

870124
3
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES



EL TRABAJADOR SOCIAL COMO AUXILIAR EN LA
REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A

JUANA CONCEPCION LIMON REZA

GUADALAJARA, JAL. 1985

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Titulo	pag.
1 INTRODUCCION.....	1
2 CAPITULO I	
ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL.....	6
1.1.- Etiología de la enfermedad mental.....	8
1.2.- Adaptación y salud mental.....	9
1.3.- Marco referencial de normalidad y salud.....	11
1.4.- Panorámica de las funciones psiquiátricas.....	17
3 CAPITULO II	
CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	22
2.1.- Retraso mental.....	24
2.2.- Síndromes orgánicos cerebrales.....	26
2.3.- Psicosis no atribuibles a las enfermedades físicas.....	31
2.4.- Neurosis.....	35
2.5.- Trastornos de la personalidad y algunos otros trastornos mentales no psicóticos.....	37
2.6.- Trastornos psicofisiológicos.....	41
2.7.- Síntomas especiales.....	43
2.8.- Trastornos situacionales transitorios.....	43

2.9.- Trastornos de conducta en la infancia y adolescencia.....	44
2.10.- Enfermedades sin trastorno psiquiátrico.....	45

4 CAPITULO III

TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO.....	47
3.1.- El trabajador social psiquiátrico.....	50
3.2.- Metodología que utiliza el trabajador social en el campo de la psiquiatría.....	52
3.2.1.- Investigación preliminar.....	53
3.2.2.- Investigación descriptiva.....	55
3.2.3.- Diagnóstico.....	65
3.2.4.- Programación.....	67
3.2.5.- Ejecución.....	68
3.2.6.- Verificación.....	89

5 CAPITULO IV

LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCION Y REHABILITACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	96
4.1.- El trabajador social en la salud mental.....	96
4.2.- Prevención primaria.....	97
4.3.- Prevención secundaria.....	101
4.4.- Prevención terciaria.....	103
4.5.- Rehabilitación.....	107

6 CAPITULO V

INVESTIGACION.....112

5.1.- Resultados obtenidos.....113

CONCLUSIONES.....127

SUGERENCIAS.....131

ANEXOS.....132

GLOSARIO.....137

BIBLICGRAFIA.....143

A MIS QUERIDOS PADRES:

Por su amor, cariño y respeto, por la ayuda que me brindaron para concluir una meta en mi vida.

A MIS HERMANOS:

Imelda, Jose Luis, Marina, Arnulfo, Jorge, Belen y Edith, por su apoyo incondicional.

INTRODUCCION

El enfermo mental es una persona que sufre alteraciones en su salud mental; ésta se denomina como "la adaptación de los seres humanos al mundo y a los otros con un máximo de eficacia y felicidad", esto implica la capacidad de crecer, - vivir plenamente, amar y compartir la aventura de la vida.

El enfermo mental es un ser humano y debe ser tratado como tal, por este motivo, ahora enfocamos el presente trabajo hacia la REHABILITACION del enfermo mental, en la cual el trabajador social tiene una función relevante con la tarea - de colaborador terapéutico, desde el primer momento en que -- llega el paciente a una institución psiquiátrica hasta lograr la integración (en la mejor manera posible) del paciente, nuevamente a su ambiente social, familiar y laboral, contribu--yendo a que el paciente obtenga un adecuado grado de armonía en sus relaciones interpersonales.

El Trabajo Social, aporta un profesional al campo de - la Psiquiatría, que entiende al enfermo dentro de un contexto y no como una abstracción, haciéndose imprescindible que - la terapia se encare a través de un equipo interdisciplina--rio y no quede limitada a la única persona del médico psiquiátra.

A través de este trabajo realizado en cinco capítulos, tratamos de aportar un conocimiento veráz y práctico sobre -- Trabajo Social Psiquiátrico, iniciando con un esbozo sobre la etiología de la enfermedad mental.

Se ha comprobado que los trastornos mentales, muchas veces son influenciados de modo decisivo, por el medio en -- que vive el paciente, por sus circunstancias vitales y por -- la dinámica de sus relaciones interpersonales, sin descartar las causas orgánicas.

Se dá una clasificación de las enfermedades mentales, exponiendo a cada una de ellas en forma breve y enfocado ha-- cia el trabajador social, para que éste logre una comprensión adecuada, acerca del padecimiento que presenta el paciente al cual tratará.

Para enfrentarse al trabajo psiquiátrico, el trabaja-- dor social debe poseer ciertas cualidades y preparar su perso-- nalidad. Una vez logrado esto, tratar de adecuar la metodolo-- gía que a través de su formación profesional ha obtenido, al campo de la psiquiatría.

Esta metodología se expone ampliamente en el capítulo tercero, donde se describe, uno por uno, los seis procesos me--

metodológicos más importantes en el trabajo social.

Se inicia con la Investigación Preliminar, lograda a través de las etapas de reconocimiento del medio (hospitalario en este caso), y la contactación intergrupal, utilizando las técnicas de observación, entrevista y formación de equipo de trabajo. Esto es, EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS, que en su forma mínima para trabajar en psiquiatría debe estar integrado por: Médico Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social, Enfermero y Terapeuta Ocupacional.

Para poder arribar a la integración de los miembros del equipo psiquiátrico, se debe partir de la clarificación de los roles de cada uno de los integrantes, para actuar con auténtica actitud de respeto entre los profesionales, respeto imprescindible para un buen trabajo de equipo y para un buen equipo de trabajo.

A través estas técnicas, el trabajador social obtiene un conocimiento global de la situación prevaleciente.

En la investigación descriptiva, nos dá un enfoque con templativo sobre ciertos factores de importante influencia en el paciente; describiendo los puntos esenciales que el trabajador social debe investigar a través del Estudio Social, y

colaborar en la actividad terapéutica y de rehabilitación del paciente, utilizando el método de programación, elaborado en base a las necesidades del paciente y tomando en cuenta los recursos institucionales.

Se pone en marcha el programa controlando y verificando su cumplimiento a través de las reuniones de los equipos interdisciplinarios; para este caso, la verificación se logra a través de una evaluación por medio de la SESION CLINICA, para comprobar si en realidad se está cumpliendo con los objetivos y metas propuestas, al inicio del programa.

Con la incorporación del Trabajador Social a la psiquiatría, ésta ha ganado no solo en experiencia de trabajo interdisciplinario a nivel intramuro, sino que también se extiende el área de su influencia terapéutica y preventiva a todos los sectores de la comunidad.

Se explica ampliamente en el cuarto capítulo, las políticas de PREVENCIÓN y la intervención que el trabajador social tiene en cada uno de ellos; siendo en prevención primaria donde el trabajador social tiene como objetivo, disminuir los riesgos a enfermar; de un individuo, grupo o comunidad, por medio de orientación adecuada.

En prevención secundaria, el trabajador social participa en la detección de posibles pacientes, para derivarlos a un tratamiento oportuno e inmediato. Y en la prevención terciaria procura reducir en la comunidad, la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales.

La prevención terciaria actúa mediante la REHABILITACION, y esta se inicia desde el primer contacto que el enfermo tiene con la terapia. Aquí el trabajador social tiene un papel fundamental, contribuyendo al logro de dicha rehabilitación, mediante técnicas adecuadas, entre ellas: Manejo de grupos e incorporación del paciente a terapias de tipo ocupacional, recreativa y gimnoterapia; visitas individuales y orientaciones al paciente en el período hospitalario. Además la relevancia que tiene la labor que realiza con la familia del paciente, y las orientaciones que da a ésta, acerca del manejo del paciente cuando regresa al hogar.

En el quinto y último capítulo, exponemos una investigación realizada en un hospital psiquiátrico, con el objetivo de demostrar en forma numérica, la importancia que el TRABAJADOR SOCIAL tiene al participar en la REHABILITACION del enfermo mental.

CAPITULO I

ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL

Es difícil precisar estos conceptos, que pueden ser equivalentes de normalidad y anormalidad, son categorías asignadas por cada sociedad en cada momento histórico de su desarrollo. El grado de tolerancia que ella tiene por la enfermedad mental, determinará a su vez como y cuando la define como tal y las medidas que adoptará para su prevención y tratamiento.

