

EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CONOCIMIENTO DE LAS ACTITUDES QUE EL GRUPO
FAMILIAR PRESENTA HACIA SU PARIENTE ESQUIZOFRENICO DE SEXO FEMENINO
USUARIO DEL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL

ALBA LUNA DAZA

DANITH MENDOZA CARDENAS

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA, 1984

EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CONOCIMIENTO DE LAS ACTITUDES QUE EL GRUPO
FAMILIAR PRESENTA HACIA SU PARIENTE ESQUIZOFRENICO DE SEXO FEMENINO
USUARIO DEL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL

ALBA LUNA DAZA

DANITH MENDOZA CARDENAS

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

ASESORA: LUISA OSORIO.

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1984

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, 1984

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios,
a mis padres, al
padre de mis hijos,
y a mis hijos
Victor Hugo y Rosa Eugenia.

Alba

DEDICATORIA

Con todo cariño dedico este trabajo a mis padres, por todo el apoyo brindado en el transcurso de mi formación académica, agradeciéndole además los logros obtenidos.

Danith

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos:

- A LUISA OSORIO, por el apoyo y el continuo estímulo para superar limitantes presentados.
- A RAMON ROJANO, por su paciente revisión y sus valiosas sugerencias
- A la UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR, Facultad de Trabajo Social
- A HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL
- A los grupos familiares de los enfermos mentales, por la invaluable colaboración que indirectamente aportaron
- A todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

LISTA DE TABLAS

	Pag.
INTRODUCCION.....	9
1. LA ENFERMEDAD MENTAL O ANORMALIDAD.....	12
1.1 ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	20
1.1.1 Factores Biológicos.....	21
1.1.2 Factores Psicológicos.....	22
1.1.3 Factores Socio-Culturales.....	24
1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	31
1.3 CONCEPCIONES ACTUALES ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL..	33
1.4 ENFERMEDAD MENTAL EN COLOMBIA.....	36
1.5 EL ENFERMO MENTAL COMO CAUSA DE PROBLEMAS SOCIALES....	38
1.5.1 Familia.....	40
1.5.2 Sociedad.....	41
2. LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD EN EL DESARROLLO DE ACTITUDES.	45
2.1 CONCEPTO DE ACTITUD.....	49

	Pag.
2.2 CONCEPTO DE PREJUICIO.....	51
2.3 FAMILIA: NUCLEO BASE PARA EL DESARROLLO DE UNA PERSONALIDAD SANA.....	51
2.4 EL RECHAZO Y/O LA SOBREPOTECCION COMO ACTITUDES QUE SE HAN FORMADO POR LA INCIDENCIA DE FACTORES SOCIALES.	57
3. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	62
4. ACCIONAR DEL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIATRICO DENTRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL CAMBIO DE ACTITUDES....	82
4.2 PROYECTO: PROGRAMA DE MODIFICACION DE ACTITUDES HACIA EL ENFERMO MENTAL EN PROCESO DE REHABILITACION PSICO-SOCIAL.....	92
5. CONCLUSIONES.....	99
6. RECOMENDACIONES.....	102
BIBLIOGRAFIA.....	104
ANEXOS.....	106

LISTA DE TABLAS

		Pag.
TABLA 1	Descripción de la muestra investigada de enfermos mentales.....	63
TABLA 2	Conocimiento acerca de la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad mental (opinión de los familiares).....	67
TABLA 3	Descomposición: Emociones fuertes.....	73
TABLA 4	Conocimiento acerca de la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad mental (Opinión por grupo familiar y coincidencia en el mismo).....	74
TABLA 5	Relación de los padres y hermanos con el paciente.....	76
TABLA 6	Relación del grupo familiar con presencia de un enfermo mental, con los vecinos y amigos...	79
TABLA 7	Percepción que el familiar tiene acerca de la capacidad del enfermo mental en el manejo de determinadas situaciones.....	80

INTRODUCCION

Una de las preocupaciones primordiales del hombre, ha sido la conservación de la salud, de ahí que una de sus actividades haya sido siempre la lucha contra la enfermedad, tratando también de actuar sobre aquellos factores que se constituyen en promotores de la salud, ya que cuando los mismos no concurren en el nivel necesario tienen la cualidad de convertirse en factor generador de la enfermedad.

El hombre como ser social, al primer grupo donde se integra es al familiar y conociendo que éste es el grupo base para la formación de actitudes hacia el medio social y los fenómenos que en él se dan, el problema de la enfermedad mental es tema de su interés, principalmente cuando se presenta la enfermedad mental en algunos de sus miembros.

La función del Trabajador Social con respecto a ésta problemática está orientada hacia el grupo familiar en procura de conocer los factores que se gestan dentro de ella y a su vez inciden en la recuperación o no del paciente.

Básicamente la actitud que se desarrolla y generaliza dentro de sus diversos miembros pueden constituirse en un limitante para la recupe-

ración del paciente haciendo de él un ser improductivo y dependiente del grupo familiar.

La educación en materia de salud mental es importante, ya que se va a mejorar el conocimiento de enfermedad mental, por parte de los familiares de éstos pacientes, lo cual contribuye a una mejor aceptación y trato del enfermo en el seno familiar, en el barrio y la sociedad en general. El nuevo enfoque hacia el Trabajador Social integral y muy especialmente en salud mental adquiere cada vez mayor importancia el Trabajador Social, el cual puede como especialista en Relaciones Sociales, tener un estrecho contacto con el medio ambiente del paciente, así como con la estructura social en la que vive.

Nuestro trabajo está encaminado hacia el estudio de las actitudes que desarrolla el grupo familiar hacia el enfermo mental, y éstas actitudes van a estar determinadas por la incidencia que tienen los factores psicosociales en la formación de éstas y la intervención del Trabajador Social.

Para su desarrollo partimos del concepto de enfermedad mental con el propósito de señalar críticamente las posiciones que adoptan los diferentes campos del saber humano con respecto al concepto de enfermedad mental; teniendo en cuenta el tiempo, el espacio y el observador que ésta en posición de poder. Respecto a la etiología de la enfermedad mental para su desarrollo y mejor comprensión nos apoyamos en las teorías que nos hablan de los factores biológicos, psicológicos y socio-

culturales quienes nos dan a conocer la acción de una triple serie de factores que desencadenan o precipitan la enfermedad mental. Con respecto a los antecedentes históricos y las concepciones actuales nos basamos principalmente en los conceptos prejuiciados que se han formado a todo lo largo de la sociedad humana, en donde hacemos un paralelo con el fin de poder destacar los cambios o modificaciones que ha sufrido el concepto de enfermedad mental, en donde concluimos con nuestra sociedad colombiana y mas específicamente en el departamento del Atlántico.

Seguidamente hablamos de la familia y la sociedad en el desarrollo de actitudes, hacia el enfermo mental, haciendo referencia en el concepto de actitud y prejuicio, teniendo en cuenta a la familia como base para el desarrollo de una personalidad sana, y las actitudes que se han formado debido a las incidencias de los factores sociales.

Ante esta problemática damos a conocer el análisis e interpretación de los resultados obtenidos referentes a los factores que intervinieron para la formación de éstas actitudes hacia el enfermo mental; para diseñar un proyecto tendientes a cambiar o modificar las actitudes negativas que los familiares asumen frente a los pacientes.

1. LA ENFERMEDAD MENTAL O ANORMALIDAD

Obtener un concepto único de anormalidad de la conducta o enfermedad mental, es una tarea que los estudiosos de la patología de la conducta del hombre se han propuesto.

Actualmente existen conceptos de anormalidad tan diversos como campos del saber humano la han estudiado por ejemplo: la ciencia de la medicina partiendo del concepto de salud y dentro de un marco organicista, extiende al concepto de anormalidad de la conducta el que ellos manejan cuando hay ausencia de salud, es decir un órgano del cuerpo está funcionando mal. Si a nivel genético, tisular u orgánico se están determinando conductas extrañas, hay anormalidad, o utilizando su expresión, hay enfermedad mental. Y si no encuentran o no pueden responsabilizar a un órgano del cuerpo de la conducta extraña, entonces se dice que ella es provocada por problemas psicológicos o mentales.

Los sociólogos sin desconocer la incidencia de los factores orgánicos en la producción de los trastornos de la conducta, centran la atención en los factores de carácter social, como los económicos, y sólo les interesan aquellas conductas que perturban el ordenamiento de la

comunidad.

Estos ejemplos nos indican una vía de acción, unificar en un solo concepto lo que de manera fragmentada pero válida, han podido establecer y sistematizar, cada uno de éstos campos científicos.

Se añade a esta tarea el conocimiento de que el acto mismo de rotular a un individuo como anormal, es esencialmente un hecho social por cuanto la conducta denominada anormal comprende la interacción de tres variables, la conducta misma, su contexto social y un observador que está en la posición de poder.

La conducta singularmente no es anormal en sí misma. Un individuo puede desplegar cualquier comportamiento y sólo es considerado como anormal cuando el grupo social lo determina y lo envían a un clasificador profesional, el que clasifica y sugiere para cambiar la conducta inadecuada. El contexto social está determinado por el tiempo y el espacio.

Cuando leamos los antecedentes históricos de la enfermedad mental, encontraremos explicados como el factor tiempo ha determinado el hecho del diagnóstico. Establecido un concepto acerca de lo que es la anomalía, en una determinada época, basta que ocurra la conducta descrita para que la persona sea clasificada como anormal y por ende sometida al "tratamiento" recomendado según esa misma concepción.

Respecto al factor espacial, sabemos que esas concepciones acerca de la anormalidad o enfermedad mental, difiere según la cultura que poseen los pueblo, así las conductas socialmente aceptables o deseables pueden ser opuestas de un pueblo a otro. Por ejemplo, actualmente en los países sometidos al poder de la Unión Soviética, las personas que manifiestan conductas o ideas propias de la sociedad capitalistas son mirados como extraños y son candidatos a tratamientos de rehabilitación psiquiátrico, por que están manifestando posturas con matices de traición a los ideales de la sociedad cuya concepción doctrinaria es marxista leninista. Igualmente sucede con los países de occidente; Estados Unidos de Norte América, desencadenó una cacería de brujas, iguales a las de la Inquisición Española e Hispanoamericanas en tiempos de la Colonia, cuando se formó la comisión presidida por el Senador Mc Arthur, contra todo ciudadano estadounidense que hubiera manifestado simpatía por las ideas marxistas. En Colombia en la generación de nuestros padres, la palabra comunista era un estímulo al pecado y a la subversión y aún, ahora en nuestros días se mira con recelo a las personas que abiertamente critican al sistema, fundamentándose en las concepciones marxistas, y se les califica de desadaptados o rebeldes.

En cuanto al observador que tiene una posición de poder, confirma más el hecho de que el diagnóstico de la conducta como anormal es un hecho social, pues por lo general, es el padre, los maestros, la autoridad del barrio, como el sacerdote, el policía, en las comunidades pequeñas, etc., el que decide que la conducta que el individuo presenta es extraña, que no se ajusta a lo que se espera que él haga, entonces de-

ciden recomendar que lo vea un especialista de la conducta, el psiquiatra o el psicólogo. o simplemente toman la iniciativa y lo llevan a la consulta.

Ya hemos explicado que, el definir a un individuo como anormal representa un acto social dentro de un contexto determinado por el tiempo, el lugar y la persona y la relatividad del concepto está limitada por el nivel de organización de cada una de las ramas de la ciencia que directa o indirectamente estudian el comportamiento humano. Para comprender ésta última afirmación revisaremos las definiciones de las distintas ramas del conocimiento utilizan para distinguir entre normalidad y anormalidad.

La Organización Mundial de la Salud¹, habla de salud en términos amplios y la define como "la presencia de bienestar físico y emocional".

La anormalidad como una definición estadística, está directamente implicada por la palabra misma. Estadísticamente se define como anormal, como la "desviación del promedio"; la persona que es anormal, es así por que es rara en término de frecuencia, de ocurrencia en la población y sería normal "la conducta típica del grupo de comparación considerado normal en conformidad general con el promedio con escasa desviación en frecuencia".²

1 MEXWELL, J. Psiquiatría Social. Escuela. Buenos Aires.

2 AMAR A., Juan. Introducción a la Psicopatología. Lallemand, Abramuck. 1981, p. 10.

En primer lugar si el individuo más normal es el más parecido al resto, podemos inferir que es más normal quien se someta a las conductas típicas de un grupo. El problema es: Debería considerarse anormal una persona muy rara en nuestro contexto que presente escasas ansiedades? Además hay conductas no usuales que son bastantes deseables y algunas conductas deseables que presentan muy rara frecuencia.

Otro aspecto limitante de éste criterio es que la definición estadística es muy restringida para identificar la conducta normal con conformidad, y no considera los grandes beneficios sociales de los inconformes, como los artistas, inventores, innovadores sociales, y el aspecto negativo de los "superconformes", que se presentan a veces en las personas rotuladas como obsesivos-compulsivos.

Finalmente hacemos referencia a la crítica que puede considerarse más relevantes que cita Ullman y Krasner, a éste criterio de anormalidad que consiste en el hecho de que "aún las personas socialmente más perturbada en un hospital psiquiátrico no son estadísticamente anormales en muchos aspectos, de hecho tales personas es muy probable que entiendan el lenguaje y respondan a los esfuerzos sociales de su cultura".³

Significa entonces que se debe rechazar todo criterio estadístico? No; él presta una ayuda porque certifica la continuidad de los rasgos,

³ ULLMAN, L. y KRASNER, L. A. Psychological Approach to Abnormal Behavior. New Jersey, U.S.A., 1969.

estimula la objetividad de la medición, lo cual facilita la prueba científica de las hipótesis. Además "los resultados de los rasgos humanos dentro de la persona y la gama de diferencias individuales entre personas"⁴. (Maxwell, 1972)

Probablemente sea el derecho la primera disciplina que se planteó el problema de la anormalidad de una forma sistemática, puesto que la moral es mucho más antigua que la ciencia, el derecho no es más que la expresión externa de la moral vigente representada en la conducta que la sociedad anhela de sus miembros.

Interesa al derecho establecer un concepto claro acerca de la anormalidad; acogiendo los conceptos y criterios de la ciencia médica, la psiquiatría y psicología desarrolla una figura jurídica, pilares dentro del ordenamiento jurídico; la capacidad y específicamente la de ejercicio y la penal se fundamentan en este concepto.

Aquellas personas sordas mudas que no se pueden dar a entender por escrito o cualquier otro medio de comunicación, los enajenados y los débiles mentales son personas **absolutamente incapaces**, es decir para efectos del ejercicio de sus derechos están impedidos para ello, gozan de ellos más no pueden ejercerlos. ~~Personas como sus~~ padres o tutores, ~~nombrados por el Juez, son quienes en su representación~~ los ejercen. Eso significa ~~que cualquier tipo~~ de actividad comercial, como compra

4 MEXWELL, J. Psiquiatría Social. Escuela. Buenos Aires. p. 97.

de bienes, el contraer matrimonio, celebrar contrato, etc., no tienen validez alguna si no lo realizan por intermedio de su representante legal.

En el campo penal, la capacidad tiene que ver con la responsabilidad y el hecho, entonces de ser sujeto apto para que se le impongan penas.

Antes de la reforma realizada al Código Penal en 1980, cualquier persona que cometiera un delito fuera imputable o no, es decir que tuviera capacidad para conocer y comprender la antijuricidad de la conducta y para autorregularse de acuerdo con esa comprensión, o no pudiera hacerlo respectivamente; era culpable y por tanto sujeto a que se le aplicaran penas en caso de imputabilidad o medidas de seguridad, como reclusión y sometimiento a tratamiento psiquiátrico en una institución hospitalaria, si era declarado inimputable.

Es decir por el hecho de cometer un delito, era peligroso el hombre, aún hubiera cometido el hecho delictivo carecer de comprensión de su antijuricidad.

