador

Terapeuta

Formulador de políticas

Docente

Coordinador e Investigador

FUNCIONES:

Elaborar el estudio psicosocial del paciente, proveyendo al equipo interdisciplinario de información social, económica y ambiental que es importante para el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Trabajar con los familiares del paciente para que acepten su enfermedad y lo ayuden a seguir el tratamiento.

Preparar a los pacientes y sus familiares emocionalmente a acep-

tar su admisión al hospital.

Participar en programas activos.

Llevar grupos terapéuticos con familiares de pacientes.

Participar y promover investigaciones con relación a problemas - de salud mental.

Llevar estadísticas mensuales, semestrales y anuales de las actividades realizadas por Trabajo Social.

Participar en reuniones de equipo interprofesional.

Informar a estudiantes de otras disciplinas como participar en - Trabajo Social con el equipo y sus funciones específicas.

Supervisar el trabajo de las alumnas o practicantes.

INTERVENCION:

1. Planeador de su labor
2. Ejecutor de políticas
3. Coordinador
4. Evaluador

PARTICIPACION:

1. Realizando investigaciones
2. Planeando actividades

3. Ejecutando una función

4. Evaluando

5. Formando parte de un equipo interdisciplinario.

UBICACION:

En el espacio: Unidad Psiquiátrica-Hospital San Pablo.

Administrativamente: A nivel de mandos medios (Micro-nivel).

MARCO TEORICO

El presente estudio servirá para obtener un conocimiento acerca del desempeño en el ejercicio profesional por parte del Trabajador Social en el área psiquiátrica y evaluar su labor, estableciendo niveles comparativos entre los resultados de la investigación con lo que realmente debe ser, planteándose las limitaciones que ha tenido el Trabajador Social en el ejercicio de su profesión y en base a lo anterior formular pautas para el buen desempeño profesional.

Sustentaremos nuestro estudio con las siguientes teorías:

TEORIA SOBRE ENFERMEDAD MENTAL

EMIL KRAEPELIN:

"Las enfermedades mentales son entidades patológicas definidas y análogas a las enfermedades físicas, que se distinguen por su etiología, sus síntomas, su evolución, y su resultado final lo que obligó a dar mayor importancia a las observaciones químicas y buscar las causas físicas de las enfermedades mentales".

TEORIA SOBRE PSIQUIATRIA

NOYES KOLD:

"La psiquiatría moderna es la rama de la medicina que se ocupa de las manifestaciones y los tratamientos de las anomalías en el funcionamiento de la personalidad que afectan, ya sea la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás, así como su capacidad para adaptarse a la vida en sociedad".

TEORIA SOBRE ROL

O. OLDENFORFF:

"Complejo de esperanzas que tienen con respecto a la manera en que se comportará un individuo en una situación determinada en virtud de su posición social o condición".

METODOLOGIA:

Para la comprobación de los postulados enunciados, se tendrá como mecanismo de obtención de datos la entrevista, observación directa y el cuestionario. El universo de la investigación será de - veinte (20) personas, clasificadas de acuerdo a su área de trabajo en la Unidad Psiquiátrica, y con las cuales se llevarán a cabo un número de dos (2) entrevistas por personas totalizándose - cuarenta (40) entrevistas.

El contenido del cuestionario se enfocará a la consecución de los planteamientos propuestos y con éllos alcanzar los objetivos.

NIVEL DE INVESTIGACION CAUSAL

Universo	;	20 personas	Muestra: Unidades de estudio
Muestreo	:	Probabilístico	Técnicas: Observación, entrevistas, cuestionarios.

CAPITULO I

SINTESIS HISTORICA

1. Origen de la Unidad Psiquiátrica
2. Integración del trabajador social a la Unidad Psiquiátrica de Cartagena.
3. Labor profesional del trabajador social en el momento de su incorporación.

CAPITULO I

SINTESIS HISTORICA

ORIGEN DE LA UNIDAD PSIQUIATRICA

De las conclusiones dadas en los Seminarios de Educación Médica en Colombia, realizados en Cali y Medellín en 1955 y 1957, antes de la creación de la Asociación Nacional de Facultades de Medicina, se creó el Departamento de Psiquiatría el 12 de Febrero de 1963 con la intervención decisiva del entonces Decano de la Facultad de Medicina, doctor Francisco Haydar O. El local y la dotación fueron improvisados, utilizándose para su funcionamiento dentro del antiguo Hospital Santa Clara, pequeñas secciones de él. Integrada al Departamento de Psiquiatría funcionaba la Unidad Mental Nº. 1 con fines esencialmente docentes.

Los móviles de la creación de la Unidad Mental Nº. 2 fueron :

- La dificultad económica que tenía el Departamento de Bolívar para el sostenimiento de sus pacientes mentales crónicos en las dos Instituciones psiquiátricas de beneficiencia en Bogotá.
- La otra razón fundamental para la creación de esta Institución

era la no existencia de una unidad donde pudieran estar los pacientes que necesitaran tratamientos prolongados (pacientes - crónicos).

Es así como en Febrero 28 de 1969 fué creada la Unidad Nº. 2, adáptandose parcialmente el antiguo convento de Franciscanos a pocos metros del Hospital Universitario Santa Clara. Las razones - para ello eran que el edificio pertenecía al Estado y lo cedían para la creación de la Unidad Nº. 2 y además dicha Unidad Psiquiátrica está afiliada al Departamento de Psiquiatría del Hospital Santa Clara.

En esa fecha abrió sus puertas la Unidad Psiquiátrica Nº. 2, con el traslado de sesenta y nueve (69) pacientes de los Hospitales Neuro-psiquiátricos de Sibaté y Bogotá.

Debido al lamentable estado en que se encontraba el local en donde venía funcionando la Unidad Psiquiátrica Nº. 2, en Agosto de 1976 fué trasladada ésta al Hospital San Pablo, siendo acondicionados sectores en el primero y segundo piso del edificio, en los cuales ha venido funcionando la Unidad hasta la fecha.

2. INTEGRACION DEL TRABAJADOR SOCIAL A LA UNIDAD PSIQUIATRICA DE CARTAGENA

El Trabajador Social se integra como profesional a la Unidad Psiquiátrica de Cartagena desde el momento mismo de su creación (28 de Febrero de 1969); teniendo la ventaja que existiá un conocimiento de la profesión por parte del personal profesional que laboraba en la Institución.

En el momento de su creación, la Unidad Psiquiátrica se vincula a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena como otra de sus secciones, la cual hizo los primeros nombramientos de Trabajadoras Sociales y fué así como el Trabajador Social fué ubicado con el equipo médico-social de la Unidad Psiquiátrica,que estaba integrado por los médicos-psiquiatras, enfermeras, terapista-ocupacional, psicóloga y trabajadora social.

El Trabajador Social dirigió su labor a la familia del paciente mental, dado el hecho de abandono y rechazo total del paciente por parte de su grupo familiar, llevándose grupos de psicoterapia familiar con el objetivo de lograr la aceptación del pacien-

te mental y la influencia en su tratamiento de un adecuado ambiente familiar, se establecen relaciones con la familia del paciente a través de la visita domiciliaria que era llevada a cabo conjuntamente con la Trabajadora Social y los estudiantes en práctica de enfermería.

Además tuvo oportunidad de realizar en coordinación con la terapista-ocupacional, grupos de terapia con los pacientes. La actividad para estos grupos era asignada de acuerdo al diagnóstico médico-social del paciente-cliente.

3. LABOR PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL MOMENTO DE SU INCORPORACION A LA UNIDAD.

Durante los dos primeros años de funcionamiento de la Unidad Psiquiátrica Nº. 2, el Trabajador Social formó parte del equipo de profesionales que actúan en el tratamiento y recuperación del paciente mental.

El Trabajador Social asistía al paciente en el momento de su in-

greso a la Unidad y actuaba en el ambiente del mismo a través de las relaciones con sus familiares.

Los pacientes remitidos por el médico general con posible diagnóstico de trastornos mentales eran atendidos por el Psiquiatra y el Trabajador Social dedicando su atención cada uno de estos profesionales a su área específica (médico-social).

A partir de 1971 la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Cartagena envió alumnas practicantes a la Unidad Psiquiátrica, iniciándose de esta forma el Trabajador Social como docente dentro de la Unidad.

Se le dió gran importancia a los grupos familiares de pacientes, se utilizó el método de caso, con los pacientes agudos, elaboraba el diagnóstico social y lo remitía al médico psiquiatra para el tratamiento respectivo.

A través de la asistencia al paciente mental, el Trabajador Social buscaba la adaptación social del paciente al hospital, al médico, al medio en que le toca relacionarse, además la acepta -

ción del enfermo en el hogar.

Entre los casos más frecuentes que atendía el Trabajador Social se encontraban los casos de:

-Abandono
-Irresponsabilidad con las obligaciones administrativas del Hospital y el Departamento de Psiquiatría.
-Casos de consecución de empleo
-Casos relacionados con la vivienda, pasaje, etc.
-Casos laborales, éstos se atendían con los pacientes hospitalizados con el fin de responsabilizar a la empresa interesada (a responder) con las obligaciones de trabajador-enfermo dentro del Hospital.
-Casos de rechazo por parte de los familiares y el conglomerado-social.

A través de los grupos de psicoterapia, el Trabajador Social pretendía instruir a las personas sobre la atención de los enfermos psiquiátricos, las personalidades variadas que presentan, sus -

causas y sintomatología, tratando de que los familiares no rechazaran los enfermos, no los dejasen abandonados en las instituciones o vías públicas.

CAPITULO II

1. Concepto de enfermedad mental

2. Clasificación de las enfermedades psiquiátricas

3. Factores etiológicos de las enfermedades mentales

CAPITULO II

CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

1. QUE ES NORMALIDAD?

Este es un concepto que ha causado problemas para el médico-psiquiatra.

Mientras normalidad en medicina es la ausencia de enfermedad, en psiquiatría que es una rama de la medicina, es difícil definirla porque no existe un concepto claro de lo que es salud mental.

Normalidad en el contexto social, es la habilidad de las personas para funcionar: trabajar, amar, descansar, etc.

El trastorno mental no es un desorden en la función de un solo órgano (el cerebro), sino el funcionamiento sico-biológico mal adaptado y desordenado de un organismo social.

El trastorno mental representa la reacción de una personalidad individual a la especial situación de su vida, incluyendo sus experiencias interpersonales, emocionales. Muchos trastornos men -

tales y diversas desaptaciones solo pueden comprenderse en tér - minos de una interacción que dura toda la vida, entre el individuo y todas las fuerzas internas y externas, que han influído en él.(1)

Las personas que llamamos enfermos mentales tienen lesión o en - fermedad cerebral o problemas de comportamiento?
Este argumento en sí mismo sugiere la necesaria intervención del Trabajador Social y penetra en el campo del comportamiento humano.

El criterio para enfermedad mental no puede restringirses sólo - al individuo, sino que debe abarcarlo dentro del grupo porque los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo; considerando la enfermedad mental como una vulnerabilidad potencial que existe en el individuo desde la infancia, es importante analizar si la familia de la cual hace parte el individuo lo pro

---

1. Noyes, Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. Pág. 5

tege de la enfermedad mental o, por el contrario lo precipita a ella.