Entendemos por salud mental la actitud de asumir, elaborar y arbitrar alternativas de solución frente a situaciones problemáticas que crean tensiones y que la enfermedad mental salvo en el caso de las etiológicamente generadas por lesiones orgánicas, es una reacción de defensa en sentido de reemplazo y compensación al par de abolir las funciones de la conciencia.

La enfermedad mental suele connotar el derrumbe de normas morales y el brote real o potencial de una conducta antisocial y extravagante. En esta concepción con su aureola de desviación moral, la imagen del paciente se acerca a la de CRIMINAL, y el hospital es mirado como una CARCEL a medida que desempeña primordialmente el papel de custodia. (1)

La O.M.S. nos dá una definición de salud mental como:
 La capacidad del individuo para establecer relaciones de su -
 ambiente físico y social, o de contribuir en ello de un modo
 constructivo.

El paciente es a la vez agente y objeto de cambio. La tarea de provocar el cambio corresponde ante todo al paciente mismo. Su trabajo primordial es análogo al del obrero de la producción industrial, que transforma la materia prima en productos socialmente útiles. La materia prima del paciente la constituye su propia personalidad: su tarea, transformarse a sí mismo para realizar en mayor medida sus valores personales y sociales. (2)

Ya que se comprende a la salud como un proceso equilibrado de interacción individuo-medio, es necesario considerar la desde ambas perspectivas en cualquier punto del continuo - en que se quiera conocerla y medirla.

Sobre la salud mental existen múltiples definiciones. Ackerman examina a la enfermedad mental y habla de tres niveles:

- 1.- Lo que está pasando psíquicamente en una persona;
- 2.- Lo que sucede entre esa persona y su ambiente humano; y
- 3.- lo que está perturbando en el proceso social del mismo ambiente.

Los criterios para salud y enfermedad mental no puede restringirse solo al individuo, sino deben abarcarlo dentro - del grupo, porque los males del individuo, la familia y la so- ciedad, forman un continuo.

1.1.- Etiología de la enfermedad mental

Por tratarse de un campo polémico, es lógico que coe- xistan distintas concepciones respecto a la etiología de la - enfermedad mental, que pueden sintetizarse en las siguientes:

- a).- ORGANISISTA: La enfermedad mental se origina por lesio- nes de los centros nerviosos o agotamiento de las célu- las nerviosas.
- b).- PSICOLOGISTA: La enfermedad mental se origina en desajug tes individuales del comportamiento.
- c).- SOCIOLOGISTA: La enfermedad mental se origina en el con- flicto con las normas sociales imperantes.
- d).- PSICOSOCIAL: La enfermedad mental es producto de defi- cientes relaciones sociales.

Evidentemente, cualquiera de las posiciones que adopte

mos como verdad absoluta es dogmática. No se puede negar la - constitución orgánica ni las experiencias de vida que el ambiente proporciona a cada individuo. Así como las lesiones orgánicas -o la herencia en algunos casos- pueden ser un factor clave en la etiología de la enfermedad mental, también lo son las tensiones y las luchas que el individuo tiene que desarrollar para vivir en una sociedad cada vez más deshumanizante.

1.2.- Adaptación y salud mental

Partes de enfermedad y partes de salud pueden coexistir en proporciones variables en una misma persona, debemos considerar la salud mental en términos de proceso de equilibrio y adaptación.

Si analizamos la multiplicidad de definiciones, tanto de lo que significa la tarea de trabajo social, como las que explican en que consiste la salud mental, nos encontramos - con un común denominador en la mayoría de ellas, que es la - palabra "adaptación".

Podemos tomar la palabra como, "el ajustar una cosa - con otra", lo primero que es necesario hacer es identificar esas dos cosas. Por un lado tenemos al individuo al cual se pretende hacer objeto de la adaptación, y por el otro lado -

a las normas sociales a las cuales se pretende ajustar. Y así parecería que el grado de salud mental de las personas - estuvieran en relación directa con el grado de adaptación de las normas sociales que rigen la sociedad en la cual está inmerso.

Quizás en el individuo se esté dando una adaptación - al medio externo, es decir que dé cumplimiento a las normas establecidas en la sociedad a la cual pertenece, pero simultáneamente puede ocurrir que padezca una falta de equilibrio interno que es también una falta de adaptación.

Luego vemos que la adaptación a nivel del individuo - se desglosa en: Adaptación al medio externo y ajuste interno por lo menos en el campo de la psiquiatría a la cual le interesa como es el comportamiento total del hombre dentro del sistema social en que lo juega. El conflicto interno, más - temprano o más tarde, recaerá en conducta de desadaptación - externa.

La adaptación no es un concepto estático del sometimiento de un algo a otro algo, sino en términos de equilibrio, es decir cuando el individuo tiene una conducta de aceptación a las normas sociales pero flexible de cambio y - permeable a la interacción dinámica, dejando de jugar el rol

pasivo para pasar a ser él mismo "agente de cambio". Es decir cuando el individuo puede actuar sobre el medio social, puede modificarlo y adecuar las normas.

1.3.- Marco referencial de normalidad y salud

De manera análoga, el punto de vista estadístico aplicado a los conceptos de salud y enfermedad tienen valor bien establecido en la psiquiatría. Quizá el ejemplo más claro de este hecho lo encontramos en la determinación del grado de la inteligencia. Decir que un sujeto tiene un cociente normal de inteligencia, significa sencillamente que se ha demostrado -- que es capaz de ejecutar cierto número de pruebas intelectuales, cuidadosamente seleccionadas con una eficacia que no es significativamente menor que la del promedio de los miembros de su grupo de edad; sin embargo, justamente como en las pruebas que ya hemos mencionado referente a la patología clínica, este punto de vista tiene sus limitaciones. Desde luego no -- existe línea divisoria franca.

Un cociente de inteligencia de 100 es normal; el cociente de inteligencia de 60 es indiscutiblemente anormal; pero que podemos pensar de un cociente de inteligencia de 80 ? desde otro punto de vista, las desviaciones estadísticas del promedio tienen (en este caso) significado para determinar el

estado de salud en un solo sentido.

Un cociente de inteligencia de 160 es indudablemente raro, pero, de ninguna manera significa que sea signo de mala salud.

La necesidad de tomar en cuenta los factores ambientales para formarse una idea de la salud mental del sujeto, es aún mayor que para determinar su madurez física.

El caso es análogo en lo que se refiere a la madurez psicológica, generalmente se considera que es más difícil de definir que la madurez física, se hace imperativo que cualquier apreciación de la salud mental del sujeto tome este factor en consideración. Los fenómenos psicológicos que son universales y enteramente normales para la juventud, son frecuentemente indicadores de enfermedad si persisten hacia la vida adulta.

A los puntos mencionados arriba (ausencia de enfermedades definibles, conformidad con las normas estadísticas y con el medio ambiente general) deben por lo tanto ser agregadas las principales características. Los detalles teóricos más finos pueden quedar abiertos a discusión, pero hay cierto consenso que es importante en lo que se refiere a los datos de -

mayor amplitud. Estos comprenden: 1) La capacidad para valorar la realidad con razonable exactitud; 2) la capacidad de amar a otras personas; 3) la capacidad de trabajar de un modo productivo; 4) la posesión de una conciencia eficaz, y 5) la capacidad de encontrar cierto grado de satisfacción a las necesidades básicas de la personalidad.

Se tratarán en seguida estos diversos puntos.

1).- Capacidad para valorar la realidad con razonable exactitud.

Probablemente ningún individuo es tan maduro que sea capaz de determinar los factores reales de la situación en que se encuentra, de tal manera que no haya influencia de sus propios deseos y temores; y sin embargo la mente popular va de acuerdo con la psicología científica, en conceder a tal capacidad un lugar de preferencia en cualquier enumeración en que se exponga un criterio de madurez.

Para el organismo humano hay por supuesto una realidad interna (autoconocimiento). Es típico del individuo maduro, bien ajustado, el que sus acciones se encuentren en acuerdo razonable con su realidad interna. Sus motivos superficiales y sus motivos más profundos (principales), coinciden ampliamente; en los casos en que esto no sucede, usualmente sus

motivos concientes son los que predominan.

2).- Capacidad de amar a los otros.

Como "el amor" es un término del cual se ha abusado mucho, quizá no se haga inmediatamente aparente hasta que grado la capacidad de amar está en relación con la madurez psicológica. En la presente exposición, capacidad de amar quiere decir, capacidad de sostener relaciones afectuosas con otras personas, en la que se toma en cuenta la felicidad y el bienestar de dichas personas, a pesar de que no se descarten los intereses propios del que ama, que son legítimos. Por lo tanto tendrá que hacerce la distinción entre dicha capacidad de amar y el deseo sexual simple, la conducta destinada a congruarse meramente con los demás.