Ahora a partir de 1980, el nuevo Código Penal se aparta de la concepción de peligrosidad y acoge el criterio de la culpabilidad para determinar cuando un hecho típico y antijurídico es punible. Si el sujeto o actor del hecho lleva a cabo el hecho con dolo, culpa o preterintención, es decir que actuó con conocimiento y comprensión de la antijuricidad y tipicidad de su conducta tiene capacidad penal, o sea es

sujeto de sanción penal. Si cuando cometió el hecho típico y antijurídico se comprueba que carecía de capacidad de comprensión de la ilicitud de la conducta o para determinar su conducta de acuerdo con esa comprensión por trastornos mental, entre otras causas, la persona no tiene capacidad penal, lo que vale decir que no puede aplicársele ningún tipo de sanción penal.

Los sociólogos expresan que el problema de la anormalidad, sólo puede tener una explicación clara y objetiva si se concatena al conjunto de contradicciones existentes en toda sociedad. Aunque sería un error emitir los fenómenos de patología individual ya que existen indicadores confiables que tales fenómenos probablemente desempeñan un papel importante, es un error más grave suponer que todos los casos de anormalidad se deben a características personales o patologías individuales.

Al considerar una serie de trastornos de conducta que tienen una alta prevalencia en nuestra población como la farmacodependencia, los desórdenes emocionales, la desorganización de la familia, la prostitución, las desviaciones sexuales y los retrasos en el desarrollo; se puede deducir que la acción de quien esté tratando éstos fenómenos a nivel individual resultará intrascendente e irrelevantes por cuanto el aumento o disminución de ellos depende en gran medida de factores económicos, sociales, políticos y culturales.

Se deduce sin mayor complicación, que el problema no se soluciona simplemente con contar con muchos psiquiatras, psicólogos u otros espe-

cialistas. Problemas de ésta magnitud implican medidas políticas y económicas, ya que sus raíces están íntimamente ligados a las características de la estructura social.

Qué pasa con una persona que presenta una anormalidad individual claramente diagnosticada? La respuesta, es que aunque sea una desviación de conducta derivada de una lesión cerebral, esa persona continúa interactuando en su medio ambiente y siendo modificada por su experiencia. El aprendizaje no termina porque el cerebro de la persona esté lesionado.

1.1 ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

La vida psíquica normal se apoya en el cuerpo, y en particular en el sistema nervioso central; dependen también de las experiencias y de la evolución del modelado del individuo por el medio ambiente; está por último, sometido a las interacciones actuales entre el sujeto y los otros, entre el sujeto y el medio natural. No hay ninguna razón para suponer que ocurra de forma diferente en la enfermedad. Hay que tener en cuenta la acción de una triple serie de factores que se refieren al cuerpo, a la experiencia psicológica y a las interacciones. Así la psicosis puerperal, que sucede a un acontecimiento biológico como es el parto, puede depender de modificaciones hormonales o de una infección. Pero la manera en que se aceptó la maternidad durante el embarazo no deja de ser significativa, así como el medio en donde se recibe, ya que este trastorno afecta más frecuentemente a las madres solteras.

Podrían hacerse otros análisis de este ejemplo tan sencillo que pone de manifiesto, con toda claridad, la complejidad de los factores en cuestión.

1.1.1 Factores Biológicos

Las lesiones del sistema nervioso central producen trastornos psíquicos; así los tumores del cerebro, las atrofas, las dilataciones ventriculares, los focos epileptógenos, las consecuencias de las hemorragias, las infecciones, las intoxicaciones, etc. Pero en la mayor parte de las psicosis profundas (psicosis maníaco-depresivas, esquizofrenias delirios) los exámenes anatómicos han sido siempre negativos.

Muy recientemente en el último decenio se ha sospechado que el origen de éstas enfermedades intervienen en desórdenes bioquímicos relacionados con las hormonas nerviosas o neuromediadores, en especial la noradrenalina y la serotonina. Todavía no está confirmado pero la eficacia de la quimioterapia proporciona una prueba indirecta de la importancia de las perturbaciones bioquímicas. Las sustancias que actúan sobre la depresión o el delirio, parecen funcionar modificando el equilibrio de los neuromediadores.

Se conoce también sobre todo en la patología del niño, anomalías en el metabolismo de los aminoácidos que provocan retrasos mentales y graves alteraciones del comportamiento.

Pero sería una actitud simplificadora al reducir la enfermedad mental a una mera expresión de una anomalía bio-química. En la realidad el trastorno nervioso, tóxico, infeccioso o traumático, modifica el instrumento de nuestra presencia en el mundo que es el cerebro, a partir de ese momento las operaciones intelectuales, la resonancia afectiva, dejan de ser las mismas. El individuo habrá de hacer frente a sus necesidades de relación y a sus intercambios con el mundo con este cerebro "estropeado".

1.1.2 Factores Psicológicos

Se pueden tener presentes, por lo tanto, en todos los casos la importancia de los factores psicológicos, pero la discusión comienza en el momento que se quiere determinar su naturaleza.

Un sentido común elemental lleva a culpar a los factores ocasionales, accidentales, cuya resonancia habría podido resultar nefasta para el equilibrio nervioso del paciente. Los fracasos, las frustraciones, las pérdidas, los duelos, las decepciones, los conflictos son de éste modo denunciados. De hecho, es cierta la existencia de una patología mental reactiva, es decir, relacionada con su acontecimiento vivido pero ésta es bastante limitada; es verdad que cuando un individuo bien equilibrado sufre un traumatismo afectivo violento, sus controles emocionales pueden quedar desbordados, pero más que una enfermedad lo que se observa entonces son reacciones de desesperación, de cólera, etc.

Más importancia tiene por su actuación más duradera, la historia del individuo, de sus experiencias, de sus éxitos y de sus desengaños, en la influencia sobre el futuro del equilibrio mental. Es bien sabido que la parte consciente de la vida psíquica no cubre sino una parte de su realidad. El psicoanálisis insiste en el carácter decisivo de los primeros años de la existencia: es el momento en que el modelado de los comportamientos resulta más eficaz. Un trastorno en la evolución psico-afectiva puede inducir un tipo de respuestas que en el adulto interferirán más o menos gravemente con las conductas de adaptación. Es precisamente este resurgimiento de los comportamientos infantiles lo que da a los síntomas neuróticos su carácter absurdo y anacrónico. Las teorías estímulo-respuesta insiste también en los errores del comportamiento precoz que están en la base de anomalías duraderas y de otras formas inexplicables.

No cabe duda de que el espíritu humano es conflictivo. Siempre se le ha visto así, contraponiendo pasiones y razón, impulsos y censuras del yo, cerebro arcaico y cerebro reciente; por otra parte, el psiquismo humano es, durante largos años una entidad en desarrollo. Además de la afectividad de las que siguiendo a Freud, el psicoanálisis se ha dedicado ampliamente a describir su evolución, ha de tenerse en cuenta el crecimiento intelectual, sin olvidar tampoco el crecimiento físico. El modelo explicativo ha de referirse simultáneamente a estas diferentes líneas evolutivas, cuyos accidentes, incidentes, retrasos, inciden o ejercen sin duda una acción decisiva en la formación de la personalidad y sus avatares posteriores.

En fin si bien no es absurdo conceder una importancia privilegiada a la pequeña historia infantil, como origen de perturbaciones duraderas, es difícil imaginar que pueda por ella sola, constituir el factor patógeno para toda la vida. El individuo sufre experiencia a lo largo de toda su vida y origina respuestas afectivas. Ello no puede ser indiferente para el origen de las enfermedades.

El retorno a los primitivos fines infantiles, es el principal factor causal de los trastornos psíquicos. Según los distintos niveles de fijación, sobre los que se efectúa la regresión y según los mecanismos de defensas utilizados, se presentan los diferentes clases de trastornos psíquicos.

1.1.3 Factores Socio-Culturales

Los sufrimientos, los conflictos familiares, profesionales y afectivos, las frustraciones, las situaciones que producen ansiedad pueden actuar como factores coadyugantes en el desencadenamiento de las perturbaciones psíquicas, la posibilidad de que uno o varios de éstos factores pongan en marcha una enfermedad mental en determinados individuos será mayor cuanto más deficiente haya sido su mayor duración y desarrollo psicológico, por una parte, y cuanto más acusado sea la predisposición hereditaria por la otra.

Entre los problemas laborales que puedan causar frustración el más importante de ellos es el desempleo, debido a que existe una necesi-

dad biológica en el hombre de catividad, y su insatisfacción produce inquietud, pesimismo, apatía, además, de la preocupación natural por la falta de ingreso. El trabajo es además una de las bases de nuestra aceptación y estima por parte de los demás, y se ha constituido en condición indispensable para que cada individuo se sienta digno. La pérdida del trabajo implica una desintegración de las pautas y estilo de vida que el sujeto ha trazado para sí y su familia, lo cual puede ser sentido como catastrófico por algunos individuos; la inestabilidad en el empleo produce inseguridad que puede llegar a afectar seriamente al estado emocional de muchos individuos.

Dentro de éstos factores desencadenantes de la enfermedad se caería en una imperdonable o irrevocable negligencias sino se reconociera que la enfermedad mental puede ser moldeada por las instituciones tradicionales y valores que conforman el contexto cultural de la vida social, éstas fuerzas culturales sirven de estructura básica común de influencias formativas que establecen límites y dan orientaciones a los miembros del grupo social, la continuidad y estabilidad de los grupos culturales dependen en gran medida del éxito en inculcar en el niño, las creencias comunes, para conservar lo que la historia ha ido aportando, cada grupo debe idear método de educación a los hijos, capaces de hacer que éstos acepten y perpetúen el sistema de prohibiciones y sanciones que los anteriores miembros del grupo idearon con el fin de hacer frente a las diversas situaciones de la vida. El niño es sometido a un proceso de socialización en el que progresivamente aprenden a dominar sus componentes impulsivos, a controlarlos o sustituir-

los, utilizando las normas y prácticas de su grupo, a pesar del carácter coheritivo de éste proceso y a la pérdida de libertad que entraña, a los niños, aprendiendo que éstos comportamientos ofrecen muchas compensaciones. Estas reglas sociales les permiten sobrevivir, predecir el comportamiento de los demás, sentir seguridad, y aprender estrategias normales para alcanzar la rica gama de compensaciones que ofrece la vida.

El grupo principal con que el individuo primeramente se encuentra es con la familia, que convierte al ser humano en un hombre, de ente biológico lo convierte en ente social, al transmitirle al niño los patrones y valores de la sociedad, cumple además un papel importante en el aspecto material como espiritual, es la responsable del bienestar material y del aseguramiento de las condiciones necesarias para el buen desarrollo del individuo, y desde el punto de vista espiritual es la primera en encargarse de la socialización de los niños, como ya lo habíamos mencionado anteriormente, agregándose a ello el hecho de que otro de sus aspectos indirectamente percibido como la armonía conyugal, la estabilidad en la vida familiar, la autoridad, el control sobre las actividades, la preocupación por las necesidades de todo tipo de los hijos, que se manifiesta por los miembros de la familia, también influyen en el desarrollo del individuo y va ayudando a formar su visión del mundo que lo rodea.

Habitualmente encontramos que el comportamiento patológico que exhiben los niños responden a patrones de conductas establecidas y condi-

cionadas en él, sobre la base de una educación incorrecta. Sabemos que el funcionamiento psíquico es el producto de la interacción del equipo biológico y del medio, como también que el comportamiento humano es en lo fundamental, adquirido socialmente, entonces, es sobre la base de un adecuado manejo psicológico, de una correcta educación y de una estimulación balanceada y multivariada que lograremos un niño equilibrado emocionalmente con independencia de las características propia de su sistema nervioso sustrato material de la actividad del hombre; el marxismo enseña que los rasgos de la personalidad no son innatos, no se reciben en una forma predeterminadas, el niño solo hereda la estructura nervio-fisiológico y las posibles características del adulto. A esto se le conoce como el germen anatomofisiológico, que ésta integrado en particular, por las particularidades tipológicas del sistema nervioso y de la actividad nerviosa superior, y es sobre la base de éste germen anatomofisiológico que el niño asimila en forma activa la información, las normas de conductas, las reglas morales, las convicciones e ideología, sus aspiraciones; en su interacción social con la familia, los grupos de juegos, la escuela, la comunidad y es en ésta interacción sobre la que se va a integrar el contenido de su experiencia. Esto nos lleva a afirmar que la actividad humana se distingue de la actividad animal porque sus procesos son originados históricamente, cuando en él ocurren la asimilación de la experiencia de la humanidad incorporadas en la actividad objetiva, el lenguaje, los productos del trabajo y la forma de vida social de los seres humanos, desde que nace el hombre está viviendo en un mundo de objetos creados por la práctica social y además entra en contacto con

otros hombres. En síntesis el enfoque marxista que sustenta la psiquiatría soviética, consiste en el hecho de que preservándose las leyes naturales de la organización y trabajo del cerebro, se adhieren a las nuevas propiedades de esas leyes, el sistema de relaciones-sociales. Por eso al producirse cambios cualitativos en las relaciones históricas, económicas y sociales, cambia la estructura de los procesos mentales, por esto se forman en actividad concreta y dentro del margen de esas actividades, al variar la forma de vida práctica correspondientes a niveles históricos diferentes, determinan cambios en los niveles de desarrollo psicológicos.

Trasladando estos conceptos al campo de la psicopatología se deduce que el comportamiento anormal surge como producto de una deficiencia congénita "lesión del sistema nervioso" o como causa de la acción de un medio nocivo que somete a permanente coacción al individuo, agotándoles sus recursos nervioso, impidiendo la regulación del sistema nervioso central y liberando los sistemas subcorticales y neurovegetativos. Guillan es otro de los expositores dentro del marxismo quien pretende explicar el comportamiento anormal responsabilizando las condiciones económicas del sistema capitalista, como el generador de elementos patógenos, fundamentándose en los conceptos de alineación y lucha de clases. El vínculo de causalidad entre las luchas sociales y la anormalidad, lo ubica en el marco general de las contradicciones de la sociedad capitalista y la conciencia que adquieren en ella los individuos apoyándose en la dialéctica marxista que ha demostrado que ningún fenómeno de la naturaleza se presenta aisladamente, el fenóme-

no de la anormalidad tampoco puede aislarse de las condiciones ambientales de su aparición lo cual impide proponer el fenómeno de los tugurios, la promiscuidad, el alcoholismo, la deprivación, como explicativo de la anormalidad, aunque todo éstos factores actúan sobre el hombre, la verdadera causa se encuentra en las situaciones reales globales. Guillán⁵ expresa que no hay que considerar únicamente los conflictos entre las fuerzas productivas y las relaciones de producción por más que sean fundamentales sino, a todo el conjunto de las contradicciones, asesoría, ideologías, políticas y culturales. Propone entonces que la terapia no se debe enfocar hacia el individuo, sino que en primer lugar hay que transformar la sociedad.

Otra manera de explicar el origen de las desviaciones de conductas se plantea en términos de anomia social, la cual podemos mirar desde un punto de vista subjetiva, ésta se caracteriza por la ausencia de reglamentación en las funciones sociales, y desde el punto de vista objetivo se caracteriza por la falta de control de las pasiones, la impaciencia contra todas las reglas. La anomia es el factor básico de la conducta desviada que surge de un desmoronamiento de la estructura social y generalmente se caracteriza por la ausencia casi absoluta de normas.

Merton⁶ a través del concepto de anomia social intenta "descubrir co-

5 MERTON R. Teoría y Estructura Social. México, Fondo de Cultura Económica. 1970.

6 AMAR, Juan J. Introducción a la Psicopatología. Lalleman Abbronuch.

mo algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta inconformista". Para ésto analiza entre los elementos de la estructura social y cultural las metas culturales y las normas institucionales que en las situaciones reales se mezclan con finalidad de análisis se repara.

Las metas culturales se describen como objetivos, propósitos e intereses culturalmente indefinido". Las normas institucionales son "los elementos de la estructura cultural que define regula y controla los modos admisibles de alcanzar sus objetivos".

