



REPERCUSIONES DEL ESTADO CIVIL EN EL DESENCADENAMIENTO Y
EVOLUCION DE TRASTORNOS MENTALES EN EL SEXO FEMENINO
Y LA INGERENCIA DEL TRABAJO SOCIAL

LUDYS MARTINEZ RUIZ

MARGARITA MANJARREZ

JOSEFA OYOLA MIRANDA

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA 1.984

REPERCUSIONES DEL ESTADO CIVIL EN EL DESENCADENAMIENTO Y
EVOLUCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES EN EL SEXO FEMENINO Y

LA INGERENCIA DEL TRABAJO SOCIAL

LUDYS MARTINEZ RUIZ

MARGARITA MANJARREZ

JOSEFA OYOLA MIRANDA

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

Directora: MYRNA S. DE AGUILAR.

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA, 1.984

PERSONAL DIRECTIVO

RECTOR : Dr. JOSE CONSUEGRA H.

SECRETARIO GENERAL : Dr. RAFAEL BOLAÑO M.

DECANO FACULTAD : Dr. JORGE TORRES D.

SECRETARIA ACADEMICA: Dra. MARIA TORRES

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Mayo de 1.984

AGRADECIMIENTOS.

Las autoras expresan sus agradecimientos :

A: El Hospital Mental Departamental, el cual se constituyó como nuestro campo de experimentación.

A: El doctor RAMON ROJANO DE LA HOZ, Médico Psiquiatra del Hospital Mental Departamental, quien colaboró en forma especial con nuestro grupo.

A: El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

A: Nuestra Asesora, Dra. MYRNA S. de AGUILAR.

TABLA DE CONTENIDO.

	Págs.
PROLOGO.	
1. DIAGNOSTICO Y POLITICAS DE SALUD MENTAL	5
1.1 DIAGNOSTICO DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA	5
1.2 POLITICA DE SALUD MENTAL	14
2. UBICACION HISTORICO-ESTRUCTURAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA EN BARRANQUILLA	16
3. SITUACION SOCIAL DE LA MUJER EN EL CONFLICTO FAMI- LIAR	26
3.1 CARACTERISTICA SOCIAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FA- MILIA	27
3.2 PROBLEMATICA FAMILIAR	44
3.3 ESTUDIOS SOCIO-FAMILIAR DE LAS USUARIAS DEL HOSPI- TAL MENTAL DEPARTAMENTAL	48
4. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE A LA PRO- BLEMATICA PLANTEADA	79
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFIA	94

TABLA DE CUADROS.

CUADRO N° 1.	
EDAD POR ESTADO CIVIL	50
CUADRO N° 2.	
ESCOLARIDAD POR OCUPACION	52
CUADRO N° 3.	
PROMEDIO NUMERO DE HIJOS	55
CUADRO N° 4.	
PROMEDIO EDADES DE LOS HIJOS	55
CUADRO N° 5.	
TRABAJO DEL CONYUGE POR NIVEL DE INGRESO	57
CUADRO N° 6.	
SECTOR DE RESIDENCIA DE LOS USUARIOS	59
CUADRO N° 7.	
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD POR MANIFESTACION INICIAL DEL TRASTORNO	61
CUADRO N° 8.	
HABITUALES CONFLICTOS HOGAREÑOS POR POSIBLES FACTORES	63
CUADRO N° 9.	
SE HAN PRESENTADO RECAIDAS POR FRECUENCIAS DE LAS CRISIS	65

CUADRO N° 10.	
TERAPIAS O TRATAMIENTOS INICIALES QUE SE LE BRINDARON EN LA FAMILIA.	67
CUADRO N° 11.	
NECESARIO APLICAR MEDIDAS DE FUERZA POR CUALES MEDIDAS	68
CUADRO N° 12.	
RAZONES PARA ACUDIR AL HOSPITAL MENTAL	70
CUADRO N° 13.	
SE VINCULA LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL A LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES, POR QUE ACTIVIDADES.	71
CUADRO N° 14.	
DE QUIEN RECIBEN LA PRIMERA ORIENTACION AL LLEGAR AL HOSPITAL POR DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	73
CUADRO N° 15.	
QUE TRATAMIENTO SE APLICA PORQUE PARTICIPACION TIENE LA FAMILIA	75

PROLOGO,

Existen algunos factores que inciden en la generación de trastornos mentales y son los que se derivan de algunas variables nominales que habitualmente no son tenidas en cuenta por los Psiquiatras y los investigadores, nos referimos al sexo. Creemos que existe una relación de causalidad estructural entre ésta variable y algunas patologías mentales, se puede predicar incluso una estructura diferencial en la modalidad de enfermedades entre el hombre y la mujer.

Si se establece una regularidad estadística existen algunas afecciones típicas de la mujer cuya genealogía tratamos de establecer y son las que se originan no exclusivamente en la constitución psíquica sino en algunos determinantes de orden socio-económico y cultural de incidencia indudable

Factores ocultos y que han permanecido emboscado o son considerados variables secundarias pueden ser relevantes para nuestra investigación y saltar a primer plano; nos referimos al estado civil, o más exactamente al tipo de unión o vinculación marital que sostienen, ó a la inversa los traumatismo adquiridos en su unión o las frustraciones derivadas de una ruptura, las secuelas del abandono etc.

Es significativo el hecho de que una muestra piloto de cincuenta casos de mujeres que acuden al Hospital Mental Departamental exhiba circunstancias similares ligadas a los aspectos que señalamos, el elemento dominante que se puede destacar es que dentro de las mujeres con trastornos mentales tales como esquizofrenia en sus diferentes tipos.

Son muchos los estudios científicos realizados alrededor de la salud mental, en ellos se ha tratado de descubrir y explicar bajo todo punto de vista las causas que generan los diferentes trastornos mentales. Encontramos como algunos científicos famosos se atreven a firmar que las diversas patologías psíquicas son de tipo hereditario, sin tener en cuenta que pueden ser estrictamente orgánicas o que éstos trastornos mentales pueden ser ocasionados en el individuo a consecuencia del medio ambiente en que ha tenido lugar su proceso de desarrollo tanto físico como mental.

En lo que hace relación al medio ambiente es un aspecto que los médicos Psiquiatras muchas veces no tienen en cuenta para el tratamiento a seguir con un determinado paciente, trayendo como consecuencia que el proceso de rehabilitación del mismo sea lento en todos los sentidos.

Por los factores anteriores mencionados se justifica nuestro trabajo investigativo desde la perspectiva del Trabajo Social, disciplina que se propone la búsqueda del bienestar individual y colectivo desde el punto de vista integral psíquico, físico u afectivo.

Los nexos entre el Trabajo Social y la Psiquiatría, son evidentes, existe una importante articulación de teorías y praxis profesional que se ha producido en los centros de salud y rehabilitación mental, hace imperioso y justificable que el Trabajador Social incursione en éste ámbito pródigo de experiencias y posibilidades.

Hemos creído que las situaciones son transformables, y por ende los trastornos mentales son reversibles con la acción conjunta de equipos interprofesionales, dentro de los cuales debe estar incluido en primera línea el Trabajador Social, mucho más cuando se trata de traumatismo enlazados con circunstancias de carácter social y del entorno ambiental de los pacientes, este es el caso de los problemas ligados al tipo de unión de las mujeres, que son susceptibles de análisis desde el punto de vista del Trabajo Social socio-familiar.

Es por ello que en discurrir de nuestra investigación nos hemos propuesto establecer las repercusiones que surgen a partir del tipo de uniones, las causas que determinan las crisis, teniendo en cuenta el tiempo o duración de éstas a partir del mismo tipo de uniones, como también se debe tener en cuenta el influjo de situaciones familiares en la Generación del Estado Civil y la diversidad de trastornos afectivos, etc., tienen como características proceder de uniones libres generalmente fracasadas, con un promedio de edad entre los 20 a 35 años, y un número de hijos a su cargo que oscilan entre los tres y los 18 años de edad. La situación que se configura lleva consigo diversos fenómenos de orden socio-familiar que concurren para generar

situaciones conflictivas detonantes, se debe señalar que el 60 % de las afectadas psíquicamente, son mujeres solteras separadas y sólo un 20 %, conviven aún con su conyuge legal o libre, generalmente deben acudir a sus paderes o hermanos para quienes significan una carga social y económica.

Las insospechadas proporciones del fenómeno que enunciamos nos han persuadido de la necesidad de incursionar desde la óptica de Trabajo Social en ésta área problemática.

Así mismo conviene indagar, en que medida se asocian las variables sexo-estado civil-marginalidad, a la frecuencia y la persistencia de las afecciones mentales?

Cual es la relación que se plantea enrre la maternidad de la mujer soltera y los trastornos mentales?

Y la mujer separada o abandonada que tiene que adoptar el papel de jefe de hogar?

Este y otros aspectos vinculados al nivel de vida de éstas mujeres, su situación de marginación social y cultural han de traducirse en situaciones traumáticas de graves proporciones que requieren la intervención del Trabajador Social.

I. DIAGNOSTICO Y POLITICAS DE SALUD MENTAL.

La salud mental puede ser considerada como un aspecto de la salud en general, la cual se presenta en el individuo como todo un proceso de salud en la que es necesario analizar los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en su desarrollo, diagnosticando y formulando planes y programas frente a los diversos problemas planteados. Para que éstos planes y programas sean efectivos deben contar con la organización de los recursos globales de la sociedad, apareciendo así la atención en salud mental como un conjunto de acciones sociales encaminadas a la promoción y protección de la misma, a la prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad.

Frente a una serie de problemas planteados y analizados el Estado formuló unas políticas nacionales de salud mental que permitieron el ordenamiento y orientación de los programas encaminados a la solución de los problemas.

1.1. DIAGNOSTICOS DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA.

Durante largos años los conceptos de salud y enfermedad fueron considerados como pares antitéticos, mutuamente excluyentes y su manejo re

ducido al campo de médico. Pero la manera especial en las últimas décadas,

Los desarrollos y aportes de las ciencias han ampliado ésta consideración, hasta el punto en el cual la intervención multidisciplinaria se hace imprescindible cuando se intenta un abordaje adecuado de éste fenómeno. Al considerar la salud como el complemento físico, psicológico y social del individuo se admite la influencia de múltiples variables relacionadas en un interjuego de dependencia-independencia, que convierte el problema de salud en problema de todos. La salud no puede darse aislada del contexto ambiental en que se mueve un individuo y trasciende además al ámbito de lo puramente individual. Incluso las categorías diagnósticas han debido ampliarse para permitir la inclusión de síndromes o entidades ligadas en forma clara a las circunstancias socioculturales en las cuales un individuo se desarrolla y vive.

Los planteamientos de las ciencias sociales han dado una voz de alerta a todos aquellos que intervienen en la creación o adecuación del medio. A su vez quienes se interesan por los problemas básicos del entorno, nos muestran como el comportamiento humano ha generado trastornos que de manera evidente revierten sobre su forma de vida, que se manifiestan en problemas físicos y psicológicos.

Este amplio panorama introduce un elemento de complejidad que hace difícilmente delimitar las áreas de acción y que se extiende al pro-

blema fundamental de casi todas las ciencias, el de las definiciones, a éste nos vemos abocados cuando intentamos explicar que es salud mental. Aun cuando esta difícil tarea exija una elaboración mayor todavía, presentamos algunos parámetros que nos permitan una perspectiva más completa de la situación de salud mental en el país.

En 1.981 se realizaron en Colombia 114.124 consultas y produjeron 10.970 ingresos hospitalarios. Estas cifras presentadas por la División de Salud Mental, del Ministerio de Salud, recogen solamente la información proveniente del sector público. Vale la pena destacar que un alto porcentaje han sido realizado por la Universidad Javeriana en razón de la modalidad de convenios docentes-asistenciales que colocan residentes y estudiantes de medicina en diversas instituciones del país. Otras facultades desarrollan además programas similares.

Además de la falta de datos totales que incluyan el sector privado y mixto, bien sabemos que la demanda expresa de un servicio es apenas una muestra de ello y que son varios los factores que obstaculizan la búsqueda de ayuda; las condiciones económicas precarias, las dificultades geográficas de acceso, la ausencia de servicios en algunas zonas del país, y los patrones socioculturales, impiden la manera consistente de salud mental; o por lo menos en muchos casos la retardan hasta el último momento, cuando se presentan trastornos severos de comportamiento.

Las creencias populares acerca de su origen y tratamiento son un claro ejemplo de como determinadas actitudes pueden en algunos casos entorpecer la consulta inmediata.

Las primeras causas de morbilidad en la constituyente las psicosis, severa patología mental, que implica una franca desadaptación del sujeto consigo mismo y con su medio laboral y social. También se incluye dentro de éstas primeras causas la Neurosis, trastornos menos grave, pero más frecuente que dadas sus características permite un tolerable desenvolvimiento del sujeto en su medio, a costa de una situación de angustia personal.

Dos categorías merecen especial mención en la lista de causas de morbilidad, el retardo mental y las adiciones a la droga o alcohol.

El retardo mental se presenta en los primeros años de vida y supone un proceso seriamente limitante para el sujeto, ya que implica la detención temprana del desarrollo de la inteligencia.

En países como el nuestro donde las tasas de desnutrición infantil son elevadas y las condiciones que rodean al parto no son siempre las más adecuadas, los índices de ésta afección alcanzan números mucho más altos comparados con los de otros países y debemos alarmarnos ante las implicaciones actuales y futuras que éste problema conlleva.

Algunas investigaciones son concluyentes en demostrar que más del 60%

de los niños de condiciones socio-económicas bajas presentan algún tipo de desnutrición. Estas aseveraciones nos ponen de manifiesto una de las caras más dolorosas de las condiciones del sub-desarrollo, círculo vicioso del cual resulta casi imposible salir por lo menos en un corto plazo.