Para el observador, la principal causa de confusión -- puede consistir en la diferencia que existe entre la capacidad de amar y necesidad intensa de ser amado. Esta última naturalmente se encuentra presente en toda su fuerza desde el momento del nacimiento, mientras que la primera es algo adquirido en circunstancias favorables durante la niñez y la adolescencia. Como tanto la capacidad como la necesidad de ser amado pueden dar lugar a otro género de actitudes destinadas a ganarse los afectos de los demás, en una palabra, a congruarse con ellos, quizá no es asunto fácil distinguir entre ...

las dos. La piedra de toque para identificar el amor es la -- disposición que existe por parte del individuo para hacer lo que sea mejor para la persona amada, a pesar de que la acción de que se trate sea causa temporal de cierto grado de disgusto para el que la emprende.

3).- Capacidad de trabajar productivamente.

La capacidad de trabajar productivamente, como criterio de salud mental, quizá necesite menos estudio complicado que alguno de los otros puntos. Lo que debe subrayarse es que el individuo maduro deriva de su trabajo un placer funcional, por lo menos en algunos de sus aspectos principales. El individuo trabaja no por que se vea compulsivamente obligado a hacerlo, ni tampoco como medio de satisfacer su orgullo, sino como una inclinación natural, en la que se tiene en cuenta -- los beneficios reales que repercuten en el bienestar propio, y en el de las otras personas que lo rodean.

4).- Posesión de una conciencia eficaz.

La característica de una conciencia adulta eficaz, se ve con frecuencia sujeta a mala comprensión y errores. Debe -- subrayarse que la eficacia se mide mejor por la oportunidad, que por la severidad de la actitud de la conciencia. Como ejemplo podemos considerar el frecuente remordimiento del alcohólico "la mañana despues". En tal caso la actitud de la con-

ciencia puede causar considerable sufrimiento al individuo, - pero no es posible que contribuya a un ajuste saludable, puesto que el hecho ha sido consumado.

La función de una conciencia madura es en gran parte - preventiva; guía al individuo adulto sano de tal manera, que lo mantiene alejado de dificultades, no solo el sentido limitado de evitar el castigo, sino también en el sentido más -- amplio de evitar que su conducta sea destructiva para sí mismo o para los demás.

5).- Capacidad de encontrar satisfacción a las necesidades básicas.

Si bien es característico del adulto maduro el ser capaz de abstenerse de la satisfacción inmediata que proporcionan algunas de estas tendencias, substituyéndolas por las con--secuencias a largo plazo, es también característico que pueda obtenerse una última satisfacción placentera de las demandas del hambre y de la sed, de las de la sexualidad, de algunos impulsos agresivos, etc.. Sin embargo es típico de la madurez que tales necesidades sean satisfechas de manera que produz--can un mínimo de sufrimiento propio y de sufrimiento para los demás.

1.4.- Panorámica de las funciones psiquiátricas

Aunque la psiquiatría es una de las ramas de la medicina bastante reciente, tiene la importante misión de cuidar y tratar una de las dolencias humanas más antiguas y más deprimentes; "La pérdida de la razón". Esta misión ha ido adquiriendo cada vez más importancia a medida que se descubren más enfermedades de componente emocional. Hoy día su campo de operaciones abarca el cuidado de los enfermos emocionales y mentales.

Los psiquiatras son médicos especializados en trastornos mentales, así que fundamentalmente son médicos profesionales. Dada la naturaleza de su trabajo y supuesto que conocen la forma humillante con que se ha mirado y repudiado a estos enfermos a lo largo de los siglos, están exentos de -- prejuicios, críticas e incomprensiones sobre su propia función. pero sienten en lo vivo ver que hay quien, por prejuicio o ignorancia, desaconsejan que acudan al psiquiatra ciertos enfermos que podrían aprovechar sus servicios: "Una miopía que a veces culmina en tragedia".

Cualesquiera que puedan ser las causas remotas de las diversas enfermedades mentales -y muchas de ellas que son desconocidas-, una cosa es cierta: Que no respetan a nadie y -

y que nadie, está completamente inmunizado contra ellas. Basta mirar al historial de nuestra propia familia o de las familias de nuestros amigos y vecinos para descubrir, casi con seguridad que alguno de sus miembros padece o ha padecido -- trastornos emocionales, prescindiendo del "pladoso" diagnóstico con que se le haya calificado para no herir la susceptibilidad familiar.

Las enfermedades mentales atacan lo mismo a jóvenes -- que a viejos, a ricos y a pobres, a gente religiosa que irreligiosa. ¡Cuántas veces al manifestarse la enfermedad, prorrumpe la gente en gritos desesperados, no por razón del trastorno en sí, pues ya se sabe que puede remediarse en gran parte, sino más bien por el prejuicio general, aún reinante contra esa debilidad. En vez de reconocerla por lo que es -- o sea una enfermedad--, algunos todavía la consideran como un castigo o como una vergüenza, y así se esfuerzan por negarla u ocultarla por miedo a que se piense mal de la familia. Este temor a enfrentarse con la realidad de la situación cede muchas veces en detrimento del enfermo y se pierde un tiempo -- preciso peloteándole de acá para allá, de médico en médico, -- con el afán de que alguno diagnostique una enfermedad física que consideran más "respetable" y aceptable. Se solía recurrir a la tuberculosis y al cáncer pero, por suerte para los pacientes, su estigma ha ido desapareciendo en gran parte.

Las enfermedades mentales tienen poco viso dramático; pocas veces se les considera como fatales, como pueden ser, los trastornos cardíacos y el cancer; pero se sabe que arruinan y malogran el disfrute de una vida provechoza y feliz. - También suele pasarse por alto las muertes que se suceden en los sanatorios mentales. Estas además de las tragedias diarias, en que no se piensa generalmente, por quedar englobadas en la denominación de enfermedades mentales, contribuyen a agravar la desgracia de los pacientes y de su familia.

Hoy abundan más que nunca los suicidios, el abuso de los narcóticos, los divorcios, y todo esto corresponde a alguna forma de inestabilidad emocional. Así como también la existencia de gran número de alcohólicos y un tanto más, que parecen aspirar al mismo título. Además de estos, hay muchísima gente necesitada de ayuda: que padecen de ansiedad, fobias y depresiones; vidas de niños arruinadas; familias desintegradas; esperanzas frustradas por la enfermedad de los seres queridos.

También es triste ver tantos ancianos -muchos de los cuales llevaron una vida buena y útil- destinados a ingresar en casas de salud para terminar allí sin gloria sus psicosis seniles. Estos hechos son fáciles de describirse, pero pocas veces sugieren la profundidad de la tristeza personal que fre

cuentemente nubla la existencia de estos enfermo.

Quando el psiquiátra contempla las estadísticas, que indican la enormidad del problema, sienten una especie de escalofrio, -- pues se dá cuenta de sus limitaciones y de -- las de su especialidad frente a todo este sufrimiento. (3)

Mientras cada psiquiátra conoce sus límites ante estos trastornos variados y omnipotentes, sabe tambien que su especialidad ha adquirido ahora un arsenal de información y de conocimientos sobre las reacciones emocionales humanas --fruto de laborioso esfuerzo en sanatorios y laboratorios y hasta en asilos de tiempo antiguo--. Antiguamente las enfermedades mentales arruinaban la vida, deshaciendo la existencia familiar y social, y destrufan la felicidad humana.

Sin embargo se espera poder demostrar a la luz de la moderna terapéutica que no tienen por que ser tan tétricos -- los resultados. Esta ciencia sabe como contribuir valiosamente a aliviar los trastornos emocionales, sobre todo si se los llega a tratar con tiempo, antes de que se "congelen". Por razón de estas contribuciones y posibilidades, la psiquiatría merece un puesto importante en el firmamento de la medicina.

