

EL DEPARTAMENTO DE FAMILIAS EN EL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTO
MENTAL DE BARRANQUILLA ANTE LA PROBLEMATICA DE LA REHOSPI
TALIZACION

ROSARIO GARCIA CUELLO

EVELISY TORRES MERIÑO

Trabajo de Grado presentado
como requisito parcial para
optar al título de Trabajadora Social.

Asesor: MYRNA DE AGUILAR
Trabajadora Social

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA, 1985

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

PERSONAL DIRECTIVO

RECTOR	DOCTOR JOSE CONSUEGRA H.
VICE-RECTOR	DOCTOR LEONELO MARTHE Z.
SECRETARIO GENERAL	DOCTOR RAFAEL BOLAÑOS
DECANO	DOCTOR JORGE TORRES D.
VICE-DECANO	DOCTOR CARLOS OSORIO T.
SECRETARIA ACADEMICA	DOCTORA MARIA TORRES A.

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Octubre 31

DEDICATORIA

A mis queridos padres, que
me han dado la fuerza total
de ser.

Rosario

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios y a todas aquellas personas que hicieron posible la consecución de este ideal.

Especialmente a mi tía Gloria Aguilar y a la Trabajadora Social MYRNA DE AGUILAR, quienes me apoyaron incondicionalmente en el consecución del mismo.

Eveltsy

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

- A DR. RAMON ROJANO DE LA HOZ, Psiquiatra del Hospital Mental Departamental, ya que desde el inicio de las Prácticas Institucionales hasta la culminación de este trabajo colaboró en la consecución de material bibliográfico, discusión de ideas y reforzamiento de las mismas.

- A Todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION.....	14
1. FAMILIA E INSTITUCION COMPONENTES RELEVANTES EN LA REHOSPITALIZACION DE PACIENTES PSIQUIATRICOS.....	18
1.1 LA FAMILIA DE PACIENTES PSIQUIATRICOS.....	18
1.1.1 Concepción de la Enfermedad.....	27
1.1.2 Participación en el Tratamiento.....	29
2. INSTITUCION MENTAL.....	31
1.2.1 Concepción de la Enfermedad.....	34
1.2.2 Aplicación del Tratamiento.....	38
1.3 INTEGRACION-FAMILIA-INSTITUCION.....	46
1.3.1 Hospital Mental Departamental.....	49
1.3.2 Rehospitalización de Pacientes Psiquiátrico.....	51
2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACION DEL DEPARTAMENTO DE FA- MILIAS EN EL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL.....	55
2.1 DEFINICION.....	56
2.2 UBICACION.....	57
2.3 OBJETIVOS.....	57
2. 4 ESTRUCTURA.....	58

2.5 PERSONAL.....	58
2.6 DEPENDENCIA JERARQUICA.....	60
2.7 TIPO Y AMBITO DE LA AUTORIDAD.....	60
2.8 RELACIONES DE COORDINACION.....	60
2.8.1 Extra-Institucional.....	61
2.9 ORGANIGRAMA.....	61
2.10 AREAS DE TRABAJO.....	61
2.10.1 Servicios Ambulatorios.....	61
2.10.2 Proyección a la Comunidad.....	64
2.11 FUNCIONES.....	64
2.11.1 Administrativas.....	64
2.11.2 Asistenciales.....	65
2.11.2.1 Intervenciones con Familia.....	66
2.11.2.2 Diagnóstico Social y Familiar.....	66
2.11.2.3 Tratamiento Psicosocial.....	66
2.11.2.4 Responsabilización de las Familias por los pacientes.....	67
2.11.2.5 Supervisión de Estudiantes.....	67
2.12 REGISTRO DE LA INFORMACION.....	67
2.12.1 Ficha Familiar.....	67
2.12.2 Evaluación.....	75
2.12.3 Informe de Visitas Domiciliarias.....	77
2.12.4 Control de Visitas Hospitalarias.....	82
2.12.5 Control de Actividades.....	84
2.12.6 Registro y Control de los Programas con Fami- lias.....	86

2.12.7 Citación a Familiares.....	90
2.12.8 Registro de Seguimiento.....	92
2.12.9 Remisión.....	95
2.12.10 Informe Estadístico.....	97
3. DISEÑO DE PROGRAMAS EDUCATIVOS FORMATIVOS QUE DIS- MINUYAN LA REHOSPITALIZACION.....	99
3.1 FILOSOFIA DEL PROGRAMA.....	100
3.2 DEFINICION DEL PROGRAMA.....	102
3.3 OBJETIVOS GENERALES.....	102
3.4 METODOLOGIA.....	103
3.5 TECNICAS.....	103
3.6 PROCEDIMIENTO A SEGUIR.....	104
3.7 TEMAS O MODULOS.....	104
3.7.1 Proyecto de Atención Directa a Cada Familia en Particular (Según el Caso).....	105
3.7.1.1 Objetivos.....	105
3.7.1.2 Acciones.....	105
3.7.1.3 Recursos.....	106
3.7.1.4 Recomendaciones.....	107
3.7.2 Proyecto de Acciones Educativas Formativas con Grupos de Familia (Previamente Informados Según Patología de su Familiar Enfermo).....	107
3.7.2.1 Objetivos.....	108
3.7.2.2 Acciones.....	108
3.7.2.3 Recursos.....	109
3.7.2.4 Recomendaciones.....	109

4. INTERVENCION CON FAMILIAS.....	111
4.1 EL TRABAJADOR SOCIAL, LAS FAMILIAS DE PACIENTES PSIQUIATRICOS Y LA INSTITUCION.....	111
4.2 ANALISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS APLI- CADOS A FAMILIAS SELECCIONADAS.....	117
4.2.1 Identificación del Paciente.....	118
4.2.2 Fuentes de Información.....	118
4.2.3 Antecedentes Personales.....	118
4.2.4 Personalidad Previa.....	119
4.2.5 Enfermedad Actual.....	120
4.2.6 Intervenciones con el Paciente y su Familia.....	121
4.2.7 Intervenciones del Equipo Multidisciplinario.....	123
4.2.8 Pronóstico del Caso.....	124
4.2.8.1 Identificación del Paciente.....	124
4.2.8.2 Fuentes de Información.....	125
4.2.8.3 Antecedentes Personales.....	125
4.2.8.4 Personalidad Previa.....	126
4.2.8.5 Enfermedad Actual.....	127
4.2.8.6 Intervenciones del Equipo Multidisciplinario..	128
4.2.8.7 Pronóstico del Caso.....	131
4.2.9 Indentificación del Paciente.....	131
4.2.9.1 Fuente de Información.....	132
4.2.9.2 Antecedentes Personales.....	132
4.2.9.3 Personalidad Previa.....	135
4.2.9.4 Enfermedad Actual.....	135
4.2.9.5 Intervenciones del Equipo Multidisciplinario..	135

4.2.9.6 Pronóstico.....	137
CONCLUSIONES.....	138
RECOMENDACIONES.....	143
BIBLIOGRAFIA.....	146
ANEXOS.....	147

INTRODUCCION

A lo largo de toda la humanidad, siempre que se ha presentado un individuo con desórdenes comportamentales, se considera que debe ser aislado de su medio familiar y social, bajo el supuesto que es una persona peligrosa, desordenada, anormal, improductiva y por lo tanto debe ser ubicado en un lugar "especial", en donde la posibilidad de recuperación se hace cada vez más remota.

Los hospitales dedicados al cuidado y tratamiento de los enfermos mentales tradicionalmente han esperado que los pacientes no hagan nada, excepto lo que se les ordena, descargándoles de toda responsabilidad por sus deficiencias, propiciando estadías prolongadas y aumentando la dificultad para reintegrarse al medio socio-familiar que desconfía de él y lo excluye.

En la actualidad las instituciones mentales se encuentran analizando su accionar y cada vez más son conscientes de que para evitar las estadías prolongadas y/o las rehospitalizaciones en los pacientes se hace necesario propor-

cionarles la oportunidad de rehabilitarse, interrelacionándolos con los demás miembros de su núcleo familiar, con el fin de que no se rompa dicha unidad.

En el Hospital Mental Departamental, objeto de la investigación se ha podido constatar que existe un alto índice de reingresos (3 o más) en cada paciente y que la familia de ellos presentan una actitud que no posibilita el avance del tratamiento incidiendo en la rehospitalización de los mismos; dicha familia ven al hospital como el lugar propicio para delegar su responsabilidad, aislando al paciente del contexto familiar, declarándose incapaz de manejarlo.

De igual manera se observó que los diferentes profesionales que allí laboran trabajan aisladamente, ocasionando un divorcio permanente entre la institución y la familia.

Ante esta situación se creó el Departamento de Familias, cuyos objetivos centrales se encuentran enmarcados en la creación, fortificación, integración del equipo multidisciplinario, para que de ese equipo se emane todas las acciones a seguir con el paciente, su familia y en el trabajo con grupos de familias en acciones formativas-educativas que minimicen las rehospitalaciones de los pacientes y permitan el fortalecimiento de relaciones

positivas en el núcleo familiar.

Es de anotar que la labor no es fácil ya que cada profesional presenta cierto "Celo" en su accionar frente a otro profesional, pero las autoras del presente trabajo se pueden sentir satisfechas que durante el tiempo transcurrido en la realización del mismo (año y medio) se logró el interés e integración de los diferentes profesionales en torno al Departamento de Familias, diseñando acciones e interviniendo con las familias de los pacientes que presentaban más reingresos, analizando si dichas acciones estaban bien orientadas, si las familias captaban el mensaje (cambio de actitud con el paciente) y si en el ambiente familiar se habían dado las bases para crear y/o fortalecer las relaciones positivas.

Además se demostró que el accionar del Trabajador Social es muy amplio, siempre y cuando éste no se deje encasillar por acciones o funciones que tradicionalmente se han venido desarrollando; permitiendo incursionar en un área que tradicionalmente se le había asignado a otros profesionales.

Este aporte del Trabajador Social ha permitido la integración tanto del equipo multiprofesional como la vinculación familiar en torno al tratamiento del enfermo mental

ya que anteriormente se trabajaba solamente con el paciente siquiátrico sin tener en cuenta su núcleo familiar. Por lo tanto al lograr la creación y funcionamiento de esta dependencia el Hospital Mental cuenta con una nueva área de trabajo, donde la coordinación y confrontación de criterios profesionales son el pilar para la prestación de un mejor servicio para los usuarios (pacientes mentales y sus familias). Además permite a las estudiantes en prácticas el desarrollo de habilidades y destrezas en el manejo y modificaciones de relaciones familiares conflictivas hacia el paciente siquiátrico.

1. FAMILIA E INSTITUCION COMPONENTES RELEVANTES EN LA REEOSPITALIZACION DE PACIENTES PSIQUIATRICOS

1.1 LA FAMILIA DE PACIENTES PSIQUIATRICOS

El estudio y el conocimiento científico sobre la familia tiene una historia más bien reciente, pero la preocupación de la familia como institución socio-cultural es tan antigua como la historia humana ya que a lo largo de está las conmociones sociales más importantes se han examinado a la luz de los cambios de la vida familiar. Hoy en día, se busca la correlación precisa entre las características, las prácticas familiares, los estudios sobre variables de las clases socio-económicas, el papel de la estructura social de la conducta familiar frente a las relaciones causales y los cambios sociales que se dan.

Al reconocerse la importancia central que tienen la familia en el desarrollo de los individuos se ha llegado a definir ésta, como la unidad social primaria universal, como una institución socio-cultural importante (la base

de la sociedad), y todos los grupos humanos han diseñado prescripciones y prohibiciones tradicionales para asegurar que la familia pueda llevar a cabo sus tareas biológicas y culturales. Entonces, la familia es un lazo entre las generaciones; en ellas se sientan las bases para el equilibrio futuro de la personalidad de cada uno de sus miembros, igualmente se dan procesos de tanta trascendencia como la socialización, satisfacción de necesidades primarias y la transmisión de cultura.

En términos de la teoría general de sistema,

La familia constituye un sistema abierto con muchos subsistemas; entre ellos se encuentra el matrimonio como tal, el matrimonio coalición progenitora, la traida de cada hijo, la coalición entre los hijos y posiblemente, subsistemas que suponen la inclusión de los abuelos u otros parientes.¹

Originalmente, la familia es la unidad primaria para la subsistencia y todas las funciones familiares que están encaminadas al objetivo de la supervivencia, dependiente de la organización social y del contexto cultural de donde se desenvuelve.

Sólo en los últimos veinte y cinco años ha existido un

1.FREDMAN Y KAPLAN. Tratado de Psiquiatría.Salvat.Barcelona,1982.p.436.

interés incrementado desde el punto de vista científico y clínico, sobre la familia, como la fuerza social más significativa en el desarrollo humano, específicamente, en el desarrollo de la personalidad, y de aquí como agente potente en las alteraciones de ésta. Por tanto, la familia no es solamente la base de la sociedad sino que también es la clave para la comprensión de los individuos, incluyendo sus fracasos tal como, sean llamados, psicopatologías, desadaptación y/o desviación social, presentándose aspectos importantes como la de acción de las familias frente a cualquiera enfermedad grave de uno de sus miembros, donde por supuesto las personas más afectadas son las que interactúan con él, surgiendo así una alteración del funcionamiento familiar, más aún cuando son psicopatologías o síndrome psiquiátricos, involucrándose de inmediato en la génesis de la enfermedad mental.

A partir de aquí la familiar empieza a identificar a su "enfermo" convirtiéndose este último en el centro de su atención, al ser observadores directos, de la presentación de la enfermedad mental, la cual se manifiesta en los diferentes comportamientos que aparecen en el paciente alterando y/o modificando poco a poco los innumerables factores ambientales, psicosociales y el más importante el socio-familiar, donde él se ha criado y visualiza por primera vez como se comportan los otros, tiene oportunidad de

aprender los valores que sustentan a los hombres y a la cultura que les es propia; donde la vida sencilla de todos los días implicará entonces un cúmulo de dificultades al advertir en el enfermo las deficiencias de su adaptación, determinadas por situaciones que le exigen reaccionar de una manera que no pueden y que escapa a sus posibilidades; es probable que se encuentra ansioso y confundido al igual que sus familiares ya casi con la certeza de estar enfermo psiquiátricamente, al aumentar su incompetencia en el trabajo que era adecuado a sus actitudes e intereses y que le permitía lo necesario para vivir , manifestando poco a poco un aislamiento hacía su familia en la que se sentía a gusto, ya no acepta relaciones con sus amigos de manera satisfactoria, ni actúa adecuadamente ante las crisis familiares, ni se muestra capaz de asumir el papel de otro miembro de la familia durante la ausencia o enfermedad del mismo.

Los familiares y amigo del paciente mental responderán al hecho de la enfermedad según la personalidad y experiencia de cada uno y de acuerdo a las expectativas de su estamento socio-cultural, sin embargo, el estigma que se tiene por lo general "el limitado mental" va a alterar las relaciones del hogar, sus funciones como sistemas y aún más la aceptación emocional del grupo familiar con respecto a él; haciéndose necesario mencionar las deficien-

cias educativas, la posición social inferior en una subcultura determinada, puede dar lugar a una estructura familiar incompetente frente al "enfermo y su enfermedad" especialmente si la familia pertenece a un grupo que es discriminado de forma activa por el ambiente de la comunidad.

Subrayaremos la importancia de conocer las relaciones y las reacciones familiares hacia el enfermo mental a través del estudio de cincuenta familias que tengan un miembro familiar psiquiátrico en tratamiento en el Hospital Mental Departamental, para así establecer de alguna forma comportamientos típicos de ésta (familia) que no solamente facilitarán cierta orientación sobre el diagnóstico del enfermo sino, que también permitirán mejores condiciones de intervención en el malestar causado por las interrelaciones del paciente y su medio ambiente familiar. Además de esto, se entrevistaron quince funcionarios activos del Hospital (Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Médicos y Enfermeras) con el fin de confrontar criterios profesionales en relación a las características de las familias con pacientes psiquiátricos.

Antes de llegar a describir las generalidades con respecto a las características de las familias con pacientes psiquiátricos, hay que señalar que éstas en su gran mayoría

pertenecen a una clase socio-económica baja y un nivel educativo deficiente.