Considerando que la enfermedad mental no es una entidad aislada de la dinámica familiar, sino que se le ve como el emergente de la enfermedad familiar que aparece en aquel miembro del grupo familiar, más fuerte o mas débil, no puede limitar la acción profesional a dicho "miembro enfermo" sino que, aparte de analizar la sintomatología que éste presente, es necesario conocer la dinámica de su familia.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- Grado de autonomía del enfermo frente a la familia.
- Conducta de los integrantes del grupo familiar, entre ellos y para con el paciente.
- Roles que cumple dentro del grupo familiar, si son adecuados o no.
- Conducta de la familia frente a la sociedad.(2)

---

2. De Ledesma, Rosa Mª. Becerra. Elementos Básicos para el Trabajo Social Paiquiátrico. Pág. 16-28.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

CLASES	CAUSAS	SUBCLASES
Psicosis (Enfermedades propiamente dichas).	Exógenas: (de causa exterior bien conocida con escaso papel de la herencia). Endógenas: (ligadas a la constitución individual y a la herencia).	Exógenas: traumáticas, infecciosas, tumurales, vasculares, parasitarias, tóxicas y de otras causas físicas. Endógenas: Esquizofrenia, psicosis, maníaco, depresiva, epilepsia endógena.
Neurosis (Modos de reacción psíquica anormal).	El medio ambiente y la presidposición constitucional tienen un papel importante, predominando uno u otro factor según los casos.	Neurosis de ansiedad, histérica, fóbica, obsesiva, neurasténica e hipocondríaca.
Psicopatías (Anomalías del carácter)	Constitucionales: el papel del medio ambiente se considera en general, secundario. Para algunos, la carencia de afecto en los primeros tiempos de la vida tuvo gran importancia.	Gran variedad de tipos de personalidades, anormales que tiene en común una marcada inadaptación social.
Oligofrenias (Nivel de inteligencia sub-normal).	Anomalías congénitas del cerebro, lesiones o defectos de su desarrollo.	Oligofrenia profunda. (E. M.) Cero- dos años. Oligofrenia media (E.M.) dos - seis años. Debilidad mental (E. M.) Inferior a 11 años.

2. CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS

Las necesidades de los pacientes con diferentes afecciones psi - quiátricas varían mucho, a fin de poder ayudar más eficazmente a estas personas y para poder planear nuestros servicios con mas - eficacia, debemos tener un sistema confiable de diagnóstico. A continuación presentamos un esquema de clasificación que sigue el patrón tradicional, pero lo hemos simplificado considerablemen te en beneficio de aquellas personas que no son psiquiatras.

Aunque es posible clasificar las enfermedades psiquiátricas en - la forma que lo hemos hecho, debe admitirse que en la práctica , ésto es con frecuencia bastante más difícil, para poder asignar- le a un caso en particular un nicho diagnóstico. En muchos casos el paciente tiene síntomas sugerentes de mas de un tipo de enfer medad, o bien los síntomas se encuentran tan profundamente alte- rados por las características de la personalidad o por la influ- encia ambiental que es difícil distinguir la enfermedad subya - cente. Un trastorno puede variar muy considerablemente, de acuer do con la etapa de su evolución el diagnóstico inicial puede ne- cesitar ser cambiado en más de una ocasión, por ejemplo: una en-

fermedad esquizofrénica puede presentarse en un principio como - una psiconeurosis típica, después pasar por una fase que semeja muy de cerca una enfermedad maniacodepresiva, y solo desarrollar los inconfundibles signos de la esquizofrenia en una etapa relativamente tardía.

A partir de ahí, si la enfermedad es frenada antes que produzca una gravedad indebida, puede tener mucho de los aspectos de un - trastorno de la personalidad.

3. FACTORES ETIOLOGICOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Muchas personas objetan la idea de que los trastornos mentales - pueden ser considerados en gran parte similares a las enfermedades físicas. Admitimos que generalmente es más difícil definir y describir un trastorno psiquiátrico, pero no hay razón para pensar que es esencialmente diferente en su naturaleza o en su causa de una molestia física. La enfermedad de cualquier tipo rara vez es un asunto sencillo de causa y efecto. Solo en ocasiones -

una condición psiquíatrica se presenta en esta forma, como por ejemplo, un trabajador deja caer un ladrillo sobre la cabeza de un inocente peatón, en la calle, ocasionándole una lesión cerebral y posteriormente demencia.

Antes que nos decidamos sobre la causa de la afección y sobre la forma en la cual intentamos tratarla, debemos tener en cuenta todas las variables importantes.

Es natural que algunos que participan en Trabajo Social resulten particularmente interesados en la parte que desempeñan los factores sociales y ambientales en la causa de las enfermedades mentales. Indudablemente éstos ejercen con frecuencia una gran influencia, el ambiente en que se educó el paciente, los acontecimientos adversos que han ocurrido en diversas etapas en el curso de su desarrollo, la inseguridad crónica, la falta de adecuada atención parenteral y muchas otras experiencias posiblemente traumáticas, pueden haber tenido efectos profundamente perturbadores sobre la personalidad inmadura.(3)

---

3. Munro Alistair y otros. Psiquiatría para Trabajadoras Sociales. Pág. 74.

En las situaciones de la vida actual del individuo hay posible - mente muchos factores que conspiran para perturbarlo y quizás - para precipitar una enfermedad. Puede tener que hacer frente a inseguridades en su hogar debido a la separación de sus padres, tensiones maritales, o en una generación de mayor edad, de incapacidad de poder llevarse bien con los hijos. Tales problemas - pueden ser de corta duración o más o menos permanentes y deberse a causas que pueden remediarse o a choques de temperamentos to - talmente incompatibles. Puede haber otras tensiones en el transfondo, tales como el hacinamiento, vivir en cuartos de alquiler o con los padres, y la falta de un sitio privado. Los escasos ingresos o la incapacidad para poder ajustarse al presupuesto pueden muy bien agravar la situación y hacer que el paciente se - sienta bastante desesperado sobre la posibilidad de algún día - llegar a resolver su situación.

Cualquiera de estas variables ambientales pueden ser considera - das como un posible factor precipitante en las enfermedades psiquiátricas, y una de ellas, o una combinación de ellas, puede apabullar al individuo.

Siempre es necesario investigar acerca de los factores heredita-

rios y constitucionales en las enfermedades psiquiátricas ya que éstos son de considerable importancia. En algunas formas de subnormalidad mental y en varias enfermedades demenciales preseniles la herencia parece ser la causa total de la afección. En la psicosis depresiva y en la esquizofrenia hay probablemente importantes influencias genéticas, aunque también es necesario la intervención de diversos factores ambientales. Aún en algunas enfermedades psicosomáticas, puede haber un elemento hereditario, por ejemplo: Neurosis obsesiva que con frecuencia ocurre en familias en donde muchos de los miembros tienen variados caracteres obsesivos.

Otros diversos factores físicos pueden ser importantes en la predisposición o enfermedades mentales. La lesión cerebral al nacimiento es incriminada en algunos casos de deficiencia mental y epilepsia e incluso en algunos casos de trastorno de la personalidad.

Las enfermedades infecciosas ordinarias de la infancia si ocurren con particular gravedad, pueden dejar al niño habitualmente nervioso y así generar una enfermedad mental.

Debe mencionarse que las mujeres son generalmente mas propensas que los hombres a precipitarse a enfermedades psiquiátricas y ésto se debe en parte a que se encuentran sujetas a una buena cantidad de sobrecarga hormonal. Cada vez sufren una compleja serie de cambios hormonales, debido al ciclo menstrual. El embarazo se acompaña también con numerosos cambios endocrinos y de otro tipo.

Hemos venido implicando que la forma de vida puede tener una profunda influencia en el estado de ánimo prevalente y sobre la posibilidad de desarrollar enfermedad psiquíatrica.

CAPITULO III

1. Conocimiento psiquiátrico para las trabajadoras sociales

2. La familia y la enfermedad mental

3. Interacción entre los enfermos mentales y la sociedad

CAPITULO III

CONOCIMIENTO PSIQUIATRICO PARA LA TRABAJADORA SOCIAL

Un conocimiento razonable de Psiquiatría debe ser parte del equipo de cualquiera que se encuentre involucrado actualmente en Trabajo Social, pero hay que tener en cuenta que éste sea un conocimiento real. La Psiquiatría es una materia rápidamente cambiante y sus bases teóricas se están alterando en forma continúa. Los conceptos que resultaban satisfactorios hace unos cuantos años ya no pueden explicar muchos de los fenómenos de las enfermedades mentales que ahora conocemos. Por ejemplo, algunas teorías psicoanalíticas han sido puestas recientemente bajo escrutinio y se les ha encontrado defectuosas. Desgraciadamente, muchos que no son psiquiatras se adhieren todavía a creencias teóricas inadecuadas y pasadas de moda, y como resultado de ello, tiende a haber una brecha en la comunicación entre los no iniciados y el psiquiatra. En ocasiones, los conocimientos teóricos que se enseñan a las Trabajadoras Sociales son sectarios y pasados de moda.[4]

---

4. Munro Alistair. Apcit. Pág. 27.

Hay una gran necesidad de cubrir la brecha que existe entre el enfoque del Psiquiatra hacia las enfermedades mentales y el enfoque de la Trabajadora Social que puede enfrentarse a enfermedades mentales en el curso de trabajo profesional llevado por un adiestramiento. El adiestramiento médico del psiquiatra se orienta hacia la enfermedad y quiere con mayor ahinco diseñar medios por los cuales pueda lograr una curación lo más eficazmente posible. La eficacia no implica necesariamente impersonalidad, pero a veces las cosas suceden en esta forma y el grado de impersonalidad en el tratamiento puede ser aumentado por el gran número de pacientes con los que el psiquiatra tiene que tratar. Además, el paciente es visto por lo general en el ambiente artificial del consultorio y muchas veces le toca a un paciente sumamente difícil o indiferente encontrarse en estas circunstancias.

Nada es tan importante como la necesidad de que el paciente se mejore, y no hay duda de que los tratamientos modernos están probando ser más eficaces para tratar a la mayoría de las enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, como la mayor parte de los recientes adelantos en el tratamiento comprenden formas físicas de terapia, es verdaderamente importante que el médico no olvide al

hombre que está enfermo y muestre interés por tratar la afección. Por el contrario la Trabajadora Social no debe ignorar los avances en el campo de la psiquiatría exclusivamente psicológica. - Nuestros servicios deben ser complementarios y los mejoramientos en uno de los campos deben ser utilizados para hacer al otro mas eficaz.

La Trabajadora Social no necesita el enfoque clínico del médico. Naturalmente, su interés está en la curación de su cliente, pero no necesita tener la misma participación profesional que el psiquiatra en la necesidad de curar al paciente. Ella no necesita - hacer una distinción tan definida entre salud y enfermedad; el - médico ve enfermedades como un proceso externo al que la sufre y que progresivamente van afectando su bienestar, mientras que la Trabajadora Social es mas factible que la considere en los tér - minos dinámicos de la reacción de un individuo hacia el ambiente y sus sobrecargas. Por la naturaleza de su trabajo, la Trabajadora Social ve al paciente no como una entidad separada, sino como una unidad en sun familia y en su medio social mas amplio, esta actitud es recomendable siempre y cuando no enfatice demasiado - al ambiente y subestime la importancia de la enfermedad dentro

de la persona.

