

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

" SIMON BOLIVAR "

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD:	JOSE CONSUEGRA H.
DECANO DE LA FACULTAD:	JORGE TORRES DIAZ.
VICEDECANO DE LA FACULTAD:	CARLOS OSORIO T.
SECRETARIA ACADEMICA DE LA FACULTAD:	MARIA TORRES A.
ASESOR DE LA TESIS:	ANGEL CERVANTES C.
PRESIDENTE DE TESIS:	MARIA TORRES AVILA.
JURADOS DE TESIS:	LUIS ARMANDO RUIZ.
	CARLOS OSORIO T.

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

" SIMON BOLIVAR "

FACTORES PREVALENTES EN LA ENFERMEDAD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL CON SEDE EN BARRANQUILLA, EN EL AÑO DE 1.978.

AUTORAS: CLARA DEL CARMEN CASAS ORTEGA.

RUBY ESTHER ZAPATA REVOLLO.

BARRANQUILLA, Enero 3 de 1.980.

PRESIDENTE DE TESIS

LIC. MARIA TORRES AVILA.

ORIENTADOR Y ASESOR

LIC. ANGEL CERVANTES CONRRADO

JURADO EXAMINADOR

LIC. CARLOS OSORIO T.

LIC. LUIS ARMANDO RUIZ.

DEDICACION

ME ASOCIO A MI COMPAÑERA EN LA DEDICACION DE ESTE ESTUDIO INVESTIGATIVO, A PROFESORES, COLEGAS, Y ESTUDIANTES DE ESTA PROFESION; DE IGUAL MANERA, DEDICAMOS ESTE TRABAJO CON MUCHO CARIÑO A NUESTROS PADRES, POR SU ESTIMULO Y APOYO MORAL, EN NUESTRO AFAN POR CULMINAR LAS ASPIRACIONES PROFESIONALES.

INDICE

	Pags.
PRESENTACION	
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
BREVE RESEÑA HISTORICA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES, PSIQUIATRIA, Y TRABAJO SOCIAL.....	1
1.1 Evolución conceptual de la enfermedad mental en los diferentes modos de producción.....	1
1.2 La Psiquiatría como ciencia social.....	7
1.3 El Trabajo Social en el campo Psiquiátrico- e Ideológico.....	13
CAPITULO II	
MEDICINA INTEGRAL E HIGIENE MENTAL.....	20
2.1 La Salud Mental Comunitaria.....	22
2.2 Los Centros de Salud Mental.....	24
CAPITULO III	
INTRODUCCION AL TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO.....	27
3.1 Trabajo en equipo en el campo Psiquiátrico...	29

3.2 Papel del Trabajador Social en los diferentes Niveles de Prevención.....	31
3.3 Objetivos, Funciones y Técnicas del Trabajo - Social, en Instituciones Psiquiátricas.....	34

CAPITULO IV

ANTI PSIQUIATRIA, COMUNIDAD TERAPEUTICA, Y TRABAJO-SOCIAL.....	37
--	----

CAPITULO V

LA ESTRUCTURA SOCIAL COLOMBIANA, LOS MODELOS DE - INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, Y LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EXISTENTES EN COLOMBIA.....	44
5.1 Análisis de la Estructura Social Colombiana...	44
5.2 Modelos de Instituciones Psiquiátricas en - Colombia.....	47
5.2.1 Modelo Tradicional.....	48
5.2.2 Modelo Socio-Cultural.....	50
5.3 Instituciones Psiquiátricas existentes en - Colombia.....	51

CAPITULO VI

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL HOSPITAL MENTAL DE-
PARTAMENTAL..... 56

6.1 Objetivos Generales y Políticas de la Insti-
tución..... 58

6.2 Ubicación del Hospital dentro de los Mode-
los de Instituciones Psiquiátricas en Colom-
bia..... 61

CAPITULO VII

TRABAJO SOCIAL EN INSTITUCIONES DE SALUD MEN-
TAL DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO..... 64

7.1 Objetivos y Funciones de la Trabajadora -
Social, en dicha institución..... 65

7.2 Asistencia Psiquiátrica Comunitaria..... 66

CAPITULO VIII

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN EL
HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL, EN EL AÑO DE-
1.978..... 69

8.1 Aspecto Económico..... 70

8.2 Relaciones Sociales.....	72
8.3 Relaciones Interpersonales.....	74
8.4 Preparación y Orientación a los padres.....	76
8.5 Solidaridad Social de parte del Estado.....	81

CAPITULO IX

RECOPIACION DE ESTUDIOS SOCIALES INVESTIGADOS... 89

9.1 Análisis cuantitativo de los diferentes- Aspectos que intervienen en la investiga- ción.....	120
--	-----

9.2 Análisis Cualitativo de la Investigación.....	132
---	-----

CONCLUSIONES.....	134
-------------------	-----

RECOMENDACIONES.....	137
----------------------	-----

GLOSARIO.....	141
---------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	152
-------------------	-----

PRESENTACION

" El enfermo mental, es el único enfermo que no tiene derecho a ser enfermo, pues está calificado como peligroso para sí mismo y para los demás; es objeto de escándalo público, un hombre sin derechos, abandonado, y marginado por los demás. " *

RAMON GARCIA.

Alcanzar una meta propuesta, mediante un estudio de investigación, es un mérito, siempre y cuando, los objetivos trazados de antemano, logren alcanzarse. Nuestra investigación es producto de una labor iniciada en Marzo, y finalizada en Noviembre de 1.978, donde los resultados de la práctica institucional en el Hospital Mental-Departamental, fueron las premisas que sirvieron de base; encontrándose así, la fuerza necesaria para seguir adelante con la investigación.

Fué así, como creimos necesario investigar los factores prevalentes en la enfermedad mental de los adolescentes atendidos en dicha institución, en el año de 1.978, tratando de cuestionar esta problemática, en busca de un mejor bienestar físico, psíquico y familiar, del paciente enfermo mental.

De esta forma, surge la psiquiatría, como la rama de la medicina que se ocupa del enfermo mental y del control de su conducta.

Todo esto, teniendo en cuenta la presión que sobre la mente y el organismo ejercen las condiciones de vida, de

una sociedad dividida en clases antagónicas; donde el enfermo mental, se encuentra catalogado en términos de productividad, medio curado, o marginado, según la capacidad que demuestre al incorporarse como fuerza de trabajo, a un sistema que lo explota y subyuga.

" El enfermo mental, es aquel individuo, que en su relación con el medio, se muestra inadaptado. "

En países subdesarrollado como Colombia, la medicina y la salud en general, se ha convertido en mercancía, y como tal, es factible compraria a diferentes precios y según sea su calidad. Una excepción serían las Clínicas Privadas, cuya capacidad de enfermos internos son mínimas, comparadas con los Hospitales Públicos, donde la gran totalidad de enfermos hospitalizados, pertenecen a la clase de escasos recursos económicos; como son: el campesinado, el proletariado, y los empleados con bajos recursos, o ingresos. Aquí, juega un papel muy importante, los intereses económicos de las instituciones privadas y del Estado; ya que no les interesa aumentar la mano de obra que se mantiene alejada o incapacitada para poder trabajar, reduciendo así la competencia, y conservando el consumo, ya sea en forma precaria. Hay que observar y tener presente, que los enfermos hospitalizados forman parte de la población, sufriendo las injusticias al estar marginados de los medios de producción, y de la actividad productiva.

Desde el punto de vista teórico-metodológico, encontramos los mejores análisis, y verdaderas críticas constructivas que complementaron nuestra práctica institucional, formación básica de nuestra profesión. Para esto, se hace necesario la verdadera interpretación del papel del Trabajador Social en esa Institución, las facetas que siguen el proceso de contrarrestar la enfermedad, y las

múltiples limitaciones que tiene el Trabajador Social, - en su función de rehabilitar al enfermo mental, son precarias; pues, la falta de un buen proyecto, que contenga un plan de trabajo eficaz, como también, de las actividades que se deben realizar, impiden lograr los objetivos que se han planteado, y por ende, sus funciones - se alteran.

Nuestro estudio investigativo muestra en forma clara y concisa, las necesidades que presenta este Centro Hospitalario de un adecuado tratamiento para el adolescente-enfermo y su núcleo familiar, con el objeto de conseguir pautas adecuadas acerca del verdadero significado de la labor del Trabajador Social en Instituciones Psiquiátricas.

Agradecemos la colaboración que nos brindó el Jefe Seccional de Salud del Atlántico, Dr. Antonio Reales Orozco, el Director del Hospital Mental Departamental, Dr. Nayid Narvaéz, la Trabajadora Social, Lic. Catalina Romero, y su auxiliar, Sta. Astrid Cabarcas; como también, al Director y a la Socióloga del Hospital Neuro-psiquiátrico San Rafael, al Decano de la Facultad de Trabajo Social, Lic. Jorge Torres D., a la Secretaria de la Facultad, Lic. Maria Torres, a la Supervisora de Práctica Institucional, Lic. Nelly de Valencia, al Orientador y Asesor de Tesis, Lic. Angel Cenvantes C., y al cuerpo de profesores; quienes hicieron posible la culminación-satisfactoria de nuestro trabajo de grado.

* " GARCIA RAMON, Psiquiatría o Ideología de la Locura. Anagrama- 1.972- Pag. 121. "

INTRODUCCION

Nos hemos propuesto investigar los factores prevalentes en la enfermedad mental de los adolescentes que son atendidos en Instituciones Psiquiátricas, como el Hospital Mental Departamental con sede en Barranquilla, en el año de 1.978.

Identificaremos aspectos de considerable importancia como: el factor económico, los factores de relaciones sociales e interpersonales; entendiendo por relaciones interpersonales, aquellas que se dan entre: Padre-Paciente, Madre-Paciente, Hermanos-Paciente, Amigos-Paciente. También, se estudiará la preparación y orientación que deben recibir los padres de pacientes por intermedio del Estado; pues, el enfermo mental en un sistema capitalista como el nuestro, se encuentra alienado y marginado de la Sociedad, por el solo hecho de encontrarse enfermo mental. Otro tanto, sucede con los familiares, que se encuentran en estos momentos desubicados de la problemática existente, por la falta de una buena orientación social.

Al observar las terapias y tratamientos utilizados para el restablecimiento del enfermo mental adolescente en los Hospitales Mentales de la ciudad, se capta una contradicción, si se compara con el comportamiento y trato que le brindan sus familiares, cuando son dados de alta y se unen a su grupo familiar y social.

Pues, sus familiares en la mayoría de las ocasiones, no se encuentran preparados para recibir al paciente; por esto, se hace necesario la preparación y orientación social por parte del Estado, por intermedio del personal -

profesional especializado, para el logro de un mejor conocimiento del paciente y del medio ambiente en que se desenvuelve.

Esta serie de condiciones ha motivado nuestro interés para conocer las causas de esta situación, especialmente en las de tipo económico, de las relaciones sociales e interpersonales, y la solidaridad que puede prestar el Estado a los padres, en su preparación y orientación social.

Empleamos el método dialéctico, por ser el que más se ajusta al conocimiento exacto de un problema social; y porque permite alcanzar la verdad, siempre y cuando se maneje con buen fundamento teórico. La dialéctica, como la esencia de la investigación permite alcanzar el nivel certero del conocimiento.

El método dialéctico, no es un simple registro de hechos de lo que sucede en la realidad, sino, el instrumento del conocimiento y transformación científica del mundo. Por eso, en nuestra investigación decidimos ceñirnos a él.

Darle tratamiento a una enfermedad mental en Trabajo Social es una tarea delicada teniendo en cuenta las diversas variables que determinan el problema. Para todo esto, encontramos que estos problemas son determinados por las condiciones que el sistema capitalista presenta a sectores populares.

Como hemos mencionado antes, partimos de una base económica fundamental que condiona a todos los fenómenos sociales, analizando así, aspectos importantes como son: las relaciones sociales, relaciones interpersonales, solidaridad social por parte del Estado, y la preparación y orientación a los padres de pacientes enfermos, llegando a la conclusión, que era de vital importancia ha-

blar sobre la manera como hemos distribuido el trabajo de investigación.

Nuestro estudio de investigación lo hemos dividido en nueve partes importantes. La primera parte consta de una breve reseña histórica de la enfermedad mental en los diferentes modos de producción, análisis de la psiquiatría como ciencia social, el cuestionamiento del Trabajo Social en el campo psiquiátrico e ideológico. La segunda parte, se encuentra integrada por la Medicina Integral y la Higiene Mental, realizando una revisión analítica de la salud mental comunitaria, los Centros de Salud Mental, incluyendo la Prevención de la Enfermedad Mental.

Una tercera parte se encuentra constituida, por algunas consideraciones sobre el Trabajo Social Psiquiátrico, el trabajo en el campo psiquiátrico, el papel del Trabajador Social en los diferentes niveles de prevención, por último, presentamos los objetivos, funciones y técnicas del Trabajador Social en Instituciones Psiquiátricas. Luego llegamos a una cuarta parte, que corresponde a un Movimiento de Renovación, de Cambio, como es la Antipsiquiatría, la Comunidad Terapéutica, y cómo el Trabajo Social observa estos aspectos.

Llegamos a una quinta parte, donde analizamos la estructura Social Colombiana, en una sociedad capitalista como la nuestra, también se realiza un análisis crítico, sobre los modelos de instituciones Psiquiátricas que rigen en Colombia, como son: el Modelo Tradicional y el Socio-Cultural. Incluimos una lista sobre las Instituciones que existen en Colombia para tratar la enfermedad mental.

La sexta parte consta, de los aspectos generales que se observan en el Hospital Mental Departamental, como es: la idea de su creación, la firma que lo construyó, la resolución por la cual fué creada, los objetivos que trazaron para crearla, los directores que ha tenido la Institución, y el día que prestó por primera vez sus servicios a la comunidad. Analizamos los objetivos generales y las políticas de la Institución, como también, la ubicación del Hospital dentro de los Modelos de Instituciones Psiquiátricas en Colombia.

En la Séptima parte, realizamos un análisis sobre el Trabajo Social en Instituciones de Salud Mental, como el Hospital Mental Departamental, clarificando los objetivos y funciones de la Trabajadora Social en dicha Institución, y sobre un Programa realizado por el Dr. Antonio Realez Orozco, para ese Hospital, como es la Asistencia Psiquiátrica Comunitaria.

En la Octava parte, mostramos las características de la población atendida en el Hospital Mental Departamental, en el año de 1.978, realizándose también, un análisis general de los aspectos que intervienen en el tema de investigación, como es el aspecto económico, relaciones sociales, relaciones interpersonales, preparación y orientación a los padres, y la solidaridad social por parte del Estado.

La novena parte, se encuentra respaldada por la recopilación de estudios sociales investigados, mostrando las características y análisis de cada estudio social. Para tratar de esclarecer esta investigación, contamos con la referencia de diez y ocho (18) estudios sociales escogidos minuciosamente, entre los adolescentes enfermos recluidos en el Hospital Mental Departamental.

Incluimos en el capítulo, un análisis cuantitativo de los diferentes aspectos que intervienen en la investigación, mediante la utilización de cinco cuadros estadísticos, de los aportes que arrojó el trabajo; realizamos también, un análisis cualitativo sobre toda la investigación.

El estudio investigativo lo realizamos a través de la práctica institucional, iniciada el 21 de Marzo y finalizada el 3 de Noviembre de 1.978, en el Hospital Mental-Departamental de la ciudad de Barranquilla, recogiendo datos estadísticos, diagnósticos en grupos, y análisis de los distintos estudios sociales practicados.

En la investigación tratamos de demostrar, como la falta de recursos económicos, la deficiencia en las relaciones sociales e interpersonales, causaron desajustes psíquicos en los adolescentes, pacientes enfermos atendidos en el Hospital Mental Departamental en ese año de 1.978. Pues, la falta de preparación de los padres para orientar a los hijos, y la falta de solidaridad social de parte del Estado, produce deterioro psicosocial en los adolescentes; y en última instancia, enfermedad mental.

En este trabajo solamente se presenta una variable dependiente, que es la Intensidad de la enfermedad mental. Las variables independientes son: Aspecto económico, Relaciones Sociales, Relaciones Interpersonales, Preparación y Orientación de los padres, y solidaridad social por parte del Estado.

Los Trabajadores Sociales juegan un papel muy importante en este campo, estableciendo lazos de acercamiento entre el enfermo, sus familiares, el personal médico y paramédico, creando una atmósfera de comprensión y valor tera-

péuticos; por esta razón, nos vimos precisados a utilizar técnicas adecuadas a cada situación, como: terapias de grupo, valoración, comprensión, terapias de apoyo, entrevistas formales a los familiares del paciente, confrontaciones, sondeos de opinión, aprovechando los conocimientos adquiridos durante los estudios realizados con el comportamiento individual y social del ser humano. La labor investigativa la terminamos con ciertas conclusiones y recomendaciones, a las personas que se puedan interesar en nuestro trabajo de tesis. Todo esto, tratando de encontrar una salida a la problemática existente, creando un nuevo campo de trabajo con argumentos eficaces y valederos. Ojalá nuestro trabajo sirva de modelo, y en otros casos, de inquietudes para aquellos estudiantes que deseen ahondar en el tema y sepan dar nuevas respuestas al problema planteado.

CAPITULO I

BREVE RESEÑA HISTORICA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES, PSIQUIATRIA, Y TRABAJO SOCIAL.

Al iniciar nuestra investigación, hemos creído necesario describir y analizar, los distintos momentos históricos por los que ha evolucionado la sociedad, en una enfermedad tan tratada, como es la " locura ".

1.1 EVOLUCION CONCEPTUAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS DIFERENTES MODOS DE PRODUCCION.

En el Primitivismo, las personas trabajaban en comunidad, es decir, uno para todos, como una gran familia; manteniendo relaciones estrechas, pues se aliaban o colaboraban para el bienestar de toda la comunidad. Sólo que no pudieron afrontar y solucionar el fenómeno de la locura; ya que, se caracterizó porque " el hombre deja de serlo, para convertirse en otro distinto, debatiéndose en una fuerza extraña, y sus familiares no alcanzaban a comprender de donde provenía dicha fuerza, dándole explicación demoníaca a dicho fenómeno, aduciendo que provenía de los demonios. La sociedad en general, denunciaba a los demonios que ocupaban al enfermo, tratando de ahuyentarlos mediante la adoración de dioses paganos y la ingestión de brebajes. Contrarrestando así, al espíritu impuro y maligno que se desencadenaba en el enfermo mental!" (1)

(1)"Foucault Michel, Historia de la Locura, Tomo I, Edit. Fondo de Cultura Económica, México. 1.976- Pag. 19. "

La sociedad primitiva, ubicaba al enfermo mental como el drama del hombre aprisionado entre lo divino y lo satánico, no teniendo presente, que el enfermo es una persona perteneciente a una sociedad, y como tal, deben aceptar su estado mental, pues ésta, es una enfermedad como otra, que necesita explicación lógica en favor del enfermo. La situación se torna difícil de comprender por ellos, pues el momento histórico que vivían, no los dejaba asimilar ciertos fenómenos acontecidos, debiendo separar el aspecto espiritual, del psico-social de la persona enferma.

En el esclavismo predominó las diferencias de clases, observándose la explotación y dominación del hombre por el hombre. Por este, no era lo mismo que se enfermara el señor, a un esclavo.

El señor esclavista por el hecho de pertenecer a "una clase superior" era atendido como persona; lo que no ocurrió con el esclavo, por lo siguiente: un esclavo enfermo mental no les servía, puesto que era una cosa inútil, y no reportaba bienes materiales. Así mismo, no lo tomaban en cuenta como persona.

" Los filósofos de esa época plantearon que la enfermedad mental provenía de un espíritu maligno que se apoderaba del enfermo esclavo, inutilizándolo para siempre. Razón por la cual, se dedicaron a erradicar la enfermedad por medio de practicas espirituales, pues la enfermedad era un castigo divino. " (2).

Por no acatar la ley de los señores, eran castigados, y por la condición de pertenecer a una "clase inferior", -

(2) " Foucault Michel, Op. Cit: Pag. 24 " .

como ser esclavos y tratados como animales, no les prestaban atención médica, sometiénolos a toda clase de abusos, como: latigazos, asilamientos, torturas, para luego quemarlos y terminar con sus vidas, para ahuyentar los demonios que los poseían, sin sentir remordimientos por sus acciones, pues los trataban de manera inhumana, marginánolos, hasta que morían; o lo que es peor, dejaban que la enfermedad avanzara hasta cronificarse.

En el feudalismo, comenzó a observarse formas descaradas de explotación y dominación del hombre por el hombre. Apareció la propiedad privada, donde el señor feudal era amo y señor de grandes extensiones de tierra cultivadas por personas sin ningún recurso económico, llamados siervos. Estos eran encargados de hacer producir la tierra, sin obtener beneficios para él, siendo el trabajo agotador, llegando a producirles desgaste físico, moral y psíquico. Únicamente eran tratados como personas capaces para el trabajo, encontrándose marginados y desubicados de la sociedad en que vivían, - que solo les proporcionaba inquietudes, angustias, que los enfermaba de la mente.

" Los religiosos trataban la enfermedad mental como un gran mal, proveniente de la desobediencia de los siervos para con Dios, personificando la enfermedad mental con algo diabólico. Según la desobediencia, así era el castigo, quedando representado el grado de locura." (3) Por esta razón, le practicaban hechicerías, brebajes, lo quemaban vivo para purificar su alma del pecado cometido en la tierra.

(3) " Foucault Michel, Op. Cit: Pag. 32 ".

" Los filósofos le dieron respuesta a la enfermedad mental, basados en teorías idealistas; aduciendo que la locura es causada por la desobediencia, y que el siervo debe estar conforme con ese destino, pues no se puede rebelar contra él. La iglesia se confabuló con los señores feudales, tratando al siervo en lo espiritual, y de esa forma, defendían sus dividendos, para su mejor beneficio. " (4)

No observaron la parte social, muy significativa en el enfermo mental y sus familiares; al contrario, los desubicaban de la sociedad. Las angustias y desesperos en que se debatía el siervo, propiciaba alteraciones mentales, ocasionándoles la mayoría de las veces, la muerte.

El capitalismo, es la época más larga en cuanto al aspecto histórico de la sociedad.

En el fenómeno trabajo, se puede observar la explotación del proletariado y campesinado, por una minoría, llamada burguesía, compuesta por grandes capitalistas y empresarios, destacándose de esta forma, el trabajo asalariado. Por esto, al obrero le toca mal vender su fuerza de trabajo, y las relaciones entre los hombres se convierten en relaciones entre cosas o mercancías.

Los economistas burgueses llaman capital a todo instrumento de trabajo, comenzando por la piedra y el palo del hombre primitivo. En las Riquezas de las Naciones, Adam Smith desarrolla una teoría optimista (Teoría de los Ingresos), si se le compara con los planteamientos posteriores de Ricardo, Malthus, y Mill, sobre los salarios,

(4) "Foucault Michel, Historia de la Locura, Tomo II-Edt. Fondo de la Cultura Económica, Méjico 1.976-Pg.46."

al considerarlos como dependientes de las riquezas. Para Smith, la ocupación de trabajadores o demanda de mano de obra, aumentaría a medida que se operan aumentos en los ingresos de los patronos empleadores. Los salarios de mano de obra no son más elevado en los países más ricos, sino en los que prosperan más o en los que se están enriqueciendo con mayor rapidéz. El salario para Smith, es el fruto del trabajo.

En un comienzo, cuando el trabajador era propietario de sus instrumentos de producción, el valor total de las mercancías producidas le correspondían. " Una vez que la tierra se convierte en propiedad privada o particular, y el capital empieza a jugar un papel importante en la producción, al salario solo le corresponde una parte del valor, de acuerdo con los principios de la teoría de las Tres fuentes: al corresponderle al factor trabajo una parte del valor total de la producción, el nivel de los salarios estará relacionado directamente con el volumen de la producción; es decir, de las riquezas, una vez deducidas las debidas participaciones de la renta de la tierra y los beneficios del capital. " (5)

Como hemos anotado anteriormente, en una sociedad capitalista, los individuos se encuentran subyugados o atados, por aquellos pocos que los explotan. Al proletariado y campesinado, le toca laborar más de las ocho horas establecidas por el gobierno, para lograr el alimento de su esposa e hijos, como también, el pago de los servicios públicos, colegios, drogas, médicos, vestidos, etc. Todas estas necesidades básicas urgentes, hacen que el-

(5)" Smith Adam, Riquezas de las Naciones, Editorial-Aguilar- Pag. 62. "

individuo se angustia, desespera, deprime, presente crisis nerviosas, se altera emocional, física y psíquicamente, al no satisfacer las necesidades sentidas en un hogar, ocasionándole perturbaciones mentales, que lo llevan a cronificarse.

En un sistema como el nuestro (Capitalista), el enfermo mental se encuentra alejado, marginado de la realidad social, pues la falta de comprensión, diálogo, cariño, valoración, afecto, por parte de sus familiares y la sociedad, hacen que el enfermo mental se sienta desplazado o inutilizado. Ya que la misma sociedad se encarga de ver en el enfermo una persona inútil, valiéndose de la burla y avergüenzan a sus familiares de tener un individuo con esta enfermedad.

El traslado de una gran mayoría de personas campesinas a la ciudad, ocasiona desesperación, y angustias; pues, no se encuentran capaces de afrontar una vida agitada y confusa; primero, por la falta de una buena capacitación, y segundo, por la falta de fuentes de trabajo.

Por la falta de recursos económicos, el enfermo mental y su familia, se encuentran imposibilitados de obtener un mejor tratamiento médico para él.

Ahora bien, la sociedad en que se desenvuelve el enfermo y su familia, no comprende o trata de entender que el enfermo cuando es crónico, tiene enferma una parte de su mente, quedándole su personalidad, actitud hacia el trabajo, y sus valores, intactos; y de esta forma, puede restablecerse más pronto de la enfermedad que lo aqueja. Es decir, que para que un enfermo mental se recupere, hay que tener en cuenta la parte social. O lo que es mejor, que la comunidad, familiares, y las personas especializadas en la medicina, tomen verdadero inte

rés en el paciente enfermo; en especial, el Estado. Pues si esto no ocurre, el paciente se sentirá desplazado y olvidado por la sociedad, y no tratará de buscar su propio restablecimiento.