En orden de prioridad se ha podido constatar que los aspectos relevantes en las vivencias de dichas familias, se centraron en una carencia de medios para la educación de sus hijos, como también la falta de orientación padre-hijo en las situaciones o momentos decisivos para el desarrollo de su personalidad, quedando éstos relegados a dirigirse solos, agregándose a esto la falta de comunicación, afecto y armonía entre los miembros que conforman la estructura familiar especialmente entre los padres. Es así como la familia se desintegra y cada individuo debe luchar intensamente para sobrevivir defendiéndose como pueda, por lo tanto no llega a adquirir responsabilidades de tipo: padres, hermanos, esposos (a) e hijos. Al no existir cohesión afectiva, se nota una mala distribución de funciones y autoridades entre cónyuges e hijos; al momento de la presentación de una patología psiquiátrica, se hace imposible la comprensión y manejo de ésta. Los datos respecto a la estructura familiar lo obtuvimos a través de encuestas sobre la forma de vivir, las actividades de la familia como grupo o subgrupo, la división de funciones respecto a las diversas tareas familiares y sus crisis.

Estas familias se identificaron al desconocer las posibles

donar estudios y/o trabajos por estar cuidando del paciente mental debido que éste es incapaz de trabajar para ayudar a las familias y defenderse por sí solo.

Otra característica arraigada al comportamiento familiar es la vergüenza que siente hacia el enfermo, significando para ellos que tener un "loco" en la familia es ser rechazado por los amigos, vecinos y la comunidad en general, la cual hace que lo escondan , evitan mencionarlo en las reuniones, lo encierran y aíslan ; por eso utilizan el hospital como medio para deshacerse del "enfermo" al dejarlo reclusos allí por meses, sin visitarlos evadiendo de esta forma su responsabilidad.

A pesar de lo anterior se pudo constatar que la compasión y sobreprotección va ligada a los sentimientos anteriores al declarar la familia que un individuo con esta problemática es una persona "anormal " y por lo tanto hay que tratarlos delicadamente, sin grosería, con una buena alimentación, cuidar de su aseo personal, que no trabaje ni realice alguna actividad porque le puede hacer daño y le vuelva la crisis, así mismo evitan que su "enfermo" se entere de los problemas familiares para no preocuparlo.

Podemos sintetizar sin duda que en las familias de pacientes psiquiátricos no se da una relación claramente defini-

da en cuanto a roles y funciones de sus miembros como tales; presentando una incidencia bastante elevada de patología y de que hay una notable correlación entre la gravedad de la patología del enfermo y la de su familia; dándose reacciones de parientes tan inesperadas y extrañas frente a la conducta alterada del paciente que resulta difícil cual entre los miembros de la familia es en realidad "enfermo"; en algunos casos, todos parecen sufrir del mismo modo algún trastorno, en otros cada uno de ellos parecen normales y razonables cuando se les observa aisladamente, pero trastornados como los demás cuando se les ve junto.

Si se toma en consideración el bajo nivel educativo de estas familias, se puede apreciar que están siendo influenciadas por una serie de creencias, actitudes y prejuicios sociales acerca de la enfermedad mental; llegando a considerarse ésta como consecuencia de creencias mágico-religiosa y tergiversando en forma total los conocimientos científicos de la enfermedad. A la vez la presión social en nuestro medio está representada no solo por las creencias y actitudes de la sociedad, sino también por las presiones económicas que en un momento determinado pueden incidir más que las anteriores, conllevando a una desadaptación del individuo con su medio.

Observamos como los familiares presionan a los médicos y paramédicos para tratar de conseguir un ingreso aún en pacientes tranquilos y que bien podrían vivir en comunidad, señalando que no pueden controlarlo en su hogar dándose que los familiares consideran al "enfermo" como algo bochornoso, y tratan de ocultarlo de la sociedad por el hecho de haber estado recluso en un centro mental, así mismo es rechazado enajenado o aislado de por vida negándosele al paciente psiquiátrico el derecho de trabajar, pasando a ser agente no productor, de enamorarse si es soltero, de continuar su vida conyugal si es casado, de participar activamente en funciones sociales.

Es lógico entonces que un individuo insatisfecho e inseguro en la sociedad al enfrentarse a la pérdida de la cohesión social de su familia, a la frustración de sus aspiraciones individuales y a la pérdida de objetivos implícitos es fácil verlo asediado por sentimientos angustiosos denominador común de su recaídas.

1.1.1 Concepción de la Enfermedad

Profundizando en la investigación de las familias con pacientes psiquiátricos se enfatizó la necesidad de cuestionarlos respecto a ¿cuáles creen ellos sean las posibles causas de la presentación de la enfermedad mental?

ó ¿ qué factores pudieron incidir en la aparición de dicho trastorno?, con el fin de medir las bases y concepciones en que se apoyan actualmente para la comprensión de los comportamientos inherentes a las enfermedades mentales, permitiendo conocer al mismo tiempo sus actitudes y predisposiciones hacia el paciente y su tratamiento.

Los criterios utilizados para definir la enfermedad, de manera muy general estuvieron de acuerdo (las familias) en considerar que existieron factores internos y externos al individuo , pero sin correlacionarlos entre sí, por lo tanto dichos criterios poseen un valor limitado; pero a su vez explicitaron su capacidad cognocitiva en relación a los aspectos que precipitaban la aparición de la misma. Sin embargo las diferentes razones la adjudicaban a "los conflictos y tensiones en el medio familiar", "tiene trastornos mentales porque nació débil del cerebro" "los problemas de la mente se heredan"; dentro de las creencias mágicas la más frecuente que tienen las familias fueron: "una persona envidiosa le echó un mal para que se enfermaran", "los cambios de la luna le alteraron los nervios".

Las observaciones de la familia sobre la concepción de la enfermedad proporcionaron una valiosa información al verificar la ausencia de un conocimiento certero y cientí-

fico, sin tener las interrelaciones del organismo, sus respuestas biológicas y su ambiente en la constitución de la enfermedad, por lo tanto sus respuestas se reducen a distorciones.

1.1.2 Participación en el Tratamiento

Se encontraron aspectos tales como: El intervalo de tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y el comienzo del tratamiento dependen tanto de la rapidez con que evoluciona la enfermedad como del grado en que sus síntomas sean compatibles con la continuidad de la adaptación social del enfermo. Es más probable que el tratamiento se inicie con prontitud en la enfermedad que evolucione rápidamente cuyos cambios sean sutiles, más graduales y que por lo mismo más fácilmente sean tolerados entre sus familiares. Además, el tratamiento psiquiátrico aparece sólo cuando la familia ha recurrido a otras formas como: Sacerdotes, hechiceros, curiosos, y cuando éstos han fracasado en su intención de producir un cambio sobre la situación del paciente es cuando se movilizan a una institución psiquiátrica.

Ponemos de manifiesto que al estar los pacientes bajo control médico los familiares se limitan a llevarlo a consulta y comprarles los medicamentos según las indi-

caciones médicas, pero solo esta situación se da cuando el "limitado" presenta crisis porque al notarlo ya "normalmente" acuerdan en suspenderles la droga sin consultarlo al médico. Otra conducta notable son los cuidados especiales que según ellas (las familias) deben tenerse en cuenta para un buen tratamiento tales como "evitar contrariarlos hay que darle todo lo que exiga para que esté satisfecho y así no manifieste agresividad, "que lleve una vida tranquila y sin preocupaciones" y " que tenga una persona que permanentemente los cuide". Creyendo ver en el Hospital "lugar especial" donde el enfermo puede estar tranquilo y alejado de la sociedad, por ende su mayor participación en el tratamiento es lograr una hospitalización más.

Por consiguiente las familias actúan inadecuadamente al proceso de tratamiento y rehabilitación del limitado mental; partiendo de que tratan al paciente psiquiátrico como si estuviesen en un período de convalecencia de una enfermedad orgánica o una intervención quirúrgica. En el consultorio del psiquiatra esperan que el médico y sus asistentes en la jerarquía médica pregunten, examinen, sinteticen, diagnóstiquen e instituyan las medidas adecuadas para liviar la angustia. En ningún momento los familiares se convierten en los colaboradores del médico en el proceso de diagnóstico ya que su participación es pasiva.

1.2 INSTITUCION MENTAL

La potencialidad terapéutica de un hospital está influida hasta cierto punto por el medio que lo rodea. La ecología de éste puede también establecer ciertos limitantes a las posibilidades de los programas terapéuticos; la situación del hospital en un área rural o urbana o de otro tipo; su tamaño, su estructura, los materiales utilizados en su construcción, la distribución y utilización del espacio, el número de camas, el número de pacientes, inmoviliario, la utilización de colores y materiales en su utilización, las actitudes sobre la utilización de las diferentes dependencias, todos ellos son aspectos que constituyen a determinar la atmosfera terapéutica de un hospital.

El crecimiento y la evolución a lo largo de más de cien años del sistema de tratamiento mental público, a conducido a unas instituciones grandes, superpobladas e infradactadas en personal, situadas muy a menudo en áreas rurales o semi-rural. Estas cualidades sumadas a las actitudes de la sociedad y de los profesionales condujeron a crear un ambiente antiterapéutico que destacaba como primordial la restricción y el control. Con frecuencia estas instituciones se hallaban escasamente amuebladas y eran precisamente inadecuadas. La decoración solía ser sencilla y

fea. Los pacientes eran estrictamente organizados y sus movimientos y libertad rígidamente vigiladas. Con frecuencia se les despojaba de sus ropas y de otras pertenencias personales. Estas y otras características configuraron una atmosfera que recordaba más a una cárcel que un hospital. En estos hospitales la estancia solían ser largas y los pacientes se socializaban en un ambiente anti-terapéutico demasiado tiempo.

Estos pacientes eran incapaces de retornar a casa y a comunidades. Se convertían en "pacientes crónicos" cuyas incapacidades eran aumentadas y perpetuadas.

Los avances científicos contribuyeron grandemente en la evolución del tratamiento entre lo cual se vió la necesidad de ir induciendo cambios institucionales, y es así como se da paso a otro nuevo ambiente terapéutico el cual quedará descrito de la siguiente forma: La institución debía ser de tamaño medio, situada cerca de la población a la que sirven, atractiva en su arquitectura y decoración, con espacios y muebles adecuados. Debía existir espacios dedicados y adecuados para estar, dormir, realizar alguna actividad, existiera una flexibilidad considerable a la comunicación y movimiento entre el exterior y el interior. Los pacientes deberán tener sus pertenencias y sus propias ropas. La institución habría de ser

un lugar agradable en donde permanecer mientras el médico intenta tratar en los pacientes comportamientos desadaptados. Las instituciones resultarán más efectivas puesto que las disposiciones físicas y funcionales son tales que, grupos reducidos de personal médico y pacientes interactúan social y terapéuticamente. También habría un espacio lo suficientemente grande como para albergar tanto como a personal funcional, pacientes y familias.

El personal funcionario tomará parte de unos equipos terapéuticos multidisciplinarios, en los que se comparten un buen número de papeles, y la forma de organizarse se hará según grandes líneas disciplinarias que implicarán una explicación de su diferenciación como profesionales. Este tipo de personal debe poseer una orientación jerárquica y autodisciplinaria tanto en relación con los pacientes como con la institución.

En cuanto a la actitud y atención a pacientes en la actualidad es diferente; ya que en lugar de adoptar la actitud corriente del enfermo, que implica ser atendido, ser dependiente, pasivo y tratado, se estimula al paciente a que sea activo, independiente, colaborador y participe de su tratamiento hasta donde esta actividad y comportamiento le permita hacerlo. Este nuevo enfoque de institución mental es lo que se ha llamado comunidades terapéuti-

cas.

Se define la institución mental como el establecimiento donde reciben asistencia médico-psiquiátrico y social personas con síntomas comportamentales que se cataloguen como "enfermos mentales" o "pacientes psiquiátricos", cuyo ideal es la aplicación de un tratamiento integral adecuado de tal modo al ambiente del paciente mental que compense o por lo menos minimizen sus dificultades psicosociales, estimulándoles capacidades y habilidades que le permitan rehabilitarse y reubicarse en su contexto socio-familiar a través de procedimientos dirigidos a reeducarlos y orientarlos en coordinación del equipo multidisciplinario como forma de elevar su nivel de funcionamiento y por ende recuperar la salud mental.

1.2.1 Concepción de la Enfermedad

Ubicándonos dentro del devenir histórico de la humanidad, analizamos sistemáticamente como ha venido evolucionando la concepción de la génesis sobre la "enfermedad mental".

En tiempos remotos y primitivos se consideraba al alienado mental como producto de fuerzas extrañas y divinas y/o demoníacas (se le atribuía a la enfermedad causales sobrenaturales debido a que era un fenómeno que se escapaba

de una explicación lógica por desconocimiento e inexistencia de información sobre ella). Posteriormente en el siglo XVIII eran considerados los "insanos o dementes" como producto de causas morales (época en que la ciencia vivían una etapa de oscurantismo), marcado en una serie de normas y valores restringidos que presionaban al individuo manifestándose en comportamientos que sobrepasaban los lineamientos exigidos; por lo que eran maltratados, encadenados y/o en otras ocasiones perseguidos.

Con la revolución industrial, con la segunda mitad del siglo XIX, se señalaba como causa de la enfermedad la "alteración del sistema nervioso"; los cambios de orden técnico, económico, institucional y social que va unido al desarrollo industrial repercuten e incide en la estructura social, ya que esta sufre un vuelco total y con ello viene un rápido crecimiento de ciudades, escasez de vivienda, cambio de trabajo, migraciones del campo a la ciudad; agregándose a esto el hecho mismo de ir amoldándose o adaptándose a las nuevas situaciones sociales, la inseguridad por la rápida evolución tecnológica y la ruptura de los esquemas tradicionales de comportamientos y convicciones crean una serie de problemas (económicos, sociales, laborales, etcétera), que en ocasiones y/o en circunstancias especiales repercuten en el comportamiento de las personas.

Cabe anotar que en nuestro país estas circunstancias van acompañada de aspectos relevantes del subdesarrollo tales como: bajos ingresos económicos, bajo nivel educativo de la sociedad en general; donde la crisis económica surgida como fruto de la primera guerra mundial favorece para que se dé en nuestro medio una incipiente industrialización.

A partir de 1923 se consideró que la enfermedad mental era producida por las "malas relaciones interpersonales" o las relaciones que el niño establecía con sus padres, con su hogar con su comunidad mediata. Todo esto unido al desarrollo tecnológico trae consigo desajustes en la estructura básica de la personalidad.

Es así como actualmente los psiquiatras por lo general suponen que "la enfermedad mental claramente definida está afectada por el impacto de un conjunto precipitador de tensiones ambientales sobre una personalidad deficiente, predispuesta de forma innata por su desarrollo"².

Resulta entonces la enfermedad mental tan imprecisa de definir que su presencia o ausencia es muy difícil de determinar.

2. Ibid., p.866

Aunque son pocos los psiquiatras que definirán el término de la misma manera, en general se estará de acuerdo en que las personas consideradas por la mayoría de la gente como enfermos mentales presentan una característica común, su dificultad de adaptación social. Siempre que una persona cae enferma su adaptación social se altera; cuanto más se agrava la enfermedad tanto más se menoscaba aquella adaptación. En cambio cuando el paciente recupera su actividad social normalmente se restablece.

Por estas razones se consideran que un individuo sufre a causa de una enfermedad de carácter psiquiátrico solamente cuando advertimos que evidentemente existe una desadaptación social unida a síntomas psicológicos y malestar biológicos y se cree que la desadaptación y el malestar viene provocado por perturbaciones en los mecanismos que regulan el humor y la capacidad de discernimiento.³

Determinándose por lo tanto, que la salud mental no es un estado de la mente del individuo sino más bien la cualidad de su actividad humana y esto depende de una estructura social la que se desarrolla dentro de ella, es así como en un sistema de explotación como el nuestro, donde existe la inseguridad laboral la cual muchas veces ocasiona en los individuos angustias, traumas, alteraciones crisis nerviosas, delirios, trastornos en la conduc-

3.

DETRE, Thomas y JARECKI, Henry. Terapéutica psiquiátrica. Salvat Barcelona, 1974.

cta que muchas veces conllevan a la enfermedad mental; sumado a esto la ausencia de ternura, la falta de afecto en las fases iniciales de la existencia del individuo, tiene repercusión en la salud física-mental del hombre y se expresa a través de una conducta que es reflejo del sistema y de sus interrelaciones en el grupo familiar y social.

1.2.2 Aplicación del Tratamiento

A lo largo de los años la aplicación del tratamiento a los pacientes psiquiátricos ha ido cambiando contaminantemente a ello, su conceptualización, todo esto ubicado dentro del contexto social lleno de contradicciones y transformaciones en los cuales siempre quedan rasgos de sus diferentes períodos.