El término paciente no es del agrado de mucha gente por su connotación de enfermedad y de tratamiento en cama. En la actualidad, si una persona tiene que ser admitida en el hospital debe tratar de evitársele el tratamiento como se hacía con el paciente tradicional, son muy poco los casos psiquiátricos que necesitan tratamiento en cama y creemos que se debe estimular al individuo para que retenga su autorespecto y su iniciativa porque sabemos que la pérdida de éstos puede perpetuar y agravar su enfermedad.

Nuestros medios para alcanzar ésto, están limitados por la disponibilidad de personal y recursos, pero el principio de la comunidad terapéutica en el hospital ha logrado una gran aceptación. Pero no debemos olvidar que avances como éstos en nuestra actitud hacia los enfermos mentales solo son posibles con la mayor eficacia del tratamiento psiquiátrico.

Importa poco que llamemos a la persona que necesita nuestra ayuda un cliente o un paciente, pero va contra sus intereses sino podemos ponernos de acuerdo sobre la forma en que vamos a ayudar

lo. No es bueno pretender que no se presentan referencias de opinión profesional entre los médicos y las trabajadoras sociales , pero cuando esto sucede, el desacuerdo es con frecuencia mas aparente qué real. Por lo general sucede que se está disputando sobre cuestiones de definición o no somos capaces de reconocer que estamos tomando en cuenta diferentes aspectos de la misma situación patológica. Resulta vital para los intereses del paciente - que la trabajadora social y el médico trabajen en equipo, de ser posible sin duplicar los esfuerzos del otro, sino en vez de ello proporcionando cada uno su experiencia particular y enncentrán - dose en un aspecto determinado de los problemas del individuo enfermo.

1. LA FAMILIA Y LA ENFERMEDAD MENTAL

El psiquiatra está acostumbrado a una relación bipersonal con el enfermo. La intervención sistemática de una serie de parientes - puede ser vista tal vez como perturbadora de dicha relación, pese a ello, el concepto de "diagnóstico y terapia familiar" repre

senta una moderna orientación con grandes posibilidades de desarrollo y perfeccionamiento.

Los métodos tradicionales de reconocimiento, terapéutica y prevención de las enfermedades psiquicas se dirigen al paciente individual, están resultando relativamente anticuados o poco adaptados a las circunstancias sociales de la vida moderna.

Las condiciones en que se desenvuelve la vida familiar tiene gran influencia sobre la salud mental del individuo, su autodominio y el desarrollo de su personalidad. En realidad la prevención de los trastornos psíquicos tendría un alcance muy limitado si prescindiera del mundo de las relaciones familiares.

Los fines de tratamiento de la familia son: promover un nivel superior de equilibrio del grupo y de cada uno de sus miembros, eliminar las causas perturbadoras de este equilibrio y favorecer la cohesión de la familia.

Los especialistas que hacen psicoterapia de ambos cónyuges saben que ésta tiene efectos más o menos indirectos sobre las relacio-

nes familiares, un enfoque psicoterápico que abarca toda la familia, tiene una acción indudablemente más completa. Es necesario visitar al domicilio y participar del clima psicológico existente, de este modo es mas segura la impresión de que es medio ambiente familiar haya contribuído, según los casos, a precipitar la enfermedad, perpetuarla, cultivarla o favorecer ciertas "ventajas de estar enfermo" o bien motivar fuertemente al paciente para alcanzar su rehabilitación (curación).

En el caso de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos, es importante definir las circunstancias psicológicas en que el internamiento tuvo lugar y cual ha sido su efecto sobre el equilibrio de la familia. Suele ocurrir que su admisión en el hospital coincide con un momento verdaderamente crítico para todo el grupo y los problemas interpersonales son a veces tan importantes o mas que los propios síntomas de la enfermedad, con respecto a la admisión de ingresar al paciente. En otros casos la hospitalización es una maniobra para librarse de un pariente que se ha convertido en huesped incómodo, lo cual pretenden disimular los familiares mediante actitudes de preocupación y sufrimiento mas o menos superficiales. Puede ocurrir en algunas oca-

siones que los padres o algún otro pariente no sean capaces de vivir separados del enfermo o consideren que éste no recibe los necesarios cuidados, con lo cual procuran "salvarlo" de la institución en que se halle internado".[5]

Problemas similares pueden surgir en casos de neurosis o psicopatías en que pueda estar indicada una separación temporal o un cambio de ambiente. A veces es necesario preparar poco a poco a ciertos miembros de la familia para que acepten tal separación. A la inversa, habrá que realizar cierta labor preliminar cuando se trate de reintegrar a la sociedad algún paciente largo tiempo internado. El término "rehabilitación" aplicado a las enfermedades mentales se convierte en una expresión vacía si no se tienen en cuenta los factores y circunstancias enumeradas en relación con el medio ambiente familiar.

En general, la tolerancia familiar es bastante mas acusada en la vida rural que en las ciudades, en ello es fácil ver el influjo

---

5. López Claramund Fernando. Psiquiatría y Asistencia Slcial. Pág. 349.

de las condiciones socio-económicas, problema de vivienda, etc.

En todos los países, la asistencia pública procura perfeccionar los servicios para enfermos psíquicos y niños "anommales" pero, los centros oficiales siempre serán insuficientes y el Asistente Social deberá emplear a fondo todas sus capacidades técnicas y humanas en la ayuda psico-social a estas familias.

2. INTERACCION ENTRE LOS ENFERMOS MENTALES Y LA SOCIEDAD.

Esta interacción plantea problemas que desbordan el marco estricto de la psiquiatría, haciendo intervenir nociones sociológicas y de antropología cultural. Si en los primeros tiempos de la humanidad el enfermo mental tenía un carácter "sagrado" (como una prueba de lo que eran capaces de hacer los poderes divinos con un ser humano), progresivamente se abrió paso la idea de "enfermedad mental".

A partir del renacimiento, el "loco" es visto ante todo como un

ser peligroso para la sociedad y ésta le aisla junto a distintos tipos de malhechores y mendigos, aislamiento que en muchos casos es suavizado por la caridad cristiana. Los ideólogos del siglo - XVIII, y sobre todo la Revolución Francesa, tendieron a crear - una imagen del "loco" en la que éste aparece como la víctima privada de libertad a causa de una organización social injusta. La enajenación mental y la alienación en su moderno sentido filosófico y sociológico se superponen y confunden bajo esta perspectiva. En años más recientes el existencialismo ha subrayado otros aspectos: la soledad,la incomunicación, el absurdo, el vacío , la moda, aspectos todos que pueden aplicarse al mundo del enfermo mental. Es el caso que a lo largo de la historia de la humanidad el "loco" sea sagrado, enfermo del cerebro, peligroso, mis - terioso, víctima alienada, o incomunicada, es siempre un individuo al que la sociedad rechaza con firmeza y en muchas ocasiones con crueldad. El rechazo a veces es menos grosero y toma cierto aire de tolerancia o bien de protección paternalista. Algunas actitudes "científicas" sirven para enmascarar el rechazo a tra - vés de una consideración objetivadora que convierte al hombre enfermo en "cosa" para ser investigada. La propia imagen del psi - quiatra y de los profesionales de ayuda: enfermeros, asistente -

social, terapeuta ocupacional, etc. Está influída por el clima - psicológico en el cual vive inmerso. Unas veces parece partici - par de sus prejuicios y otras oponerse a la sociedad para ayudar al enfermo.[6]

Muchos hombres se preguntan hoy si es posible la existencia de - sociedades globalmente enfermas, o en términos menos radicales , si algunas culturas o circunstancias socio-económicas son mas - "patógenas" que otras, es decir, más nocivas para la salud mental de los individuos. Recientemente otras consideraciones parecen - ir mas lejos. Se preguntan algunos si la sociedad contemporánea tiende a fabricar enfermos mentales, porque el papel de enfermo sea mas aceptable que el de "marginal" o "inadaptado".

Ciertas colectividades caracterizadas por su desorganización so cial tenderían en tal caso a producir un número elevado de "ca - sos" psiquiátricos que en realidad serían mas bien "casos socia- les". Solo la malicia de la sociedad les forzaría a adoptar el papel de enfermos psíquicos para aislarlos y someterlos a trata-

---

6. Lópes Claramunt Fernando. Opcit, Pág. 62.

mientos médicos o psico-social, evitando así que estos individuos marginados se agrupasen hasta constituir una amenaza para la sociedad establecida. El psiquiatra clínico suele mantener una actitud de reserva crítica frente a lo que parecen excesos de interpretación culturalista, excesos que también son criticados por todos los sociólogos y psicólogos sociales sensatos. No se debe en todo caso confundir los resultados en el plano social de una enfermedad del cerebro con el paso de individuos marginados de la sociedad por no adaptarse a determinados criterios normativos. Otra cuestión es la de los posibles aspectos positivos en la crítica que "locos" y marginales hagan de la sociedad que los margina, asunto éste que escapa de la psiquiatría para ser de la competencia de la sociología o la ética. El dicho de que "solo el loco dice las verdades" merece ser tenido en cuenta, pero no tanto como para aceptarlos sin críticas. En relación con este problema se halla el de la autocrítica que en la sociedad surge a la vista del número de casos mas o menos psiquiátricos, pero en todo caso marginales, que viene produciendo la civilización industrial y según parece la post-industrial que se avecina. La proporción de alcohólicos, toxicómanos, suicidios, delincuentes y desviados sexuales invita a reflexionar sobre diversos aspec-

tos de las nuevas formas de vida, sobre todo en lo que se refiere a la organización del trabajo y del tiempo libre, la vida familiar, etc.

La interacción enfermo Psíquico-Sociedad puede tomar otro sesgo: El de la explotación de ésta por parte del enfermo. El "chantaje" de que muchos neuróticos hacen objeto a sus familiares, es bien conocido, como así mismo los abusos de quienes disfrutan días de baja y vacaciones merced a seguros y pensiones de enfermedad por padecimientos psíquicos para cuya determinación rigurosa existen dificultades.

La naturaleza de estas interacciones es mas o menos conflictiva en todos los casos. La asistencia social no escapa a la alternativa de ser agente o víctima de la explotación en cierta medida.

CAPITULO IV

EL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL MARCO INSTITUCIONAL

1. Ubicación
2. Roles
3. Participación profesional
4. Estructuración de la historia del caso por la trabajadora social.
5. Ilustración de historia social

CAPITULO IV

EL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL MARCO INSTITUCIONAL

1. UBICACION

La experiencia obtenida en el año 1976, como estudiantes en práctica de Trabajo Social en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena, y el trabajo de investigación realizado en los últimos tres meses, nos permiten conceptuar sobre el ejercicio profesional del trabajador social en esta Institución.

Como Trabajadoras Sociales sabemos que para el buen desempeño profesional, un aspecto de primordial importancia es la ubicación - que tome o tenga el trabajador social dentro de una Institución, factor del cual depende el éxito como profesional y la valoración de la carrera.

En la Unidad Psiquiátrica de Cartagena, la ubicación que tiene el trabajador social no está claramente establecida, debido a una serie de limitaciones, aspecto que se tratará con mayor amplitud en el capítulo siguiente.

Como consecuencia de lo anterior, actualmente la labor del Traba

jador Social, se ha reducido a una función meramente asistencial. Desde 1972 hasta 1975, los Trabajadores Sociales que desempeñaron su labor psiquiátrica, trabajaron en la parte asistencial y do - cente, señoras licenciadas Blanca J. de Rovira y Olga H. de Daza.