La adición a las drogas y al alcohol, es otra de las patologías sociales, dado la diversidad de factores implicados en su determinación, pero también por las consecuencias que provocan a distintos niveles de vida del sujeto. Los problemas familiares, el abandono y el maltrato, la deserción escolar, el ausentismo laboral y los accidentes de trabajo y de tránsito, así como las lesiones personales y otros delitos parecen encontrarse con suma frecuencia ligados con la ingestión de alcohol y otras sustancias. Distintas formas de dependencia especialmente marihuana y tranquilizantes surgen como conducta común en la población escolar. En los últimos días el consumo de cocaína y particularmente de "bazuko", se ha convertido en un fenómeno digno de atención, y es fácil prever sus consecuencias. El hecho de que aquella edad de iniciación sea cada vez menor podría relacionarse con las variadas y precoces deprivaciones que nuestros niños padecen. Los indicadores indirectos a los que hemos hecho mención en términos de demanda, ofrecen por sí mismo una visión limitada y que se nos antoja lejana del problema de salud mental. Sucede lo contrario cuando tomamos indicadores directos más expresivos de la situación de sufrimiento emocional a la que con frecuencia nos vemos expuestos actualmente, en un país como el nuestro.

La Revista Colombiana de Psiquiatría en su editorial de Marzo de 1983, hace un recuento estadístico, tomado de diversas fuentes, algunos de cuyos apartes citamos a continuación :

- "- La primera causa de muerte en varones de 15 a 45 años es el homicidio.
- Alrededor de 500 individuos sufren diariamente lesiones personales en diferentes hechos.
- Se producen 325 delitos diarios, calificados de robo, hurto o atraco.
- Ocurre un matricidio cada mes, un parricidio cada tres semanas, un uxoricidio cada dos semanas, un fratricidio cada dos semanas, cada cuatro semanas un infanticidio y 2.000 abortos diarios.
- De 2.000 niños que nacen diariamente, 600 carecen de padres responsables.
- La duración efectiva del matrimonio católico es de un promedio de 4 años.
- Por desnutrición y factores anexos, fallecen 300 niños diariamente en el país.
- Ocurren diariamente 9 suicidios.
- Quienes tienen automóvil particular, tienen un 80% de probabilidades de sufrir un robo o un accidente de tránsito.
- De cada 100 demandas, solo 18 han sido resueltas a los dos años.
- Las exportaciones de estupefacientes, superan anualmente 2 veces el presupuesto nacional.
- El promedio de vida en la clase baja es de 31 años.

Los datos expuestos anteriormente son verdaderamente dramáticos, sin embargo, su repetición constante a través de los medios masivos de comunicación, nos conduce a una pérdida de interés y a manejarlos aisladamente del respaldo emocional que debían provocar.

Ahora bien, para atender la demanda el país cuenta con 15 hospitales psiquiátricos; 15 unidades de salud mental integradas a hospitales generales, 9 servicios especializados de farmacodependencia y alcoholismo y 27 consultas externas y centros comunitarios de salud mental; hacemos referencia nuevamente al subsector oficial directo.

El estado actual de la atención en salud mental corresponde a distintas etapas de un proceso evolutivo, cuyos resultados empiezan a observarse, si bien es cierto, no con igual significación en todos los sitios, pero en líneas generales puede hablarse de un cambio en la prestación tradicional de servicios, que tiene como punto de partida la abolición de los manicomios, lo que no significa la abolición total de los hospitales psiquiátricos, pero sí una limitación en su cobertura y una transformación en sus esquemas de manejo.

Las tendencias actuales se centran en el incremento de la consulta ambulatoria, y la reducción de las hospitalizaciones, así como el aislamiento del paciente de su medio social laboral y familiar.

Sin embargo al comprometer a la familia en el tratamiento, ésta necesita la información y la educación necesaria para asumir su nuevo pa-

pel. . Igualmente la brevedad de la hospitalización supone la presencia de un equipo multidisciplinario que sea capaz de realizar en forma coordinada y completa las acciones diagnósticas y terapéuticas pertinentes. Además las labores de seguimiento deben extremarse a fin de mantener la continuidad del tratamiento y evitar las recaídas. Lo anterior ha dado lugar a las modalidades de hospitalización parcial, tan en boga en otros países y que trata con dificultad de introducirse en el nuestro. Y básicamente a dos conceptos, que no tenían cabida en los modelos convencionales de atención al enfermo mental. La prevención y la rehabilitación. La primera se refiere a todas aquellas acciones encaminadas a impedir la aparición de patologías. En su más amplio sentido incluye las categorías de información y educación. Estrictamente se dirige a detectar aquellos grupos cuyo riesgo o vulnerabilidad es mayor en relación a lo Psicopatológico. La investigación, la capacitación, la utilización de los recursos de la comunidad son parte de sus acciones.

En su forma más amplia significa la participación de todos. Las acciones directas requieren una organización mayor y la necesidad de canalizar las expectativas y dar respuestas a la demanda que provoca.

La rehabilitación es sinónimo de esperanza para los pacientes mentales, en contraste con el marcado deterioro vinculado al tratamiento manicomial, la rehabilitación se enmarca en un ambiente cuyas condiciones particulares actúan como un medio terapéutico que facilite la

posterior reinserción sociolaboral de sujetos con patologías crónicas, o que en algunos casos se convierte en un estilo de vida apropiado para aquellos que dada ciertas condiciones no pueden abandonarlo.

Para ejecutar en forma total éstos programas la exigencia de recursos humanos y económicos es básica, y es aquí precisamente donde nuestras posibilidades son precarias. La carencia de recursos humanos especializados y su concentración en las grandes ciudades, las bajas remuneraciones, las deficientes condiciones de algunas instituciones, da como resultado el que algunas zonas del país se encuentren desprotegidas.

En líneas generales la situación de salud mental en el país es grave, si bien se realizan acciones en distintos niveles, sin duda benéficas, pero que carecen de continuidad y sistematización. Lo que sí podemos afirmar con absoluta certeza, es que ni los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, miembros del equipo multidisciplinario tradicional, podremos solucionarlo. Este es un problema que supera nuestras posibilidades y exige la intervención de otros, bien sea como colaboradores directos en los programas de Salud Mental, o como propiciadores de un cambio en los factores que determinan las condiciones de vida. Es evidente que las participaciones múltiples ya descritas exigen modificaciones no sólo conceptuales sino incluso de orden metodológico y de aplicación práctica, así como un cambio en la actitud de todos, y muy probablemente este deba iniciarse en los niveles educativos escolares y universita-

rios para que pueda darse como resultado una verdadera integración multidisciplinaria en el abordaje del problema de salud mental como en la creación y ejecución de estrategias comunes sistematizadas y susceptibles de ser evaluadas. Este conjunto tiene como punto de vista al ser humano, él actúa como núcleo de la pretendida visión integradora, bien sea que unos estudiemos su conducta y sus dificultades vitales y otros se interesen por las relaciones con las personas y los objetos, por su habitat, sus costumbres y sus leyes, por sus formas de conocimiento y expectativas, por sus creencias y deseos, por sus intereses y creaciones.

1.2 POLITICAS DE SALUD MENTAL.

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

Se 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 contribuye al desarrollo de los programas.

De lo anterior se puede deducir que los hospitales psiquiátricos son los establecimientos encargados de la atención integral de la salud y

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

Dentro de las políticas de salud mental podemos mencionar entre otras:

- Establecer programas de salud mental comunitarios integrados a las acciones de 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 resocialización.

II. UBICACION HISTORICO-ESTRUCTURAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA EN BARRANQUILLA.

Es de vital importancia para el desarrollo de nuestra investigación, considerar la génesis y desarrollo de la institución psiquiátrica en Colombia, antes de entrar a situarnos en lo que es ésta institución en el Departamento del Atlántico.

Atendiendo a la historia tendríamos que expresar o aducir que las instituciones psiquiátricas en nuestro país son un reflejo de la forma -ción social, por consiguiente en el devenir de nuestro tiempo tendríamos que ubicarnos en la época precolombina y formularnos una pregunta inquietante. En esa época los indígenas padecían de trastornos mentales?

Teniendo en cuenta que en ese período no habían las complicaciones de una vida moderna caracterizada por las tensiones y el stress derivado del crecimiento no controlado ni planificado, además no se contaba con la penetración de culturas extranjeras, si no que existía un pensamiento, una cultura y otras expresiones autóctonas de ese grupo social que disuadían el aislamiento propio de la vida cotidiana.

No obstante lo señalado algunos autores como Kurt Seyerin afirma que desde épocas remotas en las distintas tribus se encontraban brujos y hechiceros, quienes tuvieron por oficio practicar ritos mágicos, religiosos con el fin de curar a sus demás congéneres de ciertos espíritus que se apoderaban de sus mentes y cuerpos y que ha sido denominado por éste y otros autores como el espíritu de la locura.

Situándonos ahora específicamente en nuestro país en la época de la colonia, lo que conformaba el territorio de la Nueva Granada tenemos que allí coexistieron o se desarrollaron separadamente dos tendencias respecto al enfermo mental; una a destruirlo, la cual fue implantada por el Tribunal de la Inquisición, y otra a asilarlo, esta tendencia estuvo representada por la enfermería del Hospital San Judas de Dios en Santa Fé. Fue en 1596 con la llegada de los hermanos de San Juan de Dios que los hospitales generales se interesaron en admitir personas con éste tipo de enfermedades ya que éstos religiosos se dedicaban con especial esmero a cuidar de los enfermos mentales.

En el año de 1759 el Virrey José Solís Folchs de Cardona hizo una donación de 30 mil pesos fuertes para crear la primera Sala de Enajenados Mentales en el Hospital General de San Juan de Dios de Santa Fé, institucionalizándose por primera vez la prestación de éstos servicios a la comunidad,

Unos años más tarde la enfermería psiquiátrica fue oficializada en los hospitales generales de Cundinamarca por decreto del 31 de enero

de 1.836 en el que se disponía que en los hospitales se asilaran los locos y los enfermos contagiosos, pero es en los años 70 del siglo XIX donde hace su aparición la institución psiquiátrica llamada Asilo para Dementes; el primero de éstos asilos fue: el Asilo para Varones en Bogotá, creado en el año de 1.870, le siguieron en su orden la Casa de las Locas en la misma ciudad, en el año de 1.874, ésta institución que desde un principio fue asilo se transformó poco a poco en Hospital; la primera que se usó este término para recluir enfermos de éste tipo en Colombia se dió en Medellín por acuerdo del 13 de abril de 1.878, la corporación municipal decidió establecer el Hospital para Locos.

La diferencia entre asilo y hospital es, que el asilo se supone que se dá para cuidados cuotodiales de albergue y manuntención, el hospital se entiende que es un centro activo de tratamiento.

Después de hacer una breve explicación retrospectiva del origen y desarrollo de la institución psiquiátrica en los siglos pasados, nos adentraremos a describir y analizar el avance contemporáneo de la misma.

El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud incentivó la creación de hospitales especiales para éste tipo de enfermedades en ciudades tales como: Cúcuta en 1.930, Barranquilla en 1.933, Cali en 1.944, Bucaramanga en 1.953, Tunja en 1.965, Pereira en 1.968, Armenia e Ibagué en 1.969, éstos fueron llamados también manicomios o fre

nocomios. Esto se debió en gran parte a los impulsos que les dieron las fundaciones privadas a la asistencia psiquiátrica nacional en los campos de atención al enfermo mental y en algunos casos a la docencia y a la investigación. Efectivamente en las dos décadas comprendidas de 1.950 a 1.969 los progresos de la asistencia médica permitieron la incorporación al servicio de psiquiatría en los hospitales generales, como sucedió con éxito en los hospitales de Medellín, Bogotá, Manizales y otras ciudades. Este servicio fue reglamentado por resolución N°679 del Ministerio de Salud Pública que adoptó como política oficial la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales con suficiente capacidad para suplir en buena parte la necesidad de la asistencia en salud mental.

En el Departamento del Atlántico la primera institución psiquiátrica fue el frenocomio San Rafael fundado en el año 1.933 el cual con el tiempo recibió el nombre de Hospital Psiquiátrico. En sus inicios ésta institución fue subsidiada solamente por la Beneficencia del Atlántico y en la actualidad es una de las dependencias de los Servicios de Salud del Atlántico y recibe aportes de entidades oficiales y privadas. El único servicio que la institución presta a la comunidad es el de hospitalización que se restringe a los usuarios masculinos.

La institución psiquiátrica a nivel oficial fuera de las beneficencias solo tuvo lugar el año de 1.960, cuando se creó la Sección de Salud Mental del Ministerio de Salud reglamentada en 1.963, fue después de

La reglamentación de éste decreto (1499) cuando se fundó en el año de 1,966 en el Departamento del Atlántico un Hospital Mental Departamental, el cual comenzó a prestar sus servicios a la comunidad el 27 de noviembre de 1.967 y mediante la ley de funcionamiento 1439 del mismo año. Este hospital por pertenecer al sector oficial pasa a jurisdicción departamental por los Servicios Integrados de Salud, por consiguiente le corresponde efectuar el nombramiento de un Director para dicha institución.

El Hospital Mental Departamental cuenta con las siguientes áreas de servicio: Medicina general, Psicología, Neurología, Psiquiatría, Odontología, Servicio Social, Terapia Ocupacional y Hospitalización.

Los objetivos actuales de la institución son:

- Identificación precoz y tratamiento oportuno de los problemas de salud mental.
- La admisión del paciente en la institución solo en aquellos casos en que se necesite de la hospitalización, entendiéndose al Hospital como el único recurso para su tratamiento.
- Proporcionar a la población atención médico-psiquiátrica, 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 médi-

cas, paramédicas y sus afines con las instituciones con las cuales haya suscrito el convenio correspondiente.

En cuanto a las políticas actuales de ésta institución tenemos las siguientes :

- Establecer programas de salud comunitaria 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 el 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.

Anualmente el Hospital Mental Departamental, atiende un total de 7.500 pacientes distribuidos en sus distintas áreas de servicios. En lo que se refiere a su cobertura tenemos que ésta institución presta sus servicios al Departamento y áreas circunvecinas y a otros como César, Sucre, Guajira, Magdalena etc.

Es importante anotar además lo concerniente a la estructura orgánica de la institución; existe una Junta de Salud, que es la encargada de nombrar el Jefe para los Servicios Integrados de Salud, ésta a su vez delega funciones en un Director para la mencionada institución. En lo que respecta a la organización interna de la institución y la parte administrativa existen dos secciones con sus respectivos departamentos médicos, la primera denominada paramédica que incluye a su vez:

enfermería, servicio social, terapia ocupacional y recreativa, consulta externa y hospitalización.