En un primer momento los enfermos mentales eran asistidos de la siguiente manera: Alejados de su contextos social a través de monasterios y prisiones, otros eran sometidos a operaciones cerebrales. Sin embargo, hay que resaltar que en Grecia a mediados del siglo XVIII los enfermos eran atendidos con mucha humanidad, la cura "sensibilidad humana" hasta que la enfermedad desaparecía. Los romanos utilizaron el método sugestivo (sugestión), los cuales mediante el ofrecimiento de un rito en honor del Dios

de la Medicina intentaban curar a sus enfermos; posteriormente con la caída del Imperio Romano los limitados mentales volvieron a ser tratados por medios supersticiosos en vez de racionales.

Hasta mediados del siglo XVIII los médicos preocupados por los enfermos mentales acuden como método terapéutico a la reclusión. A esta se le atribuye una doble función: Se castiga para enseñar al paciente a refrenarse de sus impulsos y para salvaguardar los principios de organización social que debe reinar en todo lugar.

Surgen como método terapéutico distintos instrumentos, tales como la camisa de fuerza, la lucha, la silla suspendida en la cual se hace girar al paciente, la llave bucal para forzar a abrir la boca a los negativistas, la silla compuesta de cinturones para asegurarlos y una especie de máscara para impedirle ver y oír, a la vez que le inmovilizan la cabeza.

Por estos procedimientos utilizados en aquellas épocas no constituyen sino una crueldad y su fin consiste en reemplazar las ataduras, la prisión y el castigo por el miedo que éstos procedimientos producen en el enfermo.

El francés Felipe Pinel (1745-1825) tomó la decisión

de desatar las cadenas dejando en libertad a los dementes, impulsando reformas humanitarias, donde empezaron a ser vista como personas normales que perdieron la razón como resultados de ciertas causas morales. Por lo tanto el tratamiento era rehabilitarlos por medio de una asociación amigable del diario quehacer de actividades significativas.

Con esto va desapareciendo las prácticas reclutorias y cede el paso al internado y los hospitales psiquiátricos. Estos hospitales adquieren un carácter más formal. Es concebido como un lugar de aislamiento cuyo objetivo principal consiste, en recluir al paciente para facilitar su tratamiento y asegurar la protección social cuando se "enfurece" o por miedo que así suceda. Por otra parte el Hospital Psiquiátrico se constituye como un depósito familiar, donde los miembros de este grupo depositan al miembro enfermo que ha originado sus temores y angustias, abandonándolo casi por completo.

Hacia finales del siglo XIX aparecen nuevas modalidades para tratar al enfermo mental por medio de procedimientos físicos. VON MEDUNA Y CERLETTI buscan producir convulsiones recurriendo para ello el uso de la electricidad con el objetivo de hacer retornar la naturaleza de sus carrieres normales (Electrochoques).

Durante el período comprendido entre la primera y segunda guerra mundial, la psicología y la metodología utilizada para el tratamiento de las perturbaciones mentales creció notablemente. Pues los diversos procedimientos que hemos expuesto anteriormente, quedaban un poco estrecho ya que limitaban los problemas del individuo a unas determinadas condiciones, sin tener en cuenta los factores culturales y sociales que también influían sobre él.

Es así, en los años 1923-1930 HARRY STACK SULLIVAN impulsó el auge de la psicoterapia que se basaron en buenas relaciones. Hacia 1970, aparece una concepción elaborada por algunos estudiosos ingleses y americanos, casi todos de formación médica, psicoanalítica reunidos alrededor de RONALD D LAING Y DAVID COOPER, con el nombre de anti-psiquiatría. Este movimiento refuta el modelo médico tradicional. Reprocha las instituciones psiquiátricas tradicionales, sobre todo, la absoluta no terapéuticidad del ambiente que reina dentro de ella, calificandolo como un lugar de hastío y decaimiento en el que las pocas y raras horas de "terapia ocupacional" no son suficientes para ser de él una experiencia agradable y para que el tratamiento sea efectivo.

A partir de 1959, las instituciones iban cambiando poco a poco hacia metas relacionadas con hacer de la hospita-

lización de pacientes mentales una experiencia terapéutica enfatizando un tratamiento donde los valores como la amistad, comunicación y relaciones personales tienen un mejor sentido y pueden ser usadas como métodos de curación.

Es cuando surgen las comunidades terapéuticas, la cual permite el movimiento de dinámicas interpersonales entre los grupos que la constituyen. Es así como la participación del paciente como colaborador activo en su tratamiento pueden conseguir que el paciente adquiera mayor responsabilidad en las situaciones de su vida diaria.

El participa en la vida de una comunidad en la que sus contactos con los otros resultan terapéuticos y rehabilitadores de los cuales aprenden cosas sobre sí mismo y aprende como expresar los aspectos adaptativos y los no adaptativos de su propia personalidad. El paciente se convierte en una persona terapéutica para los otros pacientes, en tanto él también es responsable del comportamiento y readaptación de los otros, así como de la suya propia. Tiende a ser más activo en las necesidades diarias propias y es más responsable de su persona y comportamiento.⁴

Ofreciéndole la oportunidad de aumentar su autoestima, mejorarla cantidad y calidad de sus comunicaciones, y en última instancia se manifiesta conductas adaptativas con más frecuencia y más eficacias. Estableciéndose como en

⁴. FREDMAN Y KAPLEN. Op.Cit., p.2.193

la comunidad terapéutica se ubican todas aquellas instituciones que de una u otra manera, intervienen en la vida de todo individuo: La familia, la escuela, el trabajo, las amistades, etcétera.

El desarrollo de estos movimientos han hecho que surjan nuevas modalidades tendientes a abordar el problema de los trastornos mentales, con el fin de dar una respuesta más concreta a las exigencias que la problemática plantea.

Entre las modalidades más representativas encontramos el Hospital de día que:

Surge como una nueva modalidad terapéutica, cuya característica principal es la de brindar un ingreso parcial al paciente, ofreciendo tratamiento psiquiátrico sin separarlo de su ambiente familiar y social, para permitir así, un mejor control sobre el tratamiento, mayor observación y mejor estudio. Esto se logra a través de la realización de su historia social y una prueba psicológica para lograr un diagnóstico y pronóstico precoz y así poder profundizar en el tratamiento por medio de las actividades que se desarrollan en el mismo. Además, que trabajar también con su comunidad, para obtener mayor comprensión y cooperación en su tratamiento y rehabilitación.⁵

Las actividades fundamentales se basan en la terapia ocupacional, psicoterapia de grupo, actividades generales que permitan al paciente socializarse, ampliar sus posibi-

⁵Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. Revista el Trabajo Social y la Salud Mental. Hospital Psiquiátrico de la Habana, 1983.

lidades de aprendizaje en nuevas formas de vida, modificar actitudes y conductas. El paciente permanece en el hospital durante las horas del día.

Los procedimientos utilizados para abordar la enfermedad mental en la actualidad tenemos:

PSICOTERAPIAS: Es el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales de la personalidad, a través del cual se le brinda apoyo al paciente mental, develando conflictos que tiene consigo mismo y con los demás como producto de su desequilibrio mental.

El contacto paciente-terapeuta facilita para el "enfermo" liberarse o transferir sus conflictos, que lo angustian y ver de esta manera las cosas más clara, tratando así de darle solución.

TERAPIA INDIVIDUAL: Está centrada en la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta. Entre estas tenemos: Técnica de apoyo y de sustento que consiste en brindar apoyo al paciente cuando está pasando por un período de tensión o ansiedad.

TERAPIA GRUPAL: Esta ayuda a los pacientes a percatarse a que otras personas tienen problemas análogos a los

suyos es decir, que no se encuentran aislados y son únicos, ofreciéndole la oportunidad al paciente para encontrar ayuda y resolver sus propios problemas.

TERAPIA FAMILIAR: Esta técnica en lugar de centrarse en el individuo, centra su atención en la persona dentro de marco de su familia.

La teoría de la terapia familiar, se basa en el hecho de que el individuo no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Lo que experimenta como real depende tanto de los elementos internos como externos, pues la experiencia del hombre está determinada por su interacción por el medio que le rodea.

TERAPIA FARMACOLOGICA: En la farmacología no pueden efectuarse la administración de los distintos compuestos con un criterio estándar. Ya que en todos los casos la dosis de las distintas pautas de administración deben ser ajustadas con criterios individuales. No pueden instituirse un plan terapéutico sin que haya un previo cuidadoso reconocimiento clínico del paciente en todos los aspectos de su esfera, ya sea en la psíquica como en la física.

Cabe anotar enfáticamente que en el Hospital Mental Depar-

tamental objeto de nuestro análisis, las intervenciones terapéuticas de los diferentes profesionales se proyectan simplemente al paciente psiquiátrico sin vincular a la familia de forma directa en torno al tratamiento y rehabilitación, y a través de programas, terapias (familiares, grupales); además en cuanto a la aplicación del tratamiento el que más prevalece es de tipo farmacológico equivalente en un 90% aproximadamente.

1.3 INTEGRACION-FAMILIA-INSTITUCION

Para funcionar con calidad, con economía, con flexibilidad en coordinación e integridad en estas instituciones psiquiátricas se hace indispensable trabajar en grupos multiprofesionales competentes de la salud mental que cooperen mutuamente. Necesitan convertirse en un equipo integrado a través de un crecimiento grupal con el tiempo; en el cual se haya conseguido una redefinición de los papeles profesionales de la comunicación fácil se haya convertido en rutina. La importancia de la integridad consiste en que cada miembro se identifique con el grupo como un todo; su participación profesional actuarán como un agente del equipo al cumplir un propósito común.

El proceso diagnóstico, definido en este contexto, se aplica por lo común a ciudadanos que acaban de recibir

la etiqueta profesional "pacientes psiquiátricos" y que han sido ingresados en una clínica de pacientes externos, en una unidad psiquiátrica o en la sala de ingresos de un hospital. Por lo tanto, el quipo de tres o más miembros de profesionales en la Salud Mental se enfrentan en una situación relativamente desconocida; su objetivo es evaluar la cantidad y calidad de enfermedad, formular un plan de tratamiento y presentar sus datos y recomendaciones a las personas interesadas (familias).

El concepto de tipo implica que una evaluación requiere más datos de los que el psiquiatra obtiene de un paciente, más que una clasificación con respecto al estado psicopatológico del mismo. Se debe conseguir una comprensión completa de las ventajas, las limitaciones y los elementos nocivos del paciente, así como las ventajas, las limitaciones y los elementos nocivos de su ambiente. Así el equipo puede buscar mejor con lo que se ha de trabajar y contra lo que se ha de trabajar. Puesto que los miembros de la familia del paciente son una valiosa fuente para esos datos, el psiquiatra entrevista al paciente y tradicionalmente el Trabajador Social entrevista a su familia. Una ventaja de este arreglo es que proporciona a los familiares un profesional en particular con el que relacionarse, que con ello siente que se cuida de sus necesidades y de la flicción que la enfermedad

del paciente le ocasiona.

Por lo tanto los objetivos diagnósticos del equipo psiquiátrico implican algo más que la recogida de información y la clasificación de la psicopatología del enfermo. Los informantes (pacientes y familiares) se han de comprometer con los miembros del equipo en un proceso de diagnóstico. Las actitudes y los sentimientos de los informantes deben descubrirse, analizarse y comprenderse dentro del contexto de sus circunstancias vitales. Su resistencia, su defensa, su evasión y su negación deben evaluarse lo suficiente para que emerjan y pueda verse el estado real del asunto. Es por esto que,

El médico informará el control clínico, el psicólogo es posible informe al psiquiatra de un componente depresivo y subyacente en la fachada optimista de un paciente; el psiquiatra puede informar al trabajador social que la esposa de un paciente rechaza la sexualidad de su marido. El trabajador social puede poner sobre aviso al psicólogo en cuanto al abuso sádico que haga un paciente joven de los animales⁶.

El efecto total de lo decrito transmite a los pacientes, familiares y comunidad una actitud y una expectativa sobre la enfermedad psiquiátrica y su tratamiento. El optimismo y la esperanza reemplazan gradualmente el desespero

⁶FREDMAN Y KAPLEN. Op. cit., p.868.

y desánimo.

1.3.1 Hospital Mental Departamental

En el Hospital Mental objeto de nuestro estudio esta situación o ambiente no constituye una verdad para intervenir terapéuticamente con el paciente y su familia, partiendo de que no existe una conciencia de grupo multiprofesional con unos objetivos específicos para alcanzar un resultado satisfactorio en el proceso diagnóstico con relación al paciente y sus familiares.

Lamentablemente hay que decirlo, la institución cuenta con profesionales altamente calificados y que bien pueden hacerse responsables desde el principio hasta el final del período de evaluación, funcionando por lo tanto este personal de una forma desintegrada ya que el paciente, sus familiares y sus diversos problemas pertenecen al médico aisladamente, al psiquiatra, al psicólogo, y de igual manera al trabajador social por supuesto separadamente. De tal manera que no le permiten al paciente y sus familiares conocer a cada uno de los profesionales asociados, para así evitar la perturbadora especulación y la fantasía con respecto a cada uno de ellos.

Otro aspecto que se refleja es la inexistencia de programas que vinculen al paciente y su familia en torno al tratamiento, es decir, la institución no ha utilizado

esta técnica para que la participación de ellos sea activa, directa y responsable en la evolución del tratamiento.

Al estructurar programas se le estará dando la oportunidad al paciente de participar como colaborador activo en su tratamiento, pudiendo conseguir mayor responsabilidad en su vida diaria, esta participación debería reducir y acortar la estancia en el Hospital, estimulando por tanto al paciente mental a que reasuma sus papeles habituales lo más rápidamente posible y a que lo abandonen tan pronto como sea posible. También cambiará actitudes negativas de los familiares hacia el paciente y su enfermedad, dando respuesta a preguntas que están implícitamente entre los familiares y el "limitado". ¿Cómo percibo las necesidades y comportamiento del paciente?, ¿Cómo puedo entender las necesidades del paciente, su comportamiento? ¿Cómo debería ser mi interacción con el paciente para serle útil?. Al no existir programas que alberguen dichos cuestionamientos, es normal que en éstas aparezcan actitudes de abandono, responsabilidad, de interacciones familiares conflictivas cuando el "enfermo" vuelva a su hogar. Así mismo, al no contar la institución con un equipo multiprofesional se presentan situaciones como el abuso que se hace a pacientes y sus familiares, dándose el caso de que varios profesionales intervienen con ellos aisladamente y al mismo; a la vez no hay

controles efectivos sobre responsabilidad de la familia hacia el paciente y mucho menos controles de visitas hospitalarias. Se puede observar por lo tanto la integración de familia-institución no se está dando como se exige y requiere en estos casos, lo cual deja de manifiesto la obstrucción en el avance del tratamiento y la rehabilitación de la salud mental.

1.3.2 Rehospitalización de Pacientes Psiquiátricos

El proceso que conduce a la hospitalización, especialmente la vía por la que conduce y produce al internamiento simultáneamente es decir, a la rehospitalizaciones despertó particular interés hace una o dos décadas cuando la mayor parte de los pacientes eran legalmente ingresados en los hospitales encarcelados durante grandes períodos. Es por esto que se han realizados diversos estudios los cuales han hayado que la mayor parte de los pacientes que son representados por un Consejero en los procesos de internamientos, son dejados libres, mientras que la mayoría que tienen los mismos síntomas pero que no están representados por dicho consejero son reingresados.

Esto refuerza nuestro estudio en el cual se encuentra que cuando la alteración mental se ve reconocida y procesada por los diversos canales de relación y organización

(familia, trabajo, amigos, escuela, hospital psiquiátrico) y contingencias en la evolución de la enfermedad, van influyendo en el punto de vista del paciente sobre sí mismo y sobre los otros; es cuando se dá la permanencia en el Hospital y la posibilidad de ser mantenido hospitalizado aumenta.

Determinándose entonces que la salida de un Hospital depende muchas veces del deseo de las familias de mantener al paciente de nuevos con ellos; no es sorprendente que los deseos de ésta influyen extraordinariamente sobre la decisión de liberar o mantener al "enfermo" hospitalizado. Ya que a medida que la duración de la hospitalización disminuye la facilidad de la institución para rehospitalizar se hace más estricta; existen pruebas de que las decisiones del paciente para entrar o dejar el hospital descansa en consideraciones distintas a su enfermedad. Es por esto que el estudio ha tenido en cuenta la forma como el paciente se relaciona con su hogar, las expectativas respecto a su función y la aceptación emocional de los otros miembros de la familia con respecto al paciente hayándose que la rehospitalizaciones aumentan cuanto existen menos afectación emocional entre el "enfermo" y las personas con las que conviven; los pacientes parecen escoger el reingreso al hospital en las ocasiones en que sabe que amigos o conocidos también esta-

rán allí.

