

**LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS Y LAS INSTITUCIONES DE  
SALUD MENTAL DE BARRANQUILLA**

**" EL QUEHACER DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PROBLEMATICA  
DE LA SALUD MENTAL "**

**ARIAS BUTRON CARMEN C.**

**PALENCIA OLIVERA TIRZA**

**QUIMBAYO GLEEN YOLANDA E.**

**Trabajo de Grado presentado como  
requisito para optar el título  
de Trabajadora Social.**

**Asesora:**

**Trabajadora Social LIGIA DE SANJUAN**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO**

**SIMON BOLIVAR**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**

**BARRANQUILLA, SEPTIEMBRE DE 1985**

**Nota de Aceptación.**

---

---

---

---

**Presidente de Jurado.**

---

**Jurado.**

---

**Jurado.**

**Barranquilla, Septiembre de 1985.**

Mis padres siempre vieron en mi una chispa de superación, por lo que me impulsaron y enseñaron el esfuerzo que se necesita para lograr lo mejor. Mi madre preparó el camino para presentarme firme y segura ante este congestionado mundo actual, para lograr a base de sacrificio y esfuerzos este sólido triunfo.

Es por ello que llena de profundo agradecimiento dedico este éxito a mi madre y hermanos.

CARMEN C.

A mis padres quienes con su abnegación me guiaron por el sendero de la rectitud, con sus sacrificios contribuyeron a mi formación profesional y hoy tienen la oportunidad de verme llegar a la meta, al lado de mis hermanos, además a mi esposo quien me dió entereza para continuar mis estudios y a mi hijo EDWIN A. SAMPER P. que con su sonrisa angelical me impulsó a este triunfo que también lo es para él, en el transitar de su vida.

TIRZA.

El triunfo logrado lo dedico a mis  
padres, por haber plasmado en mi  
su ideal de superación, a mi  
esposo ARCADIO quien me brindó su  
ayuda y apoyo para alcanzar la  
meta deseada.

YOLANDA

## **AGRADECIMIENTO**

**A la Universidad Simón Bolívar y Profesores quienes con sus orientaciones hicieron posible el título obtenido.**

**A el Doctor Roque Herrera por su grandiosa colaboración.**

**A nuestra Asesora de Tesis Ligia de Sanjuan, por su orientación.**

**A todas las Instituciones de Salud Mental que nos proporcionaron toda la información requerida para la realización del presente trabajo.**

**TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Pág</b>
<b>INTRODUCCION</b>	
1. LOS ASPECTOS SOCIO-CULTURALES, ECONOMICOS Y POLITICOS Y LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS.....	17
1.1. ASPECTOS SOCIO-CULTURALES ESTRUCTURALES.....	17
1.1.1. Correlación entre los aspectos socio-culturales y las Enfermedades Psiquiátricas.....	22 /
1.2. ASPECTOS ECONOMICOS-POLITICOS ESTRUCTURALES Y SUS INFLUENCIAS EN LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	29
1.3. LA FUNCION DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.....	40
2. LA PSIQUIATRIA EN COLOMBIA.....	48
2.1. RESEÑA HISTORICA.....	48
2.2. ANALISIS DE LA PSIQUIATRIA MODERNA Y LA PSIQUIATRIA TRADICIONAL.....	52
2.2.1. Analisis de la Psiquiatría Forense en Colombia.....	55
2.3. LAS POLITICAS INSTITUCIONALES DE LA SALUD MENTAL.....	59
2.3.1. Función Social del Hospital Mental Departamental.....	61 /
2.3.2. Hogar CREA.....	64
2.3.3. Fundación UCLAD.....	68

	Pág.
2.3.4. Alcohólicos Anónimos.....	70
2.4. ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LAS INSTITUCIONES HOGAR CREA, HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL, ALCOHOLICOS ANONIMOS Y FUNDACION UCLAD.....	71
2.4.1. Las Enfermedades Mentales y su Clasificación.....	95
2.4.2. Características de las Neurosis.....	97
2.4.3. Las Psicosis Funcionales (Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia).....	100
3. ENFOQUE DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ESTRUCTURACION DE LA HISTORIA DE CASOS PSIQUIATRICOS.....	111 ✓
3.1. ESTUDIO DE CASOS PSIQUIATRICOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL EN BARRANQUILLA.....	111
3.2. FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	122
3.3. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL.....	126
CONCLUSION.....	
RECOMENDACIONES.....	
BIBLIOGRAFIA.....	

## INTRODUCCION

Es un hecho reconocido que las enfermedades mentales han venido ocupando en las últimas décadas lugares destacados en la patología que afecta los pueblos de los países industrializados y de los que se encuentra en vía de desarrollo. También se reconoce que, a diferencia de otras enfermedades bien estudiadas desde el punto de vista de su epidemiología, falta de información que permita conocerlas mejor y orientar en una forma más segura su prevención y control. Como consecuencia de este vacío de información científica en los últimos años a nivel universal, se han incrementado en forma significativa las investigaciones en éste campo y son ya numerosos los conocimientos que se han generado, los cuales han permitido tratar con mayor seguridad algunos de éstos transtornos.

La selección del tema a estudiar en la presente tesis " ~~LAS ENFERMEDADES~~ PSIQUICAS Y LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL DE BARRANQUILLA. " EL QUEHACER DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD MENTAL". Es de gran importancia porque a través de él lograremos determinar los factores socio-económicos que inciden en la prevalencia de enfermos mentales, para entrar a hacer un diagnóstico oportuno que permita establecer un tratamiento adecuado y diseñar alternativas de rehabilitación para reintegrar al individuo, a su familia y a la comunidad en el menor

tiempo posible; puesto que un individuo que ha estado recluido en un centro mental es rechazado, enajenado o aislado de por vida, por el Estado, la familia y la sociedad en general.

Las primeras personas desmotivadas ante una enfermedad mental son los familiares del paciente, quienes lo recluyen en los centros psiquiátricos unicamente para disminuir una carga familiar sin incentivos de recuperación.

Trabajo Social con los familiares puede realizar un seguimiento y aplicar terapias recreativas y ocupacionales, que permitan brindar al paciente un clima apropiado donde su comportamiento sea armonizado, donde se sientan cómodos y sean aceptados tal como son.

Esta investigación social se fundamenta en teorías que se encuentran plasmadas en los diferentes textos utilizados y en investigaciones realizadas en diferentes instituciones de salud mental en la ciudad de Barranquilla como son: Hospital Mental Departamental, Hogar Crea, Alcohólicos Anónimos y Fundación UCLAD.

Colombia no ha estado ausente del interés científico mundial por sentir y conocer más en profundidad la frecuencia y los factores desencadenantes de las enfermedades mentales. Sin embargo, se reconoce que faltan estudios a nivel de población que permitan, por una parte, orientar en mejor forma los programas de salud pública dirigidos a proteger la salud mental de la población, y por otra, a utilizar con mayor eficiencia los limitados recursos que en nuestro país existen para éste fin.

Colombia constituye una sociedad en transición en la cual ocurren numerosas migraciones, con grandes cambios en la estructura de clases, que determinan alteraciones en los patrones culturales y en la vida familiar.

Los cambios mencionados exigen un gran esfuerzo de orientación en los individuos, que necesariamente conllevan a una tensión considerable.

Es importante el estudio de la salud mental, ya que ella va a jugar un papel de mucha importancia en la vida de todo ser humano, porque le permite afrontar con flexibilidad situaciones difíciles y establecer un equilibrio psico-físico debido a la estrecha relación que existe con los factores sociales, es aquí donde el Trabajador Social interviene y persigue la reestructuración de la personalidad del individuo, manteniendo un estrecho contacto con el medio ambiente, social y familiar.

Es importante en este trabajo los objetivos trazados que son:

- Analizar la problemática de la salud mental dentro de la sociedad, para detectar los factores de la estructura que incide en su formación, y las alternativas de orientación por parte de la profesión de Trabajo Social.

- Conocer la realidad del proceso de rehabilitación mental a partir del conjunto de teorías y de elementos metodológicos adquiridos, con el fin de intervenir en ella por medio de la ejecución de programas que emprendan una solución a los problemas encontrados.

- Comprobar mediante un análisis cuantitativos y cualitativos la intervención del Estado ante esta problemática.
- Detectar casos en el Hospital Mental, para concretar la responsabilidad familiar y de la comunidad en general ante ésta problemática.
- Realizar entrevistas con el equipo multiprofesional del Hospital Mental Departamental, para conocer el proceso clínico hacia el paciente con enfermedad mental.
- Dar a conocer a los familiares del paciente mental y la comunidad en general sobre su papel en el proceso de recuperación y rehabilitación del enfermo.

Se utilizó un nivel descriptivo, que consiste en formular el problema como un complejo de variable, determinando la relevancia de las mismas y comienza cuando se ha identificado el área de trabajo como problema y se ha creado conciencia de la necesidad de una investigación sistemática, y se completa con el análisis estadístico y la graficación de datos para elaborar el informe correspondiente al diagnóstico descriptivo. Este momento exige explicitar hipótesis de trabajo, las que surgen del prediagnóstico. Las Hipótesis son:

- - La proliferación de enfermedades psiquiátricas son producto del desajuste que soportan los hogares colombianos a causa del capitalismo y el deficiente proceso socializante.

- El Trabajo Social de grupo y de caso son un instrumento esencial en la motivación y educación social de los ciudadanos, ante la incompreensión de las enfermedades mentales en Barranquilla.

El tipo de estudio que se realizó es lo teórico-práctico, ya que se desarrolla teniendo en cuenta el aporte de conocimientos a través de la bibliografía y el contacto directo con la realidad del objeto de estudio.

En este estudio se desarrollaron tres capítulos.

El primer capítulo comprende un análisis de los aspectos socio-culturales, económicos y políticos que influyen en las enfermedades mentales al igual que los aspectos socio-culturales estructurales, la correlación entre los aspectos socio-culturales y las enfermedades mentales, los aspectos económicos-políticos estructurales y la influencia en las enfermedades mentales y la función de la familia en el desarrollo de la personalidad.

El segundo capítulo expresa un análisis sobre la Psiquiatría en Colombia, el cual hace referencia a la reseña histórica, un análisis de la psiquiatría moderna y la psiquiatría tradicional, las políticas institucionales de la salud mental, función social de las instituciones de salud mental: Hospital Mental Departamental, Hogar Crea, Fundación UCLAD, Alcohólicos Anónimos.

El tercer capítulo hace referencia a Trabajo Social, es decir, el enfoque del Trabajador Social en la estructuración de la historia de casos psiquiátricos, entrando a analizar el estudio de casos psiquiátricos en las instituciones de Barranquilla, funciones de Trabajo Social en salud mental, intervención del Trabajo Social en el tratamiento, recuperación y rehabilitación del enfermo mental.

## 1. LOS ASPECTOS SOCIO-CULTURALES, ECONOMICOS Y POLITICOS Y LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS.

Las condiciones socio-económicas de la mayoría de la población colombiana, expresada por la extrema desigualdad y por la polarización de los ingresos ocasionados por una situación de dependencia, colocan a la población en niveles de subsistencia que inciden radicalmente en los estados de salud que se manifiestan en el alto grado de desnutrición, retardo mental y desarrollo humano como secuela de todo tipo de enfermedades psíquicas.

### 1.1. ASPECTOS SOCIO-CULTURALES ESTRUCTURALES.

El hombre existe y se desarrolla como ser social, dentro del sistema de las multiformes relaciones sociales que son las que existen entre las diversas colectividades humanas, grupos sociales y clases dentro de ella, son las relaciones que existen en el Estado, entre los Estados y las Naciones.

Para entender la cobertura cuantitativa y cualitativa de las enfermedades psíquicas, es necesario percibir la sociedad como una parte del mundo material que obedece a la acción de sus propias leyes internas.

Las relaciones sociales son las multiformes conexiones que se forman entre los hombres en el proceso de su actividad en las distintas esferas de la vida social sobre la base de un modo de producción históricamente determinado.

En la sociedad dividida en clases las relaciones la llevan a cabo los diversos grupos sociales, y para unirlos y organizarlos se necesita también la ideología e instituciones de todo género, es decir; la superestructura que en las formaciones antagónicas con todas sus ideas, sus relaciones e instituciones ideológicas es producto, resultado e instrumento de la lucha de clases.

Para la formación social se tienen como elementos estructurales más importantes el modo de producción, el cual funciona en primer lugar objetivamente y se hallan en proceso continuo de desarrollo.

Cuando el hombre no armoniza con las relaciones sociales, cuando no analiza los elementos estructurales ( el modo de producción, la base y la superestructura ), se considera traumatizado en su sistema psi-físico que generalmente son producto de los elementos socio-culturales, económicos y políticos de la estructura social concebida esta como un sistema de fuerzas en conflicto permanente, donde el énfasis se centra en los elementos significativos que se encuentran dentro de ella orientados por intereses

opuestos, tales como las clases sociales, la población urbana y rural, los diferentes factores de poder, grupos de intereses y de presión y de partidos políticos.

La vida social práctica plantea constantemente, bajo una forma u otra las cuestiones de la cultura, como importantes problemas sociales y los hace objeto de aguda lucha y de lógica, reflejando de ésta manera el antagonismo entre las clases sociales, en virtud de lo cual el contenido de la cultura adquiere un carácter de clase.

A través de la cultura, se expresan todos los adelantos de la actividad del hombre, considerados desde el punto de vista de cómo se manifiestan ( modo de vida, de pensar y proceder ) en la sociedad. Al presentarse las enfermedades psíquicas en todas las sociedades humanas, podemos decir que el nacimiento y la acción de la cultura es indispensable para toda la sociedad, la actividad global de los hombres, tanto a la escala de pequeños grupos y colectividades como de sociedades enteras, Por eso, la cultura se entrelaza orgánicamente con el sistema social, y todo desmembramiento que se produce en dicho sistema se refleja ineludiblemente en la cultura. La cultura es aprendida, puesto que se identifica con la herencia social de un grupo humano. El aprendizaje se realiza gracias al proceso de socialización y transformación del individuo, por lo tanto la cultura cambia al sujeto.

En el seno de cada cultura o subcultura surgen personalidades, características diferentes de las otras culturas. Las uniformidades en los rasgos de la personalidad, se justifican científicamente en la transformación que sufre el individuo en el seno de la sociedad mediante los procesos de socialización y de culturación.

La sociedad presenta a los miembros modelos generales de conducta, adecuados a cada etapa de la vida; para lo cual las bases de la transformación son puestas en la primera infancia, en donde las familias educan a los niños según el modelo típico del grupo general y el subgrupo. Ejemplo: una madre campesina traspa a al niño el modelo de la sociedad general y el modelo del campesino, apropiado a su categoría social.

Esto explica el hecho de que muchos elementos de la personalidad aparezcan invariables en la totalidad de los miembros de un grupo, es así que sobre la base de las primeras experiencias de la niñez, se va construyendo la estructura de la personalidad.

Analizando la sociedad capitalista observamos como se hace ya, muy sensible la tendencia al progreso, a la internalización de las culturas, (presentando el perfeccionamiento de la industria y las ciencias modernas, de los medios de transporte y de comunicaciones, la división internacional del trabajo, la ampliación de las relaciones económicas, el aumento de la movilidad de la población y los contactos culturales), revistiendo gran importancia, el problema de quien dispone de estos medios técnicos y qué valores

se propagan. La tendencia a la internalización en la sociedad capitalista lleva la señal del antagonismo y destrucción, de las culturas de los pueblos oprimidos, de imposición a estos modelos de la cultura burguesa.

Todas estas diferencias del nivel cultural, este enajenamiento de la cultura es consecuencia del estado de opresión en que viven las masas trabajadoras, de la monopolización de los adelantos de la cultura por las clases dominantes, quienes se valen de los medios de información utilizados inadecuadamente para una mayor manipulación del sector popular.

Todos estos medios de información funcionan bajo una filosofía acorde con el sistema social y económico, son aparatos al servicio de realidades sociales injustas; los valores percibidos en dichos medios, (la desonestidad, la falsedad, infiltración de elementos no significativos para nuestro medio) hacen de nuestro pueblo y cultura una farsa social acomodaticia y creadora de mentalidades conformistas. El sistema además de aprovecharse de los medios de comunicación, utiliza las actividades que realizan las personas en los ratos libres (clarificando los modelos sociales de recreación) que muchas veces, por no decir siempre obedecen a modelos económicos introducidos hasta en la diversión de nuestro pueblo y cuando no existe una recreación sana, ni esparcimiento formativo de los sectores populares; hace de la libertad una esclavitud al servicio de sus fines.

### 1.1.1 Correlación entre los aspectos Socio-Culturales y las enfermedades psiquiátricas.

Los trastornos mentales muchas veces son influenciados, de modo decisivo, tanto por la dinámica de las relaciones interpersonales, como por el medio en que vive el enfermo mental y circunstancias vitales, constituyéndose también la cultura del individuo en un factor preponderante para el desarrollo o evolución de las enfermedades psíquicas, ya que de acuerdo al grado de cultura que posee el individuo así será su comportamiento dentro de la sociedad.

Dentro del marco de unas mismas condiciones los miembros pueden proceder de distintas maneras, en dependencia del nivel de desarrollo y el grado en que dominan el medio de su actividad; expresado en otros términos; en las acciones individuales se manifiesta la distinta cultura de trabajo, de conducta, de lenguaje y de pensamiento. Las causas y los factores coadyuvantes para la evolución de enfermedades mentales son totalmente distintos y tienen una relación directa con el factor socio-cultural de la población afectada; ya que las presiones y tensiones de una sociedad en contradicción no presentan elementos que la canalicen positivamente, en un sistema de atención y rehabilitación.

Al no poseer el individuo los medios necesarios que debe brindarle el Estado para su completo bienestar, este se desenvuelve en el anonimato, conformis-

mo, conduciéndolo a que se desvíe muchas veces en su proceso de personalización.

En estas circunstancias la juventud no puede ser el eje central en donde gira la sociedad; máximo cuando a temprana edad debe estar vinculada al trabajo ordinario, por lo tanto no logran tener una cultura formada que les permita afrontar la realidad social en que se desenvuelven, por los permanentes conflictos que se originan, por la situación económica en que vive el individuo, ocasionando trastornos psíquicos; situación en la cual debe intervenir el Trabajador Social para orientar adecuadamente al individuo y de ésta manera logre un desarrollo evolutivo normal.

Es por esto, que un análisis social es indispensable asociar los rasgos culturales de una comunidad con los orígenes de quienes la forman, porque al estudiar la procedencia de habitantes de los barrios marginados de Barranquilla, permite un análisis de núcleos transitorios que tienen cierta movilidad social. En dicho factor se pueden distinguir dos grandes bloques; uno que viene del sector rural movido por el sofisma de lo que es la ciudad o por la situación del olvido económico que ha sufrido el campo ante la aplicación de modelos equivocados. De estas emigraciones del campo a la ciudad, vemos la creación de cordones de miseria, la explotación del trabajo del hombre del campo, la prostitución por necesidades económicas, la creación de oficinas que buscan empleos y posteriormente explotan al trabajador como una mercancía sometida a la oferta y la demanda. En otros casos las

personas que llegan de la ciudad misma; merecen un análisis distinto, puesto que su agobiante situación económica y sus necesidades de vivienda les hace ver la invasión como alternativa.

El síndrome que define la situación del hombre dentro de la gran ciudad se halla constituido por la violencia, la depresión y la soledad, como componentes significativos. Una violencia que aparece como consecuencia de un estado de excitación nerviosa, que sumada a la conciencia de aislamiento genera un estado de agresividad presente ante todas las coerciones que impone la organización de la vida social en las modernas ciudades.

La soledad, el anonimato, la uniformidad en el consumo, la masificación en la vida política y social, la alienación en las relaciones laborales, la desaparición de los papeles convencionales y la minimización del respaldo representado por la tradición, va originando un constante conflicto de valores.

El individuo vive en conflicto con la sociedad, en el sentido de que cada ser humano tiene que reprimir instintos o aspiraciones que son prohibidas por la cultura y cuya satisfacción por lo tanto le acarrearía serias consecuencias. Este conflicto transcurre psicológicamente, entre fuerzas instintivas y la formación o estructura psicológica que representa la coerción social internalizada, funcionando ya como parte del sujeto mismo.

Llama la atención en nuestro estudio cómo los niveles más bajos de depresión y de salud psíquica tienden a correlacionarse también con bajos niveles cultural y conciencia subjetiva de clase social, debido ello a una acumula

ción de diferentes factores socio-culturales que actuarían negativamente sobre el individuo ( malas condiciones de vida, familias disociadas, deficiente salud física y otros ).

Se ha hablado de un sinnúmero de factores ( aislamiento, aumento de las tensiones de todo tipo, mecanización fría del contacto interpersonal, frustración ante los trabajos vacíos y monótonos, y otros ), como condicionantes de un malestar psicológico que a fuerza de actuar sobre el individuo terminaría muchas veces por colocarle en el camino de su propio desequilibrio psicológico.

La deficiencia mental más que una enfermedad en sí, es el resultado final de la acción de toda una serie de factores etiológicos que afectan al desarrollo normal del sistema nervioso central durante los primeros momentos de la vida; y de ahí que la etiología sea extraordinariamente variada al incluir desde los factores propiamente genéticos, intrauterino y obstétricos hasta los que podríamos llamar socio-culturales.