En segunda instancia se haya ubicado el Departamento con cinco áreas de servicio de las cuales hicimos mención anteriormente.

En lo que respecta a la sección administrativa encontramos en primer lugar el personal administrativo: contabilidad, caja y almacén, como también economato que es a su vez la parte encargada de las secciones de lavandería, cocina y aseo, por último tenemos los servicios generales, mantenimiento y transporte.

Para mayor claridad de los servicios que presta el Hospital Mental Departamental, hemos incluido una breve explicación del funcionamiento de las diferentes áreas en mención. El área de Medicina General que es uno de los servicios de mayor divulgación en ésta institución, por cuanto la mayoría de pacientes que solicitan éstos servicios requieren inicialmente de él, para luego ser atendidos según el caso. Esta área cuenta con dos médicos generales, y están al servicio diariamente.

Por ser ésta institución especializada en Salud Mental, es el área de psiquiatría donde a diario encontramos el mayor porcentaje de pacientes, para los cuales existe un total de 6 médicos psiquiatras, ubicados en las siguientes secciones dentro de la institución: Psiquiatría adulta mujeres, la sección de hombres y el nuevo programa de psiquia-

tría infantil que ya está considerado como un área de servicio dentro de la institución.

En el área psiquiatría encontramos atención en hospitalización y consulta externa.

El servicio de Neurología ha existido siempre e incluso cuenta con su respectivo Neurólogo, pero en ésta área es nula la atención al paciente porque no se cuenta con los equipos e implementos necesarios para tal fin.

El servicio de psicología en su dos especialidades: infantil y adulta, son fundamentales en la institución para los cuales se cuenta con dos profesionales asignados respectivamente a cada especialidad. El área de Odontología a más de prestar atención a los pacientes hospitalizados también presta sus servicios al público en general.

Existe en ésta institución un proceso que debe seguir el usuario que solicite sus servicios: En primer lugar el paciente debe dirigirse a la oficina de Trabajo Social en donde recibirá toda la orientación correspondiente a más de la realización de una entrevista llevada a cabo por la Trabajadora Social para efectos de la asignación del valor correspondiente a la consulta solicitada, que debe el usuario cancelar inmediatamente en la Sección de Caja de donde pasará seguidamente a Medicina General y de aquí al servicio que se le haya asignado según el caso.

Haciendo un cuestionamiento sobre la intervención del Estado a través del Ministerio de Salud en lo referente a la problemática de la salud mental en la comunidad tenemos que éste no le presta importancia al problema en sí, puesto que es nula la preocupación en lo que respecta a la promulgación, promoción y difusión con amplitud de programas tendientes a prevenir éste tipo de enfermedades.

Por consiguiente, las regionales de salud, en particular la del Departamento del Atlántico, no tiene ni ha establecido un plan actualizado para proyectarlo a los diferentes municipios, como tampoco dispone de los recursos humanos y materiales para tal fin. Es por ello que la cobertura del Hospital Mental Departamental es deficiente para aquellos usuarios que requieren de éste tipo de servicios. Consideramos que es un grave error del gobierno no darle prioridad a esta problemática, ya que esta enfermedad se manifiesta en menores y adultos en igual proporción, y actualmente el índice de las personas que padecen este mal está aumentando en gran escala, debido a la forma desigual como se han venido desarrollando las relaciones sociales de producción en nuestro medio, lo cual trae como consecuencia conflictos, desajustes en las relaciones interpersonales.

Uno de los aspectos que conviene consiste en asumir que la atención psiquiátrica en la mujer en la cual se centra nuestra atención, no se ha prodigado con la necesidad que requieren las actuales circunstancias sociales, económicas y familiares. La mujer tradicionalmente marginada de la atención en distintas esferas de su actividad vital, se

encuentra igualmente desprotegida en lo que respecta a la salud mental entre otras cosas por la actitud que se asume frente a éstos trastornos en nuestra sociedad.

Se puede decir que salvo en algunos sectores de las clases altas en donde la consulta psiquiátrica de índole privada puede desempeñar un papel preventivo, en los sectores populares, especialmente en los de menos ingresos, fases previas de prevención y se destacan las patologías cuando están avanzadas con gran riesgo de sedimentación de las afecciones mentales. Nuestras instituciones de Salud Mental, entre ellos el Hospital Mental Departamental del Atlántico deben hacer urgentes esfuerzos para ampliar la cobertura, detectar y prevenir los trastornos en el ámbito familiar para lo que se requiere la participación de equipos de investigación interdisciplinarios de los cuales se carece en la actualidad.

III. SITUACION SOCIAL DE LA MUJER EN EL CONTEXTO FAMILIAR.

Consideramos que es importante tener en cuenta que en nuestro país la condición social de la mujer está regida por una serie de normas y reglas estatuidas por nuestra sociedad las cuales van en concordancia con el sistema económico imperante; por consiguiente se sitúa a la mujer en un segundo plano en todos los aspectos (político, económico e ideológico etc.) debido a que nuestra forma de estado cataloga y dispone al hombre como aquel que puede desarrollar todas sus potencialidades en forma óptima y eficaz, además debemos tener en cuenta el factor cultural en el cual se encuentran insertados nuestros congéneres, ya que de ello se deriva una serie de conductas y comportamientos propios y específicos de un determinado grupo social. Por ende los países Latino Americanos se han caracterizados por optar una posición machista y Colombia no es precisamente la excepción, en lo que respecta a ésta idiosincracia, la mujer era considerada y educada dentro del contexto familiar para cumplir funciones hogareñas; pero cuando esta decide incorporarse en forma activa en el proceso de producción tiene que asumir un doble rol y lógicamente la responsabilidad es mayor, puesto que no solo debe ayudar a solventar las necesidades de tipo económico, sino que también debe velar por la crianza de los

hijos.

En los actuales momentos la sociedad está pasando por una crisis destructora, la cual se refleja con mayor intensidad en la familia, por ser ésta el pilar de ella, y nos encontramos que es la mujer quien tiene la mayor responsabilidad hogareña, y en muchos casos sufre el abandono parcial o total del compañero, viéndose abocada a asumir el papel de padre y madre a la vez, trayendo como consecuencia situaciones conflictivas que en algunos casos termina en personas con trastornos mentales.

3.1. CARACTERISTICAS SOCIALES DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA.

Todo sistema, y por tanto toda familia, tiene una estructura es decir una organización y un conjunto de reglas o leyes implícitas que rigen su funcionamiento. Para saber como se desarrolla una familia es indispensable conocer su estructura.

La regla existente dentro de un grupo familiar están dadas por las costumbres y normas impuestas por un medio económico-social y por el establecimiento de una moral rectora del mismo.

Siendo que la familia es sin lugar a duda, el sistema más influyente y perdurable durante la existencia del individuo, es útil dedicar unos minutos a examinar algunos conceptos relacionados con su estructura y

organización dentro de la sociedad.

SISTEMA FAMILIAR : En cada familia como en cualquier sistema cada uno de los miembros tiene asignado un rol específicos y termina ejecutando un papel característico, es así como el padre por ejemplo adopta un papel de tirano, la madre el papel de mártir, un hijo el papel de oveja negra, otro el de arbitro de los problemas y otro el papel de paciente, etc. El mantenimiento del sistema así sea un sistema de homeostasis patológica requiere que los distintos miembros se mueve en la órbita fijada, acepten la jerarquía y la estructura establecida y cumplan con el papel que tengan asignado.

Quién asigna esos papeles y por medio de qué mecanismos o procesos se efectúan dicha asignación ?

La explicación más atrayente es la proporcionada por la teoría de relaciones con el objeto, en una forma muy simplificada puede decirse que, en contraste con la formulación Freudiana de que el principal impulso vital es la obtención de satisfacción instintiva, Fairbair ha postulado que la fuerza más poderosa es la búsqueda de una relación satisfactoria con el objeto, es decir, con otra persona y que, por ende, las relaciones satisfactorias, constituyen la base de las actividades intrapsíquicas e interpersonales.

Melaine Klein (1), por su parte, describió, cómo el niño no proyecta el seno o figura materna en una forma integrada es decir con

sus buenos y malos aspectos sino que al introducirlos hace una fragmentación de tal manera que resulta introyectado un objeto bueno y uno malo, o distintas partes con diferentes cualidades. Posteriormente eso dá lugar a que una de esas partes o fragmentos pueda ser desplazado hacia otra persona, pero con una característica especial, el sujeto que proyecta no quiere deshacerse completamente del material proyectado no quiere expulsarlo para que no se pierda en el espacio sino que quiere retener contacto con él y lo hace por medio de una cierta identificación con la persona que recibe la proyección. Ese que pudieramos llamar doble mecanismo de identificación con la persona que la recibe y se conoce con el nombre de identificación proyectiva.

En las familias encontramos diversos estilos que en su manera de conducir transacciones entre sus miembros y en la forma de relacionarse unos con otros. Esto ha resuelto en la descripción de dos tipos muy diferentes de familias: La familia entrelazada y la familia desconectada.

La primera se caracteriza por el estrecho contacto entre sus miembros y por el hecho de que sus vidas y acciones están de tal manera entrelazadas que para los integrantes es difícil encontrar para sí mismo y otorgar a los demás un sentido de diferenciación. En las comunicaciones es muy frecuente que unos respondan por otros o que uno de ellos termine la frase que otros ha comenzado. Encontramos además marcada aglutinación emocional y las relaciones existentes son propiedad común, y por consiguiente lo que acontece a una de las personas que conforma el grupo familiar revelará enseguida a través del sistema, el

lema de ésta familia podría ser que lo que es con uno es con todos. No hay situaciones, ni sentimientos, ni problemas privados. La situación de cada uno invita enseguida a la intervención de todos y termina siendo una situación familiar.

En la familia entrelazada se puede detectar un alto sentido de fusión y pertenencia, con cierta seguridad y protección ya que éste sistema nota rápidamente la necesidad de sus conformantes y se movilizan con prontitud a solucionarla. Ser entrelazada es una de las cuatro características de la familia que el autor Minuchin considera la familia psicósomática, las otras son : Ser sobreprotectora, evitadora de conflictos y ser rígida.

La segunda se constituye como el polo opuesto y es la familia desconectada. En ésta los miembros están distanciados unos de otros, la interacción está disminuída, la totalidad emocional es baja. El lema podría ser que cada uno hecho por su lado. Aquí el proceso de individualización y de autonomía son fáciles ya que éste sistema tolera bien las diferencias e idiosincracia y no siente el soporte de apoyo que normalmente la familia debe proporcionar. Es lenta en reconocer las dificultades de sus miembros y en movilizar sus recursos.

Desde el punto de vista estructural éstos dos tipos de familias, indican problemas a nivel de los bordes de los subsistemas; representan estilos polarizados que bien sirven de metáforas de básico zigzag humano entre la fusión y la individualización.

Cada sistema familiar adquiere su propia personalidad como unidad estructural y ésta se desarrolla a través de su ciclo vital o sea de todos los eventos que van sucediendo, y de cómo cada uno de sus integrantes se van adaptando a esos eventos.

Entonces aparece el concepto de homeóstasis, éste es un concepto tomado en la filosofía que habla del equilibrio de un organismo.

En la familia el equilibrio consiste en que se mantenga cohesionada con un bajo nivel de ansiedad, y con un bajo nivel de angustia.

En el contexto familiar se desencadena una serie de procesos homeostáticos permanentes para no desintegrarse y mantener su cohesión grupal.

Algunos de éstos procesos homeostáticos son culturales y otros son originales de cada grupo de familia.

Las características de cada organización familiar tiene su tinte individual, como grupo va a haber variaciones dependiendo de los complejos culturales, en una división un poco reduccionista y hay que buscar unos complejos culturales un poco más específicos.

La Psicología también va a depender del complejo cultural en que esté esa familia y de las variaciones socio-económicas especiales o sea una familia de Barranquilla de clase alta se comporta distinto de una de

clase media o una de clase baja.

Es necesario aclarar el concepto de organización familiar porque se habla de familia organizada: tenemos que distinguir dos tipos de organizaciones, una organización formal que es la suma matemática de los miembros y otra organización que es emocional. Aquí pudiera haber cierta dificultad porque en ocasiones desde el punto de vista formal, una familia de clase alta o de clase media con mejores recursos puede aparecer que por tener mejores recursos económicos tiene para comer tres veces al día y la mesa de comedor alcanza para que se sienten todos los miembros. Apareciendo formalmente como más estructurada, pero desde el punto de vista emocional en ocasiones no es así. Desde el punto de vista de complejo cultural tendremos en cuenta acerca de algunas definiciones sobre características socioculturales de la costa y características culturales de la sociedad del interior.

En cuanto a las influencias ancestrales culturales, nuestra cultura costeña apunta más hacia la áreas del caribe y la cultura del interior tiene muchas influencias Andinas. La sociedad costeña está caracterizada por un alto nivel de extroversión, de creatividad, un bajo nivel de ansiedad, una alta tolerancia social, (que es muy bien aprovechada por otros en ocasiones), y un alto nivel de eroticismo.

En contraste con la cultura del interior, está caracterizada por: un alto nivel de suspicacia de respeto por las normas previamente establecidas, un alto interés en el trabajo, una alta tasa de ansiedad,

muchas tendencias a la aventura y otras más.

Es importante tipificar un poco las diferencias de complejo culturales para que veamos que se puede variar en este sentido.

Cualquiera de las ideas que estamos desarrollando pueden variar de acuerdo con los distintos complejos culturales en que se dan. Es decir, la familia está recibiendo constantemente nutrientes de la sociedad que la condiciona a comportarse de una manera especial.

Hay algunos conceptos que sí pueden ser globales en Colombia, teniendo en cuenta que éste es un país subdesarrollado y que quizás responde a familias de otros países latinoamericanos.