1.2 LA PSIQUIATRIA COMO CIENCIA SOCIAL.

La teoría de la psiquiatría y la clasificación de los padecimientos mentales han hecho grandes adelantos en los últimos cien años, pero hasta hace relativamente poco - la eficacia del tratamiento no lograba ponerse al alcance. Con el desarrollo del psicoanálisis se curaron algunas afecciones neuróticas y muchas pudieron lograr alivio, pero hasta la década de 1.930, muchas enfermedades psiquiátricas continuaban siendo resistentes al tratamiento de que se disponía. " En el tiempo de la primera guerra mundial se había hecho ya posible tratar la parálisis general del alienado que solía ser una forma - extremadamente común de enfermedad demencial, y que era debida al daño cerebral ocasionado por el micro-organismo causal de la sífilis. Se había visto, que una enfermedad febril grave con elevadas temperaturas podía tener el efecto incidental de destruir los microorganismos de la sífilis, con el consecuente mejoramiento de la enfermedad mental.

Los pacientes fueron infectados deliberadamente con malaria, y cuando esto había curado la infección cerebral, se trataba entonces el cuadro de la malaria.

El tratamiento era drástico, pero con frecuencia eficaz; después se desarrollaron drogas que directamente atacaban la infección, y con la aparición de la penicili-

lina, virtualmente desapareció la parálisis general del alienado. " (6)

La eficacia de este tratamiento en una enfermedad particularmente psicótica dió bastante ánimo a los psiquiatras porque esto los llevó a creer que otras enfermedades psicóticas hasta ese momento intratables, podrían quizás ser en el futuro manejadas con éxito. Aparecieron nuevas y mejores drogas sedantes y con ellas, era posible controlar los trastornos de la conducta con mayor eficacia, pero ellas no afectaban realmente la enfermedad en sí.

Las drogas anticonvulsivas se hicieron más sofisticadas aproximadamente al mismo tiempo y fué, por lo tanto, posible tratar la epilepsia en forma más satisfactoria.

En la segunda guerra mundial, se empezaron a emplear dos importantes tratamientos. El primero, se usó en la terapia de esquizofrenia y consistía en inducir una serie de comas en el paciente por medio de grandes dosis de insulina. Este tratamiento durante 20 años, fué la base del tratamiento de las afecciones esquizofrénicas. " En el tratamiento de comas insulínico, se observó que los ataques inducidos artificialmente, podrían aliviar la depresión grave, por lo que durante cierto tiempo se utilizaron para esta enfermedad, drogas que producían ataques generalizados.

(6) " Munro Alistair McCulloch Wallace, Psiquiatría para Trabajadoras Sociales-Editorial Continental, S.A., Méjico- 1.975. Pag. 20 y 21. "

Esto, eliminaba la depresión, pero sus efectos colaterales podían ser molestos y peligrosos, por eso dichas drogas fueron sustituidas por la terapia electroconvulsiva. Consistentes en pasar una corriente eléctrica a través del cerebro resultando, por lo general, sumamente eficaz para eliminar los síntomas depresivos." (7) En un comienzo, era un procedimiento un tanto molesto, ya que como efecto colateral producía una convulsión, pero ahora, es mucho más inocuo en su forma modificada, combinándosele con drogas que evitan las convulsiones, pero que no impiden los efectos benéficos. La enfermedad depresiva generalmente, es autolimitante, o sea, que tiende a curar por sí misma después de cierto tiempo - sino ocurre complicaciones (como en el suicidio).

" La terapia electroconvulsiva, no hace sino acelerar la curación, pero puesto que es bastante común que un ataque de depresión dure hasta varios años, resulta obvio que tal tratamiento fué importante ya que permitió que un paciente deprimido se recuperara de su afección en un futuro próximo." (8)

Con el tratamiento para la depresión y el de la esquizofrenia, se pudo tener conciencia de que estas enfermedades graves y misteriosas eran, cuando menos, accesibles al tratamiento. Los Hospitales Mentales se transformaron en Centros de tratamiento, en vez de centros de confinamiento; comenzó a adquirirse conciencia sobre la enfermedad mental o psiquiátrica, y se hizo factible el empleo de tratamientos en pacientes externos.

(7) " Munro Alistair y McCulloch Wallace. Op. Cit:Pg. 21. "

(8) " Munro Alistair y McCulloch Wallace. Op. Cit:Pg. 21- y 22. "

En estos últimos años se ha puesto en boga varios conceptos, relacionados con la necesidad de cambios de cobertura y en la ideología de trabajo de la labor de aporte a la salud mental. Entre los términos, a la vez más utilizados, con mayor contravenciones y diferencias de aceptación, se encuentran los de psiquiatría social, salud mental comunitaria, centro de salud mental e higiene mental.

" Si llamamos medicina social a la atención de la salud y la enfermedad extendidas y garantizadas a todos los miembros de un colectivo, psiquiatría social sería, igualmente, la disciplina ejercida en forma programada y funcionaria, sin afán de lucro." (9) La verdad es que dentro de la medicina, la psiquiatría, al focalizar se en el sujeto, pone especialmente al desnudo la complejidad de la expresión social. Se acepta, por convención útil a la comunicación, en la medicina general, con el fin de clarificar la noción de antropología médico-social y, también, de poder entender los alcances de la medicina integral en su " recuperación " de la relación entre lo individual y lo social. En la actualidad se otorga a la expresión psiquiatría social varios significados.

La expresión de rehabilitación de enfermos mentales, en hospitales activados, servicios extramurales, en el seno de la familia y centros ocupacionales. Es decir, se trata de las terapias sociales, utilizadas por la psiquiatría.

(9) " Weinstein Luis, Salud Mental y Proceso de Cambio. Hacia una Ideología de trabajo en prevención primaria. Edit. Eero, Chile, 1.975- Pag. 31. "

" El tratamiento colectivo puede muy bien ser adaptador, suavemente represivo, favorecedor del orden social dominante. Parece preferible apellidar con más especificidad y menos juicios de valor, y hablar de técnicas de - laborterapia, interacción grupal, reformas institucionales, o lo que fuere. " (10)

Los estudios sociológicos de las enfermedades mentales, es el concepto difundido por Bastide. " Parece una connotación restringida, de difícil consenso fuera de los científicos sociales. Similares consideraciones pueden hacerse sobre la confusión entre psiquiatría social y - epidemiología de las enfermedades mentales. La psiquiatría no trabaja, exclusivamente con la enfermedad, ni - puede separar su praxis en estudio y no estudio." (11)

También es frecuente la adjetivación social para calificar una práctica realizada fuera de los hospitales especializados. Una variante menos mecánica pone hincapié en el número de contactos, extendidos desde un servicio de psiquiatría aillar, siguiendo la secuencia anotada, hasta el centro de la población.

La psiquiatría tiene una definición envuelta en su propositividad, al comprender conocimientos, actividades, por último, comprometidas en la tarea de mejorar al enfermo.

(10)" Basaglia Franco, Apuntes de Psiquiatría Institucional- Anagrama, Barcelona 1.972- Pag. 12."

(11)" Bastide R. Stylo, Sociología de las Enfermedades Mentales-Introducción a la Psiquiatría Social. Edit. Siglo XXI, Méjico 1.974. Pag. 31."

Los argumentos de Michel Foucault, son muy consistentes, cuando expone que la misma estructura metodológica de las etimologías y denominaciones médicas, al concepto de enfermedad, de terapia, de recuperación; convirtiendo así el problema de la enfermedad mental en un problema político, económico y social.

" No hay problemas individuales por lo menos en la mayoría de los casos, sino, resultados de dificultades de relación de conflictos familiares y sociales, de quienes soportan la injusticia, no solo hasta un grado extremo, del que más allá únicamente existen las salidas del delito y del desequilibrio. " (12)

" No solamente al enfermo y a la sociedad que fabrica neuróticos, a la que hay que curar; es a todo un sistema sociopolítico al que hay que poner en tela de juicio. Y ponemos en tela de juicio, el papel del psiquiatra y del enfermo en el cual, el enfermo mitifica al médico como depositario de un poder técnico, siendo a la vez, depositario de otro tipo de poder: el económico, que el propio médico mitifica en él. " (13).

La salud, se considera como un resultante de la estructura económica del nivel de bienestar de la sociedad, y del nivel cultural de la misma. En el Plan de las cuatro estrategias se plantea lo siguiente: " para que los planes y programas que se instrauren sean efectivos deben contar con la organización de los recursos globales de la sociedad; aparece así, la atención en salud como un conjunto de acciones sociales encaminadas a la promoción y protección de la salud, a la prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad."

(12) "Villar Gaviria Alvaro, Revista Alternativa. No.141
Pag. 30."

(13) " Basaglia Franco, Op. Cit: Pag. 25."

Wilhelm Reich afirma que: " es imposible curar la neurosis y mejorar o transformar la vida afectiva, incluso, la vida simple de esos hombres, sin transformar su situación material." (14).

Haciendo un análisis crítico de esta situación, obtenemos que, el Estado es el único responsable de esto; pues él, con sus programas y proyectos, no realiza por intermedio de sus dependencias alguna orientación constructiva en pos del bienestar social del enfermo y sus familiares. Ya que el Estado directamente, a través de sus organismos y dependencias no demuestra con hechos - sus actividades proclamadas y escritas; más bien, demuestra un total desinterés y menosprecio por el grupo humano que no posee nada, y no lo ayuda ni políticamente. Por que como es sabido por todos, todos prometen que van a realizar grandes obras en favor del sector humano, pero queda en simples promesas.

1.3 EL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO PSIQUIATRICO E IDEOLOGICO.

Durante los últimos años y cada vez con mayor gravitación, la psiquiatría ha ido incorporando a su hacer, al Trabajador Social.

Dado el enfoque de la psiquiatría contemporánea, que entiende al enfermo mental dentro de un contexto social y no como una abstracción, se hace imprescindible que la terapia se encare a través de un equipo interdisciplinario y no que quede limitada a la única persona del médico psiquiatra.

(14) "El Tiempo-Suplemento Literario- 1.977. "

La psiquiatría se ha vuelto un esfuerzo de equipo y la Trabajadora Social junto con la enfermera, el sicólogo, el terapeuta ocupacional, terapeuta recreacional, el médico y otros, son miembros sumamente valiosos de dicho equipo. La Trabajadora Social debe jugar una parte importante en todas las etapas del proceso; por ejemplo: en obtener antecedentes respecto a la enfermedad y a sus posibles factores precipitantes, a fin de facilitar el diagnóstico, en proporcionar apoyo y colaboración práctica al paciente y a sus familiares, en preparar al paciente para la rehabilitación, y en reducir las sobrecargas ambientales que pudieran afectarlo adversamente cuando regrese a su hogar, y en supervisar al paciente y a su familia después que aquél ha sido dado de alta en el Hospital. Por la naturaleza del trabajo, la Trabajadora social ve al paciente no como una entidad separada, sino como una unidad en su familia y en su medio social más amplio, esta actitud es recomendable siempre y cuando no enfatice demasiado al ambiente y subestime la importancia de la enfermedad dentro de la persona.

Ackerman dice: " La familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud. " (15).

"Uno de los objetivos del Trabajo Social en el campo de la psiquiatría consiste en crear las condiciones que haga posible que las personas mentalmente enfermas puedan aceptarse a sí misma y logren mejorar sus relaciones con las otras personas. Teniendo en cuenta esta segunda parte (colaborar en el mejoramiento de las relaciones interpersonales a los pacientes), se hace evidente,

(15) " Ackerman N., Diagnóstico y Tratamiento de las -
Relaciones Familiares-Edit.Hormé-1.974, Pag. 16 "

la necesidad que tiene el Trabajador Social de preparar su personalidad ya que ésta es, ni más ni menos que la primera y fundamental herramienta que va a tener que utilizar." (16).

El Trabajo Social es la profesión que ha tomado conciencia de esos problemas, tomando como punto de apoyo los problemas sociales que afectan a las personas que conforman una sociedad; parte de la base específica, como es la transformación social de nuestras estructuras, pues solo así, podemos llegar a la sistematización y avance teórico en nuestra disciplina. Ya que como hemos dicho anteriormente, la dialéctica nos ha enseñado que el mundo nunca se encuentra estático, sino que continuamente está en movimiento, y al avanzar el mundo, lógicamente, debe avanzar las ciencias sociales.

Esto nos indica, que debemos realizar un marco de acción concreto en todos los ámbitos, con la finalidad de desunir campos, y a la vez, tener o tratar de alcanzar una autonomía propia. Todo esto, nos hace comprender la necesidad que hay de analizar concienzudamente, el problema de la enfermedad mental en nuestros adolescentes, en busca del bienestar del enfermo, su familia, y de la comunidad en general; pues, si se previene la enfermedad mental en todas sus consecuencias, no tendríamos tantos pacientes, y por ende, se lograría superar el estado angustioso y depresivo en que nos desenvolvemos, debido a los contratiempos que ocasiona la vida acelerada que estamos sometidos.

Como hemos dicho, la vida acelerada y angustiosa que estamos viviendo, nos hace vislumbrar una realidad concre

(16)" Becerra Rosa M, Elementos Básicos para Trabajo Social Psiquiátrico, Edit. Huella-Buenos Aires, 1.977.
Pag. 13."

ta, que comprende un conjunto de elementos interrelacionados y determinados, en última instancia, por el modo de producción; es decir, en el trabajo, el hombre produce sus medios de subsistencia, produce relaciones sociales, produce ideas, se produce a sí mismo. En esta realidad, se pueden distinguir, el plano económico, el plano social y el plano ideológico. Estos planos se relacionan dinámicamente y dialécticamente: los planos sociales e ideológico, funcionan con relativa autonomía en relación al plano económico.

" El hombre no es solamente existencia, objeto. Es sujeto y objeto. Sujeto porque posee la conciencia. La conciencia se constituye en la existencia, por la forma y el contenido de la práctica social e histórica de los hombres." (17).

La práctica social se configura a partir de las relaciones de producción y de las clases sociales correspondientes. En esta práctica se elaboran las ideas, representaciones, y concepciones del mundo, que permiten al hombre ubicarse en su práctica, situándose en el mundo, justificar su existencia. Con esto, se podría caracterizar, en primera aproximación, el plano ideológico. Dice Althusser que: " la ideología aparece así como una cierta representación del mundo, que liga a los hombres con sus condiciones de existencia y a los hombres entre sí, en la división de sus tareas y la igualdad o desigualdad de su suerte." (18).

(17)" Faleiros Vicente de Paula, Trabajo Social, Ideología y Método-Edt. Eco, Buenos Aires-Argentina-1.974- Pag. 29. "

(18) " Althusser L, La Filosofía como Arma de la Revolución. Edt. Córdoba-1.968. Pag. 31. "

Como ya nosotros sabemos, estamos situados en una sociedad donde hay clases dominantes y dominadas. Aquí se puede distinguir una ideología dominante y una dominada. La ideología de la clase dominante, utiliza todos los medios de que dispone para imponer su ideología, como los medios de comunicación, la educación, los deportes, etc.

Es conveniente distinguir la ideología de la ciencia. La última, tiene por objeto la producción teórica de un conocimiento sistemático de la realidad, a través de una praxis organizada y elaborada de transformación y comprensión de la realidad.

La teoría de la ciencia se elabora históricamente a partir de la práctica científica misma y de su sistematización; esta práctica es distinta en las ciencias físicas y sociales. En éstas, hay una opacidad que le adviene de la relación entre sujeto y objeto de su quehacer. Hay que tener presente, que el sujeto de la acción, es también objeto. Esta relación implica una presencia de la ideología de la ciencia misma, permitiéndose una lectura ideológica del discurso científico.

El Trabajo Social se ha caracterizado por ser una práctica espontánea, sin plantearse, sino muy recientemente, la relación entre ideología y ciencia, entre la teoría y la práctica. Así es que la práctica del trabajo social se limitó a ser eminentemente ideológica, y la elaboración intelectual de este trabajo, es la sistematización de su ideología. En el Trabajo Social hay una relación directa con lo vivido, con los hombres concretos, siendo un canal de transmisión ideológica y determinada concepciones del mundo.

El Trabajo Social ha sido una región ideológica elaborada; esta se refiere principalmente, a la conceptualiza

ción de la acción en tres aspectos: con individuos (servicio social de caso), con grupos (servicios social - de grupos), y con comunidades (Desarrollo de la comunidad). Ello, implica una determinada concepción del mundo que aísla individuos, grupos y comunidades, entendiendo la práctica social a partir de cada uno de estos sectores. El hecho de separar al individuo y a los grupos de la sociedad global, corresponde a una visión parcial y focal del problema. Se tiene por objetivo corregir y ajustar los individuos a la sociedad existente. Es una división aparente que enmascara la verdadera situación de los grupos sociales: el modo de producción capitalista.

Esta representación que da una visión perfecta de la sociedad, está en contradicción con la misma práctica del trabajo social. Esta, identifica disfunciones y no consigue corregirlas a través de los grupos, individuos y comunidades, para llegar a esta sociedad ideal.

" En fin, esta representación corresponde a la visión de la clase dominante cuyos intereses son mantenidos con este planteamiento. Los problemas son considerados como desvíos individuales o grupales en el seno de la sociedad. La causa de ellos, estaría más en las personas, - que en el sistema, y así, se esconde la lucha de clases. Su marco de referencia es una concepción armónica de la sociedad. Las tensiones, angustias, y depresiones sociales son vistas, dentro de un marco ideológico funcional, escondiendo la situación y los intereses, y antagonismos de clases. El ajuste o la adaptación, es punto de llegada. " (19).

(19) " Ander Egg, E. Kruse, H. Congreso Panamericano de - Servicio Social, Montevideo, 1.970.- Pag. 96."

En la clase dominada, se puede observar los abusos, atropellos que cometen contra ellos, pues, abusan del poder que tienen, como es, el de poseer las grandes riquezas del país.

Para el polo dominado, principalmente la clase obrera, aunque de una forma espontánea, se fué configurando una perspectiva de transformación, de ruptura, de cambio, a la vez que una visión científica de la sociedad. Este polo, es el sujeto protagónico de la negación de esta sociedad existente, y de la proyección de una sociedad distinta. Y si hay una sociedad mejor, no existirá tanta desocupación, pobreza, hambre, angustias, de sosiegos, y el Estado, se tendría que comprometer en darle una ayuda más eficaz a los Centros Hospitalarios Psiquiátricos, ya sea económica, de recursos humanos especializados, o de orientación sobre el problema que aqueja a sus hijos adolescentes.

CAPITULO II

MEDICINA INTEGRAL E HIGIENE MENTAL

La salud mental es una parte del CONTENIDO del quehacer en salud. La higiene mental comprende la PRACTICA transformadora de la salud mental.

Dentro del contexto médico, una introducción a la higiene mental sobre la base de enumerar organismos administrativos, describir investigaciones o profundizar en la problemática pertinente, corre el riesgo de ser formalista y no realmente formadora.

Antes de entrar en cualquier pormenorización, se debe adelantar sobre la relación entre una y otra disciplina. Es frecuente considerar a la Higiene mental como una parte de la medicina, al modo de la etiología, o la terapéutica de un cuadro clínico. Sin embargo, la realidad es otra: la higiene mental no es, en lo fundamental, una parte de la medicina. La higiene mental es, en gran parte, una orientación clásica para la medicina, en la concepción desarrollada en Chile, de Medicina Integral.

La formación en higiene mental implica un desarrollo interdisciplinario susceptible de proyectarse hacia la medicina, incluyendo especialidades médicas, pero, también y fundamentalmente, otra serie de ciencias y experiencias aplicadas.

Suele emplearse el término higiene mental en el sentido de una actividad que procura descanso, relajación, esparcimiento. Se trata de un actuar secundario en función de facilitar las responsabilidades principales.

Otro sentido corriente de la expresión higiene mental es el de rehabilitación de los enfermos mentales.

Siendo indudable la importancia de los enfermos mentales en cualquier sociedad, por su prevalencia y su repercusión social, es también indiscutible que ellos representan un campo especializado en el quehacer de la higiene mental.

La noción de higiene mental como recreación y la de atención integral al enfermo mental, puede integrarse en un contexto más amplio. La higiene mental es el conjunto de conocimientos, actividades, y destrezas relacionadas con el fomento, la prevención y la recuperación de la salud mental.

Pertenece a la higiene mental la utilización de programas para estimular la sensibilidad, creatividad, flexibilidad, o capacidad analítica. Como las psicoterapias de desarrollo psicológico, las técnicas del servicio social para estimular la madurez social en grupo, la lectura analítica, la relación dialógica entre padres e hijos. Apunta al área mencionada de la salud mental positiva.

Las actividades tendientes a evitar problemas de salud mental incluyen medidas como el consejo genético, la psicoprofilaxis del parto, la psicoterapia pre-quirúrgico, la planificación de familia, la orientación preventiva frente al alcohol o las drogas, la consejería prematrimonial, la orientación de padres en relación a interacciones con los hijos, etc.

La relación de la salud mental con las estructuras sociales es de general aceptación. El término alienado, está ajeno, cuya primera utilización en medicina tenía relación con la enfermedad mental o alienación mental, a pasado a tener connotaciones más universales, asociadas con las características de la relación del hombre con su trabajo y con su mundo en general.

Se está alienado, ajeno, no sólo por enfermedad mental, también por que la vida laboral, o la sociedad en general, no tiene significado, no hay poder sobre ella, es ajena.

" La medicina integral plantea un enfoque total. El miembro del equipo de salud debe poder pasar con soltura del individuo a la familia, al grupo, a la comunidad. Tiene que poder centrarse, indistintamente, según las circunstancias, en lo preventivo, lo curativo y la rehabilitación. Se supone que es capaz no sólo de enfrentar lo somático, sino, también los efectos, los valores, la esfera intelectual. Sin dejar de ser individual, curativa y somática, la medicina debe ser partícipe, al mismo tiempo, de lo preventivo, social y psíquico." (20)

Para poder llevar a cabo la transformación deseada en la medicina y orientarla hacia una medicina integral, la medicina tiene que mirar hacia la higiene mental.

2.1 LA SALUD MENTAL COMUNITARIA.

Antes que todo, citamos a Alvaro Villar Gaviria, cuando plantea: " La sola denominación salud mental, es una frase encubridora y falsa en sus dos palabras constituyentes, intenta y logra hacerlo creer por su vaguedad, que es cuestión relacionada con la medicina, y que solo a ella incumben sus problemas y soluciones. Sin embargo, la medicina tampoco es independiente al sistema social donde actúa."

Concebida así la salud, se encuentra inmersa dentro del proceso de circulación de mercancías; bajo este concepto, podemos considerar la salud mental, cuando adopta difere

(20) " Weinstein Luis. Op. Cit: Pags. 40 y 41. "

tes actitudes, de acuerdo a los antagonismos de clases, pudiendo afirmar que la demencia, no es una enfermedad individual, ni en su inicio, ni en su terapia, pues debemos asumir, que si nos ubicamos dentro del modo de producción capitalista, tendremos que afirmar que el método no parte del hombre, sino del momento histórico-social y económicamente dado, en ese sentido, lo que corre por su propio peso es el mismo estatuto de cientificidad de la medicina en general, y de la psiquiatría en particular.

Bajo el nombre de psiquiatría comunitaria se esconden, de la misma manera, significados disímiles.

En salud mental comunitaria está implicada una estimación diferente del papel del técnico y del objeto de trabajo al de psiquiatría comunitaria. Sin entrar en pormenores, podemos sintetizar diciendo que el psiquiatra se diluye en el equipo, y la enfermedad en la salud. Por comunidad se entiende, una forma especial de convivencia hogareña, comunal, laboral, o recreacional. Se vive cara a cara, compartiendo responsabilidades, servicios, climas afectivos.

Cuando se alude a la comunidad en trabajo social o de salud mental, casi siempre se está implicando un radio de acción poblacional.

En un plano crítico, los trabajadores comunitarios han hecho muchas veces, intentos de socializar la pobreza, de limitar el proceso de concientización sobre las raíces estructurales de los problemas y de las necesidades de organización, a nivel nacional con vertebración ideológica.

En función de su política, en un plano más general se puede estudiar el abigarrado conjunto de programas de salud mental comunitaria, en especial, los que pueden -

entenderse como de trabajo en o con una población determinada, de acuerdo a varios parámetros o planos de análisis.

2.2. LOS CENTROS DE SALUD MENTAL.

En el desarrollo de la salud mental comunitaria han emergido en los últimos años, los centros de salud mental. En algunos sistemas de atención de Centros de Salud Mental han surgido, como estructuras relativamente aisladas del resto de la atención en salud mental, unidades básicas extramurales.

La experiencia de estos centros muestra varios puntos de interés: contrariamente a los tradicionales en la vida de los centros de salud, en varios países se han visto un considerable interés en psicólogos y psiquiatras jóvenes en incorporarse al trabajo de esas entidades. La motivación fundamental es de índole formativa. Pues, son lugares donde se puede adquirir tutoría y práctica altamente valorada. Se tiende a incorporarse elementos democráticos, asambleas deliberativas de toda la institución, muchas veces, generadoras de políticas y planificación; participación de concurrentes en un plano igualitario con los miembros formales de la institución, presencia de la población en el local, incluida en grupos programáticos. La flexibilidad en el desempeño de papeles con adaptación a intereses personales, necesidades de la población y del equipo, más allá de la socialización profesional específica.

Tendencias de grupos poblacionales psicologizados a buscar vinculación con estas entidades, al modo como ella-

se hacia, frecuentemente, con las instituciones universitarias y privadas. Programas que no reflejan la necesidades del sector atendido, llevados a cabo sin relevamiento o evaluación rigurosa, influidos por las validez des teóricas de los integrantes de los centros, habitualmente carentes de una formación en medicina social.

" La actitud clasista tiene que ver con la discriminación, paternalismo, represión con los supuestamente inferiores, de acuerdo a la clase de pertenencia o referencia; arribismo, frente a los ublicables en una perspectiva de pares o ascensos. Traducción de esta realidad son las conocidas evidencias de arbitrariedad en los diagnósticos de acuerdo a la clase social de los pacientes, ante un mismo problema, tiene un diagnóstico más infamante, o de menor status, el enfermo de clase más baja.

La dependencia cultural, en los contenidos y metodologías formativas, con copias servil de los patrones extranjeros, en la formulación de prioridades para la asistencia, prevención o investigación. En la aplicación acrítica de los desarrollos teóricos o metodológicos norteamericanos y europeos, junto a la ignorancia generalizada de la productividad en el propio país y las otras naciones Latino-americanas, de los pobres, en general"(21)

" Entre las distorsiones más globales, elementos supraestructurales que corresponden a una base histórica más amplia, se encuentran: la burocratización, la búsqueda del poder, autoritarismo, narcisismo, son especialmente propias de la medicina no integral, las posturas unilaterales de quiebres " sectarios ", mecánicos.

(21) " Weinstein Luis. Op. Cit: Pag. 37. "

Entre las más frecuentes en los trabajadores de la salud se encuentran: Teoría y Práctica; la polémica entre la reflexión y la acción, la buena fundamentación o la eficiencia.

La tarea y quién la lleva a cabo, el trabajo o el personal. Los asistidos o el equipo. Los burócratas o el psicologizante.