Otra situación que aparece es que algunas familias mantienen su equilibrio dinámico al mantener al paciente clasificado como tal. Y durante períodos de tensión está.. necesita utilizar al miembro enfermo como chivo expiatorios y expulsarlo mediante la hospitalización ya cuando esto se producía los miembros familiares acusan al paciente mental de ser la causa de todos sus problemas. Como resultado de esto el problema de la rehospitalización involucra a toda la familia.

Pero la familia y la sociedad en general se olvida que al contar el paciente con varios reingresos adquiere una nueva valoración de sí mismo y una serie de comportamientos que no tienen ninguna relación con su enfermedad y el desarrollo de algunos síntomas de incapacidad. Goffman conceptualizó en su obra Asyloms los procesos sociales del hospital mental y de otras instituciones totales en las que las personas viven prácticamente toda su vida cotidiana dentro de los confines de la institución. Reconoció que buena parte de la conducta del paciente hospitalizado constituía simplemente una adaptación a las condiciones en que vivía el enfermo, manteniendo que esa conducta que se pensaba dependiendo de la enfermedad tenía muchos puntos de contacto con los de prisio-

neros, soldados, monjas y todos aquellos que viven dentro de instituciones totales, donde toda conducta se evalúa y controla, según el omnipotente principio de la institución".⁷

" Por su parte Russel Barton descubrió la neurosis institucional, un síndrome compuesto por una detallada serie de síntomas y atribuible a la vida hospitalaria"⁸. Para Gruenberg el síndrome de "crisis social" es una forma particularmente grave de incapacidad social resultante de la hospitalización y otra forma de perturbación del papel social, al colocar al individuo en una situación que favorece la adopción de un nuevo papel limitado y dependiente, con lo que pierde progresividad y sus habilidades sociales hasta llegar a una incapacidad permanente".⁹

Mediante la rehospitalización el paciente va perdiendo su propia estimación, las relaciones sociales, las responsabilidades y los ambientes familiares. Y esta incapacidad se produce cuando se asiste a los enfermos mentales en condiciones inhumanas y solo regresa mediante esfuerzos eficaces por cambiar el planteamiento asistencial.

⁷ GOFFMAN. Citado por FREEDMAN Y KAPLAN. Tratado de psiquiatría. Salvat Barcelona, 1982. p. 2.589

⁸ Ibid., p. 2.589

⁹ Ibid., p. 2.589.

2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACION DEL DEPARTAMENTO DE FAMILIAS EN EL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL

Al determinar en las familias con pacientes psiquiátricos que están siendo atendidos en el Hospital Mental Departamental ciertas características en lo relacionado a la concepción de la enfermedad, al tratamiento aplicado y a sus actitudes hacia el paciente se hizo de suma importancia la estructuración y organización del departamento de familias. Al momento de intervenir con la familia se constató la imposibilidad de trabajar coordinadamente con éstos, al no existir unos formatos donde se registren las intervenciones terapéuticas que se hagan con la misma, que centralice las informaciones de dichas intervenciones (entrevistas, solicitudes, visitas domiciliarias, terapias y llamadas telefónicas); donde se lleven un control de las visitas que las familias hagan a sus familiares hospitalizados, viéndose a la vez el abandono que éstos hacen (familias) al paciente, delegándole toda la responsabilidad del tratamiento al Hospital; en ocasiones abuso en las repeticiones de visitas domiciliarias y entrevistas de los estudiantes en práctica (Psicología, Medicina, trabajo

Social y Enfermería), hacia las familias de los pacientes.

El Departamento de Familia se hará responsable de la centralización de todas aquellas intervenciones e información necesaria para que se haga posible una intervención terapéutica integral, de tal manera utilizará una ficha familiar en la cual aparecerá los datos concernientes a la familia; estructurará una serie de fichas donde se registren y controlen las intervenciones que se hagan; como también los programas de educación con las familias y terapias familiares.

Ante este hecho surge la necesidad de la estructuración y organización del Departamento de Familia, como elemento que permite agrupar intereses, canalizar recursos y dar una dirección hacia metas que beneficien a una totalidad (usuarios e Institución).

2.1. DEFINICION

El Departamento de Familia del Hospital Mental Departamental, es la oficina encargada de registrar, coordinar, centralizar y organizar todas aquellas intervenciones que se hagan con las familias de los pacientes psiquiátricos; tales como visitas intra y extra hospitalarias, estudios y educación con la familia, a la vez organizar las

rlaciones de familia-paciente institución; las cuales se hacen indispensables para el logro de un tratamiento integral.

2.2 UBICACION

El departamento de familias se regirá por los reglamentos, principios, objetivos y estatutos del Hospital Mental Departamental de la ciudad de Barranquilla. Estará ubicado dentro de la estructura orgánica de la institución, como oficina perteneciente a los servicios complementarios de la sección de atención médico-psiquiátrico.

2.3 OBJETIVOS

1º. Lograr la creación y el funcionamiento de una oficina que centralice, supervise y organice las informaciones de las familias de los pacientes y permita una relación continua entre ellos y la institución, con el fin de diseñar intervenciones terapéuticas integrales.

2º. Elaborar formatos donde se registren y controlen las intervenciones terapéuticas de los diferentes profesionales y estudiantes que laboran en la institución, con el fin de coordinar todo el proceso en el tratamiento de rehabilitación de pacientes psiquiátricos y sus familias.

3º. Diseñar estrategias terapéuticas para la comunidad a la cual pertenecen los pacientes psiquiátricos como un modelo de trabajo coordinado y de equipos, con el fin de mejorar la calidad del continente familiar.

4º. Investigar cuales son las relaciones de enfermedad mental en nuestro medio para elaborar programas de educación y prevención primaria sobre enfermedad mental para la familia de los pacientes.

2.4. ESTRUCTURA

La estructura del Departamento de Familia está enmarcada por la centralización y coordinación de todas las intervenciones que el equipo multidisciplinario (Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros, Trabajadores Sociales y Terapistas Ocupacional), haga con las familias, actuando a un nivel de promoción, prevención y rehabilitación de la salud mental.

2.5. PERSONAL

— Jefe del Departamento

- Coordinadores: 2

Trabajadora Social

Estudiantes de Trabajo Social

Colaboradores:

- Psiquiatras
- Psicólogos
- Enfermeras.
- Estudiantes de psicología y estudiantes de medicina.

Los requisitos que se exigen para el personal vinculado directamente al departamento de familias son:

- Jefe del departamento: profesional de salud, que tenga especialización en terapia de familia, que maneje conceptos específicos sobre psicopatologías.
- Trabajadora social: que tenga conocimiento sobre trabajo social psiquiátrico y terapia de familia.
- Estudiantes de trabajo social: alumnas de último año académico, que tengan conocimientos sobre trabajo social psiquiátrico y terapia de familia.

Colaboradores:

- Psicólogos: Aparte de sus conocimientos profesionales, que maneje conceptos sobre terapia familiar.
- Psiquiatra, médico general, enfermeras, y terapeutas ocupacional: que estén vinculados directamente al Hospital Mental Departamental, que tengan conocimientos sobre la importancia que tiene la familia en la evolución del tratamiento.

2.6 DEPENDENCIA JERARQUICA

El departamento de familia del Hospital Mental Departamental, dependerá directamente del director de la institución, siguiendo en orden descendente del jefe de departamento y los coordinadores.

2.7 TIPO Y AMBITO DE LA AUTORIDAD

Su autoridad es de línea jerárquica del director de la institución, jefe del departamento, coordinador, y con todos los departamentos o secciones del Hospital.

2.8 RELACIONES DE COORDINACION

- Director científico
- Coordinador científico con Psiquiatría en general
- Médico general
- Psicología
- Trabajo Social

- Enfermeras

2.8.1. Extra-Institucional

- Hospitales locales
- Centros de Salud
- Instituciones del Bienestar Social
- La comunidad en general
- Facultad de Trabajo Social de la Universidad Simón Bolívar
- Facultad de Medicina de la Universidad del Norte
- Facultad de Psicología de la Universidad del Norte
- Facultad de Psicología de la Universidad Metropolitana

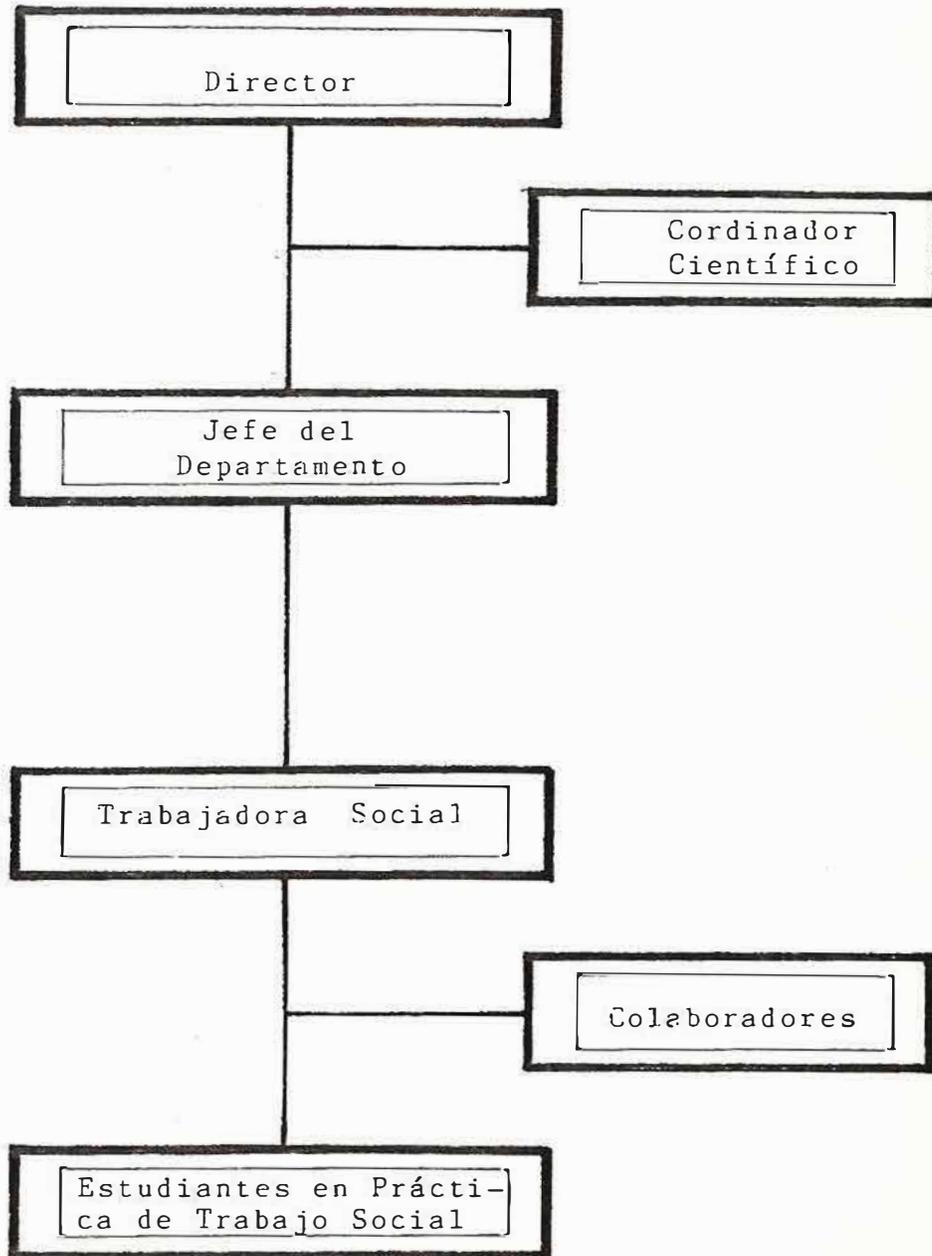
2.9. ORGANIGRAMA (ver página siguiente)

2.10. AREAS DE TRABAJO

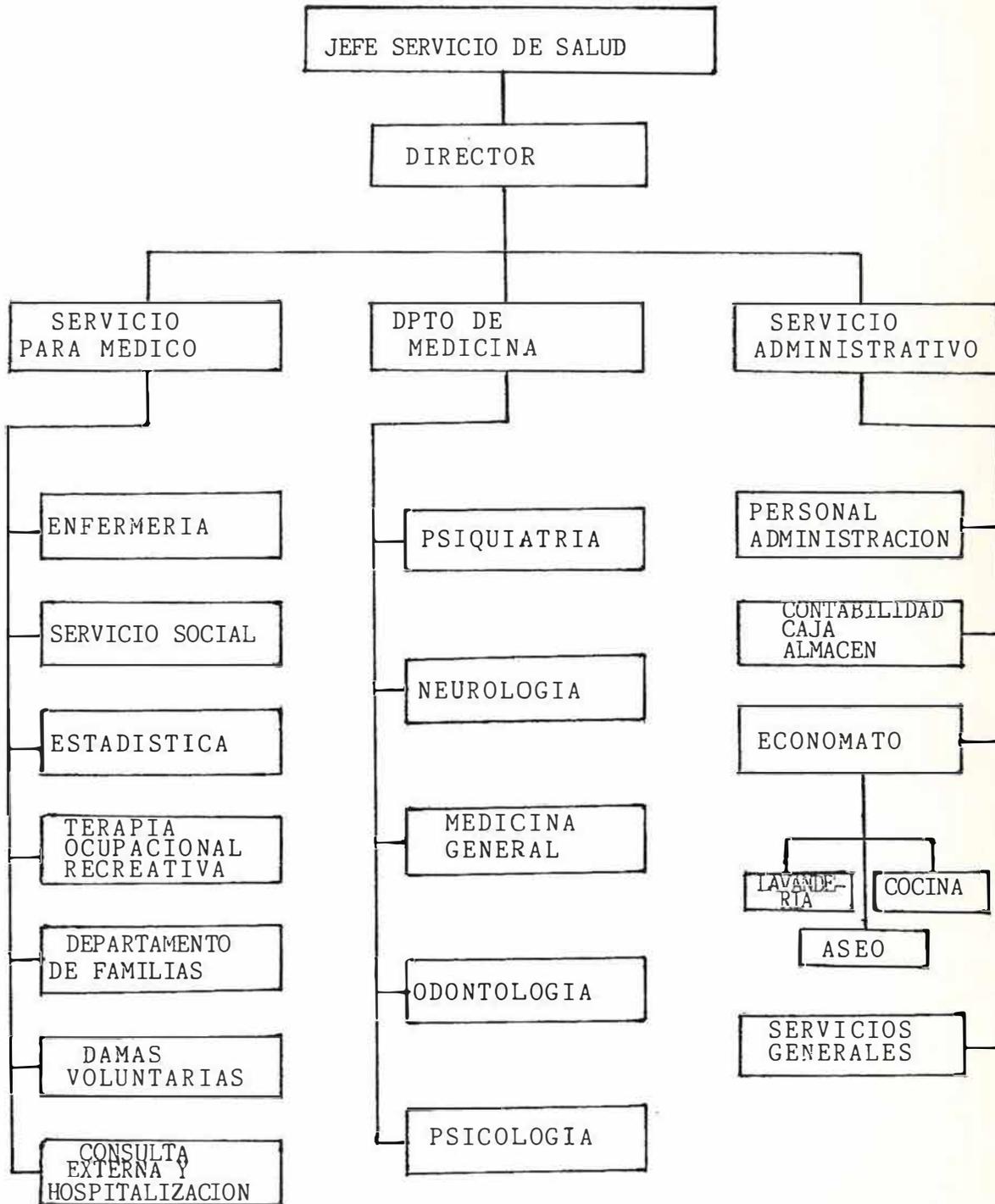
Se consideran áreas de trabajo del Departamento de Familias, la dependencia que conforman los servicios ambulatorios y proyección a la comunidad (familias de pacientes psiquiátricos hospitalizados o que acudan a los servicios de consulta externa), del Hospital Mental Departamental.

2.10.1. Servicios Ambulatorios

2.9 ORGANIGRAMA



ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL



- Consulta Externa Adultos
- Consulta Externa Infantil

2.10.2. Proyección a la Comunidad

- Atención domiciliaria
- Grupos Educativos

2.11. FUNCIONES

El Departamento de Familias tiene establecido las siguientes funciones: Administrativas y Asistenciales.