N O T A S:

- (1) LEVISON J., Daniel y GALLAGHER B. ., Eugene. Sociología del enfermo mental. Buenos Aire. Amorrurto. 1964. p.51
- (2) Ibid. op. cit. p. 52
- (3) BRACELAND J., Francis y STOCK, Michael. Psiquiatría moderna. Madrid, Gregos, S.A. 1967 p. 15

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES
MENTALES

Las necesidades de los pacientes con diferentes afecciones psiquiátricas varían mucho; a fin de poder ayudar más eficazmente a estas personas y para poder planear nuestros servicios con más eficacia, debemos tener un sistema confiable de diagnóstico. En el presente capítulo presentamos un esquema de clasificación simplificado para que logren una mayor comprensión, aquellos que no son psiquiatras.

- I.- Retraso mental (de todas causas).
- II.- Síndromes orgánicos cerebrales.
 - A.- Psicosis.
 - B.- No psicóticos.
- III.- Psicosis no atribuidas a las enfermedades físicas enumeradas anteriormente.
 - A.- Esquizofrenia.
 - B.- Trastornos afectivos principales.
 - 1.- Melancolía involutiva.
 - 2.- Enfermedades maniaco depresivas.
 - C.- Reacciones psicoticodepresivas.
 - D.- Estados paranoides.

- 1.- Estados involutivos paranoides.
 - 2.- Paranoia.
- IV.- Neurosis.
- V.- Trastornos de la personalidad y algunos otros trastornos mentales no psicóticos.
- A.- Trastornos de la personalidad.
 - 1.- Personalidad antisocial.
 - B.- Desviación sexual.
 - C.- Alcoholismo.
 - D.- Dependencia de las drogas.
- VI.- Trastornos psicofisiológicos.
- VII.- Síntomas especiales.
- VIII.- Trastornos situacionales transitorios.
- XI.- Trastornos de la conducta en la infancia y en la adolescencia.
- X.- Enfermedades sin trastorno psiquiátrico manifiesto.
- A.- Inadaptación social.
 - 1.- Conducta disocial.
 - B.- Enfermedades no específicas.
 - C.- Ausencia de trastorno mental.

Aunque es posible clasificar las enfermedades mentales en la forma en que se ha hecho, debe admitirse que, en la práctica, esto es con frecuencia bastante más difícil para poder asignarle a un caso en particular un nicho diagnóstico.

En muchos casos, el paciente tiene síntomas sugerentes de más de un tipo de enfermedad, o bien los síntomas se encuentran - tan profundamente alterados por las características de la - personalidad o por la influencia ambiental, que es difícil - distinguir la enfermedad subyacente. Un trastorno puede va- - riar muy considerablemente de acuerdo con la etapa de su evo- lución y el diagnóstico inicial puede ser cambiado en más de una ocasión.

A continuación una breve descripción de los trastornos mentales mencionados en la clasificación inicial.

2.1.- Retraso mental

Funcionamiento intelectual subnormal. El retraso empieza durante el período del desarrollo y va asociado con un déficit en la maduración, o en el aprendizaje y en la adaptación social o en ambos.

Subcategorías clínicas del retraso mental:

Consecutivo a infección e intoxicación (enfermedades - congénitas de cuerpos de inclusión citomegálicos, rubeola, si filis, toxoplasmosis; anelopatía asociada con otras infecciones prenatales, debida a infección cerebral posnatal, asociada con toxemia de embarazo de la madre, bilirrubina y postin-

munización).

Consecutivo a un trauma o agente físico (encefalopatía debida a la lesión prenatal, lesión mecánica en el momento -- del nacimiento, asfixia neonatal y lesión posnatal).

Asociado con trastornos del metabolismo, el crecimiento o la nutrición (lipoidosis cerebral, histiocitosis lipídica fenilcetonutia, degeneración hepatolenticular, porfiria, - galactosemia, glucogenosis e hipoglucemia).

Asociado con enfermedad cerebral grosera, posnatal -- (neurofibromatosis, angiomatosis cerebral trigeminal, esclerosis tuberosa, encefalopatía asociada con esclerosis difusa -- del cerebro).

Asociado con enfermedades y estados debidos a influencia prenatal desconocida.

Asociado con anomalías cromosómicas.

Consecutivo a un trastorno psiquiátrico importante.

Asociado con factores psicológicos.

2.2.- Síndromes orgánicos cerebrales

Trastornos que se caracterizan por una alteración de la función del tejido cerebral, lo que provoca una alteración en la orientación, memoria, funciones intelectuales y juicio, y una afectividad superficial (la forma aguda es reversible; la forma crónica es permanente).

A.- Psicosis asociada a síndromes orgánicos cerebrales:

Demencia senil: Abarca las enfermedades cerebrales corticales parecidas a la demencia senil, pero se produce en gente más joven; las de Pick y Alzheimer son ejemplos de ella.

Delirium tremens: Síndrome cerebral agudo provocado por intoxicación alcohólica y caracterizado por delirio, alucinaciones visuales y fuertes temblores.

Psicosis de Korsakov: Síndrome cerebral crónico (alcohólico) provocado por una intoxicación por alcohol de largo tiempo de duración y que se caracteriza por confabulación, deterioro de la memoria, desorientación y neuropatía periférica.

Otras alucinaciones alcohólicas: Alucinaciones provoca

das por el alcohol pero no calificadas de delirium tremens, - deterioro alcohólico, o psicosis de Korzakov. El paciente puede tener alucinaciones auditivas amenazantes, si bien su sensorio está relativamente despejado.

Estado paranoide alcohólico: Estado paranoide en alcohólicos crónicos, caracterizado por celos e ideas delirantes sobre infidelidad del cónyuge.

Intoxicación alcohólica aguda: Abarca síndromes cerebrales agudos originados por alcohol y de proporciones psíquicas, pero no calificadas de delirium tremens, alucinaciones agudas o intoxicación patológica. .

Deterioro alcohólico: Comprende síndromes cerebrales crónicos originados por alcohol y de grado psicótico, pero no calificado como psicosis de Korsakov.

Intoxicación patológica: Síndrome cerebral agudo de características psíquicas, consecutivo a una pequeña ingesta de alcohol.

Psicosis asociada con infección intracraneal y parálisis intracraneal: Psicosis caracterizada por signos y síntomas de sífilis parenquimatosa del sistema nervioso y en gene-

ral por una cerología positiva.

Psicosis con otro tipo de sífilis del sistema nervioso central: Comprende todas las demás psicosis provocadas por infección intracraneal por Spiroqueta pallida.

Psicosis por encefalitis epidémica: (Encefalitis de - Von Economo). Trastorno ocasionado por la encefalitis epidémica vírica tras la primera Guerra Mundial.

Psicosis con otras encefalitis y encefalitis no especificadas: Comprende trastornos provocados por infecciones encefálicas distintas de la encefalitis epidémica.

Psicosis con otras infecciones intracraneales o infecciones intracraneales no especificadas: Comprende enfermedades agudas y crónicas ocasionadas por infecciones no encefálicas ni cifilíticas incluyendo meningitis y absesos cerebrales.

Psicosis con arteriosclerosis cerebral: Trastorno crónico originado por arteriosclerosis cerebral; puede presentar se junto con demencia senil o. presentil.

Psicosis con otros trastornos circulatorios cerebrovasculares: Trastorno como trombosis cerebral, embolismo cere-

bral, hipertensión arterial, cardiopatía y enfermedad cardiovascular.

Psicosis con epilepsia: Enfermedad asociada con epilepsia idiopática; la conciencia del paciente puede estar obnubilada o éste puede estar ofuscado, confuso, aturdido y ansioso; en ocasiones puede presentar un episodio de excitación, alucinaciones, miedo y explosiones violentas.

Psicosis con neoplasia intracraneal: Comprenden neoplasias primarias y metastásicas.

Psicosis con enfermedad degenerativa del sistema nervioso central.

Psicosis con trauma cerebral: Comprende trastornos cerebrales crónicos postraumáticos y trastornos que se desarrollan inmediatamente después de una lesión craneal grave o de una intervención quirúrgica cerebral, y que produce cambios importantes en el sensorio y en la afectividad.

Psicosis con trastorno endocrino: Comprende trastornos ocasionados por complicaciones de la diabetes y por trastornos de las glándulas endocrinas.

Psicosis con trastornos nutritivos o metabólicos: Comprende trastornos originados por pelagra, avitaminosis y trastornos metabólicos.

Psicosis con infección sistémica: Comprende trastornos originados por infecciones sistémicas generales graves como - neumonía, fiebre reumática aguda, fiebre tifoidea y malaria.