El campo personal, de formación o de rol actual y las responsabilidades globales, la visión de conjunto. La labor de asistencia (curativa - rehabilitativa), enfrentada a la preventiva (promoción, prevención inespecífica y específica)." (22)

CAPITULO III

INTRODUCCION AL TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

El Trabajo Social Psiquiátrico, aunque evidentemente posee características que le son propias, es esencialmente "trabajo social" y se rige por los mismos principios fundamentales: "principio de aceptación" y "derecho a la propia determinación".

El objetivo general del Trabajo Social es, a nuestro entender, ayudar a los seres humanos a lograr la realización más concreta posible de sus capacidades en un sentido positivo.

En la instrumentación para alcanzar dicha meta, existe una vasta gama de variación individuales y de desarrollo de habilidades técnicas, que no se pueden transmitir por la enseñanza, que se manifiesta al establecer la relación profesional, basada en la personalidad del trabajador social, y del cliente, y de la interrelación entre los dos. En los distintos servicios se debía tener como norma realizar reuniones de grupo donde se tratará, como una de las temáticas, las relaciones con los pacientes. Tales reuniones tendrían las dobles ventajas de, por un lado, aumentar el caudal de conocimientos de cada participante y, por el otro, contribuirían a desarrollar destrezas y aptitudes para sostener las relaciones interpersonales ya que, debido a ellas, se lograría mejorar realmente la comprensión de uno mismo y de los demás.

Mientras el trabajador social no sea capaz de superar sus miedos, angustias, en relación con el contacto con enfermos mentales, será imposible que se convierta en

influencia terapéutica. La mejor manera para entender y aceptar tales sentimientos es, compartíroslos con el grupo de pares, bajo la orientación del supervisor.

En líneas generales podemos dividir su área de trabajo en dos grandes grupos: la tarea intramural, o sea la que se realiza dentro del establecimiento; y la extramural, es decir, la que se lleva a cabo fuera del establecimiento.

En el área intramural, la tarea se dedica especialmente con los pacientes, pero también puede extenderse a los familiares en aquellos servicios en que se realizan actividades que los comprenden. También abarca la parte referente a la labor interdisciplinaria por cuanto en psiquiatría se trabaja con distintos profesionales y se necesita reuniones más o menos periódicas, para aunar criterios con respecto a los diagnósticos y tratamientos. En el área extramural, se comprende la labor que debe realizarse con la familia, los grupos relevantes (labores, escolares, etc), con otras instituciones o dependencias (por razones de tratamientos), y lo que se entiende por proyección comunitaria.

Es necesario encontrar, para la relación del trabajador social psiquiátrico con el enfermo mental, una actitud equilibrada que le permita manejarse de manera tal, que, sin perder la objetividad profesional lo muestre lo más natural posible, usando su personalidad como instrumento apto para ayudar al paciente.

El trabajador social psiquiátrico debe respetar al enfermo mental como persona, y tener voluntad para aceptar su conducta de una manera no crítica, reconociendo que ésta, es el síntoma de un problema.

Para el tratamiento psiquiátrico, lo más importante es la esfera afectiva de la personalidad y no su aspecto intelectual; ya que el problema surge con características particulares cuando se trata de un enfermo mental. El paciente ha adquirido ya, métodos ineficaces para mejorar sus problemas vitales basados en fuertes necesidades emocionales. Se trata de enfocar la acción hacia una reorganización total de la personalidad. No se trata de educar por convencimiento racional, sino mediante la aplicación juiciosa de la aprobación o desaprobación; no por medio de premios y castigos. En su contacto con la sociedad, ha estado ya expuesto al raciocinio y al uso de castigos y el desquite, pero tales medidas han fracasado; necesita algo diferente, un ambiente no rígido, en el cual pueda aprender a vivir otra vez con los demás.

3.1 TRABAJO EN EQUIPO EN EL CAMPO PSIQUIATRICO.

Un equipo mínimo para trabajar en psiquiatría sería el integrado por: el médico psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social, el enfermo psiquiátrico y auxiliares, y la terapeuta ocupacional. Si bien, esta integración de distintos profesionales suele traer una serie de problemas motivados en distintas causas, como son: las causas técnicas: superposición de las áreas de trabajo de cada uno de ellos; la carencia de un lenguaje común. Las causas formativas: falta de preparación para la tarea grupal, y consecuentemente predisposición a la tarea individual; desvalorización de papeles con respecto a otros. Las causas personales: dificultad para aceptar -

trata igualitario, características personales de conducta. Las causas institucionales: predominio de estructuras verticales, demoras burocráticas. Todas estas dificultades son, en su gran medida superables.

Para poder arribar a la integración de los miembros del equipo psiquiátrico, se debe partir de la clarificación de los papeles de cada uno de los posibles integrantes. Cuando se llega al conocimiento real sobre la preparación de los otros profesionales que forman el equipo, es más fácil actuar con auténtica actitud de respeto - por estos otros, respeto imprescindible para un buen trabajo de equipo y para un buen equipo de trabajo.

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

El equipo deberá integrarse en relación a la tarea y en la ejecución de la misma, una vez alcanzado un nivel de seable de maduración como grupo. Los problemas de superposición de tareas se clarificarán sin dar lugar a conflictos de rivalidad demasiado graves. En cuanto a aquellas dificultades provenientes de causas institucionales, tendrán que ser encaradas decididamente por el equipo con una actitud madura, consciente y científica que haga evidente, ante quienes corresponda la necesidad de allanarlos.

El trabajador social psiquiátrico, dentro del equipo como grupo, tiene la posibilidad de aplicar sus conocimientos en técnicas grupales y manejarse en función de ellos.

Podrá actuar como moderador y orientador en las reuniones, sobre todo en la etapa de integración.

El médico psiquiatra, el trabajador social y el enfermero, como núcleo central de cualquier equipo interdisciplinario en psiquiatría, necesitan ponerse de acuerdo - respecto al papel terapéutico de cada uno frente al paciente que busca ayuda de ellos. El liderazgo natural - surge frente a la tarea, y deberá adecuarse al trabajo - en sí.

3.2 PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS DIFERENTES NIVELES DE PREVENCIÓN.

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 este nivel debe tratar de fomentar la provisión de los aportes básicos o la neutralización de las influencias que tienden a impedir esta provisión. Por ejemplo, un plan de prevención primaria considerando los aportes físicos, podría hacer en - lograr que, con los mismos medios de que se dispone, una población tenga una alimentación mejor balanceada por - medio de un trabajo social intensivo.

Los aportes psico-sociales, incluyen la estimulación 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 provistos por las relaciones familiares.

El Trabajador Social tiene una de sus más significativas

actuaciones en el campo de las relaciones familiares; - trabajando en la educación de los padres, para evitar de terminadas actitudes que podrían resultar perjudiciales en el desarrollo del niño.

Aportes socio-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 sociólogo, antropólogo, político, etc y el trabajador social colaborando en el trabajo de campo necesario.

La prevención secundaria comprende los programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno, disminuyendo la proporción de trastorno de la población. Uno de los pasos principales en la prevención secundaria es el diagnóstico precoz, que puede lograrse: el perfeccionamiento de los medios de diagnóstico, de tal modo que el trastorno pueda identificarse a partir de sus primeros indicios, alertando a los sospechosos y a sus redes sociales acerca de estos indicios; proporcionando información donde concurrir a la aparición de los primeros síntomas.

El trabajador social es el encargado de transmitir, directamente a la población, lo planificado por el equipo administrando la información necesaria para que la comunidad pueda detectar los indicios básicos de trastornos y donde concurrir en estos casos. Ejemplo, la búsqueda de sospechosos. El equipo supone que ciertas manifestaciones son índices de determinados trastornos, la misión del trabajador social entonces, es tomar contacto con la población y valorar el funcionamiento de sus miembros

de manera que aquellos que presentan signos de alteración mental puedan ser descubiertos y llevados a un tratamiento rápido y eficaz.

La prevención terciaria, 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.

La prevención terciaria actúa mediante la rehabilitación, en gran escala, del paciente para devolverle su capacidad productiva en menos tiempo. Esta recuperación debe comenzar desde el momento del diagnóstico y continuar sin interrupción durante la enfermedad.

El papel del trabajador social dentro del equipo, en este nivel, es el de evitar, por un lado, los prejuicios 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 relativa a la naturaleza de los trastornos mentales y su historia natural. Esto está ligado al mantener la comunicación del paciente en el caso de internación, con sus redes sociales para evitar que, la familia, trabajo y comunidad en general, cierren sus filas ante la ausencia del enfermo, o sea, conservar viva la idea del retorno, tratar de mantener abierta la comunicación del paciente con la comunidad.

3.3 OBJETIVOS, FUNCIONES Y TECNICAS DEL TRABAJO SOCIAL, EN INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS.

" El objetivo general del trabajo social es, a nuestro-entender, ayudar a los seres humanos a lograr la realización más completa posible de sus capacidades en un sentido positivo. " (23).

" Uno de los objetivos del trabajo social psiquiátrico, consiste en crear las condiciones que hagan posible que las personas mentalmente enfermas puedan aceptarse a sí mismas y logren mejorar sus relaciones con las otras personas. " (24).

El trabajador social psiquiátrico está cumpliendo el papel de agente socializador, y el desempeñarlo ayuda a los pacientes a vivir y a participar con éxitos en actividades de grupo. El grupo es fundamental en el tratamiento de este tipo de enfermos, ya que la experiencia que realizan en grupos moderados por el trabajador social psiquiátrico, les brinda la necesaria sensación de que ellos son parte de un grupo de personas que lo aceptan y se les va desarrollando el sentido de pertenencia. La labor del trabajador social psiquiátrico, en éste aspecto, consiste en contribuir a mejorar las disposiciones sociales que vayan apareciendo en los enfermos y centralizando la acción sobre las partes sanas (la llamada salud residual, por Ackerman), de su personalidad.

(23) " Becerra Rosa M. Op. Cit: Pag. 59."

(24) " Becerra Rosa M. Op. Cit: Pag. 13."

Por otra parte, el trabajador social psiquiátrico deberá controlar la cantidad de actividades que se le exijan al enfermo, teniendo en cuenta que se ajusten a las limitaciones que su sintomatología le impone. Otro de los papeles que le toca jugar al trabajador social, es el de ayudar a los enfermos en los problemas del aquí y ahora relacionados con la realidad. El trabajador social tiene que saber reconocer, cuando los pacientes están hablando con él, sobre problemas estrictamente referidos al área de la tarea que le corresponde, especialmente al trabajador social psiquiátrico, y es aquí, donde su papel tiene quizás la mayor utilidad.

La función del trabajador social en las instituciones psiquiátricas, consiste en el tratamiento integral del enfermo mental, ya sea con internación o en consultorio externo.

El trabajador social se integra a esta función a través de distintas funciones parciales, como: entrevistas de admisión, tanto al enfermo como al familiar a quién lo acompaña: integrantes del equipo psiquiátrico que atenderán al paciente, tratamiento a la familia, en caso de ser necesario, pero en todos los casos, trabajar con ella para mantenerla al tanto de la evolución de los pacientes, seguimiento de los casos dados de alta por un período determinado, según cada caso. Proyección a la comunidad inmediata y mediata, ya sea trabajando con ella ó a través de charlas informativas, organizadas al efecto de motivar a la comunidad para la aceptación del enfermo mental rehabilitado.

La orientación y ó derivación a otras instituciones de los casos que así lo requieran, investigaciones que permitan ir esclareciendo la problemática del enfermo -

mental.

La técnica consiste en el uso deliberado y dirigido de las correlaciones dentro del grupo, tratando no sólo de lograr el objetivo explicitado por ejemplo, una determinada actividad, sino el de mejorar y ampliar la esfera de acción de las personalidades individuales, al aliviar tensiones que permitan incrementar el alcance y la riqueza de los contactos humanos.

CAPITULO IV

ANTIPSIQUIATRIA, COMUNIDAD TERAPEUTICA Y,
TRABAJO SOCIAL.

En nuestra investigación, en un intento por cuestionar la problemática de la salud mental; los niveles de prevención, la atención prestada al enfermo mental; todos estos aspectos alejados de los esquemas tradicionales de la psiquiatría y del Trabajo Social, hemos de finalizar en un tema un poco tratado, y tan importante, como es el movimiento de la antipsiquiatría y el de la comunidad terapéutica, para lograr establecer programas de acción del trabajo social, en dicho movimiento.

La Antipsiquiatría se inicia en la Gran Bretaña, como un movimiento científico. Entre sus iniciadores, se encuentran: Ronald D. Laing, Aaron Esterson, y David Cooper; quienes sostienen entre sus múltiples premisas: la suspensión del tratamiento psiquiátrico a base de drogas tranquilizantes, la superación de las deficiencias de las Instituciones Psiquiátricas, que atienden al paciente mental; abolir el tradicional modelo médico-psiquiatra, con la concepción de la locura como producto sociogenético, y el manicomio-asilo auténtico, producto de los trastornos irreversibles.

Es sabido que muchos investigadores y especialistas de la psiquiatría, menosprecian la concepción antipsiquiátrica; también es sabido, que la antipsiquiatría supone un rudo golpe a la psiquiatría tradicional. Pues, cada vez tiende a ser mayor el número de los profesionales que comulgan con este movimiento, y en muchos sitios del mundo, se comienza a sentir.

" La Antipsiquiatría ha marcado, por un lado, un paso - de avanzada en el tratamiento de gran parte de los desórdenes mentales; y por otro lado, se ha convertido en piedra de discordia y en denuncias de procedimientos que - atentan contra la integridad mental y física, chocando - contra los más elementales derechos de un individuo" (25)

Entre los principales representantes de la antipsiquiatría, y quienes más aportes han realizado, se encuentran: en Italia, Franco Bassaglia (Básico exponente de la Comunidad Terapéutica), en España, Ramón García, Nicolás Caparráz; en Estados Unidos, Erwing Goffman; en Colombia, Alvaro Villar Gaviria, quién pone en tela de juicio los métodos empleados por la psiquiatría tradicional, y " que ha enfocado todas sus investigaciones, en la crítica con furor de los procedimientos, que a base de drogas, electrochoques, encierros, y sugestión física del paciente, que utilizan todavía, en algunas - clínicas y hospitales mentales. " (26)

La antipsiquiatría plantea a los profesionales una serie de cuestionamientos, a los cuales aún no se les ha encontrado respuesta; sin embargo, se ha ido constituyendo como un Movimiento de Renovación, Cambio y Evolución en el campo psiquiátrico.

(25) " La Psiquiatría y Antipsiquiatría. Biblioteca - Salvat de Grandes Temas No. 98. "

(26) " Tomado del Tiempo. Quiénes son los Antipsiquiatras. ? Gloria Elena Ruy. No. 23. 236. Sec. B. "

A través del Movimiento de la Antipsiquiatría, pretenden sus defensores, romper las estereotipadas y tradicionales relaciones entre el médico y el enfermo mental, pro vista hasta ahora de coersión y paternalismo. Superar la función del Hospital Mental como Centro de reclusión y aislamiento de los individuos, pretendiéndose establecer un lenguaje que permita el entendimiento entre los profesionales de la psiquiatría, pacientes, y demás miembros de la sociedad. Aquí, el aporte más importante lo hace Maxwell Jones, con la comunidad terapéutica; en donde el médico y el resto del personal no se diferencian del paciente. No existe una estructura autoritaria y verticalizada. " Las decisiones se tomarían en conjunto: la convivencia es absoluta y total, no hay ninguna diferencia de roles, y el paciente tiene que asumir la misma responsabilidad que cualquier miembro de la comunidad. Se suprimen las terapéuticas drásticas, y en todo caso, cualquier actitud terapéutica es discutida y aceptada conjuntamente por todos. " (27).

La Comunidad Terapéutica tiende a ser considerada como la solución ideal al problema de las instituciones psiquiátricas, que excluyen y controlan a los individuos que presentan un comportamiento patológico. A partir de la Segunda Guerra Mundial, es cuando la psiquiatría empieza a cuestionarse, sobre la influencia de los factores sociales en el comportamiento de los individuos.

Antes de Maxwell Jones, otros psiquiatras ingleses hablan de la Comunidad Terapéutica, como una forma comunitaria

(27) " Bassaglia Franco. Apuntes de Psiquiatría Institucional.- Anagrama. Pags. 25 y 26. "

con grupos de discusión y participación de los pacientes. Desde 1.953, La Organización Mundial de la Salud a firma, que los Hospitales Mentales deben ser en su totalidad, una Comunidad Terapéutica; " debían estar regidos por determinados principios, tales como la conservación de la individualidad del paciente, la convicción de que los pacientes son dignos de confianza y capaces de tomar sus propias decisiones, y asumir responsabilidades en el regular empleo de los pacientes determinando el tipo de ocupación, etc. " (28)

La Comunidad Terapéutica debe esforzarse por utilizar al máximo los recursos de las instituciones, y lograr la contribución de todo el personal y de los pacientes.

A pesar de las distintas formas dadas a la comunidad terapéutica, los rasgos predominantes en ella, son la libertad de comunicación y hacerla extensiva a todos los niveles, eliminando la comunicación de pirámides que se da en las instituciones tradicionales, y cuyo nivel más bajo corresponde a los pacientes; esta premisa, constituye la innovación más significativa de la comunidad terapéutica.

Anteriormente sosteníamos que la antipsiquiatría y la comunidad terapéutica, han recibido muchas críticas; "la institución negada" de Franco Bassaglia, es un fiel reflejo de ello.

A través de los testimonios del autor, se concluye que en las distintas comunidades terapéuticas que existen actualmente en los distintos lugares del mundo, todavía subsisten los rasgos de la institución tradicional; y -

en ella, se reproducen igualmente las formas de exclusión social, privación de la libertad de la actividad del paciente, trasladado a hospitales cerrados de aquellos pacientes que no tienen oportunidad para recuperarse. Según Bassaglia, " el cielo parece cerrado. Lo que nació como una exigencia de renovación fundamental de las instituciones psiquiátricas, se rebela a los sumo, tanto en la práctica como en un nuevo tipo de institución," más moderna, más eficaz, pero donde las relaciones de poder han permanecido aparentemente siendo las mismas.

Esta visto, que las estructuras asistenciales de un país, los mecanismos por los cuales se " rehabilita a los pacientes," o se les margina, depende del nivel de desarrollo socio-económico.

Es así, como los países con desarrollo capitalista avanzados pueden darse el lujo de realizar una psiquiatría más moderna, con grandes recursos humanos y técnicos; aún cuando no sea nada más que un cambio aparente que desvía su aspecto de reforma, poniendo nuevos modelos de control social.

En la ciudad de Barranquilla, podemos afirmar que no existe ninguna institución, en donde se den las formas de comunidad terapéutica, ni las concepciones antipsiquiátricas, en las que el trabajador social participe, como interrogante o agente de cambio de un equipo de profesionales dedicados a la salud mental.

Es importante considerar el papel del trabajador social en el movimiento antipsiquiátrico, para obtener un cambio en las condiciones de vida que rodean al paciente, y en los cambios que debe sufrir el marco institucional psiquiátrico, al acoger la idea de la antipsiquiatría-

o de la comunidad terapéutica, el trabajador social, debe estudiar las condiciones y mecanismos, a través de los cuales el Estado perpetua la situación de explotación, dependencia, y manipulación de los hombres que han sido eliminados del proceso de producción; negándoles toda oportunidad de reintegrarse a una sociedad que lo margina día a día. El trabajador social debe decidir su posición: o es cómplice de un sistema que actúa como generador de la enfermedad mental y de las condiciones inhumanas de la población, o lucha contra el Estado.

Se buscará destruir la dinámica del Hospital-Cárcel en la que nos hemos visto movidos hasta ahora, en la medida que el equipo de profesionales se integren a la anti-psiquiatría, se irán derivando las ideas del enfermo mental como un marginado, un incapáz, un inútil, un desplazado, al que podemos manipular a nuestro albrío.

La investigación constante de los aspectos sociales, ideológicos, políticos, y culturales, se tendrán en cuenta, por su influencia en los conceptos e ideologías de la psiquiatría moderna y que determina la labor del trabajador social en el campo de la salud mental.

Hay que estar en constante alerta, para tomar parte de las duras luchas que debe sostener la psiquiatría para deshacer las cadenas que la oprimen y que proyectan al trabajo social su ideología.

En la medida que la psiquiatría se cuestione, el trabajo social en el campo psiquiátrico debe hacer otro tanto. Las luchas en las instituciones psiquiátricas, deben ser arduas e integradas con los otros profesionales que la componen o hacen parte de ella.

A la vez que la psiquiatría piensa en ser antipsiquiatría, la labor del trabajador social irá cambiando se -

gún las exigencias de los individuos, del medio, de las instituciones, y porqué no decirlo, de un sistema que mantienen todavía las relaciones de explotación.

Insistimos nuevamente, que la decisión es de nosotros, los Trabajadores Sociales.

CAPITULO V

LA ESTRUCTURA SOCIAL COLOMBIANA, LOS MODELOS DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, Y LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EXISTENTES EN COLOMBIA.

5.1 ANALISIS DE LA ESTRUCTURA SOCIAL COLOMBIANA.

En América Latina y en particular, Colombia, el modo de producción predominante es el Capitalista, deformado por el desarrollo dependiente del Imperialismo. Algunas formas precapitalistas sobreviven, en la producción agrícola, como en la urbana; sigue existiendo una franja de tamaño considerable al sistema dominante de producción, que nos hace parecer absurdo hablar de Colombia, como un país semi-feudal, tampoco como un país de pleno desarrollo capitalista que incorpora a toda su población como pretende situarlo, algunos sectores izquierdistas. Hay que ver, como bajo la dependencia Imperialista sobreviven algunos sectores tradicionales que tienen su participación en el Sistema dominante y, que al mismo tiempo son víctimas de él, pero, contribuyen relativamente en el proceso productivo de dominación.

El modo de producción capitalista dependiente se manifiesta en la estructura socio-económica, cuando aparece o surge de un sector de clase específico, que por su misma estructura, no aparece mencionado como típico del desarrollo capitalista dependiente; éste sector sería el sub-proletariado, compuesto por albañiles, carpinteros, vendedores ambulantes, agricultores, emboladores, etc, el cual no posee una estabilidad en lo relacionado con la actividad laboral, ni una cerrada virtu-

lación con las fuerzas productivas, pues la mayoría son trabajadores eventuales; pero esto, no significa que el sub-proletariado cumple una función dentro de la formación de una sociedad. Hay que tener presente, que este grupo no participa de las reivindicaciones sociales, - pues centra su actividad de trabajo en lo que el medio le presenta. Por esto, sus primeras escaramuzas de la gran pelea, es el luchar en la comunidad por los servicios públicos.

Los trastornos mentales muchas veces, son influenciados de modo decisivo, por el medio en que vive el enfermo, por sus circunstancias vitales, por la dinámica de las relaciones interpersonales, importa de manera muy especial descubrir e instrumentar los recursos aptos, para actuar sobre esos factores contrarrestándolos cuando son negativos, ó propiciándolos cuando son positivos; comúnmente, estos factores van asistidos por las ciencias de la conducta, del comportamiento social, por el conocimiento de la estructura de la sociedad, porqué, una acción de salud no puede entenderse sino está referida a las necesidades y capacidades del individuo, y él en particular, no será entendido sin la referencia a su ambiente y al contexto social en el qual actúa.

El estudio de los diversos tipos de Estados que se han dado históricamente, nos muestra que la estructura está determinada por la superestructura, por las ideas políticas, objetivos, intereses, etc, por lo tanto, es obvia la conclusión de que las políticas sociales, o sea el conjunto de mecanismos y respuestas, las formas, los métodos, con que el Estado atiende las expectativas, necesidades y problemas de la sociedad están determinadas - por los grupos que dominan el aparato Estatal.

En una estructura como la capitalista, la clase dominante maneja el Estado con base en la concentración del poder económico, es creación y mantenimiento de la infraestructura necesaria para el desenvolvimiento de una economía de mercado. Sin embargo, las mismas tallas del capitalismo y su anterior evolución, determinaron la evolución del Estado, para determinar un marco de desenvolvimiento, para evitar la enorme agudización de las tensiones sociales ocasionadas por la desmedida voracidad demostrada por los dueños de la economía una vez que se despejaron de la frágil máscara de caridad filantrópica con la que se habían revestido, influidos por el cristianismo. Hoy es normal que el Estado sea quien atiende renglones tales como: el de los servicios públicos, el transporte, la salud, la educación, la seguridad social, pero siempre dentro de unos linderos políticos, que organizan servicios e instituciones, con el fin de facilitar el funcionamiento de los renglones productivos, menos el de la propiedad privada.

Hay que tener presente, que el Bienestar Social se inserta dentro de los planes de desarrollo de un país, y coincide por tanto, con la interpretación que tiene sobre el desarrollo, el cual a su vez, responde al diagnóstico que tiene de la problemática de la sociedad. Así, encontramos a través del proceso histórico de nuestro país, variadas orientaciones del Bienestar Social. Dentro de esta concepción, se presenta el objeto del trabajo social como la estructura social y ésta es concebida como un sistema de fuerzas en conflictos permanentes; el énfasis se concentra en los elementos significativos que se encuentran dentro de ella, orientada por intereses opuestos, tales como las clases sociales, la pobla-

ción urbana y rural, los diferentes factores del poder, grupos de intereses y presión, y partidos políticos; - que si bien hay cierto consenso, existen conflictos permanentes manifiestos y latentes en sus relaciones sociales básicas en contraposición con el estado, que por cohesión, violencia o demagogia, regula la vida social. Desde el punto de vista, la labor del trabajador social se sitúa en el cambio social, entendiendo como un cambio de estructuras, parte de una perspectiva histórico y dialéctica del enfoque marxista que presupone un nuevo concepto de estructuras, que es la totalidad articulada compuesta por un conjunto de niveles y objetivos específicos, con autonomía y eficacia propia, que pertenecen a una formación social históricamente determinada con dominio, en última instancia, en lo económico. Todo esto, teniendo en cuenta que de las formaciones sociales emergen situaciones problemas, los cuales serían el objeto más específico del trabajo social.

En oposición a este orden de cosas, el socialismo propone un orden estructural sin clases sociales, en el cual el Estado, la producción, la infraestructura, las políticas, se implementan con base en las necesidades de la colectividad, con la expresa necesidad de satisfacerlas.