Tenemos que en el pasado la actitud, de todos apuntaba a la cohesión familiar. La creencia religiosa más acentuada ejercía influencia centrípeta. La frase "familia que reza unida permanece unida", quizá resume el concepto. Mantener una unión de éste tipo era una obligación moral y en esa época tenía tiempo para pensar en la moral. El sentimiento prevalente era la esperanza en un futuro mejor en ésta vida o en la otra. La tendencia actuar se canalizaba a buscar actividades grupales cohesionadora. Las comidas, diversión, prácticas religiosas y otras actividades grupales eran realizadas por todo el grupo familiar, aunque ha existido la división de la sociedad en clase, anteriormente el alimento y la vivienda era más fácilmente accesibles a todos los estratos. Entonces la vivencia grupal era más

sólida y permitía a través de la comunicación el intercambio directo de experiencias y la búsqueda conjunta de soluciones. Se tenía la sensación de pertenecer y ser aceptado por un grupo. Este tipo de cohesión hacía que la familia fuese permanentemente algo así como un grupo terapéutico, donde los miembros recibían un "tratamiento natural" a sus angustias y sus tristezas.

La sociedad moderna, dentro de su desarrollo tecnológico trajo consigo múltiples bombas detonadoras de la unidad familiar a corto, mediano y largo plazo. Lo primero que empezó a producirse fue la desintegración formal de la familia. El padre o los hijos emigraron del campo a la ciudad a buscar fortuna. La madre quedó en casa como guardiana de la estructura familiar, misión que era generalmente cumplida. Que mantenía la cohesión emocional a distancia. Más tarde con la pérdida de la creencia en los valores de nuestra sociedad, empezó a diluirse el concepto de autoridad y entonces la identificación de los hijos con los padres empezó a tornarse más difícil. Los adolescentes empezaron modelos foráneos de identificación los cuales no siempre son del todo saludable. La prevención o la sensación de amenaza empezó a ser el principal sentimiento de la gente. Con la pérdida de la esperanza de otra vida mejor se perdió también la tolerancia a la frustración. En el orden del día de la vivencia familiar aparece una agenda siempre llena de problemas por resolver. No hay tiempo para escuchar las leyendas del abuelo, las fábulas de la madre o los chistes de los hermanos. Entonces se volvió rutina encontrar siempre tensión en el núcleo familiar. Todos éstos eventos sociales reper-

cutieron y repercuten intensamente en la dinámica familiar. Estas luchas siempre por su supervivencia como grupo, comenzaron a desarrollar algunos mecanismos homeotácticos que le permitieron seguir cohesionadas.

Un gran movimiento social en busca de mantener la estabilidad emocional dentro de los miembros puede observarse con la modificación de las variables demográficas de la población. Traducida en la reducción de las tasas de natalidad.

La familia en Colombia tienen en los actuales momentos más tendencias centrífugas que centrípetas. Haciendo un recuento de lo que pudiera ser actualmente en Colombia, cabe anotar un cambio importante en las variables demográficas, ya había mencionado los cambios en las tasas de natalidad, ha habido elevación en las tasas de matrimonios civiles y descenso porcentual de las tasas de matrimonios religiosos, aumento de madrosterismo y aumento de las separaciones. Todo éstos son eventos que en el país indirectamente inciden sobre la organización familiar. Además hay problemas actuales en el cumplimiento de sus funciones, la primera dar protección física a sus miembros, no se cumple bien, y nuestras familias en éstos momentos están confundidas, tratando de solucionar el problema de dar protección física, es decir de darles el techo y el alimento, que no les queda tiempo para darles apoyo emocional, ni para permitir el proceso de identificación sexual o adquirir autonomía. Todo esto que antes se daba en una forma natural ahora los sociólogos y psiquiatras han tenido que trabajar para repa-

rar los problemas que haya traído el desarrollo de la sociedad moderna sin sus adecuados correctivos,

Además la familia nuestra está viviendo una serie de problemas específicos en su ciclo vital que genera una especie de factores traumáticos permanentemente. Las etapas que hemos encontrado más cruciales en la familia colombiana en éstos momentos son: El inicio de vida independiente por parte de una pareja que inicia relaciones conyugales porque no tienen generalmente un sitio para irse a vivir y se tienen que quedar con la familia de uno de los dos. Además otro punto del ciclo vital que en éstos momentos es bastante crítico es la adolescencia de los hijos, por carecer de un modelo adecuado de identificación para éstos adolescentes, generalmente cuando la familia viene a despertar al problema se encuentra con que no le han impartido el adecuado patrón emocional que no están cohesionados, andan desesperados en medio de una tensión que hay en la casa buscando patrón de identificación por fuera del núcleo familiar para poder vivir más tranquilo.

Ha habido también un fenómeno que no ha sido colombiano sino mundial, que es la tendencia a lo que se le llama familia simétrica, puesto que anteriormente la organización de cada familia se daba de manera que el padre era el líder instrumental que se encargaba de ser el sostenedor (o papá chequera) y que la madre era el líder afectivo y se encargaba de dar afecto y de mantener la cohesión en el grupo familiar. Con el desarrollo de todas las ideas de la liberación femenina y con los

tremendos problemas económicos que hay, la madre tuvo que salir también a cumplir un papel instrumental en la casa estableciéndose lo que los ingleses llaman la familia cimétrica. Es decir, en donde los roles tienen que empezar a compartirse y desde el punto de vista del liderazgo afectivo el padre ha tenido que regresar de su autonomía instrumental a tomar alguna función directamente en el hogar que anteriormente eran exclusivas de la mujer.

El fenómeno que completamente observamos en la costa Atlántica, la migración de muchas madres del hogar a trabajar a otros sitios, sobre todo de madres solteras, es también un fenómeno desintegrador de la familia. Entonces ha habido un cambio sustancial en el rol de madre y rol de esposa, es decir si los hijos anteriormente tenían una madre, en éste momento esa madre ya no puede ser para ellos porque tiene que salir a trabajar, a buscar dinero. Y desde el punto de vista de la sociedad se inventan alternativas y aparecen por allí los jardines infantiles y las guarderías y también diágramos que se agigantan las abuelas y las tías desplazando el rol de madre. Igualmente ha habido algún tipo de cambio en los problemas de organización. Podríamos decir que hay cuatro grupos de familias: Unas organizadas formalmente o sea que todos juntos y organizados emocionalmente y otras organizadas tanto formal como emocionalmente; en nuestro país va, como fenómeno global quedando éstas cuatro etapas pasando de ser organizadas formal y emocionalmente hacia el futuro, que realmente luce un poco desgarrador, de ser desorganizadas formal y emocionalmente. Este es el diagnóstico de un problema real y sabiendo que ésta es la

visión del modelo actual de familia, no nos podemos quedar en ésta fase sino que tenemos que aplicar algunos correctivos. Sabemos realmente que lo ideal estaría en una modificación de éstas variables sociales que están incidiendo, pero que lógicamente con todas éstas situaciones problemáticas de hoy, luce más utópicos.

Por otro lado encontramos algunos estudios realizados por los distintos investigadores sociales; tenemos que en la población de Barranquilla el tipo de unión predominante en el sector de bajos recursos económicos es la unión libre, en personas jóvenes. Esto es causado por la pérdidas de valores morales y éticos y por qué no también religiosos que de una u otra forma se han dejado atrás por no estar en concordancia, con el mundo moderno. Otra causa es la de imitar el comportamiento estereotipado de culturas extranjeras, en un medio no apropiado en el cual la educación es deficiente desde todo punto de vista.

Más aún si se contempla aspectos de la educación sexual la cual no es canalizada con suficiente objetividad y amplitud, un ejemplo de ello lo tenemos que de un 100%, el 70% del sexo masculino, no recibe instrucción de éste tipo, en iguales condiciones se encuentra el 60% del sector femenino. Todas éstas series de factores forman un compendio de vital importancia, ya que si se difunde con un verdadero carácter valorativo la educación sexual crearía en toda ésta población una noción clara y concisa en lo que respecta a la relación íntima de parejas. De ahí la urgencia de buscar las distintas formas de canalización para obtener o lograr tal fin, lo que en la actualidad se ha constituido

do un problema social, que es otro de los aspectos que merecen tenerse en cuenta y que lógicamente forman parte del funcionamiento de la familia es el que hace relación con la sexualidad y no solamente a nivel de los conyugues sino también de los hijos de éstos.

Las relaciones sexuales insatisfactorias que se pueden originar de la misma represión sexual existente y que se agudiza con mayores pronunciamientos en las parejas de bajo nivel cultural; ésta misma represión o inhibición sexual originan conflictos conyugales que empiezan por el maltrato entre los conyugues, actitudes que conlleva el rechazo entre ellos, para más adelante llegar a algo de mayor magnitud como es la infidelidad que puede darse por cualquiera de los conyugues.

Teniendo en cuenta todos éstos aspectos y entrándonos a algo más concreto como son las relaciones conyugales, la desintegración familiar que puede producirse a raíz de situaciones conflictivas, que en una u otra forma van a repercutir en el estado emocional en la mujer para ser más exactos. En nuestro medio es más usual que la desintegración familiar sea iniciada por el conyugue quedando la mujer en un completo abandono tanto económico como moral al igual que los hijos, logrados en ésta unión. Lo que queremos resaltar es como ésta puede estar propensa a la adquisición de un trastorno mental.

La historia de la sexualidad ha discurrido muy ligada a factores externos, de carácter social y cultural y sometido a las grandes conmociones filosóficas y científicas.

Una de las condiciones que influyen en una relación sexual duradera es la independencia económica de la mujer ya que ésta puede y tiene todo el derecho de exteriorizar la insuficiencia que se den en las relaciones sexuales y no solamente ser el objeto sexual del marido sin tener derecho a entrar establecer el grado de satisfacción o insatisfacción.

Otra característica social del funcionamiento familiar es la "prevalencia" del madre solterismo que en nuestro medio (Barranquilla), es considerada madre soltera, aquella mujer que concibe un hijo fuera de un vínculo matrimonial sea católico o civil.

En nuestra cultura en donde la madre soltera es rechazada por su familia y la sociedad se convierte en un problema social que tiene sus principales causas: la influencia de la liberación femenina la cual impulsa a la mujer hacia una libertad sexual que sin la consabida educación se originan embarazos que aunque no deseados sirven para demostrar la emancipación sexual alcanzada.

En éste sentido la desintegración puede ser originada por otras causas: la hija al verse desprotegida del núcleo familiar y ante una actitud de desamor trata de buscar algo que le pertenezca, un hijo que sería para ella la tabla de salvación de su vida emotiva rechazando el matrimonio por temor de vivir la experiencia de sus padres.

El éxodo de mujeres del campo a la ciudad donde se vive un ambiente desconocido para ellas, que a través de cine, revista, televisión y demás medios de comunicación, así como la perspectiva de una vida mejor, son seducidas. Al quedar embarazadas son abandonadas siendo esto producto del machismo donde el hombre tiene la creencia de que la mujer es la única responsable del embarazo.

La distorsión que en éstos tiempos se tiene del sentimiento de amor, induce a la mujer a convertirse en madre soltera porque quieren asegurar al compañero, utilizando como mecanismo un hijo, olvidando que vivimos en una cultura en donde predomina los prejuicios sociales, pero al mismo tiempo oculta ésta realidad y solo desea buscar una estabilidad que cree se la daría el matrimonio.

La prevalencia de madres solteras en Barranquilla es alta, si tomamos los casos que en el quehacer profesional del trabajador social son atendidos, así como los que se atienden en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y en los juzgados de menores. Predominando el problema de mujeres procedentes de un estrato social bajo, y cuyas edades oscilan entre 16 y 30 años" (2).

Otra cualidad de éste tipo de funcionamiento es el estatus femenino en la familia.

La familia como la primera forma de organización social atravieza por numerosos cambios según han ido avanzando los métodos económicos

de producción, de hecho el estatus de la mujer era la procreación y crianza de los hijos y a su vez dedicarse a los quehaceres del hogar, éstas funciones han ido variando ya que la mujer se ha vinculado en forma activa al proceso de producción, por consiguiente se ha hecho complicado un poco más en razón a que tiene que asumir un doble trabajo, puesto que sus obligaciones de ama de casa y madre no han sido aliviadas, por lo tanto nos encontramos con que la mujer se agota a consecuencia de ésta infatigable carga, situación que se refleja en la familia. Es allí en donde aparece la problemática actual la cual es originada por el obstáculo que le impone las viejas formas tradicionales impidiendo de ésta manera el paso a las nuevas.

Por otra parte, la ola de liberación sexual conduce a una mayor libertad general en la actualidad, la sociedad puede darse el lujo de permitir que se practique una sexualidad premarital sin procreación.

Todos éstos factores, la industrialización, el ingreso de la mujer al trabajo, la liberación de la sexualidad, ejercen una influencia decisiva en la estructura familiar resultando obsoleto los patrones bajo los cuales ésta ha estado constituida.

La problemática más frecuente que se presenta en las características sociales del funcionamiento familiar es la prostitución, ya que es el único medio económico con que cuenta la mujer de baja educación y cultura para subsistir con rapidez. En ésta problemática hay factores sociales y psicosociales inherentes a ella, entre los facto -

res sociales tenemos: abandono de las mujeres por parte del padre, esposo o marido, expulsión de la casa paterna abandono de los hijos por su padre carencia de subsistencia para la familia etc., lo cual trae consigo la anulación de hábitos familiares, propensión al oficio tales como juego, toxicomanías, embriaguez y otros. Entre los factores psicosociales que inciden en el desarrollo de éste fenómeno en nuestro medio están : ambiente familiar sin los debidos principios morales, inestabilidad entre los miembros ya sean en uniones légitimas o vínculos pasajeros, maltratos de los padres, falta de instrucción, etc.

Se afirma lo anterior porque en nuestro medio no es aceptado totalmente éstos tipos de uniones (pasajeras, unión libre, etc.); por consiguiente la mujer se ve enfrentada en forma continua a situaciones anómalas tales como falta de comprensión y estimación por parte de sus familiares y amigos, (caída de su estatus) y en sus relaciones interpersonales son más tensas, lo cual conlleva a que ella como persona se sienta aislada y rechazada de su grupo social, desencadenándose de esa manera una serie de conflictos en su fuero interno llegando de ésta forma a la propensión o a la descompensación de estado psíquicos y mentales perjudiciales para ella, obteniéndose proporcionalmente una patología de acuerdo a la situación vivenciada en cada caso; ésto ha sido corroborado y aceverado en un estudio aplicado a cincuenta pacientes del Hospital Mental Departamental, elaborado en el segundo semestre de 1.983, en donde el 46% de las usuarias presentó éste tipo de unión y es así precisamente donde se concentra el ma-

por índice de trastornos o síndromes mentales .