Dentro de las casusas desconocidas sin signos neurológicos se incluyen las llamadas deficiencias culturales y afectivas, la carencia de estas condicionan en el niño retrasos más o menos importantes. Las condiciones de vida deficitaria ( bajo estrato socioeconómico, ambiente cultural pobre, hogares desnutridos, y otros ) influyen negativamente sobre el desarrollo de la inteligencia.

Todo el contexto socio-cultural imprime ya desde los primeros momentos de la vida unos determinados comportamientos intelectuales, que explican en buena parte algunas diferencias intelectivas condicionadas por el status de pertenencia.

Las dificultades escolares y junto a ellas, toda una constelación familiar dentro de la cual la sobreprotección materna, y las dificultades por parte de la familia para comprender el problema de rendimiento escolar, alimentan la dinámica conflictiva de estos niños; que más adelante, y a lo largo de su vida, sus múltiples fracasos y frustraciones, por esa incapacidad que poseen para resolver adecuadamente problemas y situaciones, van encerrando a su personalidad en sí misma, automarginándose del contacto con los demás en unos casos y compensando en otras ocasiones de un modo psicopático sus propias dificultades. Así, conductas disociadas como el fraude, la calumnia y en ocasiones descargas instintivas extraordinariamente pueden comprenderse en el debil mental, como modalidades de reacción personal frente a sus propias dificultades intelectuales y sobre todo personales.

Los procesos y las situaciones socioculturales contemporáneas pueden producir un alto nivel de incapacidad o, inversamente pueden reducir pronunciadamente el nivel de incapacidad debido a los síntomas psiquiátricos. Las condiciones socioculturales que más tienden a fomentar los síntomas y las incapacidades son aquellos, que ponen al individuo en posición desventajosas en términos de amor, normas para la adopción de decisiones, de la posición

ocupada en el sistema social, para conservar un grado de autodeterminación y sentir respeto por lo que él es y lo que hace. Debido a que precede, un cierto grado mínimo de integración en un sistema sociocultural constituye una condición necesaria para la salud mental de los miembros que la forman.

La desintegración sociocultural constituye la causa, en gran parte, del predominio de trastornos psiquiátricos en los grupos socioeconómicos inferiores, en situaciones de conflictos entre culturas, y en sociedades en vía de cambios rápidos, como la de los países subdesarrollados.

Con las presiones ambientales que producen indecisión o impulsividad (o ambos casos) se desarrolla una inseguridad difusa, en el individuo, a cerca de su propio carácter y de sus sistemas de valores. El creciente sentimiento de inseguridad a cerca de sí misma, de sus valores y de sus formas habituales de conducirse en la vida produce una propensión a considerar nuevas formas de hacer las cosas, nuevas maneras de considerarlas y nuevos modos de considerarse a sí mismo. Esta es la condición previa para cambios constructivos de actitud y conducta que, cuando el medio ambiente es propicio, conducen a modificaciones correctoras de la actividad. El sentimiento decreciente de responsabilidad individual, por el hecho de no satisfacer las demandas, resulta aliviado, y puesto que él ya no sigue considerándose responsable de la discrepancia. Entre la demanda ambiental y la actividad individual cuando termina en esa forma, el individuo dá un paso insatisfactorio para rectificar la situación, paso que solo sirve para suscitar de resentimiento en desacuerdo con la gente que le rodea.

Esto produce una necesidad aumentada de modificar sus conducta para satisfacer unas demandas cada vez más urgentes. Pero en el caso que sus respuestas a esta situación, más tensa todavía, produce el efecto opuesto, lo que se traduce en mayores incomprendiones y hostilidades. las dificultades para el individuo moderno provienen no tanto de una lucha por la supervivencia biológicas como de las tensiones y presiones inherentes a la convivencia social con complejas personalidades humanas.

Otros de los factores que crean problemas de desajustes al medio ambiente es la consecuencia directa o indirecta del ambiente emocional, la lucha consciente o inconsciente del individuo por vencer las infranqueables barreras que se oponen sus firmes decisiones; urgencias o deseos, no solo de adquirir o ampliar su cultura, sino de obtener comprensión para su conducta.

Cuando los individuos no pueden satisfacer sus necesidades primarias o impulsos básicos se revelan contra su medio, por que este le resulta hostil. Las energías vitales corren el riesgo de atrofiarse o canalizarse mal, y tanto en una situación como en la otra los resultados suelen ser desfavorables.

## 1.2. ASPECTOS ECONOMICOS-POLITICOS ESTRUCTURALES Y SUS INFLUENCIAS EN LAS ENFERMEDADES MENTALES.

El factor económico es fundamental en la salud mental, el cual no se dá por que se encuentra afectada por diversos elementos que caracterizan la estructura dependiente de un país, siendo uno de los más crítico la inflación, que es un instrumento o fenómeno fundamental en la estructura de la economía capitalista para la acumulación, y se expresa a través de las continuas subidas de los precios de las mercancías y servicios fijados por los productores; presentando sus consecuencias de dos maneras antagónicas; engrosando, por un lado, las riquezas y el poder de los capitalistas y mermando por el otro, los ingresos de los trabajadores.

El crecimiento de los precios de las mercancías, de ritmos siempre mayor al aumento de los salarios nominales, disminuye los salarios reales, permitiendo tasas más elevadas de plusvalía.

En los sectores menos favorecidos el salario real tiene un bajo poder adquisitivo ante los bienes de consumo necesarios; existiendo entonces un nivel asequible a dichos sectores, es posible abrir las puertas al consumo de producción que satisfaga unas necesidades reales, sin embargo, existe un consumo de elementos suntuarios diseñados por una sociedad consumista que pretende desfigurar las necesidades básicas del ser humano con necesidades creadas por el sistema mismo. Este elemento no posibilita un acceso en la participación económica de un país, o sea, se produce y se participa de la producción desde el consumo, pero no satisface las necesidades sociales en

general; se producen cosas pero no se genera desarrollo.

El fenómeno salarial incluido en la situación social del sector marginado, merece la atención por tratarse de un factor producto de estructuras económicas dependientes, injustas, despotas y de por sí aberrantes.

La inflación es un gran estímulo para las empresas mercantiles y el empresario comerciante se beneficia grandemente con el alza de los precios. Sacando más provecho aún los especuladores, que pueden retener las mercancías, para vender a los nuevos precios más altos, o que realzan sus saldos anteriores con los precios presentes.

También se observa como los grandes agricultores monopolistas obtienen ventajas dobles a través de los precios más altos que ellos mismos imponen y por que pueden cancelar sus deudas posteriormente con la moneda desvalorizada.

Estos terratenientes, especialmente en América Latina, fijan las tarifas de las rentas, o alquiler de sus tierras, en relación con precios crecientes de las limitadas porciones de terrenos que ellos dedican para la explotación. A medida que suben los precios y las rentas, la valorización de sus tierras es mayor, acrecentando sus riquezas y sus poderes políticos y sociales.

En las economías subdesarrolladas dependientes, la baja continua de los ingresos, de las exportaciones por efecto del deterioro en las relaciones de intercambio, limita la capacidad de importación, facilitando el dominio del mercado por parte de los monopolios importadores, que pueden manejar mejor

do, para equilibrar la descompensación a hacer nuevas emisiones, a aumentar sus recaudos fiscales o a negociar empréstitos. (endeudamiento externo- privado). Los crecientes recursos fiscales son cargas que en la economía capitalista se trasladan a las masas consumidoras a través de nuevos aumentos de precios decretados por los productores, quienes muchas veces son afectados por las nuevas restricciones, ocasionando de esta manera la carencia de materia prima para el sostenimiento de una empresa, debido a que el país no produce lo suficiente para cubrir la demanda de empresas existentes.

Este endeudamiento conlleva al estado a la adopción de estrategias para mermar las deudas contraídas con otros países; entre ellas tenemos el establecimiento del Impuesto al Valor Agregado (IVA), afectando en primera fila a los usuarios, quienes al adquirir un artículo en un determinado almacén, debe cancelar el 10% sobre el valor del artículo.

Para corroborar a esta difícil situación se encuentran también los llamados buses sin subsidio (TSS), quienes anteriormente recibían un aporte (Subsidio anual) del estado por el servicio prestado al público, recargando los gastos a los usuarios aumentando el valor del transporte, librándose de esta manera el estado de gastos cuantiosos, los cuales debían pagar el pueblo a los empresarios del transporte.

Todas estas situaciones problemas que emergen de las formaciones sociales son el objeto más específico de Trabajo Social; las que deben ser abordadas históricas y dialécticamente, investigando las carencias y concientizándose de los obstáculos estructurales para participar y concretar una intervención planificadora que genera el proceso de cambio, realizando una labor de con-

cientización con base en una educación problematizadora donde el hombre por medio de la reflexión conozca sus relaciones con los otros hombres, con el mundo y tome conciencia de su posición, vea la necesidad de cambio, se organice y trate de contribuir a este proceso, ya que en un país como el nuestro subdesarrollado y con una población de bajos ingresos requiere mediante la utilización de recursos humanos, físicos y financieros, una acción vigorosa y eficaz de todos los organismos vinculados al sistema de salud mental que impulsen el estudio y adopten las medidas adecuadas y oportunas para dar soluciones a este delicado problema social.

A pesar de la evolución positiva lograda por Colombia, se alcanzan a observar hechos negativos, como son la evolución creciente de difícil medición de delincuencia, drogadicción, prostitución, alcoholismo. Tomando como indicadores el homicidio unos de los mayores registrados estadísticamente y de mayor significado social, presentando Colombia hoy una de las tasas más altas del mundo.

Es por esto que el modelo de desarrollo económico y social es anacrónico para el sector popular y marginado hasta llegar a tal punto que ni siquiera se puede participar de los planes formulados por los últimos gobiernos que se centran en la panacea del incremento de la producción como solución al desempleo y la inflación, pero dichos modelos favorecen sólo a la clase empresarial.

"El desempleo es el factor que más influye en el desequilibrio mental de la población, porque los que carecen de éste medio no satisfacen sus necesidades vitales, básicas y suntuarias. Es así que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) al hacer estimaciones de la población económicamen-

te activa e inactiva con base en proyecciones de la población total, presenta en Barranquilla una cifra provisional hasta Diciembre de 1.984 una población social inactiva de 356.363 habitantes, 53.403 desocupados y 26.437 subempleados!<sup>2</sup>

En el sistema capitalista los prejuicios o actitudes negativas originadas por las creencias impuestas por el medio se expresan en prejuicios racionales y sociales o actitudes de hostilidad y discriminación dirigida contra los miembros pertenecientes a otras razas consideradas inferiores. Esto se encuentra correlacionado con la estratificación, debido al desequilibrio poblacional al existir un gran número de clase menos favorecidas, que carecen tanto de los medios de producción, como de los medios para subsistir adecuadamente; y conocer la mínima población que detenta el poder y el dominio absoluto sobre la clase menos favorecida. No teniéndose en cuenta en el DANE el nivel de ingreso de cada familia para la estratificación de la población, sino toma como base el factor vivienda, clasificando la estratificación de la siguiente manera:

#### 1.2.1. Estrato Bajo-Bajo.

"Se consideran que en este estrato viven las personas en viviendas construidas sin un plan determinado y generalmente con materiales de desechos.

Otra característica se refiere a la no disponibilidad de uno o más de los -

---

<sup>2</sup>AVANCE ESTADISTICO, Diciembre 83- Enero 84. Diciembre 84- Enero 85. Dpto. Administrativo Nacional de "stadfstica "DANE". página 15

tres servicios básicos como son : a) alcantarillado, b) luz eléctrica, c) agua potable, además los servicios que se posean son en la mayoría de los casos de uso mixto o exterior. Las familias que habitan estas viviendas se caracterizan por tener ingresos muy bajos y no disponer de artículos para el hogar (vehículos, televisor, neveras, licuadora y demás artículos electrodomésticos). Generalmente se trata de barrios de invasión.

#### 1.2.2. Estrato Bajo.

Está constituido por personas que viven en vivienda con fachadas generalmente en obra negra, pero que ya disponen de todos los servicios básicos, aún cuando éstos sean de uso propio o mixto, colectivo o interior, las familias si bien tienen ingresos más altos que los del estrato anterior, estos continúan siendo bajos y se dispone de poco o de ningún artículo para el hogar. Es bastante frecuente casas de inquilinato y un alto nivel de personas por cuartos habitando estas viviendas.

#### 1.2.3. Estrato Medio-Bajo.

Usualmente corresponde a viviendas construidas por el Instituto de Crédito Territorial (ICT). Poseen, como en el estrato anterior y en todos los que siguen, todos los servicios de uso exclusivo. El ingreso familiar es bajo pero ya se disfruta de algunos artículos para el hogar (radio, radiola, televisor).

#### 1.2.4. Estrato Medio.

Generalmente las personas tienen las mismas facilidades de vivienda de las

del estrato Medio-Bajo, sin embargo, los ingresos alcanzan niveles medios y se posee una gran variedad de artículos para el hogar ( radio, radiola, televisor, brilladora, licuadora y otros).

Son barrios en los cuales predominan los empleados medios, que tienen vehículos propios para transportarse.

#### 1.2.5. Estrato Medio-Alto.

Usualmente está constituido por personas que viven en viviendas construidas por Corporaciones de Viviendas. El ingreso familiar, siendo mayor que el del estrato Medio, se conserva dentro de límites normales, disponen de una gran variedad de artículos para el hogar (vehículos, radio, televisor, nevera, brilladora, licuadora y otros). En estos barrios viven generalmente altos ejecutivos profesionales y son barrios con zonas verdes y grandes facilidades de acceso.

#### 1.2.6. Estrato Alto.

Corresponde a viviendas habitadas por familias de más altos ingresos y generalmente grandes mansiones con zonas verdes y grandes facilidades de acceso. Sus servicios y comodidades sobrepasan todos los estratos anteriores".<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Carta Estadística Regional No. 3, DANE Regional Norte, Feb-81 Impreso .

Arrojando una estratificación por barrios de Barranquilla, el estrato bajo una cifra de 311.531, estrato bajo-bajo 104.346, medio 83.917, medio-bajo 128.667, medio-alto 28.326, alto 4.895.

Haciendo un análisis de estas cifras podemos notar que hay mayor número de familias que viven en la pobreza, originándose mayores causas para determinar una desproporción ascendente de enfermos mentales en el estrato bajo-bajo y en el estrato medio. Siendo este último el que presenta una difícil situación al querer superar situaciones socio-económicas al tratar de alcanzar un estrato superior, originando de esta manera situaciones conflictivas, ambientales y mentales. Estos conflictos se agudizan aún más al ver frustrados sus ideales o intentos de superación, lo que puede desencadenar muchas veces en crisis nerviosas que al ir agudizándose en el individuo van a generar una enfermedad mental, dando lugar a un desajuste del individuo con la familia, la comunidad y la sociedad en general.

El bienestar de la población a través de la organización política del Estado presenta características deficientes en servicios y beneficios, ya que los factores de poder, los grupos de interés diseñan una educación burguesa para el sometimiento y anulamiento de los procesos sociogestionarios en las clases populares, sin claridad ideológica, sin una visión que demuestre un interés de grupo, de partidos, es decir poseedores de una mentalidad maleable, que trae como consecuencia la manipulación y sometimiento político de la población. Situación de la que se aprovechan los políticos tradicionales (liberales y conservadores) haciendo promesas de solución de problemas en épocas electorales que no llegan a cumplirse.

Muchas veces por ser problemas inherentes al Estado como son el desempleo, la carencia de vivienda, pavimentación de calles, y otros; constituyéndose estos en paliativos ofrecidos a la clase necesitada con el fin de alcanzar el mayor número de votos para cumplir sus proósitos parlamentarios, donde los partidos tradicionales a través de los años se han venido repartiendo el poder sin lograr establecer el modelo de desarrollo que realmente satisfaga las necesidades apremiantes de los pueblos.

En nuestro medio Colombiano la función de la política no es la de prestar servicios desinteresados a la patria, prueba de ello es que los intereses de nuestro parlamento, que pueden ser utilizados para el desarrollo del país son bloqueados o utilizados para ~~para fines~~ ~~netamente~~ personales, desvirtuando las leyes promulgadas por el Estado agravando la situación de la asistencia pública por ser tratada de diversas formas a través de los planes de desarrollo que han puesto en vigencia los distintos gobiernos.

"Es así como en 1974 a través del decreto Ley No. 56, del mismo año se creó en Colombia la División de Salud Mental en el Ministerio de Salud; con funciones de carácter normativo coordinador, asesor, supervisor y evaluador mediante la estructuración de un grupo de organismo central, conformado por profesionales de diversas disciplinas, que permitieran cumplir en forma efectiva las funciones de nivel coordinador central"<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>Ministerio de Salud, División Salud Mental, Programa Nal. de Salud Mental, Bogotá Octubre-81., Pág. 4.

La División de Salud Mental cuenta con un macro-diagnóstico que destaca sus programas, recursos, funciones, objetivos, para atender a la comunidad con trastornos mentales, farmacodependencia y alcoholismo, a través de sistemas operativos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; instauración de centros o unidades de salud mental, para aumentar la cobertura y la prestación de un mejor servicio. Haciendo un parangón de los propósitos de la División de Salud Mental con la situación de la salud mental actual en Colombia, se puede decir que es contradictorio, partiendo primero que todo del insuficiente número de instituciones que atiendan esta problemática, no alcanzan una cobertura poblacional total y adecuada que permita prevenir y rehabilitar al individuo, la carencia de un equipo profesional extramural que estudien la etiología de la enfermedad en cada individuo, para capacitar a los familiares de los mentalmente enfermos con el fin de que conozcan las diversas manifestaciones de la enfermedad y aprenda a comprender al enfermo y así contribuyan con su rehabilitación.

Como se puede observar en materia de salud mental es poco el interés y aporte colocado por el Estado, muy a pesar de que: "El artículo 19 de la Constitución Nacional establece que: "La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derechos para exigirlos de otras personas que están físicamente incapacitadas para trabajar. La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado."<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup>Constitución Política de la República de Colombia., Pág.17.

Al analizar esta disposición legislativa a la luz de la realidad actual se puede decir que el gobierno no ha cumplido. Se comprueba cuando se observa como existe un alto porcentaje de enfermos mentales que recorren las calles, ya que no tienen asistencia médica, vivienda, alimentos, vestidos, seguridad, socialización, protección familiar, estatal y otras necesidades fundamentales o básicas.

En Barranquilla funcionan actualmente dos hospitales oficiales que son: El Hospital Mental Departamental y el Hospital Psiquiátrico San Rafael. En estos dos centros de asistencia no es posible el ingreso de todos los individuos que padecen de trastornos mentales y que necesitan una hospitalización porque su capacidad es reducida con relación a la creciente demanda de la población afectada por las enfermedades mentales.

En el Hospital Mental Departamental no existe una política de rehabilitación definida, coordinada, los servicios de consulta externa son insuficientes y están dirigidos a desmotivar la afluencia de ellas limitando en forma intencionada el número de especialistas y de horas de atención al público.

### 1.3. LA FUNCION DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

Las funciones fundamentales de la familia pueden cumplirse con diferentes grados de efectividad de unas culturas a otras, y los detalles relativos a las maneras según las cuales las familias realizan dichas funciones en el seno de diferentes sistemas culturales producen resultados considerablemente diferentes en lo relativo a las personalidades de los niños y de los adultos.

La familia proporciona gran parte de la estimulación y del calor emocional que el niño necesita para su desarrollo psicológico normal; puesto que el ambiente familiar estable, proporciona cierto grado de consistencia que es muy necesario para él y también constituye un terreno seguro dentro del cual puede practicar relaciones recién adquiridas, aprender a hacer frente a situaciones extrañas y encontrar lo que constituye los límites de la conducta aceptable.

La estructura de la familia y las influencias que ésta impone sobre el individuo varían mucho de acuerdo con el tiempo, el lugar y la clase social, entre otros factores.

Por lo tanto la organización familiar tiene un papel irremplazable en el logro de la salud del individuo. De tal manera, el desarrollo de la personalidad guarda relación con el funcionamiento y equilibrio de la familia, porque en su seno es donde transcurre los primeros años de vida humana, los traumatismos sufridos por el niño durante su infancia, dejarán en él huellas imborrables. por lo tanto si su medio es la familia y ésta no funciona adecuadamente desde el punto de vista de sus relaciones, la evolución afectiva del niño se tornará patológica. La mayoría de los jóvenes que emergen al final poseen personalidades humanas reconocibles, lo cual demuestra lo elástica que es la personalidad en desarrollo; cada persona es diferente de su vecino, y estas diferencias son el resultado de las influencias hereditarias y ambientales y de la interrelación entre ellas.

La forma de la familia y sus funciones, dependerán en última instancia del tipo de cultura y de las necesidades que imperen en la sociedad.

Analizando algunos aspectos que hacen referencia al papel que desempeña la familia en el desarrollo del comportamiento del individuo y la relación existente entre el hogar y la formación de la conducta o personalidad, podría decirse que el trato de los padres para con los hijos, a través del proceso de crianza influye en el desarrollo de un normal comportamiento.

La falta de afecto por parte de los padres pueden ser un factor determinante de la personalidad del individuo.

Para estudiar la función de la familia en el desarrollo de la personalidad, es necesario conocer las funciones específicas de ésta.

Entre ellas tenemos las siguientes:

1.3.1. Mediadora entre la sociedad y el individuo.

Porque equipa sus miembros de controles internos para que, una vez fuera del seno familiar, puedan actuar apropiadamente.