2. ROLES

Para analizar los roles que desempeña el Trabajador Social en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena, tenemos que partir del punto - de la ubicación que tiene el Trabajo Social en esta Institución y la función asistencial que se ha mantenido en el desempeño profesional del Trabajador Social, situación que nos permite decir que el profesional de Trabajo Social ha reducido su acción al rol de Terapeuta, si se tiene en cuenta el trabajo que realiza en lo que se refiere a la atención y recuperación del paciente psiquiátrico. Paralelo a este rol, promueve a las personas que llegan solicitando los servicios de la Institución a hacer una mejor utilización de éllos, también promueve a los familiares de pacientes en el tratamiento a seguir posteriormente fuera de la Unidad y la aceptación de éste en el hogar.

3. PARTICIPACION PROFESIONAL

La participación profesional del Trabajador Social en la Unidad Psiquiátrica está intrínsecamente establecida en el cumplimiento de la función y roles que desempeña este en la Unidad, aspecto tratado en los párrafos anteriores.

Participa en:

- La recuperación del paciente mental, en aquellos casos en donde elabora el estudio psico-social del mismo.
- Atención de casos llegados a la Institución, solicitando sus servicios.
- Relocalización de familiares de pacientes hospitalizados.

4. ESTRUCTURACION DE LA HISTORIA DEL CASO POR LA TRABAJADORA SOCIAL.

Consideramos a la historia del caso como un elemento de la mayor importancia en el proceso de comprender al paciente y su enfermedad. Desde el punto de hacer un diagnóstico psiquiátrico, no siempre es necesario tener una narración larga y complicada de la historia de la vida del paciente, pues la función diagnóstica de la historia del caso es sólo uno de sus aspectos. Antes de poder

formular un pronóstico (ésto es una predicción del probable curso de la enfermedad y de la posibilidad de curación). Resulta vital tener un conocimiento de la forma en que comenzó y progresó hasta la fecha la enfermedad. En realidad es a veces más valioso en el campo de la psiquiatría considerar a las enfermedades como una serie de procesos más que como una entidad patológica; haciendo ésto, podemos buscar información en una forma más lógica, aunque actualmente será necesario integrar nuestros datos dentro de una forma diagnóstica ya que éste es el primer paso para planear el tratamiento. El siguiente paso, o sea el pronóstico, es igualmente importante y debe basarse, como el diagnóstico, en hechos y no en material anecdótico sobre el caso. El tratamiento en psiquiatría no se relaciona únicamente con el paciente. Tiene que ver con el paciente en su ambiente total que incluye a su familia, su hogar, su trabajo y todas las otras áreas de su existencia que afectan su bienestar psicológico. Resulta extremadamente importante que la conducta alterada del individuo mentalmente enfermo sea apreciada con comprensión por todos aquellos que le rodean y es parte de la labor de la Trabajadora Social ver que ésto se lleve a cabo. Sin embargo, antes que podamos hacer cualquier plan para ello es necesario aprender mucho acerca de la constelación social del paciente. Qué también comprendan los fa-

miliares la situación? Qué tanto han participado éllos en el desarrollo de su enfermedad? Qué tipo de apoyo son capaces de proporcionar al paciente durante y después del tratamiento?

Todos estos factores y muchos más hacen indispensable recolectar hechos y observaciones en detalle, de modo que puedan ser presentados en una forma que permitirá la comparación fácil entre la historia dada por el paciente (que generalmente será registrada por el psiquiatra) y la tomada por la Trabajadora Social de un familiar o de algún informador importante.[7]

Como ya hemos demostrado, sin esta historia el proceso de la enfermedad y sus complicaciones sociales pueden con facilidad ser mal comprendidas.

Ya hemos indicado que la historia del caso debe ser ordenada y seguir un patrón, pero el sistema que delineamos no debe necesariamente ser seguido al pie de la letra. El orden en el cual se discuten los diferentes tópicos con un paciente o familiar frecuentemente será determinado principalmente por el camino que

---

7. Munro, Alistair. Opcit, Pág. 38.

tome la conversación. Generalmente hablando los datos deben ser recolectados en el momento más conveniente y ser puestos posteriormente en una forma que haga disponible con más facilidad la información. Normalmente es necesario tener varias entrevistas con un paciente o familiar a fin de completar el esquema, aunque, en el caso particular de pacientes que han intentado suicidarse, es necesario obtener una historia detallada del caso con el mínimo de retraso.

La gran mayoría de pacientes agudos están preparados a cooperar en proporcionar la historia detallada de su vida, pero como es normalmente el psiquiatra quien averiguará esta información al profesional de Trabajo Social. Le debe preocupar sobre todo las historias de los casos tomados por Trabajadores Sociales, de los familiares, quienes pueden estar mucho menos dispuestos a proporcionar información personal acerca del paciente. Pueden, en ocasiones, pensar que son desleales o que están haciendo mal al discutir la vida privada del individuo, y mostrarse poco dispuestos a razones, siendo la más común que no pueden comprender la necesidad de hacerlo. En muchos casos, preferirían no sentirse responsables de cualquier que pueda haber jugado un papel importante en la génesis de la enfermedad mental del paciente y no nece-

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA (Univ. de C/GC.) HEMEROTECA

sariamente supone, como en el caso del paciente con su médico, - que gozarán de completa confidencialidad. El paciente, en su entrevista con el psiquiatria, generalmente acepta que se tomen notas, pero el familiar que está siendo entrevistado por la trabajadora social puede no mostrarse contento de que se haga ésto.

5. ILUSTRACION DE HISTORIA SOCIAL

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

ESTUDIO PSICO-SOCIAL.

Agencia:	Departamento de Psiquiatría
Nombre del paciente:	X
Historia Nº:	
Estado civil:	Soltero
Edad:	24 años
Ocupación:	Mensajero
Dirección:	
Religión :	Católica
Fecha ingreso:	Junio 6 de 1975
Fecha egreso :	Aún recibe tratamiento
Instructora de práctica:	
Estudiantes en práctica:	

HISTORIA PERSONAL

Descripción física: Paciente de raza mestiza, en regular estado

músculo-nutricional, quien parece estar crónicamente enfermo y - cuya edad cronológica parece no concordar con su edad aparente . Actualmente se encuentra bien orientado en las cuatro esferas.

Breve descripción de la vida del paciente: Nació en Cartagena el 16 de Noviembre de 1951. Durante su niñez padeció de asma que cedió bajo tratamiento médico y además tuvo tosferina; niega virosis de la infancia y convlusiones. Realizó estudios hasta de bachillerato; durante su infancia era un niño obediente y sumiso - muy apegado al hogar, pero con relaciones interpersonales normales para su edad. A los 12 años descubrió que su padrastro mantenía relaciones íntimas con la muchacha del servicio dentro del hogar. Estos al verse descubiertos, se unieron en complicidad para que la muchacha lo atrajera, llegando a conseguir relaciones sexuales entre ésta y el paciente, creándole así al paciente una situación conflictiva y frustrante.

A raíz de la situación anterior y de diferencias con su padrastro el muchacho (paciente) se dedicó a las bebidas alcohólicas y posteriormente a la marihuana y drogas, viéndose varias veces enredado en líos policiales. Fué recluído por sus familiares en un - reformatorio en Cúcuta debido a su conducta antisocial. Allí es-

tuvo un tiempo no especificado, hasta ser trasladado a la Clínica Psiquiátrica de Turbaco. De esta institución fué traído al Departamento de Psiquiatría el 6 de Junio de 1975 en donde actualmente está bajo tratamiento.

DESCRIPCION DEL HOGAR

El paciente se desarrolló en un hogar de nivel cultural aceptable y social medio-alto, económicamente podían solventar todas sus necesidades básicas.

Lugar que ocupa en la familia: Cronológicamente el paciente ocupa el segundo lugar de dos hermanos.

CARACTERISTICAS DEL PADRE, MADRE, HERMANOS, PARIENTES.

Padre: persona que tenía una buena estabilidad económico-social, pero muy irresponsable con su hogar. La madre del paciente se vió precisada a abandonarlo a causa del maltrato que le daba teniendo el paciente seis meses de edad.

Madre: persona responsable con su hogar, quien sobreprotegió al paciente para compensar el rechazo del paciente hacia aquel.

Hermana: quien se casó muy joven, reside fuera del país y no le ha dado ningún apoyo psicológico al paciente.

Padrastro: persona ésta que no supo comprender al paciente, presentándole continuamente una actitud agresiva y hostil en cualquier situación.

AMBIENTE PSICOLOGICO DEL HOGAR

No hay al parecer enfermos mentales en la familia, su madre en la entrevista se muestra triste, afligida y llorosa, permanece tomando tranquilizantes y bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Su enfermedad se inició hace más o menos diez años (1965), por el abuso del alcohol, marihuana y drogas mostrando una conducta patológica en su hogar y en la calle. Mantenía amistad con un señor mayor que él de nombre "Justo" (al parecer yerbatero) a quien consideraba como un consejero y en quien tenía una fé ciega. Este señor le facilitaba y vendía la marihuana; viéndose el paciente obligado a robar cualquier cosa (dinero u objetos) para de

esta manera pagarle a su amigo.

HISTORIA SOCIAL INDIVIDUAL

El paciente tenía relaciones sociales dentro de los límites normales con personas de su grupo. Utiliza mecanismos para evadir responsabilidades de su conducta.

AREA DE LAS ACTIVIDADES DE GRUPO

Actualmente pertenece al grupo de jóvenes con problemas de drogas. Durante las reuniones permanece callado y no opina espontáneamente.

ASPECTOS OCUPACIONALES

Trabajó en el dispensario del Bosque de los Seguros Sociales, como mensajero. En esta Institución Psiquiátrica se mantiene ocioso.

RELACIONES CON LA FAMILIA

Es inadecuada su relación, debido a su conducta agresiva mientras está en casa. Es por ésto que lo rechazan queriéndolo mantener en la Unidad.

DIAGNOSTICO CLINICO

Toxifrenia

DIAGNOSTICO SOCIAL

El problema es familiar a causa de las malas relaciones que mantiene con su padrastro, siendo proyectadas hacia su madre. Los - numerosos problemas que tuvo que afrontar el paciente dentro del hogar lo indujeron a buscar un escape en las drogas, alcohol y marihuana, convirtiéndolo en un antisocial.

CONTACTOS

Entrevista personal con el paciente, visitas domiciliarias y entrevistas con colaterales (médicos y enfermeras).

CAPITULO V

RESULTADO DE LA INVESTIGACION EVALUATIVA DE LA LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA UNIDAD PSIQUIATRICA DE CARTAGENA.

1. Análisis e interpretación de datos
2. Papel del trabajador social en la psiquiatría moderna
3. Análisis Comparativo

   Anexo: Presentación del programa psiquiátrico en la comunidad realizado por alumnas practicantes de 1976.

   Conclusiones y Recomendaciones

   Bibliografía.

CAPITULO V

ANALISIS DE LA INVESTIGACION PRACTICA

Presentamos en este capítulo la interpretación de los datos obtenidos en la encuesta realizada en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena, al personal profesional y auxiliar de esta Institución , acerca del ejercicio profesional del Trabajador Social en el período de 1976 en la Unidad, con el fin de presentar más adelante la evaluación de éste y la confrontación con el ejercicio ideal del Trabajador Social en Psiquiatría

1. Interpretación de datos
2. Papel del Trabajador Social en la Psiquiatría Moderna.
3. Análisis Comparativo.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Cuestionario tipo A

Esta encuesta tiene como objetivo comprobar las hipótesis plàn - teadas en el anteproyecto de tesis: "Ejercicio profesional del Trabajador Social en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena".