3.2 PROBLEMATICA FAMILIAR.

La familia es la más antigua de todas las instituciones humanas, que continúa de una u otra forma, mientras exista nuestra especie. La familia es un producto social cambiante a la vez que posee costumbres estables, unidad político-económica y solidez de lazos múltiples y variados.

La misión principal de la familia es la de formar individuos completos con capacidad de dar y recibir afecto, con sentimientos de responsabilidad social, conciencia moral y capaces de convertirse a su vez en padres o madres de familias.

La familia cumple dos funciones principales: Asegurar la supervivencia física de sus miembros. Construir lo esencialmente humano del hombre. Sin embargo, en la mayoría de los grupos familiares en nuestro medio, especialmente en áreas urbanas como Barranquilla se dedican en gran parte a mantener una supervivencia a nivel de las satisfacciones de orden físico, dejando relegado a un segundo plano lo que respecta a la orientación en el desarrollo intelectual, emocional y social de los hijos o miembros de la misma, lo cual es de vital importancia para el desarrollo de sus potencialidades.

La incapacidad de los padres para satisfacer las necesidades de los hijos depende de una gran variedad de factores tales como: su personalidad y grado de madurez, su habilidad para dar y recibir amor, la eficacia de sus relaciones maritales, la responsabilidad y grado de preparación para ser padre o madre, así como las condiciones económico-sociales que afecta su vida familiar.

ELEMENTOS ECONOMICO-SOCIALES QUE AFECTA EL DESEMPEÑO ADECUADO DE LA FAMILIA :

a.) Las migraciones: muchas familias migran del campo a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida y con la esperanza de lograrlo deciden partir. Los que más sienten este proceso de transición son los niños, ya que al desaparecer las relaciones de éste núcleo con sus profundas interacciones va conformándose por las mismas condiciones de vida urbana una familia dispersa. De hecho los hábitos de crianza sufren múltiples variaciones, disminuye la práctica de la lactancia materna sustituyéndose por patrones alimenticios bajos en proteínas y las oportunidades de interacción entre padres e hijos disminuyen también en forma notable.

Por otra parte, la falta de planificación en el cambio sumado a las condiciones económicas hace que muchos de éstos grupos vivan en los conocidos cinturones de pobreza que se caracteriza por la mala calidad de la vivienda, carencia de agua, luz eléctrica, alcantarillado y pésimas condiciones de salubridad, que colocan a

todos los miembros de éste grupo en una condición permanente de alto riesgo. Además éstos grupos migratorios no tienen en cuenta la contraposición con la familia urbana en lo que respecta a costumbres, hábitos, normas, reglas, etc., por lo tanto al encontrarse inmerso dentro de él ocasiona graves desajustes a la familia migratoria, porque en primera instancia este grupo se encuentra deorientado en lo referente a su forma de actuar ante los demás grupos, en segundo lugar, éste grupo comienza a perder sus valores, y una tercera consecuencia de ello es que la familia migratoria pierde por completo su forma de identificación, entre sus propios miembros.

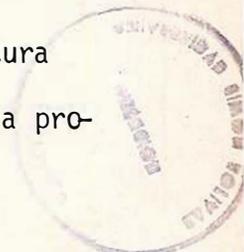
- b.) El ingreso de la mujer al área laboral: Las costumbres y la moral de cada una de ellas se forman como consecuencia de las condiciones generales de la vida que rodea a éste sistema familiar, uno de los factores que más ha contribuido a que se modifique éstas costumbres ha sido indiscutiblemente el trabajo asalariado de la mujer, ya que anteriormente era el hombre su único sosten posible.

Actualmente la mujer y en especial las madres de familias se han visto en la imperiosa necesidad de ingresar en forma activa al proceso de la producción, esto se debe en gran medida a que las condiciones de vida cada día se agudizan más y por lo tanto lo que el hombre o jefe del hogar devenga como ingreso no alcanza a suplir en su totalidad las necesidades básicas; ésto en cierta

medida es beneficioso y positivo, ya que el ingreso familiar aumenta y las cargas económicas son menos graves, pero por otro lado es negativo en el sentido en que la mujer tiene que verse enfrentada a una doble tarea la cual es la crianza de los hijos que implica obligaciones y deberes para con ellos, además la de trabajar fuera de su hogar. Es así como se plantea un problema para la mujer ya que el hombre descarga sobre ella todo lo que tenga que ver con la educación y crianza de los hijos de la cual forma ella parte activa en este proceso; ello ocasiona que la mujer tenga un desgaste tanto físico como mental que en muchos casos va en detrimento de las relaciones familiares, ya que al verse ella presionada por las circunstancias recurre a formas de comunicación inadecuadas o simplemente deja de hacerlo conllevando ésto a una serie de conflictos tales como: riñas constantes, maltratos físicos, dispersión de los miembros de la familia, en otras palabras, por tantas presiones físicas-sociales-emocionales, la mujer de ésta época vive en un constante atres que se traduce en crisis neuróticas, esquizófrénicas y/o paranoicas.

El desempleo y/o inestabilidad económica incide en un alto grado para que se de ésta problemática, ya que un fenómeno de este tipo afecta emocionalmente a la familia y a la conduce a la toma de decisiones poco adecuadas para su unidad, esto es, palpable en grupos de estrato social medio bajo y bajo en donde se produce el desespero por salir de esa situación tan agravante que le impone restricciones de todo tipo e incluso las satisfacciones de las necesidades básicas más elementales como son: la del vestido, calzado, vivienda alimentos y otras.

Todos los factores mencionados anteriormente afectan la estructura familiar en una u otra forma, lo cual es obice para que se de la problemática familiar en nuestro medio.



3.3. ESTUDIO SOCIO-FAMILIAR DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL.

Al referirnos a las repercusiones del estado civil en el desencadenamiento y evolución de los trastornos mentales en la mujer, hemos trabajado sobre una muestra de 50 casos extraídos del Hospital Mental Departamental del Atlántico y en torno a las cuales hemos tratado de determinar algunas variables nominales relacionadas con nuestras hipótesis centrales, que giran en torno a que los traumatismos y crisis conyugales derivados de los tipos de uniones y de las formas de relación de las mujeres que acuden al Hospital Mental Departamental de Barranquilla. Se trata de plantear las repercusiones de las disensiones conyugales, en la propensión de patologías mentales de diversa índole e intensidad.

Estos planteamientos hipotéticos tratan de confrontarse con la realidad fáctica y con algunos criterios de índole estadísticos derivados de los casos que analizamos.

Desde éste punto de vista tratamos de establecer en el cuadro número uno (1), la relación entre la edad y el estado civil de las usuarias

de consulta externa y hospitalización en esta institución del Departamento del Atlántico.

En éste sentido encontramos que de los 50 casos, un 54 % corresponde a usuarias cuyas edades discurren entre 18 y 30 años, un 22 % para quienes están ubicadas entre 31 y 43 años y 16% para las que oscilan entre 44 y 56 años, y finalmente existe un rubro de usuarias que poseen 57 años y más, y sólo alcanzan al 8 %, de éstas últimas no se puede predicar una influencia clara de los conflictos conyugales en la generación de trastornos mentales.

Desde el punto de vista del estado civil, encontramos que priman las uniones libres dentro del cuadro establecido alcanzando la proporción del 46 % seguido de una proporción simétrica del 22 % referida a mujeres casadas y separadas, respectivamente. El aspecto revelador de éstas cifras estriba en el hecho de que se trata generalmente de personas procedente de los estratos socio-económicos bajos donde se presentan con alguna frecuencia las uniones libres, características que no le quita presuntamente el carácter coercitivo y crítico a las mismas.

Por otra parte encontramos una minoría evidente ostensible del 10 % correspondiente a solteras a quienes su estado civil no las inhibe de relaciones intersexuales; algunas inferencias ya algunas conclusiones parciales acerca del cuadro número I, puesto que si bien las uniones libres priman es inocultable la crisis matrimonial, en tanto que si suman la proporción de casadas con las separadas, los lazos conyuga -

CUADRO No.1

EDAD POR ESTADO CIVIL

EDAD. ESTADO CIVIL.	18 a 30		31 a 43		44 a 56		57 o MAS		TOTALES	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
SOLTERA.	05	10							05	10
CASADAS.	05	10	03	06	03	06			11	22
UNION LIBRE.	12	24	06	12	01	02	04	08	23	46
SEPARADAS	05	10	02	04	04	08			11	22
TOTALES	27	54	11	22	08	16	04	08	50	100

les son evidentes y de la misma naturaleza; finalmente las solteras tienen menor propensión a la hospitalización y a la consulta externa, lo que en algún sentido validaría nuestra presunción inicial de carácter hipotético, en términos de que el Estado Civil tiene una influencia muy significativa en la generación de trastornos mentales. Entonces serían las casadas las uniones libres, y las separadas las que en una mayor proporción padecen trastornos mentales producidos quizá por la calidad precaria de sus relaciones con el hombre.

Por otra parte, es significativo el hecho de que sean parejas jóvenes las que en mayor proporción concurren a éste tipo de instituciones; hemos dicho que permanecen las mujeres cuyas edades oscilan entre los 18 y 30 años, lo que nos previene en el sentido de la relativa juventud de las usuarias predominantes y podría llevarnos a concluir parcialmente que las actuales relaciones entre el hombre y su compañera joven asuman otros valores y relativas normas de independencia, ruptura de lazos anteriores de sumisión etc., pueden estar transformando la pretérita resignación femenina frente a sus relaciones con el conyuge. En éste momento la mujer tal vez no soporta la persistencia en las tradiciones anteriores de sumisión y choca con el hombre teniendo conflictos permanentes que llevan a las neurosis, a las histerias, y a una secuencia de desequilibrios propios de la complejidad de la sociedad moderna.

El cuadro N°2, trata de profundizar un tanto en las características nominales de las personas que estamos analizando; encontramos que un

CUADRO No2

ESCOLARIDAD POR OCUPACION

ESCOLARIDAD OCUPACION.	PRIMARIA.		SECUNDARIA		TECNICO VOCACIONAL		UNIVERSTARIA		TOTALES	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
AMA DE CASA.	33	66	03	06	02	04			38	76
ARTESANAS	01	02							01	02
OPERARIAS					01	02			01	02
SECRETARIAS.			02	04						
TRABAJADORA DOMESTICA.	01	02	01	02					02	04
OTROS			04	08					04	08
DESEMPLEADOS			01	02			01	02	02	04
TOTALES	35	70	11	22	03	06	01	02	50	100

76% de las mujeres reportadas son amas de casa de las cuales el 66% solamente ha llegado a estudios primarios, el 6% a la secundaria, el 4% a estudios técnicos vocacionales, y no encontramos reportes de amas de casa que hayan ingresado a la universidad. El aspecto educacional también es relativamente relevante en términos de los recursos instruccionales para afrontar diversas crisis hogareñas e incluso para poner límites e independizarse del cónyuge. En cuanto al desempeño de otras actividades tales como la confección de artesanías encontramos al 2 % de mujeres que a su vez sólo han cursado estudios primarios y se dedican a éstas labores manuales, un 2 % de operarias que han recibido educación técnico vocacional.

Por otra parte se expresa un 4 % de reportes referidos a secretarias que en concordancia han cursado estudios secundarios en la modalidad de educación comercial, se haya así mismo un 2 % de trabajadoras domésticas que han cursado o bien primaria para representar un 2% o secundaria con idéntica cifra. Finalmente encontramos otras labores como dependencias, vendedoras de mostrador y trabajadoras independientes que conforman un 8% referidas a quienes han accedido incluso a estudios secundarios, existe además un 2 % de personas desempleadas que profundizan sus crisis aunque han recibido educación secundaria. Así las cosas, acumulativamente un 76% son amas de casa, el 2 % artesanas, el 2 % operarias, el 4 % secretarias, el 4% trabajadoras domésticas y una cifra global del 8% referidas a otras labores, y el total de desempleadas, está constituido por un 4 %.

Se puede rellevar en éste cuadro la dependencia muy pronunciada de la mujer frente al cónyuge, lo que de una u otra forma implica que pueden entrar en conflicto de competencia con éste en cuanto al poder en el interior del hogar o por otra parte afrontar a los malos tratos físicos o morales por sujeción que se debe a quien aporta los ingresos económicos en la familia.

Esta incapacidad de la mujer para incorporarse a las labores productivas, tal como lo hemos advertido acá, va a conducir a que inevitablemente existan relaciones críticas entre el cónyuge y la mujer por razones económicas y laborales.

La información contenida en el cuadro N°3, se refiere al promedio de hijos en las familias reportadas, no obstante se trate de uniones destruidas como puede observarse por la tasa de separaciones o de uniones libres. Se trata de la existencia de dos hijos en promedio lo que es perfectamente compatible como el carácter inestable de los matrimonios y con la juventud predominante en los matrimonios que estamos analizando dado que un 54% se trata de mujeres cuyas edades oscilan entre 18 y 30 años. Por otra parte el cuadro N°4 complementaría la información extraída en el ítem anterior y es la referida a las edades promedios de los hijos. Se puede advertir que el rubro de edades predominantes es de 10 años, y ésto implica que se trata de niños de edad escolar con una fácil aprehensión o percepción de desequilibrios mentales o psicológicos que puedan exhibir las madres. Esto es preocupante dado los impactos que puedan ejer-

CUADRO No.3

PROMEDIO NUMERO DE HIJOS
02

CUADRO No. 4

PROMEDIO EDADES DE LOS HIJOS.
10

cer en el ámbito efectivo y emocional las desviaciones psicopatológicas de la mujer frente a sus hijos que son bastantes receptivos en éste grupo de edades. Es pues, decisiva la participación del Trabajador Social en la mediación de éstos aspectos respecto a la relación de la madre con los hijos en éste rubro de edades.