2.11.1. Administrativas

1º. Definir metas, objetivos, propósitos y metodologías del Departamento.

2º. Determinar normas internas, descripción de cargos y funciones del personal del Departamento.

3º. Planificar, dirigir, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades que corresponde al Departamento, mediante la adecuada asignación de funciones y responsabilidad que promueva la racional utilización de los recursos disponibles en la Institución y comunidad en general.

4º. Informar periódicamente a nivel superior, los resultados de los planes trazados por el Departamento.

5º. Planear, presentar, controlar y evaluar programas y presupuestos del Departamento a corto y largo plazo.

6º. Establecer sistemas de comunicación extra e intradepartamentales para los objetivos del Hospital, al servicio de la comunidad.

7º. Establecer un sistema de registro e informe de actividades concretas del Departamento. (Organización de Archivo).

8º. Planear, participar, ejecutar y evaluar estudios e investigaciones sociales en coordinación con otros profesionales, con el fin de presentar un mejor servicio a la comunidad de usuarios.

9º. Participar en la elaboración de planes y programas del Hospital Mental Departamental.

10º. Asumir responsabilidad ante los programas de participación del Hospital y la comunidad (familias de pacientes).

2.11.2. Asistenciales

2.11.2.1. Intervenciones con Familia

2.11.2.2. Diagnóstico Social y Familiar

Comprende el diagnóstico social de la familia del paciente y la comunidad a la cual pertenece, el análisis multidisciplinario de la situación problemática que se observa y la definición de un plan de acción para modificar los factores que alteran la salud y el bienestar social del paciente y su grupo familiar.

2.11.2.3. Tratamiento Psicosocial

A nivel individual: Con un seguimiento del problema, brindar apoyo emocional, visitas domiciliarias y remisión de familiares a otras Instituciones.

A nivel grupal: Organizar grupos de terapia familiar, de problemas sociales familiares, educación y socialización.

A nivel comunitarios: Investigar las relaciones entre comunidad y enfermedad mental en nuestro medio, concientización y educación a nivel comunitario de los problemas de salud mental.

2.11.2.4 Responsabilización de las Familias por los Pacientes

A través de formatos de control y grupos educativos hacia las familias de los pacientes psiquiátricos sobre la importancia de su participación en el proceso de tratamiento y rehabilitación del enfermo mental.

2.11.2.5 Supervisión de Estudiantes

Coordinación con Facultades de Trabajo Social, psicología, medicina, enfermería y otras según posibilidades y necesidades.

2.12 REGISTRO DE LA INFORMACION

2.12.1 Ficha Familiar

Toda familia atendida en el Hospital Mental Departamental a partir de la fecha de iniciación de su tratamiento tendrá un ficha familiar, cuyo objetivo será el de tener una visión de la familia que va a ser intervenida con el fin de ir informando el diagnóstico.

En esta ficha aparecerá la identificación completa del paciente psiquiátrico y su familia, mínimo dos direccio-

nes y un teléfono de sus familiares o amigos. Además se anotarán aspectos familiares que comprende la identificación de los padres del paciente, direcciones, antecedentes de enfermedad mental, la cual señalará con una X al familiar que haya presentado dicha enfermedad. También se anotarán los comportamientos presentados por el familiar que ha estado enfermo mentalmente, y podría ser por ejemplo: ilusiones de persecución y de grandeza, alucines auditivas, muecas faciales, habla solo, no duerme, etcétera. Se señalará con una X si tuvo atención psiquiátrica o sino se aclarará la atención recibida.

Se señalará el tipo de relaciones que tienen los padres del paciente, sus hermanos, su cónyuge si es casado, y con sus amigos y vecinos. Estas relaciones se enmarcarán en los siguientes criterios:

- Relaciones conflictivas: son aquellas relaciones familiares que se desarrollan en un ambiente de desacuerdos, agresividad y frustraciones; donde cada uno de los miembros experimentan sensaciones de inconformidad, tensión, desequilibrio y donde los valores respecto a metas y funciones de la vida familiar chocan.

- Relaciones complementarias: Son aquellas relaciones que proporcionan las vías de control y solución de conflictos, caracterizadas en que cada familiar facili-

ta la comunicación, manifestaciones de afecto, confianza, apoyo, honestidad; a la vez se estimula la capacidad de cambiar y aprender nuevos roles de los miembros familiares.

- Relaciones desligadas: Se caracterizan por la indiferencia y pasividad de las familias ante los problemas y su solución que afectan el desarrollo de la vida familiar, por ausencia de afecto, cooperación e integración entre sus miembros.

Los criterios utilizados para definir las relaciones afectivas entre los miembros de la familia son:

- Buena: cuando existe entre los miembros familiares manifestaciones de afecto que apoyan y estimulan la confianza, donde la comunicación es viable y el ambiente es de calor y aceptación mutua.
- Regular: Cuando hay poca manifestación de afecto y comunicación; la confianza y apoyo entre sus miembros es parcial; al realizar nuevos roles en la vida familiar que proporcionan el desarrollo progresivo en cada uno de ellos.
- Mala: Cuando se nota un desligamiento afectivo, donde cada individuo se desenvuelve como puede, sin contar

con el apoyo de su núcleo familiar.

Las relaciones sociales con amigos y vecinos se enmarcarán teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Buena: Se caracterizan cuando las relaciones con la comunidad y amigos es de aceptación, colaboración y respeto mutuo.
- Regular: Se caracteriza por una comunicación esporádica, con pocas manifestaciones de apoyo y respeto entre vecinos y amigos.
- Mala: Se caracteriza estas relaciones por carecer de respeto, honestidad, apoyo entre vecinos y/o amigos dándose más que todo conflictos.

Observaciones: Aquí se anotarán aspectos que no se señalaron en la ficha pero que son importantes para la complementación de ésta, como por ejemplo: colaboración de la familia en la elaboración de la ficha, aspectos de parentesco que no aparecen.

HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL

DEPARTAMENTO DE FAMILIAS

FICHA FAMILIAR

I. IDENTIFICACION

Nombre: _____ N° .H.C. _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

II. DIRECCIONES:

Del Paciente _____ Tel. _____ Verificación _____

Personas responsables del paciente:

Nombre	Parentesco	Dirección	Teléfono
--------	------------	-----------	----------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ocupación	Teléfono	Horas en las cuales se pue den localizar	Verificación de la direc- ción y telef.
-----------	----------	--	---

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Personas conocidas del paciente.

Nombre	Dirección	Teléfono	Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Verificación	Dirección	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Horas en las que se puede localizar

III. ASPECTOS FAMILIARES

Madre del paciente

Nombre _____ Edad _____ Ocupación _____

Dirección _____ Tel. _____ Verificación _____

Antecedentes de enfermedad mental.

Abuelo (a) _____ Padre _____ Madre _____

Hermano (a) _____ Tío (a) _____ Primos _____

Cuáles fueron los comportamientos presentados por su (s.) familiar (es) enfermo (s)? _____

Tuvo atención médico-psiquiátrica? SI _____ NO _____

Padre del paciente

Nombre _____ Edad _____ Ocupación _____
Dirección _____ Tel _____ Verificación _____

Antecedentes de enfermedad mental

Abuelo (a) _____ Padre _____ Madre _____
Hermano (a) _____ Tío (a) _____ Primos _____

Cuáles fueron los comportamientos presentados por su (s) familiar (es) enfermos (s)? _____

Tuvo atención médica-psiquiátrica? SI _____ NO _____

Estado civil _____ Conviven _____ Tiempo _____

Nº de hermanos _____ Hombres _____ Mujeres _____

Lugar que ocupa entre ellos _____

Nombre	Edad	Ocupación	Dirección	Tel.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Relaciones de los padres:

Conflictivas _____ Complementarias _____ Desligadas _____

Relaciones de los hermanos:

Conflictivas _____ Complementarias _____ Desligadas _____

Nombre del cónyuge _____ Edad _____

Ocupación _____ Conviven _____ Tiempo _____

Tipo de relaciones:

Conflictivas _____ Complementarias _____ Desligadas _____

Separados _____ Tiempo _____

Número de hijos _____

Nombre	Edad	Ocupación	Estado civil
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dirección	Teléfono
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Relaciones afectivas entre los miembros de la familia

Buena _____ Regular _____ Mala _____

Relaciones sociales con vecinos y amigos

Buena _____ Regular _____ Mala _____

Observaciones: _____

2.12.2 Evaluación

Esta hoja de evaluación social tendrá como objetivo el de señalar la situación concreta que vive el paciente psiquiátrico y su familia con el fin de establecer y especificar el plan terapéutico médico-psiquiátrico y social a seguir con ellos; y así mismo constatar si la intervención del equipo multidisciplinario ha permitido el restablecimiento y modificación de la problemática que está afectando el núcleo familiar.

En esta hoja se anotarán los resúmenes de las entrevistas e intervenciones realizadas con posterioridad a la ficha familiar, con sus respectivas fechas.

Esta puede ser diligenciada por los miembros del equipo multidisciplinario con que cuenta el Departamento, y reposará en la oficina del mismo; y en el momento que tales profesionales ameriten información acudirán a dicho Departamento.

2.12.3 Informe de Visitas Domiciliarias

Sugerencia para diligenciar la ficha:

Se anota el nombre completo del paciente, la edad, el número de la historia clínica y fecha en la cual realiza la visita, (este informe debe hacer parte de la ficha familiar).

Escriba la dirección exacta de la casa donde se realiza la visita, anota el nombre de la persona con quien gestiona la entrevista, o el de quien suministre la información.

Seguidamente se continúa con los aspectos de:

- VIVIENDA

Señale la respuesta o respuestas correctas de cada casilla con una X. Son dos interrogantes divididos en tres (3) grupos. El primer grupo se refiere a la clase de vivienda y calidad de construcción.

El segundo grupo se refiere a los servicios públicos que posee, el número de personas que habitan la casa, a la localización en relación con la vía principal y servicio de transportes; lo poblado o despoblado que se encuentran la zona donde está ubicado, además de las

condiciones en que se encuentra la familia en relación con la vivienda.

El tercer grupo se refiere a la dotación de la vivienda, calidad de los muebles, estado en que se encuentra, mantenimiento de la vivienda y grado de salubridad de ésta.

El objetivo para obtener esta información es permitir conocer las condiciones socio-económicas en que vive el paciente; al mismo tiempo establecer si el lugar es habitable en términos de que el enfermo mental pueda satisfacer sus necesidades primarias (seguridad, protección) y de que manera puede influir estas condiciones en la precipitación de la enfermedad.

- RELACIONES FAMILIARES

Se señalará con una X la respuesta adecuada teniendo en cuenta las definiciones siguientes:

- Relaciones conflictivas: Son aquellas relaciones familiares que se desarrollan en un ambiente de desacuerdos, agresividad, frustraciones, donde cada uno de los miembros experimenta sensaciones de inconformidad, tensión, desequilibrio, y donde los valores respecto a las metas y funciones de la vida familiar chocan.

- Relaciones complementarias: Son aquellas relaciones familiares que proporcionan las vías de control y solución de conflictos, caracterizadas en que cada miembro familiar facilita la comunicación, manifestación de afecto, confianza, apoyo, honestidad, estimulándose la capacidad de cambiar y aprender nuevos roles.

- Relaciones desligadas: Se caracteriza por la indiferencia y pasividad de la familia ante los problemas y su solución que afectan el desarrollo de la vida familiar, por ausencia de afecto, cooperación e integración entre sus miembros.

Escriba SI o NO en el segundo interrogante según sea la respuesta obtenida o lo observado por usted.

Escriba en el tercer interrogante lo que le informen de lo que hace el paciente durante su recuperación; puede ser leer, escuchar música, trabajar o atender niños.

- IMPRESIONES DE LA VISITA

Estas impresiones se anotarán de acuerdo al propósito u objetivo de la entrevista, los distintos aspectos sociales que se desea aclarar de la familia del paciente, o sobre las recomendaciones que específicamente motivan

la visita, aclare con más detalle algunos interrogantes de la ficha familiar, que los lleven a evaluar en forma satisfactoria el grupo familiar que se visita.

Esta ficha es diligenciada por trabajo social y reposará en la Oficina del departamento de familias.

HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL

DEPARTAMENTO DE FAMILIAS
 INFORME DE VISITA DOMICILIARIA

1er Apellido _____ 2º. Apellido _____ Edad _____ Historia _____

Dirección _____ Fecha _____

Persona entrevistada _____

Parentesco _____

VIVIENDA

Tipo Paredes Techo Piso	Casa	Apartamento	Accesorias	Cuarto	Otro
	Block	Madera	Adobe	Cartón	Otro
	Concreto	Teja	Zinc	Cartón	Otro
	Baldosa	Cemento	Tierra	Agua	Otro
Servicio Nº de personas Localiza- ción Estado	Agua	Luz	Alantarillado	Letrina	Otro
	1 a 3 Pers.	4 a 6 Pers.	7 a 9 Pers.	10 o + Pers.	Otro
	Accesible	Inaccesible	Habitado	Inhabitado	Otro
	Permanente	Transitoria	Alojado	Cuidando	Otro
Dotación Calidad Estado Condi- ción	Estufa	Nevera	Lavadora	Televisión	Otro
	Madera	Metálico	Mimbre	Ninguno	Otro
	Bueno	Malo	Deficiente	Incompleto	Otro
	Ordenado	Confuso	Saludable	Insalvable	Otro

Relaciones Familiares

Conflictivas	Complementarias	Desligadas
Tiene el paciente quien lo atienda SI		NO
En qué emplea el paciente su tiempo		
Impresiones de la visita:		

2.12.4 Control de Visitas Hospitalarias

Comprende esta forma, el nombre completo del paciente, el número de historia clínica, nombre de la persona responsable ante la Institución.

Las visitas hospitalarias se controlará la asistencia a través de este formato, registrando a la persona que visita al paciente, su parentesco.

Por último, señalaremos las observaciones detectadas durante la visita de la familia y/o amigos de los pacientes psiquiátricos. Las cuales se enmarcarán con base a las conductas manifestadas por el paciente cuando es visitado; así mismo las conductas del familiar y/o amigos que lo visitan, es decir, si tienen la suficiente disponibilidad para acercarse al paciente, manifestarle afectividad, apoyo o si por el contrario el visitante se limita a llevarle lo que éste requiere en el momento, siendo su actitud de indiferencia frente al paciente mental, o informarle sobre situaciones problemas que se están dando en el núcleo familiar.

Esta ficha será diligenciada por los enfermeros en turno, en horas de visitas, para remitirlas posteriormente al departamento de familia.

2.12.5 Control de Actividades

Forma para ser utilizada en todas las actividades del departamento de familia, sirve de control de visitas, control de remisión al igual como control de seguimientos de familia.

Al iniciar la forma de control anote el mes, año y día en la cual realiza la actividad registrada, el número de la historia clínica, nombre completo del paciente y del familiar controlado, anote el lugar de residencia del familiar en la columna de dirección.

En la columna de Edad anote la correspondiente al familiar atendido.

Gestión: Resuma lo que considere debe realizar para que la familia soluciones su problema, con una observación aclaratoria si es indispensable.

Responsable: Se escribe el nombre de la persona que realiza las diferentes actividades con la familia que puede ser: remisión, tratamiento, seguimiento, etcétera. Puede hacerse responsables los profesionales con que cuenta el departamento de familia.

2.12.6. Registro y Control de los Programas con Familias

Escriba el nombre del programa, la actividad que realizará para llevar a cabo el programa y que controlará en esta forma.

Escriba el tiempo que durará esta programación, si es mensual, bimestral, etc. anote la fecha de iniciación y de terminación del programa.

Anote el nombre de la persona que supervisa el programa y el de la persona que lo ejecuta. Anote el nombre del servicio en el cual se realiza el programa.

En las columnas siguientes controle la fecha en que realiza la reunión, el nombre de los participantes, la edad, sexo y procedencia.

En la columna de tema y/o actividad (tarea), anote el nombre de la actividad que realizaron. Escriba en la columna de colaboradores, el nombre de las personas que de una u otra forma hicieron posible la realización de la reunión.

Valoración de los Resultados: Resuma la dinámica, el grado de participación de los asistentes, la situación

e interés del grupo de familiares.

2.12.7. Citación a Familiares

Forma para ser utilizada en el Departamento de Familias, cuando sea necesario la presencia de un familiar del paciente psiquiátrico.

Se anotará la fecha de la citación, nombre del paciente, nombre de la persona citada, día, hora, lugar y servicio.

Por último la firma de la persona que hace la citación.

HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL
DEPARTAMENTO DE FAMILIAS
CITACION

Fecha: _____
Paciente: _____
Persona citada: _____
Día _____ De _____ De _____ A las _____
Lugar _____ Servicio _____
Firma: _____

HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL
DEPARTAMENTO DE FAMILIAS
CITACION

Fecha: _____
Paciente: _____
Persona citada: _____
Día _____ De _____ De _____ A las _____
Lugar _____ Servicio _____
Firma: _____

2.12.8. Registro de Seguimiento

Forma para ser usada por el Departamento de Familias, a manera de control de los casos sociales que se hagan con las familias.

Se utilizará de la siguiente forma:

Anote el nombre completo del paciente, número de historia y el servicio en que está siendo atendido, fecha y nombre de la familia a la que se le va a efectuar el seguimiento.

Señale con la edad el sexo del familiar, estado civil y el sitio donde vive, el propósito de dicho seguimiento.

Escriba en la columna de situación actual, en forma breve el plan de tratamiento psico-social a seguir con la familia y otros aspectos de interés tratados en la entrevista, cada entrevista que se realice con un mismo familiar, debe anotarse en una línea independientemente.

En la primera entrevista es indispensable llenar todas las columnas de la forma: Registro de Seguimiento.

2.12.9. Remisión

Sugerencia para diligenciar la ficha:

Escriba la fecha en la cual llene la presente forma.

Anote el nombre de la persona o Institución a quién va dirigido. Escriba el número de la historia clínica del paciente, nombre completo, edad y el lugar de residencia, y el servicio médicopsiquiátrico donde está siendo atendido.

Resuma en forma clara el motivo de la remisión, las limitaciones que presente la familia o cualquier otro dato que crea de interés para dar solución a la problemática de ella.

Solicite respuesta si el caso lo amerita.

Firme y selle la hoja.

HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL
DEPARTAMENTO DE FAMILIAS
REMISION

Barranquilla, _____

Me permito solicitarle al señor (a) _____
_____ con estudio social _____
de _____ años, residente en _____
quien está siendo atendido en _____

El motivo de la remisión es la siguiente: _____

Agradeciéndoles su colaboración,
Atentamente,

2.12.10. Informe Estadístico

Orientación para diligenciar la ficha:

Forma para ser diligenciada en los primeros días de cada mes, tomando como fuente de información los diferentes formatos de atención a las familias de los pacientes psiquiátricos.

Indique el mes y el año al cual corresponde la información.

Escriba como unidad de medida la acción que procesa, o sea el número de familias atendidas.

Servicio Ambulatorio: Esta columna esta conformada por las casillas de ficha familiar, seguimiento de familias, grupos educativos a familias, asesorías, terapia familiar, orientaciones, visitas domiciliarias, remisiones intra y extra Institucional y entrevistas a familias.

Sume por días cuántas familias se atendió en cada uno de estos servicios y consígnelos en la casilla respectiva. Esta información la obtendrá en el registro de atención a familias.

3. DISEÑO DE PROGRAMA EDUCATIVOS-FORMATIVOS QUE DISMINU- YAN LA REHOSPITALIZACION

Con la creación del Departamento de familias en el Hospital Mental Departamental se promueve de inmediato programas como estrategia para vincular a las familias en torno al proceso de tratamiento de los pacientes psiquiátricos ya que es en éste donde se lleva a cabo la planeación, coordinación y ejecución de actividades tendientes a proporcionar una educación y salud mental a las familias de los pacientes rehospitalizados con miras a disminuir su incidencia. Es decir, se pretende que adquiera un conocimiento científico sobre la concepción de la enfermedad, causas, repercusiones socio-familiares como también permitiéndoles intervenir adecuadamente en lo que hace referencia al suministro de medicamentos, manejo de pacientes, logrando de esta forma una modificación en sus sentimientos y comportamientos (rechazo, vergüenza, hostilidad, temor, sobreprotección), que obstaculizan la evolución del tratamiento trayendo consigo relaciones familiares conflictivas, haciendo que el paciente se sienta aislado en su grupo familiar lo cual va originando

en él una desadaptación social mayor, una desvaloración de su autoestima lo cual se traduce en las frecuentes rehospitalizaciones.

El Departamento de familias viene a ser el área específica con que cuenta la institución para la creación y coordinación de programas donde se estimulará la participación del equipo multiprofesional, por lo que en estos programas se necesita la integración y confrontación de los diferentes criterios profesionales que van a permitir objetivizar el enfoque de los problemas para la ejecución de actividades que conlleven a la presentación de un mejor servicio a los usuarios directos de la institución (Pacientes y Familias).

Estos programas inicialmente estarán encaminados a un objetivo preciso: El de vincular a las familias de los pacientes a programas de la institución, a la vez que se responsabilice de igual manera que el Hospital, del paciente y el tratamiento aplicado.

Cuando ya se pueda cualificar y cuantificar estos objetivos se proyectarán programas comunitarios que respondan a las necesidades del momento.

3.1 FILOSOFIA DEL PROGRAMA

La familia es el núcleo de mayor importancia para la sociedad, allí se dan las bases para el equilibrio y afianzamiento de la personalidad de cada uno de sus integrantes, de igual manera se dan los procesos de relevante importancia como: La socialización, satisfacción de necesidades básicas y transmisión de cultura.

Debido a su dinámica interna y a la permanente influencia que recibe del medio ambiente, la familia está en permanente transformación lo cual implica que sus miembros deben estar preparados para dichos cambios, a fin de poder contrarrestar las disfunciones familiares.

Por tal razón es de vital importancia proporcionarles instrumentos teóricos-prácticos que les permitan a cada uno de ellos (miembros de la familia) desenvolverse en cada etapa de la vida, sirviendo de soporte a algún integrante de ella que en un momento determinado presente problemas que lleven a alterar la armonía familiar.

Las acciones que se van a realizar con las familias de los pacientes rehospitalizados a través del Departamento de Familias se encuentran enmarcados en un enfoque integrado que responde a las necesidades básicas de sus miembros; precisa una metodología práctica que porta de vivencias, necesidades, creencias, e intereses de sus integran-

tes, para proporcionar un análisis de los mismos e inducir a una conceptualización que permita posteriormente un cambio de actitudes.

3.2 DEFINICION DEL PROGRAMA

El programa se concibe como un conjunto de acciones formativas-educativas, tendientes a facilitar el análisis de la problemática a las familias proporcionándoles herramientas con las que puedan intervenirlas.

3.3 OBJETIVOS GENERALES

1º. Impartir información a las familias sobre la enfermedad del paciente, sus causas, su tratamiento y posibilidades de rehabilitación, con el fin de lograr una actitud más adecuada hacia el paciente mental.

2º. Contribuir a que el grupo familiar adquiera comportamientos más adecuados frente al paciente, el tratamiento y la institución para fortalecer las relaciones afectivas y de solidaridad con el fin de disminuir los reingresos hospitalarios.

3º. Modificar la disfunción familiar que impide la aceptación parcial o total del paciente y su enfermedad, con

el fin de lograr una estabilidad emocional y social entre sus miembros.

3.4 METODOLOGIA

El programa desarrollará una metodología no formal, orientada hacia la participación activa del equipo multiprofesional y los integrantes de las familias en etapa de análisis, reflexión y solución de las necesidades y/o problemas.

3.5 TECNICAS

Las técnicas son los medios a utilizar el equipo multiprofesional para facilitar la interacción y participación activa de los integrantes de las familias en cada sección.

Son instrumentos que permiten la dinámica del grupo y la concecusión de los objetivos. Se utilizarán:

- Audiovisuales (Filminas)
- Mesa Redonda
- Discusiones en pequeños grupos
- Discoforo, Cineforo
- Sociodramas
- Charlas
- Conferencias

3.6 PROCEDIMIENTO A SEGUIR

El programa inicialmente va a subdividirse en dos: Atención directa a cada familia en particular (Según el caso), y acciones formativas-educativas con grupos de familias (Previamente conformados según patología de su familiar enfermo).

Básicamente se va a trabajar en sesiones de 60 minutos máximo de duración, durante un mes y medio, se realizarán 6 sesiones una vez por semana, previa reunión de coordinación del equipo multiprofesional analizando los logros alcanzados hasta el momento.

3.7 TEMAS O MODULOS

- Orientación general sobre los servicios del Hospital Mental.
- Causas de la Enfermedad Mental.
- ¿Qué es la Enfermedad Mental según patologías?
- Aspectos generales sobre el tratamiento (Hospitalización, farmacología, servicios ambulatorios, terapias).
- Actitudes hacia el paciente.
- Valoración por parte de los participantes de las sesio-

nes trabajadas.

A continuación describiremos los programas que se realizan por trabajo social en el área de salud mental en conjunto con el equipo multiprofesional.

3.7.1 Proyecto de Atención Directa a Cada Familia en Particular (Según el Caso)

Es necesario brindar asesoría, orientación a manera individual a cada familia para que ventilen su problemática y cada miembro de ella pueda expresar lo que siente (temores, angustias, frustraciones, miedo) en torno al paciente con limitaciones mentales y de esta manera se liberen de las actitudes negativas observadas, proporcionando una integración y cohesión entre ellos y el paciente.

3.7.1.1 Objetivos

1º. Estudiar, diagnosticar y tratar factores socio-familiares que inciden y condicionan la rehospitalización del paciente mental.

2º. Brindar un tratamiento terapéutico a aquellos pacientes y su grupo familiar que así lo requiera.

3.7.1.2 Acciones

- Entrevista de admisión individual, tanto al enfermo como al familiar.

- Visitas domiciliarias para conocer el ambiente socio-familiar del paciente.

- Conexión con los recursos institucionales para tratar sus problemas.

- Reuniones con todas las familias o con los miembros más comprometidos en el tratamiento del paciente para lograr su compromiso y responsabilidades en el mismo.

- Investigaciones en el ambiente socio-familiar que permitan ir estableciendo la problemática del enfermo.

- Diagnóstico psico-social de la problemática estudiada.

- Tratamiento a las familias para propiciar la creación y/o integración de relaciones familiares positivas que minimicen las rehospitalizaciones.

- Seguimiento de la familia por un período determinado según el caso.

3.7.1.3 Recursos

1º. Humanos: Médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, familia del paciente.

2º. Institucionales.

- Hospital Mental Departamental
- Universidad Simón Bolívar

3º. Materiales: papel, sillas, marcadores y carteleras.

3.7.1.4 Recomendaciones

- Supervisión continua a las actividades.

3.7.2 Proyecto de Acciones Educativas-Formativas o Grupos de Familia (Previamente Informados Según Patología de su Familiar Enfermo)

Se puede llegar a las familias para convertirlas en aliados en la rehabilitación de la salud mental del paciente, ofreciendo grandes posibilidades si se les presenta una atención adecuada, si se les orienta y forma para así, atraerlas hacia el campo terapéutico.

El asesoramiento en salud mental resulta un elemento vital en la rehabilitación del enfermo, especialmente si se proporciona educación a las familias y a los pacien-

tes con base a charlas, técnicas de grupo y otras modalidades.

3.7.2.1 Objetivos

1º. Capacitar las familias sobre enfermedad mental y los cuidados que necesitan los pacientes una vez egresados del hospital.

2º. Proporcionar educación y apoyo a las familias en pacientes rehospitalizados para mejorar la salud del enfermo.

3º. Propiciar la integración familia-institución mental evitando las rehospitalizaciones de los pacientes.

3.7.2.2 Acciones

- Participar en reuniones de coordinación y ejecución de actividades para el programa. (Equipo multidisciplinario).
- Entrevistas con el paciente
- Entrevistas con las familias
- Establecer de antemano los criterios para seleccionar

aquellas familias que potencialmente podían ingresar al programa.

- Estimular la participación de la familia de los pacientes.
- Intercambio de ideas y de emociones de unos miembros familiares con otros.
- Dinámicas Familiares, charlas.

3.7.2.3 Recursos

1º. Humanos: Psiquiatras, médicos generales, sicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, familias de pacientes y pacientes psiquiátricos.

2º. Institucionales:

Hospital Mental Departamental

Universidad Simón Bolívar

3º. Materiales: Papelería, plumeros, sillas, oficina.

3.7.2.4 Recomendaciones

- Establecer claramente criterios de selección.

- Motivar a las familias adecuadamente para lograr su participación.

4. INTERVENCION CON FAMILIAS

4.1 EL TRABAJADOR SOCIAL, LAS FAMILIAS DE PACIENTES PSIQUIATRICOS Y LA INSTITUCION

El Trabajo Social psiquiátrico es aquel practicado en hospitales y clínicas mentales donde el tratamiento de los enfermos mentales no se centra únicamente en la responsabilidad del Psiquiatra (como anteriormente se hacia), sino que es responsabilidad de todos los profesionales incluyendo al profesional en Trabajo Social, correspondiéndole realizar algo más difícil que la aceptación del enfermo como persona; es el aceptarse así mismo como la persona que es. El enfermo mental necesita como primera fase de cualquier intento terapéutico, ser aceptado como la persona que es. La aceptación de hecho y conductas del paciente hace que se respete y entienda a sí mismo, como nosotros lo entendemos, como un hombre que es, como una persona que por ese simple y complejo hecho de ser, posee valoración y dignidad , estas no pueden perderse por el hecho de estar enfermo aunque su enfermedad sea mental.

En línea general esta área de trabajo se divide en dos grandes grupos: La tarea intra-mural, o sea la que se realiza dentro de la institución y la extra-mural, es decir, la que se lleva a cabo fuera del establecimiento. Dentro del área intramural la tarea se dedica especialmente con los pacientes, pero también suele extenderse a los familiares en aquellos servicios en que se realizan actividades que los comprometen. También abarca la parte referente a la labor multidisciplinaria por cuanto en psiquiatría se trabaja con distintos profesionales y se necesitan reuniones más o menos periódicas para unir criterios con respecto a los diagnósticos y tratamiento. En el área extra-mural se comprende la labor que debe realizarse con la familia, los grupos relevantes (escolares , laborales), con otras instituciones, y lo que se entiende por proyección comunitaria.

Es necesario que el Trabajo Social psiquiátrico adquiera seguridad acerca de su rol para responder adecuadamente a la conducta de los enfermos mentales, que puedan relacionarse fructíferamente con los pacientes y su familia. La capacidad de interacción del Trabajador Social y del enfermo está relacionado estrechamente con la percepción que dicho paciente tiene del problema y del rol que desempeña.

Para el Trabajador Social constituye una función importante su intervención en programas de tratamiento psiquiátrico, y por esto es imprescindible hacer:

1º. Un estudio del Caso: incluyendo su historia familiar y social. El Trabajador Social utiliza para hacer el estudio de un caso diferentes técnicas profesionales como: entrevista personal con la familia, las visitas domiciliarias de gran utilidad para la comprensión e interpretación más acertada del caso.

La entrevista con la familia del paciente y la visita domiciliaria son técnicas que deben ser planeadas con anterioridad con el fin de lograr un objetivo completo en busca de objetivos específicos, el cual es la aceptación y no rechazo de nuestro cliente y la vinculación de la familia a la institución.

2º. Estudio del Grupo Familiar: A través del estudio del grupo familiar obtenemos conocimientos de las relaciones interpersonales que existen en el mundo familiar, aspectos de trascendencia en el área de la salud mental de las personas. Otro aspecto que debemos conocer es la distribución de roles de la familia del enfermo mental, lo cual es muy importante conocer porque así sabremos cual es el rol que ocupa el enfermo dentro de su

grupo familiar y así nos percatamos del grado de incidencia familiar que constituye la enfermedad mental en el ambiente familiar.

Todo este bosquejo familiar le proporciona al Trabajador Social la oportunidad para actuar con habilidad profesional ante la familia del enfermo y entra en el proceso de comprensión y adaptación familiar de la situación del enfermo , por parte de su propio grupo familiar.

Por lo tanto para el Trabajador Social es un hecho importante su intervención profesional en el grupo familiar del enfermo. Durante este período el Trabajador Social debe influenciar en este ambiente utilizando medios de intervención los cuales deben dirigirse a tratar de establecer las condiciones favorables para que el enfermo no sea rechazado por su familia. Constituyéndose la terapia de familia una alternativa de intervención de Trabajo Social, el cual le permite abordar la problemática individual (en este caso enfermo mental) dentro de la familia con beneficio para ambos, ya que no se busca cambios individuales sino cambios en la estructura familiar que repercute en cada miembro del sistema y en el sistema en general.