5.2 MODELOS DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN COLOMBIA.

En los planes de salud mental en nuestro país, el gobierno nacional consciente de esta problemática, ha creado el Ministerio de Salud; a través del cual, ha organizado los planes, programas, y proyectos, encaminados a solucionar de la mejor forma posible la enfermedad mental,

Y la proyección de la salud mental hacia la comunidad.-
 " De la misma forma, el Ministerio de Salud ha elaborado un Manual General de organización Modelo Normativo - para Hospitales Psiquiátricos; donde se ha demostrado - que las instituciones psiquiátricas que continúan el modelo tradicional de asistencia, ocasionan más deterioro psico-social a las personas que utilizan sus servicios, en lugar de lograr su recuperación, para vivir consigo mismo y con sus familiares. " (29).

A continuación, realizemos un breve resumen de las instituciones que siguen un modelo tradicional de asistencia, y aquellos que implementa un modelo socio-cultural en la prestación de sus servicios.

5.2.1 MODELO TRADICIONAL.

Se caracteriza por ser una pequeña sociedad que afecta el comportamiento de las personas enfermas que la componen, de infinitas maneras, que muchas veces ignoran. En el equipo interdisciplinario las relaciones son impersonales entre sí, también en los pacientes estas relaciones son restringidas, autoritarias, represivas, custodial, opresiva, y rígida.

Al enfermo mental lo catalogan en su totalidad de inválido; no establecen distinción alguna entre la parte enferma del paciente, del resto de la persona.

(29)." Manual General de Organización, Modelo Normativo para Hospitales Mentales -Psiquiátricos. Ministerio de Salud de Colombia. Pag. 8. "

El planteamiento de papeles, es entre ellos mismos. Ejemplo: psiquiatras, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, enfermeras, auxiliares, administradores, oficinistas, artesanos, y pacientes. Sobrevaloran las capacidades técnicas del equipo de salud, despersonalizando al paciente, y lesionando sus derechos. La concepción del modelo tradicional dice que, el paciente debe adaptarse a la institución, sin tener en cuenta, que éstas, han sido creadas para el restablecimiento del paciente.

Debemos estar conscientes, que instituciones de este modelo no nos convienen; pues desmejoran primero que todo, la imagen que se tiene de los hospitales, donde se brinda la oportunidad de curar las enfermedades sentidas - por la población de escasos recursos. Mucho más importante son los hospitales mentales, pues como es sabido por todos, la mente controla en buen funcionamiento de nuestro organismo, y si hay enfermos, y no encontramos o no contamos con los Centros necesarios para prevenir, curar y rehabilitar esta enfermedad, el pueblo se encontraría en una difícil situación.

También hay que tener muy en cuenta, que los Centros hospitalarios no son cárceles, donde introducen al enfermo mental para que reciba maltratos físicos y de palabras, y sobre todo, que lo lleguen a marginar de la sociedad; pues, se encontraría enfermo, e inútil para afrontar sus situaciones y problemas, y no cuenta con la debida atención médica.

5.2.2 MODELO SOCIO-CULTURAL.

Las instituciones que siguen un modelo socio-cultural, se caracterizan por ser democráticas, igualitarias y flexibles. Su objetivo es la solución de la situación problema de la persona.

El personal profesional rompe con la relación impersonal y breve con el paciente y con los miembros del equipo en sí; exigiéndose, un compromiso de dedicación y de inclusión muy diferente. Entre sus aspectos se encuentran, - el examen crítico de la propia participación en el proceso terapéutico en la cual, toma parte activa el paciente y su familia.

La conducta abiertamente desordenada de un paciente, resulta fácil de reconocer; pero trastornos psicológicos más graves, son diagnosticados mediante un estudio pormenorizado de las sintomatología que presenta el enfermo. Todo esto, conlleva al estudio de las condiciones de vida del hombre y su problemática familiar y social, - puesto que: " no solamente hay que tratar al hombre enfermo, sino, y más que todo, al grupo familiar, y a la comunidad a la cual pertenece el paciente enfermo.

En la actualidad, hay 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. (30)
Con el desplazamiento de la población campesina a la ciudad, en busca de un bienestar para su familia y me-

(30) " Becerra Rosa M. Op. Cit: Pags. 9 y 10. "

jores condiciones de vida, pero mal estructurada por la vida urbana, por falta de la preparación adecuada y de una profesión definida, frecuentemente origina en él una situación de conflictos; puesto que se ven agobiados por tantos problemas y se sienten imposibilitados e incapaces para darles pronta solución.

En esta forma, convierten en una persona desubicada de la realidad social, ingresando a un mundo que lo condiciona emocionalmente porque no dispone de los mecanismos de defensas necesarios para afrontarlos.

La falta de integración de la gente a nuevas costumbres y a diferentes formas de vivir, somete al hombre, la mayoría de las veces, a severos conflictos, situaciones-stress, crisis nerviosas, y a estados de gran tensión emocional. Estas situaciones socio-culturales imprevisibles y de difícil control en una sociedad de cambio permanente como la nuestra, crean una atmósfera de descontento, de aislamiento, alienación, que requiere un tratamiento adecuado y racional.

Conscientes de estos hechos y de la urgencia de remediarlos, el gobierno de Colombia ha creado organismos necesarios, como el Ministerio de Salud, delegando sus funciones a los Jefes Seccionales de Salud, en los diferentes departamentos.

5.3 INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EXISTENTES EN COLOMBIA.

ANTIOQUIA.

Clinica " San Juan de Dios ". Entidad Privada.

Departamento de Rehabilitación.

Atención integral a pacientes con alteraciones psiquiá-
tricas.

Consulta externa- Hospitalización.

Todas las edades de ambos sexos.

Costo: Según clasificación socio-económica.

BELLO.

ATLANTICO.

Clinica del Atlántico. Entidad Privada.

Rehabilitación del enfermo mental.

Servicios de psicologías y terapia ocupacional.

Costo: según tarifa.

BARRANQUILLA.

Hospital Mental Departamental. Entidad Oficial.

Tratamiento a pacientes mentales.

Servicio de psicología y terapia ocupacional.

Hospitalización de ambos sexos, a partir de los 15 años.

Costo: según clasificación socio-económica.

BARRANQUILLA.

Hospital Neuro-psiquiátrico " San Rafael". Subsidiario-
del Hospital Mental Departamental. Entidad Oficial.

Servicio de Psicología y terapia ocupacional.

Tratamiento a pacientes mentales.

Hospitalización de ambos sexos, a partir de los 15 años.

Costo: según clasificación socio-económica.

BOLIVAR.

Fundación Instituto de Rehabilitación del Epiléptico-
" F I R E ". Entidad privada.

Rehabilitación y capacitación del enfermo epiléptico, -
para ubicarlo en condiciones competitivas en su comuni-
dad.

Externado.

Todas la edades de ambos sexos.

Costo: según tarifa.

CARTAGENA.**BOYACA.**

Hospital Psiquiátrico de Boyacá. Entidad Oficial.

Rehabilitación social, mental y laboral del paciente -
psiquiátrico,.

Internado y servicio de transporte.

Adultos de ambos sexos.

Costo: según clasificación socio-económica.

TUNJA.**CUNDINAMARCA.**

Hospital Neuro-Psiquiátrico " José Joaquín Vargas". Enti-
dad Oficial.

Rehabilitación psiquiátrica del paciente y su posterior
integración al medio social y familiar.

Internado.

Adultos de ambos sexos.

Costo: Ninguno.

SIBATE.

Hospital Neuro-psiquiátrico " Julio Manriquez ". Entidad Oficial.

Rehabilitación mental, social y laboral del paciente - psiquiátrico.

Internado.

Adultos de ambos sexos.

Costo: ninguno.

SIBATE.

NARIÑO.

Hospital Psiquiátrico " San Rafael ". Entidad Privada.
Tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedad mental como retardos, alcoholismo, drogadicción, epilepsia.

Hospitalización.

PASTO.

NORTE DE SANTANDER.

Hospital " Rudesindo Soto ". Entidad Oficial.

Presta asistencia psiquiátrica preventiva, curativa y de rehabilitación, a personas con trastornos mentales.

Consulta externa y hospitalización.

Adolescentes, adultos y ancianos de ambos sexos.

Costo: según clasificación socio-económica.

CUCUTA.

SANTANDER.

Hospital Neuro-psiquiátrico " San Camil ". Entidad Oficial.

Atención a pacientes con problemas mentales.

Consulta externa y hospitalización.

Todas la edades de ambos sexos.

Costo: según clasificación socio-económica.

BUCARAMANGA.

TOLIMA.

Hospital Psiquiátrico " Isabel Ferro de Buendía ". Entidad Oficial.

Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con trastornos mentales.

Consulta externa y hospitalización.

Costo: Según tarifa.

Todas la edades de ambos sexos.

ARMERO.

VALLE.

Hospital Psiquiátrico " San Isidro ". Entidad Oficial.

Rehabilitación Integral de personas con problemas mentales.

Consulta externa y hospitalización.

Todas las edades de ambos sexos.

Costo: según clasificación socio-económica.

CALI.

CAPITULO V I

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL HOSPITAL
MENTAL DEPARTAMENTAL

La idea de crear el Hospital Mental Departamental, surgió de la gran necesidad en la prestación de los servicios a personas con enfermedades neuro-psiquiátricas. Se abrió licitación para la construcción de la institución, quedando adjudicada a la firma Castro y Cherassi, el 6 de Abril de 1.964; ese mismo día, se dictó la resolución No. 19 de Abril de 1.974 emanada de la Beneficencia del Departamento, siendo gerente el señor Diego-Braun Manotas. La Junta Directiva se encontraba integrada por los siguientes miembros: Dr. Francisco Posada de la Peña- Gobernador y Presidente de la misma, Reverendo padre Luis E. Villabona, Representante de la curia; el señor Simón Bermudez de la Espriella, Secretario del - Asistente Social del Departamento; y el Dr. E. Cerro - Representante del Departamento del Ministerio de Salud del Atlántico. En esta sesión, - fué señalado al Dr. Nayib Narvaéz, para dirigir el Hospital Mental Departamental, quién tuvo que trasladarse a la ciudad de Medellín, para laborar en la organización del futuro Hospital, en asocio con el director del Hospital Mental de Bello-Antioquia y los ingenieros hospitalarios.

De esta forma, estudiaron los respectivos planos y procedieron a escoger el sitio más adecuado para la localización de las secciones, en la planta física del edificio.

El 27 de Noviembre de 1.965, se inició la edificación - del Hospital. El 16 de Diciembre del mismo año, fué designado oficialmente el Dr. Nayib Narvaéz, como Director del Hospital Mental Departamental; y nombrada la comi -

sión integrada por los doctores Francisco Cervantes, Manuel Mercado y Nayib Narvaéz, para la elaboración de los estatutos y reglamentos, en la organización y funcionamiento de esta institución asistencial, los cuales, fueron aprobados por la beneficencia del departamento. En enero de 1.966, se nombró el personal que debería laborar en la nueva institución, desempeñando sus cargos, en el Hospital Neuro-psiquiátrico San Rafael, para el entrenamiento previo a la apertura. El día 4 de Noviembre de 1.966, comenzó a prestar sus servicios a la comunidad, mediante la resolución 001 de Noviembre del mismo año, emanada por la dirección del hospital y con el visto bueno de la gerencia de la beneficencia del departamento; ese mismo día, asistieron los primeros pacientes a consulta externa, y una semana después, permanecían hospitalizados. A los dos meses de iniciada la labor en el hospital, se encontraban internados 60 pacientes de diferentes departamentos de la costa norte y del interior del país.

su primer director y fundador, fué El Dr. Nayib Narvaéz; luego, nombraron al Dr. Martinez Aparicio, siguió el Dr. Cuentas Cepeda, sucediéndole más tarde, el DR. Antonio-Ruales Crozco. En la actualidad, la dirección corre por cuenta del Dr. Nayib Narvaéz.

En una institución gubernamental, que recibe aportes económicos del departamento del atlántico, y de la nación, a través del servicio de salud del Atlántico. También cuenta con los auxilios de la beneficencia del atlántico, cervecería agulla, hipotecho, y los pagos de pacientes pensionados en dicha institución.

Es una institución cerrada, que se identifica como un centro asistencial psiquiátrico, para ayudar a las perso

nas que sufren alteraciones mentales y que requieren de un tratamiento adecuado y especializado, por parte del personal médico y paramédico, en el campo de la psiquiatría.

6.1 OBJETIVOS GENERALES Y POLITICAS DE LA INSTITUCION.

Los objetivos generales son: prevenir y recuperar la salud mental del paciente hospitalizado y el de consulta-externa.

Como hemos dicho anteriormente, es una institución cerrada, que presta sus servicios dentro del mismo hospital; a él, ingresan personas que necesitan de sus servicios, ya sea a través de consulta externa o de hospitalización, para el bien del paciente, para su satisfacción, para proteger la vida del paciente, o de la familia, cuando el paciente no es capaz de responder por sus actos.

Los servicios que se prestan, se realizan sin distinción de clases. Sólo hay restricción a causa de la edad; es decir, desde los quince años de edad se reciben pacientes internos, antes no. Dentro de los tipos de atención, se encuentran: psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, terapia recreativa, odontología.

Esta institución se extiende al espacio físico de ciudad. Mensualmente, se atienden cien pacientes, entre hombres y mujeres, así:

Pensionados.....20 enfermos.

Beneficencia Mujeres. 40 enfermos.

Beneficencia Hombres. 40 enfermos.

Total.....100 enfermos.

A continuación, mostramos un estudio pormenorizado de los pacientes internos en el hospital mental departamental, entre Marzo y Noviembre de 1.978, cuando realizábamos nuestra práctica institucional. Estos datos, se encuentran archivados, en el departamento de Estadística del hospital.

Hemos querido presentar estos datos, ya que los creamos demasiado importantes en una labor investigativa, pues se puede observar, que la institución no puede prestar los servicios médicos adecuados y de larga duración de restablecimiento para el paciente enfermo, debido a la cantidad de enfermos que reciben en la institución.

Además, queremos que tengan presente la necesidad urgente de prevenir la enfermedad mental en la comunidad, para que de esta forma, disminuya el alto porcentaje de enfermos mentales que se observa; y así, lograr el restablecimiento del paciente enfermo, y la prevención de esta enfermedad.

EDADES (Años)	No. PACIENTES HOMBRES	No. PACIENTES MUJERES
15	1	2
16	10	5
17	12	2
	<hr/> 23	<hr/> 9

Vienen.

	23	9
18	9	2
19	12	6
20	16	3
21	11	4
22	10	7
23	15	6
24	22	2
25	20	7
26	13	1
27	8	2
28	6	6
29	7	1
30	11	5
31	5	4
32	4	1
33	5	2
34	4	1
36	1	3
37	3	2
38	9	4
39	1	-
40	4	2
41	4	1
42	2	4
43	4	3
44	2	2
45	2	3
46	1	1

 234

 94

Vienen.	234	94
47	3	1
48	3	2
49	4	1
50	2	1
51	1	-
52	1	1
53	1	-
54	2	1
55	2	1
56	1	-
58	1	1
60	3	3
62	-	2
67	-	1
68	1	1

Total..... 259 110

6.2 UBICACION DEL HOSPITAL DENTRO DE LOS MODELOS DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN COLOMBIA.

Según los modelos estudiados de las instituciones psiquiátricas en Colombia, hemos observado, que el hospital mental departamental, todavía no se ha definido por alguno de los dos aspectos; es decir, tiene un poco del modelo tradicional y otro, del socio-cultural. Pues, no han conseguido que el personal médico y paramédico tenga relaciones estrechas con el paciente y su familia. Más bien, estos modelos se complementan para ellos, ya que actúan de acuerdo a la necesidad problemática pre-

sentada por el paciente y su familia. En estos momentos, la Trabajadora Social ha venido realizando acciones encaminadas al bienestar social y físico del paciente y su familia.

El tiempo de duración del tratamiento es de acuerdo a la necesidad del diagnóstico, a través del médico psiquiatra en consulta externa, quién a su vez, lo remite a la trabajadora social por consulta psiquiátrica. El médico psiquiatra encargado del paciente, es el que determina el tipo de atención que se le prestará. Y por ende, es el que dá la última palabra en el proceso de la enfermedad.

El hospital mental departamental, como hemos dicho anteriormente, no muestra característica del modelo sociocultural, ni del modelo tradicional. Es decir, no se ha decidido por ninguno de los dos; claro está, que se inclina un poco más hacia el modelo tradicional, pues la institución, se caracteriza por ser una pequeña sociedad que muchas veces afecta el comportamiento y restablecimiento de los pacientes que la conforman, sin ellos darse cuenta de esta situación. Por mucho que el personal paramédico se muestre atento por mejorar la enfermedad de los pacientes recluidos, nunca lo hará de una forma consciente; pues, este personal se encuentra preparado para ser parte activa de un tratamiento a un enfermo mental, pero no en la orientación y mejoramiento entre sí, sobre las relaciones que deben mantener para ganarse la confianza y sobre todo la parte afectiva del paciente, y no su aspecto intelectual. Ya que en la enfermedad mental, el problema surge con características particulares en cada enfermo.

No se trata de educar por convencimiento racional al paciente, sino mediante la aplicación juiciosa de la aprobación o desaprobación, tratándose de enfocar la acción hacia una reorganización total de su personalidad perdida. La aprobación o desaprobación, no es por medio de premios y castigos; pues el enfermo en contacto con la sociedad, ya ha estado expuesto al raciocinio y al uso del desquite y del castigo. Pero tales medidas han fracasado; él, necesita de algo muy diferente, como el ambiente propicio, ya sea en lo afectivo y emocional, en lo personal, en lo físico, en lo psíquico, en lo social, etc. Es decir, un ambiente que no se le muestre hostil, rígido, custodial, en el cual, logre aprender a rehabilitarse para la sociedad en general.

CAPITULO VII

TRABAJO SOCIAL EN INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO.

El departamento de Trabajo Social en el Hospital Mental Departamental, comenzó a funcionar en el año de 1.969. O sea, que tiene ocho años de estar funcionando como tal. Para esto, nombraron una trabajadora social, sta. Catalina Romero y una auxiliar de este departamento, Sta Astrid Cabarcas.

Desde sus comienzos, el departamento de trabajo social ha tenido buen auge entre los médicos, enfermeros, personal administrativo, y especialmente, la familias con pacientes enfermos mentales; pues, el departamento se encarga de arreglar las citas y las hospitalizaciones necesarias, tratando de agilizar en todo momento la tramitación de los papeles que se necesitan en el historial del paciente. Allí, en ese mismo departamento se llenan las fichas socio-económica referente a la familia afectada por el problema; también, se observan los historiales de los enfermos mentales, ya sea para hospitalización o para tratamiento ambulatorio.

Analizando en una forma objetiva, hemos observado que el departamento de trabajo social, debería formar parte activa de un intenso programa, en busca del restablecimiento del paciente y rehabilitación del mismo a la sociedad. El campo psiquiátrico es muy amplio, en cuanto a las actividades necesarias para lograr el objetivo de cualquier trabajador social, como profesionales que somos. Pues, sería un gran reto a nuestra capacidad, habi

lidad y destreza, para cualquier situación conflictiva, en este caso la enfermedad mental y su consecuencia. Al departamento de trabajo social de esta institución, le hace falta más actividad en programas de orientación y preparación con respecto a familiares de pacientes, para que estos, sepan tratarlos cuando sean dados de alta. La trabajadora social, debería trazarse un plan de trabajo, muy concreto, tratando de ampliar la cobertura de la institución, como es la prestación de los servicios por medio de acciones preventivas, haciendo hincapié en la identificación precóz, en los problemas emocionales y afectivos que presentan los adolescentes y sus familiares, tratamiento en el seguimiento de caso, proyección a la comunidad para que con su participación activa que brinda la institución, adquieran conocimientos de las consecuencias que representa la enfermedad mental y contribuyan en los programas de la misma. El hospital, y sobre todo el departamento de trabajo social, debería realizar una campaña de divulgación de los programas y atenciones que dá la institución a los pacientes enfermos, para que la comunidad sepa la magnitud del problema y ayude en forma consciente, al personal médico y paramédico de esta institución.

7.1 OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LA TRABAJADORA SOCIAL EN DICHA INSTITUCION.

En la institución, trabajo social se encuentra dividido en un departamento importante, y con gran responsabilidad dentro del hospital; pués la trabajadora social y su auxiliar, son las encargadas de recibir a los pacientes y hacerles el trámite necesario para la atención adecuada

da del paciente enfermo.

En este departamento, se acumulan las historias sociales de cada paciente, con esto, se les abre una historia clínica, que pasa a los archivos de las enfermeras-jefes, cuando se encuentran hospitalizados; de allí, lo envían al departamento de estadística cuando son dados de altas.

La trabajadora social y su auxiliar, en estos momentos están ejerciendo las siguientes funciones: contacto con la familia del paciente, estudios socio-económicos de la familia, visitas al domicilio del paciente, y estudios de los casos que se presentan.

Como hemos dicho anteriormente, deben formar un grupo más compacto y activo con el personal que laboran en la institución para que se estrechen las relaciones y se muestren más emotivos, para con el paciente. Solo de esta manera, puede ayudar en forma eficaz y consciente al paciente enfermo y a su familia.

Uniéndose a un bloque compacto, será más fácil la labor que se han propuesto, como es el lograr la rehabilitación del paciente a la sociedad; y que ella, no lo margine e inutilice sus capacidades y actitudes, sino antes por el contrario, lo ayude a superar su enfermedad.

7.2 ASISTENCIA PSIQUIATRICA COMUNITARIA.

El programa de asistencia psiquiátrica comunitaria, del Dr. Antonio Reales Orozco, Jefe Seccional de la salud del Atlántico, se está llevando a cabo; primero porque él, divulgó su idea a través de un libro suyo, y ahora, su más grande deseo es que la comunidad lo acoja, median

te la orientación acertada del personal especializado - en este tema.

En las instituciones en cuya programación no toman en cuenta los esquemas de atención primaria, secundaria y terciaria, se observa que la hospitalización de los pacientes, muchas veces lo lleva a que la enfermedad se vuelva crónica, y de esta forma, le quita la oportunidad que debe tener el enfermo mental de rehabilitarse a su comunidad, regresando a su trabajo, a la recreación, a la buena marcha de las relaciones entre sus familiares, para que logre superar el trance en que se ha visto, y sepa afrontar más adelante las inquietudes, situaciones problemáticas, desesperos, que con frecuencia se observa en la sociedad en que vivimos.

El hospital mental departamental debería asociarse con instituciones que puedan colaborar en su divulgación de la prevención de la enfermedad mental en la sociedad; - para realizar una labor hacia la comunidad, mediante la búsqueda de factores o situaciones que inciden en la enfermedad mental.

La intervención de la trabajadora social debe encaminarse hacia el estudio y tratamiento social del paciente - enfermo mental y sus familiares. Las funciones específicas serían: intervención hacia la familia, intervención al grupo de familiares que visitan a sus enfermos hospitalizados, y por último, la intervención a la comunidad.

A través de charlas, conferencias, acerca de la importancia de la salud mental, de las relaciones familiares y sociales, de como prevenir la enfermedad mental, para - que los mismos familiares formen un frente común y se encarguen de orientar a las demás personas, sobre la -

importancia de estos temas, sabiendo analizarlos y criticarlos de forma constructiva, buscando resultados positivos, en beneficio del restablecimiento del enfermo mental y de sus familiares.

CAPITULO VIII

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN EL HOSPITAL
MENTAL DEPARTAMENTAL, EN EL AÑO DE 1.978.

Antes que todo, queremos aclarar que para nuestro estudio investigativo, hemos captado la población atendida en el hospital mental departamental de la ciudad de Barranquilla, que sufre, por una u otra causa, de alteraciones mentales, debido a una serie de conflictos que hemos venido mencionando a través de la investigación. Hacemos énfasis, que todos los atendidos en este estudio investigativo, fueron adolescentes con enfermedades mentales entre los quince y los diecisiete años de edad, durante nuestra práctica institucional, en dicho centro hospitalario.

La trabajadora social del hospital mental departamental, nos facilitaba a los pacientes que deberíamos estudiar; nosotras, llevamos a cabo el estudio por medio de visitas al domicilio del paciente. Ahí, observábamos, entrevistábamos, orientábamos e interpretábamos las informaciones logradas.

En todo momento, observábamos la colaboración brindada por parte de los familiares del paciente tratado. Si el paciente se encontraba presente, por haber sido dado de alta, lo invitábamos a intervenir, de manera que no se sintiera aislado por parte nuestra o de sus familiares; y así, darle a entender que aunque enfermos, tienen valores, capacidades, intereses, lo cual es muy importante en el tratamiento con el paciente.

8.1 ASPECTO ECONOMICO.

En el transcurso de los últimos años, o un poco más, la economía se ha constituido en un miembro bien definido de las ciencias sociales. Si bien son varias las disciplinas relacionadas entre sí, que se ocupan de la acción social dominada por una relación de medios afines, la relación particular que es exclusiva de la economía, se puede establecer con alguna precisión. Como se indica en casi todos los textos, " la economía es un estudio de la asignación económica de medios escasos, físicos y humanos, a fines excluyentes: una asignación que alcanza el objetivo estipulado de lograr el óptimo o el máximo. El área de estudio circunscribe la estipulación, que los medios deben ser los recursos humanos y naturales, y que los fines deben ser bienes u objetivos económicos. " (31)

" La economía social se ocupa de los problemas de las necesidades humanas y resolución de las satisfacciones- juzgando la ecología, el trabajo, la producción, la distribución, elaboración, transporte, intercambios, adquisición, y usos: es el hecho de satisfacer las necesidades. " (32).

(31) " Speng J.J.-Generalist versus specialist in social science-an economists view- Vol. XLV - 1.950 - 1.971. Pag. 358. "

(32) " Furtado Celso, Teoría y Política del Desarrollo Económico-Edt. Nacional- Brasil. Impreso en el país Mejicano. - 1.974. Pag. 89. "

El origen de cualquier perturbación social se puede señalar como consecuencia de los factores económicos; pero si es cierto, que el apremio por cumplir con la satisfacción de necesidades vitales determinan desajustes en la conducta, fracasos y consecuencias desagradables. Pero en algunos casos, no es lo económico el único hecho que rige la vida (pues están los factores políticos, culturales, sociales, biológicos, etc), lo que determina la falta de trabajo por incapacidad cultural, psicológica, o física, el cese o desocupación, la invalidéz, los vicios, vagancia, desorientación profesional, competencia libre, reajustes, etc, lo cual dá como resultado la mala distribución de las riquezas. En nuestro sistema actual, estas riquezas son maenjadas por unos cuantos, debido al hecho de que el poder económico y político se hallan en esta sociedad capitalista en manos de los poseedores del capital, quienes a su vez, pueden hacer que en la economía se atribuya al capital el valor que ellos dicten, dominando por ende el capital, las políticas sociales, y los medios de producción de acuerdo a sus propios intereses. Por lo que el pueblo asalariado se ve en esta forma sometido a esas políticas sociales, que en nada benefician, sino más bien crean en las personas un temperamento de hostilidad, resentimiento y descontento, al no poder satisfacer sus necesidades básicas, conllevándolos a la mendicidad, pauperrismo y vagancia; terminando muchas veces en completo enfermos mentales y convirtiéndose en un verdadero problema social para la colectividad en general.