1.3.2. Es factor fundamental en la vida de los adultos.

Prácticamente es lo que constituye la razón de su existencia.

1.3.3. Permite perpetuar la continuidad de la sociedad y conservar sus tradiciones. Es el vehículo por medio del cual los padres transmiten a sus hijos las bases para el desempeño en sociedad.

#### 1.3.4. Protección de sus miembros.

La familia proporciona gran parte de estimulación y calor emocional que el niño necesita para su desarrollo psicológico normal.

#### 1.3.5. Educacional.

Sirve para ayudar a sus miembros a progresar en las escalas sociales y profesionales.

1.3.6. Hace posible en los niños el proceso de socialización, a través del cual adquieren las funciones propias de cada grupo social.

En el contexto familiar es donde se debe buscar para comprender toda la dinámica de la psicopatología infantil, para ello debemos conocer una serie de aspectos psicosocio-familiares. Partiendo del postulado de Theodore Lidz sobre la familia, que dice:

"La familia es el fenómeno universal ligado a la estructura biológica del hombre, pero al mismo tiempo es una institución fundamental que le permite sobrevivir al desarrollar sus capacidades congénitas de adaptación"<sup>6</sup>

Es de este modo cómo la familia cumplirá con esas dos condiciones que le permitan, de una parte satisfacer las necesidades biológicas del hombre, y de otra satisfacer las exigencias socioculturales del entorno.

---

<sup>6</sup>SEVA DIAZ, Antonio. Psiquiatría Clínica. p. 489.

La familia es intermediaria entre el individuo y la sociedad; es decir toda situación conflictiva repercute en el contexto familiar, lugar por excelencia de intercomunicación entre el individuo y su medio socio-cultural.

El fundamento de la familia se constituye por la unión o integración de un hombre a una mujer. Dentro del matrimonio, los papeles sociales de los progenitores pueden hallarse cambiados de manera que desempeñen papeles invertidos o diferentes a los impuestos por la norma sociocultural imperante. Surgiendo muy variadas modalidades socio-familiares, como son: ausencia, fallecimiento, enfermedad y cambio de roles entre los conyuges.

Todas estas estructuras, ejercen una influencia esencial en el desarrollo psico-físico de los hijos, y así todos los patrones o enseñanzas que en el curso de la infancia recibe el niño de sus padres va constituyendo (el edificio emocional), cuyos elementos están constituidos por la resistencia mayor o menor a las frustraciones, su mayor o menor control de la agresividad y en fin el más alto o más bajo nivel de confianza en sí mismo del futuro hombre.

Para que la familia genere en los niños un desarrollo armónico los padres deben permanecer integrados, donde no se anule el uno del otro.

De esta manera se está ofreciendo a los hijos a diario la escena de dos adultos. Todo niño necesita esencialmente vivir en la asociación materno-paterna; por lo tanto cuando uno de los padres insulta, humilla o degrada al otro, estos mecanismos de identificación tan sutiles se recienten, tanto que el niño termina introyectando imágenes paternas confusas, sembrando en su persona-

lidad las semillas de la contradicción, la incomprensión y hasta el odio.

Los gustos alimenticios, los juegos y las vivencias estéticas, la forma de vestirse, las gerarquías de valores, las ideologías, la vida religiosa, el mayor o menor sentimiento de libertad, la crítica y la autocrítica, la autoridad y la responsabilidad y finalmente el sentido del deber, la autoafirmación y el nivel de seguridad en sí mismo, no se dan sino algunos de los dispositivos y estructuras psicológicas que el niño irá construyendo merced a las transacciones psicológicas y sociales que continuamente se dan en el seno familiar entre todos los miembros. El ambiente familiar es sumamente importante para que se pueda realizar el potencial innato del niño; incluso hasta el momento del nacimiento. 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 condicionan este proceso, si el niño ante las nuevas dificultades que tiene que resolver solicita ayuda y esta ayuda que le brindan es indiscriminada, se habituara a seguir pidiéndola, lo cual lo transformará en un adulto débil e inútil.

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 lo incapacitara para ubicarse adecuadamente en

la vida adulta.

Es importante que los padres actúen equilibradamente y respetando las distintas etapas de maduración por las cuales pasa el niño y no olvidar que su buen desarrollo depende fundamentalmente de las actitudes que estos tomen.

Si el individuo cuando niño tuvo la fortuna de tener un bagaje genético normal; si la nutrición, las relaciones emocionales y el clima intelectual han sido favorables; si su salud física es buena y si afortunadamente no le han ocurrido incidentes traumáticos durante sus primeros años, entonces es muy posible que goce de un buen record de salud mental durante su vida adulta. Sin embargo, cualquiera de estas variables puede verse adversamente afectada y uno de los resultados de estos puede ser un trastorno psiquiátrico.

En Colombia las intensas transformaciones sociales y económicas contemporánea han repercutido sobre las antiguas formas de organización familiar. Los procesos de industrialización, la descomposición de la estructura agraria tradicional, el desarrollo de la agricultura moderna y los procesos de emigración y urbanización han dado origen a nuevas estructuras familiares.

En fin, en una sociedad como la nuestra en la que domina la mecanización, el materialismo, la desintegración de la vida familiar con ruptura de la comunicación entre sus miembros, el cambio más o menos bruscos de los valores culturales, así como la abundancia cada vez de padres ansiosos e inseguros, blandos y dominados por formas de vidas deshumanizante al hallarse vacías de todo sentido que no sea el de gastar; la imagen ofrecida a sus hijos será tan triste y tan pobre del hombre esclavo de todo, autómatas de resortes maneja-

dos por unos pocos, seco y vacío de originalidad y trascendencia.

La familia actual se halla inmersa en un proceso de profundo cambio; de maneta tal que ha ido perdiendo funciones tradicionales, tales como la economía, la de crianza, la socializadora y otras, y al mismo tiempo se ha ido haciendo fuente de nuevos conflictos (pérdida de su cohesión, inestabilidad de la pareja, conflictos padres-hijos, control de la natalidad).

## 2. LA PSIQUIATRÍA EN COLOMBIA

### 2.1. RESEÑA HISTÓRICA

En la historia de la psiquiatría en Colombia se destacan tres hechos de importancia que son los que señalan el progreso de esta rama de la medicina.

El primero, que se puede situar en la década 1.870-80, lo constituye la fundación de los establecimientos para enfermos mentales. El segundo entre 1913-26 está representado por la fundación de cátedras de enfermedades psíquicas. El tercero, hacia 1950, lo constituyó la introducción de la psicoterapia científica y la orientación dinámica de la psiquiatría.

En Colombia comenzó a surgir la inquietud de crear "manicomios" en las entidades encargadas de la salud mental que eran de carácter religioso, tenemos por ejemplo la comunidad de las hermanas hospitalarias de San Juan de Dios quienes fueron traídas en 1920 para atender el Asilo de Varones de la Beneficencia de Cundinamarca. Ellos en colaboración con los religiosos hospitalarios del Sagrado Corazón de Jesús paralela en el sexo femenino, han realizado en el país ocho (8) fundaciones psiquiátri-

cas en Chia, Manizales, Pasto, Bogotá, Medellín, La Ceja (Antioquia) entre 1932 a 1963.

En otras beneficencias del país donde no existían instituciones de salud mental, se vieron en la obligación de abrir centros de atención mental, por tener que estar remitiendo casos a Bogotá con la ayuda de personas filantrópicas, centros que muchas veces se encontraban en deplorables condiciones antihigiénicas que con el transcurrir del tiempo han venido mejorando. Surgiendo a partir de 1930 en Cúcuta, Barranquilla, Cali, Bucaramanga, Tunja y Pereira 1968.

Careciendo de servicios psiquiátricos en esa época diez (10) departamentos y la totalidad de intendencias y comisarías. En 1972 durante el tercer especial de ministros de salud pública en Chile, se analizó la problemática de salud mental en los países del área surgieron las siguientes recomendaciones:

Crear servicios técnicos de salud mental, en los ministerios de salud como parte integrante de los servicios generales de salud.

Promover la definición de una política de salud mental, con especial énfasis en los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Precisar los diagnósticos de la situación de salud mental, mediante la realización de investigaciones epidemiológicas de prevalencia de los trastornos, el alcoholismo y la farmacodependencia.

Promover una mejor relación de causas psiquiátricas por habitantes teniendo

do en cuenta las necesidades de cada país y como prioridad el tratamiento ambulatorio y la hospitalización breve de preferencia en hospitales generales.

Capacitar en psiquiatría básica a médicos generales buscando la conformación de equipos multidisciplinarios.

Fue así como en 1974 se creó la D/S.M. Donde inicialmente se pretendió establecer un diagnóstico de la morbilidad psiquiátrica, teniendo en cuenta las variables asociadas y los factores condicionantes de las mismas, para que a partir de éste se pudiera organizar y adecuar las medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, realizar la atención psiquiátrica según áreas de influencia geográfica y propiciar la formación de recursos humanos en psiquiatría, tanto para el personal médico como paramédico.

La D.S.M. en esa época contaba con las secciones de programación e investigación, la de organización formada por un médico psiquiatra, un médico epidemiólogo, una psicóloga, una socióloga y una enfermera psiquiátrica.

Con la información suministrada por el macrodiagnóstico, la división de salud mental, estableció unos objetivos básicos prioritarios orientados hacia el aumento de cobertura y la prestación de servicios mediante:  
Creación de unidades de salud mental integradas a hospitales generales.

Fortalecimiento de las consultas externas con énfasis en la proyección comunitaria.

Reorganización de los hospitales mentales existentes.

Creación de talleres protegidos para pacientes crónicos.

Tiene como funciones:

Instrumentar los planes y programas de atención psiquiátricas, a través del diseño y la implantación de sistemas operativos de prevención y diagnósticos, tratamiento y rehabilitación y el establecimiento de mecanismos de programación, organización y supervisión, con que asesora y coordina las entidades que realicen, enfatizando en el diagnóstico precoz y las acciones preventivas primaria, para ampliar la cobertura y mejorar la atención de los trastornos mentales.

Instrumentar los planes y programas de atención a los retardos mentales y la farmacodependencia a través del diseño y la implantación de sistemas operativos de prevención, diagnósticos, tratamiento y rehabilitación, y del establecimiento de mecanismos de programación, organización y supervisión, con que asesorar y coordinar a los organismos que lo realicen a fin de incrementar la calidad de atención a dichas problemáticas.

Instrumentar los planes y programas de salud mental y de prevención, a través del diseño y la implantación, organización y supervisión con que asesorar y coordinar a los organismos que lo realicen, a fin de fomentar la

higiene mental.

Organizar y supervisar el trabajo de la división coordinando el desarrollo de los programas a realizarse en las secciones que la componen.

## 2.2 ANALISIS DE LA PSIQUIATRIA MODERNA Y LA PSIQUIATRIA TRADICIONAL.

En Colombia para la atención del enfermo mental los psiquiatras se valen de la psiquiatría tradicional (antipsiquiatría), que consiste en tratar al paciente a "puertas cerradas" en instituciones de salud mental, las cuales no se encuentran acondicionadas para clasificar a los pacientes albergados, de acuerdo a la enfermedad padecida y su grado de recuperación.

Además, debido a la forma inadecuada de atender a los pacientes radica que en ninguna de las instituciones públicas en Colombia exista la rehabilitación total del paciente, lo que puede ser ocasionado por carencia de implementos, recursos tanto financieros como equipos profesionales, la reducida capacidad de las instituciones y la no existencia de un presupuesto que le permita al trabajador social hacer un seguimiento de casos a los pacientes atendidos en las instituciones de salud, para que de esta manera logre la concientización del enfermo mental a su familia, comunidad y sociedad en general.

La sociedad ha delegado el poder curativo a los psiquiatras, quienes tie-

nen la función de eliminar y/o aislar al paciente a través del diagnóstico y la reclusión en instituciones, que con frecuencia el paciente es el momento crítico que pone en duda la validez del sistema de normas sociales establecidas.

De esta manera en la medida en que el enfermo mental se ubique y siga las normas impuestas en la institución tendrá la oportunidad de volver al mundo exterior, puesto que, entonces no representará un desafío a las normas sociales. Es por esto que aceptar la psiquiatría y la forma como se ejecuta actualmente es encerrarse en una posición ideológica rígida producto del ordenamiento social y político de nuestra cultura.

"La psiquiatría Moderna fué creada en Francia por Michel Foucault, y consiste en tratar al paciente con las puertas abiertas, es decir, el paciente no es totalmente aislado de su círculo familiar ni social, sino que su permanencia en la institución es parcial; ya que su estadía en la institución es durante el día, retornando a su hogar por las noches; o también su permanencia en la institución puede ser por las noches, retornando a su hogar por las mañanas, esto con el fin de que el paciente no pierda el contacto con su medio familiar y social en que se desenvuelve"<sup>(7)</sup>

El Hospital de noche, viene a ser lo contrario del primero; el paciente

---

<sup>7</sup>SEVA DIAZ, Antonio. Psiquiatría Clínica. p. 557

es recibido en la institución en horas de la noche participando de una serie de terapias hasta la hora de acostarse, retornando por las mañanas al hogar donde puede continuar con su trabajo ordinario si así lo requiere el caso.

En la Psiquiatría Moderna un equipo profesional se responsabiliza de las tareas profilácticas, terapéuticas y rehabilitadoras de determinada colectividad, para lo cual utiliza la totalidad de los servicios psiquiátricos, no constituyéndose de esta manera las instituciones el centro de gravedad de estas tareas.

Para la implantación de la psiquiatría Moderna es necesaria la dotación de personal especializado, debido a la específica connotación terapéutica.

La Psiquiatría Moderna, rechaza de plano la estructura actual de los hospitales psiquiátricos por considerar que estos no son más que la legitimación de una violencia que ha sido disfrazada con la fachada de humanitarismo. Además en la Psiquiatría Moderna se hace posible el logro tanto de una eficaz prevención, tratamiento y una total rehabilitación, debido al tratamiento efectuado conjuntamente con los familiares, desde el hogar, no dando lugar a la reclusión del enfermo, que muchas veces los familiares utilizan las instituciones para librarse de una carga tanto económica como social, aislando al paciente o abandonándolo totalmente.

Comparando la psiquiatría tradicional y la psiquiatría moderna, se puede decir que es la psiquiatría moderna la que lograría una rehabilitación del enfermo mental en Colombia, al no aislar el individuo de su familia, de su medio social y al concientizar a los familiares a cerca la etiología de la enfermedad mental y la comprensión que debe brindar al paciente evita en gran parte la proliferación de enfermos mentales por las calles.

### 2.2.1 Análisis de la Psiquiatría Forense en Colombia.

Al hacer mención del abandono, aislamiento, rechazo y otros, de que son víctimas los individuos con padecimiento psiquiátricos por parte de los familiares, sociedad y del Estado; es importante también analizar la situación del individuo cuando al padecer un trastorno de la personalidad (alcoholismo, drogadicción) o una enfermedad mental comete un delito bajo estas circunstancias.

Pues bien, el Estado dicta leyes, decretos, que se quedan en su mayor parte en letra muerta, debido a que, al tratarse de la protección de derechos, de bienestar de los ciudadanos, no hacen ni el menor intento de exigir a las entidades creadas con este fin, a que presten un servicio eficiente y adecuado o brinden un bienestar a los individuos que requieran ser atendidos.

El estado no protege a estas personas para someter al individuo a un tratamiento que le permite recuperarse y volver a su estado normal si es posible; simplemente se limitan a declararlo interdicto, ya que por las circunstancias el alienado no se adapta a las reglas colectivas, lógicas, legales, morales y por ser un individuo desadaptado llama la atención de los demás, ejecutando actos que no están dentro de las normas que exige la vida en sociedad.

La psiquiatría forense se distribuye en tres secciones ( derecho penal, derecho civil y derecho laboral), el enfermo psíquico ocupa una excepcional posición especialmente en el seno del derecho penal, que en el artículo 29 prevee medidas de seguridad en vez de las penas generales de la siguiente manera:

"Cuando al tiempo de cometer el hecho, se hallare el individuo en estado de enajenación mental o de intoxicación crónica producida por el alcohol o por cualquier otra sustancia, o padeciere de grave anomalía psíquica"<sup>8</sup> se declara su inimputabilidad siempre y cuando el perito lo demuestre ante el juez.

Este decreto es aplicado a individuos que han cometido delitos bajo una grave anomalía psíquica o deficiencias mentales, que se encuentran muy

---

<sup>8</sup> CODIGO PENAL, Art. 29

lejos de ser verdaderamente locuras o demencias, pero que sin embargo inhi-  
ben al individuo y por lo tanto hacen que su capacidad penal sea nula o por  
lo menos muy atenuada.

El enfermo psíquico presenta el único modelo de protagonista de sujeto huma-  
no admitido explícitamente como tal por nuestro código penal, y en general  
por la ciencia jurídico penal, donde el perito psiquiatra emite conceptos  
sobre un caso determinado, en relación con la normalidad o anormalidad de  
las facultades mentales del individuo y a través de un exámen somático u or-  
gánico, donde debe tomar primero que todo dato de aquellos elementos de ori-  
gen morfológico de importancia y posteriormente comprobado el estado de los  
órganos de la economía se entra a comprobar si existe anormalidad psíquica.

La psiquiatría forense comprende el estudio de aquellas cuestiones legales  
que se refieren íntimamente a las anormalidades del psiquismo y por consi-  
guiente se refiere a los problemas de la alienación mental, de la inconci-  
encia y de la semi-alienación.

En la sección de orden civil se encuentra el grado de validez o de nulidad  
que puedan tener determinados actos ejecutados por individuos que padecen  
una perturbación o una grave anomalía en su psiquismo. También estudia to-  
do lo referente a los problemas de la interdicción judicial.

La sección del derecho penal tiene una importancia extraordinaria al

estudiar las reacciones anti-sociales de individuos que sufran perturbaciones cerebrales y determinados actos ejecutados como consecuencia de esas anomalías.

El derecho penal conjuntamente con la psiquiatría viene a encontrarse en el campo de la rehabilitación penitenciaria, donde el modo de ver la justicia y la pena es bastante distinto a la que subyace en el código penal.

Beneficiándose de esta rehabilitación los delincuentes condenados, los delincuentes psiquicamente sanos, dejando aparte los eximidos totalmente por enfermedad psíquica, como lo indica el artículo 8 del Código penal: " Deben ser internados en establecimientos psiquiátricos y los eximidos incompletamente por enajenación mental no absoluta " <sup>9</sup>

Según admite el artículo 23 del reglamento de los servicios de prisiones aparecido en 1956, podrían ser ingresados en establecimientos psiquiátricos penitenciarios.

En esta penitenciaría pueden crearse fuentes de trabajo, escuelas para que los analfabetas aprendan y aprovechen la permanencia allí en estudios; proyección de películas educativas, fomentar el arte para que desarrollen sus potencialidades. No es adecuado que muchos delincuentes anormales ten

---

<sup>9</sup> CODIGO PENAL, Art. 8

gan que permanecer en cárceles por no haber suficiente y adecuados frenocomios. En la actualidad se ha comenzado la organización de uno de los frenocomios en la penitenciaría de la picota (Bogotá), pero es muy reducido aún por no contar con el suficiente personal científico, ni con locales adecuados, ni con dotaciones propias para los tratamientos, siendo este el único existente en Colombia y donde tienen que ser remitidos todos los casos sucedidos en el país, al igual que para el estudio de los casos psiquiátricos delictivos son enviados a Cartagena y Bogotá, donde se encuentran funcionando la rama de la psiquiatría forense.

### 2.3. LAS POLITICAS INSTITUCIONALES DE LA SALUD MENTAL/

La política fundamental del programa de salud mental es la aplicación de los niveles de cobertura de los servicios a través de acciones preventivas, dándole especial énfasis al diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y al adecuado seguimiento de casos.

El programa de salud mental considera como necesidad primordial la proyección del hospital a la comunidad, de tal manera que ésta sea partícipe activa de las labores hospitalarias y adquiera conciencia de sus necesidades y posibilidades en materia de salud mental y con su apoyo contribuyen al desarrollo de los programas.

De lo anterior se deduce que los hospitales psiquiátricos son los estable

cimientos encargados de la atención integral de la salud y específicamente en los aspectos de salud mental dentro de su área de influencia, que debe contar con los recursos e instalaciones indispensables para el funcionamiento permanente de camas hospitalarias y de los servicios ambulatorios.

Las políticas actuales de Salud Mental en Colombia son:

- Establecer programas de salud mental comunitarios integrados a las acciones de la salud a fin de proyectar las actividades de salud mental a las comunidades.

- Realizar investigaciones en las comunidades con el fin de conocer la magnitud de los trastornos mentales.

- Aumentar la cobertura de los hospitales psiquiátricos sin que disminuya la calidad de atención, teniendo prioridad el tratamiento ambulatorio y la hospitalización breve.

- Reducir la morbilidad de los trastornos mentales cubriendo las necesidades de prevención, hospitalización, rehabilitación y resociabilización.

- Informar a la jefatura de la dirección sobre las problemáticas, técnicas y administrativas a partir de la evaluación del desarrollo y los resultados de los sistemas y programas que se realizan a fin de efectuar el

rediseño de los planes del área.

- Participar en el comité asesor y otras unidades de coordinación de la dirección, a fin de compatibilizar y coordinar los diversos planes, sistemas, programas y presupuestos que se desarrollan en el área.

- Ejercer las demás funciones que le asigne la jefatura de la dirección de acuerdo con la naturaleza de la división.