Teniendo en cuenta la labor específica como profesional

dentro de un proceso de intervención, el Trabajador Social identifica su objeto (individuo, grupo y comunidad), o identifica la situación problemática que está afectando al objeto; le es fácil al profesional conocer en forma global el problema y en coordinación con otros profesionales en la institución mental podrá planear, organizar, realizar y ejecutar el proceso de intervención (estudio, diagnóstico, tratamiento) resolviendo así la problemática psico-social que afecta al paciente y a su medio familiar.

El Trabajador Social al hacer parte de una institución como profesional que ocupa un puesto en los mandos de la estructura organizacional ocupa cargos tales como, de ser asesor, en los que tiene en cuenta la programación de la institución con los objetivos propuestos por ella.

Cuando el Trabajador Social está llevando a cabo el papel de organizador en un hospital mental, organiza grupo de tratamiento con los familiares de los pacientes; estos grupos hacen referencia al manejo y cuidado de los enfermos, así como también cuales deben ser las relaciones más adecuadas hacia el paciente, y son estimulados por el profesional dentro de los cuales tendrá el rol de asesor y proporcionará oportunidades de desarrollar la vida en grupo de los participantes. Por lo tanto el Traba-

jador Social está tratando de encontrar el modo y la fuerza para que la familia maneje la situación y se enfrente a los problemas con mucha capacidad.

El Trabajador Social psiquiátrico como educador capacita a los pacientes a vivir y a participar con éxito en actividades socio-familiares. Capacita a las familias sobre enfermedad mental y el cuidado que necesita el paciente una vez dado de alta.

En base a estos objetivos el Trabajador Social ejecutará programas para educar al grupo familiar y posteriormente a la comunidad acerca de la salud mental. Estos programas se desarrollan generalmente en coordinación con el equipo multidisciplinario de la institución. Es por eso que la relación entre el Trabajador Social y el resto de profesionales es necesario, considerando al enfermo mental como un ser humano.

EL Trabajador Social psiquiátrico como terapeuta de familia es una nueva perspectiva de trabajo y su formación puede ser la más apropiada entre todas las profesiones ya que su centro de atención son los sistemas sociales y la familia que ha sido su campo de trabajo por excelencia; teniendo en cuenta que la familia fué y sigue siendo un factor de trascendencia social en el desenvolvimiento

del individuo de la sociedad, un aspecto inseparable de las relaciones sociales, vinculándose los sentimientos, las relaciones íntimas y las emociones, basándose que la familia es un sistema y como tal se define "un conjunto de objetos relacionados entre sí y sus atributos. Los objetos son los componentes, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones entre unos y otros mantienen unido al sistema".¹⁰

El Trabajador Social como terapeuta de familia le corresponde brindar atención a las disfunciones familiares que están obstruyendo el desarrollo de la rehabilitación del enfermo mental, para reestablecer la continuidad y estabilidad de las relaciones familiares y especialmente hacia el paciente.

4.2 ANALISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS APLICADOS A FAMILIAS SELECCIONADAS

PRIMER CASO: Remitido por el médico psiquiatra al Departamento de Familias con el propósito de modificar las relaciones conflictivas entre el paciente, su hermana y sobrino.

¹⁰ Memorias del IV Congreso Nacional de Trabajo Social. Consejo Nacional para la Educación en Trabajo Social. Federación Colombiana de Trabajo Social. Medellín, Octubre de 1981.

4.2.1 Identificación del Paciente

Nombre: A.S.

Edad: 53 años

Raza: Mestizo

Presentación Personal: Regular

Estado Civil: Soltero

Profesión: Agricultor

Número de Ingresos Hospitalarios: 3

4.2.2 Fuentes de Información

Hermana y Sobrino (únicos familiares vivos), paciente A.S.

4.2.3 Antecedentes Personales

Es el quinto de siete hijos, su nacimiento se produjo en casa y al parecer no tuvo ninguna complicación, cuando contaba con diez años de edad su madre empezó a presentar trastornos mentales hasta que murió, por lo que su padre la amarró en el patio de su casa durante quince años. Situación que recuerda el paciente con mucho dolor, manifestando no querer hablar de eso.

Su adolescencia la paso en el campo trabajando en la

finca del padre, por esta razón venía esporádicamente a la casa de la madre y de su hermana.

En su juventud era muy tímido y no se le conoció novia. En su vida adulta no se le conoce relación con el sexo opuesto, manifiesta ser muy trabajador, fumador crónico, ingiere licor cada vez que se le presente la ocasión. Con la muerte de su padre quedó en la finca viviendo solo y a partir de allí se tornó irresponsable, desorganizado, ingiriendo licor con mayor frecuencia. Estas son una de las causas que trastornaron las relaciones entre el paciente y su hermano. A la edad de 40 años fué hospitalizado en este centro por presentar sintomatología psicopatológicas, siendo necesario hospitalizarlo por treinta días.

4.2.4 Personalidad Previa

Analfabeta, persona muy susceptible, cualquier cosa le puede resentir profundamente, no acepta razones diciendo que le tienen envidia; alude trabajar en el campo porque se siente libre.

A finales de 1984 e inicios de 1985 tuvo dos reingresos precipitados por algunos factores, el aislamiento prolongado en el campo, en donde vive totalmente solo, a esto

se agrega el hecho de que viene presentando problemas con su hermana quien es el familiar más cercano, debido a que existe una herencia consistente en seis hectáreas y media de terreno ubicadas a las afuera de la ciudad, (sitio donde vive el paciente) y una casa ubicada en esta ciudad.

Parece ser que la hermana del paciente está interesada en declararlo "loco" o por lo menos internarlo definitivamente en el hospital mental para despojarlo de la herencia. Además, las breves estadías del paciente de la casa donde vive su hermana se tornaron difíciles ya que ésta le hace la vida imposible regañándole por cualquier motivo, prohibiéndole que se mueva libremente hasta el punto que él decide marcharse de nuevo para el campo. Situación que hace precipitar la crisis psiquiátrica del paciente.

4.2.5 Enfermedad Actual

El paciente A.S. ingreso al servicio de hospitalizados sin mostrar signos de agresividad, acompañado de su hermana, quien refiere que desde hace más o menos cinco días viene presentando inquietud motora, se dedicaba a buscar cosas en toda la casa sin decir lo que quería, haciendo comentarios y diciendo cosas incoherentes, in-

somnio, se pasaba toda la noche caminando, hacia tres días no comía, presentando comportamientos agresivos.

4.2.6 Intervenciones

A través de entrevistas al paciente y su hermana, visitas domiciliarias, citaciones al departamento de familias se pudo realizar las investigaciones preeliminares quedando en claro la situación del paciente A.S. y su hermana.

Para ella el problema es el temor a la agresión de A.S. en sus crisis ya que vive sola con su hijo adolescente, pensando que no existe ninguna figura de autoridad que pueda controlarlo. Además se le hace difícil convivir con él manifestando que es una persona muy terca, le gusta regalar las cosas aunque no sean de él.

Durante las entrevistas se pudo apreciar manifestaciones de hostilidad y rechazo de forma muy velada por lo que no se puede presentar como alternativa viable o realizable que el paciente se fuera a vivir con ella; posibilidad que le acarrearía más problemas de los que tiene la hermana, siempre que se dirige a la persona del hermano lo criticaba y desvalorizaba, además lo considera incapaz de manejar y administrar los bienes que ambos

comparten.

Para el paciente su situación es la siguiente: Manifiesta sentirse solo, deseo de tener un hogar, una familia. Expresa resentimiento hacia su hermana porque no le deja delegar sus responsabilidades. Está dispuesto a negociar su soledad y cediendo todos sus bienes a su hermana, con tal que lo reciba en su casa, le brinda afecto y sus tres comidas.

Con la hermana del paciente se trató los siguientes aspectos: Aceptación al paciente, necesidades del paciente y educación sobre enfermedad mental.

Se recalcó la necesidad de apoyar a A.S. que se le diera oportunidad de expresar sus opiniones y de ser escuchado, se le explicó sobre los orígenes de la enfermedad para que así comprendiera y fuera aceptando este episodio en la vida, ésto originará un cambio en la percepción de ser "flojo". Se les habló sobre los aspectos positivos del individuo, intereses y la forma como se pueden ayudar. De esta manera se trataba de borrar las críticas de la hermana.

Al paciente se le fueron delegando tareas y pequeñas responsabilidades en el hogar. Para luego ir incrementan-

do los niveles de responsabilidad en la medida que él iba participando.

Aumentarle su autoestima, para que reconociera sus valores como persona y se le amplió aspectos sobre su enfermedad para que los comprendiera y no se conceptualizara asimismo como un loco.

Se le hizo ver de que él había dado pautas para que se le considerara como irresponsable a la vez se volvió a reconocer su capacidad de asumir responsabilidades.

Actualmente las interacciones entre paciente-hermana son más frecuentes y no están rodeados por el clima de la tensión que les caracterizaba. Sin embargo, hay todavía interrupciones en sus comunicaciones, es decir, no se escuchan lo suficiente sino que hablan al mismo tiempo sobre el mismo tema cuando el trabajador social realiza sus entrevistas.

La actitud del paciente hacia su enfermedad es más adecuada y activa. Su autoestima ha subido de nivel y ha intervenido en las actividades de su responsabilidad.

4.2.7 Intervenciones del Equipo Multidisciplinario

Este caso fue tratado por la Trabajadora Social la cual intervino para lograr las modificaciones en las disfuncionalidades del sistema familiar que estaban separando a los miembros de esta familia. Al igual intervino la Psicóloga haciéndole disminuir al paciente sus ansiedades y aumentando su autoestima.

4.2.8 Evaluación del Caso

Se ha logrado reestructurar las relaciones familiares, lo que adquiere un buen pronóstico ya que los miembros familiares han comprendido la situación que originaba el problema y están dispuestos a permanecer con actitudes disponibles a cambio si éstas son inadecuadas para la armonía en sus relaciones.

SEGUNDO CASO: Remitido por médico psiquiatra, al presentar la paciente golpes en la cabeza y cortadura en el labio inferior. Recomendando evaluar el ambiente familiar de la paciente.

4.2.8.1 Identificación del Paciente

Nombre: N.N.

Edad: 43 años

Raza: Mestiza

Presentación Personal: Regular

Estado Civil: Casada

Profesión: Ama de Casa

Número de Ingresos Hospitalarios: 3

4.2.8.2 Fuentes de Información

La paciente, sus hermanos y sobrinos.

4.2.8.3 Antecedentes Personales

N.N. es la tercera de siete hijos, es la mayor de las mujeres. La paciente fue concebida bajo la inestabilidad conyugal de sus padres, ya que éste convivía con varias mujeres al mismo tiempo.

Producto de un parto difícil, recibida por una comadrona. Manifiesta haber tenido buena relaciones con sus padres y hermanos, sintiendo igual afecto por todos. Ingresó a la Escuela Pública a la edad de 8 años, su rendimiento fue siempre bajo, expresa que "no le entraba nada", por lo que se retira de la escuela, para dedicarse a las labores del hogar.

Por causa de la enfermedad de la madre se traslada a Barranquilla (N.N. contaba con 20 años) de su ciudad

natal, Cartagena. A la edad de 26 años formaliza noviazgo y 6 meses más tarde se casa. Las relaciones de cónyuge eran satisfactorias hasta que nació su primer hijo, dando inicio a una serie de problemas familiares debido a que su esposo estableció frecuentes relaciones extracónyugales por lo que la abandona por un año; al cabo de 5 meses de esto reconcilian y queda nuevamente embarazada pero aún así continúan los problemas conyugales. Cuando nace su último hijo al ya estar separada definitivamente de su esposo ésta regresa de Cartagena donde vivía con su esposo presentando períodos depresivos, conducta agresiva, por lo cual fue hospitalizada en el Hospital Mental, haciéndose responsable de ella y de sus hijos su hermano mayor.

Su padre murió de Trombosis y a su madre le amputaron una pierna (Cangrena). Actualmente tiene un hermano en tratamiento psiquiátrico, el cual ha tenido dos ingresos en el Hospital Mental.

4.2.8.4 Personalidad Previa

Mantén buenas relaciones afectivas con sus padres, hermanos y vecinos. Dedicada a la vida hogareña, seria y ordenada.

4.2.8.5 Enfermedad Actual

Relata la paciente que su enfermedad se inició hace doce años, presentando episodios depresivos, con llanto frecuente y aislamiento. Consultó entonces a un médico particular, quien formuló algunos tranquilizantes, presentando mejoría.

Manifiesta que después del nacimiento de su último hijo (hace 9 años) volvió a presentar crisis, pero con mayor intensidad, descuidada en su arreglo personal, no aceptaba que se le acercaran; esto lo relacionaba con su mala situación económica y por los viajes permanentes de su esposo a otro país, consulta entonces en Cartagena al Hospital San Pablo.

Al poco tiempo muere su padre, 10 meses después fallece su madre, por lo que la paciente se altera con este último suceso en la familia. Durante los años siguientes tiene muchos problemas en los negocios por lo que nuevamente se presentan las crisis, (sale por las calles tirando piedras, agrade a las personas) por lo que es internada en el Hospital San Pablo en Cartagena.

Del 25 de Julio a Septiembre de 1984 es internada en el Hospital Mental Departamental de Barranquilla, al

evolucionar su tratamiento sale de éste, por lo que continúa en tratamiento ambulatorio por 4 meses, lo suspende por falta de dinero, volviendo a presentar nuevamente conductas agresivas, por lo que el día anterior de su hospitalización fue agredida por un familiar ocasionándole golpes en la cabeza y cortadura en el labio inferior. Fue evaluada por el médico psiquiatra quien considera que la paciente puede vivir fuera del hospital en tratamiento por consulta externa, siempre y cuando su medio familiar no contribuya en la aparición de nuevas crisis. Motivo por el cual el caso es remitido al departamento de familias por el médico psiquiátrico para investigar si el medio donde habita N.N. es óptimo para así tomar las medidas del caso.

4.2.8.6 Intervenciones del Equipo Multidisciplinario

Al estudiarse el ambiente familiar de la paciente N.N., se pudo deducir aspectos inherentes a la familia. Se intervino a nivel individual a la paciente y a cada familiar, posteriormente se hicieron reuniones conjuntas; se efectuaron varias entrevistas y visitas domiciliarias al igual reuniones con el equipo terapéutico (médico psiquiatra, psicólogo, trabajadoras social) confrontando criterios profesionales. Pudiéndose deducir que las relaciones de N.N. con sus familiares se caracterizan

por la poca comunicación, ausencia de manifestaciones afectivas, es decir una familia desligada. Se enfatizó mucho en la actitud dominante y machista del hermano mayor que por sentirse la víctima del problema se tornaba violento ante la paciente.

Se pudo determinar que el problema de la familia radicaba en que se consideraba a la paciente como un problema que obstaculizaba la realización personales de sus miembros; además se agrega el hecho de que la familia imitaba a N.N. en cuanto a su responsabilidad, actitudes e intereses, colocándole un rol de enferma permanente.

Por lo que se educó y orientó a la familia que la enfermedad mental no limita totalmente el funcionamiento de una persona, ya que ésta puede ser recuperada siempre y cuando se le diera apoyo, comprensión y afecto.

Se hizo orientaciones a la vez a la familia acerca de la importancia de una comunicación continua entre ellos tanto para la rehabilitación de N.N. como para el desarrollo de la familia. Se pudo observar entonces, que algunos de los comportamientos de los familiares se han visto modificados, como el caso del hermano mayor que ya comprende la enfermedad. A la vez se puede notar que la familia hace partícipe a N.N. de actividades, responsabi-

lidades del hogar y de sus hijos. La familia ha modificado el concepto de que la enfermedad mental es incurable, demostrándolo al valorar más a la paciente.

Al intervenir el equipo terapéutico, se hicieron indispensables reuniones de coordinación y análisis del caso. Cada uno intervino en su especialidad reformando de esta manera la problemática familiar.

A partir de allí vinculamos a la familia en torno al tratamiento aplicado en la Institución, a través de acciones educativas-formativas que les permitió a los integrantes de la familia conocer sobre la enfermedad mental, causas, consecuencias, repercusiones socio-familiares, manejo de paciente, suministro de medicamentos. Al paciente se le brindó apoyo sico-afectivo, a la vez que se le estimulaba su autoestima.

En este caso el profesional en trabajo social pudo proyectarse objetiva y eficazmente. Sus intervenciones en la familia y paciente permitieron conocer aspectos socio-familiares (relaciones familiares, roles y funciones de los integrantes del grupo familiar, responsabilidades), analizando dicho factor el trabajador social diseñó un plan terapéutico, teniendo presente los criterios e intervenciones de los diferentes profesionales que

conforman el equipo.