El estado para atender esta clase de problemas ha creado instituciones a través de sus políticas sociales, destinadas a atender el paciente enfermo, de tal manera,

que si no logra su recuperación total, por lo menos se logra establecer el origen de sus trastornos, enfocando el problema desde el punto de la relación enfermo-familia.

En la actualidad, no sólo se ocupan de los pacientes - gravemente desequilibrados, sino también de los delin - cuentes juveniles, las madres solteras, los alcohólicos, etc. Al Trabajador Social le toca recibir en su labor, el impacto de las alternativas adversas en la vida so - cial de los individuos y su colaboración en el proceso - de recuperación del paciente; es decisiva para el buen logro de los planes a desarrollar en estas organizacio - nes.

8.2 RELACIONES SOCIALES.

La familia es considerada el más importante de todos los grupos sociales y goza de una distribución universal. Sin embargo, al igual que en todas las demás formas so - ciales culturalmente determinadas, existe una cierta - variación en la estructura y funciones de los distintos tipos de familia. Linton, define a la familia como: " u - nidades cooperativas, compactas, organizadas internamen - te, intermediarias entre el individuo y la sociedad to - tal a la que pertenece." (33).

Las relaciones sociales marcan un factor muy importante en los hijos, ya que estas bases son influidas a través de la influencia de los padres, las cuales tienen su re - percusión en la formación y carácter de los hijos.

(33) " Becerra Rosa M., Op. Cit: Pag. 25. "

Las relaciones sociales malas o negativas, inciden desfavorablemente en el estado emocional de la familia, dando lugar a alteraciones psíquicas y desajustes de la personalidad. Todo este estado de privaciones, crea en los adolescentes, reacciones negativas, en contra de su desarrollo bio-psico-social; obligando a recurrir al adolescente a grupos de pandillas, abandono del hogar, adicción a las drogas, y por último, les ocasiona la enfermedad mental, sin contar con el apoyo necesario de parte del estado, estos enfermos mentales se vuelven crónicos y psicóticos, porque el medio ambiente social en que se desenvuelven se les hace cada vez más hostil, negándoles el derecho de participación que todo ser humano necesita para realizarse en la vida.

Como hemos dicho anteriormente, las relaciones sociales son importantes para todo ser humano; pero, adquieren un énfasis en la época de la adolescencia. Puesto que, un adolescente necesita formar sus grupos de recreación, trabajo, estudio, religión, etc, para poder tener interrelaciones con sus amigos; y de esta forma, adquieren responsabilidades, don de mando, se toman en cuenta el uno al otro, desarrollan sus capacidades, las ideas son tomadas en cuenta, etc, lo cual es positivo para el adolescente pues, se siente una persona con capacidades para intervenir en cualquier situación conflictiva que se le presente, y además, lo valoren como personas que es. Las relaciones sociales marcan un aspecto importante en la vida del adolescente, porque la persona adquiere madurez, necesidad de compartir y de comunicarse con la comunidad, en una forma positiva.

8.3 RELACIONES INTERPERSONALES.

La familia constituye la pauta básica o motriz para el desarrollo de la experiencia de " el estar con otros " de " la capacidad para ser con el otro ".

" La actitud que el niño adopta frente a sus familiares, está marcando el tipo de relación que tendrá en la vida adulta. Cuando el desarrollo psíquico es normal, implica un proceso en el cual gradualmente el individuo - pasa de una dependencia paterna, a la propia autodirección.

Al principio la dependencia del niño es total, debe gradualmente y de acuerdo con el proceso evolutivo, ir aprendiendo a satisfacer por sí mismo sus necesidades.

La conducta de los padres condiciona este proceso, si el niño ante las nuevas dificultades que tiene que resolver solicita ayuda, y esta ayuda que se le brinda es indiscriminada, se habituará a seguir pidiéndola, lo cual lo transformará en un adulta débil e inútil. " (34).

Por otro lado, si los padres otorgan al niño una independencia prematura, lo estarán privando de la oportunidad de realizar el aprendizaje que necesita - hacer de sus padres, lo cual también, lo incapacitará para ubicarse adecuadamente en la vida adulta. Es importante - que los padres actúen equilibradamente y respetando las distintas etapas de maduración por las cuales atravieza el niño y no olvidando que su buen desarrollo depende fundamentalmente de las actitudes que estos tomen. Por-

(34) " Becerra Rosa M. , Op. Cit: Pag. 27. "

eso, es importante conocer la familia de la infancia, - pero el papel que desempeña en la aparición de las perturbaciones; también es imprescindible analizar a la familia actual del enfermo, para observar si ella lo protege de la eclosión de la enfermedad, o por el contrario, lo precipita a ella.

Todo esto se realiza porque ya no se considera a la enfermedad mental como una entidad aislada de la dinámica familiar, sino que se la ve como el emergente de la enfermedad familiar que aparece en aquél miembro del grupo familiar más fuerte o más débil, no se puede limitar la acción terapéutica a dicho miembro enfermo, sino que, a parte de analizar la sintomatología de este presente, es necesario conocer la dinámica de su familia.

Toda sociedad contiene una proporción de personas que - se encuentran psicológicamente trastornadas y los informes de que hay culturas que se encuentran libres de enfermedad mental debe tomarse con todas las reservas.

Aún se polemiza mucho sobre si las influencias genéticas o las ambientales son las responsables de las enfermedades mentales; y entre estas últimas, la crianza defectuosa ha sido citada con frecuencia como causa de diversos trastornos.

En realidad, no tenemos pruebas de que las enfermedades psicóticas graves, como la enfermedad maniaco-depresiva y la esquizofrenia, varíen mucho en frecuencia de país a país, y podríamos esperar que las notables diferencias nacionales en la crianza, tuviera mucho que ver con la causa. Es mayor la posibilidad de que la incidencia de psiconeurosis pudiera ser aumentada por las experiencias adversas de los primeros años de la vida, y no hay duda de que una vida temprana gravemente trastornada o un ho

gar infantil que no provee adecuado apoyo emocional se acompaña con trastornos de la personalidad y especialmente, psicopatías.

8.4 PREPARACION Y ORIENTACION A LOS PADRES.

La vida de la familia ha sido considerada como una determinada forma histórica de la unión del hombre y de la mujer.

La situación y el aspecto de los hogares donde se viven, repercuten vivamente sobre el carácter de los habitantes y, sobre todo, de los niños, los padres que la elegir su morada consideran en primer lugar, su comodidad, su prestigio social, y sus diversiones, harán de sus hijos seres tan egoístas como ellos mismos, incidiendo desfavorablemente sobre la salud del cuerpo y de la mente. Hoy se sabe que muchas enfermedades no se descartarían si el pensamiento no les habriese la puerta, permitiendo aumentar las necesidades, las ideas y los sentimientos malsanos, como: deprimido, desgraciado, exaltado, enojado o ansioso.

" Las familias en plan de desarrollo o subdesarrollo son seriamente influidas por la actitud de los padres, en nuestro medio principalmente, por el jefe de la familia, que se constituye psicológicamente en el arquetipo o patrón cultural, en el menor de los casos. Pero, los difíciles problemas familiares que se presentan a los padres en la vida diaria en nuestro mundo actual, requieren de la preparación y orientación de profesionales capacitados como: psicólogos, trabajadores sociales, ciencias-

pedagógicas, médicos y educadores. Ya que el objetivo - de las ciencias sociales, es descubrir las leyes generales y particulares que rigen la existencia y el desarrollo de la sociedad como un todo y sus diversas manifestaciones específicas (formaciones económicas, sociales, naciones, sectas, comunidades, etc).

La conducta del hombre está determinada fundamentalmente por condicionamientos sociales, económicos, políticos, y culturales.

Además, toda sociedad de clases adquiere características particulares en los países dependientes, por su articulación por la dependencia estructural que caracterizan a estas sociedades. " (35)

En un sistema capitalista como el nuestro, en donde el Estado no proporciona seguridad, orientación, capacitación y estudios a los padres, no teniendo estos, la adecuada orientación para ser padres y no contando con los medios económicos necesarios trae como consecuencias los problemas sociales- en un sector de la población menos-favorecida, porque el otro sector de la población al tener los medios necesarios, puede ingresar fácilmente a escuelas, colegios, universidades y por lo tanto un mejor empleo.

El Gobierno Nacional a través de sus programas sociales del mandato claro, creó un plan de educación nacional,-

(35)" Tieche Mauricio, Guía de Educación Familiar, Imp. por Julián Bendita. #o. Edición- Editorial Sa-feiz- 1.975. Pag. 48. "

que dice así: " El Plan busca que los esfuerzos por extenderse la escolaridad primaria, alcance también a la población que sobrepasa la edad escolar que se encuentra en estado de analfabetismo puro o funcional, particularmente en las áreas rurales. Pero no se trata solo de una campaña de alfabetización, sino " de una verdadera capacitación del adulto para el incremento de su productividad y para facilitar su integración a la sociedad, de la cual se halla marginado." (36)

" El Plan considera indispensable una estrecha colaboración entre el Ministerio de Educación y el Sena, para poder lograr una movilidad horizontal entre ambas entidades y ofrecer una educación diversificada para adultos.

Propone además, un impulso a los programas educativos a través de la radio y la televisión, reforzado con campañas masivas de distribución de libros y materiales impresos, así como el empleo de los medios de comunicación de masas con propósitos educativos.

Se orientarán las acciones de COLCULTURA y COLDEPORTES, a fin de que lleguen a la mayoría de la población y sirvan de complemento de la educación formal. " (37)

(36) " Para ~~Cerrar~~ la Brecha. Plan de Desarrollo Social, Económico y Regional- 1.975- 1.978. Ediciones del Banco de la República, 1.975. "

(37) " Parra Escobar Ernesto, Gonzalez G. Fernando E. Controversia- Revista No. 40-Editorial Centro de Investigación y Educación Popular. Bogotá - 1.977- Pag. 29. "

" El departamento administrativo del Servicio civil estudiará mecanismos de ingresos y ascensos en la carrera administrativa basados primordialmente en la capacidad y esfuerzo del individuo y no en sus años de educación formal.

El Programa del sector educativo, es una de las acciones más importantes de un gobierno que tenga por objetivo, el mejorar los ingresos del 50 % más pobre de la población.

Dice además, el plan de desarrollo trata de este modo - de conseguir los objetivos de bienestar social y de crecimiento económico que lleva a la mejor utilización de sus recursos más valiosos: su fuerza de trabajo.

Como vemos con claridad, en Colombia no se cumplen ninguna de estas premisas: por lo que respecta, existen otras variables que determinan la decisión de educarse o no educarse. Por lo que se puede afirmar del Pina educativo, que está basado en un diagnóstico que toca tan solo las manifestaciones del problema educativo, pero no llega a sus raíces, por lo que se tiene la certeza de que no van a solucionarlo. Ya que, una solución verdadera llevaría, como se ha indicado anteriormente, a buscar las causas en la estructura misma del sistema socio-económico del país." (38).

Por la falta de orientación, capacitación y solidaridad social de parte del Estado, muchos padres se ven en la necesidad de malvender su fuerza de trabajo poco remunerado, naturalmente, sin llegar a conseguir lo más indig

(38) " Farra Escobar Ernesto, Gonzalez G., Fernando E, Op. Cit: Pag. 32 "

pensable para su vida diaria, y la de su familia, en caso de conseguir un empleo.

La falta de preparación y orientación a los padres en sus relaciones interpersonales y familiares, conlleva en la mayoría de las veces, a que los padres se conviertan en padres problemas de sus propias situaciones, (en lo cual toma gran parte el Estado por falta de solidaridad social, de acuerdo a lo establecido por la constitución nacional y el derecho que todo ser humano tiene en el desenvolvimiento de sus capacidades como tal). La dinámica familiar adquiere en estos casos, una técnica comparable a una verdadera lucha, en la que cada uno de los miembros ignora para que, porqué, contra quién, a favor de quién, han tomado las invisibles pero destructivas armas.

Cuando uno de los miembros del grupo familiar está enfermo, todo el grupo lo está, un niño marginado reacciona a veces con conductas agresivas tan sólo para hacer notar su presencia o se esconde dentro de sí, con un resentimiento cada vez mayor o menos evidenciado. Otras veces, procura una evasión del medio con desdén e interés en busca de otros ambientes, aquello que le es negado en el suyo propio.

Por lo que cada uno de los miembros del grupo actúa en un estilo propio, en relación con sus características, equipo potencial: surge así, conductas solidarias, conductas negativas, rechazos, indiferencias, o actitud compasiva.

Es la tarea del trabajador social en el campo de la asistencia social y la psiquiatría social, estudiar las conductas y las relaciones interpersonales del grupo familiar, en el cual la conducta de uno de los miembros

revela signos patológicos que hacen imposible la convivencia. Informarse acerca de los problemas interfamiliares, situaciones ambientales en general, tipo de relaciones existentes entre los miembros del grupo familiar, actitudes, y otros detalles relacionados con la conducta social, económica, política y cultural del paciente.

8.5 SOLIDARIDAD SOCIAL DE PARTE DEL ESTADO.

El Estado, es un elemento jurídico superestructural, es un hecho sociológico, histórico, producto del trabajo del hombre y de las contradicciones que nacen en el seno de la sociedad, dentro del surgimiento de la propiedad privada, y el avance de los medios de producción. Lo superestructural, es el producto de lo estructural, y a la vez, determina el curso y las acciones de la sociedad que en forma premeditada y lógica ejecuta, para lograr los fines que considera lógicos y deseables. Mediante el Estado y sus elementos, se caracterizan aspectos tales, como el de la nacionalidad y por ello, posee en sus dos elementos primordiales: el ideológico y el coercitivo, o brazo armado (en realidad ambos son coercitivos, pero este término nos permite una distinción). Acompañan a esos elementos, los conaturales a toda sociedad, el aspecto humano, social, de las personas agrupadas y asociadas, el aspecto material, de las instituciones sobre las cuales se yergue el Estado, como elemento histórico geográfico, vinculado al tiempo, al espacio, y a la nacionalidad.

Analícemos en forma descriptiva la ligazón de esos dos elementos. Dentro de un sistema económico existen tres niveles, a saber: el estructural, dado por las relaciones que existen entre las personas, entre los grupos, y principalmente, entre las clases sociales, determinadas por las relaciones de producción dadas en cada caso concreto, el nivel de infraestructura o material, producto del trabajo del hombre, sobre el cual descansa el sistema social y se desarrolla la actividad económica y, el nivel superestructural o conjunto de conocimientos, ideas, políticas, métodos y filosofías, que orientan una sociedad que depende de la estructura social, del juego concreto, e interrelaciones que se dan entre ellas. Es así, como el estado se constituye en un elemento superestructural que actúa sobre la estructura. Es el elemento con la capacidad general y específica para hacerlo. De allí, que su acción implique la de todas las instituciones de una sociedad y a todas las afecte. Está por encima de ellas, sin embargo, para concretarse y para ser un producto de la sociedad necesita de las formas más amplias de organización social: nada más apropiado para ello, que se defina al estado, como la persona jurídica de los pueblos o, como la nación política-social y jurídicamente organizada. Es una forma concreta, el resultado del tipo y la forma de organización política que los grupos dominantes imprimen a la sociedad, para gobernarla.

" Gobernar, es actuar sobre un conjunto de criterios políticos, económicos, de acuerdo a un fin o fines determinados. Dirigir la sociedad, a un pueblo, de acuerdo al criterio político dominante.

Para gobernar, el aspecto material y social del Estado, se exige una sincronización y una coherencia que solo puede dar una estructura administrativa. Esta estructura, abarca todas las instituciones y organizaciones sociales que existen en un pueblo, en un momento determinado. Sin embargo, no en todas, ni en todo momento, puede intervenir el grupo gobernante; pues él, es el reflejo y producto de la clase dominante (económicamente). Por ello, su acción y su intervención está limitada a ese juego de intereses.

Históricamente, dentro de las sociedades divididas en clases, la esfera de acción del gobierno ha evolucionado, según el progreso y el desarrollo de las fuerzas de producción. Inicialmente, la esfera de acción del grupo gobernante estaba concentrada en el manejo del aparato coercitivo en coordinación con el aparato ideológico, que descansaba casi que totalmente, en el sector religioso y político. Sobre los grupos religiosos recaían las funciones educativas, las de salud, la atención y la formación indirecta y normativa, como recogedor de los recaudos que iban a sostener la estructura del brazo armado, de los tribunales de justicia, del sistema religioso, etc. El aparato administrativo incipiente, estaba dedicado a la creación y perfeccionamiento de la infraestructura sobre la cual se desarrollaba el proceso productivo, a crear condiciones favorables en el comercio internacional, mediante tratados políticos, o la guerra; en fin, a mantener el orden favorable a la clase dominante. Las luchas por el poder fueron obvias, y de ellas provino la evolución de las estructuras político-ad-

ministrativas del Estado." (39).

La lucha por el poder, es la lucha política que refleja el juego de intereses económicos. El hombre a su vez en forma individual y general anhela estados de superación de sus necesidades, de su problemática. El cumplimiento de ese deseo, de esa necesidad, genera y cualifica la lucha política. Mirando desde este contexto de las luchas por el poder y del deseo de superación del hombre, el bienestar social deja de ser una figura retórica, para convertirse en algo concreto y sustancial: en el objetivo único y concreto de toda política social, en la motivación básica de la planificación, en un proceso sistemático, coherente y estable hacia la superación de los problemas del hombre dentro de la sociedad organizada, y en la única respuesta válida a sus deseos y aspiraciones. Ningún elemento diferente al Estado, puede participar en ese proceso con la capacidad y magnitud exigida, existente. De allí, que si inicialmente como ya se inició en páginas anteriores, el sector de la problemática social que no está ligado directamente con la producción y con la infraestructura, descansable en manos del sector religioso o de instituciones de tipo trivial, familiar, o filantrópico.

Pero, si este fué posible y satisfactorio en la pequeña comunidad primitiva, y válido en el esclavismo, y el feudalismo, por el juego de relaciones existentes, no lo fué en la medida en que la sociedad se fué haciendo cada vez más compleja, densa y agitada en la medida en que la urbanización, permitió concentrar enormes masas-

(39)" N. Federico, Desarrollo Económico y Planificación-
Perspectivas. Edt. Progreso, 1.976. Pag. 25. "

en limitados espacios geográficos, y en que la revolución industrial, permitió a la nueva clase trabajadora; al obrero, el desarrollo de mayores potencialidades y ventajas asociativas frente a los grupos dominantes dentro de las enormes luchas entre el capital y el trabajo. A partir de allí, quienes gobiernan tienen cada vez mayores y complejos problemas, para mantener la coherencia del sistema.

Enormes masas de necesitados, desempleados, sin viviendas, y en pésimas condiciones de necesidad ponen en peligro permanente su estabilidad; la voracidad del dueño de la maquinaria, exige mayor refinación y potencia del elemento coercitivo, los grupos religiosos, son incompetentes e insuficientes para tal situación, mucho más los filantrópicos de origen particular, sus explicaciones, el radio de acción limitado y estrecho de sus sociedades, carecen de amplitud, de miras y concepciones necesarias para enfrentar tal situación; y por lo tanto, nada más conveniente que sea el Estado el que asume a partir de entonces, la función directa de la clase gobernante, la atención de la problemática social que sin estar relacionada directamente con la producción, crea las condiciones mínimas, necesidades, para la conservación y desarrollo de las fuerzas de trabajo.

La educación, la salud, la vivienda, en algunos casos - la nutrición, los salarios, las horas de trabajo, la seguridad social y la solidaridad social de parte del Estado, etc., son ahora una función del Estado, llamadas a convertirse a través de las luchas sociales en su función del Estado, llamada a convertirse a través de las luchas sociales en su función básica y primordial; por-

otro lado, tal concepción implica desde luego, un concepto diferente del " bienestar " personal del individuo, al lado de su concepción como proceso, viene a constituirse en un conjunto de instituciones políticas, - planes del Estado, encaminados a tratar los problemas de la comunidad, a crear las condiciones mínimas para que el hombre pueda conservar y desarrollar su capacidad de trabajo.;

Estas instituciones son creadas por el gobierno, incluidas dentro de la estructura administrativa del Estado, y manejadas por el grupo o clase gobernante. De allí, que pese a estar teóricamente bien intencionadas por ser productos y respuestas a las tensiones entre clases sociales; es lógico, que adolezcan de las fallas del sistema en el cual se implementan.

En todo esto, podemos destacar dos cosas; primero, que el bienestar social es una función del Estado, porque solo él, está en condiciones históricas de atender la problemática creciente de una sociedad compleja, como la industrializada, con la capacidad, la eficiencia relativa y la cobertura suficiente. Solo mediante él, se puede hacer de toda la planificación, un mecanismo social de prevención y solución de los problemas. Por que todo plan es fruto de una política, se torna en adecuada expresión de lo social; los planes conducen al real objetivo y bienestar social. Segundo, que la implementación del bienestar social institucionalizado como un elemento de la estructura político-administrativa del Estado, y su separación de mano del sector religioso y particular, es producto de las permanentes luchas de las clases trabajadoras, quienes en su afán de proteger

se y mejorar su condición ven en el Estado, el mecanismo idóneo para lograr sus fines y ejercer sus presiones generales y, de esa clase, su sector más cualificado, - han sido el motor para que en el mundo contemporáneo, - el Estado halla que intervenir no solo en lo referente a la infraestructura económica, no sólo en la creación y desarrollo de instituciones de bienestar social, encargadas de darle a la sociedad, al trabajador y a su familia, determinadas garantías; sino intervenir en el mismo seno del sector económico, elementos fundamentales y generadores del bienestar y hacia cuyo proceso productivo, está recíprocamente encaminada la estructura del Estado. El Estado de beneficencia, tal como está constituido actualmente, de manera alguna, ha hecho las bases íntegras, para la sociedad del futuro. Aún no se han examinado en toda su profundidad, los problemas más importantes de la distribución del ingreso, la riqueza social, los valores individuales y los sociales, la independencia de las decisiones individuales y sociales en el seno de la sociedad de beneficencia. Los mismos entrañan diferencias ideológicas, y la controversia, cada vez más intensa, acerca de los enfoques más eficientes para realizar el cambio social; señala que aún existen los conflictos fundamentales que caracterizan los períodos ideológicos reconocidos en un sistema capitalista, como el nuestro. Además, los objetivos o la dirección de ese cambio social, han de preocupar profundamente a las profesiones sociales, los métodos o procesos mediante los cuales esos objetivos se logran. Por el lado político, es necesario reconocer las controversias ideológicas, de suerte que permitan la acción y toma de decisiones democráticas apropiadas. Por el lado -

administrativo, los programas deben constituirse de tal forma, que admitan la máxima libertad de expresión y satisfacción de aquellos a quienes han de servir.

Por otro lado, se encuentra el aspecto social, muy importante en profesiones como el Trabajo Social, pues es el campo donde mejor se desempeña este profesional, ya que existen múltiples necesidades insatisfechas, situaciones conflictivas, falta de orientación social para el ser humano, desprovisto de medios económicos y de un mejor bienestar para su familia.

Es aquí, donde el Estado debe tomar parte activa, brindándole a ese ser humano y su familia, solidaridad social. Pues, el individuo se encuentra en estos momentos sin el apoyo necesario de parte del Estado, quién está en la obligación de colaborar y atender las necesidades y orientación de todo ciudadano.

El Estado por medio de sus instituciones y organizaciones sociales, necesita proponer proyectos y programas que favorezcan a la comunidad, en busca de un mejor desarrollo integral y social.

CAPITULO IX

RECOPIACION DE ESTUDIOS SOCIALES INVESTIGADOS.

En este numeral, nos permitimos mencionar las condiciones en que llegamos a fondo, de los estudios sociales que nos sirvieron de base en nuestra investigación.

Para lograr estos estudios, contamos con la colaboración de instituciones hospitalarias, como: El Hospital Mental Departamental, y el Hospital Neuro-psiquiátrico San Rafael de la ciudad de Barranquilla; así como también, de la colaboración del personal médico y paramédico de dichas instituciones.

Debido a que el aspecto social en el campo psiquiátrico es tan amplio, nos vimos precisadas a realizar ciertas consultas, que nos dieran el conocimiento necesario para afrontar la problemática social planteada por nosotras; y así, arrojar datos valiosos a nuestra investigación. El tiempo empleado para obtener los datos requeridos por nosotras, ha sido relativo, pues no contamos con un horario establecido de antemano, por ser este campo muy extenso, en cuanto lo investigado.

A continuación enunciamos los diez y ocho estudios sociales que presentaron resonancia en el problema social que nos afecta, y especialmente, en la labor que debe desarrollar el trabajador social, en el campo de la psiquiatría social, donde éste profesional le corresponde actuar con el personal médico para una mejor orientación profesional, y el restablecimiento e integración del enfermo a la sociedad en general.

ESTUDIO SOCIAL No. 1

El paciente es un joven de diez y ocho años de edad, que enfermó de la mente a la edad de 14 años. Ha tenido tratamiento psiquiátrico por dos ocasiones. La familia del paciente se encuentra instalada en un barrio marginado, y con casa propia; el medio ambiente no es apropiado para un joven con enfermedad mental.

En cuanto al aspecto económico, observamos que los recursos que obtienen son escasos. Al paciente siempre le gustó jugar a las cartas, parqués, y el dominó.

El padre del paciente recibió capacitación en el Sena, como mecánico, es analfabeta, no tuvo preparación para saber orientar su hogar. La madre realizó cursos de capacitación, y tampoco la orientaron sobre el manejo de un hogar.

Realizó estudios hasta el quinto año de primaria, pero lo realizó con muchos sacrificios; pues todos los años los repetía, por ser mal alumno, y no gustarle el estudio. Observaba malas relaciones con sus profesores y con sus condiscípulos. El padre no tiene una labor definida, pues ha trabajado en forma independiente y en lo que se le presenta.

En el área personal podemos anotar que: paciente agresivo, con fiebres altas, constantes dolores de cabeza y mareos, con crisis nerviosas fuertes, inseguro y retraído. Con frecuencia presenta intranquilidad y angustias, al ver que sus padres se encuentran separados.

Tiene idea fija de creerse Dios, delirios de grandeza, ambivalencia en el aspecto emocional, tendencias al homo sexualismo. Se encuentra sobreprotegido y dependiente-

por parte de la madre; por otro lado, se observó la incompreensión del padre para con el paciente.