El equilibrio de una sociedad dependerá de que los individuos obtengan satisfacciones procedentes de logros de los objetivos comprobando además que los modos institucionales para alcanzarlos sean efectivos.

El mismo proceso de desarrollo psicosocial del hombre entendiendo éste como todas las interrelaciones del individuo con la sociedad, a lo largo de toda su vida, también se convierte en un problema ya que ésto influye en el proceso salud-enfermedad mental.

La sociedad también es capaz de influir en el hombre determinando sus motivaciones sociales y su conducta, tanto consciente como inconsciente. La revolución científica es hoy en día uno de los elementos más importantes con que cuenta el hombre para su interacción con el medio físico para facilitar una integración activa más satisfactoria. También ejerce su influencia sobre el medio social, condicionando los mo-

dos de vida y la comunicación entre los individuos y los grupos humanos. Es parte de la lucha de la humanidad por una vida mejor, más saludable, física y mentalmente, son múltiples las consideraciones que se han hecho sobre éste cambio científico-técnico y sus implicaciones en la salud del hombre, y en especial sobre la salud mental y su bienestar social. La urbanización acelerada, los cambios en las condiciones de trabajo la saturación de los medios de comunicación y la creación de necesidades "artificiales" por mayor posibilidades de consumo, se dan como resultados de éste proceso. A ello se atribuye las modificaciones en instituciones tales como: la familia, escuela, trabajo, recreación y convivencias sociales; así como en las situaciones de los jóvenes, viejos e incapacitados física y mentalmente.

En síntesis la ciencia y la técnica se consideran que producen un cambio social brusco y por ello favorece, en medio de un aparente bienestar, el aislamiento del hombre, la drogadicción, el alcoholismo, etc.

La problemática del desarrollo psicosocial no siempre es expresión del grado de desarrollo científico-técnico, ni aún del socioeconómico, en nuestra sociedad la problemática psicosocial es diferente entre las clases, de economía alta y las de bajo nivel ya que no los afecta por igual.

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

Las enfermedades mentales han estado presente en todas las sociedades

humanas. A través del tiempo, el enfermo mental ha sido tratado en diferentes momentos con temor, cariño, brusquedad o mediante una salvaje persecución que en general producían sensación de miedo. En suma, desde el punto de vista histórico, puede diferenciarse tres grupos de conceptos del modo en que se considera la enfermedad mental que van a estar dadas por las características del desarrollo social en cada momento concreto.

- La enfermedad se concibe, en cierto modo, como individuo; ésta ataca al hombre como el rayo y el trueno. La influencia médica no se dirigía a curar al hombre como individuo, sino a expulsar la enfermedad. En parte, existía el concepto de que un espíritu se había posesionado del enfermo: por ejemplo se respetaba el epiléptico como a un hechicero o portador de un poder superior.

- El segundo concepto hizo su aparición con las fantásticas especulaciones de la filosofía naturalista de la psiquiatría romántica, en la cual la enfermedad psíquica se concebía como consecuencia del pecado. Esta consideración respondía a la religión cristiana, es decir, a los conceptos eclesiásticos, que también condujeron a los procesos de la brujería, por lo que hoy podemos preguntarnos hasta qué punto la situación social de entonces produciría conductas incorrectas en personas aisladas, que sería consideradas como brujas. Surgió la disposición, hoy referida como infausta, de calificar a las enfermedades mentales como consecuencias de las faltas moralmente pecaminosas del enfermo o de sus antepasados. Estos

conceptos han tenido un efecto ulterior, hasta el momento, no sólo en la medicina académica, sino que existen aún subconscientemente en el pensamiento de una parte considerable de la población, para la cual una enfermedad mental o psíquica representa hoy todavía algo capaz de descalificar, que crea una "barrera anormal", en contraposición a la enfermedad física en general.

1.3 CONCEPCIONES ACTUALES ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

En la actualidad la enfermedad mental, ya no produce la misma sensación de miedo que en la antigüedad, pero ha tomado mucho tiempo para que el estigma que las caracterizaba comience a desaparecer, ya que en años recientes la prevención y el tratamiento de ésta enfermedad han sido eficaces que el temor que acostumbraba a despertar ya que casi ha desaparecido.

Las diversas variantes expuestas por los psicoanalistas en la antigüedad han tenido una influencia enorme, no solo en la psiquiatría sino en la sociedad en general. En la actualidad muchas de sus aspiraciones y suposiciones teóricas están siendo puestas en duda y su eficacia como, una forma de tratamiento, se aprecia considerablemente más limitada que lo que fue anteriormente. Pero en la primera parte del siglo actual engendró mucho optimismo terapéutico y de curiosidad intelectual que benefició mucho a la psiquiatría.

Así mismo el psicoanálisis recalcó la necesidad de considerar al indi-

viduo y sus problemas con profundidad; eso significa que los pensamientos profundos del paciente adquieren significado para el diagnóstico y el tratamiento.

Esto inevitablemente llevó a tener consideración factores tales como la familia, el trabajo, las relaciones interpersonales, la educación del individuo para hacer frente a los problemas diarios, como resultado, el énfasis se reemplazó del paciente crónico que estaba aislado en un ambiente institucional y ahora se concentra mucho más en el individuo en su medio ambiente. El interés en el significado de los factores sociales en las enfermedades psiquiátricas han aumentado mucho y de acuerdo con ello se ha desarrollado la necesidad de un tipo moderno de trabajo en equipo.

En años recientes se ha insistido mucho en la necesidad de mantener a los pacientes en contacto con la comunidad, sus hogares y su familia.

Con éste propósito, el tratamiento de los pacientes externos resulta obviamente preferible, pero muchos pacientes necesitan todavía internarse en un hospital. A fin de reducir la separación de su ambiente normal al mínimo, la tendencia moderna de la psiquiatría social ha ido hacia las unidades psiquiátricas abiertas en los hospitales generales.

Esto se debe a que se encuentran más convenientemente situados, por

Lo tanto hay en lo general, menos resistencia por parte del paciente a ser admitidos en ellos.

Los hospitales mentales efectúan todavía una gran proporción del trabajo psiquiátrico (incluyendo en la actualidad el creciente problema de la atención a largo plazo de los pacientes ancianos mentalmente deteriorados). Pero en los departamentos psiquiátricos de los hospitales generales han jugado un importante papel en hacer el tratamiento psiquiátrico más factible y más conveniente y aceptable.

Todo ésto ha resultado infinitamente más fácil mediante la introducción, durante la década de 1950, de varias drogas tranquilizantes de diferentes tipos que van a disminuir las tensiones en los enfermos mentales, van a tornarse tranquilos, situación favorable al tratamiento que se le viene suministrando en el hospital. Algunas de éstas están comprobadas en el tratamiento de la esquizofrenia y han venido a reemplazar el tratamiento mediante el coma insulínico.

Otras pueden disminuir la ansiedad grave o controlar la conducta trastornada. Todos ellos han hecho más factible que los pacientes psiquiátricos gravemente enfermos sean tratados en un hospital no psiquiátrico y han puesto a su disposición formas de psicoterapias que anteriormente no podían ayudarlo. También han acelerado la descarga de muchos pacientes de los hospitales y permitido que gran número de ellos sean tratados en el día como pacientes externos en hospitales. Un beneficio adicional de todo ésto ha sido que los trabajadores en el campo psi-

quiátrico ya no necesitan trabajar separado de los hospitales, puesto que muchos pacientes permanecen en la comunidad o cuando menos mantienen nexos con ellos, el personal psiquiátrico ha podido disminuir su grado de aislamiento profesional.

En la actualidad existe el deseo de buscar tratamientos nuevos e incluso más eficaces, ya sean estos psicológicos o físicos.

Se hace todo lo posible para hacer frente a la enfermedad, en una etapa inicial, a fin de evitar que alcance una forma grave e intratable. Se espera que en un futuro se logre el ideal de la psiquiatría preventiva, para descubrir al paciente potencial e impedir su enfermedad antes que necesite acudir a un hospital. Esto continúa aún en gran parte sin lograrse, pero es cierto que en la actualidad se está viendo al paciente mucho más pronto, que antes y si tiene que internarse en el hospital se está consciente de que no debe permitirse que sea institucionalizado y que sus familiares, no deben llevar una vida que lo excluya a él, y por ende del contexto social al cual pertenece.

1.4 ENFERMEDAD MENTAL EN COLOMBIA

Recapitularemos algunos hitos que han marcado la historia de la enfermedad mental en nuestro país.

En la época precolombina hay noticias de que los indígenas ya usaban ceremonias mágicas, plantas medicinales y alucinógenos y aún sistemas

y Medellín. Fueron atendidos por médicos generales, pero allí comenzó a formarse los primeros psiquiatras y a iniciarse los estudios de las enfermedades mentales del país.

Existen en la actualidad 33 instituciones psiquiátricas: (15) públicas y (18) privadas, además 7 unidades psiquiátricas en hospitales generales, totalizando un poco más de 7.000 camas para pacientes mentales. Sin embargo los pacientes psiquiátricos descuidados y sin atención abundan cada día por las calles.

En el departamento del Atlántico existen tres (3) instituciones dedicadas al tratamiento de la enfermedad mental. Una institución privada Clínica del Atlántico y dos oficiales: Hospital San Rafael y el Hospital Mental Departamental, éste último fue creado durante el Decreto 1499 de 1966 en el mandato del ex-Presidente Guillermo León Valencia, y siendo el gobernador el doctor Ordóñez Plaja. Sin embargo sus servicios se comenzaron a prestar a partir del 27 de Noviembre de 1961. La necesidad que dió origen a su fundación está en la falta de organismo de ésta envergadura de el departamento. Posteriormente la Beneficiencia del Atlántico se propuso la fundación de la Institución que hoy lleva el nombre de Hospital Mental Departamental, obtuvo su licencia de funcionamiento el 10. de Noviembre de 1966, según Resolución 001.

1.5 EL ENFERMO MENTAL COMO CAUSA DE PROBLEMAS SOCIALES

Cada persona que presenta enfermedad mental se diferencia de los otros por la etiología y diagnóstico que presente, más sin embargo encontramos que existen características que nos permiten generalizarlos al hablar de enfermedad mental; tiene una gran similitud dada por:

- Incapacidad habitual para llenar las demandas de la vida dependiendo del apoyo social y familiar.
- Funcionamiento intelectual y emotivos, formas de comunicación e intereses por debajo de los habituales, para su grupo social.
- Son pacientes víctimas de prejuicios y rechazos en un alto número de casos.
- Provocan, por lo general, una grave alteración de la dinámica familiar con distorsión de las relaciones intra y extrafamiliares, que va en detrimento de la felicidad y la disponibilidad laboral de la familia.
- Difícil manejo: Tanto psicológico (labilidad afectiva, agresividad, mala comunicación, etc.)
- Necesidad urgente de una nueva concepción terapéutica. Dada la reducida disponibilidad en camas, personas e instrumental (laboratorios) de las instituciones y las reducidas posibilidades de un desarrollo cuantitativo y cualitativo de los mismos que lo coloquen

al nivel de las necesidades.

La enfermedad mental ha sido a través del tiempo generadora de problemas que pueden estudiarse a nivel de la familia y de la sociedad en general.

1.5.1 Familia

Lógicamente corresponde al núcleo familiar el triste privilegio de ser quien primero y más intensamente sufra las consecuencias de tener en su seno un enfermo mental y quien más alto precio pague por las mismas, y por ende, quien mayor atención requiera.

El enfermo mental suele traer problemas en cuanto a custodia y atención que merman la capacidad laboral y las posibilidades de distracción de la familia, además es el origen o el centro de serias alteraciones de la dinámica familiar arraigados en tabúes, sentimientos de culpabilidad o incluso inculpaciones al otro cónyuge sobre la responsabilidad de la "desgracia". En otras ocasiones, sobre todo cuando en el seno familiar existen miembros que sobreprotegen al paciente y otros que le profesan hostilidad abierta, los cuidados que el enfermo debe recibir y la forma en que debe tratársele constituyen un motivo de roce y desarmonía continua, en otras ocasiones es la ignorancia o indolencia familiar la que da al traste con las posibilidades de rehabilitación del enfermo mental.

Esquemáticamente, la "agresiones" que el paciente puede recibir de su medio familiar son las siguientes:

- Marginación del seno familiar y poca estimulación

- Maltrato físico y/o verbal

- Sobreprotección extrema que le impida desarrollar sus aptitudes

- Exigencias exageradas que lo neurotizan y disminuyen su rendimiento.

- Estimulación discordante e inconsciente que le impida incorporar patrones adaptativos de conductas.

En muchas ocasiones el equipo de salud ignora estas cuestiones y tiende a culpar a la familia del mal manejo del enfermo mental, sin tomar en cuenta el sufrimiento a que está sometida.

1.5.2 Sociedad

- Custodia. Los pacientes más intensamente afectados suelen tener gran números de afecciones asociadas y son, además incapaces de asearse, alimentarse o protegerse del peligro, por lo que requieren atención intensiva, en los centros hospitalarios y en la convivencia con su familia y comunidad.

- Ubicación laboral. Muchas veces no resulta fácil ubicar a un enfermo mental, en una ocupación que pueda desempeñar sin perjuicios propios ni de la sociedad, y mucho más fácil es ceñirse a las condiciones que la legislación laboral establece y que no raramente el pueda comprender.
- Aspectos legales. No solamente es necesario tener en cuenta la situación legal del enfermo mental en la jurisdicción penal; es necesario también protegerlo de ser engañado en cuestiones de leyes, y muchas veces dirigirlos en la realización de ciertos trámites legales tales como gestiones de retiro de una pensión, herencia, etc.

Al enfermo mental se le ha visto como un ente generador de situaciones conflictivas, tanto en el seno familiar como en el medio social; en donde en ambos casos se le hace depender del apoyo que éstos les puedan brindar.

El enfermo mental se encuentra obstaculizado desde el punto de vista social, por los más diversos impedimentos primarios, como los determinados síntomas residuales parciales de la enfermedad. Los impedimentos secundarios, no tienen relación directa con la enfermedad, se ha de considerar sin embargo, como consecuencia de la hospitalización, de la incapacidad laboral, etc., pudiendo estar mermando el sentimiento del propio valor y la actitud hacia la familia. Los impedimentos de este tipo dependen también del mundo exterior; la falta de ocupación y la disposición negativa de los familiares o de los grupos pro-

fesionales frente al enfermo, ponen en marcha, bajo ciertas circunstancias el desarrollo de hábitos en el paciente difícil de corregir.

Cuanto mayores son las posibilidades ofrecidas por el medio social; sobre todo en la comprensión familiar y laboral, mayores serán las posibilidades de éxito en la rehabilitación de éste enfermo mental. No se concibe un estudio que valore al enfermo mental como de cualquier otra enfermedad, sin contemplar como el proceso influye en las modificaciones de su conducta en el seno familiar, laboral y social en general. Las interferencias y la falta de fluidez en la comunicación familiar, desempeñan un papel importante en el desarrollo cognoscitivo del enfermo mental. Mientras más profundicemos en el estudio de las relaciones familiares y contribuyamos a fortalecerlas, así como erradicar problemas socioculturales a través de los métodos y técnicas de Trabajo Social, estaremos conociendo el papel altamente significativo que desempeña la familia en la evolución de la enfermedad mental.

La problemática social y familiar como factor coadyuvante en la rehabilitación del enfermo mental hacen que el trabajador con sus técnicas y principios de trabajo promuevan la integración al medio familiar y social del enfermo, considerándose como un medio, para la obtención de información y de agente modificador de la dinámica familiar del enfermo mental.

El Trabajador Social promueve y participa en las técnicas sociotera-

péuticas y en la integración del enfermo al medio familiar y social. Contribuye también al estudio y evaluación del paciente a través de la historia social y el seguimiento del mismo a su egreso; es por esto que las áreas de competencia del Trabajador Social son consideradas dentro del equipo de salud mental, como fuentes comunales apropiadas y formuladoras de la dinámica e interacción familiar, ya que el Trabajador Social llega a tener una visión más completa de las necesidades sociales y emocionales de la familia.

2. LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD EN EL DESARROLLO DE ACTITUDES

No existe una definición única acerca de la familia, entre los diversos conceptos que existen nos parece acertada, aquella que la define como un subsistema social, como uno de los componentes del sistema social total, que llena ciertas funciones en beneficio de la sociedad, formado por un grupo de individuos que actúan en función de una serie de estatus y roles, cuyo significado es el mantenimiento del sistema familiar y social. Los individuos contribuyen al mantenimiento, de los límites del sistema, ya sea, correspondiendo a la demanda de la estructura o actuando por obligación de las mismas.

Situando a la familia dentro del cuadro de la sociedad global, se considera a ésta como una de las instituciones más importantes, en la cual los valores individuales y culturales son de suma importancia porque aseguran la continuidad; transmitiendo esos valores de generación en generación dentro del sistema de la familia individual y en un medio cultural general en el cual ella existe. Respecto a su estructura señalaremos que la familia es una unidad segmentada aparentemente en parte o en funciones pero que posee un origen común y una forma particular de buscar su adaptación al ambiente, ésta estructura se presenta en dos niveles. Los que se refieren al aspecto formal de

de la familia, relativo a sus características particulares tales como su tamaño, nivel socio-económico y composición, y nivel funcional relativo esencialmente a los roles que a cada miembro le corresponde desarrollar en determinadas circunstancias de la vida familia. Esos roles son definidos principalmente por factores externos a la familia, pero también aparecen reforzados por las tradiciones de cada grupo familiar y por las características individuales de sus miembros, agregándose a ellos las experiencias recogidas de unos y de otros.

Como foco principal, es el núcleo primario donde ocurren los cambios que afectan al individuo. Está sometido a su vez por cambios adaptativos determinado por su organización interna y posición en la comunidad.

Según Ackerman⁷ la familia tiene las siguientes funciones:

- Dar alimentación, abrigo y atender otras necesidades materiales, que mantienen la vida y proveer protección respecto a los peligros externos.
- Desplegar identidad personal ligada a identidad familiar con el fin de proporcionar integridad y fuerzas psíquicas, para enfrentar experiencias nuevas.
- Moldear los papeles sexuales.

7 ACKERMAN, N. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires, Horme. 1961.

- Ejercitar para integrarse en papeles sociales y aceptar responsabilidad social.
- Fomentar el aprendizaje, apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Además de las funciones señala Ackerman el autor Choumbart de Lauwe,⁸ señala que la familia desarrolla además las siguientes funciones:

- Fisiológicas y biológicas, incluyendo las funciones de reproducción y supervivencia, como también las de protección material; este amplio conjunto, incorpora la protección de los niños, funciones de habitación, seguridad económicas y seguridad afectiva.
- Funciones económicas, como la producción de bienes y servicios y particularmente la de consumo.
- Funciones sociales y culturales, la socialización del niño, la identificación social, la transmisión de bienes de una generación a otra, transmisión de culturas y en conjunto las que pudieran llamarse jurídicas y políticas, ya que la familia aparece como un instrumento de formación cívica. Nos interesa estudiar en particular ésta función, pues a partir de aquí se desarrollan las actitudes del grupo familiar hacia el enfermo mental.

8 CHOUMBART DE LAUWE.

- Función de formación psicológica y espiritual, orientadas principalmente a dotar de un clima afectivo estimulante a sus miembros, en especial a los niños y a la función religiosa.

De lo expuesto anteriormente concluimos que la familia constituye en nuestras sociedades humanas, la célula fundamental a través de la evolución histórica por distintos modos de composición: matriarcado, poligamia, monogamia, etc., hasta evolucionar hasta nuestros días, pero en cualquiera de sus formas ha sido y será la familia una etapa fundamental en la formación del hombre como ser social. Dentro de ella recibimos a través del fenómeno de apropiación elementos de cultura de nuestros antecesores y las normas de convivencia social de nuestros contemporáneos.

El hombre en este largo proceso va desarrollando técnicas o formas de adaptación en un intercambio permanente, entre sus necesidades biológicas y psicológicas, y las posibilidades de su medio ambiente. De este modo va estructurando su propia personalidad.

Se puede considerar a la madre como factor fundamental que rodea al hombre en un principio. Desde la vida intrauterina es ella, sana o enferma, quien le suministra aliento físico y psíquico. Pero ella además, ha estructurado su personalidad en un momento dado de la historia, en una determinada cultura y en una cierta clase social. Por lo tanto es inicialmente, a través de la madre, del intercambio afectivo con ella, que el niño va incorporando e internalizando los valores cultu-

rales de la sociedad que le vió nacer. Posteriormente ingresan nuevas figuras significativas tales como, el padre y los hermanos con cuyo intercambio afectivo y social, el niño cristaliza los valores culturales.

Es preciso destacar la importancia de las primeras experiencias del niño con su familia; porque de lo adecuadas e inadecuadas que ellas puedan ser, resultará su conducta también adecuadas o inadecuadas, en otras palabras normal o patológicas.

La familia es el vehículo principal a través, del cual el nuevo ser hace el aprendizaje de su conducta va a ser moldeada, modificada cuando ese nuevo ser, salga de su familia y se ponga en contacto con sus semejantes.

2.1 CONCEPTO DE ACTITUD

Las actitudes no se ven; las inferimos de lo que hace la gente. Empero a pesar de no verse, tiene gran influencia sobre lo que la gente prefiere o detesta.

Una actitud es una tendencia a responder a una persona, objeto o situación en forma positiva o negativa; en nuestro caso la palabra objeto significa todo lo que sea la meta de una actitud; las actitudes se aprenden al igual que cualquier otra conducta. Como otras características de la personalidad, pueden aprenderse mediante el condicionamien-

to clásico u operante o mediante el modelamiento y aprendizaje por observación.

Las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conducta; el conocimiento de las actitudes de una persona en relación con determinados objetos, permite que se puedan hacer inferencias acerca de su conducta. Las actitudes sociales desempeñan funciones específicas para cada uno de nosotros, ayudándonos a formar una idea más estable de la realidad en que vivimos y que nos sirven al mismo tiempo para proteger nuestro yo de conocimientos indeseables. Además tenemos que las actitudes son base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y de conflicto.

Toda actitud tiene un elemento emocional y otro intelectual; el elemento emocional es un sentimiento a favor o en contra, de agrado o desagrado, de acercamiento o evitación del objeto de la actitud; el componente intelectual de la actitud es una creencia sobre el objeto. Las creencias son los enunciados hechos, palabras que acompañan los aspectos emocionales de la actitud.

Allport⁹, considera que todas las actitudes se forman por lo menos en una de cuatro condiciones: 1) La acumulación e integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí; 2) Por la individuación, diferenciación y segregación de experiencias; 3) Por el traumatismo o expe-

9 ALLPORT, G. W. Actitudes. Escuela. Buenos Aires. p. 789.

riencia traumática; 4) Por la adopción de actitudes convencionales.

El individuo desarrolla actitudes por el contacto con otras personas que sostienen la misma actitud, más que como resultado de una experiencia mediata.

2.2 CONCEPTO DE PREJUICIO

El término prejuicio denota una actitud que no está justificada es decir, un "pre-juicio" (juicio previo). En cierta medida todas las actitudes son prejuicios, puesto que es raro que contemos con suficiente información de primera mano para justificar plenamente nuestras actitudes. Empero cuando son fuertes, adversas y no muy de acuerdo con los hechos, se les llama prejuicio.

Las fuerzas psicológicas que mantienen los prejuicios son poderosas y sus efectos opresores. Por ello el prejuicio produce las más destructoras tensiones que puedan hallarse en cualquier sociedad.

2.3 FAMILIA: NUCLEO BASE PARA EL DESARROLLO DE UNA PERSONALIDAD SANA

La familia es una entidad intermedia entre el individuo y la sociedad, y constituye un factor de gran importancia en la adquisición de pautas de conducta. La serie de interacciones que se viven en el interior parecen ser fundamentales para determinar la vida socio-emocional del individuo.

De esta manera, los padres hacen el aporte biológico a través de la herencia y moldean la conducta a través de la experiencia. La cultura, al igual que la genética tienen como propósito asegurar que los individuos puedan vivir en sociedad y transmitir las costumbres que se convierten en formas simbólicas de transmisión, adaptación y actuación.

Puede decirse que las familias anormales son aquellas que no cumplen adecuadamente las funciones familiares primarias como son la capacidad para resolver sus problemas, mantener la unidad y el equilibrio en las relaciones entre los miembros, y aprender y crecer hasta la madurez.

La familia es una unidad de intercambio de cuyo equilibrio dependen la estabilidad de cada uno de sus miembros. Alteraciones en la interacción de dos de sus miembros produce alteraciones en los demás y en la estructura familia como unidad. Así como pueden complementarse la relación familiar también puede desintegrarse. Una interacción patológica, puede ser el complemento o destrucción de los lazos familiares. En éste último caso es donde entran a considerarse los distintos papeles que desempeñan cada uno de sus miembros en la toma de decisiones frente a determinados problemas y su interacción. (Calvo, De Dimant, De Spolanski, 1973). 10

La familia como núcleo primario juega papel primordial en la formación de la personalidad, en la medida en que brinda seguridad emocional y afectiva que proporciona figuras adecuadas para la identificación.

10 AMAR A., José J. Introducción a la Psicopatología. Lallemand Abramuck. Barranquilla, 1981. p. 195.

Las relaciones entre los diferentes miembros de la familia son fuerzas dinámicas que se desplazan continuamente acorde a los diferentes acontecimientos de la vida familiar. La familia constituye la pauta básica o matriz para el desarrollo de la experiencia del individuo. Todo individuo al formar su familia, es decir al casarse y crear otro núcleo familiar tiene dos posibilidades:

- Repetir el esquema de la familia de la infancia
- Crear otro totalmente nuevo.

Considerando a la enfermedad mental como una vulnerabilidad potencial que existe en el individuo desde la infancia, es importante analizar si esta familia que el individuo forma, lo protege de la eclosión de la enfermedad o por el contrario, lo precipita a ello. A menudo no es el individuo enfermo quien necesita tratamiento; sino la familia que le rodea que ejerce presiones sobre él, que le aísla y de algún modo lo traumatiza.

En el transcurso de las últimas décadas se ha venido estudiando si realmente las relaciones de interacción o inter-experiencia, en los grupos familiares que presentan entre sus miembros algún enfermo mental, adquiere aspectos específicamente psicopatológicos que puedan diferenciarlas claramente de las que tienen lugar en los grupos familiares, llamados sanos o normales con respecto a la sobreprotección y/o el rechazo que presentan dichos grupos familiares.

Nuestra postura ante éste problema pretende ser objetiva y en todo caso el punto de partida de nuestra actitud deriva de la concepción de la naturaleza humana. Consideramos pues al individuo como objeto de una identificación primaria con el grupo matriz, del cual la madre constituye el más directo eslabón de dependencia; y si aceptamos que el estado de identificación primaria es el original, comprenderemos también mejor que en un principio de la vida no existan límites entre el niño y su mundo. Estamos de acuerdo con Piaget, Spitz, Bowlby y con todos los psicólogos, que consideran que madre e hijo constituyan esa unidad básica, por lo menos en su consideración psicológica y mental, debiendo realizarse un nuevo alumbramiento mental, lento y cuidadoso, que permitirá al ser humano emerger a través de un proceso de diferenciación que llevará poco a poco a individualizarse, separándose de la madre, o mejor del grupo matriz que ella presenta. Debemos tener en cuenta, además que esta separación y paulatina individualización estará siempre condicionada en todos los tiempos y en todas las culturas por las reglas familiares de convivencia que son propias del grupo matriz.

Algunas investigaciones confirman nuestros conceptos, por ejemplo: H. Ey, P. Bernard y Ch. Brisset¹¹, afirman que la familia desempeña, en su conjunto, un papel protector, por lo que se refiere a la patología mental. El rechazo de los padres concuerda, con una frecuencia significativa, con los actos de agresión de hostilidad, de rebelión, la tenden-

11 EY. P. Bernard y BRISSET, Ch. Actitudes. Horme. Buenos Aires.

cia a faltar a la escuela, a la fantasmaticación, a la mentira y al robo. La mayoría de los niños sometidos a una educación de tipo autoritario (dominio de los padres), reaccionan mediante una conducta pasiva-dependiente y con actitudes de agresividad reprimida, trastornos del carácter, ansiedad, tendencias obsesivas.

Estos autores citados anteriormente concluyen en sus trabajos; que la familia rechazante inducirá más bien formas de esquizofrenia paranoide, y la familia sobreprotectora formas catatónicas.

En cuanto a la personalidad de estos padres, encontramos que las madres de éstos pacientes son con frecuencia frías en su comunicación con el enfermo y rechazan a sus hijos; y que éstos últimos con gran frecuencia han experimentado el rechazo o la sobreprotección por parte de uno de ambos progenitores, siendo éste un sentimiento muy importante, independiente del sexo del enfermo o de la persona que sufre de trastornos de la conducta, y de la cual de los miembros lo origine.

Los padres adoptan con frecuencia unas normas determinadas de comportamiento que establecen según unos determinados papeles:

- El papel dominante; se trata de personas lejanas, distantes, extrañas que se defienden con excesiva rigidez frente al intento de establecer unas intensas relaciones afectivas por parte de los hijos y con frecuencia dan origen a que se desarrollen una enfermedad mental determinada;

- El papel secundario en el que las funciones de la paternidad son transferibles a la madre, y
- La ausencia de papel en donde no existe en realidad.

La madre también puede adoptar diversos papeles que son: papel dominante, con la usurpación de las funciones de padre, sobreprotección y erotización de las relaciones madre-hijo; papel sumiso, con pasividad, sumisión al padre, ausencia de toda iniciativa, dimisión de las funciones maternas; papel ausente, con desinterés, sensación de no estar, alejamiento de sus hijos confiados a otras personas, etc.

Las actitudes familiares y de los amigos para la persona que sufre de trastornos de la conducta, constituyen factores relevantes que actúan sobre la capacidad de recuperación del paciente. Es decir que una actitud prejuiciada, hacia el enfermo, limita en mucho su posibilidad de volver a integrarse a la comunidad como un miembro productivo.

Tenemos que cuando se presenta un conflicto en la familia; los efectos del conflicto emocional pueden centrarse en uno u otro miembro de la familia, en varios de ellos o en todos; y más aún, puede trasladarse de una persona a otra; en cada caso con el fin de lograr la inmunidad temporal de los miembros sanos. Generalmente es el más débil e indefenso en éste momento al que mantienen enfermo para salvar del contagio psicopatológico al resto.

Algunos síntomas de anormalidad que pueden aparecer en una familia son: ruptura en la comunicación, aislamiento entre los miembros, separación emocional, división en bandos y en general, desintegración de la unidad familiar.

La patología familiar puede ser tal que conduzca a cada hijo por el camino dispuesto por los padres, y/o algún miembro importante. Así pueden hacer de ellos unos seres sumisos y sometidos, o rebeldes que contrarían las normas sociales; también se da más frecuentemente el caso de que los hijos se dividan en buenos y malos, en el niño prodigio y en la oveja negra, en el socialmente aceptado y el rechazado.

Los focos de ansiedad y conflicto se reflejan en el miembro más débil y llega a ser la expresión viva del "stress" del grupo familiar. Este foco puede centrarse en una u otra persona o personas de acuerdo con el momento y la situación así se pueden enfrentar padre e hijo, o padre y madre contra un hijo, o también, padre contra madre, luchando por el afecto del hijo.

2.4 EL RECHAZO Y/O LA SOBREPOTECCION COMO ACTITUDES QUE SE HAN FORMADO POR LA INCIDENCIA DE FACTORES SOCIALES

Analizamos las situaciones psicosociales que contribuyen a que se genere o agudice la enfermedad mental y por ende, que el grupo social rechace y/o sobreproteja a las personas que sufren trastornos de la conducta.