En el cuadro No 5, se incursiona un tanto en lo que se refiere a trabajo del cónyuge y los niveles de ingresos. Encontramos que es generalizada la adscripción al nivel de ingresos bajos que se impone con un 64%, así mismo un 32 % referidos al grupo de ingresos medios, y finalmente solo un 4 % que circula en torno a niveles altos de ingresos.

En lo que se refiere a las ocupaciones que prima el rubro de oficios varios, es decir la inestable inserción en la estructura laboral del cónyuge y por tanto la limitada provisión de ingresos para el desarrollo de la familia. Se manifiesta así mismo la presencia de un 20% de obreros, 10% referido tanto a comerciantes como a empleados públicos y otros oficios referentes al trabajo independiente que como se sabe recubre actividades artesanales o pequeño comercio, así mismo encontramos un 14% de agentes vendedores y un 4% de profesionales. La situación económica vista desde ésta perspectiva de las familias de las mujeres que utilizan los servicios del Hospital Mental Departamental del Atlántico es preocupante y puede constituir uno de los ejes de la problemática de las personas en cuanto a la insatisfacción de las demandas más elementales de las familias inducen a situaciones de inestabilidad económica y emocional.

CUADRO No 5 TRABAJO DEL CONYUGE POR NIVEL DE INGRESO

NIVEL DE INGRESOS. OCUPACION DEL CONYUGE	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	No	%	No.	%	No	%	No.	%
OBREROS	10	20					10	20
COMERCIANTE			05	10			05	10
PROFESIONAL					02	04	02	04
TECNICO.	02	04	02	04			04	08
OFICIOS VARIOS.	12	24					12	24
AGENTE VENDEDOR.	03	06	04	08			07	14
EMPLEADO PUBLICO.			05	10			05	10
OTROS	05	10					05	10
TOTALES	32	64	16	32	02	04	50	100

MEMORIAS V CONGRESOS NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL- CARTAGENA,
REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRIA. Vol. III Nº 4 Bogotá, Dic./1978.
TERAPIA FAMILIAR- Conferencia Tulio Estrada. Congreso de Psiquiatría.
Medellín, 1.976.

MINUCHIN, Salvador. Familias y Terapias de Familias 1,975.

IRVIN & ALGW. GROUP THERAPY. 1.976.

ROJANO DE LA HOZ, Ramón. SEMINARIO: Algunas nociones sobre evaluación
y tratamiento de familias. Barranquilla, noviembre/1.983.

Es esto uno de los aspectos que más podría suscitar la acción de los Trabajadores Sociales en términos de que se pudiese inducir el trabajo femenino que de alguna forma u otra contribuya a la manutención de la familia y a la misma terapia de la mujer afectada.

En el cuadro N°6, se refiere a los sectores de residencia de las usuarias y encontramos en él los siguientes guarismos: El 60 % de las usuarias proceden de los sectores del sur de la ciudad, el 16% del sector norte, lo que implica una adscripción generalizada a los denominados sectores populares, lo que conduce a pensar que si bien existe alguna participación comunitaria de los sectores acomodados puesto que aún bajo ésta denominación caben barrios periféricos tales como La Playa, Siape, San Salvador, etc., que son de estrato socio-económico bajo. Generalizadamente, los que acuden al Hospital Mental Departamental, proceden de un estrato bajo según la preminencias de las cifras encontradas. También hay participación de personas que viven fuera de la ciudad, y es así como un 24% de los reportes se refieren a éste evento. Puede ser relativo a personas que pueden ser transeúntes en la ciudad y acuden a éste centro asistencial procedentes de otros departamentos o que provienen de otros sectores de providencias del Departamento del Atlántico; de todas formas existe una mayoría ostensible de personas que se circunscriben en el perímetro urbano de la ciudad con un 76% contra un 24% que acuden de fuera.

Desde luego que la atención del equipo o gabinete de servicios del Hospital Mental Departamental se despliega con efectividad dentro

CUADRO No.6 SECTOR DE RESIDENCIA DE LAS USUARIAS.

SECTOR DE RESIDENCIA	DENTRO DE LA CIUDAD.		FUERA DE LA CIUDAD.		T O T A L E S .	
	No.	%	No.	%	No.	%
CENTRO.						
SUR.	30	60			30	60
NORTE	08	16			08	16
OTROS.			12	24	12	24
TOTALES	38	76	12	24	50	100

de quienes proceden del interior de la ciudad, por cuanto la visita sociofamiliar es más factible para los Trabajadores Sociales y profesionales especializadas en ésta área.

En el cuadro N°7, se refiere al presunto origen de la enfermedad y la manifestación inicial del trastorno.

Existen diversas atribuciones ante el origen de la enfermedad y hay quienes lo refieren a la muerte de familiares, al abandono del cónyuge y conflictos sexuales, a la desintegración familiar, a la inestabilidad económica, a enfermedades orgánicas, etc. Los rubros jerárquicamente establecidos se pueden plantear así: un 34 % de las mujeres han sido abandonadas por el cónyuge y han padecido conflictos sexuales en su relación, de estas un 10 % manifestó síntomas iniciales de angustia igual cifra de agresividad, un 8% nerviosos, un 2 % depresión, idéntica cifra exhibió miedo y un 2 % insomnio.

Por su parte existe un 28% de quienes presentan matices de desintegración familiar y han mantenido síntomas iniciales de nervios, un 8% depresión, un 4 % agresividad, un 2 % inapetencia y angustia y acompañado finalmente de expresiones de miedo, con un 2 %.

En cuanto a las enfermedades orgánicas también se posee información un 30 % de casos de los cuales un 10 % se manifiestan por explosiones nerviosas, un 6% exhibe la angustia característica de la tensión de la sociedad moderna que llega a extremos de agresividad en situa-

CUADRO No.7 ORIGEN DE LA ENFERMEDAD POR MANIFESTACION INICIAL DEL TRASTORNO.

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD MANIFESTACION INICIAL DEL TRASTORNO	MUERTE DE FAMILIARES		ABANDONO DEL CONYUGE CON- TEN. SEXUALES.		DESINTEGRA- CION FAMILI- AR		INESTABILIDAD ECOMICA		ENFERMEDAD ORGANICA		T O T A L E S.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DEPRESION.	01	02	01	02	04	08	01	02	02	04	09	18
NERVIOS. -		00	04	08	05	10		00	15	10	14	28
ANGUSTIA —			05	10	01	02	01	02	03	06	11	22
MIEDO.			01	02	01	02			01	02	02	04
INSOMNO			01	02					01	02	02	04
AGRESIVIDAD	01	02	05	10	02	04			03	06	11	22
INAPETENCIA					01	02					01	02
TOTAL.	02	04	17	34	15	28	02	04	15	30	50	100

ciones dramáticas. Así mismo un 4 % por depresión y finalmente sendas expresiones del 2 % para miedo e insomnio. Quienes asumen como causa generatriz de sus males la muerte de familiares, con una proporción del 4 % referidos a quienes presentan síntomas iniciales de depresión arribando en segundo término a manifestaciones de agresividad. De esta forma encontramos que son aspectos traumáticos los que inciden en la generación de los traumas de la mujer aunque no se debe desdeñar aspectos como la inestabilidad económica que se manifiesta con un 4%, para quienes recibieron síntomas iniciales de depresión 2 % y un 2% para quienes ostentaban manifestaciones de angustia.

En este orden de ideas priman las manifestaciones nerviosas con un 28 % la agresividad con un 22 % idéntica cifra para la angustia un 22 % y 18 para la depresión.

Existen manifestaciones simétricas de un 4 % referidas a miedo e insomnio y finalmente inapetencia con un 2 % como síntomas iniciales de los trastornos. Es entonces el área sociofamiliar y psicosexual la que reclama la atención de los profesionales para la prevención de las enfermedades de carácter mental en la mujer.

En el cuadro N°8 se refiere a los habituales conflictos hogareños que dieron su aporte en el desarrollo del mal. En un 96% se reconoció que los conflictos hogareños eran las circunstancias comunes de las familias y se discriminan de la siguiente manera; En términos de la característica particular de la situación en un 22 % de los casa -

CUADRO No.8 HABITUALES CONFLICTOS HOGARENOS POR POSIBLES FACTORES

HABITUALES CONFLICTOS HOGARENOS. FACTORES QUE ORIGINARON EL MAL	SI		NO		TOTALES	
	No.	%	No	%	No.	%
ABANDONO DEL ESPOSO	11	22			11	22
MALTRATOS Y GOLPES	07	14			07	14
INESTABILIDAD ECONOMICA	06	12			06	12
DESINTEGRACION FAMILIAR.	10	20			10	20
DISPARIEDAD DE CARACTERES	05	10			05	10
HACINAMIENTO FAMILIAR	02	04			02	04
INFIDELIDAD DEL ESPOSO CELOS ETC.	04	08			04	08
TODAS LAS ANTERIORES	03	06			03	06
SIN CONFLICTOS.			02	04	02	04
TOTALES	48	96	02	04	50	100

dos se planteaban habituales conflictos hogareños que concluyeron con el abandono del esposo, un 14 % de manifestaciones se refiere a malos tratos y golpes combinados con enfrenamientos y crisis habituales, el 12 % de las manifestaciones se refiere a inestabilidad económica y otras proporciones que alcanzaron el 10% expresaron disparidad de caracteres, el 20% aludió a desintegración familiar; el 8% de la infidelidad del esposo matizada de celos enfermisos, etc., el 6% para todas las anteriores causas, y finalmente el 4 % atribuyó el mal al hacinamiento familiar. Vemos que se trata de relaciones intersexuales, de conflictos sociofamiliares y de manifestaciones socioeconómicas lo que se combina para una situación explosiva tendiente a la generación del mal, solamente un 4 % de los reportes no manifiestan conflictos procedentes y recurrentes en el hogar.

En el cuadro N°9, se refiere a las presuntas recaídas y a la frecuencia de las crisis.

Se reporta un 80 % de los casos donde hay reincidencia en las crisis y la periodicidad se establece en la siguiente manera: De ~~12 a 15 me~~ ses de lapso de recaídas un 30%, el 16% de 1 a 3 meses 14% oscila entre 4 y 7 meses para recaer en el flagelo mental, el 12 % de 16 meses o más, y finalmente el 8% referido de 8 a 11 meses solamente un 20% de los casos no presentan recaídas significativas que reportar. De ésta forma encontramos que existe una secuencia cíclica en la aparición de los males y que por alguna circunstancia los tratamientos no han sido suficientemente efectivos para la erradicación total de los flagelos, circunstancias que se impone investigar por parte

CUADRO No.9 SE HAN PRESENTADO RECAIDAS POR FRECUENCIA. DE LAS CRISIS.

RECAIDAS FRECUENCIA DE LA CRISIS	SI		NO		TOTALES	
	No.	%	No	%	No.	%
1-3 MESES.	08	16			08	16
4-7 MESES	07	14			07	14
8-11 MESES.	04	08			04	08
12-15 MESES	15	30			15	30
16- o MAS MESES.	06	12			06	12
SIN RECAIDAS			10	20	10	20
TOTALES	40	80	10	20	50	100

de los Trabajadores Sociales y del equipo de investigadores de que se trate.

En el cuadro Nº 10, se refiere a las terapias y tratamientos iniciales que se le brindaron a la paciente en la familia, ante la aparición de la patología, al principio se manifiesta en un 30% en los casos que no recibieron ningún tratamiento particular por parte de la familia; sin embargo, existe un 24% que acudió a la revisión médico-general lo que implica una manifiesta desorientación de las gentes en éstos casos, un 22 % que solo contó con apoyo moral, un 14 % que desplazó la atención a la esfera económica, y así mismo solo un 6% que acudió a tratamiento psicológico y finalmente un 4 % recurrió a tratamiento psiquiátrico; ésto implica que es prominente el desconocimiento o la falta de hábitos frente a la utilización de servicios psiquiátricos y solo tardíamente si acuden a este aspecto después del apoyo moral, económico, de medicina general, etc., o reunir a todo tipo de tratamiento, las opciones certeras y adecuadas se dejaron para el final con una mínima expresión dentro de la muestra.

En el cuadro número 11, se refiere, así fue necesario tomar medidas de fuerza durante la crisis y que tipo de medidas. En un 56% de los casos no fueron requeridas las medidas de fuerza contra un 44 % donde lamentablemente si recibieron coacciones o represiones por parte las usuarias; golpes en un 16% de los casos, ataduras 18%, maltrato verbal 6%, encerramiento 4 %. Es deprimente que se persista en situaciones de carácter anormal y en represiones ostensibles con-

CUADRO No. 10 TERAPIAS O TRATAMIENTOS INICIALES QUE SE LE BRINDARON EN LA FAMILIA

TERAPIAS Y TRATAMIENTOS QUE LE BRINDARON LA FAMILIA.		
	No.	%
APOYO MORAL	11	22
APOYO ECONOMICO	07	14
REMISION MEDICA GENERAL	12	24
NINGUNO	15	30
REMISION TRATAMIENTO PSICOLO	03	06
REMISION TRATAMIENTO PSIQUIATRI.	02	04
TOTAL	50	100

CUADRO II. NECESARIO APLICAR MEDIDAS DE FUERZA POR
 CUALES MEDIDAS.

MEDIDA DE FUERZA. CUALES.	SI	NO	TOTALES.
GOLPES.	08		16
ENCERRAMIENTO	02		04
ATADURAS.	09		18
MALTRATO VERBAL.	03		06
NINGUNO	00	28	56
TOTAL	22	28	100

tra la dignidad humana. Sobre este aspecto debe estar vigilante el Trabajador Social para proponer alternativas periféricas ligadas al reconocimiento de los derechos humanos en cuanto a quienes padecen trastornos circunstanciales, crónicos, etc.