En las relaciones sociales, el paciente se muestra tímido y con aversión a los ruidos y conglomerados. Por esta razón, las relaciones sociales son nulas, pues, le gusta encontrarse alejado de sus amigos; las relaciones entre paciente y padre son nulas, porque no se han llevado bien, debido al miedo y al complejo de culpa que siente el paciente hacia el progenitor; criticando constantemente al padre, por haberle negado tanto en lo material, como en lo afectivo; y las idas periódicas del padre, han decaído las relaciones entre ellos.

Otro aspecto importante, es la incompreensión que tiene el padre para con el paciente; pues dice, " la enfermedad del hijo se debe a que no trabaja, y por lo tanto, no reporta beneficios al hogar, "

COMENTARIOS. Hemos podido captar en el estudio social de este paciente, que en su enfermedad mental han podido influir factores como: la falta de orientación de los padres, para asumir el papel que les corresponde frente a las responsabilidades y obligaciones en su papel de padres; quienes sin darse cuenta, seguramente por esa falta de orientación que ellos no tuvieron, pero que en su afán de hacerle al hijo la vida fácil (la madre), procura que él, no actúe, ni piense, convirtiéndose en una persona dependiente y con tendencias al homosexualismo. El paciente al lado de un padre rígido, quien actúa no como padre, sino como autoridad única en el hogar (cuando convivía con ellos), no dándole la libertad, diálogo, comprensión, afecto, creando en el joven un es

tado de miedo y complejo de culpa hacia él, y al mismo tiempo, una total inseguridad para actuar, que le afecta su capacidad, voluntad, valoración, tanto física, como intelectual y psíquicamente.

ESTUDIO SOCIAL No. 2

El paciente es un joven adolescente de 17 años de edad, que presentó los primeros síntomas de la enfermedad mental, a la edad de los 15 años. Ha ingresado por dos ocasiones en hospitales mentales. La familia del paciente se encuentra residenciada en casa alquilada y en un barrio de invasión. Presentan recursos económicos escasos. El medio ambiente de ese hogar es inadecuado para el paciente. A él, le gusta divertirse mucho en cines, y bailes. La familia presenta creencias culturales, hasta el punto de decir, que el paciente enfermó por brebajes, y le han hecho tratamiento a base de hierbas.

El padre del paciente no recibió cursos de capacitación. Cursó el segundo año de primaria. No obtuvo preparación para el manejo del hogar. La madre no hizo cursos de capacitación y cursó el tercer año de primaria.

El paciente cursó hasta el segundo año de primaria. Presentó buenas relaciones con sus condiscípulos y maestros; su disciplina fué buena. El paciente no tiene un trabajo definido.

El paciente es agresivo, constantemente sufre de dolores de cabeza, bastante retraído, inseguro e incomprendido por parte del padre y de los hermanos. Es poco comunicativo, le gusta caminar mucho, le molesta los ruidos y conglomerados; presenta hiporecacia, es decir, le gusta-

comer en abundancia.

Presentó conflictos en la adolescencia, por no saber a frontar la crisis que se dá en esa edad, y por no tener la suficiente orientación. Se le dió por fumar marihuana a la edad de 15 años.

Como le molestan los ruidos, se encuentra marginado socialmente, pues dice que de esta forma no lo molestan. Los únicos amigos que presenta, son los amigos para conseguir y fumar la marihuana.

Las relaciones entre padres, hermanos, con el paciente, son muy tensas; pues, sus familiares presentan hastío y poca tolerancia hacia las labores que realiza el paciente. Constantemente lo están llamando loco, y la madre se disgusta por el comportamiento del padre y de los hermanos, para con él.

COMENTARIOS. En este núcleo familiar hemos observado el poco afecto, comprensión, valoración, tolerancia (padre y hermanos), para con el paciente. Debido a la inmadurez y a la poca experiencia, el paciente no ha sabido afrontar los conflictos que se presentan en la adolescencia.

El paciente necesita mucho afecto, comprensión, tolerancia, apoyo, y sobretodo, que lo vean como una persona adulta, con interés en la vida.

ESTUDIO SOCIAL No. 3

En la actualidad, el paciente cuenta con 15 años de edad; enfermó de la mente a los 13 años. Ha ingresado a hospitales mentales por dos ocasiones, y una vez, en institu-

ciones privadas por tratamiento por droga.

Sus familiares se encuentran viviendo en casa propia, y el barrio es residencial, pues presentan buenos recursos económicos.

El medio ambiente social en que se desenvuelve el paciente es cómodo y disfrutan de muy buenas relaciones. El paciente tiene muchos amigos por conducto de la droga. A él, le gusta divertirse en los bailes. Los padres del paciente no tuvieron la oportunidad de recibir cursos de capacitación, son analfabetas y tampoco, tuvieron orientación sobre el manejo de un hogar.

El paciente realizó estudios hasta el sexto año de bachillerato, pero por medio de la compra de los certificados; pues, era un alumno desaplicado.

Ha trabajado en empresas privadas, pero no dura mucho en dichos trabajos.

El paciente se muestra agresivo con la madre, presenta inseguridad, trastornos en la conducta y el comportamiento, afecto y aspecto emocionales nulos, falta de apoyo moral por parte de los padres, sobreprotección de la madre; paciente farmacodependiente, y le gusta ver la sangre.

Le gusta disfrutar de las buenas relaciones sociales, pues le satisface encontrarse en lugares elegantes y de buen gusto. El paciente mantiene vínculos estrechos con ciertos amigos, y es la adicción y dependencia de la droga.

En las relaciones familiares se ven los constantes conflictos en el hogar, por parte de los padres, puesto que riñen, se maltratan de hechos y palabras; todo esto, es debido a la sobreprotección y dependencia que ejerce la madre en el paciente. El paciente rechaza la imagen ma-

terna; pues él dice: " que su madre inutilizó la imagen que tenía de su padre, sin dejarlo intervenir en la crianza del paciente."

COMENTARIOS. En estudios como estos, podemos recalcar, como la falta de una buena orientación para con el paciente puede ocasionarle trastornos en el comportamiento y la conducta, por no saber afrontar las situaciones problemas que se pueden presentar más adelante. Pues la sobreprotección y dependencia que ejercen ciertos padres en los hijos, conllevan a inutilizarlos, y de esta forma el muchacho no puede desarrollar sus capacidades y actitudes. El muchacho busca escape en la droga y se convierte en un adicto a ella; al consumir con frecuencia la droga, esta se vuelve indispensable a su organismo, y como el muchacho no se preocupa de una buena alimentación se debilita física, intelectual y psíquicamente, llevándolo más tarde a la enfermedad mental.

ESTUDIO SOCIAL No. 4

La paciente es una joven de 16 años de edad que presentó síntomas de enfermedad mental a la edad de 15 años. Es la primera vez que ingresa a un hospital mental. Económicamente, la familia se encuentra agobiada por la situación que presentan. Pues viven en el campo en una pequeña finca de su propiedad, pero a base de préstamos en la caja agraria; lo que logran recoger, es para amortiguar la deuda. A la paciente le encantan los juegos de mesa y los bailes.

El padre y la madre, no tuvieron oportunidad de recibir cursos de capacitación. El padre realizó hasta el tercer año de bachillerato, la madre es analfabeta. Tampoco obtuvieron preparación para saber orientar a su hogar. El paciente cursó el segundo año de bachillerato, sus relaciones con maestros y amigos, fueron cordiales.

La paciente ha trabajado en almacenes comerciales y le fué bien, hasta que enfermó de la mente.

El paciente se siente inseguro, retraído e introvertido, con delirios de persecución, sufre de fiebres altas y constantes dolores de cabeza, llora mucho y habla frases incoherentes; el aspecto afectivo y emocional están nulos, padece de anorexia (disminución del apetito), y es pasivo.

Presentó conflictos en la etapa del desarrollo; o sea, en la etapa de la pubertad, por no saber afrontar bien los problemas de la pubertad, los de su hogar, también, por no comprender el papel que representa ella dentro del hogar.

Las relaciones sociales son nulas, porque viven alejados del algún pueblo o caserío, y también porque se encuentran atariados en la labor del campo.

Las relaciones familiares marchan muy mal, debido a la poca atención, comunicación, comprensión, afecto, confiabilidad entre ellos. Puesto que no se reúnen a dialogar como amigos, a contarse las dificultades que se presentan, para tratar de solucionarlas entre todos, como familias que son.

COMENTARIOS. La paciente no superó la etapa de la adolescencia, por no tener la suficiente orientación al respec

to. También, encontró angustias y desesperación por el problema que imposibilitaba a sus padres para darle pronta solución; como es, el brindarle un mejor porvenir a sus hijos. Ella comprendió esto, pero no supo afrontar la situación problema, y se vió sometida a situaciones-stress, dolores de cabeza, fiebres, delirios, no resistiendo y enfermó mentalmente.

Para su recuperación, la paciente necesita que sus padres, le brinden colaboración, afecto, comprensión, y sobre todo, que se le tome en cuenta como persona adulta, en el momento de la toma de decisiones.

ESTUDIO SOCIAL No. 5

Presentamos a un muchacho de 17 años de edad, que comenzó a padecer perturbaciones mentales a la edad de 16 años, por conflictos en el hogar. Ha presentado dos recaídas en la enfermedad, y en esas ocasiones, han tenido que llevarlo a hospitales mentales.

El medio ambiente no es aceptable para un paciente con perturbaciones mentales. La familia se encuentra viviendo en un barrio de invasión, y la casa es propia. El aspecto social es nulo y los recursos económicos son escasos. A él, le gusta las diversiones sanas, como el baile y el cine.

Los padres no realizaron cursos de capacitación, ni la preparación en el manejo del hogar. El padre realizó estudios hasta el cuarto año de primaria; la madre hizo hasta el segundo año de primaria.

El paciente realizó estudios hasta el tercer año de bachillerato, mantuvo buenas relaciones con sus maestros-

y condiscípulos. El paciente ha trabajado independientemente, pues no tiene una labor definida.

El paciente se encuentra incomprendido por parte del padre, falta de aspecto emocional y afectivo, los cuales son nulos, sobreprotección y dependencia por parte de la abuela paterna. Presenta ideas fijas por recorrer el mundo, para hacer valer el dinero colombiano, delirio de persecución y de grandeza.

El paciente repudia la imagen paterna, por convertirse en padre alcohólico. Es agresivo, y poco comunicativo. Las relaciones sociales marchan muy mal, pues el paciente no es comunicativo.

Las relaciones familiares marchan muy mal, por el poco diálogo, comprensión, colaboración, cariño, que no ayuda en nada en la recuperación del paciente enfermo mental. Ya que, la familia del paciente debe comprenderlo, brindándole un ambiente familiar de acuerdo a él, por su enfermedad.

COMENTARIOS. El padre no ha correspondido en las obligaciones y deberes con su papel y función de padre; por el contrario, la imagen materna juega un papel muy importante en este hogar, pues la madre le ha tocado asumir los dos papeles, para sortear los inconvenientes que a diario se presentan en un hogar.

Además, ese hogar necesita de colaboración por parte de sus integrantes, para que halla armonía, comprensión, respeto, diálogo, afecto, y sobre todo, saber hablar y escuchar, para que tomen decisiones entre todos.

ESTUDIO SOCIAL No. 6

En este estudio social encontramos a un muchacho de 17-años de edad, quién enfermó a los 15 años. A esta edad-comenzó a ingerir drogas, hasta llevarlo a convertirse-en un farmacodependiente. Ha ingresado por dos ocasiones a instituciones psiquiátricas.

El medio ambiente no es el propicio para el restablecimiento del paciente, pues la comunidad se encuentra invadida por muchos amigos de la droga, aparte de la madre y los hermanos, no se encuentra otra persona que lo ayude, comprenda, le brinde cariño, por el solo hecho de encontrarse enfermo.

La familia se encuentra alojada en casa propia, y el barrio es residencial. Los recursos económicos de esta familia son regulares, al paciente le gusta divertirse - por medio de los juegos de mesa.

El padre no recibió cursos de capacitación para el manejo de la familia; realizó estudios hasta el sexto año - de bachillerato. La madre recibió cursos de capacitación en el Sena, de Modistería, y cursó hasta el quinto año-de primaria; los padres no recibieron orientación, para la preparación en el manejo del hogar.

El paciente es una persona analfabeta, debido a la poca atención que demostró en el estudio; pues la madre le - buscó dos profesores para que lo enseñaran en el hogar, pero él, no quiso estudiar. Nunca ha trabajado, ni se - encuentra capacitado en algún arte.

En el área personal, el paciente demuestra agresividad-hacia su padre, incomprensión por parte del padre; él, sufre de constantes dolores de cabeza y mareos, es inseguro, retraído, presenta crisis nerviosas cuando no le

dan dinero para comprar la droga; se encuentra sobre -
protegido y dependiente por parte de la madre. Por esta
razón, han anulado la voluntad y capacidad del paciente
para afrontar situaciones problemáticas.

A la edad de 15 años fumó marihuana.

Las relaciones sociales son nulas, por ser muy tímido y
presentar aversión a los ruidos. Solo mantiene estre-
cha relación con un grupo de amigos adictos a la droga.
Las relaciones familiares entre padre y paciente son nu-
las, pues el padre no ha sabido asumir su papel como -
tal, y de esta forma, ha anulado la imagen paterna.

El padre del paciente dice: " es un vicioso que nunca -
se curará, hay que darle buenos golpes para que aprenda."
"

COMENTARIOS. Hemos podido observar en este hogar una at-
mosfera de incomprensión, falta de valoración, colabora-
ción por parte del padre del paciente. Aclaramos que el
señor no tiene la culpa, pues el Estado no le ha brinda-
do la debida orientación social y de esta forma, no ha
sabido asumir su papel de padre.

Hay que tener presente que los padres llegan al matrimo-
nio sin la debida orientación al respecto; por eso, se
observan muchos hogares con problemas similares.

La madre, ha aportado lo positivo en el hogar, pues ha
tenido las obligaciones y equilibrio del mismo. Ella pe
presenta para sus hijos, lo alegre, colaboración, cari-
ño, diálogo, etc, ya que ella, ejerce el papel de padre
y de madre.

Los constantes conflictos entre padre y madre del pa-
ciente, el abandono de ellos, y la incomprensión para -
con él, de parte del padre, lo obligó a no saber enten-

der los problemas que se presentan; y mucho menos, a resolverlos, encaminándolos a buscar nuevos senderos, que le diera el escape de tal situación. Lo consiguió a costa de volverse farmacodependiente, y más adelante, le ocasionó trastornos en la mente.

ESTUDIO SOCIAL No. 7

Presentamos a un muchacho de 15 años de edad, que a los 13 años, enfermó de la mente, por los posibles conflictos en el hogar, entre sus padres. Ha ingresado por dos ocasiones en hospitales mentales.

La familia se encuentra viviendo en un barrio residencial y casa propia. El medio ambiente social es bueno para el paciente.

En cuanto al aspecto económico, observamos que presentan buenos recursos económicos; el paciente cuenta con muchos amigos por intermedio de la droga. Al paciente le gusta divertirse en cines, y paseos. En el seno familiar captamos un atmósfera de malas relaciones interpersonales.

El padre realizó cursos de capacitación en el Sena, de mecánica, cursó educación técnica. La madre recibió cursos de capacitación en el I C B F, de modistería y repostería. Es analfabeta. Ellos, no tuvieron la oportunidad de recibir orientación sobre el manejo del hogar.

El paciente realizó estudios hasta el cuarto año de bachillerato comercial. Era muy desaplicado, y las relaciones entre maestros, condiscípulos, y paciente no fueron muy cordiales, debido a su agresividad. El paciente no ha laborado, pues no se encuentra capacitado en determinada labor.

En el área personal, podemos expresar que el paciente - se muestra inseguro, presenta además crisis nerviosas, delirios de grandeza y de persecución, el aspecto emotivo y afectivo son nulas, relaciones familiares y sociales también son nulas.

Las relaciones familiares para con el paciente son negativas, debido al poco interés hacia él, de parte de sus familiares.

COMENTARIOS. Estudios sociales como éste, podemos decir, que el paciente presenta ambivalencias, debido seguramente a la poca valorización y estimación de parte de sus padres, quienes en la mayoría de los casos no están preparados para asumir el papel de padres, pues el Estado no proporciona una educación adecuada, de acuerdo a la problemática existente.

ESTUDIO SOCIAL No. 8

Paciente que enfermó a la edad de 15 años; en la actualidad tiene 17 años. Ha ingresado por tres veces a hospitales mentales.

Ha enfermado por posibles conflictos en la adolescencia y el hogar.

El medio ambiente familiar se encuentra afectado por la incomprensión de sus padres; la familia se encuentra económicamente escasa de recursos. El paciente tiene pocos amigos, pues él, los acusa de ser los causantes de su enfermedad mental; en ocasiones se a puesto en tratamiento de hierbateros y curanderos.

La familia se encuentra viviendo en casa alquilada y en barrio de invasión. Al paciente le gustan las diversio-

nes tales como los juegos de mesa.

El padre no recibió cursos de capacitación. Realizó estudios hasta el segundo año de bachillerato y no tuvo preparación para orientar a su hogar; la madre recibió curso de capacitación en el Sena, de modistería. Cursó el quinto año de primaria, y no tuvo orientación para el manejo del hogar.

El paciente realizó estudios hasta el segundo año de primaria, mantuvo buenas relaciones con sus condiscípulos y maestros. No continuó estudiando por falta de recursos.

El paciente ha trabajado independientemente, para tratar de colaborar en su hogar.

En el área persona, el paciente se muestra agresivo, in tranquilo, inseguro, presentó conflictos en la adolescencia. Las relaciones interpersonales son nulas (hermanos y padres), tendencia a fumar la marihuana.

Las relaciones sociales son nulas (según sus padres), debido al comportamiento agresivo que presenta el paciente sobre todo cuando le dan las crisis nerviosas. Las relaciones interpersonales entre los padres, los hermanos, y el paciente, son nulas.

COMENTARIOS. Como pudimos observar en este estudio social se nota la falta de preparación y orientación de los padres, ya que el padre es analfabeta, y sin contar con la debida orientación profesional y social de parte del Estado, podemos decir, que es un padre desorientado. Las relaciones interpersonales marchan también su aporte como contribución a que el paciente buscara su escape en la droga, convirtiéndose más tarde en enfermo mental.

ESTUDIO SOCIAL No. 9

Presentamos a un joven de 16 años de edad, que enfermó a la edad de 14 años. Ha ingresado por dos ocasiones en instituciones psiquiátricas.

La familia se encuentra viviendo en casa propia y el barrio es residencial. Los recursos económicos son regulares .

El medio ambiente social es nulo, pues nunca se han relacionado con sus vecinos, ya que se encuentran por completo entregados a labores del hogar. Al paciente le entusiasma el cine, y cree mucho en supersticiones, al decir ellos, que el paciente enfermó por medio de maleficios y hechicerías; Le han practicado tratamiento con hierbateros, para alejar el mal que lo aqueja.

El padre recibió cursos de capacitación en el Sena, de mecánico, realizó estudios hasta el sexto año de bachillerato, y no tuvo preparación en el manejo del hogar. La madre recibió cursos de capacitación en el Sena, de modistería, cursó hasta el quinto año de primaria; y no tuvo la orientación profesional sobre el manejo del hogar. El paciente cursó hasta el cuarto año de primaria. Las relaciones entre el padre, el paciente, el maestro, y condiscípulos fueron siempre cordiales. El paciente se desempeña en los oficios domésticos del hogar, nunca ha laborado en otro lugar.

En el área personal observamos inseguridad, intranquilidad, debido a los delirios de persecución, angustias, tendencias al homosexualismo y relaciones sociales nulas.

Las relaciones sociales del paciente marchan mal, debido a sus delirios de persecución piensa que " todos quieren hacerle daño."

Las relaciones familiares son escasas, ya que los familiares repudian al paciente por su tendencia al homosexualismo; la madre es la persona que tiene un poco de comprensión para con él.

COMENTARIOS. Podemos concluir que en el paciente se nota la falta de colaboración en el papel que deben asumir los familiares en el logro de capacidades y actitudes del paciente, pues la falta de preparación de los padres y la falta de orientación social y profesional, que el Estado debe brindarle a los padres para desempeñarse como tal, conllevan a no saber ó no poder, desempeñar como tal su papel, repercutiendo esto, en problemas sociales en la mayoría de las ocasiones.

ESTUDIO SOCIAL No. 10

Presentamos a un joven de 17 años de edad, que presentó perturbaciones mentales a la edad de 15 años. Ha ingresado por dos ocasiones a instituciones psiquiátricas.

La familia del paciente se encuentra viviendo en casa propia y el barrio es de invasión. El ambiente familiar demuestra una atmósfera de pobreza. No tiene vida social por temer que el paciente le cause agresión a un vecino, pues el paciente es muy nervioso y agresivo. El paciente le gusta divertirse en los juegos de mesa y en bailes.

Los padres no recibieron cursos de capacitación, como

tampoco de orientación para prepararse en el manejo del hogar. El padre, realizó estudios hasta el sexto año de bachillerato; la madre, realizó el sexto año de normal.

El paciente realizó estudios hasta el primer año de bachillerato. El comportamiento con sus maestros y condiscípulos fué cordial, no pudo seguir estudiando por falta de recursos. Ha laborado en empresas privadas, para brindar colaboración a sus familiares.

En el área personal, el paciente presenta timidez, retraído, introvertido, conflictos en la adolescencia, crisis nerviosas, fiebres altas y dolores de cabeza; se muestra pasivo y las relaciones familiares marchan mal; como también las interpersonales.

Las relaciones entre el paciente y el padre son nulas. Las relaciones sociales son malas, debido seguramente, a su forma de comportamiento y sus crisis nerviosas. Además, la inseguridad que presenta es muy notable. Las relaciones familiares son nulas, debido al poco diálogo, afecto, valoración, incomprensión. El padre del paciente es poco tolerante, según el paciente; la madre lo tiene sobreprotegido.

COMENTARIOS. En hogares como este, en donde las relaciones familiares marchan mal debido a la no comprensión del papel que les toca sumir a cada uno, en su función como núcleo familiar, por la falta de diálogos; por eso se hace necesario la orientación social y profesional que el Estado debe brindar a los padres, para desempeñarse en su función y papel de padres.

ESTUDIO SOCIAL No. 11

Paciente de 17 años de edad, que enfermó a la edad de 14 años, con fiebres altas y constantes dolores de cabeza. Ha ingresado por tres ocasiones en hospitales mentales.

La familia se encuentra en casa propia; el barrio es residencial y fué construido por el Instituto. Cuentan con buenos recursos económicos. El medio ambiente social es adecuado para el paciente; a él, le gusta divertirse con juegos de mesa.

El padre no recibió cursos de capacitación. Es analfabeta, y no tuvo preparación en la orientación de su hogar. La madre no recibió cursos de capacitación, es analfabeta, y no tuvo orientación en el manejo del hogar.

Realizó estudios el paciente, hasta el quinto año de primaria. Sus maestros con frecuencia presentaban quejas de él, por su indisciplina y mal comportamiento en clases. Por ser tímido, no se relacionó bien con sus condiscípulos.

Nunca ha trabajado, y tampoco se encuentra capacitado en algún arte.

En el área personal del paciente observamos que éste, se muestra inseguro, presenta angustias, retraído e introvertido, delirios de persecución, incomprensión del padre, aspecto afectivo y emotivo nulos.

Las relaciones sociales se muestran con desinterés de parte del paciente, pues le gusta la soledad, ya que, temen que le hagan daño los demás. Hay poca comunicación entre el paciente y sus familiares, ya que el padre es poco comprensivo con el paciente, y la madre lo sobreprotege.

COMENTARIOS. La madre en su afán de proteger al paciente, sin querer ha llegado a la sobreprotección y dependencia para con el paciente, lo cual hace, que él, se sienta inútil. Todo esto, es debido a la poca preparación y orientación, pues son personas analfabetas (padres), quienes no han tenido oportunidad de recibir orientación social y profesional, pues el Estado no se las ha proporcionado.

ESTUDIO SOCIAL No. 12.

Presentamos a un joven de 17 años, que enfermó a la edad de 16 años, por conflictos en la adolescencia. Ha ingresado por una vez a instituciones psiquiátricas. La familia vive en casa alquilada, y el barrio es marginado. Presentan bastantes dificultades económicas, por escases de recursos. A pesar de presentar enfermedad mental, el paciente tiene muchas amistades, pues es muy pasivo. Le gusta divertirse mediante los juegos de mesa y los bailes.

El padre no recibió cursos de capacitación, realizó estudios hasta el quinto año de primaria. No tuvo preparación para orientar su hogar. La madre tampoco recibió cursos de capacitación, cursó el tercer año de primaria, y no tuvo orientación en el manejo del hogar.

Paciente muy estudioso, cursó el cuarto año de bachillerato comercial. Con sus compañeros y maestros mantuvo buenas relaciones, pues en todo momento lo apoyaron y colaboraron en busca de su bienestar. El paciente ha laborado en empresas oficiales.

En el área personal, el paciente demuestra agresividad, intranquilidad, presentó conflictos en la adolescencia, las relaciones sociales son nulas, también las interpersonales; el aspecto emotivo y afectivo son nulos.

Las relaciones sociales son nulas, debido a que el paciente es una persona inestable en su comportamiento.

Las relaciones familiares para el paciente son negativas, pues, sus familiares no tratan de comprenderlo, dándole afecto, comprensión, valorando como persona que es y que tiene derecho por lo tanto a que se le atienda como tal.

COMENTARIOS. Podemos captar que en estudios sociales como este, en donde el paciente no cuenta con la debida-orientación, afecto, y valoración de parte de sus familiares, el adolescente en la etapa de la pubertad, no teniendo la debida orientación, está sometido a sufrir crisis nerviosas; por lo tanto, a contraer la enfermedad mental. Los padres al no contar con la debida orientación, para asumir el papel de padres, sin darse cuenta, contribuyendo en el desarrollo de la enfermedad, en lo cual el Estado, también toma parte activa en problemas sociales como esta, la enfermedad mental.

ESTUDIO SOCIAL No. 13.

La paciente es un joven de 17 años de edad, a los 15 años presentó los primeros síntomas de la enfermedad. Ha tenido tres ingresos a instituciones psiquiátricas. La familia vive en casa arrendada, el barrio es marginal. El ambiente familiar es de incompreensión y falta de apoyo.

El aspecto social es nulo, porque según sus hermanos, - se necesita mucho dinero para realizar vida social; por esta razón, la paciente no sale del hogar, y nunca ha tenido ratos de distracción . Los recursos económicos - son escasos.

La familia cree mucho en brujerías, y dicen que la paciente enfermó de la mente por brebajes y le han dado - tratamiento a base de hierbas.