4.2.8.7 Evaluación del Caso

La paciente egresó de la Institución, se encuentra en tratamiento ambulatorio y en control con el psicólogo. Cuenta con el apoyo sico-afectivo y social de su grupo familiar, al igual que estos últimos se encuentran vinculados a la Institución.

Se pronostica evolución positiva en el proceso de tratamiento y rehabilitación.

La familia colabora y participa activamente y sus actitudes hacia la paciente son adecuadas.

TERCER CASO: El siguiente caso fue remitido al departamento de familias al inducir el médico psiquiatra que necesitaba una intervención integrada por conflictos entre la paciente y su hijo, el cual está dispuesto a abandonarla, al manifestar no saber que hacer para solucionar su problema.

4.2.9 Identificación del Paciente

Nombre: R.I.

Edad: 61 años

Raza: Mestiza

Estado Civil: Unión libre

Presentación Personal: Regular

Ocupación: Oficios varios

Número de Ingresos Hospitalarios: 4

4.2.9.1 Fuente de Información

Hijo, nuera, vecinos.

4.2.9.2 Antecedentes Personales

Es la segunda de tres hijos por línea materna. Su padre tuvo otras relaciones extraconyugales de las cuales existen 10 hijos.

Las relaciones familiares eran muy tensionantes debido a que la madre de R.I. sufría mucho, al ser una persona susceptible, sometida a un marido extremadamente autoritario, exigente y malgeniado.

Los años de infancia de R.I. se desarrollaron en este ambiente; estudió hasta segundo año de primaria, suspendiendo éstos porque prefería ayudar en los quehaceres del hogar. Su adolescencia transcurrió entre oficios

y pequeñas diversiones.

La paciente se define como una persona orgullosa, alegre y trabajadora (lavandera, cocinera) en cuanto a sus relaciones con amigos siempre han sido buenas.

A la edad de 23 años se unió con un señor el cual se dedicaba a la agricultura, de esta unión nace su hijo (en la actualidad tiene 38 años); a los pocos años comienzan los problemas en la pareja debido a que ella es malgeniada y por esto los conflictos se hacían frecuentes lo que originaron un total de 3 separaciones, y en los lapsos de ésta, la paciente tenía varios amantes lo cual era sabido por su marido e hijo.

Hace 18 años el marido la abandona definitivamente, ante esto lamenta el haber sido orgullosa y malgeniada. Cuando el hijo contaba con 21 años, tuvo que pagar el servicio militar el cual fue trasladado de su sitio de nacimiento (Magangué) para Barranquilla, por tal motivo la paciente al manifestar que está sola, viaja a Barranquilla para poder ver a su hijo; la cual se establece a trabajar en una casa de familia como cocinera.

Al salir el hijo del servicio militar conoce a una joven, quien más tarde es su novia y la que es presentada a

su madre con quien establece buenas relaciones.

Hace 15 años el hijo de la paciente se casa, por lo que paciente empieza a vivir con su hijo y nuera, tomándose el papel entonces de ama de casa, teniendo la responsabilidad de la organización del hogar y de todas las actividades que esto concierne, ya que el hijo y su nuera trabajan juntos en un puesto comercial en el mercado. Así mismo a la llegada de sus nietos (3 en total) asume la responsabilidad de cuidarlos, mientras que su nuera al no trabajar ya permanece en casa durmiendo y haciendo nada.

Las relaciones con su nuera que en un primer momento eran cordiales, se tornaron conflictivas, ya que la paciente empieza a presentar comportamientos agresivos; y por la influencia de sus vecinos que profundizaron los conflictos, llegando a la situación de una separación emocional entre la paciente, el hijo y su nuera, ante lo cual cada uno reacciona contra el otro, por lo que el hijo sintiéndose presionado ante la situación reacciona bruscamente hacia su madre y esposa agrediéndolas física y verbalmente. Durante 4 años permaneció vigente esta situación mediante los cuales la paciente tuvo 4 hospitalizaciones sin presentar mejoría en su comportamiento.

4.2.9.3 Personalidad Previa

Persona alegre, trabajadora, se relaciona muy bien con los demás, le gustaban las fiestas.

4.2.9.4 Enfermedad Actual

Paciente de sexo femenino, residente en Barranquilla quien desde hace 10 años es atendida por consulta externa, de los cuales 4 años ha sido hospitalizada en 4 oportunidades en el Hospital Mental.

Actualmente al ser rechazada por su nuera, su único hijo al sentirse incapaz de manejar la situación en su hogar (conflictos entre madre y esposa) decide echarla de su casa, prohibiéndole acercarse a su hogar, refugiándose entonces la paciente en casa de una vecina. A partir de 15 días se encuentra muy nerviosa, camina por las calles hasta altas horas de la noche, llora constantemente, además irritándose con facilidad, por tal motivo la vecina decide no tenerla más en su casa.

Ante dicha situación es traída por su hijo al Hospital Mental.

4.2.9.5 Intervenciones del Equipo Multidisciplinario

Una vez remitido y expuesto el caso el departamento de familias, se realizó una reunión previa con el psiquiatra, el psicólogo, la trabajadora social para unificar criterios y diagnosticar el caso con su respectivo tratamiento.

Se llegó a constatar que la familia cree que la paciente está en ese estado por causa de una operación que le realizaron hace 20 años y que ahora es cuando aparecen las consecuencias al volverse "loco". Por lo anotado anteriormente se realizó una serie de charlas para educar a la familia sobre causas de la enfermedad mental.

Al descubrir que el hijo y su esposa con 15 años de casados no han podido hacerse cada uno responsables de sus funciones dentro del sistema familiar, se les enfatizó sobre la importancia de realizar su rol correspondiente, ya que debido a ésto existe en su hogar una desorganización total en lo que respecta a su área social, económica, educacional de los hijos, en la organización de las actividades como pareja y autoridad de un sistema familiar. Así mismo se les dió a conocer pautas para lograr un mejoramiento en sus relaciones y comunicaciones. Con la paciente, su hijo y nuera se les demostró la necesidad de modificar sus relaciones, en base al respeto, integridad y armonía para que la paciente pueda evolucionar

y ellos también disfruten de unas relaciones satisfactorias.

Se le ha sugerido a la paciente no seguir realizando el rol de madre y ama de casa cuando volviera al hogar de su hijo, ya que esto le corresponde a la esposa de éste, claro está sin negar su colaboración.

El trabajo social ha llevado el seguimiento del caso a través de entrevistas con todos los miembros de la familia en un lapso de tiempo de 2 meses (una o dos intervenciones por semana).

Las relaciones de pareja se han ido integrando cada vez más y en la paciente los conflictos se han superado.

4.2.9.6 Evaluación del Caso

Actualmente los miembros familiares reconocieron su falta y están dispuestos a colaborar para la evolución de sus relaciones como en el tratamiento de la paciente; se pronostican evolución satisfactoria.

CONCLUSIONES

En general podemos concluir, de acuerdo a las investigaciones realizadas en el Hospital Mental Departamental de Barranquilla, que en las familias de pacientes psiquiátricos no se da una relación claramente definida en cuanto a los roles y funciones de sus miembros; desconocen en sí la enfermedad mental y sus repercusiones ante lo cual responden con actitudes inadecuadas que obstruyen la rehabilitación mental.

El grado de instrucción de los familiares y el conocimiento profundo de la enfermedad mental inciden en la aceptación y/o rechazo del paciente psiquiátrico.

En las familias estudiadas en el Hospital Mental predominó la baja escolaridad donde la mayoría de los pacientes analizados no se encuentran desempeñando actividad laboral alguna.

La mayor parte de las familias investigadas consideró poco afectivo su grupo familiar.

Un poco más de la mitad de los convivientes valoró que la atención a su familiar enfermo les entorpecía el desempeño de otras actividades fuera del hogar.

Los pacientes que salen del Hospital Mental luego de estar en los servicios de hospitalización prácticamente no tienen ningún tipo de afecto en su grupo familiar, por lo que la evolución de su tratamiento en su hogar es nula ante la imcomprensión de la familia.

Las Instituciones Mentales en el transcurso de la historia han utilizado distintos procedimientos encaminados al tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales, lo que ha generado un cuestionamiento cada vez más profundo acerca de ellos (los procedimientos) y de los factores que de una u otra forma condicionan la aparición de la enfermedad, es por ello que los avances científicos contribuyen a la evolución del tratamiento dando paso de instituciones tradicionales a un nuevo enfoque y ambiente que vienen a ser las llamadas comunidades terapéuticas.

De acuerdo a la caracterización de la Institución Hospital Mental que ofrece sus servicios a la población de usuarios (familias y pacientes) a fin de brindar una atención médico-psiquiátrico social (hospitalario, ambulatoria) en el área de la salud mental; cabe resaltar en

primera instancia que dentro de los recursos con que cuenta, encontramos el llamado recurso humano, compuesto por los diferentes profesionales médicos y paramédicos que conforman el equipo multidisciplinario y el personal administrativo, sin embargo se pudo comprobar el personal es completamente adecuado, pero insuficiente para cubrir el número de pacientes necesitados de atención psiquiátrica. Además se hace indispensable la coordinación multiprofesional para que los abusos que se hace con las familias y los pacientes no sigan obtaculizando el tratamiento.

El rol del trabajador social psiquiátrico con el grupo familiar es de suma importancia para la aceptación del enfermo mental dentro de éste. Trabajo social inicia el tratamiento con la elaboración del estudio sociofamiliar con el que se trabaja fundamentalmente para la obtención de información. De acuerdo con el enfoque que sustenta la intervención para realizar el estudio se hace necesario trabajar no solamente con el paciente sino también con todos los miembros de su grupo familiar, considerados tan importante como aquel, si se tienen en cuenta que la familia funciona como un sistema compuesto por subsistema, todos interrelacionados en continua y directa interacción.

De aquí surge la estructuración y organización del depar-

tamento de familias, como oficina que promueve la participación activa e integral de la familia, el paciente y la institución, como también el trabajo coordinado y de equipo, el control de actividades e intervenciones con los usuarios directos de la institución que lo amerita. En dicho departamento las intervenciones con la familia es una modalidad que va más allá del estudio socio-familiar, y es utilizado en aquellos casos en los cuales se hace necesario impartir ciertas pautas de manejo, dar orientaciones específicas y/o realizar algunas modificaciones en el grupo familiar que optimicen el ambiente socio-familiar el paciente.

La terapia familiar, que se realizará en dicho departamento, tiene grandes posibilidades al ser llevada a la práctica por trabajadores sociales al igual que psiquiatras o psicólogos, profesionales clásicos del área de la salud mental. En esta modalidad terapéutica se abarca la problemática individual dentro de la familia con beneficio grupal. No se buscan cambios individuales sino cambios en la estructura familiar que repercuten en cada miembro del sistema y en el sistema en general.

Al existir un lugar apropiado (departamento de familias) para trabajar con familia de paciente psiquiátrico, en coordinación con el equipo multiprofesional se hace efec-

tiva la vinculación de la familia en la institución a través de programas que centran siempre sus objetivos en el bienestar sico-social y familiar del enfermo, proporcionándole a su grupo familiar los elementos indispensables para abordar la problemática mental.

Como miembro del equipo y considerando los aspectos implícitos de lo que es la salud mental, el trabajador social encuentra en el área psiquiátrica un campo extenso de intervención, en el cual sus acciones no están limitadas institucionalmente, sino más bien, en el que puede coadyuvar y aportar sus conocimientos y experiencias de una manera más dinámica a fin de cualificar su intervención en este tipo de problemática. Por lo tanto, al intervenir en el equipo multidisciplinario, el trabajador social es el encargado de aportar sus conocimientos teóricos de las ciencias sociales, que influyen en el individuo como miembro de un grupo y una sociedad; sus objetivos de intervención, función y actividades deben cubrir los aspectos promocionales de la salud mental, por medio de acciones colectivas que vayan proyectadas a las familias a fin de lograr comportamientos adecuados y participación ante la enfermedad mental.

RECOMENDACIONES

Consideramos que el departamento de familias es el puente entre familia e institución, por tanto se hace necesario que las estudiantes de último año de Trabajo Social, que realizan sus prácticas institucionales en este lugar, se documenten sobre aspectos que les permita participar con eficiencia en terapia de familia.

Lo anterior permite que el personal de Trabajo Social cuente con tiempo para dedicarse más a los niveles preventivos y curativos a través de programas. Consideramos que resultará de utilidad seguir programando charlas con los familiares, encaminados a elevar la sensibilidad de los mismo en torno a la enfermedad del paciente psiquiátrico.

Organizar grupos de trabajo con los familiares de los pacientes, con la participación activa del equipo multidisciplinario teniendo como objetivo el de orientar a dichas familias sobre el conocimiento científico de lo que es la enfermedad mental, y sobre el cuidado y suminis-

tro de medicamentos ordenados por el médico-psiquiatra para la rehabilitación del paciente.

En caso de hospitalización debe hacerse una visita domiciliaria para comprobar y confirmar direcciones, para así evitar la presentación de abandono de pacientes psiquiátricos en la institución por sus familiares.

Preparar el ambiente familiar para recibir al enfermo mental para constatar un regreso satisfactorio y duradero en su núcleo familiar.

Realizar una revisión de los contenidos programáticos que se están desarrollando en la Facultad de Trabajo Social con respecto a salud mental.

Intensificar la cátedra de psicología social ya que esto capacita al estudiante en el manejo real de grupos e individuos con problemas de relaciones.

Realizar seminarios sobre higiene mental, para que el estudiante complemente su capacitación sobre enfermedad mental.

En el semestre que se desarrolla la cátedra de psicopatología debe complementarse los conocimientos teóricos

con los prácticos (simultáneamente) para que así se haga una confrontación teórico-práctico permitiéndole al estudiante desarrollar habilidades en el manejo de problemas familiares que tengan relación con psicopatología.

En cuanto a la selección de estudiantes para realizar sus prácticas institucionales en Hospitales Mentales, debe tenerse en cuenta unos criterios para dicha selección; como por ejemplo: Las aptitudes que tenga el estudiante para el manejo de problemáticas de familias con paciente psiquiátricos, conocer los criterios en que se fundamenta el estudiante sobre la concepción de la enfermedad mental.

BIBLIOGRAFIA

- ANDER-EGG, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social. Humanista. Buenos Aires, 1978.
- CLIMENT, Carlos y ARANGO, María de. Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria. Organización Panamericana de la Salud. Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle. Cali, 1983.
- DETRE, Thomas y JARECKI, Henry. Terapéutica Psiquiátrica. Salvat. Barcelona, 1974.
- DIAZ BENAVIDES, Mariano. Proceso Psicossomático Terapéutico. Trillas. México, 1975. Vol. II.
- FREDMAN y KAPLAN. Tratado de Psiquiatría. Salvat. Barcelona, 1982.
- GONZALEZ VELASQUEZ, Mario. Prácticas Psiquiátricas Institucionales. Guadalupe. Bogotá, 1983.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Bolívar. La Acción Educativa y el Desarrollo de la Comunidad. Cartagena, 1984.
- Memorias del IV Congreso Nacional de Trabajo Social. Medellín, Octubre 21 al 24 de 1981.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Revista de Trabajo Social y Salud Mental. Hospital Psiquiátrico de la Habana. República de Cuba. 1983.
- PEREZ, Augusto. Psicoterapias. Enfoque teóricos Aplicados e Investigativos. Trillas, 1980.

ANEXO

CUESTIONARIO (FAMILIA)

Fecha _____ Familia _____

1º. A qué cree usted que se debe la "enfermedad mental"?

2º. Qué problemas trae a la familia tener un enfermo mental en la casa? _____

3º. Qué posibilidades de recuperación tiene una persona que padece este tipo de problemas? _____

4º.Cuál cree usted que es el tratamiento más indicado para atender al paciente? _____

5º. Cuáles cree usted que son los cuidados especiales que se deben tener con un paciente? _____

6º. Qué siente usted cuando otras personas ajenas a su familia se dan cuenta de la enfermedad de su familiar?

7º. Cree usted que es conveniente que lo vea un curioso?

8º. Cómo cree usted que debe comportarse la familia con el paciente? _____

9º. Cuál debe ser la participación de la familia en el tratamiento? _____

CUESTIONARIO (AL PERSONAL)

Nombre _____ Fecha _____

Ocupación _____

1º. Según su experiencia, cuáles son los problemas familiares que frecuentemente inciden en la enfermedad mental

2º. Cuáles son las actitudes familiares hacia el tratamiento y la institución? _____