En el cuadro N° 12 hace relación a las razones para acudir al Hospital Mental Departamental. El 35% de los casos manifestó que acuden al Hospital Mental Departamental cuando se presenta la primera crisis, el 30 % acude a síntomas agudos de la enfermedad, el 16% a la remisión voluntaria que sería el primer caso de carácter espontáneo pacífico. Por su parte el 14 % se refiere a sugerencias de familiares y amigos, y finalmente el 4 % cuando se observa conductas o comportamientos inadecuados. Estas situaciones nos conducen a pensar que solamente en momentos de crisis la gente se preocupa de solucionar los trastornos en la mujer y tal vez es por la falta de conocimiento o carencia de orientación suficiente y expedita en torno de los casos presentados, he aquí uno de los campos de acción que indudablemente debe tener en cuenta el Trabajador Social en éstos aspectos.

El cuadro N° 13 hace relación a la vinculación por parte de la oficina del Trabajo Social del Hospital Mental Departamental directamente con la familia de las pacientes tratadas, como también el tipo de actividades que realiza esa oficina.

En cuanto a las actividades aludidas tenemos educación en salud mental, terapias familiares, terapias individuales, visitas domiciliarias, seguimiento de casos; encontramos que solamente un 4% se refie-

CUADRO 12. RAZONES PARA ACUDIR AL HOSPITAL MENTAL.

R A Z O N E S.	NUMERO.	%
SINTOMAS AGUDOS	15	30
PRIMERA CRISIS	18	36
REMISION	08	16
SUGERENCIA	07	14
CONDUCTA Y COMPORTAMIENTO INADECUADO	02	04
OTROS.		
TOTAL.	50	100

CUADRO 13 SE VINCULA LA OFINA DE TRABAJO SOCIAL A LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES, POR QUE ACTIVIDADES

VINCULACION ACTIVIDADES.	SI		NO		TOTALES	
	No	%	No	%	No.	%
EDUCACION EN SALUD MENTAL						
TERAPIA FAMILIARES	02	04			02	04
TERAPIA INDIVIDUAL						
VISITAS DOMICILIARES						
SEGUIMIENTOS DE CASOS						
NINGUNA			48	96	48	96
TOTALES	02	04	48	96	50	100

re a la realización de terapias familiares; el resto de actividades representado en un 96% no se ha vinculado, demostrando con ésto un desconocimiento y / o apatía por el desempeño del Trabajador Social en el campo de la psiquiatría moderna.

El cuadro Nº 14 se refiere a las manifestaciones en torno a la recepción de orientaciones, iniciales para llegar al hospital y el diagnóstico psiquiátrico inicial, se encuentran las siguientes manifestaciones en orden de importancia jerárquica un 46% de los reportes, se refiere a orientación recibida de la sección de enfermería del Hospital Mental, y se discrimina así : en cuanto a los diagnósticos el 14% de quienes fueron orientados por la enfermería, recibieron un diagnóstico inicial de esquizofrenia, el 8% se refirió a un Episodio Maníaco, el 6% a Psicosis Afectiva, idéntica cifra se manifiesta en torno a trastornos afectivos así mismo un 4 % aludía a psicosis de índole aguda y finalmente el 2 % neurosis de angustia.

Existían también otras manifestaciones neuróticas y patológicas que se agrupan en un 6 % de quienes acuden inicialmente a enfermería y se presume que son casos dramáticos, de cierta intensidad que requirieron al acudir como medida extrema a la enfermería del Hospital Mental. Existen sin embargo un 30 % de personas que fueron orientadas por el Trabajo Social y se discriminan en cuanto al diagnóstico de la siguiente manera: 8% manifestaban síntomas de angustia depresiva, una proporción simétrica del 6% neurosis de angustia y episodio maníaco y así mismo manifestaciones similares de esquizofrenia un 4 % y trastor-

CUADRO No.14 DE QUIEN RECIBIO LA PRIMERA ORIENTACION AL LLEGAR AL HOSPITAL POR DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO.

ORIENTACION DIAGNOSTICO	T. SOCIAL.		ENFERMERIA.		MEDICO		●TROS.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No	%	No.	%
ESQUIZOFRENIA.	02	04	07	14	03	06			12	24
TRASTORNO AFECTIVO.	02	04	03	06	02	04	01	02	08	16
NEOROS DE ANGUSTIA.	03	06	01	02					04	08
EPISODIO MANIACO AGUDO.	03	06	04	08	01	02			08	16
PSICOSIS AGUDA AFECTIVA.	01	02	02	04	02	04	01	02	06	12
PSICOSIS AFECTIVA.			03	06					03	06
ANGUSTIA DEPRESIVA.	04	08					01	02	05	10
OTROS			13	06			01	02	04	08
T. O T A L E S	15	30	23	46	08	16	04	08	50	100

nos afectivos con idéntica cifra, por otra parte encontramos, solo un 2 % de quienes manifestaban psicosis aguda, en la que hace referencia a las orientaciones iniciales del médico, encontramos que contribuyen a esta franja el 16% de los casos y se discriminan de la siguiente manera, un 6% de esquizofrénicos, un 4% de trastornos afectivos, idéntica cifra de psicosis aguda y de quienes sufrían apísidio maníacos, se puede observar que generalmente se acude a la enfermería, como medida extrema ante casos de agresividad o de angustia plena y en segundo lugar al Trabajo Social. Finalmente se acude directamente al médico, pero sin embargo existen otras personas que intervienen en el traslado y orientación de las personas, en este caso de las mujeres con problema psicopatológicos al Hospital Mental Departamental, estas personas generalmente ajenas a la institución pero con algún criterio de orientación, han trasladados a un 8% de las personas que sufren de trastornos afectivos, un 2% de psicosis aguda, un 2% de angustia depresiva y de otros trastornos dicionales. Sin embargo se puede observar que no requieren o que no ostentan la gravedad que manifiestan las que aludimos anteriormente.

Queda claro en el cuadro N° 14 que debe emprenderse una labor de relieve en el campo de Trabajo Social, dado que en algunas medidas es suplantado por la enfermería, razón que no parece coherente si se tiene en cuenta las metas y proposiciones de la disciplina de Trabajo Social en psiquiatría y en salud mental.

Podría decirse que ésta situación obedece básicamente a factores de

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

CUADRO No.15 QUE TRATAMIENTO SE APLICA POR QUE PARTICIPACION TIENE LA FAMILIA.

TRATAMIENTO. PARTICIPACION DE LA FAMILIA.	TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.		TRATAMIENTO. PSICOLOGICO.		NEUROLOGICO		TRATAM. MEDI- CO GENERAL		T O T A L .	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
APOYO MORAL	14	28	03	06	01	02	01	02	19	38
APOYO ECONOMICO.	10	20	01	02	01	02			12	24
NINGUNO.	17	34	02	04					19	38
T O T A L	41	82	06	12	02	04	01	02	50	100

desorientación que ésta situación obedece básicamente a factores de desorientación y a la presencia inoperante del Trabajo Social en este tipo de instituciones.

Estos son algunos de los aspectos críticos que hemos querido señalar en nuestro trabajo y que deben ser tenidos en cuenta para dar una definición de las tareas del profesional en éstos campos y una cimentación de la labor con mujeres.

El cuadro N° 15 se refiere a los tratamientos que se le aplican a las mujeres que acuden al Hospital Mental Departamental y la participación de la familia, generalmente se aplica tratamiento psiquiátrico en un 82% de los casos y en estos la familia no tiene ninguna participación, razón que nos induce a pensar como Trabajadoras Sociales, en la necesidad de articular estas dos labores, el 28% de los casos el apoyo es moral, meramente enunciativo y en el 20% de éstos económicos; sin embargo éstas manifestaciones en torno a apoyo económico son simples intencionalidades por cuanto la familia no puede cubrir realmente las demandas de un tratamiento psiquiátrico ambicioso.

En un 12 % de los casos se emplea tratamientos psicológico, sin embargo, dada la naturaleza de las crisis ya resulta superfluo el tratamiento psicológico y se vuelva exigua la participación de este rubro, en un 6 %, quienes reciben tratamiento psicológico, también reclaman el apoyo moral de la familia respecto a la enfermería, y en el 2%, el apoyo es económico en un 4 % de los casos, se recibe tratamiento neurológico, pero sin embargo dada la naturaleza y el origen de los ma -

Les no existe una gran propensión a derivar hacia problemas de carácter físico cerebral, en un 2 % reciben el apoyo moral de la familia y estos en un 2% también, el apoyo económico.

Finalmente existe un 2 % minoritario de quienes reciben un tratamiento médico general que es básicamente un complemento al tratamiento psiquiátrico psicológico o neurológico. En general existe un 38% de casos en los cuales no se reciben ninguna atención por parte de la familia y desde el punto de vista, meramente enunciativo un 38% de familia que brindan solamente apoyos morales. Finalmente en un 2% de los casos el apoyo se reduce a términos económicos, pero como hemos dicho es solamente una intención por los altos costos reales de este tipo de actividades que deben ser subvencionadas por el Estado .

El sentido de éste cuadro y la relevancia que tiene para el Trabajo Social, es la necesidad de incentivar, apoyo afectivo de parte de la familia, participación directa en la recuperación del enfermo, lo que equivale a superar las causas generatrices de los trastornos mentales en las mujeres, en tanto considerada que si bien puedan aplicarse diversos tipos de terapias, sino se erradican las relaciones de consolidación que los generan, vuelve a presentarse reincidencias con los consecuentes perjuicios en la salud mental de las mujeres aludidas.

C I T A S .

(1) FOUCAULT, Enfermedad Mental y Personalidad , Pág. 34

(2) Revista Todos Somos Familias, Págs. 141 , 142.

IV. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE A LA PROBLEMATICA PLANTEADA.

Desde el punto de vista general la incursión del Trabajador Social constituye un ámbito especializado de la profesión que tiene suficiente prestancia y justificación, sin embargo, existe la tendencia a crear en el lugar común de reconocer su ubicación en la rehabilitación y readaptación de los pacientes, factores ineludibles pero que requieren ser precisados en su exacta dimensión.

Se sabe con suficiencia que existe un escenario asignado para la actuación del Trabajador Social en el campo psiquiátrico, y que su labor se realiza generalmente en hospitales, dispensarios psiquiátricos, clínicas de conducta, etc., sin embargo no se ha reconocido la importancia que tiene la labor del profesional en la prevención de los desajustes humanos, y antes, bien se atacan los resultados psicopatológicos. Resulta indispensable que el Trabajador Social supere el enfoque clínico terapéutico exclusivo para penetrar en otros terrenos de mayor riqueza conceptual. Nadie niega que los individuos que sucumben en la vida caen en el ámbito de la locura, tienen poca idoneidad para establecer relaciones armónicas y estables con los congéneres de

)

su entorno social, sabemos también que se busca por medio del Trabajador Social restituir los nexos entre la sociedad denominada y el transgresor de los valores dominantes pero de ahí no se deduce que la labor del profesional se reduzca al manejo de fichas o historias clínicas, sin realizar una afectiva investigación sobre la propia praxis profesional Marie C. Castellano afirma que "no existe una homogeneidad sino unos límites precisos entre la labor del Trabajador Social en el proceso de la admisión que algunas veces colisiona con la responsabilidad médico-legal que asume el psiquiátrica, por lo tanto son más importantes las acciones que suele desempeñar el profesional en la familiarización del paciente con su nueva situación y la aceptación de su estado" (1) en lo que Marie C. Castellanos denomina "Las atenciones intangibles que tienden a despejar las dudas del paciente generalmente centradas en las preguntas clásicas: Dónde estoy?, cómo estoy? que van a hacerme? y cuánto tiempo voy a estar aquí? En esas ocasiones señala la autora citada el Trabajador Social interviene para distensionar y calmar la ansiedad del recién llegado buscando proporcionarle seguridad y disipando sus lógicos temores y la hostilidad propia de su situación y de su enfermedad." (2)

Desde otra perspectiva pero complementando nuestra visión frente al tema de la Participación del Trabajador Social en el campo de la Psiquiatría, Alistair Munro, M.D. y Wallace McLulloch. sostienen "la psiquiatría, se ha vuelto de equipo y El Trabajador Social junto con la enfermera, el psicólogo clínico, el terapeuta ocupacional y otros, son miembros sumamente valiosos de dicho equipo" y señala en torno a uno

de los aspectos que motiva nuestra investigación, "Cuando estemos enfrentándonos a una enfermedad psiquiátrica debemos ser conscientes de todos los factores que pueden ser de importancia en el síndrome aunque no necesariamente formen parte de ella, con frecuencia éstos elementos son de importancia social" y agrega más adelante, "no es factible que las drogas venzan el estado de ansiedad en una mujer si se pasa desapercibido el hecho de que se encuentra desilusionada porque su esposo la ha abandonado y la ha dejado al cuidado de un gran número de hijos." Esto que podría denominarse la conducta de entrada del paciente, son las causas que ha de examinar el Trabajador Social, confeccionando lo que se denomina la Historia Social del Enfermo, que consiste según Marie C. Castellano "en destacar las trascendencias que tienen las condiciones ambientales, lo que requiere "resumir los datos correctos que encausen el Diagnóstico y Tratamiento" discrepamos sin embargo de la formulación de la autora aludida cuando afirma que "el psiquiatra asume la responsabilidad de Tratamiento del limitado Mental. El trabajador Social trata a los familiares, consideramos que existen aspectos específicos que competen a la relación Trabajador Social-Paciente que no inhiben al profesional para emplear sus recursos en el ámbito global del bienestar del mismo y es aspectos especializados de su competencia como el de la recreación que puede constituir un auxilio terapéutico de importancia.

Es evidente que para interpretar la inserción del Trabajador Social en el ámbito de la Psiquiatría se requiere disponer de un criterio definido respecto a la razón y la locura. Existe un debate importan-

te en el terreno conceptual que ha puesto en cuestionamiento la reclusión psiquiátrica y obligaría a redefinir la misma praxis del Trabajador Social psiquiátrico.