Cuando se habla de una personalidad sana, podemos decir que es aquella que responde más eficazmente a las exigencias de el medio social, con una actividad creadora más amplia que conduce a un desarrollo mayor de las potencialidades que posee y cuyos conflictos no tienen la intensidad suficiente para perturbar el equilibrio entre sus diferentes facetas; muy contrario a la personalidad desequilibrada, la cual se ve afectada de una manera notable por cambios en el aspecto físico y psíquico.

La incidencia que tienen los factores sociales en la formación de actitudes familiares ya sea de rechazo y/o sobreprotección en la determinación de la salud mental, en su etiología, prevención y tratamiento es objeto de nuestro estudio. La salud mental no se concibe sin aceptar la relación entre el individuo y la sociedad. El hombre es un ser bio-social.

El paciente antes de enfermarse ocupa un nivel social y familiar determinado; cuando enferma se provoca un estado de desequilibrio a dicho medio, generalmente otro miembro del grupo toma el rol que él desempeñaba dentro de la familia, por lo tanto pasa a una posición dependiente de ese medio. Si ese medio le resulta hostil y no está bien orientado en relación con el trato que se le debe dar, el paciente retornará al hospital, donde no fue rechazado y se sintió miembro de una comunidad que no lo excluía ni lo discriminaba.

Es lógico que un individuo insatisfecho e inseguro en lo social, al

enfrentarse a la pérdida de la cohesión social de su grupo, a la frustración de sus aspiraciones individuales y a la pérdida de objetivos implícitos, al status involutivo; fácil es verle asediado por sentimientos angustiosos, denominador común de su recaída.

Es bastante deficiente, el espectáculo muy común en las calles de nuestras ciudades, de un grupo compuesto de niños y adultos exasperando a un enfermo mental; es decir como si se tratara de una inversión de valores, gozando con la deprimente escena de su tránsito por la vida, en condiciones infrahumanas, sin que nadie se apiade de su indigencia ilimitada.

Se ha creado a nivel social, por las características de atraso que presenta nuestra formación socioeconómica; interferencias en el cambio de actitudes negativas para las personas con trastornos de la conducta, por parte de ésta. Las personas que han sido recluidas en un centro mental son rechazadas, enajenadas o aisladas por el Estado, la familia y la sociedad en general; además se les niega el derecho a trabajar pasando a ser agentes no productivas; de enamorarse si es soltero, de continuar su vida conyugal si es casado; de participar activamente en cualquier función social.

El ambiente en donde vive un individuo, es mucho más que un mundo físico; incluye la estrecha interacción personal dentro del grupo familiar, las presiones que sobre este grupo impone la cultura más amplia y sus particulares sistemas de valores, así como la influencia de las

fuerzas socioeconómicas, que dependen de la estructura de las clases de la sociedad en la que el individuo y su familia viven.

Los antropólogos y los psiquiatras que han trabajado con enfermos en diferentes grupos culturales, proporcionan conocimientos básicos, gracias a los cuales la generalidad de los autores están de acuerdo en que los factores culturales influyen en la etiología y la psicopatología de los trastornos mentales.

Puesto que el hombre aprende sus pautas de conducta dentro de una familia influida por los códigos de una cultura ya constituida, no es sorprendente reconocer que esta fuente importante es un factor fluctuante que determina no sólo las pautas de las enfermedades neuróticas y psicóticas, sino también sus síntomas cambiantes y su frecuencia a través del tiempo. Las exigencias del ambiente social, con sus diversos grados de competencia, sus represiones sexuales y sus códigos contradictorios, provocan conflictos discrepantes, frustraciones individuales y dilemas; son factores que dan forma a las capacidades adaptativas del individuo.

Sin embargo debemos tener en cuenta que las duras condiciones culturales y sociales raramente causan la psicopatología; actúan más bien, como un contexto dentro del cual tienen lugar las experiencias interpersonales más directas e inmediatas. Estas condiciones ensombrecen y degradan las relaciones personales y establecen modelos patogénicos de imitación y de escasa capacidad de adaptación.

Es importante tener en cuenta que tanto el status social, como la posición cultural son factores que determinan el tipo y la forma en que una familia maneja sus problemas y conflictos.

Es muy frecuente que en las familias pobres y de bajo nivel social los problemas principales giran alrededor del factor económico y se considera indispensable que sus miembros trabajen. Por lo tanto cuando uno de ellos se enferma se convierte en una carga para los demás miembros del grupo familiar y posiblemente sea rechazado.

Independientemente del nivel socio-económico, la familia es la unidad básica de la normalidad o anormalidad del crecimiento y del desarrollo y la guía para el manejo adecuado o inadecuado del conflicto y la ansiedad. Su ambiente condiciona a sus miembros y les enseña a vivir en él para que sea posible su adaptación, lo cual no implica que el comportamiento que adopten sea el más adecuado o esté de acuerdo con el medio social.

3. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Partimos de una descripción de la muestra de enfermos mentales escogidos al azar de la población de usuarios que asisten a la Consulta Externa o que están hospitalizados en la institución.

Consideramos que las características en cuanto a escolaridad y nivel socio-económico pueden generalizarse a los demás miembros del grupo familiar del que forma parte el enfermo mental en cuestión. La Tabla 1 sirve al propósito de la descripción.

La muestra estudiada oscila entre una edad de 18 a 57 años, en donde encontramos que el 76% presenta una edad de 18 a 38 años, lo que nos da a entender que la población enferma es joven y están en la edad adulta.

Haciendo referencia al nivel de ocupación de éstos pacientes antes de enfermarse, encontramos que el 50% están en los quehaceres del hogar, el 28% eran empleadas en trabajos no permanentes y el 22% permanecían sin desempeñar ninguna actividad productiva por dedicarse a los estudios primarios, en donde su edad cronológica no estaba acorde con la edad escolar. En cuanto a la escolaridad encontramos personas analfa-

TABLA 1 : Descripción de la Muestra Investigada de Enfermos Mentales

Categorías	Criterio de Clasificación por Categorías	No.	%
Edad	18 a 28 años	16	32
	29 a 38 años	22	44
	39 a 48 años	8	16
	48 a 57 años	4	8
		<u>50</u>	<u>100</u>
Ocupación ante de Enfermarse	Hogar	25	50
	Empleada	14	28
	Sin ocupación	11	22
	<u>50</u>	<u>100</u>	
Escolaridad	Analfabeta	11	22
	Primaria incompleta	27	54
	Primaria completa	5	10
	Secundaria incompleta	7	14
	<u>50</u>	<u>100</u>	
Nivel Socio-Económico	Bajo	46	92
	Medio-bajo	4	8
	Medio	0	0
	Medio-Alto	0	0
	<u>50</u>	<u>100</u>	
Estado Civil	Casada	16	32
	Unión libre	29	58
	Soltera	2	4
	Viuda	3	6
	<u>50</u>	<u>100</u>	
Diagnóstico	Sin Diagnóstico Definido	5	10
	Dos o más	4	8
	Un solo Diagnóstico	41	82
		<u>50</u>	<u>100</u>
Reincidencias	Una vez	8	16
	2 a 5	36	72
	5 o más	6	12
	<u>50</u>	<u>100</u>	

betas, que no han recibido ninguna clase de instrucción, o sea no saben leer, ni escribir, encontramos también personas con una primaria incompleta, completa y por último una secundaria incompleta; presentándose un 76% entre pacientes analfabetas y que no han terminado su primaria.

Al realizar el estudio referente al nivel socio-económico de los pacientes y familiares, encontramos que pertenecen en un 100% al nivel bajo y medio bajo; ésto debido a que la institución es una institución de beneficencia al cual acuden personas de bajos recursos económicos.

El estado civil que presentan los pacientes son casados, en unión libre, solteras y viudas; en donde tenemos que un 96% son "responsables" del compromiso que significa tener un hogar, pero que esta situación se agrava debido a la enfermedad mental presentada.

A continuación entraremos al análisis e interpretación de los datos obtenidos en la medición de cada una de las variables que intervienen en la presente investigación. Partimos del análisis de las variables o factor económico como generador de actitudes hacia el enfermo mental.

La situación económica de estas familias, es de hecho un factor negativo para el enfrentamiento y solución de cualquier tipo de problema. Si nos remitimos a la Tabla 1 encontramos que el 92%, están ubicados en el nivel socioeconómico bajo, a excepción de un 8% que están en el

medio-bajo, que para efectos de lo que intentamos demostrar no hace ninguna diferencia.

La precaria situación económica de estos grupos familiares se agravan por la presencia del enfermo que ocasiona gastos, en cuanto al tratamiento farmacológico, terapéutico y de hospitalización, sumado a ello, el hecho de que por su calidad de enfermo y especialmente mental, tienen pocas oportunidades de desarrollar alguna actividad lucrativa en los lapsos de remisión de la enfermedad. Si añadimos a todo esto, las continuas recaídas, por ejemplo de la muestra estudiada un 72%, tenía hasta la fecha un promedio de 5 hospitalizaciones y un 12% más de 5. Aclarando que ellas han podido ocurrir a lo largo de todo el desarrollo de su enfermedad, es decir el 84% tiene más de una recaída.

Entonces nos encontramos en presencia de una persona adulta, que por razón de su enfermedad, se ha convertido para estas familias en una carga económica, sin que exista la esperanza de su recuperación total y que puedan convertirse en un futuro próximo en un miembro productivo debido a su incapacidad real, o porque el medio social y familiar así lo han determinado en razón de las actitudes que con respecto a él han desarrollado y/o por los prejuicios generalizados que hay contra la persona que alguna vez en su vida recibió tratamiento psiquiátrico.

En las personas entrevistadas, parientes del enfermo mental, hubo un acuerdo total en donde el paciente se ha convertido en un problema de-

bido a la carga económica que representa por las erogaciones continuas de dinero que hay que hacer para costear las medicinas, el valor de las consultas externa y de hospitalización, y es por ello que manifiestan el deseo de que la institución se hiciera completamente a la responsabilidad del tratamiento y rehabilitación del paciente.

Estas inquietudes manifestadas bajo diversas maneras y siendo la más frecuente la de no tener recursos económicos, reflejan una actitud negativa hacia el paciente, ya que su tratamiento agrava más las precarias condiciones económicas.

Queremos sin embargo dejar sentado que este tipo de familia, pertenecen a los más bajos niveles socio-económicos, cualquier evento extraordinario que signifique un gasto en dinero, necesariamente altera su economía, pues es característicos que de estos niveles social económicos, tener recursos solamente para satisfacer alguna de las necesidades mínimas para seguir viviendo.

En cuanto a la variable "conocimiento de la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad mental", encontramos lo siguiente. Ver Tabla 2.

Para mayor entendimiento la definición de las categorías es la siguiente:

TABLA 2 : Conocimiento Acerca de la Etiología, Desarrollo y Tratamiento de la Enfermedad Mental (Opinión de los Familiares)

Etiología o Causas	No.	%
Herencia	15	10
Emociones fuertes	51	34
Brujería	6	4
Exceso de estudio	9	6
Separación familiar	30	20
Maltrato físico y/o verbal	15	10
Menarquia	3	2
No sabe	21	14
Total	150	100

Emociones fuertes: Los familiares de los pacientes que fueron entrevistados, entienden por este término a todas aquellas impresiones que en forma brusca han sobresaltado el estado anímico de las personas, por algún suceso que afecta al grupo familiar. Encontramos que el 34% de la población entrevistada señalaban que este hecho se había originado por este factor, según los datos que recogimos a todo lo largo de la entrevista los familiares los agrupan en tres grupos:

- Ultraje a la inocencia: en donde los enfermos mentales se vieron envueltos en mentiras o ardides por el novio o el enamorado para abusar sexualmente de ellas, dejándolas luego abandonadas. Registramos que el 58.82% se debieron a éste. (Ver Tabla 3).

- Nacimiento de un hijo: con éste término señalaron los familiares del paciente, que nunca habían sufrido de trastorno alguno, pero que el nacimiento de un hijo la "enfermedad" se le había desarrollado. El 21.56% contestaron de esta manera. (Ver Tabla 3).
- Muerte de algún miembro importante de la familia: este suceso originó el desarrollo de un trastorno de la conducta. El 19.60% contestaron así. (Ver Tabla 3)

En su orden, el segundo lugar, nos referimos a la separación familiar en donde manifiestan que se le había presentado la enfermedad mental debido a éste factor, ya que se vieron obligados por la situación económica tan precaria, abandonar y trasladarse a otros lugares en busca del sustento diario; en donde el padre o la madre quedaron en el pueblo y los hijos se ven en la necesidad de trasladarse a la ciudad en busca de nuevos y mejores horizontes. De los cuales el 20% opinan de esta manera.

En tercer lugar tenemos la herencia y el maltrato físico y/o verbal en donde contestaron en ambos factores que el 10% creen que estas son causas para que se origine una enfermedad mental determinada.

Entendiendo los familiares entrevistados por herencia el hecho de que si un pariente había sufrido algún trastorno de la conducta, de hecho ellos establecían la relación de que el miembro enfermo lo había tomado por herencia biológica. Por maltrato físico y/o verbal, la enferme-

dad se había originado por las constantes discusiones que se mantenían en el hogar, en donde los pacientes eran maltratados física y/o verbalmente por los padres y/o hermanos mayores.

En cuarto lugar encontramos que un 14% los miembros del grupo familiar contestaban no saber el origen de la enfermedad o qué causas habían propiciado el desarrollo de ésta; alegaban de que su familiar era una persona normal y no supieron el momento en que se enfermó.

En quinto lugar tenemos que opinaban los familiares que el exceso de estudio producía estos trastornos en la persona, ya que se esforzaban demasiado y no rendían lo suficiente para llegar a ser una satisfacción personal y de su familia; por esto no seguían estudiando, y se les presentaba el trastorno. Un 6% respondieron de esta manera.

En sexto lugar encontramos que según los familiares entrevistados contestaron el 4% que alguien le había echado brujería a toda la familia pero por ser el paciente una persona enferma y dentro del grupo familiar la más débil, en ella había caído la maldición.

En último lugar tenemos que el 2% contestaron que se había originado la enfermedad mental debido al período menstrual que le había llegado por primera vez, en donde la paciente se asustaba y de ahí se enfermaba.

Ahora bien, si estudiamos a fondo los diferentes criterios utilizados

para señalar la etiología de la enfermedad mental; obtendremos la conclusión que cada uno de ellos representa una experiencia crítica en la vida, que repercute en el ámbito afectivo y emocional de las personas, es decir lo que nuestros entrevistados con palabras más sencillas definieron como emociones fuertes.

Si repasamos el criterio utilizado para definir la separación familiar encontraremos dos hechos, el primero y más importante; la desintegración del grupo familiar, el rompimiento de lazos afectivos de amor y de dependencia que existe entre padres e hijos por la necesidad de buscar nuevos campos de trabajo para aliviar las cargas económicas del sostenimiento familiar; y es aquí donde ocurre el segundo hecho determinante de esta separación, que en definitiva se cristaliza en la pérdida de la seguridad afectiva que brindaban los padres a pesar del hambre y la miseria, reemplazado por cierta seguridad económica en términos de alimento y techo, pero que en ningún momento reemplazan aquellas. Por otra parte hay cantidad de literatura, en el campo de la psicología y la educación que nos advierten de los efectos dañinos que sobre el desarrollo afectivo y de la personalidad tienen los maltratos físicos y/o verbales sobre la persona, al mismo tiempo, esta misma literatura, acerca del desarrollo de la personalidad, principalmente la de la Escuela Psicodinámica, nos advierten de la posibilidad que generen problemas en la fase de la adolescencia por el hecho de llegar a un estado de maduración sexual de nivel orgánico sin que se esté preparado emocionalmente para ello, agravándose la situación cuando con anterioridad la educación respecto a este campo ha estado rodeados de

tabúes y misterio, en donde el adulto es impotente ante sus propios conflictos relacionados con su sexualidad los proyecta hacia el adolescente; igualmente con respecto al "exceso de estudio" encontramos otra de las diversas formas como la seguridad en sí mismo y los sentimientos de las personas pueden ser afectadas por el hecho de comprobar la ineficacia de ciertas acciones encaminadas a mejorar nuestra propia imagen ante nosotros mismos y los demás.