El padre no recibió cursos de capacitación, cursó el segundo año de primaria y no tuvo orientación en el manejo del hogar. La madre no recibió cursos de capacita - ción, es analfabeta, y no tuvo orientación en el manejo del hogar.

No realizó ninguna clase de estudios, es analfabeta. No ha trabajado nunca y no se encuentra capacitada en al - gún arte.

En el área personal del paciente notamos que: es agre - sivo, intranquilo, sufre de angustias, incomprensión - de parte de los hermanos, introvertido, fiebres y dolo - res de cabeza, sobreprotección y dependencia (madre), relaciones sociales negativas. A él, le molestan los - ruidos y por esta razón se halla marginado socialmente. En las relaciones familiares entre paciente-hermanos, - son nulas, al igual con el padre, quienes constantemen - te lo están tildando de " loco ". La madre en su afán - por suavizar el estado de las relaciones familiares, ha sobreprotegido al paciente.

COMENTARIOS. Nos damos cuenta que en este núcleo fami - liar, donde el paciente es la víctima ó escape de las - malas relaciones interpersonales, por la poca orienta - ción social y profesional , a la madre le ha correspon -

dido sobreproteger al paciente, sin darse cuenta que en esta forma lo inutiliza, creando en él situaciones de angustias, agresividad, etc, y por ende, la enfermedad mental .

Como hemos dicho anteriormente, al Estado le corresponde orientar a los padres a través de sus políticas de Bienestar Social.

ESTUDIO SOCIAL No. 14.

Presentamos a una joven de 17 años de edad, que enfermó a edad de quince años. Ha ingresado por tres ocasiones a instituciones psiquiátricas. Presenta trastornos en la conducta y el comportamiento.

La familia reside en casa propia, el barrio es de invasión. Presentan escasos recursos económicos. El medio ambiente social no es el adecuado para una persona enferma mental, por la forma como se expresan sus familiares. A la paciente le entusiasma mucho salir a paseo, pero es, a escondida de sus familiares. El padre no recibió cursos de capacitación, cursó el segundo año de bachillerato. No tuvo orientación en el manejo del hogar. La madre no recibió cursos de capacitación, cursó hasta el quinto año de primaria. No tuvo orientación en el manejo del hogar.

El paciente realizó, estudios hasta el primer año de bachillerato. Cuando se encuentra restablecida realiza cursos de capacitación, como modistería, belleza, etc. Mantuvo buenas relaciones con sus maestros y discípulos, la paciente se desempeña en los oficios domésticos del hogar.

El área personal podemos decir, que la paciente es agresiva, se muestra intranquila, delirios de persecución, delirios de grandeza, relaciones interpersonales nulas, incomprensión (padre), crisis nerviosas, aspecto afectivo y emotivo nulos, malas relaciones sociales.

Le gusta tener relaciones sociales con jóvenes de conducta no muy buena, (drogadictos, delincuentes comunes), o sea, que sus relaciones sociales son malas.

En las relaciones familiares se suceden conflictos en el hogar por parte de los padres y hermanos. Todo esto, debido a la tolerancia de la madre para con la paciente, pues la madre, la soporta por lástima, porque todos la censuran.

COMENTARIOS. En estudios sociales como este, se puede apreciar, como ciertos padres actúan debido a la falta de orientación, no sabiendo darle al problema presentado, la debida solución, pues, el estado encargado de la solución de los problemas sociales y en lo que respecta a la orientación social, no hace nada por solucionarlos.

ESTUDIO SOCIAL No. 15

La paciente es una joven de 17 años de edad, que presentó sus primeros síntomas de enfermedad mental, a la edad de 13 años; o sea, en la etapa de la menarquía, conocida también como conflictos en la adolescencia. Ha ingresado por tres ocasiones a instituciones psiquiátricas.

La paciente y sus familiares se encuentran instalados en casa propia, el barrio es residencial y aceptable para la recuperación de la paciente.

La familia presenta recursos económicos regulares. El medio ambiente social es nulo para la paciente, pues sus familiares no le dejan tener amistades, para evitarle problemas, debido a la enfermedad mental que padece. Esta familia presenta creencias culturales muy arraigadas; pues creen que sus pacientes enfermó por hechizos, y la han llevado a tratarse con medicinas a base de hierbas.

El padre no recibió cursos de capacitación, es analfabeta, y no tuvo preparación para orientar su hogar. La madre no recibió cursos de capacitación, es analfabeta, y no tuvo preparación en la orientación del hogar.

La paciente es analfabeta, y no ha tenido la oportunidad de capacitarse.

La paciente no se ha desempeñado nunca en cualquier trabajo.

En el área personal presentamos a una paciente que se muestra pasiva, delirios de persecución, malas relaciones sociales, aspecto afectivo y emocional nulos, angustias, sobreprotección y dependencia (tía), la paciente es huérfana, relaciones interpersonales nulas.

La paciente es muy desconfiada, pues cree que todas las personas quieren hacerle daño, las relaciones sociales del paciente son negativas por su misma desconfianza a las personas.

Las relaciones familiares marchan muy mal, porque el paciente no quiere contacto familiar con el padre ni con los hermanos, con la tía se dá un poco, (porque ella; o sea la tía), lo ha vuelto independiente y sin voluntad.

COMENTARIOS. En este estudio social, notamos como la dependencia de ciertos padres en su afán de darle al hijo una vida más fácil condicionan a la persona (paciente), a desajustes del comportamiento y la conducta y por último enfermedad mental. Todo esto debido a la poca orientación y preparación social de parte del Estado.

ESTUDIO SOCIAL No. 16

Presentamos a un joven de 17 años de edad, que presentó síntomas de enfermedad mental a los 16 años. Presenta trastornos en el comportamiento y la conducta. Ha ingresado por una vez a hospitales mentales.

La familia se encuentra instalada en casa propia y en forma antihigiénica; el barrio es de invasión. Los recursos económicos son escasos.

La familia del paciente cree que la enfermedad del joven le provino de la brujería, y le han dado tratamientos a base de hierbas.

El medio ambiente social es nulo, para el bienestar de una persona, y mucho menos, para el restablecimiento de un enfermo mental. Al paciente le gusta divertirse en los paseos.

El padre no recibió cursos de capacitación, cursó el 2 año de primaria. La madre, tampoco recibió cursos de capacitación, es analfabeta. Sus padres no recibieron orientación profesional sobre el manejo y guía del hogar. El paciente es analfabeta y no capacitado para conseguir trabajo. El paciente nunca ha trabajado.

En el área personal presentamos a un paciente que demuestra inseguridad, intranquilidad, angustias, incomprensión, timidez, relaciones interpersonales nulas, crisis nerviosas, es pasivo.

Las relaciones sociales del paciente son negativas, ya que es muy tímido e introvertido, poco aficionado a los ruidos, no tiene amigos.

Las relaciones interpersonales son negativas, por la poca comunicación con el paciente, la falta de comprensión de parte de sus familiares, lo cual ha creado en el paciente un estado de inseguridad.

COMENTARIOS. En estudios sociales como este, podemos decir que el paciente no ha contado con la debida comunicación y orientación de parte de sus padres, quienes, más que todo, han tenido relaciones poco afectivas, que han ido descompensando su parte afectiva y social, sin comprender seguramente, que toda persona necesita cariño, comprensión, valoración, y que se le tenga en cuenta como persona. Toda esta serie de situaciones genera problemas, más que todo sociales; por la falta de orientación y preparación que el Estado debe brindar a la comunidad en general.

ESTUDIO SOCIAL No. 17

Presentamos a un joven de 16 años de edad, que enfermó de la mente, a los 15 años, por la separación del hijo recién nacido, ha tenido tratamiento psiquiátrico por una vez, en consultas particulares y en dos ocasiones en hospitales mentales.

La familia reside en casa propia, el barrio es marginado, y pertenecen a él, personas de escasos recursos económicos, incluyendo la familia del paciente. El medio ambiente social se observa que el paciente es poco comunicativo, y por esta razón, sus relaciones sociales son nulas. Antes de enfermar le divertía mucho los bailes.

El padre recibió cursos de capacitación en el Sena, de mecánico, y cursó hasta el cuarto año de bachillerato. La madre recibió cursos de capacitación en el ICBF. Sus padres no obtuvieron una buena orientación profesional, sobre el manejo y guía de un hogar.

La paciente realizó estudios hasta el tercer año de bachillerato comercial. Por la forma pasiva de la enfermedad, sus familiares manifestaron haber tenido quejas de sus maestros; siempre fué estudiosa y disciplinada. La paciente ha trabajado en empresas privadas, para colaborar en su hogar.

En el área personal observamos que el paciente se muestra agresivo, inseguro, intranquilo, sobreprotección y dependencia (abuela), aspecto afectivo y emocional muy los, crisis nerviosas, relaciones familiares nulas, relaciones interpersonales negativas.

Las relaciones sociales son negativas, pues el paciente se muestra agresivo, lo cual lo hace poco tolerable a los demás.

Las relaciones interpersonales y familiares son nulas - pues el paciente con su agresividad, no deja que nadie le diga nada. La abuela es la única persona que según él, lo comprende y le brinda " cariño. "

COMENTARIOS. En estudios sociales como este, podemos concluir que la falta de comprensión, y orientación a -

los adolescentes y las malas relaciones familiares conlleva a crisis nerviosas, situaciones stress, y por lo tanto a la enfermedad mental.

Pues la falta de preparación y orientación social de los padres, en el manejo del hogar, sin tener la debida - orientación de parte del Estado, crean en los padres y los hijos situaciones complejas en las relaciones interpersonales y sociales.

ESTUDIO SOCIAL No. 18.

Presentamos a un joven de 17 años de edad, que manifestó sus primeros síntomas de enfermedad mental hace once meses, con trastornos en la conducta y el comportamiento.

Esta familia se encuentra residenciada en casa propia y el barrio es de invasión. Los recursos económicos son muy escasos, y llevan a vivir al personal de forma modesta.

El medio ambiente social en que se desenvuelven el paciente no es adecuado para su recuperación, por su timidez y poca comunicación, las relaciones sociales son pocas. A pesar de esto, al paciente le divierten mucho los bailes.

Esta familia presenta creencias culturales, pues afirman que el paciente enfermó de la mente, por hechicerías y le han dado tratamiento a base de hierbas.

El padre no recibió cursos de capacitación, es analfabeta; la madre no recibió cursos de capacitación, es analfabeta, y los dos, no han tenido la orientación necesaria para el manejo del hogar.

Cursó hasta el segundo año de primaria, y no manifiesta interés en capacitarse.

Las relaciones con sus maestros y compañeros de estudios, no se dieron por la misma forma de comportarse - el paciente.

El paciente ha trabajado sembrando en fincas, pues él, conoce mucho de agricultura.

En el área personal presentamos a un paciente que presenta agresividad, relaciones interpersonales nulas, - fiebres y dolores de cabeza, relaciones sociales nulas respecto al aspecto emotivo y afectivo, delirios de - grandeza. Estas relaciones son nulas, debido a su agresividad y a los delirios de grandeza que presenta - el paciente.

Las relaciones familiares del paciente y su núcleo familiar son nulas, pues el paciente es muy agresivo y por lo tanto lo dejan actuar a su manera, sin la familia - intervenir. " Además, por la agresividad de él." Por - lo que el paciente necesita de comprensión y diálogo - de parte de sus familiares.

COMENTARIOS. Podemos concluir que en este estudio social la falta de comprensión, afecto, y diálogo en el seno - de las relaciones familiares, han podido influir en la agresividad y delirio de grandeza que experimenta el pa - ciente en su comportamiento para con los demás o quie - nes lo rodean en este caso, que sus familiares (padre - madre y hermanos). Los padres en la mayoría de los ca - sos no tienen la culpa de la conducta que ellos adoptan frente a la orientación que debían brindarle a los hi - jos, pues, nos damos cuenta que ellos no han recibido - ninguna clase de orientación y preparación social por - parte del Estado, para el manejo del hogar y siendo el-

Estado el comprometido en el desarrollo de las políti -
cas sociales, nadie más que él, participa y compromete-
en la solución de la problemática planteada por nosotras,
las Trabajadoras Sociales.

9.1 ANALISIS CUANTITATIVO DE LOS DIFERENTES ASPECTOS - QUE INTERVIENEN EN LA INVESTIGACION.

Se realiza mediante la presentación de un cuadro estadístico tipo matriz, de cada una de las variables, con respecto a características inherentes de cada adolescente enfermo mental estudiado.

Los cuadros estadísticos se elaboraron, en base a los datos recogidos en los 18 estudios sociales de pacientes enfermos mentales, que presentaron más relevancia para nosotras, en lo referente a problemas sociales; y que guardan concordancia con las variables investigadas. Es decir, observamos a los adolescentes reclusos en el Hospital Mental Departamental, y llegamos a la conclusión, que los 18 estudios sociales que sometemos a la investigación, son los más importantes para realizar un análisis crítico, de la situación problemas que planteamos. Pues, se acogen a las inquietudes y análisis que presentamos en nuestro tema, del trabajo de Tesis.

Como técnicas para la recolección de datos, que presentamos en los cuadros estadísticos a continuación, enumeramos las siguientes: entrevistas formales a los familiares del paciente, confrontaciones, sondeos de opiniones, y terapias de grupo.

Cada cuadro estadístico llevará un análisis cualitativo, de los aspectos más interesantes y notorios, de dichos cuadros.

CUADRO ESTADISTICO No. 1 - SOBRE EL ASPECTO ECONOMICO.

CUADRO ESTADISTICO No. 2 - SOBRE LAS RELACIONES SOCIALES.

CUADRO ESTADISTICO No. 3 - SOBRE LAS RELACIONES INTERPER
SONALES.

CUADRO ESTADISTICO No. 4 - SOBRE LA PREPARACION Y ORIEN
TACION DE LOS PADRES.

CUADRO ESTADISTICO No. 5 - SOBRE LA SOLIDARIDAD SOCIAL-
POR PARTE DEL ESTADO.

CUADRO No. 1

ANALISIS CUANTITATIVO DEL ASPECTO ECONOMICO, DE PACIENTES ADOLESCENTES ESTUDIADOS.																							
CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD. ASPECTOS ECONOMICOS	COMPORTAMIENTO DE ACUERDO A ENFERMEDADES PRESENTADAS.										NIVEL EDUCACIONAL			CARACTERISTICAS DE TIPO SOCIAL				INICIACION DE LA ENFERMEDAD. (EDAD).					
	AGRESIVIDAD	PASIVIDAD	INSEGURIDAD	INSOMNIO	TRASTORN. EN CONDUCTA	SUBLIMACION	DELIRIOS	FIJACION	AMBIVALENCIA	RETRAIDO-INTROVERTIDO	PRIMARIA	SECUNDARIA	INDIVIDUAL	ANALFABETAS	BARRIO INVASION	BARRIO MARGINADO	BARRIO RESIDENCIAL	CAMPO	TRECE	CATORCE	QUINCE	DIECISEIS	DIECISIETE
BAJOS	7	5	10	2	4	1	6	7	1	9	4	6	-	2	8	3	-	1	-	1	6	4	1
MEDIOS	1	2	3	2	-	-	1	2	1	3	1	-	-	2	-	-	3	-	1	1	1	-	-
ALTOS	3	-	3	-	3	-	1	2	-	1	1	2	-	-	-	-	3	-	2	1	-	-	-
TOTAL	11	7	16	4	7	1	8	11	2	13	6	8	-	4	8	3	6	1	3	3	7	4	1

ANALISIS DEL CUADRO No. 1

Analizando el cuadro No. 1, podemos inferir que el comportamiento que marca la enfermedad mental en los adolescentes estudiados, es más notorio en las personas de escasos recursos económicos, principalmente los rasgos de inseguridad, introversión, agresividad, y fijación. Parece ser, según este cuadro, que existe una relación directa entre la profundidad de estos rasgos y la inacequibilidad de las personas, a los medios económicos. Podemos observar también, que entre menor sea el grado de escolaridad de las personas, mayor es el peligro que hay para la presencia de la enfermedad mental.

Igualmente, podríamos decir, que el lugar de residencia es fundamental para la aparición de la enfermedad, porque, las frecuencias más altas, se presentan entre quienes habitan en sectores de invasión y barrios marginados.

Esto es, una señal inequívoca, de que el medio social, combinado con la situación económica, es determinante, para la adquisición de la enfermedad mental en los adolescentes atendidos en el hospital mencionado, en el año de 1.978.

CUADRO No. 2

ANALISIS CUANTITATIVO DEL ASPECTO RELACIONES SOCIALES, DE PACIENTES															
ADOLESCENTES ESTUDIADOS.															
LA ENFERMEDAD. CARACTERISTICAS RELACIONES SOCIALES.	ASPECTOS SOCIALES			ASPECTOS LABORALES							ASPECTOS RECREATIVOS				
	AMIGOS DE LA DROGA.	ADVERSION A LOS RUIDOS.	NO COMUNICACION SOCIAL.	EMPRESAS		INDIVIDUAL	COMERCIO	DOMESTICOS	NO TRABAJO	AGRICULTOR	JUEGOS DE MESA	CINES	BAILES	PASEOS	NINGUNA
				OFICIAL	PRIVADA										
	DEFICIENTES	12	4	2	1	2	4	1	1	2	1	4	2	7	2
MEDIAS	2	-	-	-	-	-	-	1	2	-	1	2	1	-	-
ACEPTABLES	3	1	1	-	1	-	-	-	2	-	2	-	1	1	-
TOTAL.	17	5	3	1	3	4	1	2	6	1	7	4	9	3	1

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 2

El análisis de este cuadro nos indica, que las relaciones sociales, son de suma importancia para la aparición de la enfermedad mental; porque, aún cuando no faltó la recreación, y el factor labor, se dió en varias formas, ya sea; que la persona manejara su propio negocio o actuara como empleado; las malas relaciones marcaron el índice más alto de frecuencia en los estudios sociales practicados, en los 18 estudios investigados por nosotras, sobre la enfermedad mental de los adolescentes en el hospital mental departamental, con sede en Barranquilla, en el año de 1.978.

CUADRO No. 3

ANALISIS CUANTITATIVO DEL ASPECTO RELACIONES INTERPERSONALES, DE PACIENTES								
ADOLESCENTES ESTUDIADOS.								
CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD. RELACIONES INTERPERSONALES	CONFLICTOS EN LA ADOLESCENCIA.			CONFLICTOS EN EL HOGAR				
	FARMACODEPENDIENTES.	TENDENCIAS AL HOMOSEXUALISMO	FALTA DE ORIENTACION AL ADOLESCENTE.	ASPECTOS AFECTIVOS Y EMOTIVOS.	SOBREPROTECCION Y DEPENDENCIA	RELACIONES INTRAFAMILIARES		
						PACIENTE PADRE	PACIENTE MADRE	PACIENTE HERMANOS
	DEFICIENTES	4	1	9	11	6	5	4
MEDIAS	-	-	5	1	2	2	-	1
ACEPTABLES	-	-	4	-	1	1	4	1
TOTAL	4	1	18	12	9	8	8	7

ANALISIS DEL CUADRO No. 3

En atención a los resultados que nos brinda este cuadro, podemos apreciar, que en nuestro medio social se hace necesario tener más en cuenta y valorar a la persona como tal, porque, el alejamiento de las personas entre sí, y el consecuente aislamiento de algunas de ellas trae como consecuencia, algunos conflictos en la personalidad; que pueden ser uno de los factores predominantes en la aparición de la enfermedad mental.

Nos atrevemos a plantear esta afirmación, porque el cuadro en estudio, nos indica claramente, que entre más negativas sean las relaciones interpersonales, con más frecuencia aparecen ciertos conflictos y deterioro en la parte afectiva y emotiva del adolescente, enfermo mental.

CUADRO No. 4

ANALISIS CUANTITATIVO DEL ASPECTO PREPARACION Y ORIENTACION DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES ENFERMOS.												
PREPARACION - ORIENTACION DEL PACIENTE.	PREPARACION								ORIENTACION			
	CAPACITACION A PADRES INSTITUCIONES.			NIVEL DE ESCOLARIDAD.					CURSOS EN QUE HA PARTICIPADO.			
	LCBF.	IND. RENA.	SENA	PRIMARIA.	BACHILLERATO.	NORMALISTA.	TECNICA	EDUC. BETAS.	ANALFABETAS.	PRIMARIAS.	EN LA COMUNIDAD.	DICTADOS EN INSTIT.
1	P		x									
	M							x				
2	P			x				x				
	M			x						x		
3	P							x				x
	M							x				x
4	P				x				x			x
	M							x	x			
5	P			x								
	M			x								x
6	P				x							
	M		x	x								x
7	P		x				x					
	M	x						x				
8	P		x		x							
	M		x	x								
9	P		x		x							
	M			x								x
10	P				x							
	M					x						x
11	P							x				
	M							x		x		x
12	P			x								
	M			x						x		
13	P			x						x		
	M				x					x		
14	P											
	M			x								x
15	P							x				
	M							x				
16	P			x								
	M							x				
17	P		x		x							
	M	x			x							
18	P							x				
	M							x				x
TOTAL		.2	-	7	12	8	1	1	13	2	5	10

ANALISIS DEL CUADRO No. 4

No se necesita profundizar mucho en este cuadro, para darnos cuenta inmediata, de que los padres de los enfermos adolescentes, carecen casi en su totalidad, de base académica y científica, que puedan darles las herramientas que ellos necesitan para llevar unas relaciones hogareñas aceptables.

Inclusive, podemos apreciar, que ni siquiera han sido dotados por la educación no formalizada, lo que indica, que la educación se perfila como un factor importante para evitar el deterioro de las relaciones entre las personas que constituyen un hogar y que por lo tanto, evitan el marginamiento de los adolescentes de las líneas sociales que deben seguir; para que, ese hogar se considere normalmente constituido.

ANALISIS CUANTITATIVO DEL ASPECTO SOLIDARIDAD SOCIAL											
DE PARTE DEL ESTADO, A PADRES DE ADOLESCENTES ENFERMOS.											
SOLIDARIDAD SOCIAL POR PARTE DEL ESTADO. PADRES DE PACIENTES.		SOLIDARIDAD DEL ESTADO A PADRES CON RESPECTO A LOS HIJOS.			ASISTENCIA SOCIAL EN LA ENFERMEDAD MENTAL.			COLABORACION DEL ESTADO POR INTERMEDIO DE INSTITUCIONES		ASPECTOS CULTURALES DE LA ENFERMEDAD MENTAL	
		DIFUSION DE PROGRAMAS ESTATALES	ORIENTACION SOCIAL	MOTIVACION A LOS PADRES.	PREVENCIÓN	TRATAMIENTO	CURACION Y REHABILITACION	HOSPITALES OFICIALES	HOSPITALES SEMI-OFICIALES	CREENCIAS CULTURALES	
										HECHICERIAS.	TRATAMIENTOS HERBATEROS.
1	P-M					x		x			
2	P-M					x		x		x	x
3	P-M					x		x			
4	P-M					x		x			
5	P-M					x		x			
6	P-M					x		x			
7	P-M					x		x			
8	P-M					x	x	x			
9	P-M					x		x		x	x
10	P-M					x	x	x			
11	P-M					x	x	x			
12	P-M					x	x	x			
13	P-M					x		x		x	x
14	P-M					x	x	x			
15	P-M					x	x	x		x	x
16	P-M					x		x		x	x
17	P-M					x	x	x			
18	P-M					x		x		x	x
TOTAL		-	-	-	-	18	7	18	-	6	6

ANALISIS DEL CUADRO No. 5

Como podemos apreciar, el Estado Colombiano no ofrece ningún tipo de orientación a los padres de familias, para que estos a su vez, puedan servir de verdaderos orientadores a sus hijos, en lo que respecta al tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad mental.

Es fácil observar, que no existen centros de divulgaciones en tal sentido, y que además, faltan programas que puedan ofrecer cierto tipo de ambientación para que, - tanto los padres como los hijos, puedan sentirse en un ambiente de buena higiene mental.

Tal es el punto de desorientación de los padres, por falta de apoyo Estatal, que son muchos los que acuden a las hechicerías, en la búsqueda de tratamientos adecuados para sus hijos, exponiendo aún más, la ya deteriorada salud mental de estos.

9.2 ANALISIS CUALITATIVO DE LA INVESTIGACION.

En este análisis, tendremos en cuenta en forma concienzuda y valiedera, de los datos acumulados a través de nuestra investigación; con el objeto de ampliar los conceptos y conclusiones a la cual hemos llegado, analizando en todo momento, los cuadros estadísticos presentados, para así, lograr un trabajo sencillo y deseable a aquellas personas que deseen ilustrarse.

En todo el desarrollo de nuestra investigación, y especialmente, con la elaboración de los cinco cuadros estadísticos que arrojaron luz en nuestro trabajo, podemos aclarar, que la enfermedad mental, se hace más persistente en los adolescentes comprendidos entre los quince y diez y seis años de edad; quienes presentan un estado económico escaso, y por esta misma razón, no han podido tener acceso a aquellos centros que le puedan brindar una buena orientación social.

La gran mayoría de los adolescentes enfermos mentales - tratados, se encuentran viviendo en barrios de invasión, y hay que tener presente que en ellos, no se dá el medio ambiente adecuado para un enfermo mental; ya que el adolescente, y específicamente, el enfermo, necesita de mucha comprensión por parte de familiares y amigos, afecto, cariño, apoyo, valoración, etc, y no solamente de ellos, sino de la sociedad en general.

Teniendo en cuenta todo esto, sobre todo, la multitud de problemas y necesidades básicas que se observan en una sociedad como la nuestra, donde existen muchas diferencias o contradicciones de ciertos sectores de la población que lo tienen todo, hacia aquél que se encuen-

tra desposeído y explotado, mirándolos con egoísmo y - sobrevalorándolos, por no tener la suficiente educación social y mucho menos, la falta de capacitación, para - que ellos puedan ganar lo suficiente, para la manutención del núcleo familiar y de este modo, conseguir el bienestar social de la familia.

Al adolescente enfermo, los familiares muchas veces, lo ven como una persona inútil, o en otros casos, no lo dejan realizar alguna labor, pues se encuentran enfermos, y así, ellos se creen personas sin capacidad, sin iniciativa, sintiéndose desplazados de la realidad que los rodea. Cuando ocurre esto, los familiares del paciente creen que sobreprotegiéndolo le hacen bien; y ocurre, - que los transforman en personas dependientes de ellos, inutilizándolos, y aminorando así, sus potencialidades y actitudes que ellos manifiestan, como seres humanos - que son.

De esta manera, el adolescente enfermo no trata de comunicarse socialmente y las relaciones interpersonales se tornan negativas; convirtiéndolos en personas inseguras, retraídas, con constantes fijaciones y delirios, que poco a poco los transforman en seres agresivos y resentidos de la sociedad en que se desenvuelven.