Psicosis con intoxicación por tóxicos o fármacos (distintos del alcohol): Comprenden trastornos ocasionados por - fármacos, como las drogas psicodélicas, y por hormonas, gases, metales pesados y otros tóxicos, excepto el alcohol.

B.- Síndromes orgánicos cerebrales no psicóticos: Los niños con una leve lesión presentan con frecuencia hiperactividad fácil, e impulsividad; algunas veces están inhibidos, - sin prestar atención, perseverantes, y no reaccionan; algunos tienen dificultad para iniciar una acción. Las subcategorías incluyen síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos con infección intracraneal; con drogas, envenenamiento, o intoxicación sistémica; con trauma cerebral; con trastorno circulatorios; con epilepsia; con trastornos del metabolismo, el crecimiento o la nutrición; con demencia senil o presenil; con - neoplacia intracraneal, y con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.

2.3.- Psicosis no atribuibles a las enfermedades físicas enumeradas anteriormente

A.- Esquizofrenia: Comprende trastornos que se manifiestan por alteraciones del pensamiento (alteraciones de la formación de conceptos que pueden conducir a una interpretación equivocada de la realidad y a veces ideas delirantes y alucinaciones) del estado de ánimo (reactividad ambivalente, constreñida e inadecuada y pérdida de la empatía con los demás), y de la conducta (inhibida, regresiva y extraña).

Tipo simple: Esquizofrenia que se caracteriza por una progresiva reducción de la relación e intereses con el mundo externo, por apatía e indiferencia, por empobrecimiento de las relaciones interpersonales, por deterioro mental, y por un nivel de funcionamiento bajo.

Tipo hebefrénico: Esquizofrenia que se caracteriza -- por desorganización del pensamiento, risa sin motivo, afectividad superficial e inadecuada, manierismos, conducta necia y regresiva, quejas hipocondriacas frecuentes, y ocasionalmente ideas delirantes y alucinaciones transitorias no organizadas.

Tipo catatónico: El subtipo exitado se caracteriza -- por una actividad motora excesiva y algunas veces violenta; --

el subtipo inhibido se caracteriza por inhibición generalizada, estupor, mutismo, negativismo, flexibilidad c6rea, o en algunos casos, estado de vida vegetativa.

Tipo paranoide: La esquizofrenia caracterizada por ideas delirantes de persecuci3n o de grandeza y algunas veces por alucinaciones o religiosidad excesiva; el paciente es con frecuencia hostil y agresivo.

Episodio esquizofr6nico agudo: Enfermedad que se caracteriza por la aparici3n de sntomas esquizofr6nicos y confusi3n, turbaci3n emocional, perplejidad, ideas de referencia, disociaci3n parecida a los sueos, exaltaci3n, depresi3n, o miedo.

Tipo latente: Esquizofrenia caracterizada por sntomas evidentes, pero no hay una historia de un episodio psic3tico de tipo esquizofr6nico; a veces se le ha designado como esquizofrenia incipiente, prepsic3tica, pseudopsic3tica, o borderline.

Tipo residual: Comprenden pacientes con signos de esquizofrenia despu3s de un episodio psic3tico esquizofr6nico, pero ya no son psic3ticos.

Tipo esquizoafectivo: Comprende a los pacientes que os tentan una mezcla de síntomas esquizofrénicos y una gran exi- tación (subtipo exitado) o incluso depresión (subtipo deprimi do).

Tipo infantil: Esquizofrenia que aparece antes de la pubertad. Se caracteriza por una conducta autista, atípica e inhibida; existe un fallo en el desarrollo de una entidad se- parada de la madre; retraso general, gran inmadurez, y altera- ciones del desarrollo.

Tipo crónico indiferenciado: Esquizofrenia con sínto-- mas mezclados con pensamiento, afectividad y conducta defini- dos, no clasificados en otra parte.

B.- Trastornos afectivos principales: Psicosis que se caracterizan por un único trastorno del estado de ánimo -de-- presión o exitación extremas- que domina la vida mental del - paciente y es responsable de la pérdida de contacto con el am biente, pero que no es precipitada por una experiencia vital.

Melancolía involutiva: Psicosis que se presenta duran- te el período involutivo y se caracteriza por ansiedad, agita ción, preocupación e insomnio grave y con frecuencia por preo cupaciones somáticas y sentimientos de culpa.

Enfermedades maniacodepresivas: Psicosis caracteriza--
das por aislaciones importantes del estado de ánimo y por re-
misión y recidiva.

Tipo maniaco: Enfermedad maniacodepresiva, que solo --
presenta episodios maniacos, excitación excesiva, locuacidad,
irritabilidad, fuga de ideas y actividad motora y del lengua-
je acelerado.

Tipo depresivo: Enfermedad maniacodepresiva que consta
solo de dos episodios depresivos, estado de ánimo gravemente
deprimido, retardamiento mental y motor, y algunas veces recu-
lo, inquietud, perplejidad, agitación, aluciones, alucinacio-
nes e ideas delirantes de culpa.

C.- Estados paranoides: Trastornos psicoticos en los -
que la anomalía esencial es la presencia de ideas delirantes
de persecución o de grandeza.

Paranoia: Enfermedad poco frecuente que se caracteriza
por el desarrollo gradual de un sistema paranoide elaborado,
que se basa en un acontecimiento real, el paciente con fre-
cuencia considera que es superior y único; la enfermedad cró-
nica raras veces interfiere con su pensamiento y personalidad.

Estado paranoide involutivo: Psicosis paranoide que se caracteriza por una formación delirante en el período involutivo.

D.- Reacción psicótica depresiva: Psicosis que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido causado por una experiencia real, pero sin historia de depresiones repetidas u oscilaciones del estado de ánimo.

2.4.- Neurosis

Trastorno caracterizado por ansiedad, pero no por una gran desorganización o gran distorsión o interpretación equivocada de la realidad externa.

Neurosis de ansiedad: Neurosis caracterizada por una - excesiva preocupación ansiosa que llega hasta el pánico extremo; se asocia con frecuencia con síntomas somáticos.

Neurosis histérica: Neurosis caracterizada por déficit psicógeno involuntario o trastorno funcional; los síntomas empiezan y terminan de manera brusca en situaciones de elevada carga emocional que simboliza un conflicto subyacente.

Tipo de conversión: Neurosis histérica en la cual se

afectan sentidos especiales o el sistema nervioso voluntario y provoca ceguera, sordera, anosmia, anestias, parestesias, parálisis, ataxia, el paciente presenta con frecuencia una inadecuada despreocupación y puede obtener algunos beneficios de sus síntomas.

Tipo disociativo: Neurosis histérica en la que las alteraciones en el estado de conciencia del paciente o de su identidad producen amnesia, sonambulismo, fuga o personalidad múltiple.

Neurosis fóbica: Neurosis que se caracteriza por un miedo intenso de un objeto o situación, que el paciente sabe que no constituye un peligro real para él, pero que provoca debilidad, palpitaciones, sudoración, náuseas, fatiga, temblor y pánico.

Neurosis obsesivoconvulsiva: Neurosis caracterizada por la intrusión involuntaria y persistente de pensamientos, impulsos o acciones, y que se acompañan con frecuencia de ansiedad y angustia.

Neurosis depresiva: Caracterizada por una excesiva depresión provocada por un conflicto interno o un acontecimiento o pérdida identificable.

Neurosis neurasténica: Se caracteriza por quejas de debilidad crónica, fatigabilidad fácil y agotamiento, que angustia al paciente.

Neurosis de despersonalización: Síndrome caracterizado por un sentimiento de irrealidad y extrañeza del cuerpo, el Yo o el ambiente.

Neurosis hipocondriaca: Enfermedad que se caracteriza por preocupación por el cuerpo y temores continuos de una supuesta enfermedad.

2.5.- Trastornos de la personalidad y algunos otros trastornos mentales no psicóticos.

A.- Trastornos de la personalidad: Trastornos caracterizados por pautas de conducta inadaptadas, inculcadas profundamente, generalmente durante una larga época de la vida que habitualmente pueden reconocerse en la adolescencia o antes.

Personalidad paranoide: Pauta de conducta caracterizada por desconfianza injustificada, hipersensibilidad, celos, envidia, rigidez, importancia excesiva del Yo y una tendencia a culpar y atribuir malas intenciones a los demás, síntomas que con frecuencia interfieren con la capacidad de mantener relaciones interpersonales satisfactorias.