ENCUESTA Nº. _____ FECHA _____

NOMBRE _____

EDAD _____ PROFESION U OFICIO _____

UBICACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA UNIDAD PSIQUIATRICA DE CARTAGENA.

1º. El trabajador social está ubicado en la parte administrativa o en la Asistencial?

Administrativa _____ Asistencial _____

2º. Si está ubicado en la parte asistencial, cumple con funciones tales como:

a) Establecer relaciones con el equipo familiar del paciente

_____

b) Preparar emocionalmente a los familiares para la aceptación del paciente _____

c) Preparar al paciente para su adaptación al medio hospitalario _____

d) Elaborar el estudio psico-social del paciente _____

3º. Si está ubicado en la parte administrativa participa en la programación de la Institución a través de que mecanismo?

_____

_____

_____

4º. Cree usted que la ubicación que tiene el trabajador social en la Unidad Psiquiátrica es la adecuada? Si _____ No _____

Por qué? _____

_____

5º. Existe confusión en el desempeño de roles y funciones por parte del trabajador social? Sí _____ No _____

Por qué? _____

_____

6º. Como trabajador social de la Unidad Psiquiátrica, que sugeriría usted para una verdadera identificación de roles?

_____

_____

7º. Participa el trabajador social en la elaboración de los programas de la Institución?

Sí_____ Cómo _____

No_____ Por qué _____

_____

8º. El trabajador social hace parte del equipo profesional de la Institución?

Si_____ Por qué _____

No_____ _____

9º. Ha llevado el trabajador social programas dirigidos a la comunidad geográfica?

Si_____ Cuáles _____

No_____ Por qué _____

10. Considera necesaria o innecesaria la intervención del trabajador social en la problemática de la salud mental?

Necesaria _____ Por qué? _____

Innecesaria____ Por qué? _____

11. Desde que usted trabaja con la Unidad Psiquiátrica considera que la labor del trabajador social ha sido:

Dinámica _____ Estática _____

Variable _____ Muy dinámica _____

12. Considera que el trabajador social en la Unidad Psiquiátrica

ha tenido limitaciones que impiden su buen desempeño profesional?

Sí_____ No_____ Diga cuáles _____

_____

13. Cuáles serían sus sugerencias para una mejor prestación de servicios de la Institución?

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA
Univ. de C/gena
HEMEROTECA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Cuestionario tipo B

Esta encuesta tiene como objetivo comprobar las hipótesis planteadas en el anterproyecto de tesis: "Ejercicio profesional del Trabajador Social en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena".

ENCUESTA Nº. _____ FECHA _____

NOMBRE _____

EDAD _____ OCUPACION U OFICIO _____

1º. Qué es para usted un trabajador social?

_____

_____

2º. Sabe qué funciones realiza el trabajador social en la Unidad Psiquiátrica?

Si_____ No_____ Cuáles _____

_____

3º. Considera que el trabajador social colabora en la recuperación del paciente mental?

Si_____NO _____ En qué forma? _____

Por qué? _____

4º. Cree que el trabajador social trabaja conjuntamente con los

demás profesionales de la Unidad Psiquiátrica?

Si_____No _____

5º. Llegado el caso acudiría usted a un trabajador social?

Si_____ No_____ Porqué? _____

_____

6º. Cuándo cree usted que una persona acude a un trabajador social? _____

_____

7º. Cuánto tiempo tiene de estar trabajando en la Institución?

a) De 0 a 2 años

b) De 2 a 5 años

c) De 5 o más años

8º. Cree que durante ese tiempo la labor del trabajador social en esta Institución ha sido la misma?

Si_____ No_____ Por qué? _____

9º. Cree o nó necesario que en la Unidad Psiquiátrica funcionen trabajadores sociales?

Si_____ No_____ Por qué? _____

_____

10. Considera usted que el trabajador social ha tenido obstáculos que hayan limitado su labor profesional?

Si_____No_____ Díaga cuáles? _____

_____

1. INTERPRETACION DE DATOS

CUADRO Nº. 1

UBICACION DEL TRABAJADOR SOCIAL 1976

	FRECUENCIA	%
Administrativa	2	20
Asistencial	8	80
Total	10	100

ANALISIS

Del total de la muestra tomada, en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena, un 80% manifestó que el trabajador social está ubicado únicamente en la parte asistencial. Sólo un 20% cree que el trabajador social está ubicado en la parte administrativa de la Institución, lo que indica que el profesional de Trabajo Social solamente lleva funciones de asistencia en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena.

CUADRO Nº. 2

ES ADECUADA LA UBICACION QUE TIENE EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA UNIDAD 1976

	FRECUENCIA	%
Si	3	30
No	7	70
Total	10	100

ANALISIS

El 70% del personal profesional de la Institución, opina que la ubicación que tiene el trabajador social dentro de ella, no corresponde a lo que profesionalmente puede desempeñar. El 30% restante conceptúa que si es la adecuada.

CUADRO Nº. 3

EXISTE CONFUSION DE ROLES Y FUNCIONES. 1976

	FRECUENCIA	%
Si	7	70
No	3	30
Total	10	100

ANALISIS

El 70% de las personas encuestadas respondieron afirmativamente al cuestionamiento sobre la confusión que existe en el desempeño de roles y funciones por parte del trabajador social. El 30% considera que no existe tal confusión.

CUADRO Nº. 4

PARTICIPA EN LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE LA INSTITUCION

1976

	FRECUENCIA	%
Si	-	-
No	10	100
Total	10	100

ANALISIS

El total de la muestra tomada manifiesta que la participación en la elaboración de programas de la Institución por parte del trabajador social es totalmente nula.

CUADRO N2. 5

HACE PARTE EL TRABAJADOR SOCIAL DEL EQUIPO PROFESIONAL

1976

	FRECUENCIA	%
Si	8	80
No	2	20
Total	10	100

ANALISIS

El total de las personas que contestaron afirmativamente (80%) parten del punto que, siendo el trabajador social un profesional, por ende hace parte del equipo de profesionales que funcionen en una Institución.

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA Univ. de C/gua HEMEROTECA

CUADRO Nº. 6

HA LLEVADO PROGRAMAS DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD GEOGRAFICA

1976

	FRECUENCIA	%
Si	-	-
No	10	100
Total	10	100

ANALISIS

El 100% de la muestra, afirma categóricamente que el trabajador social no ha llevado programas dirigidos a la comunidad geográfica, si se tiene como base el hecho de que su función se ha reducido únicamente a la parte asistencial.

CUADRO Nº. 7

ES NECESARIA O NO LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA SALUD MENTAL. 1976

	FRECUENCIA	%
Necesaria	10	100
Innecesaria	-	-
Total	10	100

ANALISIS

La muestra en su totalidad cree necesaria la intervención profesional del trabajador social en la problemática de la salud mental, teniendo en cuenta el carácter de la profesión y la incidencia de los factores sociales en la enfermedad mental.

CUADRO Nº. 8

COMO HA SIDO LA LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL. 1976

	FRECUENCIA	%
Dinámica	2	20
Estática	-	-
Variable	8	80
Muy dinámica	-	-
Total	10	100

ANALISIS

La labor del trabajador social desde que se incorporó a la Unidad Psiquíatrica ha sido variable, según nos demuestra el porcentaje obtenido en la encuesta (80%).

ANALISIS DE LA ENCUESTA LLEVADA AL PERSONAL AUXILIAR DE LA UNIDAD PSIQUIATRICA DE CARTAGENA, SOBRE EL "EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ESTA INSTITUCION".

Los datos obtenidos en la encuesta sobre el conocimiento del profesional de Trabajo Social, por parte del personal auxiliar de la Institución nos está demostrando que no existe un conocimiento real del trabajador social, para estas personas este profesional es "una persona de beneficio que ayuda a resolver los problemas económicos de la gente necesitada".

En cuanto a la participación del trabajador social en la recuperación del paciente mental, el total de las personas encuestadas manifiesta que este profesional, colabora orientando a los familiares para que se continúe el tratamiento del paciente, dándoles "consejos" sobre su situación.

La imagen que tiene este grupo de personas del profesional de Trabajo Social les hace pensar que se acude al Trabajador social cuando se tiene problemas principalmente de tipo económico.

En lo que se refiere a la labor que ha desempeñado el Trabajador

en tl tiempo que el personal encuestado ha estado trabajando en la Unidad, consideran que ha sido la misma, ya que éllos se han dado cuenta que el Trabajador Social siempre se ha dedicado a: "ayudar a internar y dejar salir al paciente".

Piensan que el Trabajador Social es necesario porque es la persona que va a ayudar económicamente a aquellos pacientes que lo necesiten.

Como podrá observarse, no existe una verdadera identificación de la profesión de Trabajo Social; fenómeno que está dado por la imagen de "persona caritativa" que tienen del profesional de Trabajo Social.

2. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PSIQUIATRIA MODERNA

1977

Los psiquiatras son médicos cuyo adiestramiento les permite reconocer los signos de las afecciones mentales.

Cuando el psiquiatra ha decidido un diagnóstico, su principal preocupación es ayudar al paciente a mejorarse lo mas pronto posible. Para poder efectuar una cura, tiene que aplicar la forma mas apropiada de tratamiento; en comparación con otras ramas de la medicina, el tratamiento psiquiátrico es aún muy empírico,pe-

ro el grado de especificidad con que la terapia puede ser prescrita va cada día en aumento.

De todos los especialistas médicos, el psiquiatra debe ser el más consciente de que cualquier enfermedad se encuentra inextricablemente entrelazada con la personalidad del que la sufre; la personalidad puede modificar el aspecto de la enfermedad y la enfermedad puede a su vez afectar la personalidad y la conducta. Esto puede también provocar alteraciones en la conducta de otros miembros de la familia, lo cual es resentido por el paciente y en consecuencia se produce mayor deterioro de su estado mental. El tratamiento para ser eficaz, debe tomar en cuenta a toda la persona, y cuando estamos enfrentándonos a una enfermedad psiquiátrica debemos ser conscientes de todos los factores que pueden ser de importancia social; por ejemplo, no es fácil tratar una enfermedad depresiva cuando el hombre que la sufre se encuentra constantemente preocupado de poder perder su empleo. Ni es factible que las drogas curen un estado de ansiedad en una mujer, si se pasa desapercibido el hecho de que se encuentra desilusionada porque su esposo la ha abandonado y la ha dejado al cuidado

de un gran número de hijos.[8]

Es deber del psiquiatra tratar las enfermedades lo mas eficazmente posible. A veces, puede hacer frente a los problemas sociales que contribuyen a la ansiedad de un paciente pero rara vez tiene tiempo para profundizar en este aspecto. A fin de poder ganar la confianza del paciente y mantener una relación terapéutica, con frecuencia es útil tener a alguien mas que se haga cargo de la familia y trate de resolver los problemas ambientales. La trabajadora social como profesional en el área social posee las herramientas para tratar los aspectos sociales del problema que inciden en la vida del paciente.