Un continuo fracaso en las actividades escolares después de haberse esforzado por vencer los obstáculos, necesariamente van minando la seguridad y el sentido de valor de las personas; y esto al final lesiona la esfera afectiva de la persona que es la más importante y que influyen en las otras determinantes de la conducta.

Las creencias culturales, existen y se mantienen por la necesidad inherente del hombre de tener una explicación a todo hecho que acontece a su alrededor, ya habíamos señalado que las primeras explicaciones fueron de naturaleza mágica, y de ella no se escapó el hecho de la enfermedad mental; nuestro pueblo en su mayoría es analfabeta y aún participa de las tendencias a dar explicaciones mágicas a lo poco conocido, y la enfermedad mental de la cual se conoce hoy día bastante en comparación de lo que se conocía a principios del siglo, es uno de los problemas médicos acerca de los cuales no se puede dar una explicación única y absoluta. Entonces el hombre común y principalmente el analfabeta busca todavía en el mundo de lo mágico su explicación y se convence fácilmente de que son los malos quereres o sentimientos hacia la

persona enferma lo que le causa la enfermedad.

En conclusión, al parecer las personas entrevistadas, establecían una relación causal explicativa con el hecho o experiencia que antecedió o acompañó las manifestaciones de la enfermedad mental sin entrar a considerar que éstas podrían ser precipitantes o desencadenantes de anomalías ya existentes.

Respecto al hecho de señalar la herencia como causal explicativa de la enfermedad mental, encontramos un conocimiento muy vago, si no una ausencia del mismo acerca de los mecanismos de la herencia y la relación que podía haber en el caso de que en una familia existiera entre dos o más generaciones, miembros que hubieran presentado alteraciones de la conducta, este hecho por sí solo puede hacerlos pensar en el fenómeno de la herencia, pero hay muchas enfermedades mentales que hasta el momento no tienen como causa única la herencia; ya que en su gran mayoría las causas son múltiples, por ejemplo la neurosis es una categoría de enfermedad mental donde tienden a descartarse la herencia; que es más explicativa en los casos de psicosis; y sin embargo se observa de generación a generación familiar conductas neuróticas que se repiten con frecuencia, y esto que se explica por el aprendizaje, es sin embargo, por las personas pocas versadas en este campo del saber, observado como una manifestación más de los mecanismos de la herencia descubiertos y analizados por Mendell.

Sólo en un 14% de la muestra entrevistadas opinó desconocer la etiolo-

gía de la enfermedad mental de su pariente; por lo general negaban el que existiera antecedentes en la conducta misma del paciente que hiciera sospechar la posibilidad de la enfermedad. La opinión dada por las investigadoras referente a las respuestas enunciada por los familiares acerca del desconocimiento de la enfermedad, es que esta se dió por el deseo de no comprometerse ante el hecho de la investigación; esta actitud la manifestaron a lo largo de toda la entrevista.

TABLA 3 : Descomposición : Emociones Fuertes

Categorías	No.	%
Ultraje a la inocencia	30	58.82
Nacimiento de un hijo	11	21.56
Muerte de un familiar importante	10	19.60
	50	99.98

La interpretación hecha anteriormente de éstos datos confirman nuevamente el hecho de que en el fondo le han dado a la esfera afectiva y sus posibles alteraciones la calidad de ser la causa más frecuente que puede desencadenar alteraciones de la personalidad.

Hemos recopilado las opiniones que cada grupo familiar tiene acerca del origen de la enfermedad mental, agrupamos las opiniones en donde prevalecían más de dos opiniones iguales por grupo familiar. Tenemos entonces que:

TABLA 4 : Conocimiento Acerca de la Etiología, Desarrollo y Tratamiento de la Enfermedad Mental
(Opinión por grupo familiar y coincidencia en el mismo)

Etiología o Causas	No.	%
Herencia	3	6
Emociones fuertes	9	18
Brujería	0	0
Exceso de estudios	0	0
Separación familiar	6	12
Maltrato verbal y/o físico	1	2
Menarquia	0	0
No sabe	2	2
Desacuerdo total	24	48
Total acuerdo	5	10
Total	50	100

- Acuerdo = 10%
- Desacuerdo = 90%

El desacuerdo total en el grupo familiar denota la variedad de criterios que se tienen acerca del origen de la enfermedad mental, en donde las opiniones de cada miembro difiere del otro. Esto nos indica que si la opinión que se tiene acerca de la enfermedad mental no es unánime, de igual modo el trato hacia el paciente lo será.

Respecto al desarrollo y tratamiento de la misma, absolutamente todos los entrevistados negaron conocer como evoluciona y mucho menos saber el por qué de la medicación y tratamiento psicoterapéutico llevada a cabo por el personal especializado. Simplemente esperaban que allí se les diera la atención necesaria para su recuperación, expectativa que aunada a la anterior información acerca de la etiología, confirman el hecho del desconocimiento efectivo que tienen acerca de la enfermedad mental y sus posibilidades de rehabilitación.

Si a todo esto le agregamos el hecho de que a muchos pacientes se les da tratamiento farmacológico y psiquiátrico a partir de la primera impresión diagnóstica del especialista, que un 10% de la muestra estudiada estaban siendo tratados sin un diagnóstico definitivo, y un 8% tenía en su historia clínica más de dos diagnósticos; podemos suponer que por lo menos con un 18% de pacientes se estaba jugando con su derecho a recibir del Estado atención médica necesaria y efectiva para recuperar su salud; no desconocemos que un 82% de la muestra estaban siendo tratados a partir de un solo diagnóstico. Pero esto no significa que no se estuviera cometiendo el mismo error que con ese otro 18% se trató de corregir al dar todos esa multiplicidad de diagnósticos. Además, el común de las personas, aún profesionales en otras ciencias, tienen un desconocimiento casi completo acerca de la enfermedad mental, es posible que no le den una explicación mágica como la puede dar un analfabeta, pero si con poca precisión acerca de su etiología, manifestaciones sintomáticas y tratamiento. Lo único que si esperamos encontrar en ellos, es una actitud más abierta hacia la comprensión de

la conducta de su enfermo y una aceptación de las indicaciones que respecto a su tratamiento se haga. Sin embargo, esta es una opinión que merece y puede ser sometida a comprobación.

En cuanto a la variable "Percepción que se hace del enfermo mental como elemento perturbador del ambiente familiar y/o de las relaciones interpersonales con amigos y vecinos en el grupo familiar con presencia del enfermo mental en su seno", vamos a dividir este estudio en dos partes, donde primero presentamos una tabla de la relación de los padres y hermanos con el paciente, interpretando por medio de la definición de criterios la relación existentes entre éstos; luego presentamos otra tabla en donde enmarcamos las relaciones interpersonales con amigos y vecinos del grupo familiar con presencia de una persona con trastornos de la conducta; todo esto con el fin de conocer que actitudes genera el grupo familiar con el enfermo mental.

TABLA 5 : Relación de los Padres y Hermanos con el Paciente

Relación	Antes	%	Después	%
Indiferente	3	2	9	6
Intolerable	0	0	42	28
Mala	6	4	48	32
Tolerable	24	16	33	22
Aceptable	45	30	12	8
Buena	72	48	6	4
Total	150	100	150	100

- Definición de Criterios

Intolerable: es la relación familiar en donde los parientes del paciente no "soportan" la presencia de éste en el hogar.

Mala: el paciente puede estar presente en el hogar siempre y cuando no perturbe las relaciones familiares.

Tolerable: el paciente puede estar presente en el hogar y se le deja participar en las conversaciones, se trata de sobrellevar la relación existente pero siempre con el ánimo de condescender con él. Es tratado en forma fría y cortante.

Aceptable: la relación entre los familiares del paciente y éste es llevadera, interviene en las conversaciones, al paciente se le mira como una persona que puede presentar inadecuación en su conducta.

Buena: los miembros del grupo familiar manifiestan hacia el paciente una conducta tranquila y comprensiva. El paciente participa en la toma de decisiones menores de la familia, el trato es agradable.

Indiferente: hay una ausencia de sentimientos hacia el paciente.

Observando la Tabla 5 podemos concluir lo siguiente:

Los miembros del grupo familiar que fueron entrevistados y que expre-

saron no percibir al paciente como una persona intolerable antes de desarrollar la enfermedad mental, pero con su presencia y manifestaciones clínicas si lo perciben así fue el de un 28% de la muestra. Podemos interpretar esto así; las relaciones interpersonales existentes entre estos se tornó difícil e inaguantable para el grupo con relación al paciente y constantemente se presentan conflictos por no tener la paciencia para tratar al paciente.

La relación de los padres y hermanos con el paciente que eran malas antes de la enfermedad, tuvo un incremento de un 4% a un 32% después de que se presentó la enfermedad en el paciente. Este aumento puede indicarnos que el hecho de la enfermedad agravó la situación en las familias que ya presentaban antes de la enfermedad del paciente malas relaciones y que en otras familias no podían calificarse así se tornaron de esta manera.

La relación de tolerancia que existía para con el paciente ante de presentarse la enfermedad mental sufrió un incremento del 16% al 22%; la actitud de tolerancia que se adopta ante el enfermo posiblemente surge del deseo de no agravar las circunstancias que ya de hecho están afectadas por la presencia de la enfermedad mental en la persona que era antes tolerada. Se intenta "sobrellevarlo", "seguirle la corriente" para no enfadarlo, es decir son tenidos aparentemente en cuenta pero solo en la medida que con su conducta puede perturbar el clima familiar.

TABLA 6 : Relación del Grupo Familiar con Presencia de un Enfermo Mental, con los Vecinos y Amigos

Relación	Antes	%	Después	%
Indiferente	0	0	1	2
Intolerable	0	0	14	28
Mala	0	0	20	40
Tolerable	10	20	3	6
Aceptables	18	36	12	24
Buenas	22	44	0	0
Total	50	100	50	100

Según los datos obtenidos la relación que existía entre el paciente y su familia con los vecinos y amigos no eran indiferentes, ni tolerables ni malas, antes de la enfermedad mental pero se incrementaron en un 70% debido a los conflictos presentados continuamente como consecuencia de las crisis; de igual manera las relaciones que antes de la enfermedad eran considerada como tolerables, aceptables y buenas en un 100% respectivamente, van a tornarse en un 30% cambio que es desfavorable para la interrelación entre vecinos y amigos.

Todos estos datos nos muestran la poca tolerancia que se tiene hacia la persona que presenta algún trastorno en la conducta no solo por el grupo familiar, sino también por los vecinos y amigos.

A continuación daremos una Tabla en donde se exponen una serie de si-

tuaciones que van a reiterar lo expuesto anteriormente.

TABLA 7 : Percepción que el Familiar tiene Acerca de la Capacidad del Enfermo Mental en el Manejo de Determinadas Situaciones

Situación	Si	%	No	%
Cuidar a menores o jugar con ellos	27	18	123	82
Participar en decisiones familiares	18	12	132	88
Ir al cine o hacer visitas solos	36	24	114	76
Estimularlo a estudiar o trabajar	57	38	93	62
Casarse de no estarlo	84	56	86	44
Prefieren tenerlo ingresado, que en el hogar	93	62	57	38

Analizando podemos decir que actualmente al enfermo mental un 82% no se le deja jugar con los niños, muchos menos cuidarlos, ya que temen por la seguridad del menor. Los familiares del paciente alegan que su personalidad está tan desorganizada que aquellos actos indebidos que cometan lo convierten en una persona peligrosa.

Al paciente dentro del grupo familiar no se le deja participar en la toma de decisiones en situaciones difíciles (88%) ya que se le considera una persona dependiente en todas las actividades; lo consideran incapaz de valerse por sí mismo, hasta tal punto que otros ocupan su lugar haciéndolo a un lado.

4. ACCIONAR DEL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIATRICO DENTRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL CAMBIO DE ACTITUDES

A raíz que el enfoque de la psiquiatría contemporánea entiende al enfermo mental, dentro de un contexto y no como una abstracción, se hace indispensable que el accionar del Trabajador Social se proyecte a través de un equipo multiprofesional el cual está conformado por el médico psiquiatra, el psicólogo, las enfermeras, médicos internos, la nutricionista, por ser el Trabajador Social un profesional que participa en las diferentes tareas de trabajo dentro de una institución, su quehacer profesional le permite participar a nivel organizacional, en las áreas que requieran su atención.

Además juega parte importante en todas las etapas del tratamiento; obteniendo antecedentes respecto a la enfermedad y los posibles factores que la precipitaron con el fin de aportar al diagnóstico médico-social aspectos importantes desde el punto de vista social, y asesoría a la familia; preparando al limitado mental para su rehabilitación y reduciendo las tensiones ambientales que pudieran afectarlo adversamente cuando se incorpore nuevamente a su medio social.

A nivel psiquiátrico podemos enmarcar el accionar del Trabajador So-

cial así:

- Prevención Primaria

En la prevención primaria, para que un individuo posea un desarrollo evolutivo normal, es necesaria la provisión de determinados aspectos básicos a saber: los físicos; el Trabajador Social en éste nivel le corresponde divulgar las provisiones de los aportes básicos o la neutralización de la influencia que tienden a impedir ésta provisión por ejemplo, un plan de prevención primaria considerado los aportes físicos, podrían ver en lograr que, con los mismos medios de que se disponen, una población tengan una alimentación mejor balanceada por medio de un trabajo especial intensivo.

Los aportes físico-sociales, hacen parte del desarrollo intelectual y afectivo de una persona, por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia, escuela, trabajo, etc. Los aportes psicosociales de mayor importancia son provisto por las relaciones familiares.

Siendo el Trabajador Social uno de los profesionales que tienen mayores actuaciones en el campo de las relaciones familiares, trabajando en la educación de los padres, para evitar determinadas actitudes que podrían resultar perjudiciales en el desarrollo del individuo. Los aportes sociales-culturales, son las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los

valores de la cultura y de la estructura social.

Aquí el papel principal dentro del equipo le corresponde al psicólogo, antropólogo, político, etc. Y al Trabajador Social colabora en el trabajo de campo necesario. Orientando a las personas en la utilización racional de los servicios de la institución con el fin de que se haga buen uso de ella.

- Prevención Secundaria

Comprende los programas tendientes a reducir las incapacidades debido a un trastorno, disminuyendo la proporción de trastorno de la población.

Uno de los pasos principales en ésta prevención es el diagnóstico precoz de tal modo que el trastorno puede identificarse a partir de sus primeros indicios, alertando al individuo y a sus familiares acerca de esos indicios proporcionando información donde concurrir a la aparición de los primeros síntomas de ésta enfermedad.

Es aquí donde el Trabajador Social se encarga de transmitir, directamente a la población, lo planificado por el equipo suministrando la información necesaria para que la comunidad pueda detectar los indicios básicos de trastornos y donde concurren en estos casos ejemplo, la búsqueda de aquellos individuos de trastornos mentales. La labor del Trabajador Social, entonces es la de tomar contacto con la pobla-

ción y valorar el funcionamiento de sus miembros de tal manera que aquellos que presentan signos de alteración mental pueden ser descubiertos y llevados a un tratamiento rápido y eficaz.

- Prevención Terciaria

A través de este nivel se procura reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales. La prevención terciaria, abarca la primaria y la secundaria ya que el defecto debido al trastorno mental incluye la incapacidad provocada por el funcionamiento alterado del paciente y disminución de la capacidad que subsiste después de eliminado el trastorno.