Personalidad ciclotímica: Pauta de conducta caracterizada por períodos alternativos y recidivantes de euforia (caracterizado por optimismo, ambición, gran energía, animación y entusiasmo) y depresión (caracterizada por pesimismo, pocas energías, preocupación y una sensación de futibilidad) estados de ánimo que no son atribuibles a circunstancias externas.

Personalidad esquizoide: Pauta de conducta que se caracteriza por reserva, hipersensibilidad, aislamiento, evitación de relaciones íntimas o competitivas y excentricidad, y algunas veces por pensamiento autista sin pérdida de capacidad para reconocer la realidad, por ensueños, e incapacidad de expresar hostilidad y agresión.

Personalidad explosiva: Caracterizada por explosiones bruscas de agresividad o rabia que difieren notablemente de la conducta usual del paciente.

Personalidad obsesivoconvulsiva: Se caracteriza por una preocupación excesiva por la conformidad y normas de la conciencia; el paciente puede ser rígido, excesivamente escrupuloso, excesivamente sumiso, muy inhibido e incapáz de relajarse.

Personalidad histérica: Pauta de conducta caracterizada por inestabilidad emocional, excitabilidad, hiperactividad, vanidad, inmadurez, dependencia y dramatización del Yo, que intenta atraer la atención y es seductiva.

Personalidad asténica: Se caracteriza por pocas energías, fatigabilidad fácil, falta de entusiasmo, incapacidad para disfrutar la vida e hipersensibilidad al stress.

Personalidad antisocial: Comprende personas no socializadas, en conflicto con la sociedad, personas que son incapaces de sentir culpa o aprender de la experiencia, con un bajo nivel de tolerancia a la frustración y una tendencia a culpar a los demás.

Personalidad pasivoagresiva: Pauta de conducta caracterizada por pasividad y agresividad, que con frecuencia se manifiesta pasivamente con obstruccionismo, berrinches, pereza, ineficacia y obstinación.

Personalidad inadecuada: Pauta de conducta que se caracteriza por respuestas ineficaces a las demandas, poca incapacidad, poco criterio, inestabilidad social, inadaptabilidad y falta de fuerza vital.

B.- Desviaciones sexuales: Comprende personas cuyos intereses sexuales se dirigen principalmente hacia objetos que no son personas del sexo opuesto, hacia actos sexuales que no van asociados habitualmente al coito, o hacia coitos realizados en circunstancias extrañas. Entre ellos se incluyen degviaciones tales como la homosexualidad, fetichismo, pedofilia, transvestismo, exhibicionismo, voyerismo, sadismo y masoquismo.

C.- Alcoholismo: Comprende pacientes cuya ingesta de alcohol perjudica su salud o el funcionamiento personal o social para los cuales el alcohol es esencial.

Ingesta alcohólica excesiva episódica: Situación en la que el alcoholismo está presente y la persona se intoxica por lo menos cuatro veces al año.

Ingesta alcohólica excesiva habitual: Situación en la que el alcohólico se intoxica (alteración del lenguaje, la -- coordinación o la conducta) más de doce veces al año, o que puede ser visto bajo los efectos del alcohol más de una vez a la semana, aunque no intoxicado.

Adicción alcohólica: Estado en el cual el paciente - tiene una dependencia del alcohol, sufre síntomas de supre---

sión.

D.- Dependencia de drogas: Comprende pacientes adictos o que tienen dependencia de otras drogas además del alcohol, el tabaco y bebidas que contienen cafeína. El paciente puede presentar dependencia del opio y sus derivados; analgésicos - de síntesis con efectos parecidos a la morfina; barbitúricos; otros hipnóticos, sedantes o tranquilizantes; cocaína; cannabis sativa (achis y marihuana); otros psicoestimulantes como las anfetaminas y alucinógenos.

2.6.- Trastornos psicofisiológicos

Trastornos caracterizados por síntomas físicos producidos por factores emocionales y que afectan a un sistema de órganos aislados, que generalmente están bajo un control del sistema nervioso autónomo.

Trastorno psicofisiológico cutáneo: Comprende reacciones del tipo de la neurodermatosis, prurito, dermatosis atópica e hiperhidrosis, ocasionadas por factores emocionales.

Trastornos psicofisiológicos de la musculatura esquelética: Comprende trastornos como dolores de espalda, calambres musculares, mialgias y cefaleas de tensión provocadas --

por factores emocionales.

Trastornos psicofisiológicos respiratorios: Comprenden trastornos del tipo del asma bronquial, síndrome de hiperventilación, disnea y tos, provocados por factores emocionales.

Trastornos cardiovasculares psicofisiológicos: Comprenden trastornos del tipo de la hipertensión, espasmos vasculares, taquicardia paroxística y migraña provocadas por factores emocionales.

Trastornos psicofisiológicos hemáticos y linfáticos: - Provocados por factores emocionales.

Trastornos psicofisiológicos gastrointestinales: Del tipo de la úlcera péptica, constipación, gastritis crónica, - colitis ulcerosa y mucosa, hiperacidéz, pilorospasmos, cardi-algia y colon irritable, provocados por trastornos emociona-les.

Trastornos psicofisiológicos genitourinarios: Comprenden trastornos del tipo de la dispareunia, impotencia y trastornos en la menstruación y la micción, provocados por trastornos emocionales.

Trastornos psicofisiológicos de órganos de los sentidos: Comprende cualquier trastorno, excepto las reacciones de conversión, de los órganos de los sentidos por factores emocionales.

2.7.- Síntomas especiales

Síntomas especiales no comprendidos en otros incisos: Comprenden psicopatologías que se manifiestan por un solo síntoma que no es solo el resultado de un trastorno orgánico o de otro trastorno mental. Se incluyen entre ellos los trastornos del lenguaje, los trastornos de aprendizaje específico, los tics, otros trastornos psicomotores, trastornos del sueño, trastornos en la alimentación, enuresis, encopresis y cefalalgias.

2.8.- Trastornos situacionales transitorios

Trastornos temporales de gravedad variable, que se producen en ausencia de cualquier trastorno subyacente aparente y son reacciones agudas a stress ambiental. Los trastornos se clasifican como reacciones en la infancia, adolescencia, vida adulta o vejez.

2.9.- Trastornos de conducta en la infancia y adolescencia

Trastornos más estables, internalizados y resistentes al tratamiento, que los trastornos situacionales transitorios pero no tanto como las psicosis, neurosis y trastornos de la personalidad. Los síntomas característicos son la hiperactividad, falta de atención, hiperagresividad, delincuencia, reserva, sentimiento de rechazo y timidez.

Reacción hipercinética de la infancia o adolescencia: Trastornos caracterizados por hiperactividad, agitación, distractibilidad y tiempo de atención corto, especialmente en -- los niños pequeños.

Reacción de inhibición en la infancia o adolescencia: Caracterizado por reserva, timidez, retardamiento, aislamiento, impresionabilidad e incapacidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

Reacción hiperansiosa: Caracterizado por ansiedad crónica, insomnio, pesadillas, miedo excesivo e imaginario, y -- respuestas autonómicas exageradas. El paciente es en general inmaduro, autoconciente, sometido, inhibido, sumiso, carece -- de confianza en sí mismo, busca la aprobación, y es receloso

en situaciones y lugares nuevos.

Reacción de huida: Comprende pacientes que de manera característica escapan de su casa durante uno ó más días para huir de situaciones amenazantes, que roba furtivamente, son inmaduros y tímidos, se sienten rechazados por su familia, -- sin amigos e inadaptados.

Reacción agresiva no socializada: Trastornos caracterizados por desobediencia hostil, agresividad, potulancia, son vengativos, destructivos, tienen explosiones de cólera, roban solos, son mentirosos y fastidian a los otros niños. Los pacientes en general no tienen una disciplina o aceptación sólida por parte de los padres.

Reacción delincuente de grupo, de la infancia o adolescencia: Comprende pacientes, chicos en general, que aceptan los valores, conductas y habilidades de su pandilla, con los cuales roban, se escapan de la escuela y están fuera de casa hasta avanzadas horas de la noche.

2.10.- Enfermedades sin trastorno psiquiátrico

A.- Inadaptaciones sociales sin trastorno psiquiátrico

manifiesto: Comprende personas normales desde el punto de vita psiquiátrico, pero que no tienen problemas graves.

Inadaptación marital: Comprende personas normales con importantes conflictos en el matrimonio.