#### 2.3.1. Función Social del Hospital Mental Departamental.

El Hospital Mental Departamental, es una institución pública que pertenece al sistema de Salud Nacional y se encuentra bajo la dirección de la División de Salud Mental del Departamento del Atlántico, cuenta con un equipo de trabajo, pabellones y camas, para un número de ciento tres (103) pacientes, pero debido al bajo presupuesto que le asigna la secretaría de salud departamental, solamente tiene al servicio setenta y tres (73) camas. El Hospital Mental Departamental cobra los servicios prestados al paciente de acuerdo a sus recursos económicos, para lo cual los divide por categorías: Categoría A-pensionados, categoría B-semipensionados, a quienes les corresponde cancelar \$400, categoría C-\$150 y los indigentes no cancelan ningún valor.

Recibe aporte del gobierno, Municipio y del Departamento, por un valor de veintisiete millones de pesos (\$27.000.000), más el ingreso por la

venta de servicios. Atiende enfermedades de los nervios y mentales, no atendiendo pacientes crónicos.

#### 2.3.1.1. Tratamiento

Los tratamientos utilizados van de acuerdo a la enfermedad, las cuales son divididas en tres grupos.

La psicoterapia: El paciente es estimulado a hablar de sus problemas y a expresar las emociones asociadas con ellos. La finalidad de este tratamiento es conseguir que el paciente afronte sus problemas de la forma más objetiva y en vez de evitar la situación que le origina ansiedad debe enfrentarse a tales situaciones.

Terapéuticas de drogas. Esta terapéutica de drogas irá siempre acompañada de un tratamiento social. Es reducido enormemente el número de pacientes e instituciones mentales que ahora pueden regresar más pronto a la vida normal de su comunidad.

Tratamiento somático. Terapia electroconvulsiva, es utilizada hoy en día como el último recurso si el paciente no responde al uso de la droga, se le aplica a los pacientes que padecen depresión y esquizofrenia.

Terapia por coma o insulínica. Tratamiento de la esquizofrenia, se le aplica al paciente una dosis suficiente de insulina, lo que produce una

baja de azúcar quedando el paciente en estado de coma, luego se le aplica dextrosa con azúcar y sale de su estado de coma.

2.3.1.1. **Objetivos actuales de la institución son :**

-Identificación precóz y tratamiento oportuno de los problemas de salud mental.

-La admisión del paciente en la institución sólo en aquellos casos en que se necesite la hospitalización, entendiéndose al hospital como el único recurso para el tratamiento.

-Proporcionar a la población atención médico-psiquiatras, proyectando sus servicios a la comunidad de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud y el plan de los servicios integrados de salud.

-Desarrollar actividades educativas, investigaciones científicas y administrativas de acuerdo a sus recursos.

- Servir de centro docente y de adiestramiento en las ciencias médicas, paramédicas y sus fines con las instituciones con las cuales haya suscrito el convenio correspondiente.

Entre las políticas tenemos:

-Establecer programas de salud comunitarias integradas a las acciones de salud a fin de proyectar las actividades de salud mental a la comunidad.

-Estimular la participación de las actividades universitarias, procurando al fortalecimiento de los vínculos entre los sectores de salud y educación a fin de formar y capacitar el recurso humano necesario para el programa de salud mental.

En el Hospital Mental Departamental no existe una política de rehabilitación definida, ni coordinada de salud mental; los servicios de consultas externas son insuficientes y están dirigidos a desmotivar la afluencia de ellas limitando en forma intencionada el número de especialistas y de horas de atención al público.

#### 2.3.2. Hogar Crea.

Hogares "CREA" (Casa de Reeducción de Adictos), es una asociación sin ánimo de lucro que surgió en Puerto Rico a principios de 1.968, dedicada a brindar ayuda a los jóvenes con trastornos de la personalidad (drogadicción). Ofrece programas de prevención, información y tratamiento a jóvenes que sufran las consecuencias del uso indebido de cualquier tipo de drogas. El creador de esta institución es el Doctor Juan José García Ríos, de nacionalidad portorriqueña, quien fue en su juventud víctima de la droga; cuando con su esfuerzo y la ayuda de personas amigas superó su problema, resolvió dedicarse a rescatar a sus antiguos compañeros de vicio, y así surgió el primer Hogar CREA en Puerto Rico y posteriormente en otros países.

Actualmente, con la ayuda de muchas personas de la comunidad barranquillera, se logró fundar en el año 1983 el 24 de Noviembre el programa CREA a nivel nacional, y es así como está funcionando el primer Hogar CREA en

Barranquilla en la carrera 62 No, 77-28. Dirigido por profesionales de CREA Internacional, venidos de Santo Domingo, el señor Fernando Guerrero y República Dominicana el Señor Juan Campuzano.

2.3.2.1. Los objetivos principales de esta institución son:

-Trabajar en la reeducación de adictos a las drogas o a otras sustancias que conllevan a causar problemas o a entorpecer el desenvolvimiento de los individuos en su medio, facilitándole la reeducación y fomentando su desarrollo integral.

-Trabajar en la labor de prevención, fomentando el desarrollo de la comunidad terapéutica, utilizando todos los medios de comunicación disponibles y todos los recursos del programa, hasta donde sea posible.

-Educar y orientar a la ciudadanía en cuanto al proceso de reeducación de adictos, a través de los medios de comunicación social, charlas, conferencias, reuniones, escritos grupos voluntarios y fomentar y estimular la creación de organizaciones que se dediquen a combatir las situaciones propensas a generar consumo de droga y otros elementos nocivos.

-Fomentar la creación de servicios y asociaciones compuestas por los reeducados y/o personas interesadas en ayudar a los reeducados a reintegrarse a la sociedad.

El proceso de educación de Hogares CREA se funda sobre la premisa de que

la adicción es síntoma de un desorden de la personalidad. Es por esto que Hogar CREA produce un ambiente adecuado para el adicto y así desarrolle las potencialidades del carácter, y que sea el mismo individuo que se haga responsable de usar adecuadamente los instrumentos terapéuticos que se le ofrecen para lograr su reeducación.

2.3.2.2. El tratamiento es básicamente interno y se lleva a cabo en la comunidad terapéutica integrada por los residentes del Hogar, que son actualmente 51 pacientes que oscilan entre los 18-25 años de edad, con un nivel de estudio secundario y universitario, quienes se les aplica los siguientes tipos de terapias:

-Terapia individual: Consejería de persona a persona.

-Terapia Grupal: Dinámica de grupo donde el residente expresa sus problemas, con alternativas de solución.

-Terapia Ocupacional: Se desarrolla la iniciativa, los residentes participan en todas las labores del Hogar a través de las distintas brigadas de trabajo.

-Terapia Educativa: Actividades didácticas, capacidad para hacer las cosas bien hechas,

-Terapias de Venta y Representación: Dirigida al desarrollo de la identidad o capacidad para la definición integral de la persona.

- Terapia de Urbanidad.

- Terapia de confrontación y ayudas: Implica señalar fallas al miembro del grupo para que él se de cuenta de sus acciones y reacciones.

- Terapia de maratón: Confrontación extendida mensual.

- Terapia familiar: Dinámica de reconciliación

- Terapia de gerencia: Capacitación de líderes exadictos.

- Terapia de meditación.

Estas dos terapias se dirigen a desarrollar la capacidad de superar limitaciones o contratiempos.

- Terapia de movilización: Exponer al residente a la comunidad de su origen por tiempo limitado.

La parte administrativa está conformada por un presidente, 2 vicepresidentes, asesor espiritual, comité de salud, comité de Trabajo Social, comité de psicología, comité de seminarios, comité de finanzas, comité de construcción, comité de relaciones públicas, comité jurídico, comité psiquiátrico, una secretaria.

### 2.3.3. Fundación Uclad.

Unidos Contra la Droga es una institución sin ánimo de lucro, que funciona con sede propia en Barranquilla ubicada en la carrera 57 #72-121 desde 1974, pero en 1980 tuvo que ser cerrada por problemas administrativos, después de permanecer cerrada al público durante dos largos años, sus fundadores eligieron una nueva junta directiva y esta a su vez eligió nuevo personal científico y administrativo, quienes reiniciaron labores en Marzo/84.

Esta institución recibe un aporte por parte del gobierno en forma esporádica, para atender un número de 189 pacientes que algunas veces son remitidos por otras instituciones como el seguro social, Hospital Mental Departamental, Hospital Universitario y otras se presentan en forma voluntaria, La mayoría de los pacientes atendidos son del sexo masculino; un 5% son solteros, pertenecen a diferentes estratos sociales, 70% Baja, 20% media y 10% alta, con diferentes niveles de estudios.

Esta institución presenta entre sus objetivos los siguientes:

**Objetivos Generales:** La reeducación y rehabilitación del farmaco-dependiente, es decir brindar apoyo y atención al farmacodependiente para ayudarlo en su proceso de abandonar la adicción y reintegrarse a su medio social, familiar, escolar y laboral.

**Objetivos Específicos:** Prevenir el problema de la farmacodependencia en la comunidad de Barranquilla y así adecuar las actividades del centro de

las necesidades reales de los individuos.

Tiene como programas: La prevención primaria. Los estudios realizados por el Ministerio de Salud sobre el consumo de alucinógenos indican que en la última década el número de consumidores ha aumentado considerablemente. De allí surge la necesidad imperiosa de incentivar a la comunidad mediante programas de información, educación y capacitación para que ella activamente en la solución del problema participe.

Las secciones específicas son:

- Conferencias, mesas redondas, jornada en Barranquilla, y en el Departamento del Atlántico a nivel de universidades, colegios, agrupaciones cívicas y otras, con el fin de informar y educar sobre el problema de la farmacodependencia, su naturaleza, su tratamiento y los métodos de prevención.
- Capacitación del personal docente de colegios y universidades para que estos participen en la detección oportuna de casos (programas conjunto con el Servicio de Salud del Atlántico).
- Vinculación de UCLAD al programa de educación para la salud mental del Atlántico especialmente el de capacitación de líderes.
- Formación exfarmacodependientes por medio de cursos, seminarios y otros, para que actúen como colaboradores en los programas institucionales y los de prevención primaria.

UCLAD presta los servicios de consulta externa en psiquiatría, medicina general, psicología, servicio hospitalario de día de 10 A.M. a 6 P.M. el paciente ocupa su jornada en actividades programadas para su recuperación.

El tratamiento consiste en primera instancia en evaluaciones psicológicas, social y ocupacional, psicoterapia de grupo y familiar, terapia ocupacional, reuniones de exfarmacodependientes.

Esta Institución se propone hacer un estudio profundo sobre el Bazuco, lo que considera de gran importancia en la situación actual.

#### 2.3.4. Alcoholicos Anónimos.

Alcoholicos Anónimos fué iniciado en 1935 por un corredor de Bolsa y un cirujano de Ohio, quienes habían sido borrachos "deshauciados". Alcoholicos Anónimos está formado universalmente por 45.000 grupos locales, en más de 110 países. Actualmente en Barranquilla existen 14 grupos.

Alcoholicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su experiencia, fortaleza y esperanza, para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. No está afiliada a ninguna secta, religiosa, partido político, organización o institución. Los recién llegados no pagan cuotas de admisión para hacerse miembros, y los miembros no pagan serechos, usualmente se pasa un sombrero durante las reuniones para que los miembros depositen voluntariamente lo que puedan o desean dar y se les vende a los miembros libros, folletos, el boletín y la revis

ta Alcohólicos Anónimos. Este dinero recolectado lo utilizan para cancelar el alquiler del local de reuniones, compra de café y refrescos.

Los hombres en Alcohólicos Anónimos son de todas las razas y nacionalidades, son ricos, pobres y también término medio. Las edades oscilan de los 18 a 79 años, trabajan en todas las actividades como: abogadas, amas de casa, profesores, choferes, camareras, ejecutivos de empresas, obreros, médicos, sacerdotes, comerciantes, psicólogos, sociólogos hasta analfabetas.

Objetivo: El objetivo primordial es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Alcohólicos Anónimos no tiene un gobierno real. Cada grupo es libre de desarrollar sus propias modalidades y formas de realizar reuniones, siempre y cuando no perjudique a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos como un todo. Los miembros eligen un coordinador, un secretario y otros servidores del grupo. Estos servidores de confianza no dan ordenes; su deber es velar por el buen funcionamiento del grupo y que las reuniones sean agradables.

#### 2.4. ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LAS INSTITUCIONES HOGAR CREA, HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL, ALCOHOLICOS ANONIMOS Y FUNDACION UCLAD/

En esta investigación se tomó como punto de sistematización interna y externa activa que se benefició de las instituciones mentales oficiales y privadas durante el espacio geográfico señalado en el anteproyecto.

Para estudiar las enfermedades mentales en las instituciones de salud men

tal de Barranquilla, es necesario conocer el estado civil, estado laboral, estrato social, edad promedio, convivencia familiar y la morbilidad de las enfermedades mentales de la población interna y externa que acuden en busca de servicios.

A través del análisis del cuadro No. 1 que trata sobre el estado civil de la población interna se concreta que el Hospital Mental tiene el mayor porcentaje de casados, expresado en el 41.2% sobre un total de población interna que es de 73 pacientes; siguiéndole en su orden Hogar Crea con el 5.8%; las instituciones Alcoholicos Anónimos y UCLAD no presentan población interna.

El mayor porcentaje de solteros es presentado por Hogar Crea con el 94.1%, siguiéndoles en su orden el Hospital Mental con el 20.5%.

El Hospital Mental presenta una población de separados de 6.8%. Hogar Crea no presenta en su población el estado civil de separados, viudos y unión libre. Presentando el Hospital Mental en su población interna el 2.7% de viudos y el 28.7% en el estado civil unión libre.

Hogar Crea presenta el mayor porcentaje de solteros con el 94.1% debido a que esta institución presenta la problemática de los trastornos de la personalidad (drogadicción), que se presenta por la búsqueda desmesurada de la droga motivada por dos factores fundamentales como son: primer término la respuesta a necesidades individuales del sujeto que va desde el simple trastorno de conducta a la psicosis pasando por la neurosis, personalidad

psicopática y el otro motivado por el contexto social, que tiene una varia da gama en la que encontramos con gran frecuencia en nuestro medio un grado importante de patología intrafamiliar, decrecimiento de la cooparticipa ción y cercanía de los miembros, alteración de la relación interpersonal, módelos de identificación parental inadecuados y distorsión en las formas de comunicación.

Hogar Crea durante el tratamiento que emplea para la completa rehabilitación del paciente, lo aísla total o parcialmente de sus familiares y de su medio social.

El joven busca la droga muchas veces como único escape a los rechazos, con flictos, incomprensión de que son víctimas por parte de sus familiares y de la sociedad quienes son responsables de que el individuo actúe precipitadamente sin medir consecuencias posteriores.

Otro factor es el desconocimiento de las consecuencias que acarrea el uso de la droga que motiva a la curiosidad, que es la razón más importante dada por los escolares para iniciarse en el consumo de psicoactivos seguida de la necesidad de escape de las preocupaciones personales.

En el análisis del cuadro No. 1, de la población encontramos que Alcohólicos Anónimos presenta un mayor porcentaje de casados de 36.6%, siguiéndole el Hospital Mental Departamental con 29.9% y finalmente UCLAD con el 17.9%. En la población de separados el porcentaje mayor lo encontramos en Alcohólicos Anónimos con el 20%, UCLAD con el 6.3% y finalmente el Hospital Men-

tal Departamental con el 4.9%.

El estado civil de viudos en fundación UCLAD se presenta en el 0.5% de la población atendida en esta institución, estado civil que no se presenta en la población atendida por Alcohólicos Anónimos y el Hospital Mental Departamental.

En el estado civil unión libre encontramos el 40.1% en el Hospital Mental Departamental, el 23.8% en UCLAD, no presentando estado civil en la población atendida por Alcohólicos Anónimos.

Al estudiar el estado civil de los pacientes atendidos en consultas externas por las diferentes instituciones existentes en Barranquilla, permite establecer como resultado el Cuadro No. 1 que el mayor porcentaje en el estado civil de solteros lo presenta Fundación UCLAD con el 51.3% de la población farmacodependencia, problemática que atiende esta institución, al igual que Hogar CREA.

Las cifras demostradas en este cuadro nos permite establecer que existe un elevado número de individuos en la población de Barranquilla con este padecimiento y más que todo como lo expresamos en el análisis del cuadro anterior se presenta en jóvenes que aún no han sido o tenido experiencia alguna sobre situaciones difíciles que se presentan en el contexto social.

También permite analizar que a pesar de las inmensas cantidades de campañas que se hacen con el fin de controlar el consumo de la droga, esta no disminuye al contrario, se acrecenta, debido a muchos factores predominan

tes en la estructura, como son: primero que toda la situación económica tan desequilibrada que desfavorece a la clase marginada, también el aspecto social, que cada día se va alienando a las costumbres de otros países, principalmente de la cultura de los Estados Unidos, entre los cuales tenemos el baile Breankens muy de moda en los jóvenes, quienes muchas veces recurren a los alucinógenos para imitar correcta y completamente a los jóvenes extranjeros que muestran por televisión y cine.

A esta situación se agrega el reducido número de instituciones que atiende trastornos de la personalidad, que con relación al total de la población de Barranquilla no alcanza a prestar sus servicios eficientemente a todos los individuos con este problema.

ESTADO CIVIL (Población Interna)

INSTITUCIONES	CASADOS	%	SOLTEROS	%	SEPARADOS	%	VIUDOS	%	UNION LIBRE	%	TOTAL DE LA POBLACION	%
HOGAR CREA	3	5,8	48	94,1	-		-		-		51	100
HOSPITAL MENTAL	30	41,0	15	20,5	5	6,8	2	2,7	21	28,7	73	100
ALCOHOLICOS ANONIMOS	-		-		-		-		-		-	
UCLAD	-		-		-		-		-		-	

ESTADO CIVIL (Población Externa)

INSTITUCIONES	CASADOS	%	SOLTEROS	%	SEPARADOS	%	VIUDOS	%	UNION LIBRE	%	TOTAL DE LA POBLACION	%
HOGAR CREA	-		-		-		-		-		-	
HOSPITAL MENTAL	194	29,9	161	24,8	32	4,9			260	40,1	647	100
ALCOHOLICOS ANONIMOS	11	36,6	13	43,3	6	20	-		-		30	100
UCLAD	34	17,9	97	51,3	12	6,3	1	0,5	45	23,8	189	100

El cuadro #2, trata sobre el estado laboral de la población interna, donde el mayor porcentaje de empleados activos lo arroja el Hospital Mental Departamental, con el 9.5%, Hogar Crea con el 5.8%.

La población inactiva del Hospital Mental es de 12.3% Hogar Crea no presenta inactivos, puesto que todos los internos se encuentran en edad productiva y además dentro de las terapias empleadas por esta institución está la de hacer que el individuo ejerza cualquier tipo de actividad, como son ventas, oficios en el hogar y de acuerdo a su estado de recuperación se le asigna cargos administrativos. Dentro de la población de desocupados Hogar Crea presenta el 94,1 y el Hospital Mental el 71.2%.

En la población de jubilados el Hospital Mental tiene el 5.4% no presentan Hogar Cra en su población jubilados ni pensionados. En la población de pensionados se presenta en el Hospital Mental en el 1.3%.

Analizando el estado laboral de la población externa de cada una de las instituciones, encontramos que Alcohólicos Anónimos arroja el 36.6% de empleados activos, siguiéndoles el Hospital Mental Departamental con el 24.7% y Uclad con el 16.4%.

En Uclad encontramos el 48.1% de inactivos, en el Hospital Mental el 18.5% Alcohólicos Anónimos no presenta en su población inactivos.

El 54.2% de la población externa del Hospital Mental son desocupados, en

Alcohólicos Anónimos el 50% y en Uclad el 35.4%.

Alcohólicos Anónimos tiene el 13.3% de jubilados, siguiendo el Hospital Mental con el 6.7%, Uclad no presenta jubilados en su población.

CUADRO No. 2 estado laboral de la población interna y externa de las instituciones que atienden la salud mental, presenta que los problemas mentales son con frecuencia en individuos desocupados, representado en el 71.2%, lo cual es producto de una situación económica deprimente, por no conseguir un empleo, o si lo logra conseguir no satisface todas las necesidades, debido a los bajos salarios y al alto costo de la vida, salarios que deben ser aceptados forzosamente por la escasez de fuentes de empleo, produciendo esto gran desesperación, por verse acosados por tener a su cargo familias numerosas con la cual debe cumplir.

Además en el Hogar Crea una población de desocupados de 94.1% que sobrepasa la cifra anterior, solo que en esta institución toda la población es joven al culminar sus estudios, ya sean secundarios o universitarios no encuentran un campo de acción para el desempeño de su profesión u oficio por carecer de la experiencia exigida por las empresas. Estos jóvenes por la desesperada búsqueda del empleo deseado se ofuscan y buscan un aliciente para pasar desapercibida la angustia que les embarga. Es así que estos jóvenes residentes en el Hogar Crea presentan un marcado trastorno de la personalidad producida por el uso de drogas, que no hacen más que agravar la situación, y muchas veces ocasiona enfermedades mentales de graves consecuencias.