Esta prevención actúa mediante la rehabilitación en gran escala del paciente para devolver sus capacidades productivas en menos tiempo. Esta recuperación debe comenzar desde el momento del diagnóstico y continuar sin interrupción durante la enfermedad. El accionar del Trabajador Social en éste nivel, es el de evitar, por un lado los perjuicios de la familia del paciente al considerarlo como un inválido que no puede realizar tarea alguna favoreciendo la segregación, cronificación y por otro lado en la comunidad mediante la educación pública sobre la naturaleza de los trastornos mentales, esto está ligado al mantener la comunicación del paciente en el caso de intervención, en sus redes sociales para evitar que, la familia, trabajo y comunidad en general cierre sus filas ante la ausencia del enfermo o sea, conservar viva la idea del retorno, tratar de mantener abierta la comu-

nicación del paciente con la comunidad.

Como integrante del equipo multiprofesional las funciones del Trabajador Social son todas aquellas que indican el problema planteado por el equipo de acuerdo a las necesidades y prioridades que se establezcan y a los niveles de prevención, en los que se desarrollará el trabajo.

La posición del Trabajador Social en el equipo depende del nivel de participación dentro de éste y a su vez está determinado por el grado de capacitación personal y por los objetivos de la Institución en la cual trabaja.

La concepción moderna de la psiquiatría en torno a la necesidad de enfrentar integralmente la enfermedad mental, trascendiendo el aspecto terapéutico y proyectándose en un enfoque socio-psicológico que además de prevenir desencadena modificaciones culturales significativas, transformando una sociedad enfermizante en una sociedad realizante, hace necesariamente al Trabajador Social un miembro clave en cualquier programa efectivo de salud mental.

Le corresponde al Trabajador Social dentro de esta perspectiva desarrollar una serie de funciones que a continuación enmarcaremos:

- Diseñar modelos de investigación social que le permitan identificar la estructura social donde se desenvuelve el individuo, las condiciones que generan o mantienen el problema.

- Desarrollar programas de orientación al enfermo y su familia.
- Aplicar tratamiento y terapias grupales a la familias para lograr la modificación de las condiciones que contribuyen a la enfermedad.
- Realizar seguimientos de pacientes en coordinación con el equipo multiprofesional.
- Participar en reuniones de coordinación de programas del equipo.
- Formular políticas generales a seguir en el departamento.
- Proyectarse a las comunidades usuarias, a través de programas educativos tendientes a disminuir las "creencias en torno a la enfermedad mental".

Anteriormente tratamos sobre las funciones del Trabajador Social psiquiátrico, cuyo contenido tiene una gran relación con el actual, ya que estos principios unidos a las funciones constituyen en gran medida la base conceptual del sistema de trabajo social psiquiátrico.

Los principios deben ser utilizados en la práctica del Trabajo Social Psiquiátrico, como postulado básico, ya que establece la base metodológica en cuanto a la dirección y desarrollo de sus métodos y técnicas de trabajo en la práctica.

Mediante su empleo pueden ser organizadas las actividades laborales, orientándose hacia su perfeccionamiento y garantizándose entre otras:

- La aplicación de los objetivos generales y específicos de ésta profesión en el sistema hospitalario.
- La disciplina laboral necesaria para obtener los mejores resultados en los distintos niveles de existencia y servicios, en que interviene el Trabajador Social Psiquiátrico.

Para ésto hemos pensado en la necesidad de agrupar estos principios de la siguiente manera:

- Principio de Planificación

Con el objeto de garantizar la base material y técnica de todas las actividades intra y extra hospitalarias, de acuerdo con las características del departamento y sus instancias superiores. Utilizando los recursos disponibles bajo el control de la dirección del hospital.

Para llevar a la práctica éste principio se plantea que cada área de trabajo planifique sus recursos y necesidades considerando los elementos que integran su sistema de trabajo.

Entre los principios de trabajo vamos a citar el metodológico, mediante el cual se garantiza el uso consecuente de los métodos de trabajo

que ordena y desarrolla adecuadamente, con unidad de criterios y con una base científica de acción del Trabajo Social.

- Etica

Esta se tienen en cuenta con el objetivo, de que se apliquen las normas y patrones de conductas que influyan positivamente en el ejercicio y desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico.

La aplicación de las normas sociales y principios éticos constituye una premisa indispensable para elevar la calidad y productividad del trabajo, sobre todo si se tiene en cuenta que el Trabajo Social es una profesión cuya función se orienta hacia el hombre como sujeto de una conducta en situación de conflicto.

Trabajo Colectivo

De éste principio nos vamos a valer para determinar la participación efectiva del Trabajador Social Psiquiátrico en el campo de la salud mental. En el trabajo colectivo se garantiza que las diferentes cuestiones se resuelva en conjunto, en tanto en el seno del equipo de salud mental como entre los Trabajadores Sociales y otros profesionales y técnicos, de forma tal que sean logrados las soluciones adecuadas a la problemática médico-social que se nos plantea en el paciente.

Trabajo Social Integral

Este principio consiste en aplicar de la base científica establecida para el Trabajo Social, aquellos principios considerados fundamentales para la estructuración y desarrollo para el Trabajo Social Psiquiátrico.

La unificación de criterios es necesaria cuando se van a interpretar éstos principios básicos ya que se trata de aplicar cuestiones como la siguiente:

- La utilidad social
- El respeto a la individualidad
- El paciente como punto de partida
- El punto de vista del paciente
- El valor de la situación expuesta
- El trabajo con el individuo.
- La objetividad en cuanto a la observación, interpretación o juicio de los hechos para evitar la distorsión de la realidad.

Principio Terapéutico

Tiene como objeto fundamental el lograr la liberación de capacidades para la dirección o funcionamiento social del sujeto así como descubrir recursos en su medio que coadyuvan a éste principio primordial.

La acción terapéutica del Trabajador Social Psiquiátrico abarca tanto al paciente como a sus familiares y colaterales y ésta influyendo en

ésta constantemente por lo que se ve comprometido a conocer y medir el alcance de sus acciones terapéuticas con el fin de evitar efectos no deseados.

Principio de Desarrollo

En ésta parte vamos a citar el principio "grado de desarrollo que se debe alcanzar en un período de tiempo dado, lo cual en la práctica se lleva a cabo mediante:

- La profundización y perfeccionamiento de los métodos y técnicas empleadas en el Trabajo Social Psiquiátrico.
- La aplicación de los resultados de las investigaciones realizadas.
- Incremento de los conocimientos profesionales a través de recursos especializados, seminarios y otros.

En síntesis, el Trabajo Social Psiquiátrico es una profesión con principios, funciones, técnicas y métodos que le son propios, pero que a la vez se sirve de los recursos específicos de otras profesiones a fines por lo que la evaluación integral de todos éstos aspectos deben estar sometidos a un perfeccionamiento constante para poder explicar lo nuevo en el sistema de trabajo, ya que éste es un sistema dinámico, integral y dialéctico.

4.2 PROYECTO: PROGRAMA DE MODIFICACION DE ACTITUDES HACIA EL ENFERMO MENTAL EN PROCESO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

Justificación

Las funciones asignadas al Trabajador Social en el Hospital Mental son de carácter administrativo, pero el campo de intervención del Trabajador Social sobrepasa ese nivel y se hace significativo dentro de la psiquiatría social en los niveles de rehabilitación psicosocial del paciente psiquiátrico, a partir de la actividad que realice con él y con su familia. Y si aceptamos el hecho de que la familia del paciente psiquiátrico es fundamental para que su proceso de rehabilitación psicosocial sea efectivo, consideramos necesario que se desarrolle un programa, que a partir del conocimiento de las actitudes del grupo familiar hacia el paciente, se incrementen y refuercen si éstas son positivas y facilitadoras de la rehabilitación o, se modifiquen, si son negativas y obstaculizan el proceso de rehabilitación.

Fase 1a.: "Antes de"

Orientación

El grupo familiar con presencia en uno de sus miembros de enfermedad mental desarrolla actitudes hacia él, determinadas por múltiples factores.

Objetivo

Conocer las actitudes que el grupo familiar ha desarrollado hacia el enfermo mental y determinar los factores que han influenciado en la formación de las mismas.

Actividad

- Medición de actitudes: se parte de la definición conceptual y operacional de: actitud de rechazo-intolerancia, sobreprotección-tolerancia, aceptación. Indiferencia.
- Clasificarlas según su naturaleza: a partir de los criterios anteriormente señalados.
- Identificación de los factores que han intervenido en su formación

Conocimiento o no de la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad mental en general y la particular de su familiar enfermo.

Problemas sociales que genera el hecho de tener un familiar enfermo mental.

Problemas económicos que se desencadenan o agudizan por el mismo hecho.

Por sentimientos de culpa respecto al enfermo mental, por creerse responsable de su desarrollo.

Por sentirse disminuídos en su estima personal o experimentar vergüenza por la enfermedad de su familiar.

- Una combinación de todos estos factores.

El objetivo de esta determinación de los factores es para poder diseñar objetiva y eficazmente el tratamiento de modificación de actitudes para cada grupo familiar.

Orientación

La rehabilitación psicosocial del enfermo mental, partiendo de un acertado diagnóstico, pronóstico y tratamiento, está influenciado por las actitudes que el grupo familiar manifiesta hacia él.

Actividades

Medición y pronóstico de rehabilitación psicosocial de cada enfermo mental. Esta actividad la hacen el psiquiatra, el psicólogo y el Trabajador Social partiendo de la definición conceptual y operacional de rehabilitación psicosocial del enfermo mental.

Fase 2a. : Tratamiento

Objetivo

Clasificar los grupos de familia que presenten actitudes similares hacia el enfermo mental, identificando los factores que han intervenido en el desarrollo de las mismas para efectos de un adecuado tratamiento orientado hacia la modificación de la actitud partiendo de una acción directa sobre los factores que ayudaron a su formación.

Orientación

En todas las familias no se da la misma actitud hacia el enfermo mental, ni se origina ella por la influencia de los mismos factores; para poder entrar a modificarlas es beneficio del paciente se hace necesario clasificar las familias según la actitud más frecuente que manifiesten hacia el familiar enfermo y considerar, para el desarrollo del programa de modificación de actitudes, los factores que incidieron en su formación. Y para efecto de una mejor eficacia en el programa de modificación de actitudes respecto a cada familia en particular, las actividades que se desarrollen con cada familia se harán teniendo en cuenta el diagnóstico, pronóstico de rehabilitación psicosocial de su familiar enfermo.

Orientación

Con el objeto de establecer la eficacia del programa, con aquellas familias que se muestren renuentes a participar en el programa, solamen-

te se les hará las actividades de la Fase "antes de". El paciente recibirá la atención usual psiquiátrica que se le ofrece en el hospital. Con la familia no se desarrolla el tratamiento de modificación de actitudes. Posteriormente se compararán los adelantos en la rehabilitación psicosocial de estos pacientes con aquellos en que su familia participaron activamente en el tratamiento.

Actividades

- Con el enfermo mental:

Tratamiento psiquiátrico, psicológico y social

Terapia con participación del grupo familiar.

- Intramurales:

Recreacionales

Ocupacionales

Asignación de tareas

Otras

- Extramurales:

Visitas domiciliarias

Asignación de tareas

Visitas a lugares públicos

Otras

- Con el grupo familiar

Tratamiento de modificación de actitudes

- Capacitación: Temas

Enfermedad mental en general

Enfermedad específica del familiar enfermo

Tratamiento de la familia hacia el paciente

Medidas de seguridad y preventivas ante la sintomatología del paciente.

Manejo de la ansiedad por el hecho de la enfermedad del familiar, de su presencia en el hogar y ante sus crisis.

Otros, según necesidades particulares.

Fase 3a. : "Después de"

Objetivo

Evaluar el cambio de las actitudes del grupo familiar hacia el familiar enfermo mental, establecer si el cambio de actitud favoreció el proceso de rehabilitación a partir del pronóstico respectivo de rehabilitación, del cambio en el trato del grupo familiar hacia el paciente y en comparación con los pacientes de igual pronóstico cuyas familias no recibieron el tratamiento de modificación de actitudes.

Actividades

Medición de actitudes del grupo familiar hacia el enfermo mental, en el grupo que recibió el tratamiento y en el que no lo recibió.

Evaluación y diagnóstico de la rehabilitación psicosocial de pacientes que participaron en el programa y de los que no participaron.

5. CONCLUSIONES

En cuanto a los objetivos de la investigación hemos podido establecer que hacia el enfermo mental se desarrollan dentro del grupo familiar actitudes que están determinadas por una combinación de factores:

- La presencia de un enfermo mental y lo que cuesta el tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y atenciones de emergencias y de hospitalización cuando se hacen necesarias, agravan la situación económica de estas familias que ya es precaria. Surgiendo por ello dentro del grupo familiar una actitud de poca tolerancia hacia el paciente que los ha llevado a esta situación.
- El conocimiento que en el grupo familiar se tiene acerca de la etiología de la enfermedad mental de su pariente, encontramos que no existe un concepto único acerca de él en el grupo familiar. Esas diferencias de opiniones necesariamente se traducen en conductas contradictorias hacia el enfermo mental desarrollándose o agravándose las relaciones interpersonales existentes que estos familiares tenían con él.
- Las relaciones familiares se modificaron después de la presencia de

la enfermedad mental en uno de sus miembros, donde el 94% de las personas entrevistadas percibían su relación para con el enfermo mental como buenas (48%), aceptables (30%) y tolerables (16%); después de la enfermedad mental el 82% de esa misma muestra percibe su relación con el paciente como mala (32%), intolerable (28%) y tolerables (22%); lo que nos permite concluir que esa perturbación de las relaciones interpersonales necesariamente son resultado de actitudes poco favorable hacia el paciente y su trastorno de conducta.

- Estas actitudes familiares que se generan hacia el enfermo mental están determinadas por la percepción que se hace del miembro enfermo, en donde éste es mirado como un elemento perturbador del ambiente familiar del grupo de amigos y vecinos haciéndose tensas las relaciones entre ellos.

- Las relaciones con los vecinos antes de presentarse algún trastorno de la conducta por parte de uno de los miembros del grupo familiar fue de un 100% buenas, aceptables y tolerables, respectivamente y que éstas se modificaron notablemente debido a la presencia de un enfermo mental en un 56%. Estos datos nos permiten concluir que los miembros del grupo familiar además de ver al enfermo mental como agente perturbador de sus relaciones internas como grupo, es visto también como el ente generador de la poca interrelación con sus vecinos, pues vemos que sólo un 24% de estas relaciones son aceptables.

Las actitudes que el grupo familiar desarrolla hacia el enfermo mental, teniendo en cuenta todos los problemas y las situaciones conflictivas que según ellos se presenta por la presencia de un miembro enfermo, son negativas. Para entender la naturaleza de éstas actitudes negativas, es necesario recordar que las actitudes tienen un componente cognoscitivo y que para ésta investigación representa el escaso conocimiento que se tiene acerca de la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad mental, entonces vemos que los miembros del grupo familiar se forman un vago concepto de acuerdo a su interpretación de la enfermedad mental, y de igual manera se presenta una actitud negativa, poco favorable en el tratamiento con el paciente; el otro componente de la actitud es el afectivo y éste se forma a partir del sentimiento que se tenga hacia la persona que presenta perturbaciones en la conducta y éste componente crea una predisposición a la acción; con lo dicho anteriormente queremos señalar que de acuerdo a los problemas económicos, familiar y social que representa el enfermo mental para su grupo familiar, así será visto, admitido y aceptado en su medio.