La psiquiatría es un esfuerzo de equipo y la trabajadora social junto con la enfermera, el psicólogo clínico, el terapeuta ocupacional y otros, son un miembro sumamente valioso de dicho equipo. Desgraciadamente sus servicios no siempre son uti-

---

8. Manro Alistair, Opcit, Pág. 23.

lizados en forma eficaz. Debe jugar una parte importante en todas las etapas del proceso de tratamiento; por ejemplo, en obtener antecedentes respecto a la enfermedad y asus posibles factores precipitantes a fin de facilitar el diagnóstico, en proporcionar apoyo y ayuda practica al paciente y a sus familiares; en preparar al paciente para su recuperación y en reducir las sobrecargas ambientales que pudieran afectarlo adversamente cuando regrese a su hogar; y en supervisar al paciente y a su familia después de que aquel ha sido dado de alta en el hospital. En cualquier nivel, una gran parte del trabajo social está relacionada con resolver problemas; con bastante frecuencia la trabajadora social recibe el problema más intratable cuando ya todos los demás se han tratado y fallado. Cuando el caso que se le encarga no es sino lo que otras personas han desechado, se están desaprovechando muchas de las habilidades especiales de la trabajadora social. Quisiéramos recalcar los aspectos positivos del trabajo de los casos y creemos que una de sus principales funciones es actuar como contrapeso a la actitud demasiado clínica que ya hemos mencionado. El psiquiatra con una apreciación inteligente de la importancia de los factores sociales en las enfermedades mentales recibirá con criterio profesional la ayuda que le proporcionan sus colegas, las trabajadoras sociales.

En líneas generales, nuestra área de trabajo podemos dividirla en dos grandes grupos: la Tarea Intramural, ó sea la que se realiza dentro del establecimiento y la Extramural, es decir, la que se lleva a cabo fuera del establecimiento.[9]

Dentro del Area Intramural: La tarea se dedica especialmente con los pacientes, pero también suele extenderse a los familiares de pacientes 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.

La función dentro del Hospital mental, consiste en el tratamiento integral del enfermo mental, ya sea con internación o en el consultorio externo.

El Trabajo Social se integra a esta función a través de distintas funciones parciales, como:

---

9. De Ledesma, Rosa María Becerra, Opcit, Pág. 79.

1. Entrevista de admisión, tanto al enfermo como al familiar ó - quien le acompañe.
2. Integrante del equipo psiquiátrico que atenderá al paciente.
3. Tratamiento a la familia, en caso de ser necesario, pero en todos los casos trabajar con ella para mantenerla al tanto de la evolución de los pacientes.
4. Seguimiento de los casos dados de alta por un período deter - minado, según el caso.
5. Proyección a la comunidad inmediata, y mediata, ya sea trabajando con ella o a través de charlas informativas, organiza - das al efecto de motivar a la comunidad para la aceptación - del enfermo mental rehabilitado.
6. Orientación y/o derivación a otras instituciones de los casos que así lo requieran.
7. Investigaciones que permitan ir esclareciendo la problemática del enfermo mental.

<u>En el Area Extramural</u>: Se comprende la labor que debe realizarse con la familia, los grupos relevantes (laborales, escolares, etc) con otras instituciones ó dependencias (por razones de trámites) y lo que se entiende por proyección comunitaria.

Las actitudes de la familia, los amigos, los empleadores, la co-

munidad toda para con el enfermo mental, constituyen factores relevantes que actúan sobre la capacidad de recuperación del paciente. Es decir, que una actitud prejuiciada hacia el enfermo mental, limita en mucho su posibilidad de volver a integrar la comunidad como un miembro productivo de ella.

Es evidente que, para llegar a modificar integralmente esta actitud prejuiciada ante el enfermo mental o ante quienes han recibido atención psiquiátrica, lo útil y necesario es una campaña educativa continua a nivel nacional pero, a falta de ella, el trabajador social psiquiátrico debe tomar a su cargo, en la medida de sus posibilidades, cubrir esta necesidad.

El trabajador social psiquiátrico debe informar y enseñar la manera de comprender la conducta de los enfermos mentales a su familia, maestros, empleadores, etc. Todo el tratamiento al paciente debería estar acompañado por esta tarea paralela, ya que esa es la manera mas segura de alcanzar éxito.

Con la Familia: Aclaramos en primer lugar, que al utilizar el término "familia", no limitamos en él a las relaciones de parentesco, sino que comprendemos a todas aquellas personas que han

mantenido ó mantienen un vínculo relevante para con el enfermo . El trabajo con la familia comprende distintos aspectos que, si bien pueden no ser correlativos, tampoco son excluyentes, sino - complementarios. Las prioridades del enfoque están determinadas por cada caso en particular y siempre partiendo de la premisa de que, la no participación dela familia en el tratamiento, es el camino más seguro de un futuro reingreso del paciente a la ins - titución psiquiátrica con el consiguiente desgaste y frustración Se trabaja con la familia, para:

1. Realizar un estudio de su problemática socio-familiar que pudiera estar coadyuvando a la patología del paciente.
2. Efectuar el análisis de las relaciones de la familia con el - enfermo.
3. Realizar el tratamiento social a través de reuniones periódicas durante las que se orientará, mediante técnicas de clarificación, a los distintos miembros para que logren alcanzar - niveles más armónicos de convivencia y un mayor grado de equilibrio, contribuyéndose con ello a la terapéutica global, incluído el enfermo.
4. Preparar para el reintegro del paciente a su núcleo familiar. La proximidad de alta de un paciente implica el cambio estruc

tural de su personalidad; por ende, la reincorporación al grupo familiar promueve una reacomodación de las relaciones entre todos los miembros. La forma más eficiente para lograr esta reacomodación está dada por el hecho de que el grupo familiar haya acompañado al enfermo en su evolución o sea, que se haya preparado para asumir nuevos roles que deriven en conductas mas adaptadas a una realidad actual, distinta de aquella en que se dió la enfermedadmental.

La experiencia demuestra que las familias que han permanecido al margen del tratamiento del enfermo son las mas reacias a aceptarlo al recuperarse.

Otra manera de trabajar con familias es, a través de grupos integrados con los familiares de enfermos mentales; se trata de grupos integrados por los familiares de enfermos con patología similar. El objetivo es atenuar las ansiedades que provoca la enfermedad mental, a través de un proceso de interacción entre los miembros del grupo. El Trabajador Social orienta y clarifica a los integrantes del grupo para que encuentren soluciones comunes, apoyándose en el intercambio de problemáticas similares.

La comprensión y aceptación de la familia para con el paciente

mental recuperado, como persona capaz de incorporarse nuevamente a la sociedad con plenitud, constituye la base fundamental para que la comunidad también lo acepte. Si bien, en algunos casos, el trabajador social podrá ocuparse de la clarificación y educación sobre lo que significa la enfermedad mental y las posibilidades de recuperación en áreas más extensas, como lo son la laboral y la misma comunidad, esta es una tarea muy amplia que deberá ser encarada a otro nivel.

El trabajador social cumple con distintos tipos de funciones; - promocionales, preventivas, asistenciales, de rehabilitación y - de investigación. La primera está referida a promocionar la "salud mental" y las otras a prevenir, asistir, rehabilitar e investigar la enfermedad mental.[10]

Cubre estas áreas a través de:

1) Acciones promocionales: efectuar acciones de promoción de la salud mental a través de tareas de educación sanitaria a nivel del establecimiento y en el campo de influencia comunitaria del hospital.

---

10. De Ledesma, Rosa María Becerra. Apcit, Pág. 136-137.

2) Acciones preventivas:

a) Efectuar acciones preventivas procurando la participación de estructuras comunitarias que graviten sobre la población tales como escuelas, centros religiosos, laborales, recreativos y culturales. Estas acciones se llevarán a cabo a través del trabajo con grupos ya existentes o a formarse, a los que el trabajador social deberá integrarse como profesional.

b) Dirigir las acciones preventivas, tanto al fortalecimiento inespecífico de la personalidad, como a la prevención específica del riesgo; las acciones estarán fundamentalmente centradas en la prevención del desajuste y la inestabilidad familiar, en la preparación para encarar la problemática psicosocial determinada por los ciclos vitales y períodos transicionales, en la información de educadores y líderes comunitarios sobre principios básicos de higiene mental, etc.

c) Utilizar, fundamentalmente, técnicas de grupo y de organización de la comunidad como los más adecuados para actuar en el nivel de prevención primario.

3) Acciones asistenciales

a) Aplicar a aquellos pacientes a los que el hospital otorgue prestaciones de nivel secundario (tratamiento ambulatorio, internaciones breves), de acuerdo con las pautas establecidas para este tipo de pacientes en la normatización de funciones delos hospitales psiquiátricos.

b) Propiciar la formación de grupos cuyos integrantes presenten aspectos similares de patología psicosocial (alcohólicos, individuos con problemas de conducta en cualquier etapa de la edad evolutiva, etc.), se trabajará con estos grupos intra y extramuralmente.

c) Actuar en la atención de los problemas sociales detectados en las emergencias psiquiátricas tales como represiones , crisis familiares, intentos de suicidio, brotes psicóticos etc.

4) Acciones de rehabilitación

Trabajar en la rehabilitación individual para obtener el máximo de aptitud social, conducta adecuada y aceptación y tolerancia mutua entre individuos y medio ambiente. Estas acciones no solo comprenderán al paciente, sino que sus efectos deberán alcanzar tanto al ámbito familiar como al comunitario.

5) Acciones de investigación

Participar en el planeamiento y ejecución de las investigaciones epidemiológicas que se efectúen, al igual que en otras investigaciones sociales que se programen.

La rehabilitación del enfermo mental depende, fundamentalmente, de encontrar solución para tres necesidades fundamentales del ser humano en general:

1. Un sitio donde vivir;
2. Alguien que se preocupe por su bienestar; y
3. Un trabajo que desempeñar.

La tarea del trabajador social psiquiátrico con la familia apunta a lograr los dos primeros puntos, y una vez alcanzados este primer objetivo, la misma familia, el ex-paciente y el trabajador social psiquiátrico, en forma conjunta y acompañados por una campaña de esclarecimiento, podrán tener las máximas posibilidades para cubrir esa tercera necesidad. Recién en ese momento se podrá hablar del éxito de los tratamientos psiquiátricos y no cuando se de´ un alta hospitalaria.

3. ANALISIS COMPARATIVO

Luego de presentar el resultado de la investigación, realizada -

en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena, sobre el desempeño profesional del trabajador social en esta Institución y de haber planteado el ejercicio profesional que debe llevar el trabajador social en este tipo de Agencia, expondremos a continuación el resultado de la confrontación de los dos lineamientos antes mencionados.

En primera instancia tenemos que mencionar el aspecto de la Institución como parte de una entidad oficial, a la que se ha mantenido olvidada por su carácter. El concepto que tiene nuestra sociedad sobre el paciente mental, el cual es llamado despectivamente "loco" o trastornado, es el elemento de mayor juicio para que se considere a la Unidad Psiquiátrica como lo último en cuanto al reconocimiento que como Institución de Salud Pública debía tener por parte de sus directivos.

Es así como, la limitación fundamental que tiene como base lo expuesto anteriormente, es la falta de recursos económicos que no permiten una adecuada prestación de servicios. Este factor eslimitante para el ejercicio de los profesionales y personal auxiliar que en la Unidad laboran.