ESTADO LABORAL (Población Interna)

	EMPLEADOS ACTIVOS	%	INACTIVOS	%	DESOCUPADOS	%	JUBILADOS	%	PENSIONADOS	%	TOTAL DE LA POBLACION	%
INSTITUCIONES												
HOGAR CREA	3	58	-		48	94,1	-		-		51	100
HOSPITAL MENTAL	7	9,5	9	12,3	52	71,2	4	5,4	1	1,3	73	100
ALCOHOLICOS ANONIMOS	-		-		-		-		-		-	
UCLAD	-		-		-		-		-		-	

ESTADO LABORAL (Población Externa)

	EMPLEADOS ACTIVOS	%	INACTIVOS	%	DESOCUPADOS	%	JUBILADOS	%	PENSIONADOS	%	TOTAL DE LA POBLACION	%
INSTITUCIONES												
HOGAR CREA	-		-		-		-		-		-	
HOSPITAL MENTAL	160	24,7	120	18,5	351	54,2	5	0,7	11	1,7	647	100
ALCOHOLICOS ANONIMOS	11	3,66	-		15	50,0	4	13,3	-		30	100
UCLAD	31	16,4	91	48,1	67	35,4	-		-		189	100

El cuadro N° 3 trata sobre los estratos sociales de la población interna, donde el mayor porcentaje lo presenta el Hospital Mental con el 39.7% en el estrato bajo, no presentando población en este en el Hogar Crea.

En el estrato bajo-bajo el Hospital Mental presenta el 6.8%, Hogar Crea no presenta población en este estrato.

En el estrato medio de la población interna encontramos que el mayor porcentaje es arrojado por Hogar Crea con un 45.0% siguiendole en su orden el Hospital Mental con el 27.3%.

El Hospital Mental presenta el mayor porcentaje en el estrato medio-bajo con el 15.0% siguiendole el Hogar Crea con el 9.8%.

Hogar Crea presenta el mayor porcentaje en el estrato medio-alto con el 29.4% siguiendole Hospital Mental con el 9.5%.

Hogar Crea presenta el mayor porcentaje de su población en el estrato alto con el 15.6% y el Hospital Mental presenta el 1.3% de su población en este estrato social, en su población externa analizando el estrato social se encuentra que el Hospital Mental tiene el mayor porcentaje de 40.1% de su población en el estrato bajo siguiendole UCLAD con el 37.0% y Alcohólicos Anónimos con el 16.6%.

El mayor porcentaje que fue el 33.3% es el estrato bajo-bajo lo tiene Al-

Alcohólicos Anónimos, el Hospital Mental tiene el 23% de su población en este estrato, y UCLAD el 1.0%.

En el estrato medio encontramos que UCLAD presenta el mayor porcentaje con el 18.5% siguiéndole en su orden Alcohólicos Anónimos con el 10.0% y finalmente el Hospital Mental con el 4.1%.

En el Estrato Medio-Bajo se encuentra que el Hospital Mental presenta el mayor porcentaje que es el 29.6%, Alcohólicos Anónimos presenta el 20.0% y UCLAD el 15.8%.

En el Estrato Medio-Alto el mayor porcentaje lo presenta UCLAD con el 20.1% le sigue Alcohólicos Anónimos con el 13.3% y el Hospital Mental el 2.0%.

Pertencen al Estrato-Alto el 7.4% de la población externa atendida en UCLAD, el 6.6% de la población atendida por Alcohólicos Anónimos, y el 0.9% de la población atendida por el Hospital Mental.

Al estudiar el estrato social de la población atendida por instituciones tanto en forma interna como externa se ha detectado según el cuadro número tres la población interna de Hogar Crea que más problemas mentales presenta pertenecen al Estrato Medio con el 45.0%.

Hogar Crea institución que se sostiene con aportes hechos por los familiares de los pacientes residentes y de otros. Cuyos pacientes provienen generalmente de hogares con recursos económicos, que les permite la reclusión del paciente por tiempo indefinido para ser sometido a un tratamiento.

En este estudio se detectó además que son pacientes que no tienen obligaciones familiares y es por esto que permanecen todo el tiempo requerido para el tratamiento empleado por la institución.

Esta institución no cuenta con el servicio de consultas externas, debido al tratamiento utilizado, que radica en aislar al individuo del lugar causante al trastorno de la personalidad (Drogadicción).

El Hospital Mental Departamental institución oficial que cuenta con servicios internos-externos, atiende un alto porcentaje de la población del estrato bajo, con un 39.7% de internos y un 40.1% de externos con padecimientos de enfermedades psiquiátricas. Enfermedades que se presentan con múltiples problemas, producto de la mentalidad con que va creciendo el sector marginado, mentalidad que si no significa una conciencia ideológicamente cimentada, es al menos fruto de las necesidades experimentadas y se viven las consecuencias de un sistema económico que cada vez ahoga más a las familias desprotegidas, que en gran parte no encuentran solución a los problemas que se les presenta, lo cual conduce a algunos de los miembros de la familia a la desesperación, ofuscamiento o a enfermar de los nervios, lo que puede convertirse en un problema grave para el individuo como para la familia que no se encuentra educada ni preparada para atender adecuadamente a un enfermo mental.

ESTRATO SOCIAL (Poblacion Interna)

	BAJO	%	BAJO BAJO	%	MEDIO	%	MEDIO BAJO	%	MEDIO ALTO	%	ALTO	%	TOTAL DE LA POBLACION	%
INSTITUCIONES														
HOGAR CREA	1		1		23	450	5	98	15	294	8	156	51	100
HOSPITAL MENTAL	29	397	5	6.8	20	273	11	15.0	7	95	1	13	73	100
ALCOHOLICOS ANONIMOS	1		1		1		1		1		1		1	
UCLAD	1		1		1		1		1		1		1	

ESTRATO SOCIAL POBLACION EXTERNA

	BAJO	%	BAJO BAJO	%	MEDIO	%	MEDIO BAJO	%	MEDIO ALTO	%	ALTO	%	TOTAL DE LA POBLACION	%
INSTITUCIONES														
HOGAR CREA	1		1		1		1		1		1		1	
HOSPITAL MENTAL	260	40.1	149	23.0	27	4.1	192	29.6	13	2.0	6	0.9	647	100
ALCOHOLICOS ANONIMOS	5	16.6	10	33.3	3	10.0	6	20.0	4	13.3	2	6.6	30	100
UCLAD	70	37.0	2	1.0	35	18.5	30	15.8	38	20.1	14	7.4	189	100

Analizando el cuadro No. 4 que se refiere a la edad promedio de la población interna que es atendida por instituciones que tratan enfermedades mentales se deduce que la población en edades entre los 10-15 años es mayor en el Hospital Mental con el 1.3%, Hogar Crea no presenta población en esta edad porque todos sus pacientes son mayores de edad.

La población en edades de 16-21 años es mayor en Hogar Crea con el 9.8% y en el Hospital Mental es de 5.4%.

El 90.1% de la población en edades de 22-27 años lo tiene Hogar Crea siguiéndole el Hospital Mental Departamental con un 30.1%.

El Hospital Mental Departamental presenta un porcentaje de 42.4% de la población en edades de 28-33 años. Hogar Crea no tiene población en las edades restantes.

El Hospital Mental Departamental presenta el 12.3% de la población en edades de 40-45 años, el 4.1% de la población en edades de 46-51 años y el 2.7% en edades de 52-57 años y el 1.3% en edades de 58-63 años, siendo esta última la edad máxima para atender internos.

Referente a la población externa se puede decir que ninguna de estas instituciones presenta población en edades de 10-15 años.

El 19.0% de la población externa en UCLAD está comprendida en las edades de 16-21 años, del Hospital Mental Departamental el 16.5% y de Alcohólicos Anónimos el 6.6%.

En las edades comprendidas de 22-27 años se tiene que el 12.2% pertenece al Hospital Mental Departamental y el 12.1% a UCLAD, Alcohólicos Anónimos no presenta población en estas edades.

En las edades de 28-33 años el 40.0% está en Alcohólicos Anónimos el 24.8% en UCLAD y el 2.47% en el Hospital Mental Departamental.

Entre las edades que van de los 34-39 años el mayor porcentaje lo tiene UCLAD con el 42.8%, siguiéndole el Hospital Mental con el 32.9% y finalmente Alcohólicos Anónimos con el 30.0%.

El mayor porcentaje entre las edades de 40-45 años lo arrojó Alcohólicos Anónimos y es el 10%, el Hospital Mental Departamental arroja el 4.7% y UCLAD el 1%.

El 2.4% de la población en edades de 46-51 años están en el Hospital Mental Departamental, Alcohólicos Anónimos y UCLAD no presentan población externa en estas edades.

El 3% de la población en edades de 52-57 años están en el Hospital Mental Departamental, Alcohólicos Anónimos y UCLAD no presentan población en estas edades.

Entre las edades de 58-63 años el porcentaje mayor lo tiene Alcohólicos Anónimos con el 13.3% de la población, le sigue el Hospital Mental Departamental con el 2.9%, UCLAD no presenta población en estas edades.

El 0.3% de la población en edades de 64-69 años están en el Hospital Men-

tal no habiendo población en estas edades en Alcohólico Anónimos ni en UCLAD.

En el análisis del cuadro No. 4 se ha encontrado que la población interna atendida en instituciones dedicadas a la salud mental entre estas encontramos Hogar Crea que atiende pacientes con una edad de 22-27 años mostrando el porcentaje más alto que es 90.1%. Esto indica que se atiende una población joven, que son los que disponen de más tiempo y no tienen obligaciones, ya que casi todos son solteros, además Hogar Crea no atiende pacientes externos por no poseer todas las condiciones requeridas.

El Hospital Mental Departamental atiende el 42.4% de su población interna entre las edades de 28-33 años, pues son personas adultas, que por su edad es cuando más problemas presentan dando lugar a enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia y enfermedades de los nervios, además en la población externa atiende el 32.9% de una edad promedio de 34-39 años, es decir personas de una edad mayor que son responsables, con menos problemas y que asisten a las consultas que les fijan en esta institución. Y por la incapacidad de Alcohólico Anónimos atiende un 40% de pacientes en consulta externa entre una edad promedio de 28 a 33 años, en estas edades se acrecentan las situaciones conflictivas, la mayoría son casados y por encontrarse sin trabajo y tener una responsabilidad con sus familiares, al no poder corresponder con esta se entregan a este vicio. Empeorando la situación de él y de sus familiares, desencadenando en una enfermedad mental.

La Institución UCLAD atiende a un 42.8% de paciente entre una edad promedio

de 34-39 años en consulta externa, pues estas personas caen en este vicio de la droga por problemas que no encuentran como resolver, para olvidarse un poco de estos problemas que los aquejan, existen muchas personas que por prescripción médica se habitan a ciertas drogas como el Diasepan y otras muy conocidas, que al ser tomadas como las receta el médico no son dañinas, pero las personas abusan de estas cuando tienen problemas o preocupaciones tomándolas continuamente.

EDAD PROMEDIO (Población Interna)

UCLAD	ALCOHOLICOS ANONIMOS	HOSPITAL MENTAL	HOGAR CREA	INSTITUCIONES
-	-	1	-	10-15
		13		%
		4	5	16-21
		54	98	%
		22	46	22-27
		30.1	90.1	%
		31	-	28-33
		42.4		%
	-	-	-	34-39
				%
	-	9	-	40-45
		12.3		%
	-	3	-	46-51
		4.1		%
	-	2	-	52-57
		2.7		%
	-	1	-	58-63
		1.3		%
	-	-	-	64-69
				%
				70-75
				%
	-	-	-	75-81
				%
				82-87
				%
				88-93
				%
				94-99
				%
-	-	73	51	Total de la Población
		100	100	%

EDAD PROMEDIO (Población Externa)

UCLAD	ALCOHOLICOS ANONIMOS	HOSPITAL MENTAL	HOGAR CREA	INSTITUCIONES
-	1	-	-	10-15
				%
36	2	107	-	16-21
19.0	66	165		%
23	-	79	-	22-27
121		122		%
47	12	160	-	28-33
248	40.0	247		%
81	9	213	-	34-39
428	300	329		%
2	3	31	-	40-45
1.0	10.0	4.7		%
-	-	16	-	46-51
		24		%
-	-	20	-	52-57
		30		%
-	4	19	-	58-63
	133	29		%
-	-	2	-	64-69
		0.3		%
				70-75
				%
-	-	-	-	76-81
				%
				82-87
				%
				88-93
				%
				94-99
				%
189	30	547	-	Total de la Población
100	100	100		%

CUADRO N.º 4

Al analizar el cuadro No.5 referente a la convivencia familiar nos demuestra que el mayor porcentaje de la población que vive con los padres biológicos lo tiene el Hospital Mental Departamental que es el 58% de su población interna siguiéndole en su orden Hogar CREA con el 54.9%.

La población que vive con los padres adoptivos es mayor en el Hospital Mental Departamental con el 6.8% y en Hogar CREA es de 5.8%.

El 17.6% de Hogar CREA y el 15% de la población del Hospital Mental Departamental viven con madrastra. El mayor porcentaje de los que viven con los tíos lo tiene Hogar CREA es de 21.5% siguiéndole el Hospital Mental Departamental con el 19.1%.

Al hacer el análisis de la población externa de las distintas instituciones nos demuestra que la población que vive con los padres biológicos es mayor en UCLAD con el 59.2% le sigue el Hospital Mental Departamental con el 54.7% y finalmente Alcoholicos Anónimos con el 43.3%.

De los que viven con los padres adoptivos es mayor el porcentaje en Alcoholicos Anónimos con un 3.3% UCLAD tiene el 3.1% y el Hospital Mental Departamental el 2.1%.

Es mayor el porcentaje de los que viven con madrastra en Alcoholicos Anónimos con el 23.3% siguiéndole el Hospital Mental Departamental con el 21.7% y finalmente UCLAD con el 16.4%.

La población que vive con los tíos es mayor en Alcoholicos Anónimos con el

30% en UCLAD es de 21.1% y en el Hospital Mental Departamental es de 11.2%.

En el cuadro No 5 referente a la convivencia familiar de la población interna y externa de las instituciones que atienden la salud mental demuestra que los problemas mentales se dan con frecuencia en individuos que se han criado con los padres biológicos presentando el Hospital Mental el 58.9% en su población interna y el 64.7% en su población externa. Este porcentaje arrojado se relaciona con la influencia de la familia y en particular la de los padres en la predisposición de algunas enfermedades mentales, entre ellas; la neurosis producto del distanciamiento emocional en que se encuentra la sociedad, que se presenta por igual en las clases sociales altas y en las bajas, la diferencia fundamental tiene que ver con el tipo de conflicto o el motivo de los conflictos.

En las clases bajas conviven nacidos bajo un mismo techo, seis, ocho, o diez personas y esto hace que se presenten muchos más roces entre ellos y sean más frecuentes los conflictos. Allí los problemas se manifiestan con mucha agresividad física y verbal. Otro factor que desde el punto de vista social influye en el distanciamiento emocional de la familia, es el cambio histórico que ha nacido en la rutina de las personas, como son los turnos en las empresas, las jornadas continuas de los hijos y otros.

CONVIVENCIA FAMILIAR (Población Interna)

INSTITUCIONES	PADRES BIOLÓGICOS		PADRES ADOPTIVOS		MADRASTA		TÍOS		TOTAL DE LA POBLACIÓN	
		%		%		%		%		%
HOGAR CREA	28	54,9	3	5,8	9	17,6	11	21,5	51	100
HOSPITAL MENTAL	43	58,9	5	6,8	11	15,0	14	19,1	73	100
ALCOHOLICOS ANONIMOS	-		-		-		-		-	
UCLAD	-		-		-		-		-	

CONVIVENCIA FAMILIAR (Población Externa)

INSTITUCIONES	PADRES BIOLÓGICOS		PADRES ADOPTIVOS		MADRASTA		TÍOS		TOTAL DE LA POBLACIÓN	
		%		%		%		%		%
HOGAR CREA	-		-		-		-		-	
HOSPITAL MENTAL	419	64,7	14	2,1	141	21,7	73	11,2	647	100
ALCOHOLICOS ANONIMOS	13	4,33	1	3,3	7	2,33	9	3,00	30	100
UCLAD	112	59,2	6	3,1	31	16,4	40	21,1	189	100

Al hacer el análisis cuantitativo del cuadro No.6 sobre la morbilidad psiquiátrica por consulta externa de pacientes atendidos en el Hospital Mental Departamental, se observa que se presenta el mayor porcentaje en la Esquizofrenia (y su clasificación) con el 46.3%; siguiendole en su orden el retardo mental con el 20.7%; Psicosis afectiva con el 19.4%; trastornos neuróticos con el 7.4% posteriormente la psicosis alcoholica con el 3.7% y la psicosis por drogas con el 2.6%.

Analizando la morbilidad psiquiátrica por consulta interna en el Hospital Mental Departamental, se encuentra que la esquizofrenia ocupa el mayor porcentaje en los pacientes atendidos, arrojando el 56%, siguiendole los pacientes con psicosis afectiva con un 17.8%, luego le sigue la psicosis por droga con el 10.9%, retardo mental con el 9,5%, y por último la psicosis alcoholica con el 5.4%.

Al observar el presente cuadro es palpable que la enfermedad mental que mayor índice presenta la población interna y externa es la Esquizofrenia; es por esto que es de gran importancia conocer los diferentes modos de presentarse la enfermedad con el fin de realizar lo más precozmente posible un diagnóstico e instaurar cuanto antes el tratamiento apropiado.

El Hospital Mental Departamental es una entidad que trata las enfermedades mentales que se presentan en individuos de ambos sexos a partir de 1 año hasta los 60 años de edad y así se presentan de más edad.

Por ser la psiquiatría una rama de la medicina extensa y compleja en el pre

sente estudio tratamos más que todo a los individuos que se encuentran en la edad de la pubertad hasta adultos; debido a que se haría demasiado extenso el estudio al tratar de estudiar tanto la psiquiatría infantil como la psiquiatría gerontológica ya que las diferentes enfermedades presentan variadas características que oscilan de acuerdo a la edad del individuo.

En la formación de la Esquizofrenia influyen muchos factores psicodinámicos (socioculturales, familiares) debido a la profunda interconexión existente entre todos ellos.

El enfermo esquizofrenico presenta dificultad de adaptación a la realidad que vive amenazante, deformada y caótica. Junto a ello, una búsqueda inmediata de satisfacción de sus pulsiones y deseos, sin baja tolerancia a la frustración y a la ansiedad. En el pensamiento y el lenguaje aparece una especie de regresión a un lenguaje simbólico con desdiferenciación de lo vivido como interior/externo.

Analizando la esquizofrenia desde el punto de vista sociocultural hace su aparición con mayor frecuencia entre los individuos pertenecientes a los estratos más bajos y desintegrados de la población.

También es palpable la frecuencia de la esquizofrenia en las relaciones interfamiliares producto de una situación conflictiva entre los miembros de esa familia poseedores de una serie de características muy definidas; donde la madre del esquizofrenico sería dominante, sobre protectora, rechazadora, constantemente; el padre una persona de carácter muy pasivo, débil y hasta

ausente, Dentro de esta familia el futuro esquizofrenico se hallará sometido a la acción de demandas contradictorias; de este modo seguirá generando un estado de perplejidad, extrañamiento, alienación, que le llevará a responder al no poder discriminar adecuadamente esos mensajes contradictorios, no quedándole entonces otra opción, si no responder como lo hace defendiéndose así de tan conflictiva situación familiar, mediante la realización psicótica.

Comienza a aumentar vertiginosamente la distancia entre su yo y el medio en que se halla inmerso, se siente solo aún en compañía de los demás.

El aislamiento social aparece en un primer plano y el destempe afectivo da lugar a explosiones de genios y agresividad hacia los que lo rodean, surge una falsa madurez en su concepción del mundo al desplomarse ante él las fantasías que había forjado en su niñez, ello le lleva a sentir una dolorosa desesperanza ante la realidad que le ha tocado vivir.

El tratamiento de la esquizofrenia varía de un modo radical las expectativas de evolución de esta enfermedad, es por esto que se clasifican las modalidades terapéuticas de las siguientes maneras: Métodos biológicos, tratamiento psicofarmacológicos, técnicas psicoterapéuticas; todas estas utilizadas de acuerdo a la enfermedad padecida en el individuo.

MORBILIDAD PSIQUIATRICA POR CONSULTA EXTERNA

	TRASTORNOS NEUROTICOS		EQUIZOFRENIA HEBEFRENICA		EQUIZOFRENIA CATATONICA		EQUIZOFRENIA PARANOICA		EQUIZOFRENIA MANIACODE - PRESIVA		PSICOSIS AFECTIVA		PSICOSIS ALCOHOLICA		PSICOSIS POR DROGA		RETARDO MENTAL		TOTAL POBLACION	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
HOSPITAL MENTAL	48	7.41	50	7.72	67	10.3	71	10.9	113	17.4	123	19.0	24	3.70	17	26.2	134	20.7	647	100

MORBILIDAD PSIQUIATRICA. POR CONSULTA INTERNA

	TRASTORNOS NEUROTICOS		EQUIZOFRENIA HEBEFRENICA		EQUIZOFRENIA CATATONICA		EQUIZOFRENIA PARANCICA		EQUIZOFRENIA MANIACODE - PRESIVA		PSICOSIS AFECTIVA		PSICOSIS ALCOHOLICA		PSICOSIS POR DROGA		RETARDO MENTAL		TOTAL POBLACION	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
HOSPITAL MENTAL					9	12.3	17	23.2	15	20.5	13	17.8	4	5.4	8	10.9	7	9.5	73	100

#### 2.4.1. Las enfermedades mentales y su clasificación.

Las enfermedades mentales deben su desarrollo a muchos factores como son: el factor social, económico, político; todos estos productos de la sociedad capitalista,. El enfermo mental a través del tiempo ha sido tratado de diferentes formas: con brusquedad, temor cariño y otros. En la actualidad las enfermedades ya no producen la misma sensación de miedo que en la antigüedad, pero ha tomado mucho tiempo para el estigma que las caracteriza comience a desaparecer.