Inadaptación social: Comprende shocks y conflictos culturales provocados por fidelidad a dos culturas.

Inadaptación ocupacional: Comprende personas normales que están inadaptadas a su trabajo.

Conducta asocial: Comprenden personas que persiguen -- propósitos criminales, pero que no son calificadas como personalidades antisociales.

B.- Enfermedades no específicas: Comprenden enfermedades no clasificadas en ninguna otra categoría.

CAPITULO III

TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

Es la participación en la solución de los problemas -- planteados por las enfermedades mentales. Los trastornos mentales muchas veces son influenciados por el medio en que vive el enfermo, por circunstancias vitales y por la dinámica de las relaciones interpersonales.

Uno de los objetivos del Trabajo Social Psiquiátrico consiste en crear las condiciones que hagan posible que las personas mentalmente enfermas puedan aceptarse a sí mismas y logren mejorar sus relaciones con las otras personas. (1)

El trabajo social psiquiátrico divide su área de trabajo en dos grandes grupos: trabajo social intramural, o sea el que se realiza dentro del área física de la institución; y el trabajo social extramural, es decir, el que se lleva a cabo fuera del área física de la institución.

Dentro del área intramural: La tarea se dedica especialmente con los pacientes, pero también suele extenderse a los familiares, cuando recurren a solicitar orientación, así mismo en caso de que el paciente se encuentre hospitalizado, cuando acuden a visitarlo, esto facilita la comunicación cons

tante entre el trabajador social y la familia.

En el área extramural: Se comprende la labor con la familia (observación del medio), los grupos relevantes (laborales, escolares, etc.), con otras instituciones o dependencias (por razones de trámites o derivaciones) y lo que se entiende por proyección comunitaria, sobre todo en el área preventiva.

Si bien el trabajo social es siempre trabajo social, cualquiera que fuese el terreno en que actúe, existen ciertas características o modalidades en el campo de la psiquiatría, que es conveniente señalar para encuadrar mejor el rol que le compete al Trabajador Social Psiquiátrico.

Las modalidades son las siguientes:

- a) El tipo de cliente es diferente, los pacientes están neuróticos o son enfermos mentales;
- b) el trabajador social psiquiátrico no tiene la responsabilidad total del diagnóstico; comparte esa responsabilidad con el resto del equipo;
- c) salvo raras excepciones, el cliente no se presenta a solicitar la ayuda: generalmente es traído por otra persona (miembro de su familia, agente policía

co, amigo, etc.);

- d) el trabajador social no trabaja solo con el paciente: generalmente está tratando uno o más miembros de la familia; y
- e) el paciente está tratado por el psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermera, terapeuta ocupacional. etc.. El foco del tratamiento es el paciente y el trabajo con la familia está orientado en relación a este.

Vemos que por un lado, tenemos a un tipo de pacientes muy especiales y con características de conducta diferenciada de acuerdo con el tipo de enfermedad que padece y, por el otro, que su atención reviste características particulares y precisas lo que va enmarcando, de alguna manera el rol del trabajador social en las distintas circunstancias.

El paciente por estas particularidades propias de la enfermedad, requiere un tipo de atención integrada por distintos profesionales, que la realizan a través de un equipo de trabajo⁺.

+. - Equipo de trabajo o interdisciplinario, será tratado con más amplitud, para lograr una mejor comprensión del mismo, en el inciso 3.2.2 de este capítulo.

3.1.- El Trabajador Social Psiquiátrico

Es necesario que el trabajador social psiquiátrico adquiera seguridad acerca de su aptitud para responder adecuadamente a la conducta de los enfermos mentales, para que pueda sentirse cómodo y relacionarse fructíferamente con los pacientes.

La capacidad de interacción entre el trabajador social y el paciente, está relacionada estrechamente con la percep--ción que este tenga del Trabajo Social y el rol que desempeña el trabajador social. Es útil para dicho profesional evaluar todas sus relaciones con los distintos pacientes.

El comportamiento de los enfermos mentales constituye una fuerza generadora de ansie--dad que se irradia a las personas que trabajan con ellos y como toda fuerza, suscita otra fuer--za contraria para neutralizar la primera; así - es como las personas que trabajan con enfermos mentales suelen elaborar defensas, y es común - que las respuestas que dan a los enfermos, sean determinadas por la necesidad de protegerse a - sí mismas contra la ansiedad provocada. (2)

Es imposible llegar a examinar las propias motivacio--nes debido a que las mismas responden a un proceso parcial o totalmente inconciente. Por lo tanto, en trabajador social necesita una guía que le permita evaluar esa forma peculiar que

tiene de acercarse a los pacientes. La correcta manera de lograr esta orientación, es a través de la supervisión, ya sea individual o de grupo.

Otro de los pasos que tiene que dar es, no solo aprender todo lo más posible acerca de la conducta humana con la finalidad de llegar a comprender mejor lo que está ocurriendo, sino también aprender a autoaplicar esos conocimientos, es decir dirigir esos conocimientos hacia el análisis crítico de la propia conducta y de los propios sentimientos.

El intercambio, a través de reuniones con otros profesionales (son indispensables), de experiencias, tienen un importante valor, como es el de tranquilizar y afirmar, al ver compartidas las propias reacciones.

El trabajador social debe poseer un conocimiento razonable de psiquiatría, ya que existe la gran necesidad de cubrir la brecha que existe entre el enfoque del psiquiatra hacia las enfermedades mentales y el enfoque del trabajador social.

El trabajador social no necesita el enfoque clínico -- del médico. Naturalmente, su interés está en la curación del paciente, pero no necesita tener la misma participación profe

sional que el psiquiatra en la necesidad de curar al paciente. El médico ve enfermedades con un proceso externo al que la - sufre y que progresivamente van afectando su bienestar; mientras que el trabajador social es más factible que la conside~~re~~ re en los términos dinámicos de la reacción de un individuo hacia el ambiente y sus sobrecargas.

Por la naturaleza de su trabajo, el trabajador social ve al paciente no como una entidad separada, sino como una -- unidad en su familia y en su medio social más amplio; ésta ac~~titud~~ titud es recomendable siempre y cuando no enfatice demasiado al ambiente y subestime la importancia de la enfermedad den-- tro de la persona.

3.2.- Metodología que utiliza el trabajador social en el campo de la psiquiatría

Por lo general los trabajadores sociales de esta modalidad, encuentran su campo de acción dentro de instituciones hospitalarias.

En este capítulo trataremos acerca de la metodología - que se utiliza dentro de una institución,⁺ adecuada a la teo-- ría de la autora Angélica Gallardo, para encaminar el hacer -

del trabajo social hacia un adecuado tratamiento y una efectiva rehabilitación; logrando de la mejor manera posible, que los pacientes puedan enfrentarse a los problemas que a diario les presenta la vida.

3.2.1.- Investigación preliminar

A través de esta primera aproximación, denominada como "Conocimiento Sensorial", adecuada a un trabajador social de reciente ingreso a una institución psiquiátrica, lleva a cabo dos etapas importantes: Reconocimiento del medio y contactación intergrupal.

En la primera que es el reconocimiento del medio, se realiza una exploración del área física de la institución, con una minuciosa observación del movimiento hospitalario, así como la realización de entrevistas informales con el personal en general, iniciando relación profesional con directivos a nivel médico, administrativo y colaterales.

En la contactación intergrupal, el trabajador social -

+.- Nota aclaratoria: Con esto no se quiere dar a entender -- que todas las instituciones hospitalarias lleven o deban seguir la metodología aquí expuesta. Esta es en base al trabajo realizado en una reconocida institución de la ciudad de Guadajajara, Jalisco.

investiga acerca de los grupos existentes entre los pacientes, la forma en que están organizados y los objetivos que se pretende perseguir.

Se realiza la formación de equipos de trabajo, ya que actualmente se le está dando gran importancia al trabajo en equipo interdisciplinario en el campo psiquiátrico, este está formado por elementos como el psiquiatra, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, etc..

En bastantes ocasiones, en estos grupos se desperdician los recursos o no son utilizados en forma eficaz. Del buen funcionamiento de este, dependen la obtención adecuada de antecedentes respecto a la enfermedad y la facilitación del diagnóstico, así como la preparación del paciente para su rehabilitación.