6. RECOMENDACIONES

A partir de los supuestos teóricos presentados en esta investigación sugerimos como conveniente:

- Ampliar la muestra para la investigación en cantidad y también en cuanto a tener representación masculina dentro de ella, con la posibilidad de establecer además del desarrollo de actitudes hacia el enfermo mental, si éstas son significativamente diferentes para cada uno de los sexos.
- Trabajar con un grupo de control, de grupos de familiar con presencia de un enfermo con padecimiento diferente al mental y medir también las actitudes que desarrollan respecto a él; y establecer si son significativamente diferentes respecto a los que se forman en el grupo familiar con presencia de enfermo mental. Y si los factores que para esta investigación estudiamos también son determinantes en su desarrollo.
- Seleccionar por clasificación diagnóstica de sus respectivos enfermos mentales los grupos de familias, para establecer la posible relación entre el desarrollo de actitudes hacia el enfermo mental y

las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

- Sugerimos a la Facultad de Trabajo Social implementar en la materia de psicología conocimientos referentes a terapia familiar con el fin de trabajar directamente con aquellas familias que presenten situaciones conflictivas en cuanto a la interrelación de sus miembros.
- Recomendamos al Hospital Mental Departamental, trazar programas educativos donde se tenga en cuenta al grupo familiar haciéndolos partícipes de las diferentes actividades que allí se realicen, con el fin de que participen directamente con el tratamiento del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- AMAR A., José J. Introducción a la Psicología. Lalleman Abramuck.
- ACKERMAN, Nadin. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Horme. Buenos Aires.
- BECERRA DE LEDESMA, Rosa María. Elementos Básicos para Trabajo Social Psiquiátrico.
- BRANDENBURG B., Ana. Servicio Social Hospitalario. 2ed., Buenos Aires, Humanitas.
- FREUD, Sigmund. Obras Completas. Paidós. Buenos Aires, 1975.
- KISNERMAN, Natalio. Servicio Social de Grupo. 5ed., Buenos Aires, Humanitas, 1981.
- , Salud Pública y Trabajo Social. Buenos Aires, Humanitas, 1981.
- KRECH, David. CRUTCHFIELD, R. BALLACHEY, E. Psicología Social. Biblioteca Nueva. Madrid.
- MARTIN-TUSQUETS, José L. Psiquiatría Social. Herder. Barcelona, 1976.
- MORGAN, Clifford T. Breve Introducción a la Psicopatología. Mc Graw Hill.
- MUNRO, Alistair y WALLACE, Mc. CULLOCH. Psiquiatría para Trabajadoras Sociales. Continental. México.
- PELISER, Ives. Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía. Sedmay. tomo 3.
- REPUBLICA DE CUBA. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Hospital Psiquiátrico La Habana. Memoria de la Primera Jornada Nacional de Psiquiatría. Orbe. tomo 1 y 2. 1975.
- SAAVEDRA, Alfredo. Nuevo Libro de Trabajo Social. México, 1971.

SANTAMARIA, Alberto. Trabajo Social en Salud. Ministerio de Salud Pública. Documentos.

VELEZ, Hernán y Otros. Fundamentos de Medicina. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, 1982.

A N E X O S

GUIA DE ENTREVISTA

Paciente -----Extraído de Historia Clínica -----

1. IDENTIFICACION.

Nombre -----Edad -----

Diagnóstico -----

Porqué del cambio si lo hay -----

Fecha de la primera hospitalización. -----

Motivo de hospitalización. -----

Fecha de la última hospitalización. -----

Motivo de hospitalización. -----

2. Quién o quienes lo han estado atendiendo desde que vino por primera vez al Hospital. -----

Relación con el paciente. -----

3. Quién lo llevó al Hospital y porqué. -----

4. Fue remitido por otra Institución ? -----

Porqué ? -----

5. Nivel socio-económico. -----

Escolaridad. -----

Oficio. -----

6. INFORMANTE

Relación con el paciente. - Padre -----Madre. -----Hijo. -----Hermano. -----

Esposo o compañero -----Pariente. ----- Amigo. -----

Escolaridad -----

Edad. -----

Es quien lo lleva a consulta ? -----

Hospitalización. -----

Es quién lo visita? -----

Quién más lo visita ? . Relación. -----Porqué cree que lo hace ? --

Quién más se ocupa de visitarlo, llevarlo a la consulta. -----

Relación con el paciente -----

7. Qué enfermedad tiene el paciente ? -----

En qué consiste su enfermedad ? -----

Qué cree usted que se la produjo ? -----

Usted cree que se recupere ? -----

Hay otras personas en la familia que sufren de enfermedad mental ? -----

8. Qué ~~pi~~ piensa usted de todas las personas que vienen al Hospital ? -----

Usted cree que son iguales a su pariente ? -----

9. Además de traerlo al Hospital y llevarlo donde los médicos lo ha llevado a

otra parte? - Como por Ej. : Curanderos. -----

Porqué sí ? -----

Porqué nó ? -----

10. Si el Hospital le pidiera a usted participar en el tratamiento de su paciente,
por Ej.: Llevarlo a pasear, visitar amigos, usted lo haría? -----

Porque' sí? _____

Porqué nó ? _____

11. Qué piensan o dicen los demás familiares del paciente ? -----

Le quieren pero no les gusta que esté en casa. -----

Les causa molestia. ----- Cuáles ? -----

12. Qué problemas le ha ocasionados ?

Económico. ----- Cuáles. ---

Familiares ----- Cuáles. ---

13. El o ella es su esposo (a) compañero (a) -----

Cuando salga del hospital seguirá viviendo con él o ella ? -----

Porqué. -----

Cree que se recupere definitivamente ? -----

Si no lo hace que hará usted con él o con ella ?

Porqué -----

14. Si usted pudiera lo dejaría en el Hospital ? ----

Porqué -----

15. Qué siente hacia él o hacia ella ?

Lástima
Afecto, le quiere
Molestia, rabia

16. Porqué lo visita al Hospital , cada cu*anto-----
17. Qué hace usted con ella cuando la visita ?-----
 De qué conversan -----
 Cuando están en la casa de qué conversan ?-----
 Qué hacían juntos ?-----
 Qué hacía ella ? -----
18. Usted le cree lo que ella le dice, y le comenta qué le sucede ?-----
19. Usted cree que los deportes pueden ayudar al paciente a recuperarse.?-----
20. Cree que si a usted le enseñan a atender al paciente como a toda la familia que vive con ella, podría mejorarse ?----- Porque?-----
21. Cree que su pariente tiene la culpa de estar enfermo ?----- Quién tiene la culpa? -----
22. Cómo es la convivencia con el paciente cuando no está hospitalizado?-----
 Qué piensan los vecinos y los amigos ?-----
 Le tienen miedo ?-----
 Se burlan de él ?-----
 Tratan de cuidarlo? -----
 Usted que hace ante esta situación ? -----
23. Cree usted que a las personas enfermas mentalmente hay que seguirle la Corriente ?----- Porqué?-----

24. Una de las causas más frecuente por las que las mujeres se trastornan mentalmente son los problemas ováricos -----
por qué -----
25. El que estudia mucho se trastorna mentalmente -----

26. Las personas enfermas mentalmente no deben trabajar -----
----- por qué -----

27. Las personas enfermas mentalmente deben alejarse del resto de
la sociedad () porque -----

28. Usted le permite a su familiar salir solo al cine () porque

29. Usted dentro de las actividades hogareñas le permite a su pariente
cuidar de sus niños () porque -----

30. Al momento de tomar una decisión en el hogar, usted le permite a
su pariente dar las opiniones al respecto

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

En este capítulo presentamos la definición del problema, justificación, objetivos perseguidos y el diseño metodológico de la investigación propuesta.

1.1 PROBLEMA

La enfermedad mental y principalmente, la persona que presenta alguna de sus diversas manifestaciones, hacen surgir en el entorno social una gama de actitudes que van desde la expresión de lástima, sobreprotección, tolerancia, rechazo entre otras; hasta una declarada indiferencia.

La historia del hombre ha demostrado reiteradamente, que cuando él, se enfrenta a algo que le es desconocido y que además, no encuentra elementos objetivos para explicárselos, acude a su fantasía y pensamiento mágico para darle una explicación. Su primera reacción es de temor y para manejar la ansiedad que lo acompaña busca en la naturaleza y en los acontecimientos que se sucedieron con el hecho extraño, en forma simultánea o sucesiva, una relación de carácter explicativo para lo no conocido. En la medida que va haciendo más objetiva y cien-

tífica su aprehención e interpretación de todos los hechos y fenómenos que ocurren a su alrededor, en donde el individuo se va acercando cada vez más al por qué de los hechos, entre ellos el que nos interesa, la enfermedad mental y la persona que la presenta.

El primer y más importante grupo social al que puede pertenecer el hombre, para su desarrollo biológico y psicosocial, es la familia; ésta como foco principal, es el núcleo primordial donde ocurren los cambios que están determinados por su organización interna y posición en la comunidad. Siendo la familia la célula de la sociedad, es en ella donde se desarrollan en principio las actitudes que cada uno de sus miembros tiene hacia la vida y todos los hechos que en ella se dan, por lo tanto el problema de la "anormalidad" también es un problema social acerca del cual el grupo familiar ha desarrollado actitudes, principalmente cuando se está afectado en forma directa, debido a que uno de sus miembros presenta perturbaciones de la conducta.

El grupo familiar es el principal grupo de interacción del enfermo mental y es aquí donde se desencadena actitudes negativas, basadas principalmente en los prejuicios; éstas y otras concepciones se gestan en la sociedad originando una serie de actitudes que son determinadas por las creencias culturales como consecuencia de la escasa educación y conocimiento que se tiene acerca de la etiología de los diferentes trastornos de la conducta; sin desconocer los problemas económicos y de carácter social que genera la presencia de un enfermo mental dentro del grupo familiar. Nos interesa, pues, conocer hasta don-

de la actitud que desarrolla el grupo familiar hacia el enfermo mental están determinadas por el conocimiento que se tiene acerca de la enfermedad mental, por los problemas económicos o por las inconveniencias que produce en las relaciones del grupo familiar con los vecinos o si es una amalgama de todos estos factores.

1.2 JUSTIFICACION

En nuestra práctica institucional realizada en el Hospital Mental Departamental del Atlántico observamos frecuentemente en los miembros del grupo familiar, que asistían acompañando al enfermo a la consulta externa o que lo visitaban cuando estaba hospitalizado, un desconocimiento acerca de las causas de la enfermedad de su pariente, un sentimiento de incapacidad o impotencia para poder manejarlo en sus momentos de crisis exigiendo de la institución su hospitalización inmediata y en muchas ocasiones con la intención de que fuera permanente.

Debido a estas observaciones, surgió en nosotros el interés por conocer qué actitudes desarrolla el grupo familiar hacia su pariente enfermo y hasta donde ellas están determinadas por factores tales como el conocimiento o no que tenga acerca de la etiología de la enfermedad, su desarrollo y tratamiento; por los trastornos de carácter económico que agravan una situación de hecho precaria, o porque su presencia genera rompimientos o inadecuación en las relaciones del grupo familiar con sus vecinos y amigos.

Conocer las respuestas a todas estas inquietudes nos permite como profesionales de Trabajo Social, un mayor conocimiento de la situación familiar que vive el enfermo, quienes al trasladarse a sus hogares se ven envueltos en una atmósfera familiar poco agradable; situación que puede afectar su rehabilitación y desencadenar una recaída, y por ende una nueva hospitalización.

Si el Trabajador Social se proyecta hacia la familia del enfermo mental dándoles a conocer la responsabilidad que tiene hacia él, por ser una persona incapaz, que se le debe brindar el apoyo necesario para obtener un bienestar social en beneficio de la familia, logrando que convivan en armonía y no se rompa su equilibrio; entonces, el conocimiento de estas actitudes favorecerá la realización de dicha labor.

1.3 OBJETIVOS

- Realizar un estudio sobre las actitudes hacia el enfermo mental dentro del grupo familiar del cual es miembro.
- Detectar si esas actitudes familiares hacia el enfermo mental, pueden estar determinadas por el conocimiento que tienen acerca de la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad mental.
- Detectar si esas actitudes familiares hacia el enfermo mental pueden estar determinadas por los problemas económicos que conlleva el sostenimiento del enfermo mental, que es una persona no produc-

- tiva, pero que ocasiona gastos.
- Detectar si esas actitudes familiares hacia el enfermo mental pueden estar determinadas por la percepción que se hace del enfermo mental como un elemento perturbador del ambiente familiar y/o de las relaciones interpersonales con amigos y vecinos.
 - Desarrollar un proyecto de "modificación de actitudes", cuando éstas sean desfavorables a la rehabilitación social del paciente, para ejecutarlo junto con el equipo multidisciplinario del Hospital Mental Departamental con un grupo de familia, en donde uno de sus miembros sea usuario del Hospital.

1.4 METODOLOGIA

1.4.1 Población

- Universo

Grupo familiar de los usuarios adultos de sexo femenino del Hospital Mental Departamental, que acudió a consulta externa psiquiátrica y/o servicios de hospitalización, durante el lapso de tiempo comprendido entre Mayo de 1983 a Mayo de 1984, procedente de toda la región de la Costa Atlántica.

- Muestra

bros pueden desarrollar actitudes con respecto a él, determinada por los problemas económicos que conlleva el sostenimiento del enfermo mental, que es una persona no productiva pero que ocasiona gastos.

Las familias que presentan enfermedad mental en algunos de sus miembros, pueden desarrollar actitudes con respecto a él, determinada por la percepción que se hace del enfermo mental como un elemento perturbador del ambiente familiar y/o de las relaciones interpersonales con amigos y vecinos.

Las familias que presentan enfermedad mental en algunos de sus miembros pueden desarrollar actitudes con respecto a él, determinadas por el conocimiento que tienen acerca de la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad mental.

1.4.4 Operacionalización de Variable

Variable Principal	Variable Dependiente	Indicadores
V.1 Grupo familiar con presencia de enfermedad mental en su seno.	V.1.1 Actitudes del Grupo familiar hacia el enfermo mental.	<ul style="list-style-type: none">- Prejuicios Sociales.- Expresión del deseo de dejarlo a cargo de la Institución Hospitalaria.- No dejarlo participar activamente en la vida familiar.

Variable Principal	Variable Dependiente	Indicadores
V.2 Economía del Grupo familiar con presencia de enfermo mental en su seno.	V.2.2 Actitudes del Grupo familiar hacia el enfermo mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión del deseo de dejarlo a cargo de la Institución para que ella asuma todo el costo del tratamiento. - Reconocimiento de su incapacidad económica para soportar el costo del tratamiento.
V.3 Conocimiento de la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad mental en el grupo familiar con presencia del enfermo en su seno.	V.3.3 Actitudes del Grupo familiar hacia el enfermo mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel educativo. - Información acerca de la enfermedad mental. - Respuestas a la entrevista dirigida.
V.4 Percepción que se hace del enfermo mental como elemento perturbador del ambiente familiar y/o de las relaciones interpersonales con amigos y vecinos en el grupo familiar con presencia de enfermo mental en su seno.	V.4.4 Actitudes del Grupo familiar hacia el enfermo mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta a la entrevista dirigida.

1.4.5 Procedimiento

Se utilizó la técnica de la Entrevista Dirigida, a partir de una "Guía de Entrevistas".

Se escogieron al azar los grupos familiares con presencia de enfermo

mental en su seno, a partir de los acompañantes y visitantes del usuario de consulta externa psiquiátrica o de hospitalización, más dos miembros del Grupo familiar que respondieron a la entrevista. Se realizaron por un lapso de treinta (30) días hábiles en hora de consulta externa, de visita hospitalaria y a través de la visita domiciliaria a los respectivos hogares. Las investigadoras se presentaron como Trabajadoras Sociales interesadas en obtener algunos datos referentes al paciente, conocer su opinión acerca de lo que tenía su familiar enfermo. Esta actividad quedó enmarcada como si fuera una más entre otras que realiza la Institución a través del Trabajador Social.

1.4.6 Instrumento

El instrumento del que se valieron las entrevistadoras fue el de una "Guía de Entrevistas" cuyos ítems orientaban la entrevista en función de investigar los objetivos propuestos a partir de las respuestas obtenidas y mediante su análisis.

Fundamentalmente la "Guía de Entrevistas" intentó establecer la presencia de cada una de las variables dependientes como determinantes o modificadoras de la variable independiente.

En la parte de Anexos encontrarán un ejemplo de la Guía de Entrevistas.