Es un hecho reconocido que las enfermedades mentales han venido ocupando en las últimas décadas lugares destacados en la patología que afecta a los pueblos de los países industrializados y de los que se encuentran en vía de desarrollo. También se reconoce a diferencia de otras enfermedades bien estudiadas desde el punto de vista de su epidemiología, falta información que permita conocerlas mejor y orientar en una forma más segura su prevención y control. Como consecuencia de este vacío de información científica en los últimos años a nivel universal se han incrementado en forma significativas las investigaciones en este campo y son ya numerosos los conocimientos que se han generado, los cuales han permitido tratar con mayor seguridad algunos de estos trastornos.

A fin de poder ayudar más eficazmente a las personas afectadas psíquicamente y para poder planear los servicios con más eficacia se debe tener un sistema confiable de diagnóstico, y es por esto que según la base teórica se clasifican así:

- Psiconeurosis o neurosis: (estado de ansiedad, reacción depresiva o depresión neurótica, neurosis obsesiva, estado fóbico, histeria).

- Trastorno de la personalidad o del carácter (psicopatía, inadecuada, agresiva y creativa; desviaciones sexuales, homosexualismo, lesbianismo, sadomasoquismo, voyerismo, exhibicionismo)

- Alcoholismo

- Drogadicción.

Las dos condiciones anteriores frecuentemente complican a otros trastornos preexistentes de la personalidad:

• Psicosis orgánica: aguda (delirio), crónica (demencia), afecciones diversas incluyendo cambios en la personalidad debido a lesión cerebral y a epilepsia crónica.

- Psicosis funcional: trastornos afectivos (diversos tipos de depresión, manía, algunas formas de ansiedad). Estados esquizofrénicos (simple, hebefrénica, catatónica, paranoide); otros (incluyendo ciertos estados paranoides más o menos raros y psicosis familiares atípicas).

¾ Suicidio o intento de suicidio.

#### 2.4.2. Características de la Neurosis

Las neurosis se acompañan frecuentemente de una disminución en la eficiencia del funcionamiento social y de trastorno en las relaciones interpersonales. En este caso están muy estrechamente intercaladas la causa y el efecto.

El concepto de enfermedad neurótica siempre debe ser relativo. Todos los individuos tenemos caracteres neurológicos, pero la mayoría podemos compensarlos o cuando menos aprender a evitar las situaciones que nos provocan ansiedad; pero cualquiera tiene un punto débil y éste puede muy bien alcanzarse tarde o temprano si se aplica la suficiente presión. Algunas personas pueden reaccionar neuróticamente ante la menor sobre carga y otras reaccionan en esta forma sólo en raras ocasiones.

Las neurosis son otro ejemplo de un estado de enfermedad al que en mayor o menor grado todos quedan predispuestos exclusivamente por el hecho de tratarse de seres humanos provistos de mente cuya capacidad de adaptación no es ilimitada, al tratar de abrirse paso en mundo muy complejo. El grado de esta predisposición sin embargo, varía ampliamente de un individuo a otro y hay igual grado de intensidad entre los posibles factores determinantes.

Las neurosis según se presentan en el individuo se caracterizan de la siguiente manera: neurosis de ansiedad, depresión neurótica, neurosis obse-

siva, estados fóbicos, histerias.

- Neurosis de Ansiedad: puede ocurrir como resultado de presiones más prolongadas tales como problemas interpersonales y otras. Con frecuencia se present con una multitud de quejas que pueden ser predominantes psíquicas o físicas. Los síntomas psíquicos son especialmente de tensión, temor y aprensión. Los síntomas físicos de las neurosis de ansiedad son producidos por una actividad excesiva del sistema nervioso autónomo, o sea la parte del sistema nervioso a través de la cual el cerebro controla las funciones internas de nuestro organismo.

Depresión Neurótica: La depresión del ánimo es con frecuencia sumamente grave y se acompaña con síntomas tales como retardo, sentimiento de culpa, melancolía, tristeza, soledad, pérdida del interés, tendencias suicidas y en ocasiones alucinaciones, las variaciones en el estado de ánimo son parte de la experiencia normal y es también normal que el paciente se sienta desalentado cuando ha tenido algún desengaño en particular.

El estado de ánimo no se encuentra habitualmente muy deprimido y muchas veces responde favorablemente a los estímulos ambientales, aunque hay una tendencia a que la persona recaiga después de un estado de melancolía. El paciente encuentra que cuando está solo se siente amargado y miserable, pero si participa en algunas actividades o se encuentra acompañado hay una marcada mejoría en su estado de ánimo durante este tiempo.

- Neurosis Obsesiva: Es también conocida como trastorno obsesivo-compulsivo y sus principales características son pensamientos obsesivos o impulsos que el individuo sabe que son irracionales y que trata de disipar.

Algunas personas están especialmente propensas a crecer con marcados caracteres compulsivos, quizás porque un trauma emocional ha causado una fijación en la libido en este nivel en particular o quizás porque los padres coercitivos han puesto demasiado empeño en el desarrollo de hábitos, tales como orden, limpieza, hábitos regulares de defecación.

-Neurosis Fóbica: Viene a representar la fijación y concretación de la angustia sobre un objeto, situación o persona determinada, de manera que sólo ante ellos se emocionará efectivamente el neurótico, y de ellos intentará liberarse utilizando todos los medios y conducta que alcance, unas veces evitando los objetos o situaciones fóbicas y otras acercándose a objetos o situaciones tranquilizadoras. La inmensa mayoría de las situaciones fóbicas se ven en el campo de la visión, siendo la más frecuente las fobias a los espacios abiertos, a los espacios cerrados, a la oscuridad, a las multitudes y a determinados animales y objetos.

-Neurosis Histórica: Recoge su nombre de la época de Hipócrates, al considerarse entonces que esta enfermedad se producía merced a los movimientos y humores que partiendo del útero modificarían de alguna manera el funcionamiento del cerebro.

Es una alteración neurótica en la cual la ansiedad se convierte en síntomas

físicos y desarrolla signos bastante dramáticos. Algunos pacientes presentan parálisis, erupciones cutáneas, ataques pseudoepilépticos, áreas anestésicas de la piel que por el momento no son susceptibles a los estímulos dolorosos, o incluso pseudoembarazos.

#### 2.4.3. Las Psicosis Funcionales (trastornos afectivos y la Esquizofrenia).

Las psicosis funcionales son enfermedades de origen emocional sin causas orgánicas o estructurales conocidas.

Las psicosis funcionales se dividen en A) Trastornos afectivos y B) Esquizofrenia.

a) Los trastornos de la afectividad son enfermedades en la cual predominan las emociones y los caprichos, es decir el afecto y el sentimiento no se encuentran en armonía con el pensamiento que se experimenta, ya que las respuestas típicas a los estímulos emocionales reflejaran afectos inadecuados (sonreír mientras se comenta un hecho triste), blandura de afecto (apatía, retraimiento y ensoñación), o rigidez de afecto (pautas emocionales, estereotipadas con independencia del estímulo exterior.

Los trastornos afectivos se clasifican en:

Los diversos tipos de depresión, manía, algunas formas de ansiedad.

**Depresión:** La depresión es el estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento débil, voluntad e incapacidad

de decisión. Sin una base normal suficiente y en grado intenso, se presenta en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maniaco-depresiva (en los períodos depresivos).

Los pacientes deprimidos son pocos comunicativos y no se revelan las alteraciones en los procesos de la ideación. En las psicosis depresivas se hallan presente con frecuencia delirios (creencias falsas) y alucinaciones (falsas impresiones sensoriales) relacionadas con el cuerpo o las funciones orgánicas. En estos casos casi siempre es necesario internar al paciente.

Los diferentes tipos de depresión son:

- Depresión Neurótica (reactiva). Esta depresión por lo general no es muy intensa y con frecuencia se relaciona con el stress ambiental. Ocurre con mayor facilidad en personalidades inestables y frecuentemente se combinan con otros síntomas neuróticos. Se halla la facultad del paciente para evaluar y comprender la realidad.

En las depresiones reactivas existe una motivación consciente para su cuadro depresivo, motivación que hace psicológicamente comprensible, tanto la aparición del estado depresivo como el contenido de sus quejas y dolores, no dándose con frecuencia las oscilaciones del humor afectivo. En otras depresiones el abordaje terapéutico va a ser más psicológico que en las depresiones.

- Depresión Psicótica (endógena). Se presenta con más intensidad la enfermedad y puede acompañarse de graves sentimientos de culpa, pensamientos suicidi

das, retardo, ansiedad grave, delirio de culpa o padecimiento somático.

Las características sintomatológica fundamental de la fase depresiva endógena es contrariamente a lo que ocurre con la manía, la inhibición general de la vida psíquica precisamente por la depresión o hundimiento del tono vital del sujeto. Igualmente su vida instintiva languidece, perdiendo el enfermo apetito, deseos sexuales y ganas de vivir, la tristeza invade su ánimo especialmente por las mañanas, acompañándose esta muchas veces de una mayor o menor ansiedad. Las ideas delirantes de culpabilidad y la desesperanza general llenan toda la vida del paciente, dejándole como única salida abierta la del suicidio.

- Depresión Involuntiva (melancolía involutiva). En esta condición se trata de una seria depresión de intensidad psicótica que ocurre en individuos que no presentan historia previa de reacción maniaco-depresiva. Se presentan comúnmente las ideas delirantes, frecuentemente relacionadas con el cuerpo o el funcionamiento orgánico, también se presenta angustia y agitación que forman parte de las experiencias alucinatorias y del estado de perplejidad e inseguridad con que son vividas.

La melancolía involutiva se da en mujeres de edades comprendidas entre los cuarenta (40) y los cincuenta y cinco (55) años, y esta en relación con una serie de factores psicosociales y endocrinos, tales como la menopausia, la soledad, el celibato, el rechazo de la vejez, la viudez, la separación de los hijos y otros.

- La psicosis maniaco-depresiva. Es una psicosis endógena, conocida también con los nombres de psicosis afectiva y psicosis circular.

El síndrome de la psicosis maniaco-depresiva es característicamente una alteración recurrente a cíclica que se presenta por vez primera alrededor de los veinte (20) o treinta (30) años.

La psicosis maniaco-depresiva posee de un modo específico el modelo evolutivo físico, de tal manera que transcurrida ésta el paciente se recupera totalmente de su sintomatología psíquica, sin dejar defecto o deterioro alguno en su personalidad.

Algunos pacientes tienen solamente episodios de depresión, que se presentan en intervalos regulares o no. En algunos la depresión alterna con períodos de manía caracterizados por hiperideación, actividad exagerada y júbilo. Otros pacientes tienen solo episodios maníacos. Pueden presentarse en un mismo individuo la alteración de estos ciclos. Por lo general, los episodios maniaco-depresivos ocurren en personas que han ocupado lugares destacados toda la vida pero que experimentan alteraciones en su estado de ánimo y variaciones en su capacidad de energía, la naturaleza psíquica de la alteración, a menudo sin causa externa aparente, y la elevada frecuencia en algunas familias, constituyen la evidencia de que la psicosis maniaco-depresiva tenga una poderosa determinante genética.

Desde el punto de vista evolutivo, la duración de las fases, dejadas a su libre discurrir sin interferencia terapéuticas, viene a ser por término

medio de unos seis (6) meses, aunque existen algunas que duran solo días y otros más de un año.

Con la repetición de las fases, la duración de las manías viene a aumentarse y el intervalo libre tiende a disminuir. De todas estas alteraciones la más frecuente es la depresión intermitente, que representa solo ella el cincuenta por ciento (50%) del total; esta puede presentarse con todos los grados de severidad, desde un cambio de humor más intenso hasta una enfermedad en la cual el paciente sufre todas las agonías mentales.

El otro cincuenta por ciento (50%) lo constituye la manía donde el paciente se encuentra patológicamente eufórico y sobrexitado cuando esto ocurre en forma relativamente leve se le conoce como hipomanía.

b) Manía. (Frenesi, enajenación). Otra de las clasificaciones de la psicosis afectiva, cuya sintomatología general de una fase maniaca se manifiesta en todos los niveles de la personalidad. La exaltación afectiva con el tono de humor alegre que la acompaña, la hiperactividad sin sentido, y la agitación psicomotriz en sus grados más intensos; habla innecesariamente; la fuga de ideas son aumento considerable de ocurrencias y acompañada casi siempre de verborrea, la rapidez del tiempo vivido y el insomnio, aceleración o aumento de la actividad en general de los movimientos, de la lectura; impulsividad instintiva, principalmente de la sexualidad y agresividad.

El maníaco muestra marcado exceso de confianza y una falta profunda de auto-crítica, se autovalora exageradamente que puede llegar a la falta total de discernimiento dentro de su propia conducta anormal.

La evolución de la enfermedad maniaca con frecuencia es mucho más rápida que en la depresión y puede en ocasiones ser bastante súbito, se caracteriza por el elevado estado de ánimo y aumento del entusiasmo y el optimismo; esta enfermedad muestra tendencia a aumentar hasta un máximo y después comienza a disminuir, cuyo tiempo varía de un paciente a otro y hay en algunos casos la tendencia de encronizarse lo que puede ocasionar muchas veces el deterioro de la personalidad con una disociación mayor o menor de la misma, acercándose en ciertos sentido lo maniaco y lo esquizofrenico.

Existen una forma de la manía que es la llamada:

Hipomanía. Es una excitación maniaca que se caracteriza por un cierto comportamiento inestable y propenso al cambio.

Afan de emprender cosas nuevas, una mayor necesidad de expresión, variabilidad en el curso del pensamiento y la imaginación.

Sobre un fondo de gran euforia, sensación de fuerza, de poder y de vigor genera el sujeto siente la necesidad constante de llevar a cabo muchos proyectos, la mayor parte de los cuales desbordan sus capacidades personales reales. Tienden a presentar alguna hiperactividad y a ser distraídos.

La falta de autocrítica y cierto grado de imprudencia combinados con otras

características no tan notables de la enfermedad pueden propiciar que el paciente haga toda clase de cosas irresponsables ante sus familiares sin que se dé cuenta de lo que está sucediendo.

c. La ansiedad. Es el estado de inquietud o sozobra, desasosiego del ánimo, generalmente se asocia a miedo, en la medicina y en psicología se le usa como sinónimo de angustia.

- Diferentes formas de Ansiedad:

Las situaciones afectivas angustiosas y ansiosas se manifiestan clínicamente por síntomas psicoestenóticos, como ahogos, miedo esofágico, sequedad de boca, opresión torácica, náuseas, palpitaciones, sensaciones vertiginosas como inestabilidad en la marcha, alteraciones funcionales digestivas, molestias precordiales. Se presenta también el sentimiento de inseguridad, la incertidumbre que realmente es un trastorno intelectual, y la indecisión que es más bien trastorno de la voluntad.

b. Esquizofrenia. Es una psicosis predominante endógena con una evolución progresiva y deficitaria desde el punto de vista de la personalidad, que crea multitud de síntomas psicopatológicos. La esquizofrenia es una desorganización de la personalidad de carácter grave que presenta riqueza de fenomenología, y engloba bajo su nombre varias enfermedades diferentes.

La esquizofrenia presenta múltiples características típicas como son:

Gran distorsión de los procesos del pensamiento (disgregación), pérdida de la conexión lógica, decadencia mental, alteraciones del afecto, ideas delirantes, vivencias de interpretaciones morbosas (de persecución, de grandeza), dificultad en las relaciones personales que puede tener por base un deterioro crónico de la facultad de experimentar placer, perturbaciones en el lenguaje (ensalada de palabras, verbigeración, énfasis en el hablar), trastornos sensoriales (alucinaciones, ilusiones, especialmente supuestas voces y también en muchos casos falsas percepciones internas), perturbaciones en los movimientos (amaneramientos, catatonía, flexibilidad cética y estereotipias).

Aparecen en primer término trastorno de la afectividad, la voluntad y la personalidad que vienen a ser las alteraciones diversas de estado de ánimo, ideas súbitas, éxtasis, destinos, apatía, pérdida de la capacidad de contacto social, mutismo, trastornos esenciales de la personalidad total, sensación de ser ajeno a las vivencias propias, alternancias de hiperexcitabilidad y de indiferencia (que puede presentarse con áreas diversas de vivencias, escisión de la personalidad). Se advierte pobreza de ideas y retardo en los procesos del pensamiento, o bien superproducción de ideas. A veces es difícil descubrir la alteración del pensamiento cuando es leve, que se expresa en falta de control asociativo y aparece solo cuando el individuo se halla angustiado o en una situación tensa. En forma clara, la alteración del pensamiento se expresa en delirios (ideas fijas que no pueden ser influidas por la razón o la explicación racional) y alucinaciones (experiencias sensoriales que se producen sin que exista un estímulo real

externo de la percepción). Los cuadros sintomáticos son muy diversos y es frecuente que varíen repetidamente en un mismo individuo.

Las formas de esquizofrenia reciben nombre atendiendo al sintoma predominante o a la dimensión de la personalidad en que aparecen las primeras manifestaciones patológicas.

Las principales formas de la esquizofrenia son:

- Esquizofrenia Simple: Se caracteriza por apatía, indiferencia, retraimiento y falta de ambiciones o sea es un forma clínica de gran pobreza desde el punto de vista sintomatológico, de tal manera que es raro encontrar sintomatología llamativa del tipo de la delirante y alucinatoria. Su máxima afectación en el sentido de la discordancia, lentificación y el empobrecimiento, se realiza fundamentalmente sobre la afectividad y el pensamiento, sumiendo a los pocos meses o años al sujeto en un estado de disgregación caótica.

El comienzo de este tipo de alteración aparece con frecuencia en la adolescencia en el momento en que el individuo se enfrenta con la necesidad de efectuar la transición de la infancia a la adaptación social y heterosexual de la vida adulta, arrastrando al joven de un modo progresivo a un estado de apagamiento psíquico, sin que, sobre todo al principio la familia se de cuenta de la evolución confundiendo la con rarezas y cambios del carácter propios de la edad.

En algunos casos la indiferencia y la irresponsabilidad conducen a conflictar con la ley.

- Esquizofrenia Hebefrénica: También afecta al adolescente sobre todo en su mundo afectivo y emocional, puede caracterizarse por una máxima simpleza y conducta inadecuada.

Con frecuencia se muestran muy extraños, son comunes las alteraciones del lenguaje y la conducta, presentan tendencias extravagantes, insimismamiento, llanto y risas inmotivadas, timidez exagerada, y construcción de un mundo fantástico de ideas, e imágenes que cada vez más le alejan del mundo real. Pueden presentarse delirios y alucinaciones. Finalmente la discordancia y la desintegración de la vida psíquica, terminarán asumiendo a este adolescente en un estado de deterioro y de alejamiento de la realidad verdaderamente dramático.

- Esquizofrenia Paranoide: Este tipo es una esquizofrenia que está constituida por los siguientes síntomas: ideas delirantes relativo a otras personas (delirio de ser observado, persecución de perjuicios, celos) y al propio sujeto (delirio de grandeza).

Falsas percepciones (alucinaciones) especialmente auditivas, el enfermo oye voces, también visuales y sensaciones internas (fuerzas exteriores le hacen daño en las vísceras). Presenta también sensaciones anormales, principalmente sensaciones corporales raras; sentimientos anormales que pueden ser de intenso miedo o infelicidad.

Las características sobresalientes (alucinaciones y delirios) en muchos casos la personalidad del paciente no se deteriora pronto en forma tan marcada como en las otras formas.

Esta enfermedad afecta en forma típica a las personas de mediana edad o incluso a los ancianos y puede ocurrir en edad sumamente avanzada.

- Esquizofrenia Catatónica. Este tipo tiene síntomas motores sobresalientes de estupor o de exagerada actividad; negativismo, conducta opositoria y obediencia automática, inmovilidad, a veces alternando con estallidos de frenética hiperactividad y violencia; el comportamiento y la forma de hablar son rígidos y estereotipados.

Esta enfermedad frecuentemente se inicia en forma mucho más brusca que las otras y generalmente se presenta en la adolescencia o en adultos jóvenes. El paciente se mantiene en inmovilidad física durante largos períodos, también puede hallarse gran actividad motriz desorganizada.

### 3. ENFOQUE DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ESTRUCTURACION DE LA HISTORIA DE CASOS PSIQUIATRICOS.

Trabajo Social mediante la investigación diagnóstica elabora la historia de casos Psiquiátricos que permite a los demás profesionales hacer una estimación más precisa e integral del estado mental de los pacientes.

También se tiene el estudio de casos como el método de Trabajo Social que estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar, descubrir y encauzar las condiciones positivas y eliminar las negativas del sujeto, como medio de lograr el mayor grado de ajuste y adaptación entre el individuo y su medio circundante. Además permite extraer rápidamente la información que necesita tanto el trabajador social como los demás profesionales para una evaluación completa del caso.