Por eso, hemos dicho anteriormente, que los cuadros estadísticos que hemos elaborado, han sido de una verdadera significación para nuestra labor como Trabajadores - Sociales que somos.

CONCLUSIONES

Al finalizar este trabajo, podemos concluir que existe muy poca protección para el adolescente en nuestro medio: ya sea por parte del Estado, por la sociedad, o por sus propios padres.

El primero, porque no ofrece respaldo ni garantías, para una adecuada formación de la personalidad, ni la suficientes oportunidades, para que las personas puedan satisfacer sus necesidades primarias, llevándolos indirectamente, a la desesperación como la antesala de la enfermedad mental. Debido a esto, las personas solo se preocupan por obtener pequeñas cantidades de dinero que les sirva para su subsistencia, negándoseles posibilidades, para la realización de actividades que puedan servirle de higiene mental.

Por otro lado, la inexistencia real de programas tendientes a una adecuada formación de la personalidad, y un adecuado desempeño social, sumado a la falta de preparación de las personas que tienen a su cargo la dirección de estos programas teóricos, hacen todavía más oscuro el panorama.

Pero, si no existen bases para un tratamiento preventivo de la enfermedad mental, tampoco existen tratamientos adecuados para la etapa curativa. Por que, el procedimiento psiquiátrico aísla a la persona de su medio social, contribuyendo a una verdadera alienación, y haciéndola vivir en un medio irreal; es decir, que la persona se debate en su propia soledad.

En lo que respecta a la protección de la sociedad, podemos decir, que existe poca o ninguna solidaridad con el

adolescente; pero, tal vez, esto se deba a que cada -
quién está pendiente solamente en resolver los múltiples
problemas que presenta una sociedad de consumo como la
nuestra; en la que existe una relación inversa entre el
salario y los precios de los artículos de primera nece-
sidad, con deficientes servicios de salud, y constantes
incomodidades para el uso de los servicios públicos.
Esto, nos lleva a cuestionar nuevamente, la forma como
se administran los destinos del país. Las formas que co-
munmente observamos como solidaridad social, son solo-
paliativos, y que muchas veces, son usados en la búsque-
da de perfiles propagandísticos por parte de personas y
entidades.

Por parte de los padres, podemos agregar, que no es su-
ficiente el amor paternal, para proteger y orientar a
los hijos; sino que, se hace necesario el uso de algu-
nos elementos técnicos y científicos para que esta la-
bor sea desempeñada en forma aceptable. Sin embargo, -
tal como pudimos apreciarlo en nuestro trabajo, en el
medio en el cual nos desenvolvemos, los padres carecen-
de estas herramientas, viéndose en la necesidad de uti-
lizar procedimientos improvisados, frutos de la buena -
voluntad y el sentido común, que en muchos casos, fallan.
En definitiva, consideramos que en la adquisición de -
la enfermedad mental en los adolescentes estudiados, si
jugaron un papel fundamental los factores determina-
dos como variables independientes; hecho que nos indica -
que la enfermedad mental en la juventud de Barranquilla,
si está ligada de alguna manera, con los factores socia-
les y económicos, tal como se manejan actualmente en -
Colombia; o sea, mediante la apropiación de los modos-

de producción por parte de pocas personas, y la consabida explotación del hombre por el hombre, auxiliándose para ello, de una superestructura ideológica, que condiciona a la persona para que sea más eficaz esa explotación.

RECOMENDACIONES

El tratamiento para los enfermos mentales debe desaparecer en la forma tradicional como ha venido operando. El equipo para trabajar debería estar más integrado, realizando reuniones de grupo, donde se tratará, la relación con los pacientes. Estas reuniones tendrían la doble ventaja de, por un lado, aumentar los conocimientos de cada participante, y por el otro, contribuirían a desarrollar destrezas y aptitudes, para sostener las relaciones interpersonales; ya que, gracias a ellas, se lograría mejorar la comprensión de uno mismo y de los demás, en este caso, los enfermos mentales.

Lógicamente, que se encontrarían con muchas limitaciones, como son: causas técnicas, como la superposición de las diferentes áreas de trabajo de cada uno, la carancia de un lenguaje común. También, existirían causas formativas, como: falta de preparación para la tarea grupal, y por consiguiente, predisposición a la tarea individual, desvalorizando los papeles con respecto a otros. Otras causas con las cuales toparían, serían: las personales, como: dificultad para aceptar trato igualitario, características personales de conducta; y por último, causas institucionales, como: predominio de estructuras verticales, demoras burocráticas, etc. Todas estas dificultades son, en gran medida superables.

El Trabajador Social dentro del equipo interdisciplinario, tiene la posibilidad de aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas, en técnicas grupales, pudiendo actuar como moderador y orientador en las reuniones; y

sobre todo, en la etapa de la integración.

En el programa de asistencia comunitaria, se debe tener presente el papel del Trabajador Social en los diferentes niveles de prevención. Pues, el Trabajador Social - en la prevención primaria, tiene una de sus más significativas actuaciones, en el campo de las relaciones familiares; trabajando en la orientación y preparación social de los padres, para evitar determinadas actitudes, que podrían resultar perjudiciales en el desarrollo del niño, evitando así, la enfermedad mental, en este caso. En la prevención secundaria, el Trabajador social es el encargado de transmitir directamente a la población, lo planificado por el equipo, suministrándole la información necesaria, para que la comunidad pueda detectar - los indicios básicos de trastornos, y donde concurrir - en estos casos. La prevención terciaria, abarca la primaria y la secundaria, mediante la rehabilitación en - gran escala, del paciente, para devolverle su capacidad productiva en menos tiempo.

Esta recuperación, debe comenzar desde el momento del diagnóstico, y continuar sin interrupción, durante la enfermedad.

El Trabajador Social debe evitar los prejuicios de la familia del paciente, al considerarlo un inválido que no puede realizar tarea alguna; favoreciendo así, la cronificación del paciente.

El Trabajador Social debe trabajar en la comunidad, mediante la orientación social acerca de la naturaleza de los trastornos mentales y su historia natural.

Esto explica, mantener la comunicación del paciente en caso de internamiento, con sus redes sociales, para evitar que las familias, el trabajo y la comunidad en general, cierren sus filas ante la ausencia del enfermo; o sea, conservar viva la idea del retorno, tratando en todo momento, que la comunicación del paciente con la comunidad quede abierta.

Necesitamos organizar un Trabajo Social Antipsiquiátrico eficaz, valedero, de rehabilitación, que permita al enfermo mental y a su grupo familiar, comprender su situación de marginado, y alienado; brindándole así, la oportunidad de orientarlos y capacitarlos, para que logren reflexionar y analizar, acerca de la posición o papel que tienen en la sociedad en la cual se desenvuelven, transformando su situación problema en bienestar para él y su familia.

Nosotros, los Trabajadores Sociales, debemos estar conscientes de la problemática que encierra la profesión en nuestro medio, por la falta de comprensión hacia ella; ya que no logran entender, la necesidad imperante que tienen todas las entidades empresariales, ya sean privadas u oficiales, de los servicios del Trabajador Social. Esta necesidad, no es solo material, sino que, cuenta con el apoyo del Estado Colombiano, mediante la ley 53 de 1.977.

Dicha ley reglamenta la profesión, y establece la obligatoriedad de que todas las Empresas, tanto privadas,

como oficiales, tengan en su programación, un número-determinado de profesionales en Trabajo Social. *

* DIARIO EL HERALDO DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, Jueves
29 de Diciembre de 1.977.

GLOSARIO

Para orientar al lector en algunos términos, nos hemos permitido darles el significado a continuación.

AMBIVALENCIA. La ambivalencia, se presenta por la coexistencia de dos sentimientos en una persona. Ejemplo, Amor y odio. Afecto y envidia.

Se hace evidente, que el paciente tiene sentimientos sumamente agresivos hacia una persona y se siente muy culpable por ello; en su ambivalencia trata de lesionar a otra persona, pero está temeroso de que algo malo pudiera realmente suceder, de modo que enmascara cualquier pensamiento de violencia y se vuelve temeroso hacia los instrumentos que puedan causarla.

ANOREXIA NERVIOSA. Pérdida del apetito de origen nervioso y la condición se caracteriza por la renuencia extrema del paciente a comer.

AGRESIVO. Persona inestable y con facilidad se enoja, o puede tener accesos, son muy violentos, y aparecen sin una provocación excesiva, la condición se conoce a veces como psicopatía explosiva.

CRISIS NERVIOSA. Se denomina manía, por el estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas, caracterizado por la exaltación del humor y el desencadenamiento de las pulsaciones del humor y el desencadenamiento de las pulsaciones instinto-afectivas. La liberación desordenada y excesiva de la energía se manifiesta por igual en-

los dominios psíquicos, psicomotor, y neurovegetativo.

COMPENSACION. Es un mecanismo mediante el cual el individuo hace resaltar algún atributo de su propia personalidad afín de disimular alguna debilidad que le provoca sentimientos de culpas o inferioridad, aliviando la tensión y logrando la aprobación social.

CATATONICO. Tiene pérdida de la animación y tendencia a permanecer inmóvil en estereotipada posición, conducta esta que alterna con períodos de hiperactividad.

DESPLAZAMIENTO. se produce cuando el individuo hace posible de sentimientos o emociones, a un sujeto u objeto distinto de aquél que los provocó.

DELIRIOS. Es un estado confuncional agudo, generalmente reversible a menos que la enfermedad subyacente no pueda ser frenada. El delirio, puede acompañarse de enfermedad o trauma del cerebro en sí, pero en la mayoría de los casos, es una complicación de una enfermedad física aguda, más generalizada.

DEMENCIA. La demencia, es un estado de perturbación psicológica, debido a lesión cerebral. Se caracteriza por pérdida de la memoria.

DEFICIENCIA MENTAL. La deficiencia mental, frecuentemente va asociada con alguna anomalía del cerebro, pero la persona afectada, puede tener también otros defectos físicos.

ESQUIZOFRENIA. Literalmente, significa "mente desdoblada." El término "esquizofrenia" cubre un grupo de graves enfermedades mentales que no son causadas por ninguna forma conocida de lesión cerebral, pero que muestran como signo característico, una tendencia muy marcada a producir destrucción y desintegración. Es progresiva y daría como resultado, un trastorno permanente del estado mental a menos que el paciente reciba tratamiento. Las manifestaciones de esquizofrenias son múltiples, a tal grado que algunos psiquiatras hablan acerca de "las esquizofrenias" implicando que hay diversas enfermedades relacionadas, pero distintas. Esta idea, se debe también hasta cierto punto, a la observación de que el cuadro muchas veces cambia, de una forma de la enfermedad a otra, en el mismo individuo.

DEMENCIA PRECOZ. Esta enfermedad mental, se inicia generalmente en la adolescencia, o durante la primera parte de la vida adulta. Es común, que sus víctimas sean por naturaleza tímidas y soñadoras, delgadas más bien que corpulentas.

DEPENDENCIA A LAS DROGAS. Persona que ha sobrepasado la etapa de tomar drogas, por su efecto terapéutico y que las toma por su propia iniciativa, puede sentirse muy mal si no tiene acceso a ellas y con frecuencias muestra una marcada tendencia a ir aumentando la dosis; desarrollándose una verdadera dependencia física de las sustancias y sufrirá graves síntomas físicos y mentales si la interrumpe.

FIJACION. Se trata de un detenerse en determinado momento del desarrollo psico-sexual del individuo, posiblemente debido a su incapacidad para encontrar soluciones adecuadas a los problemas propios de ese momento en el cual se frena la evolución, esto ocasiona permanentemente una desventaja en el individuo por proseguir hacia las etapas que siguen.

FOBIAS. Una fobia es un temor irracional asociado con alguna situación, objeto o idea. El temor tiende a recurrir cada vez que la persona se enfrenta a la situación (o incluso cuando piensa en ella), y en casos graves puede dar lugar a ataques de pánico. El paciente, está bien consciente de controlarlo.

HEBREFRENICO. Es el que sufre una grave desintegración de la personalidad, lo cual se traduce en una conducta inapropiada y regresiva.

INSOMIO. (Delirio tremens) El paciente se siente nauseado con el alimento, por el cual deja de comer. Sobre viene delirio con confusión y desorientación, profusa sudoración y mareo, también marcado temblor.

INVESTIGACION DESCRIPTIVA. (Conjunto de métodos de investigación destinados a permitir la evolución de ciertos atributos, propiedades o características de una situación, en uno o más puntos del tiempo.) Se propone describir " lo que es ", de interés en la situación en uno o más momentos del tiempo. Difiere de la investigación experimental, que implica la manipulación además de la descripción.

INVESTIGACION EXPERIMENTAL. Conjunto de métodos de investigación en el cual, el investigador manipula ciertas condiciones. La variable independiente se cambia deliberadamente según formas predeterminadas y se registran los efectos de ese cambio, sobre la variable o las variables dependientes. Difiere de la investigación descriptiva, en la cual no se incluyen, la manipulación.

NEUROSIS. El paciente con neurosis de ansiedad, con frecuencia se presenta con una multitud de quejas que pueden ser predominantemente psíquicas ó físicas. Los síntomas psíquicos, son especialmente aquellos de tensión, temor y aprensión. Los síntomas físicos de la neurosis de ansiedad, son numerosas y variados. La persona con frecuencia se queja de cefalea, dolores musculares y " hormigueos "; algunas veces existen mareos e incluso, desmayos. El individuo muchas veces se encuentra morbidamente consciente de todas sus funciones corporales y dispuesto a quejarse a la menor irregularidad, incluyendo muchos fenómenos completamente normales, que generalmente pasarían sin ser notados.

OBSESION. Estado mental habitual de indecisión, de duda y de inquietud, aparecen en forma de acceso paroxísticos intermitentes distintas obsesiones- impulsos.

OBSERVACIONES. Conjuntos de técnicas de investigación con las cuales alguien determina mediante la observación lo que está ocurriendo en alguna situación. Incluye la clasificación y registro de los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema sistemático. Es uno de los-

métodos de la investigación descriptiva.

HOMOSEXUALIDAD MASCULINA. Hombre y mujer pasan por una etapa durante el principio de la adolescencia en la cual sus emociones sexuales, están comenzando a aumentar de intensidad, pero sin-estar-permanentemente orientadas. El individuo exclusivamente homosexual considera las relaciones sexuales con mujeres, repugnante, en realidad tan desagradable como el varón considera los actos homosexuales. Con frecuencia considera su estado normal y, menos que su desviación lo haga sentir ansiedad o culpa, puede no sufrir absolutamente a consecuencia de ella.

PSICOSIS. Perturbaciones de la personalidad global, implican una alteración del pensamiento, una alteración general de la vida afectiva y del humor, una perturbación del control de la conciencia de la observación en perspectiva de los distintos puntos de vista, formas alteradas del sentido crítico.

PROYECCION. Responde a los mecanismos inconscientes y conscientes en un encontrar en otro todos aquellos impulsos, ideas y pensamientos inaceptables en uno mismo.

PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA. Esta denominación se debe a cierto grado de tristeza y no querer hablar ni hacer esfuerzo alguno. Puede negarse a levantarse o comer. No presta atención a lo que lo rodea, y si se le pregunta por su salud, declara no tener esperanza de restablecerse. Otro paciente puede parecer aprensivo y perplejo, pasear

se de un lado a otro, retorcerse las manos, lamentarse, murmurar y dirigirse acusaciones o tratar de justificarse.

PSICO-NEUROSIS. Son ciertas afecciones mentales de menor gravedad. No induce a sus víctimas a cometer actos destructores o violentos contra sí mismo y otras personas, pero son exclusivamente comunes.

PSICO-SOMATICO. Interacción de los aspectos mentales y físicos del organismo. En medicina se emplea en dos formas principales. En primer lugar, indica un enfoque general, llamando la atención al hecho de que hay importantes factores psicológicos y emocionales que precipitan ciertas enfermedades físicas.

En segundo término, se le emplea para describir un grupo de enfermedades físicas, en cuya génesis se considera que los factores emocionales desempeñan una parte importante.

PARANOIDE. Padece ideas de persecución o grandeza, y es un enfermo suspicaz.

Quién paranoico sea, reemplazará la realidad por un mundo subjetivo, un mundo irreal y, si permanece en él, poco a poco se producen un estado de necesidades tan simples que pueden analogarse con el mundo del lactante. Este proceso involutivo, se conoce con el nombre de regresión.

PREVENCIÓN PRIMARIA. Aspectos básicos como son:

- A) Aportes físicos: Podría ser el lograr que con los mismos medios de que se dispone, una comunidad o población, tenga una alimentación mejor balanceada, por medio de un trabajo social intensivo al igual que la protección de la integridad familiar.
- B) Aportes psico-sociales: La estimulación 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 psico-sociales de mayor importancia son provistos por las relaciones familiares.
- C) Aportes socio-culturales: Son las influencias que sobre el desarrollo y el funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y de la estructura social.

PREVENCIÓN SECUNDARIA. Comprende los programas tendientes a reducir la capacidad, debido a un trastorno, disminuyendo la proporción de la población.

Uno de los pasos principales en la prevención secundaria, es el diagnóstico precoz, que puede lograrse:

- A) Perfeccionando los medios de diagnóstico, de modo que el trastorno pueda identificarse a partir de sus primeros indicios o síntomas.
- B) Alternando a los sospechosos y sus redes sociales, acerca de estos indicios.

PREVENCION TERCIARIA. Procura reducir en la comunidad - la proporción de funcionamiento defectuosa, 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 de la disminución de la capacidad que subsiste después de eliminado el trastorno.

La prevención terciaria actúa mediante la rehabilitación, en gran escala, del paciente para devolverle su capacidad productiva en menos tiempo. La recuperación debe comenzar desde el momento del diagnóstico y continuar sin interrupción durante la enfermedad.

Según pautas dominantes, en la conducta del esquizofrénico, se puede determinar cuatro tipos: el simple, el hebefrénico, el catatónico, y el paranoide.

PERSONALIDAD. Partiendo, con Linton, del hecho que para definir la personalidad, el problema estriba en la delimitación, y tomando de él su definición, " personalidad es el conjunto organizado de los procesos y estados psíquicos del individuo ". También, puede definirse como: " Un conjunto organizado de la interacción de los procesos y estados bio-psico-somático de un individuo en situación! " La función de la personalidad es en su conjunto, es la de permitir al individuo que produzca formas de conductas ventajosas en las condiciones impuestas por su medio ambiente". (Linton).

REPRESION. Mediante este mecanismo inconsciente, el individuo niega aquello que le produce conflictos, y actúa como si no existiera. Por consiguiente, al negar impulsos,

recuerdos, experiencias, y pensamientos desagradables, la energía psíquica con que estos elementos estaban imbuidos, se transforman en angustias y tensión en el inconsciente. La represión, está íntimamente ligada al super-ego del individuo; si este es débil, poco será el material que halla de reprimir; pero si es éste fuerte, será a la inversa, sobre todo, en lo que hace a sentimientos egóistas y hostiles, y a los impulsos sexuales.

REGRESION. Es el resultado de adaptar conductas correspondientes a una etapa superada y mediante la cual, el individuo logra encontrar respuestas adecuadas, para enfrentar situaciones de la actualidad, que no logra resolver.

RETRAIDO E INTROVERTIDO. En forma típica, el individuo esquizoide es un tanto vergonzoso, retraído y distraído. Tiende a preferir su propia compañía y hacer socialmente desadaptado. Evita al hacerse notar y aveces, su existencia se vuelve la de un ermitaño. Con frecuencia, carece del sentido del humor, y es hipersensible a la crítica, con tendencias a fijarse en pequeñeces y aumentarles su importancia.

SUBLIMACION. Es un mecanismo mediante el cual, el individuo reprime impulsos, tendencias socialmente inaceptable hacia otras que sí lo son. La sublimación constituye uno de los mecanismos de la conducta, considerados positivos por cuanto, en gran medida, mediante él se logran metas artísticas y culturales, que hacen a la civilización.

VARIABLE DEPENDIENTE. Es el efecto en la relación de causa a efecto; el atributo, propiedad o característica que pensamos que cambia mediante la manipulación o cambio de la variable independiente.

Se llama también criterio o variable criterio.

VARIABLE INDEPENDIENTE. Es la causa en la relación causa y efecto, el atributo, propiedad o característica, cuyo cambio consideramos que es el resultado del cambio de la variable dependiente, o concomitante con él.

BIBLIOGRAFIA

1. Smith Adam, Riquezas de las Naciones, Pag. 62- Editorial Aguilar.
2. Foucault Michel, Historia de la Locura en la Epoca Clásica. Tomo I, II. Fondo de Cultura Económica, México - 1.976.
3. Foucault Michel, Enfermedad Mental y Personalidad.
4. Furtado Celso, Teoría y Política del Desarrollo Económico- Editorial Nacional. Sao Paulo, Brasil. Impreso en México.
5. Gutierrez Ramos Jairo, Introducción a las Metodologías - Dialéctica de la Investigación Social.
6. Hayman Jhon L., Investigación y Educación. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1.979.
7. Linton Ralph, Cultura y Personalidad- Editorial Fondo de Cultura Económica, México. Buenos Aires.
8. Ministerio de Salud de Colombia, Manual General de Organización Modelo Normativo para Hospitales Psiquiátricos.
9. Mira López Emilio, La Mente Enferma- Servicio científico Roche, Montevideo- Uruguay.
10. Munro Alistair, McCulloch Wallace, Psiquiatría para Trabajadoras Sociales- Editorial Continental, S.A. 1.975.

11. N. Federico, Desarrollo Económico y Planificación. " Perspectivas." Editorial Progreso, Moscú, 1.976.
12. Parra Escobar Ernesto, Gonzalez G. Fernand E, Controversia- Revista No. 40 - Editorial Centro de Investigación y Educación Popular. Bogotá, 1.977.
13. Plan de Desarrollo, Económico y Regional. Para Cerrar la Brecha. Ediciones del Banco de la República, 1.975.
14. Pearson Gerald H. J., Adolescencia y el Conflicto de las Generaciones- Gráfico Tempresores. Nicaragua, Marzo 1.977, Buenos Aires.
15. Piget Jean, Tendencias de la Investigación en las Ciencias Sociales - Alianza Editorial S.A., Madrid, 1.973.
16. Saavedra M. Alfredo, Nuevo Libro de Trabajo Social- México D.F. 1.971.
17. Santamaría Espinoza Alberto, El Trabajo Social en Salud, Modelo de Intervención.
18. Schwartz Oswald, Enfrentamiento del Joven al Mundo. Fondo de Cultura Económico. México, 1.975.
19. Sociedad Colombiana de Psiquiatría, Revista Colombiana de Psiquiatría. No. 4 y 2.
20. Speng J.J., Generalist versus Specialits in social science-an economists view- American Political Science Review 1.970.

21. Tieche Mauricio, Guía de Educación Familiar- 3. Edición- Editorial Safelíz, S.L. 1.975.
22. Urrutía y Sandoval, Distribución de la Educación y Distribución del Ingreso. Fedesarrollo, Noviembre 1.974.
23. Weinstein Luis, Salud Mental y Proceso de Cambio. Editorial Americo- Buenos Aires, Argentina.
24. Becerra Rosa M., Elementos Básicos para Trabajo Social - Psiquiátrico. Editorial Ecro, 1.977.
25. Kedrov M.B. y Spirkin A., La Ciencia. Editorial Impresora Azteca-México, D.F. 1.968- Colección 70.
26. Richmand Mary E., Caso Social Individual. Editorial Humanitas-Buenos Aires-Argentina. 1.976. Colección Desarrollo Social.
27. Richardson Elizabeth, Dinámica de Grupos de Trabajo para Profesores. Editorial Marova-Fax. Madrid-España, 1.974. Colección Biblioteca del Educador.
28. Konopla Gisela, Trabajo Social de Grupo. Editorial Euramérica, S.A. 1.971. Colección As.
29. Garcia Ramón, Psiquiatría e Ideología de la Locura. Anagrama- 1.972.
30. Engels Federico, El Origen de la Familia, la Propiedad Privada, y el Estado. Editorial Los Comeneros.

31. Bassaglia Franco, Apuntes de Psiquiatría Institucional-
Anagrama- Barcelona. 1.972.
32. Bastide Stylo R., Sociología de las Enfermedades Menta-
les. Introducción a la Psiquiatría Social. Editorial Si-
glo XXI, México. 1.974.
33. Villar Gaviria Alvaro, Revista Alternativa No. 141. El -
Encierro, tratamiento para criminales. Bogotá 1.977.
34. El Tiempo, Suplemento Literario acerca de Wilhem Reich,
Bogotá, 1.977.
35. Ackerman N., Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones
Familiars. Editorial Hormé, 1.974.
36. Faleiros Vicente de Paula, Trabajo Social, Ideología y -
Método. Editorial Ecro, Buenos Aires-Argentina, 1.974.
37. Althuser Luis, La Filosofía como Arma de la Revolución.
Editorial Córdoba. 1.968.
38. Ander Egg Ezequiél, Krusse H. E., Congresos Panamerica-
nos de Servicio Social. Montevideo, Guillaument, 1.970.
39. La Psiquiatría y la Antipsiquiatría. Biblioteca Salvat-
de Grandes Temas. No. 98.
40. Tomado del Tiempo. Quienes son los Antipsiquiatras.? Glo-
ria Elena Rey. No. 23.236. Sección B.

41. Laing Roland, Psiquiatría y Antipsiquiatría- Biblioteca-Salvat de Grandes Temas. No. 98.
42. Freire Paulo, Cambio. Editorial America Latina.
43. Kisnerman Nataleo, El Problema de la Teoría y el Método en Servicio Social. VII Congreso Panamericano del Bienestar Social. Quito-Ecuador. 1.971.
44. Lic. Lady Margarita Fonseca y Lic. Boris Alexis Lima. Compendio sobre Metodología para el Trabajo Social. Editorial Ecro, Buenos Aires. Argentina. 3a. Edición, 1.976.
45. Villar Gaviria Alvaro, Revista Alternativa No. 139. La Salud Mental un Asunto Político. Bogotá, Nov. 7 de 1.977.
46. Harnecker Marta, Los conceptos Elementales del Materialismo Histórico. 34a. Edición. Siglo XXI. Editores-Bogotá, 1.976.
47. Informes Semestrales de Práctica Institucional. Estudiantes de Trabajo Social. Universidad Simón Bolívar. 1.978.
48. Reales Orozco Antonio, Programa de Asistencia Psiquiátrica Comunitaria. Sección de Salud Mental del Atlántico. Barranquilla, 1.977.
49. El Tiempo. David Cooper. Lectura Dominical. Sección Suplemento Literario. Julio 10 de 1.977.