Alrededor de esta limitación, gravitan muchas otras que también

están repercutiendo negativamente en el funcionamiento de la Institución, y que son consecuencia inmediata del abandono en que se tiene a la Unidad Psiquiátrica como son falta de organización administrativa, un local adecuado e independiente y la falta de recursos materiales.

Partiendo de los factores limitantes que hemos mencionado, es comprensible entender entonces porque el trabajador social en su desempeño profesional en la Unidad, ha llevado sólo funciones de asistencia, sin haber realizado otras que el profesional de trabajo socialdebe llevar en el área psiquiátrica; si bien es cierto que desde su creación la Unidad Psiquiátrica de Cartagena, ha tenido muchas limitaciones, también lo es, el hecho que no se ha conseguido por parte del trabajador social la ampliación de su radio de acción, circunstancia dentro de la cual hay fallas por parte del mismo profesional, teniendo en cuenta que como tal posee las herramientas necesarias para enfrentarse a situaciones tales que le exijan sortear los factores negativos dentro de ellas y plantear la mejor forma posible de desempeñarse profesionalmente, aún con esos aspectos negativos.

ANEXO

1. Investigación realizada en la comunidad de La Quinta.

2. Evaluación de esta investigación

3. Programa de organización y desarrollo de la comunidad

4. Evaluación del programa.

I. INVESTIGACION REALIZADA EN LA COMUNIDAD DE LA QUINTA

PLAN DE TRABAJO

I Antecedentes históricos

II Ubicación geográfica

III Tipo de comunidad

1. Características de la población

a) Número de habitantes

b) Sexo

c) Composición étnica

2. Organización social y familiar

IV Recursos económicos

V Conocimientos. Creencias. Mitos. Normas. Costumbres. Sanciones de la comunidad.

VI Instituciones de influencia en la zona

a) Educativas

b) Recreativas

c) Públicas

d) Religiosas

VII Tipo de edificación predominante

VIII Servicios públicos

Conclusiones

Metodología

ANTECEDENTES HISTORICOS

La comunidad de La Quinta tiene aproximadamente 150 años de existencia; en sus principios el área estuvo ocupada por cuatro familias que eran propietarias del terreno, la comunidad en ese entonces era una hacienda conjunta en la cual sus propietarios llevaban cultivos de yuca, plátanos y frutas, y guardaban su ganado, en ese tiempo las haciendas eran denominadas "QUINTAS" de ahí proviene el nombre actual de la comunidad.

A medida que las primeras familias iban extendiéndose, las tierras iban siendo repartidas entre sus descendientes; otra forma de extensión de la comunidad fué la venta a personas ajenas del sector, hasta llegar a convertirse la antigua hacienda conjunta en un sector poblado por familias de diversos orígenes. Desde su fundación la comunidad no tuvo problemas de mayor trascendencia; en los últimos 20 años surgió el problema de Delincuencia y Drogadicción con caracteres graves, convirtiendo la comunidad en un sector de atracción para aquellas personas delincuentes de otros sectores que veían en ella un refugio de sus actividades delictuosas.

A raíz de ésto, la Acción Comunal del barrio, que venía funcionan

do 12 años atrás, en 1972 se dirigió a la Policía Nacional con - el fin de que se construyera un cuartelillo de Policía, que frenara el problema antes mencionado; lo que se hizo factible en el mismo año.

UBICACION GEOGRAFICA

Limita al Norte con el barrio El Toril y el Cielo, al Sur con el barrio de la Esperanza, al Este con el Cerro de la Popa y al Oeste con la Avenida Pedro de Heredia y el barrio Chino.

EXTENSION APROXIMADA DEL AREA

La comunidad tiene un total de 24 manzanas, que corresponden en medidas de superficie a 1.344 metros cuadrados aproximadamente.

TIPO DE COMUNIDAD

Es una comunidad urbana con algunas características tuguriales , un mínimo porcentaje de sus habitantes laboran como obreros.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

Los datos del censo de población de 1972 nos dá un total de 4599

habitantes repartidos en el sexo masculino 2.190 y en el femenino 2.409. En la comunidad predomina el mestizaje; hay un porcentaje menor de raza negra.

RECURSOS ECONOMICOS DE LA COMUNIDAD

No recibe ningún aporte económico de ninguna entidad del gobierno o privada.

CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, MITOS, NORMAS, COSTUMBRES Y SANCIONES

Un 35% de la población joven no se encuentra ubicada en ninguna religión, ya que se muestran indiferentes a ella.

Las personas mayores de la comunidad profesan la religión católica.

Puede decirse que existen un 60% de católicos, un 5% de otras religiones, como protestantes, evangélicos y testigos de Jehová.

INSTITUCIONES DE INFLUENCIA EN LA ZONA

Existe en la comunidad una escuela primaria mixta. Como institución recreativa cuenta con un teatro, que junto con un club de baile de música popular constituyen los únicos medios de recreación de una parte de la comunidad.

Dentro del área de la comunidad a pesar del porcentaje de católicos que existe no tiene iglesias.
La única institución pública la constituye el cuartelillo de Policía.

TIPO DE EDIFICACION PREDOMINANTE

En su mayoría las construcciones, son de material, aunque existen muchas con características tuguriales.

SERVICIOS PUBLICOS

El servicio de agua y luz lo tiene la comunidad pero en forma deficiente, no tiene alcantarillado.
Existen pocos telefonos particulares; sólo hay un teléfono público ubicado en el cuartelillo de Policía.

CONCLUSIONES

En el tiempo que las alumnas en prácticas han estado en la comunidad de la Quinta han detectado:

. Escasez de recursos económicos, dado el hecho de un alto porcentaje de desempleo.
. Daño físico y mental de la población joven de la comunidad, -

ocasionado por la ingestión de drogas.

. El alto consumo de drogas nos está mostrando la potencialidad de pacientes mentales en la comunidad.

. A través de los sondeos realizados en la comunidad, podemos decir que la situación del paciente mental es de completo abandono como paciente y como persona ya que se le menoscaba y considera objeto de burla.

En cuanto a la factibilidad dd programas de Trabajo Social, puede decirse que el sentimiento de "querer cambiar sus condiciones de vida", es el elemento de mayor importancia en los habitantes de la comunidad; teniendo en cuenta que el éxito de los programas depende de la aceptación y participación de la gente, es de particular importancia canalizar este recurso en la consecusión de los objetivos del programa.

METODOLOGIA

- Charlas informales con habitantes de la comunidad.
- Observación directa.
- Charlas formales con los grupos de presión de la comunidad.
- Entrevistas con los residentes antiguos de la comunidad.

2. Evaluación de la investigación realizada en la comunidad de La Quinta.

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA
Univ. de C/gena
HEMEROTECA

INTRODUCCION

La evaluación que a continuación presentamos es el resultado no solo de una investigación sistemática, sino el fruto del rol de investigador desempeñado por las alumnas en práctica de VII semestre; Nascira Yubrán, Nelly Martinez y Betty Romero, durante los meses de Marzo, Abril, Mayo y parte de Junio y se convierte de hecho en la base de la programación a llevar en la comunidad de la Quinta.

Al estar ubicadas como practicantes de Trabajo Social en el Departamento de Psiquiatría y como objetivo de la misma práctica : Integración de método, tenemos como una de nuestras funciones ver el aspecto de como se proyecta la institución hacia la comunidad; como parte inicial de nuestra labor profesional debíamos investigar la incidencia en los habitantes de la ciudad de Cartagena de las enfermedades mentales, luego conocer el grado de preparación de las comunidades con relación a la enfermedad mental, tuvimos que delimitar nuestro campo de acción, teniendo en cuenta la comunidad que mayor porcentaje de enfermos mentales tuviese, siendo esta el sector de la Quinta.

I. ASPECTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD

Con relación a la composición familiar dentro de la comunidad , vemos que las familias son bastantes numerosas, observándose tam - bién el caso de que la unión libre es muy frecuente, aspecto que es mirado con naturalidad y no hay rechazo o sanción de la comunidad hacia las personas que están en esta situación.

Relacionando esta variable con la capacidad física de las viviendas, nos damos cuenta que no existe una proporción entre ellas , lo que nos está mostrando el estado de hacinamiento en que viven un número bastante alto de familias de esta comunidad; situación que si se le suman otras características que son: condiciones de la vivienda y deficientes servicios públicos, puede considerarse en términos generales que un sector bastante amplio tiene características tuguriales.

Es una comunidad urbana cuyos habitantes, según la muestra tomada son naturales de la ciudad y descienden de las primeras familias que habitaron el sector.

Se observa que existen las familias medios de comunicación (ra - dios, TV), lo cual permite el acceso de las noticias a la comuni

dad.

En cuanto a la recreación la muestra nos arroja el resultado de que ésta para la comunidad se reduce a la serie de festivales - bailables en donde en realidad no está el motivo de la recreación por cuanto ellos no llevan ese sentido, ya que se convierte en - objetos de lucro para sus organizadores, originando una situación de malestar en parte de la comunidad que no está de acuerdo con la realización de estos festivales.

Es de anotar también la inexistencia de sitios de recreación en la comunidad.

En lo referente a creencias y religiosidad puede decirse que existe en la comunidad un gran número de personas fanáticas y seguidoras de creencias en espíritus y superchería; sin embargo se conserva un grupo que manifiesta profesar la religión católica , aún cuando no la practiquen.

ENFERMEDAD MENTAL

Los resultados obtenidos en el punto que se refiere a causas de - ella nos muestran que el mayor porcentaje se encuentra en el factor herencia, es decir, que para las gentes de la comunidad la enfermedad mental tiene como factor principal rasgos hereditarios,

auncuando creen que los enfermos mentales con una ayuda adecuada pueden llegar a mejorarse.

La comunidad establece diferencia entre el enfermo mental, el nervioso y el "loco" pero este concepto es muy relativo.
La enfermedad mental es considerada como algo normal y a pesar de las consideraciones antes espuestas no se le concede importancia.
La comunidad considera que la enfermedad mental puede presentarse en igual proporción en todas las zonas, edades y clases sociales.

III. PACIENTE MENTAL

Aparentemente, según los datos obtenidos el sector manifiesta aceptación hacia el paciente mental. Consideran que a la familia del enfermo mental debe dársele atención médica.

IV. HOSPITAL MENTAL

El concenso general nos está mostrando que la comunidad desconoce casi en su totalidad la existencia del Departamento de Psiquiatría.

Ven al hospital mental como el sitio en donde debían permanecer el tiempo necesario los pacientes mentales para su recuperación. En relación al conocimiento del psiquiatra, las personas saben que éste dedica su labor a los "locos", pero a ciencia cierta no le ven diferencia con el médico.

CONCLUSIONES

A través del conocimiento teorico-practico obtenido en el curso de la carrera, sabemos que los cuestionarios condicionan las respuestas de las personas, es así como en la investigación realizada en la comunidad de la Quinta, sus resultados están evidenciando la comprobación del postulado anteriormente mencionado; existen contradicciones marcadas en el conocimiento de la enfermedad mental, dado no solo por lo dicho, sino porque realmente la población está en un estado de ignorancia en lo que a ella se refiere.

Observamos también que la comunidad expresa aceptación hacia el paciente mental, pero en realidad este concepto es muy subjetivo, pues las personas aceptarían el planteamiento, en el supuesto que el paciente fuese familiar suyo.