#### 3.1. ESTUDIO DE CASOS PSIQUIATRICOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL EN BARRANQUILLA.

En la base de los fenómenos sociales y las diversas ramas de las ciencias surge como necesidad el abordaje de las distintas disciplinas en el quehacer terapéutico, lo cual permite lograr una síntesis en la respuesta que se traduce en acción conjunta más acabada, compleja, profunda y verdaderamente to

talizadora frente a la realidad.

El Trabajador Social para intervenir en la realidad problematizada del individuo debe hacer un estudio cuidadoso de éste, de su familia, de su ambiente social y de su problema, desarrollando un método integrado para correlacionar los procesos de casos, grupos y comunidades y así responder a la nueva problemática institucional donde el individuo lleva a la institución multiples problemas que no deben ser atendidos separadamente sino como un solo proceso, para lograr los objetivos propuestos. El proceso consiste en estudiar individualmente la conducta humana a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas y debilitar o eliminar las condiciones negativas que le han permitido lograr un mayor grado de equilibrio entre el individuo y su medio social y familiar, organizar grupos con características mentales afines y elaborar un diagnóstico de vida comunitaria que exprese los factores estructurales que han bloqueado el desenvolvimiento normal del individuo y grupo en el contexto social.

Este método integrado utilizado por el Trabajador Social está conformado por las siguientes etapas: El estudio, el diagnóstico, planificación, ejecución (tratamiento) y la evaluación.

Estudio: Es el proceso que está centrado en la identificación de las necesidades de la familia y de los problemas que enfrenta, tal como ellos lo ven, es decir es la etapa inicial utilizada por el Trabajador Social para la obtención de información de índole intelectual, emocional y familiar. Información que puede obtener mediante la investigación directa e indirecta, me

dian<sup>te</sup> la utilización de técnicas, como son la entrevista social en la ins<sup>titución</sup> y en el domicilio (pautadas), observaciones, interrogatorios y re<sup>colección</sup> de datos.

El Diagnóstico: Se encuentra constituido por la interpretación de la situa<sup>ción</sup> presentada por el paciente, interpretación que se realiza basándose en la investigación del individuo y su conducta que siempre se encuentra en e<sup>volución</sup> y constante movimiento. El diagnóstico se inicia con la primera entrevista y observación y continua a través de todo el estudio del caso, d<sup>án</sup>dole un caracter dinámico.

El diagnóstico es una pauta, una hipótesis de trabajo que orienta la inter<sup>vención</sup> del profesional en términos de garantizar la eficaz aplicación de los recursos al logro de los objetivos deseados.

Existen diferentes niveles de diagnóstico: La primera impresión diagnóstica es el llamado diagnóstico presuntivo o de orientación, donde se articulan hipótesis que intentan explicar la situación. Sobre la base de una idea de proceso diagnóstico, esas hipótesis se ratifican o rectifican permitiendo, en su desarrollo posterior, cristalizar un diagnóstico más profundo de la si<sup>tuación</sup> social concreta.

El diagnóstico debe incluir el problema principal, los factores causantes, efecto aparente de las causas en el comportamiento y personalidad del pa<sup>ciente</sup>, a demás exponer la interpretación de los nuevos problemas que van presentandose en el curso de trabajo de caso, lo cual podría implicar cam-

bio de planes y tratamiento.

La planificación. Se refiere al programa y a los aspectos relacionados con el proceso socio-educativo del paciente, y para que tenga valor, debe hacerse con objetivos y procedimientos científicos.

La planificación se realiza a través de la exposición de principios o actividades recomendables con el objeto de resolver o atenuar los problemas y las necesidades del paciente.

En esta etapa debe tenerse en cuenta los objetivos generales y específicos, las técnicas, los recursos (financieros, materiales y humanos).

Ejecución. (Tratamiento). En esta etapa el abordaje terapéutico del Trabajador social es trabajar con la conciencia general de la enfermedad y comprender al enfermo en la estructura familiar, laboral y social; tener en cuenta la potencialización de los elementos positivos y así trabajar previamente concientizando los elementos de etiología social participantes en el problema a través de la orientación para la reinserción social, siendo este el objetivo principal del tratamiento a fin de que logre encausar al paciente y el conveniente ajuste a su medio y trate de vencer o atenuar el problema que le provoca una conducta conflictiva.

N° de Historia 1

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

Fecha de Encuesta \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Sexo M Edad 22 Est.C Solt. Documentos C.C.

Profesión u Oficio NINGUNA

Personas o entidades responsables:

MADRE DIRECCION

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Otras direcciones \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

ENCUESTA ECONOMICA

INGRESOS		EGRESOS					
Sueldos	\$15.000	Alimentacion	\$11.000	Propietario	NO	# de piezas	3
Jornales	\$	Vivienda	\$	Alojamiento	SI	# de camas	5
Comision	\$	Vestuario	\$	INQUILINO		# de persona	5
Otros		Educacion	\$	Agua	SI		
		Otros	\$ 4.000	Luz	SI		
				Alcantari:	SI		
TOTAL	\$15.000	TOTAL	\$14.000				

OBSERVACIONES: Estos ingresos son originados por giros enviados por el padre.

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO PROVISIONAL: Padecimiento Esquizofrenia tipo Hebefrenica.

TRATAMIENTO: Psico-farmacológico y electro shock.

DIAGNOSTICO DE UN CASO DE TRABAJO SOCIAL

Un joven soltero de 22 años de edad, perteneciente al estrato bajo, sin profesión alguna cursó el sexto de bachillerato, convive con su madre y dos hermanos, habita en casa de su abuelo materno; quien fué el causante en gran parte de la esquizofrenia de tipo hebefrénica que padece el paciente, debido a que el abuelo desmerita todos sus actos no solamente de hechos sino también con palabras soeces, lo expulsó en repetidas ocasiones de su casa alegando que es un ocioso, y que en su casa no quieren personas de esa índole, debido a esto le tocó dormir muchas veces en la puerta de su casa. Además del conflicto permanente en su hogar se suma a esta situación el abandono de que fué víctima por parte de su padre quién lo dejó a la edad de 18 años, para formar otro hogar y viajando posteriormente a los Estados Unidos, desde donde les envía dinero que no alcanza a cubrir los gastos necesarios.

Toda esta situación anterior fué creando en el joven conflictos internos, agresividad, violencia, falta de interés por la vida, apatía progresiva.

Este joven fué traído a la institución por su madre ( quien también se encuentra desesperada por la situación de su hijo).

Luego de haber pasado por el proceso de recepción, se procedió a internarlo.

Trabajo Social realizó primero que todo una visita domiciliaria para contactar lo expuesto por la madre del joven, posteriormente estableció un diagnóstico preliminar que le sirvió de base para planear el tratamiento a seguir. Procedió a trabajar con la subestructura enferma de la familia, a través de la orientación, educación acerca de la enfermedad y como tratar al enfermo.

Al paciente se le aplicó la psicoterapia la cual fue satisfactoria. Este paciente aún se encuentra en esta fase.

N° de Historia 2

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

Fecha de Encuesta \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Est.C. \_\_\_\_\_ Doct. \_\_\_\_\_

iii 32A. Casado

Profesión u oficio: Comerciante independiente

Personas o entidades responsables: ESPOSA

DIRECCION \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Otras direcciones \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

ENCUESTA ECONOMICA

INGRESOS		EGRESOS			
Salarios \$		Alimentación \$13.000		Propietario	NO # de Piezas 2
Jornales \$		vivienda \$		Alojamiento	NO # de camas 2
Comisiones \$		Vestuario \$		Inquilino	SI # de pers. 4
Otros \$16.000		Educación \$		Agua	SI
		Otros \$ 3.000		Luz	SI
				Alcantaril.	SI
TOTAL \$16.000		TOTAL \$18.000			

OBSERVACIONES: Ingresos inestables caracterista del negocio que maneja.

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO PROVISIONAL: Trastorno de la personalidad (Droga-  
adicción)

TRATAMIENTO: Desintoxicación, supresión de droga, tratamiento somático y psi-  
cofarmacológico

## DIAGNOSTICO CASO No 2 DE TRABAJO SOCIAL

El paciente es un señor de 32 años de edad con dos hijos, de cinco y doce años respectivamente, vive con su esposa en un apartamento al sur de la ciudad (pertenece al estrato bajo).

Fué llevado por su esposa a la institución debido al caos psicosocial y alucinaciones presentadas con un alto grado de dependencia psíquica (la droga), producto del consumo continuo de droga (diazepan), la cual consumía en gran cantidad sin prescripción médica con el propósito de calmar la angustia causada por la crisis económica en que se encuentra, ya que por ser un trabajador independiente sus ingresos no son estables y sus deudas se acrecentan.

Trabajo Social en la primera fase fundamentalmente se basó en investigar el lugar que ocupa la droga dentro del contexto de la personalidad del toxicómano, seguidamente analizó la personalidad, la estructura familiar y social que rodea al interno junto con la construcción de una estrategia terapéutica a seguir, lo que permitió un acercamiento psicoterapéutico dirigido al paciente, lo cual jugó un papel importante, ya que se centró más que todo en la rehabilitación y readaptación social del enfermo a su nueva

situación.

Como plan a seguir Trabajo Social programó junto con los familiares del enfermo la divulgación de los peligros inherentes al uso y abuso de sustancias tóxicas.

Dictó charlas educativas propiciando una completa maduración personal.

Al paciente se le aplicó además técnicas de asociación, juegos de dominó, loterías.

El paciente hasta el momento ha respondido al tratamiento aplicado por Trabajo Social.

Los familiares han colaborado con el tratamiento que se debe seguir para la recuperación y rehabilitación total del paciente.

El tratamiento comienza con la catarsis del paciente en su primer contacto con el Trabajador Social y continúa a través de todo el caso.

**Evaluación.** El Trabajador Social a medida que vá evaluando detalla en forma analítica todo lo sucedido hasta llegar a las conclusiones, es decir a la interpretación de los hechos.

La evaluación es básicamente comprobar si se ha conseguido o nó los objetivos propuestos mediante el proceso de crítica; consistente en estimar y registrar periódicamente los resultados obtenidos, tomando como punto de referencia los objetivos propuestos, los procedimientos utilizados, la oportunidad de las medidas, la opinión de los beneficiarios y el grado de participación activa y democrática de los participantes.

Es decir, la evaluación es la comparación o constatación que resulta de confrontar lo que se ha hecho (lo ejecutado) con lo que se quería hacer (objetivos propuestos).

El Trabajador Social, además de la tarea intramural o sea la ejecutada dentro de la institución, realiza una tarea fuera de la institución (extramural), labor de gran importancia que ejecuta con la familia, los grupos laborales, escolares y otros.

Además con otras instituciones o dependencias cuando remite casos; siendo todo lo anterior la manera de proyectarse a la comunidad.

En su proyección a la comunidad el Trabajador Social tiene en cuenta:

- Motivar para la promoción de las políticas estatales en sus servicios, beneficios e instituciones respectivas.

- Desarrollar la educación social primero con las organizaciones de base, comités, brigadas que sirvan de apoyo en calidad de instructores diseñándose así el proceso de enseñanza-aprendizaje que visualice la estructura de procesos sociogestionarios que determinen pautas hacia la socialización del bienestar.

Todos los casos o grupos detectados en la investigación serán remitidos a la institución para la recepción de beneficios intramurales.

### 3.2. FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL/

Las funciones de este tipo de instituciones 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.

- Entrevistas de admisión, tanto al enfermo como al familiar o quien lo acompaña.

- Integrantes del equipo psiquiátrico que atenderá al paciente
  
- Tratamiento a la familia, en caso de ser necesario, pero en todos los casos trabajan con ella para mantenerla al tanto de la evolución de los pacientes.
  
- Seguimientos de casos dados de alta por un período determinado según cada caso.
  
- Proyección a la comunidad inmediata ya sea trabajando con ella a través de charlas informativas, organizadas al efecto de motivar la comunidad para la aceptación del enfermo mental rehabilitado.
  
- Orientación y/o derivación a otras instituciones de los casos que así lo requieran.
  
- Investigaciones que permitan ir esclareciendo la problemática del enfermo mental.

Es por ello que se puede describir al trabajador social psiquiátrico más que , como una función, como un nuevo enfoque del Trabajo Social.

Con el nuevo enfoque hacia la asistencia integral y muy especialmente en salud mental adquiere cada vez más importancia el Trabajador Social, el cual puede, como especialista en relaciones sociales, mantener un estrecho contacto con el medio ambiente del paciente, así como la estructura social en que vive el mismo.

Las características del Trabajador Social y muy especialmente las del Trabajador Social Psiquiátrico hace que sea parte fundamental en el cumplimiento de los objetivos. Enfocando este aspecto bajo un punto de vista multidisciplinario, ayuda a brindar al pueblo los beneficios de un programa adecuado de salud mental.

Los procesos sociales que se realizan con el individuo y la familia, hizo más notable la necesidad de integrar Trabajadores Sociales especialmente en Psiquiatría, ya que la elaboración de la historia del caso es un elemento importante para comprender al paciente y su enfermedad. El trabajador social se encarga de la historia social donde se anotará como introducción el nombre, estado civil del paciente, fecha de nacimiento, dirección, la fuente donde fue enviado y la razón para que fuera remitido al Trabajador Social.

Se debe registrar el nombre y dirección del informante, o de los informantes junto con su relación, con el paciente y algún comentario sobre las circunstancias de la entrevista. Debe señalarse si los informantes fueron entrevistados por separados o juntos.

La historia familiar del paciente debe determinar la enfermedad nerviosa o mental que haya ocurrido a cualquier miembro de la familia; los intentos de suicidio, epilepsia, alcoholismo y cualquier sistema psicomático. Se debe tener un relato similar de cada hermano, padre, madre, las circunstancias hogareñas, la historia personal (período preescolar, escuela, juegos, empleos, desarrollo psicosexual, matrimonio, hijos), detalles de la salud desde la primera infancia, la personalidad del paciente antes de su estado

actual de enfermedad (cariñoso déspota, ansioso o preocupado), enfermedades mentales previas y la actual.

El Trabajador Social necesita el enfoque clínico del médico, naturalmente su interés está en la curación de su paciente, pero no necesita tener la misma participación profesional que el psiquiatra, pero sí la correlación de funciones en cuanto a rehabilitación social.

El Trabajador Social es más factible que considere la enfermedad en los términos dinámicos de la reacción de un individuo hacia el ambiente y sus sobrecargas por la naturaleza de su trabajo y debe analizar al paciente no como una entidad separada sino como una unidad en su familia y su medio social más amplio; pero esta actividad es recomendable siempre y cuando no enfatice demasiado el ambiente y subestime la importancia de la enfermedad dentro de la persona. Son los trabajadores sociales los elementos que cuentan con los recursos teóricos y con las normas más adecuadas para proponer una serie de planes que ayuden a las entidades, instituciones u organismos del Estado para tratar estos estados mentales, emocionales.

La acción del Trabajador Social estará ligada en el desenvolvimiento, a la historia clínica para lograr ampliar y facilitar el trabajo de los demás especialistas como el psiquiatra y el psicoanalista.

El profesional del Trabajo Social que está dotado de una instrumentación y de una dedicación profesional, sabe que en la familia empiezan las raíces de los primeros complejos y frustraciones de los hombres; procura hacer un

esfuerzo de comprensión de todos los lazos afectivos donde el paciente con  
viva.

Esta labor es de gran valor porque a través de estos signos es como los demás profesionales pueden encontrar pistas para interpretar ciertos resabios y complejos que tenga el paciente.

En cuanto a la implementación de programas de salud mental el Departamento Administrativo de Protección y Asistencia Social (DAPAS) en asesoría con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación adelantaron programas en materia de higiene mental.

A este nivel se trabaja sobre:

-La incidencia social de las enfermedades mentales a nivel de la familia.

- En el desarrollo de tratamiento ambulatorio y hospitalarios.

En este programa el Trabajador Social desarrolla funciones tales como: Investigación socio-económicas de la familia, del paciente, seguimientos post-hospitalarios, tratamiento de apoyo tanto al paciente como a la familia.

### 3.3. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL.

Prevención :

Para prevenir las enfermedades mentales es necesario fomentar la salud mental prestando gran atención a la formación de personal en los servicios sanitarios, locales y nacionales; mantener una estrecha relación con los médicos generales, los servicios de tratamientos ambulatorios, hospital, diurno, establecer servicios de rehabilitación que hasta el momento no se prestan en ninguna institución; facilitar los servicios consultivos que necesita la colectividad o cualquier institución.

Para la atención de la salud mental se encuentran los psiquiatras y los Trabajadores sociales que se familiarizan con el problema de la salud mental de la colectividad. Jugando un papel esencial el Trabajador Social en el buen funcionamiento del servicio por constituirse un vínculo importante entre el médico psiquiatra y el enfermo, y entre este último y su familia ejerciendo sus funciones educadoras, para lo cual debe abordar todos los problemas relacionados con la situación del individuo en la familia y en los diversos medios sociales, lugares de trabajo y otros.

Se entiende por prevención el conjunto de conocimientos profesionales (teóricos, prácticos) que se utilicen para planear y llevar a cabo programas tendientes a reducir la frecuencia de enfermedades psiquiátricas que se presentan en la comunidad y el deterioro que resulte de esos trastornos.

El Trabajador Social es el encargado de transmitir directamente a la población lo que planifica el equipo multiprofesional proporcionando la información necesaria a la comunidad para que pueda detectar los indi-

cios básicos de trastornos mentales y donde acudir en estos casos. Procura además reducir en la comunidad los casos debido a trastornos mentales, actuando mediante la rehabilitación del paciente para devolverle su capacidad productiva en el menor tiempo posible.

El rol del Trabajador Social en la prevención es muy importante debido a que trata de evitar los prejuicios de la familia del paciente al considerarlo como un inválido que no puede realizar tarea alguna e interviene en la comunidad mediante la educación referente a la etiología de las enfermedades mentales. Además procura mantener la comunicación del paciente en caso de internarlo, con su medio social evitando de esta manera el desplazamiento del paciente durante su ausencia, o sea conservar viva la idea del retorno y tratar de mantener abierta la comunicación del paciente con la comunidad; situación que se logra mediante el empleo de técnicas como son : conferencias, charlas y otros.

#### Tratamiento:

El tratamiento terapéutico se define como la fase dinámica y activa que sigue a la elaboración del plan y no puede desligarse de otras disciplinas colaterales cuyas orientaciones o actividades son indispensables.

El tratamiento se inicia con la catarsis del paciente desde el primer momento en que se establece contacto con el Trabajador Social y continúa durante todo el caso.

El tratamiento para ser eficaz, debe tomar en cuenta a toda la persona;

y cuando el profesional de Trabajo Social se está enfrentando a una enfermedad psiquiátrica debe ser conciente de todos los factores que pueden ser importantes en la enfermedad, aunque no necesariamente forme parte de ella, factores que con frecuencia tienen su importancia social.

El tratamiento se constituye por pasos importantes que deben seguir tanto el profesional de Trabajo Social como otros profesionales. El primer paso está constituido desde el mismo momento en que se establece contacto con el paciente y es donde él recibe orientación, es escuchado con atención, en esta fase el profesional debe demostrar mucho interés y disponibilidad para atender al paciente, ya que muchos de estos obtienen gran satisfacción al poder desahogar sus conflictos en alguien que realmente los comprenda; para lo cual el trabajador social debe desarrollar un plan que obedezca a un diagnóstico interpretativo de la conducta del paciente de sus posibilidades y de las condiciones favorables o adversas que ofrece el medio ambiente.

El objetivo del tratamiento es estimular la curación ayudando al paciente a desarrollar su potencial social, a tomar responsabilidades, encauzar al paciente a fin de que logre el conveniente ajuste a su medio y trate de vencer o atenuar el problema que le provoca una conducta conflictiva.

En cualquier tratamiento realizado por el Trabajador Social debe siempre tener en cuenta el objetivo de capacitar al individuo para que se reintegre a una vida útil y razonable bien organizada.

Además debe dirigir el tratamiento tanto al paciente como al familiar para conocer la forma en la que funciona el hogar del paciente para poder hacer frente a las enormes dificultades que engendra la conducta del paciente. En ningún momento el Trabajador Social para tratar a un paciente debe aislar el problema de la parte física y psíquica, ni mucho menos aislarlo del medio ambiente en el que establece relaciones colaterales e institucionales.

El Trabajador Social para la ejecución de un tratamiento lo realiza de una manera directa e indirecta.

En la primera forma el Trabajador Social persigue una orientación progresiva con el fin de obtener importantes y favorables cambios de opiniones y aptitudes persigue además la orientación psicosocial que es efectuada a través de influencias terapéuticas realizando de esta manera una atención u orientación especial del caso. Al realizar el tratamiento directamente el paciente es probable que se resista a aceptarlo, pero al adoptar una actitud amistosa tanto el trabajador social como el médico muchas veces lo lograrían persuadirlo a que cooperen.

El tratamiento indirecto abarca la utilización y orientación de fuente colateral que rodean al paciente, lo que implica mejorar o cambiar las actitudes de otros elementos ajenos al individuo, recibiendo este los beneficios indirectamente.

El tratamiento siempre va de acuerdo a la enfermedad padecida, entre los principales tenemos:

- Psicoterapia: Es un tratamiento donde juega un papel muy importante el Trabajador Social debido a que conjuntamente con el médico psiquiatra estimula al paciente a hablar de sus problemas, a expresar las emociones asociadas con ellos, lo animan y lo ayudan a tomar decisiones necesarias en vez de aplazarlas repetidamente evitando de esta manera que el paciente se inutilice.