Armando Suarez, compilador de un interesante trabajo relacionado con el tema plantea "En nuestra sociedad capitalista los hombres viven, enfermos, son asistidos y mueren de clase. La enfermedad y la locura son desde luego contingencias a la que está expuesto todo ser humano (6). Por nuestra parte agregamos que de lo que se trata es de establecer, cómo, cuando, en qué forma, bajo qué condiciones sociales perderá su salud mental y la asistencia que recibirá en uno u otro trance y además de constatar en que grado o proporción se vincula la condición de clases social al desarrollo o desencadenamiento génesis de la enfermedad Mental. He aquí un campo específico de intervención que le es propio al Trabajador Social. Pero hay que ser cautos para ubicarnos correctamente sin evadir la esencia del problema, si bien el Trabajo Social reclama su competencia en lo que tiene que ver con la rehabilitación del limitado mental, tampoco es menos cierto que nuestro razonamiento puede coincidir con el de Armando Suarez cuando dice que "La racionalidad instrumental del Capitalismo ha promovido toda una serie de técnicas y "sabores" las llamadas "ciencias humanas" cuyo proyecto implícito es el de "Velar", desplazandolo al origen de las contradicciones y amortiguar, neutralizar, privatizándolo o secuestrando en instituciones de marginación a los individuos más desvalidos de nuestra sociedad en lo que estallan las contradicciones en forma perturbadora para el funcionamiento del sistema" (9)

Se desprende de lo que hemos enunciado que se impone un replantamiento del papel pasivo que ha asumido el Trabajador Social, que se ha reducido al cumplimiento y ejecución del programa de rehabilitación sin indagar por su esencia o por su origen.

Dentro de los textos de mayor transcendencia para nuestro estudio merecen especial mención los de Marie Langer, especialmente "Maternidad y Sexo", que es perfectamente compatible con nuestros propósitos terminales.

Marie Langer, que confiesa adhesión a Melanie Klein, y por ende a Freud, en una variante especial plantea que ella derivó "una transacción entre lo psicoanalítico y lo político-ideológico, su concepto sobre la femineidad me ayudó más allá de ofrecerme una clave para entender los trastornos preventivos (problemas de menstruación, esterilidad, abortos espontáneos, etc.) a reivindicar a la mujer en sí . " Sé y se sabía que la liberación de la mujer se dá solamente en una sociedad liberada, pero la línea de nuestro trabajo atacaba por lo menos, el concepto más ideologizado de Freud: su idea de una familia patriarcal, histórica e inamovible" (8)

Lo anterior escrito, al igual que las serias elaboraciones de Wilhem Reich sobre la familia patriarcal, nos autoriza con suficiencia para relacionar la pérdida de la razón con variables de índole social y económico que pueden ser tratados por las variables nominales básicas de sexo, estado civil, y en general, las que hacen referencias a los

aspectos socio-familiares,

El síntoma neurótico es una forma de gratificación sustituta, la cual permite que un pensamiento prohibido sea convertido en fantasía, todo esto hasta cierto punto es normal y da verdadera satisfacción, pero siempre queda algo de frustración. Si el individuo abusa de esta forma de gratificación aumentará su frustración, aumentando con ella la ansiedad en tal forma que las defensas de la personalidad son insuficientes para controlarla, creándose un conflicto neurótico.

En nuestro medio la mujer se ve abocada a éstos conflictos neuróticos, y más aún, cuando las presiones del medio ambiente son tantas que el único medio disponible de satisfacción es "fantasear" la realidad, todos en mayor o menor grado pasamos por éste conflicto y solamente cuando se pierde el control de él, es que se considera que la persona se encuentra enferma.

* En la actualidad los profesionales de Trabajo Social vinculados a salud Mental se han interesados más que todo en "Indagar" el nivel socio-económico del paciente y su familia, en "velar" porque el tratamiento se realice y tal y como lo ha ordenado el psiquiatra a fin de "readaptar" al paciente a su medio social y familiar, sin detenerse un momento a indagar el verdadero origen de su problemática, en investigar el papel que desempeñan los factores sociales y ambientales en el desencadenamiento de la enfermedad presentada, y de ese modo poder realizar programas en conjunto con el equipo multidiscipli-

nario, el paciente y más que todo su familia,

Todo esto lo hemos confirmado al analizar el cuadro N° 13, en el cual se encuentran consignada las actividades de mayor importancia para el enfermo mental y su familia y en el que la intervención del profesional es poca por no decir nula.

X Dentro de la Psiquiatría moderna el Trabajador Social debe dejar de ser un ente alejado de los demás profesionales para entrar a formar parte del equipo multidisciplinario, y su importancia se ha dado por el apoyo que le ofrece al paciente y su familia, para convertirse en un miembro más de ese equipo y en el cual puede y debe aportar datos económicos, social, ambiental de incalculable valor para la elaboración del diagnóstico y el diseño de las metas de tratamiento.

En este equipo multidisciplinario no se puede medir su valor o actividad por lo que hace y aporta ya que cada limitado Mental presenta una problemática diferente y ante ella todo el equipo debe intervenir.

En lo referente a la problemática investigada por las autoras, encontramos que la afluencia por primera vez al Hospital Mental Departamental por parte de el sexo femenino, es de un 70% aproximadamente, en aquellas usuarias en que su estado civil es unión libre y/o separada y en lo que respecta al ingreso se encuentra en un 60% aproximado en aquellas en cuyas relaciones familiares son inestables o nulas; visto desde ese ángulo cabe plantearnos o cuestionarnos como inciden los

factores sociales y familiares en los pacientes que acuden a la institución y cual ha sido y es el accionar del Trabajador Social en torno a ésta situación problematizadora ?

Como ya lo hemos planteado anteriormente, los profesionales de Trabajo Social en el Hospital Mental Departamental no han realizado trabajos de investigación en aspectos sociales ambientales que puedan servir - les de pautas para reorganizar sus actividades intra y extramentales haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades mentales y contribuyendo a disminuir el tiempo de hospitalización, sino que se han quedado realizando actividades rutinarias (clasificación socio-económica, visitas domiciliarias, orientación inicial al paciente y su familia), totalmente revaluados.

C I T A S

(1) CASTELLANOS C., Marie, Manual del Trabajo Social, Prensa Médica Mexicana, México 1.982, pag. 26

(2) Ibid. Pag. 26

(3) MUNRO, Alistairo. M.D. Psiquiatría para Trabajadoras Sociales, MCLULLOCH, Wallace. Compañía Editorial Continental S. A. México.

(4) Ibid. Pag. 24

(5) Ibid. Pag. 24

(6) CASTELLANO C., Marie. Ob. cit. pag. 24

(7) SUAREZ, Armando. Razón, /Locura y Sociedad. 4ta. Edición Siglo XXI
Pag. 35

(8) Ibid. Pag. 45

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el transcurso de nuestra investigación encontramos como la mujer de la sociedad actual se halla todavía relegada a un plano secundario (en casos muy exprádicos han ocupado puesto relievantes) y aunque cada día con mayor intensidad vemos como se va incorporando activamente, no existen normas o leyes que regulen de manera más eficaz esta vinculación es más no hay programas de Bienestar Social que puedan ayudarla a cumplir con el doble papel que deben asumir.

La sociedad conserva aún cierto recelo o tabú con la mujer que sale a trabajar dejando el hogar y los hijos en manos de otras personas (madres, abuela, señoras del servicio doméstico) pues considerará que su lugar es allí y aunque es consciente del gran aporte económico que ésta hace no deja de culparla ante cualquier falla en el seno familiar y más cuando por alguna razón su conyuge la abandona, lo que entonces se constituye como motivo para el desencadenamiento de situaciones conflictivas a nivel del grupo familiar y en donde la mujer es quien resulta con mayor cargo tanto a nivel efectivo y emocional como en el aspecto económico.

No se han cambiado además los conceptos tradicionales del tipo de unión que debe existir para poder formar un grupo familiar y aunque el matrimonio tiende a desaparecer las uniones libres y/o el madre solterismo ocasiona en algunos sectores el marginamiento, la sanción a la mujer que lo practica.

Encontramos que en el Hospital Mental Departamental el ingreso por primera vez en las mujeres es de un 70% en las que mantienen o han mantenido uniones libres demostrándonos en cierta forma, que la misma inestabilidad conyugal puede desencadenar cualquier tipo de trastornos mentales y de acuerdo como se den las relaciones entre ellos esos mismos trastornos pueden mejorar o agravar la situación de la mujer que los padece.

La Sociedad Colombiana carece de una Educación familiar eficiente que le permita entender y en igual forma atender la problemática en un momento determinado se le presente a algún individuo.

Teniendo en cuenta toda esta serie de aspectos nos atrevemos a formular algunas alternativas que consideramos serían de mucha utilidad en el abordaje de la problemática planteada, sin dejar de recalcar que la labor del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental, específicamente nos referiamos a El Hospital Mental Departamental, debe tomar lineamientos más dinámicos que mecánicos, y reevaluar su accionar.

Creemos que es innumerable la problemática que gira alrededor de los

)

individuos con problemas mentales en la cual el Trabajador Social se constituye como el profesional en primera línea que tiene la oportunidad de investigar, prevenir, rehabilitar y rehadaptar a éstos individuos a la sociedad. Formando parte del equipo de salud mental ampliado, no tradicional.

Entre las formulaciones que corresponden al abordaje de la problemática, en estudio tenemos:

TERAPIA FAMILIAR: En el campo de la Psiquiatría es muy usual la utilización de este medio por varias razones. En primer lugar su formación puede ser la más apropiada ya que su foco de atención son los sistemas Sociales, donde lo más importante es el núcleo familiar. En segunda instancia está totalmente reconocido que la familia es y ha sido el campo de trabajo por excelencia del trabajador Social pero que le han faltado las herramientas más desarrolladas para su abordaje.

Aunque este tratamiento no es una ciencia en sí misma, representa algo más que un enfoque terapéutico para estudiar y aliviar las situaciones en los momentos que se debe identificar al individuo con problemas mentales, es preciso tener en cuenta que existe otras situaciones por ejem plo qué hacer con una persona que se le ha desencadenado una crisis de ésta magnitud, o a quién y a dónde acudir? Por lo general los familiares no encuentran respuesta a éstos interrogantes optando por recurrir a emplear métodos inadecuados que pueden constituir a agravar la situación.

Otros de los aspectos que debemos tener en cuenta es el regreso del limitado mental cuando ha sido dado de alta o ha mejorado en su crisis y es que por lo general éste, con el solo contacto con su medio nuevamente reincide en su crisis. Por qué? porque tanto el enfermo como su familia no están preparados para aceptar el regreso, como tampoco tienen idea de cómo tratarlo.

Se hace necesario que el trabajador social en conjunto con el equipo multidisciplinario ampliado diseñen programas tendientes a la educación de los familiares de pacientes por intermedio de ciclos de charlas con el fin de proporcionar un cambio de actitud frente a la problemática estudiada y de esa forma tratar de disminuir el alto índice de hospitalización por primera vez y reingreso de los enfermos.

-Educación Comunitaria en Salud.

Todo centro Hospitalario sea Nacional o Departamental, establece dentro de sus políticas de acción, la proyección a la comunidad, esto se debe a que el Estado ha detectado en los distintos sectores de la población Colombiana la falta de información que hay entre los asociados en lo que respecta a la prestación y utilización de éstos servicios, la cual en muchos casos es casi nula, conllevando el deterioro de la salud de nuestra población un caso particular lo tenemos en la ciudad de Barranquilla en donde se halla ubicado el Hospital Mental Departamental, esta comunidad y sus áreas circunvecinas no acuden a éste centro para consultas o tratamientos preventivos por no tener claridad acerca de las clases de servicios de tipo científico que allí se pres-

tan y creen en la mayoría de los casos que ésta institución es solamente un albergue para limitados Mentales.

Este fenómeno no tiene por qué darse o producirse, en razón a que la institución cuenta con un departamento de Trabajo Social, el cual debe encargarse de la difusión en forma amplia precisa y concisa de los servicios con que cuenta y presta el Hospital a la comunidad. Es por ello que se hace necesario que ésta política se lleve a cabo en la práctica a través del equipo multidisciplinario dentro del cual el Trabajador Social hace una investigación para detectar sus líderes y educarlos con el fin de que ellos impartan al resto de la comunidad la educación en salud y más concretamente en salud Mental, obteniendo así un mayor servicio a la comunidad.

- Participación Universitaria.

El Hospital Mental Departamental se constituye como centro de adiestramiento de facultades como Medicina, Psicología, Enfermería y Trabajo Social de diferentes Universidades de Barranquilla por tanto debe aprovecharse al máximo el período de rotación de ellos quienes de una u otra forma son colaboradores directos en la problemática.

En lo que se refiere específicamente al departamento de Trabajo Social consideramos que es urgente una integración con ésta area con el fin de desarrollar actividades que conlleven a prevenir, rehabilitar, rehadaptar a los individuos que esten propensos a caer en el flagelo mental.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

Tanto el profesional como el estudiante practicante deben diseñar modelos de investigación Social que les permita más adelante, elaborar programas efectivos pendientes a mejorar la problemática planteada.

BIBLIOGRAFIA.

- ALISTAIR MUNRO M.D. y WALLACE MC, Culloch M.S.C.-Psiquiatría para Trabajadoras Sociales. Compañía Editorial Continental S. A. México, 4ta. impresión 1.981.
- AMAR AMAR, José. Introducción a la Psicología. Editores Asociados. 2da. edición.
- ANDER EGG, Ezequiel. Diccionario para Trabajadoras Sociales. Editorial Novaterra. Barcelona - España,
- BASALIA, Franco; LANGER Marie; CARUSSO, Igor; SZASZ, Thomás; VERON, Eliseo, SUAREZ, Armando; BARRIENTOS, Guillermo; ROZON, Jocura & Sociedad. 4ta. edición. Editorial Siglo XXI México, 1.981.
- CASTELLANCS C., Marie. Manual de Trabajo Social. La prensa Médica Mexicana S. A. Reimpresión 1.982.
- FOUCAULT, Michel. Enfermedad Mental y personalidad. Vol. 6 Editorial Paidós. Buenos Aires-Argentina. 2da. impresión 1.979.
- KISNERMAN, Natalio. Salud Públicas y Trabajo Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires-Argentina. 1.981.
- MCKEOWN, Thomás y C.R. Lowe. Introducción a la Medicina Social. Editorial Siglo XXI, México 1.981.
- MEMDORIAS III Congreso Nacional de Trabajo Social. Medellín Octubre 21-24 de 1.981.