Las consideraciones expuestas nos llevan a la conclusión que:

1) La comunidad tiene un elevado número de pacientes mentales que en la mayoría de los casos permanecen en sus casas sin ninguna clase de tratamiento.

2) Las personas no poseen conocimientos ni orientación al respecto.

Por consiguiente creemos que debe llevarse el programa de Educación Psiquiátrica comunitaria, teniendo en cuenta que la motivación ya se inició y hay un grado de aceptación hacia éste en la comunidad.

3. PROGRAMA "EDUCACION PSIQUIATRICA COMUNITARIA"

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA - HOSPITAL SAN PABLO

ZONA DE APLICACION: BARRIO LA QUINTA

INSTRUCTORA DE PRACTICA: OLGA HERRERA DE DAZA

ALUMNAS PRACTICANTES: NACIRA YUBRAN Q., NELLY MARTINEZ M.
BETTY ROMERO A.

Justificación: Luego de realizar un estudio sobre la incidencia de la enfermedad mental en Cartagena y las zonas en donde existe mayor índice de pacientes mentales, consideramos de suma importancia llevar un programa que tienda a preparar a la comunidad en un sentido general, sobre el significado y valor que tienen las personas que están alrededor del paciente mental y que en un momento dado influyen positiva y/o negativamente en su recuperación.

En tiempo y espacio debíamos circunscribirnos a una zona ya que la duración de un programa de esta naturaleza no estaría de acuerdo con nuestro tiempo de práctica en la Facultad, y conside-

rando también que un trabajo de comunidad requiere de un período de maduración con los habitantes de ella, muy superior al que nosotras disponemos; fué así como a través de la etapa investigativa de este programa y su evaluación nos dió como punto de partida que la zona en donde mayor número de pacientes mentales hay, es el sector de La Quinta, comunidad hacia la cual dirigiéramos nuestra labor profesional.

Obejetivo General

Llevar a la comunidad, mediante equipo de trabajo una serie de conocimientos que le permita adquirir una preparación con relación al paciente mental que repercuta más tarde en la recuperación de éste.

Objetivos Específicos

1) Aplicar la metodología integrada como estudiante de Trabajo Social.
2) Movilizar los recursos institucionales hacia el logro de los objetivos generales.
3) Orientar e informar sobre Trabajo Social a profesionales, estudiantes y personas de la comunidad que lo soliciten.

4) Coordinar actividades en relación con el programa.

5) Integrar el equipo profesional.

Recursos:

a) Humanos: La comunidad misma

Tres trabajadoras sociales en práctica

Una instructora de la facultad

Psiquiatra

Estudiantes de medicina.

b) Materiales:

Se cuenta solo con la colaboración de varias familias de la comunidad que llegado el momento facilitarán a las trabajadoras sociales sus residencias cmmo sitios de reuniones.

c) Financiero:

El programa no cuenta con ningún recurso económico.

Medios

Entrevistas personales

Reuniones con miembros de la comunidad

Charlas formales con psiquiatras y estudiantes de medicina que colaboran en el programa.

Contactos con colaterales

Visitas domiciliarias

Roles que se desempeñaran

Cnalizador

Orientador

Coordinador

Promotor

Estrategia de Intervención

Movilizar los recursos disponibles al máximo en la obtención de los objetivos.

Duración del programa

Se extenderá hasta el mes de octubre del presente año.

Periodicidad

Esta se presentará más adelante, luego de que se concrete con el equipo profesional el calendario de actividades.

Evaluación

Se evaluarán los resultados cada quince días, mediante la respuesta de la comunidad frente al desarrollo del programa.

4. EVALUACION DEL PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL REALIZADO EN LA UNIDAD PSIQUIATRICA DE CARTAGENA

NOMBRE DEL PROGRAMA: "Eduación Psiquiátrica Comunitaria"

AGENCIA: "Departamento de Psiquiatría"

COMUNIDAD: "La Quinta"

SUPERVISORA; Olga Herrera de Daza

Trabajadoras Sociales en práctica: Nacira Yubrán Q., Nelly Martínez M. Betty Romero A.

Periodicidad del Programa: VIII 12 de 1976 - X 29 de 1976.

Roles desemepeñados por el trabajador social.

Continuando con la segunda parte del proceso de práctica inicia-

do en el primer semestre académico de 1976, se planificó el programa a seguir teniendo como base el trabajo anterior, desempeñando las trabajadoras sociales los roles de motivador y canalizador de la comunidad hacia el programa, para el logro de los objetivos de éste; en base de las necesidades precarias de la comunidad en lo que a salud mental se refiere, se trazaron estos objetivos siendo necesaria la utilización de medios directos e indirectos de influencias y el despliegue de habilidades y técnicas a través de su papel como divulgador, promotor, motivador, investigador y formulador de políticas a la institución en su proyección a la comunidad geográfica.

2. Medios utilizados

Observación directa, charlas formales e informales con los grupos de presión existentes en la comunidad, entrevistas individuales, contactos con profesionales, visitas domiciliarias, terapia familiar.

3. Objetivos alcanzados

A través de las diferentes actividades en el curso del semestre, se alcanzaron los objetivos propuestos por las trabajadoras so-

ciales, llenándose de esta forma con los requisitos académicos exigidos por la Facultad y la responsabilidad adquirida con la comunidad de La Quinta; aunque para ello fue necesario introducir modificaciones en lo inicialmente propuesto.

4) Informe estadístico de casos

Durante el segundo período académico de 1976 se encontraron en la comunidad de La Quinta trece casos de pacientes con trastornos mentales, los cuales no habían sido atendidos anteriormente. De ellos, tres que presentaban trastornos epilépticos fueron remitidos a la Liga Colombiana de Epilepsia; el resto en lo que se refiere a la parte médica fueron remitidos al Hospital Universitario.

Hubo además atención de una de las pacientes hospitalizadas en la Unidad, en proceso de interconsulta.

También se atendieron los casos presentados en la oficina.

Conclusiones y Recomendaciones

Siendo la práctica de último año integrada, las trabajadoras sociales a través de la investigación y observación consideraron que en primera instancia debía realizarse el trabajo de comunidad

geográfica y de esta forma hubiese una vinculación de la Institución con las comunidades aun cuando; no se trazaron como objetivos inmediatos el realizar comunidad funcional, esta puede darse en la medida en que Trabajo Social siga vinculado al Departamento de Psiquiatría, dándole importancia al criterio que enfermedad y salud mental no puede restringirse sólo al individuo sino que debe abarcarlo dentro del grupo, porque los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al realizar este estudio nos propusimos identificar el desempeño profesional del Trabajador Social en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena evaluándolo, para plantear de acuerdo a ésto las pautas a seguir en un mejor ejercicio de la profesión de Trabajo Social en esta Institución, que conlleve al reconocimiento que como profesional debe tener el Trabajador Social.

En el desarrollo del trabajo presentamos en su primera parte el origen de la Institución, la integración de Trabajo Social a la Unidad Psiquiátrica y las funciones que realizó el Trabajador Social en esa primera etapa. Teniendo en cuenta el marco teórico que necesita el Trabajador Social en una Institución Psiquiátrica, se planteó en los capítulos II y III los aspectos referentes a la enfermedad mental, sus causas, clasificación y la influencia delmedio ambiente en el avance o retroceso de la enfermedad mental.

Luego el capítulo IV trata sobre la ubicación, roles y participación profesional del Trabajador Social, de acuerdo a lo planteado en el anteproyecto del estudio según el cual estos aspectos se verían en el período de realización del trabajo (1976).

El V y último capítulo contiene los resultados de la investigación práctica con el análisis de ella; al igual que el papel que debe desempeñar el Trabajador Social en la psiquiatría moderna, finalizando con la comparación de estos dos aspectos, teniendo en cuenta la realidad que nos demostró la investigación sobre el ejercicio profesional del Trabajador Social en la Unidad Psiquiátrica de Cartagena y al ideal de este ejercicio en el área de la Psiquiatría.

Con base en la investigación sistemática realizada, la experiencia profesional obtenida en el año académico de 1976 como estudiantes en práctica en esta Institución, concluimos que:

- La Unidad Psiquiátrica de Cartagena no reune las condiciones necesarias para el normal desempeño de los profesionales que allí laboran, dándose el caso que estos solo pueden realizar una labor puramente asistencial.

- Ha existido desde su creación una serie de limitaciones, que aumentan cada día más, si se tiene en cuenta el incremento de pacientes mentales cuyos familiares solicitan hospitalización y el abandono de la Unidad por parte de la Seccional de Salud

Pública.

- En cuanto a Trabajo Social se refiere, ha habido un descenso ó desmejoramiento en su labor profesional, reduciéndose ésta a las funciones meramente asistenciales.

- A pesar de ésto, existe un concenso en el personal profesional de la Institución, que ve la importancia del Trabajador Social en la Unidad Psiquiátrica, ya que consideran su intervención y participación indispensables en la problemática de la salud mental.

Sugerimos que:

- El Trabajador Social, como parte de su labor profesional, conjuntamente con los demás profesionales de la Institución, debe realizar labor de concientización al personal directivo de Salud Pública para que se reconozca la importancia que tiene la Unidad como centro de atención a la salud mental.

- El Trabajador Social haga una evaluación de su labor, de las limitaciones que tiene para, en base a ésto, planifique su trabajo y pueda realizarlo en una forma más eficiente.

- El personal directivo de la Unidad realice una evaluación de la Institución con el fin de:

- Conseguir una mejor organización.
- Planear programas que tiendan a una mejor prestación de servicios.
- Que haya una verdadera integración del equipo interdisciplinario, para que así se superen las dificultades del trabajo individual por parte del personal profesional.
- El Trabajador Social organice campañas de divulgación y promoción tendientes a proyectar la Institución hacia las comunidades.
- El Trabajador Social estudie las situaciones de comunidades afectadas con incremento de pacientes mentales a fin de llevar a éstas, programas de Educación Psiquiátrica.
- Haya participación del Trabajador Social en la planificación y elaboración de programas de la Institución.

BIBLIOGRAFIA

Ackerman Natahum	Psicoterapia de la familia neurótica. Editorial Buenos Aires, Paidos
Alistair Munro, M.D. Wallace McCulloch M.Sc.	Psiquiatría para Trabajadores Sociales.
Arthur E. Fink C. Wilson Anderson Merril B. Conorer	Campos de Aplicación del Servicio Social.
Ander Egg Ezequiel	Diccionario de Trabajo Social. Buenos Aires. 1974.
Becerra de Ledesma Rosa María	Elementos básicos para el Trabajador Social Psiquiátrico. Editorial E. C. R.
Claramut López Fernando	Psiquiatría y Asistencial Social. Editorial La Católica.

Clark David Stafford	Psiquiatría Moderna, Editorial Paidos, Buenos Aires.
Jones Maxwell	La Psiquiatría Social en la Práctica. Buenos Aires, América Lee.
Pavlov I. V.	Psicopatología y Psiquiatría
Noyes Kold	Psiquiatría Clínica Moderna
Weimstein Luis	Salud Mental y Proceso de Cambio. Hacia una Ideología de trabajo en prevención primaria.

- Entrevistas con las Licenciadas Blanca Flor de Rovira, Magdalena Alcazar y Olga Herrera de Daza, Trabajadoras Sociales.

- Entrevistas con el Médico-psiquiatra, doctor Francisco Haydar O.