Esta abreacción utilizada en la psicoterapia es muy importante porque el paciente puede descargar todos los temores que van unidos al trauma y en esta forma puede lograr una recuperación completa.

La finalidad de este tratamiento es conseguir que el paciente afronte sus problemas de la forma más objetiva, y en vez de evitar la situación que le origina ansiedad debe enfrentar tales situaciones.

De ahí precisamente es que cada día sean más necesarias las técnicas psicoterapias por el imperativo de la demanda cada vez mayor de tratamientos psiquiátricos.

La terapia puede ser aplicada sobre la base individual y grupal. La base individual es recomendable en la orientación de la personalidad del paciente en casos de desajuste emocionales, incomprensivos y otros. Se constituye este aspecto en el tratamiento propio del método del estudio de casos

dentro de la técnica de Trabajo Social.

La terapéutica social de grupo consiste en un tratamiento colectivo que persigue el beneficio de un grupo, sin apartar totalmente al individuo. La terapéutica de grupo favorece el tratamiento de algunos rasgos indeseables que se observan en el individuo, como son la timidez, egoísmo, el narcisismo, los complejos de superioridad e inferioridad, el egocentrismo y otros para lo cual el Trabajador Social se apoya en el método de grupo y las técnicas, proporcionando un proceso educativo que permita compartir mutuamente las experiencias de la vida.

Se encuentra la terapéutica social del medio ambiente que está basada en el método de acción social y su objetivo principal está relacionado con la obtención de beneficios sociales colectivos muy amplios, proporcionando estímulo y ayuda en el caso de cualquier problema ambiental que se encuentra complicando la situación. Al inicio de esta acción social el trabajador Social recurre a medidas terapéuticas, como son campañas de divulgación de prensa, radio, televisión y otros; antes de la implantación de esta terapéutica debe tener la aceptación y comprensión de la población.

Generalmente en las instituciones además emplean las terapéuticas de drogas, tratamiento somático, la terapia por coma insulínica (estados graves de esquizofrenias). En fin el sentido terapéutico tiene como objetivo fundamental el de coadyuvar con las demás terapias biológicas y farmacoló-

gicas para conseguir la readaptación social del paciente, y debido a esto se logrará la disminución progresiva de los internamientos, con un aumento paralelo en la importancia de los diferentes instrumentos asistenciales de tipo extra hospitalario.

El Trabajador Social con el conjunto de profesionales toman parte activa en los procedimientos de recuperación mental, no solo a través de investigaciones de la historia del paciente sino que además deben desarrollar actividades terapéuticas que permitan acelerar planes de recuperación. Entre estos planes está especialmente readaptar el individuo a su medio cuando retorna a la vida normal.

## CONCLUSION

Las enfermedades psiquiatricas en Barraquilla son influenciadas de modo decisivo, por el medio en que vive el enfermo mental, por sus circunstancias vitales, por la dinámica de las relaciones interpersonales y otros, situación en que interviene el Trabajador Social contrarrestando los factores etiológicos de carácter social que inciden en la formación de la enfermedad.

Es por ello, que el Trabajador Social juega un papel importante en todas las etapas del proceso del tratamiento, es decir, en obtener antecedentes respecto a la enfermedad y a sus posibles factores precipitantes, a fin de facilitar el diagnóstico, en proporcionar apoyo y ayuda práctica al paciente y a sus familiares, en preparar al paciente para la rehabilitación, considerada como un proceso continuo y coordinado tendiente a obtener la recuperación básica del individuo en los aspectos físicos, psíquicos, educacionales, sociales y ocupacionales con el fin de reintegrarlos como miembros activos de la sociedad y se hace indispensable la acción de un grupo interdisciplinario que integre y coordine los recursos que existen en el sector público y privado para este fin.

Otra manera de definir la rehabilitación es: "la forma de terapia que se ocupa principalmente de ayudar al paciente a lograr un papel social óptimo

(en la familia, en el trabajo, en la comunidad en general), dentro de su ca  
pacidad y sus potencialidades<sup>10</sup>

La tarea de rehabilitación no constituye algo separado del tratamiento de la enfermedad en sí, se considera a la rehabilitación como la acción desarrollada para integración social del paciente.

La rehabilitación puede comenzar en cualquier momento y es posible llevarla a cabo junto con otras modalidades terapéuticas desarrolladas por los distintos profesionales (médicos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas, psicólogos, y otros).

Así la rehabilitación es un proceso que comienza en el primer contacto del enfermo con la terapia, se desarrolla a lo largo de todo el tratamiento y se concluye con el logro de la independencia del enfermo hacia el equipo tratante y la realización equilibrada de su vida.

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

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

---

<sup>10</sup> DENISE BYSTRYN, Método de rehabilitación psiquiátricas.

La tarea del Trabajador Social Psiquiátrico se logra con el desarrollo del sentido de pertenencia, colaboración y participación grupal de familia, gobierno y comunidad, y una vez alcanzado este objetivo, la misma familia, el ex-paciente interno y el Trabajador Social Psiquiátrico, en forma conjunta y acompañados por una campaña de esclarecimiento podrán tener las máximas posibilidades para cubrir esta tercera necesidad.

Actualmente las alternativas de intervención frente a la familia y el enfermo mental dado de alta son nulas, debido a muchos factores predominantes en las instituciones de salud mental.

Tenemos entre estos factores la carencia de un trabajo social extramural, que se dedique a la rehabilitación total de los pacientes dados de alta (que se encuentran solamente en un estado de recuperación) y la aceptación del enfermo por parte de los familiares, vecinos, amistades, ya que el paciente al descubrir que ha sido remplazado por otro miembro de la familia en el puesto que ocupaba antes de enfermar, por el completo aislamiento a que es sometido y los ataques constantes al no poder ayudar económicamente a los gastos de la familia lo inducen a recaer nuevamente al estado inicial de la enfermedad; sucede igual o algo similar cuando el individuo que ha estado recluido en un centro mental también es rechazado, enajenado, y aislado de por vida por el Estado, la familia y la sociedad en general, Siendo los primeros desmotivados ante una enfermedad mental los familiares del paciente quienes lo recluyen en los centros psiquiátricos solo para disminuir una carga familiar sin incentivos de recuperación.

Situación en la cual el Trabajador Social debe entrar a hacer un diagnóstico oportuno que permita establecer un tratamiento adecuado y diseñar métodos de rehabilitación para reintegrar al individuo a su familia y a la comunidad en el menor tiempo posible.

Trabajo Social con los familiares de los pacientes debe realizar un seguimiento y aplicar terapias grupales y ocupacionales que permitan brindar al paciente un clima apropiado donde su comportamiento armonizado, se sienta comodo y sean aceptados tal como son.

La rehabilitación se constituye la última etapa de un proceso dirigido a lograr la adaptación del individuo con limitación física o mental o a una actividad productiva como son: estudio, capacitación y empleo mediante la utilización de las capacidades residuales del individuo.

También previene problemas mayores de mendicidad o delincuencia que pueden llevar al enfermo mental al rechazo total de la familia y la sociedad. La rehabilitación en el aspecto social se plantea fundamentalmente para dar salida mínima a las necesidades del pueblo; se busca crear mecanismos eficaces para hacer extensivos el control ideológico de la población mediante campañas cívicas que reafirmen ideas tales como: Convivencias pacíficas, solidaridad partidista y civilización política.

El Trabajador Social en el campo de la rehabilitación debe emplear simultáneamente dos acciones, la primera dirigida a influenciar las políticas sociales en puntos estratégicos como la legislación y las normas que responsan

bilicen a la sociedad de su propio producto como son los limitados mentales y la segunda acción dirigida a la educación, concientización del individuo, la familia y la comunidad sobre los aspectos de las limitaciones, prevención y manejo y otros.

Las funciones en la rehabilitación son desempeñadas por el Trabajador Social a través de servicios directos a personas impedidas e incapacitadas y mediante las actividades indirectas que suponen la consulta administrativa, la planificación de los programas, la política de desarrollo y la investigación.

Como también la de constituir el vínculo que une al limitado físico o mental con los demás miembros del equipo de rehabilitación, ya sea en el hospital, en el Centro de rehabilitación o en la importante tarea de ayudar a la persona limitada a readaptarse en el hogar, en el empleo, en la dependencia de capacitación industrial o en el ambiente de un taller protegido. Deberá también estimular al paciente mental y a su familia a sentirse parte del equipo y poder hacer preguntas de observaciones sobre el plan de rehabilitación profesional.

Metodología utilizada por el Trabajador Social en el proceso de rehabilitación: Básicamente se realiza este trabajo con individuos, familias, grupos y comunidad a través de técnicas comunes, como son las entrevistas individuales, entrevistas en grupo, entrevistas a domicilio y reuniones especialmente de tipo educativo; metodología que en muchas de las instituciones no puede llevarse a cabo por falta de recursos financieros que permitan al profesional proyectarse hacia la comunidad y a los familiares de los pacientes.

Siendo la psiquiatría la rama de la medicina más extensa y compleja, en el presente estudio tratamos más que todo las enfermedades mentales que se presentan desde la edad de la pubertad hasta el adulto, ya que las enfermedades presentan características diferentes de acuerdo a la edad del paciente.

También fue necesaria la delimitación de áreas institucionales, que nos permitieran conocer la frecuencia con que se presentan las enfermedades mentales en la ciudad de Barranquilla, las cuales no alcanzan a cubrir la totalidad de la población.

Es así que en Barranquilla existe una sola institución de carácter oficial (Hospital Mental Departamental) que ofrece a la comunidad consultas externas e internas para la atención de enfermos no crónicos. El Hospital San Rafael, que atiende enfermedades crónicas por consulta interna a pacientes masculinos.

Encontramos además instituciones que atienden trastornos de la personalidad (drogadicción y Alcoholismo), como son Fundación UCLAD, Hogar CREA y Alcohólicos Anónimos.



## RECOMENDACIONES

La investigación realizada para la elaboración del presente trabajo, nos permite expresar las siguientes recomendaciones:

1. A la Universidad Simón Bolívar, apoyar a los profesores que se dedican a escribir sobre Trabajo Social, a la edición de sus libros para que de ésta manera enriquezcan los conocimientos de los estudiantes y colaboren con la implementación de la biblioteca.
2. A el Estado, que en la elaboración de sus planes y programas se tengan en cuenta la salud mental y además que no se reduzca el presupuesto que destinan a los centros de salud mental para que se preste un servicio completo y le permita al Trabajador Social ejecutar tratamientos extramurales con el paciente y su familia.
3. A las Instituciones de Salud Mental Oficiales, que realicen un tratamiento adecuado a los pacientes para que logren alcanzar una completa rehabilitación y permitan al Trabajador Social realizar sus funciones sin limitaciones.
4. A las Instituciones de Salud Mental Privadas, en especial a que opten p

por la intervención del Trabajador Social, ya que consideran que por tratarse de una institución privada no requieren de su intervención. Además de esto, permitir a los estudiantes de Trabajo Social y egresados que realicen un estudio investigativo teórico-práctico, debido a que en muchas ocasiones les niega conocer profundamente a su proceso terapéutico.

5. A los organismos de base, que colaboren al máximo con el Trabajador Social, para que este desarrolle eficazmente su acción social en pro de su bienestar.

6. Para Trabajo Social Comunitario, promover programas preventivos y curativos de las enfermedades mentales, debe correlacionar funciones con las facultades de medicina general, psicología y psiquiatría para que organicen consultorios populares donde controlen estadísticamente y remitan los casos a las instituciones privadas y oficiales.

BIBLIOGRAFIA

ANDER-EGG EZEQUIEL. Introducción a la Planificación El Cid Editor.

ANDER-EGG EZEQUIEL. Técnicas de Investigación Social. El Cid Editor.

ANDER-EGG EZEQUIEL. Metodología y Práctica del Desarrollo de la comunidad, Editorial El Ateneo, México.

ANDER-EGG EZEQUIEL. Diccionario de Trabajo Social, Publicaciones de la Caja de Ahorro de Alicante y Murcia. Obras Sociales.

AWAINSTEIN L. Salud Mental y Proceso de Cambio.

BECERRA ROSA MARIA. Trabajo Social en Drogadicción. Apuntes de Trabajo Social No.4 Editorial Ecros.

BECERRA ROSA MARIA. Elementos Básicos para Trabajo Social Psiquiátrico.

BRINCONES GUILLERMO. La Formulación del Problema de Investigación Social.

CASTELLANOS MARIA C. Manual de Trabajo Social.

CLIMENT CARLOS, CARVAJAL Y GUERRERO MARIA E., VALENCIA ALDANAR ZULUAGA  
ANTONIC., Salud y Comportamiento No.2 Aborto, Drogadicción. Etica.

CLIMENT CARLOS., CARVAJAL DE GUERRERO MARIA E. SAN MARTIN JOSE E. VALENCIA  
ALDANAR. ZULUAGA ANTONIO. Pbro. Salud y Comportamiento, Gestación, Niñez  
y Adolescencia.

CONSUEGRA HIGGINS JOSE., Teoría de la Inflación, El Interés y los Salarios.

DAVISON EVELYN A. Trabajo Social de Casos.

DICCIONARIO DE PSIQUIATRIA CLINICA Y TERAPEUTICA. Tomo I y II.

DICCIONARIO SINONIMOS Y ANTONIMOS. Lexis 22.

DICCIONARIO DE LAS AMERICAS., Plaza P. Janes S/A.

DORSH FRIEDRICH., Diccionario de Psicología, Barcelona, Editorial Herder.

ESCUELA NACIONAL DEL SINDICALISMO., GSTC, Cursos de Correspondencia.

FERNANDEZ FRANCISCO ALFONSO., Compendio de Psiquiatría.

FOLLETO., Prevalencia en Farmacodependencia entre escolares de secundaria.  
Ministerio de Salud, Dirección General de Atención Médica. Divi-  
sión de Salud.

FOLLETO., Programa Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. Dirección Atención Médica. Bogotá Octubre de 1981.

FOLLETO., Evaluación del Nivel de Vida de la Población Colombiana, Boletín mensual de Estadística No.316 de Nov.1977.

FOLLETO., Avances Estadísticos Dic.1983

FOLLETO., Avances Estadísticos. Enero de 1984. Dpto. Administrativo Nacional de Estadísticas DANE.

FOLLETO., Situación Social Popular de Barranquilla. Casa de la Juventud La Salle. Barranquilla. Colombia 1981-1982.

GHILL RICARDO., Caso Individual. Modelos Actuales de Práctica, Ediciones Humanitas.

GONZALEZ MARIO, GARCIA ROBERTO, YAMHURE ALFONSO, PARDO FRANZ, BETANCOURTH EBERTH, Epidemiología de los Trastornos Mentales en Bogotá, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. Clínica Moserrat.

MARTINEZ MARIA, LOPEZ MIRIAM, SABOYA MARTHA, ROJAS E. Historia del Trabajo Social. Cuadernos Universitarios., 1900-1975.

MONRO ALISTAIR. Psiquiatría Para Trabajadores Sociales.

M. KOVALSON V. KELLE. Ensayo sobre la teoría marxista de la sociedad,  
Progreso teoría marxista leninista.

OSORIO TORRES CARLOS., La Investigación y la Práctica del Trabajo Social.

POLANSKY NORMAN., Metodología de la Investigación del Trabajo Social.

REVISTA., Banco de la República, Julio de 1984.

REVISTA., XVII Congreso Nacional de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo.

REVISTA MIERCOLES DE EL HERALDO., Martínez Mara E. López Miriam, Saboya Martha, Helena Rosa M. Las Familias Neuróticas.

RUIZ LUIS ARMANDO., Introducción a la Psicopatología.

SANTA MARIA ESPINOSA ALBERTO., El Trabajo Social en Salud, Modelo de Investigación.

SABINO CARLOS A., El Proceso de Investigación. El Cid Editor.

SAVA DIAZ ANTONIO., Psiquiatría Clínica.

URIBE CUALLA GUILLEERMO., Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría Forense.

ZUBIZARRETA G. ARMANDO F. , La Aventura del Trabajo Intelectual.

ANEXOS

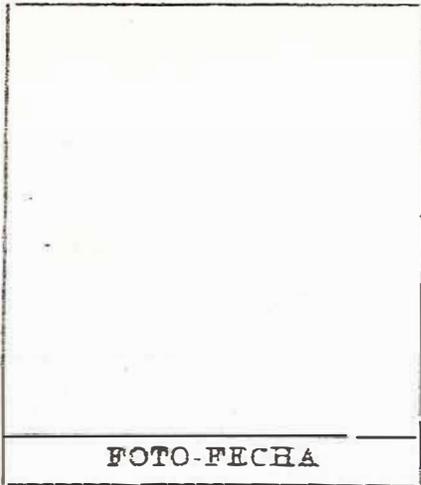
# HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL

## BARRANQUILLA

FORMA

Historia No. \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_



Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Natural \_\_\_\_\_

Vecina de: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Oficio: \_\_\_\_\_

Padres: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Remitida al: \_\_\_\_\_

Entidad o persona responsables: \_\_\_\_\_

Informante (Dirección) \_\_\_\_\_

Diagnóstico psiquiátrico Provisional: \_\_\_\_\_

Diagnóstico somático: \_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivos: \_\_\_\_\_

Fecha y causa de salida: \_\_\_\_\_

Causa y condiciones de ingreso: \_\_\_\_\_

Hospital Mental Departamental

BARRANQUILLA - COLOMBIA

EXAMEN SOMATICO

No. Historia Clínica \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino

Edu. Habilitado

Edad de ingreso

Nombre(s)

Servicio

Salida de Cuarto

No. Cama

BRACER T. No. 319561

CUIDADO, MUCHO CUIDADO CON EL "POLIO", SALVA A TU HIJO! VACUNALO! SON TRES DOSIS.



Hospital Mental Departamental

BARRANQUILLA-COLOMBIA

INFORME DE TRABAJO SOCIAL

No. Historia Clínica \_\_\_\_\_

1er. Apellido \_\_\_\_\_

2do. Apellido \_\_\_\_\_

(o de casada) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_

Salas o Cuartos \_\_\_\_\_

No. Cama \_\_\_\_\_

Area for writing the social work report, consisting of multiple horizontal lines.

# Hospital Mental Departamental

## INFORMES DE LABORATORIO

		No. Historia
1er. Apellido	2o.	Nombre

ADHIERA LOS EXAMENES ORDENADAMENTE

ostumbra al uso de ciertas drogas como her , morfi-  
leza que de allí en adelante el organismo .sita de  
drogá abruptamente, se producirán una ser e sín-

ga cuya causa es mayormente de tipo emocio. Los  
severidad.

erte que tiene que aumentar la dósis de la ga con-

niciales.

- \* Dependencia física es una condición por la cual si una persona se abstiene de tomar la droga, etc., se producen ciertos cambios en el organismo de tal naturaleza que ocasiona problemas que ocasiona este tipo de dependencia son también de gran gravedad. Si se remueven las dosis que pueden ser de gran severidad.
- \*\* Dependencia psicológica es una necesidad o deseo ardiente de la droga. Los problemas que ocasiona este tipo de dependencia son también de gran gravedad.
- \*\*\* Tolerancia hacia una droga es un estado por el cual el usuario advierte cada vez más la necesidad de tomar continuamente para sentir el mismo efecto que con la dosis inicial.
- \*\*\*\* Esta droga puede producir tolerancia, especialmente en las etapas avanzadas de la adicción.

HOGAR CREA, INC.

BOX 547

JUST, P.R. 00750 TEL. 761-0715

IFICACION DE USUARIOS DE DROGAS ADICTIVAS

ALERTA A LA PRESENCIA O APARICION DE:	PELIGROS	DEPENDENCIA QUE PRODUCE		PRODUCE***
		Física**	Sicológica**	TOLERANCIA
s de cemento plástico vacíos, as de papel, pañuelos gran- residuos de cemento plástico.	Daño a los pul- mones, cerebro e hígado.	No se sabe aún	Sí	Sí
billas de varios colores	Muerte por so- bre dosis, esta- do de incons- ciencia, pérdida de entusiasmo e interés, acci- dentes automovi- lísticos.	Sí	Sí	Sí
billas de varios colores	Muerte por sobre dosis, alucina- ciones, acciden- tes automovilís- ticos, problemas de alteración a la paz, estados sicóticos.	No	Sí	Sí
fuerte a hojas quemadas, semi- s en las costuras del bolsillo, el de cigarrillos, dedos man- dos.	Puede escalar al uso de narcótico fuertes, acci- dentes automovi- lísticos.	No	Sí	No

DON 3

Amfetamin

1.3

1. Dependencia  
cambios en  
mueve la

2. Dependencia  
tipo de d

3. Todas

Tolerancia  
mismo

DROGA USADA	COMO SE USA	SINTOMAS	ESTER
Cemento plástico (también thinner, líquido de encen- dedores, etc.)	Por inhalación	Apariencia de embria- guez, expresión som- nolienta e irritación nasal violenta.	Tubo bols des,
Barbitúricos	Oral, inyectada	Somnolencia, estupor, apariencia vacilante, apariencia de embria- guez, vómitos.	Past
Amfetaminas	Oral, inyectada	Excitación, locuacidad, rápidez al hablar, risa nerviosa, falta de apé- tito, actitud tembloro- sa, confusión, pupilas dilatadas, alucinacio- nes.	Past
Marihuana	Fumada, oral	Somnolencia, irritación de la conjuntiva, mente vaga, apetito aumentando deseo de comer dulces y tomar refrescos,	Olo lla pap cha