El (médico) se encuentra a veces tan ocupado tratando de curar al paciente que en ocasiones casi ignora el factor humano.... a veces puede ser capaz de hacer frente a los problemas sociales que contribuyen a la ansiedad del paciente, pero rara vez tienen tiempo de profundizar en este aspecto.... el psiquiatra es con frecuencia menos experto para tratar los aspectos sociales del problema, que la trabajadora social experta. (3)

Con frecuencia encontramos que al trabajador social se

le encomienda el trabajo o la resolución de un problema, que ya todos los demás han tratado y fallado; he aquí el desaprovechamiento de las habilidades del trabajador social y es donde el psiquiatra debe apreciar la importancia de los factores sociales y recibir la ayuda que le pueda proporcionar el trabajador social.

Desde el primer contacto con el medio hospitalario, es imprescindible que el trabajador social realice notas, auxiliándose con la elaboración de un diario de campo, para registrar las actividades diarias.

Como resultado de esta primera etapa, el trabajador social obtiene un conocimiento global de la situación social -- del hospital, ya que a través de las entrevistas realizadas -- se da cuenta de las necesidades existentes.

3.2.2.- Investigación descriptiva

En esta segunda etapa denominada como "Conocimiento -- perceptivo", se continúa llevando a cabo una investigación -- descriptiva, encaminada hacia el conocimiento de ciertos factores de importante influencia en el paciente.

En la etapa de delimitación de la situación a investi-

gar, se describirán los puntos esenciales que debe investigar el trabajador social, sobre la situación del paciente basadas en puntos de importancia para el equipo interdisciplinario, - tales como: Desarrollo de la infancia, desarrollo de la adolescencia, información familiar, datos de los demás miembros de la familia, ambiente familiar, relaciones intra y extrafamiliares, historia escolar, historia laboral, historia sexual, evolución socio-familiar y situación económica.

Se debe tener conocimiento del tipo de paciente con los que se va a trabajar, el número de pacientes existentes en cada pabellón. Aquí se toma en cuenta el registro de ingresos y altas diarias.

Se realizan tres tipos de estudios sociales denominados Nivel I, Nivel II y Nivel III. El primero se utiliza para un conocimiento meramente socioeconómico que dará la pauta al trabajador social para en el caso en que se amerite consideración económica a pacientes de escasos recursos, incluyen también una breve descripción del ambiente familiar y social en el que se desenvuelve el paciente. En el Nivel II, es una técnica para conocer a fondo una área determinada del paciente, que sea de interés para el psiquiatra, puede ser el ambiente familiar, el ambiente laboral o el ambiente escolar del paciente. En el Nivel III se realiza un estudio general

minucioso y concienzudo, que abarca todos los puntos mencionados en la primera parte de este inciso.

Para la elaboración de estos estudios sociales, el trabajador social se auxilia de una de las más importantes técnicas utilizadas en trabajo social: La entrevista; por lo cual se desarrollará seguidamente el tema.

La entrevista.- Constituye una situación de interrelación cara a cara entre dos o más personas.

Las entrevistas que se realizan en trabajo social son de carácter profesional, no constituyen un fin en sí mismas, sino un instrumento para alcanzar determinado propósito.

La finalidad de la entrevista del asistente social no es descubrir cualquier posible hecho del trasfondo del paciente, sino recoger el tipo de historia que contribuirá al esfuerzo cooperativo del equipo profesional calculado del modo mejor para dar valor al diagnóstico, al tratamiento y a la eventual disposición. (4)

Ninguna entrevista de carácter profesional puede ser causal; por el contrario, necesita ser preparada previamente. "La entrevista debe realizarse, teniendo como base el respeto por el entrevistado, aceptándolo tal como es".(5) Esto quiere decir: comprenderlo; discernir los móviles que guían su con

ducta y absteniéndose de realizar juicios de valor sobre la misma. Es asumir una actitud realista y práctica, que no signifique tampoco, el aprobar su conducta.

Toda entrevista profesional lleva siempre implícito un objetivo y por lo tanto no debe improvisarse; las entrevistas improvisadas no suelen ser fructíferas.

Preparar la entrevista consiste en un ponerse al tanto de los antecedentes que haya, interiorizarse del ambiente y el mundo de experiencias del entrevistado, reflexionar sobre todos los datos obtenidos y ver de encarar la situación recorriendo los detalles fundamentales que permitan luego ser manejados en la entrevista, a fin de aclarar conceptos.

No se puede pre-establecer una receta rígida para la mejor manera de realizar entrevistas, por cuanto tratándose de personas, siempre surgen en el desarrollo emergentes que hacen necesario introducir modificaciones; lo importante es estar consciente de estos cambios que se van dando y del por que de los mismos.

Los objetivos de la entrevista pueden ser varios, de entre ellos nombraremos los que se dan en los distintos momentos

de la acción del trabajo social: a) entrevistas con fines de recibir o recepción; b) entrevistas para el estudio o investigación; c) entrevista para la recolección de datos; d) entrevistas con fines de tratamiento social e integral.

Distintos tipos de entrevistas.

Dirigida: Es la que responde a un esquema establecido por el trabajador social y en la cual el profesional va orientando la misma hacia dicho esquema. Este constituye el tipo más útil cuando se trabaja con enfermos mentales.

Abierta: Es flexible y se centraliza en la problemática del paciente; aunque es libre no deja de tener una cierta guía por parte del profesional para recoger aspectos útiles de todo el material producido. Suele ser utilizada para las llamadas "entrevistas colaterales", es decir, las realizadas con los familiares, amigos y cualesquiera otra persona relevante para el enfermo.

Diagnóstica: Se realiza con fines precisos y generalmente es bastante dirigida a fin de poder dilucidar aspectos bien concretos sobre el paciente.

Terapéutica: Aunque toda entrevista bien llevada tiene,

de por sí, siempre algo de terapéutica, en el desarrollo de estas el objetivo consiste en el tratamiento mismo y esa es su finalidad básica.

Individual: Consiste en la interrelación cara a cara de dos personas, pero en la misma suelen desfilar toda otra serie de personajes no presentes (madre, padre, conyuge, hijos, hermanos, etc.).

Grupal: Existen tres tipos a saber: a) más de un entrevistador (equipo) con un entrevistado; b) más de un entrevistador (equipo) con más de un entrevistado (grupo familiar, parejas, etc.); c) un entrevistador con varios entrevistados (grupo de pacientes, familias, etc.).

Aspectos fundamentales de la entrevista.

Cualquiera que sea el tipo de entrevista, todas ellas cuentan con tres aspectos fundamentales en su desarrollo.

Lo primero que debe de establecerse es el "lugar" en que se llevará a cabo; si la misma se realiza en la institución a la cual pertenece el trabajador social, será obligación de éste preparar un ambiente confortable, se entiende por ello cuidar que el espacio sea lo suficientemente amplio en rela--

ción al número de personas que intervendrán, cuidar que durante el desarrollo no haya interferencias (personas que entren y salgan, llamadas telefónicas, etc.) es decir, tener en cuenta todos los aspectos que hagan que el clima, tanto físico como psicológico, sea lo más cálido posible.

Otro aspecto importante consiste en fijar de antemano el "tiempo" de duración y manejarse en función del mismo. El criterio para fijar los límites de la entrevista están determinados por los datos previos que se tengan, así como el objetivo y número de integrantes.

El último punto a tener muy en cuenta y, quizás el más importante de todos ya que en cierto modo es el que condiciona a los dos anteriores es la "actitud" del trabajador social. Si bien no se puede dar, porque tampoco existe, una fórmula infalible para actuar, lo que sí se puede establecer son ciertos procedimientos que logran evitar errores.

Los más significativos son: "saber observar y saber escuchar", y "sentido de autocrítica".

Saber observar y saber escuchar: El trabajador social tiene que saber observar todo lo que sucede en el transcurso -

de la entrevista, evaluar las actitudes y gestos, la presentación y todas las manifestaciones no verbales de la comunicación que, evidentemente, están tratando de enviar mensajes. Saber escuchar consiste en oír con atención lo que el entrevistado está diciendo y tomar en cuenta lo que no dice o pretende ocultar.

También es necesario cuidar el lenguaje que se utiliza; el uso inmediato de términos técnicos, bloquea enormemente la comunicación y generalmente se convierte en generador de ansiedad. Es necesario prestar atención a todas las distintas actitudes que pueda tener el entrevistado, así como el tono de voz, el aspecto físico, la forma de vestirse, los movimientos que realiza, etc.. Si bien analizando separadamente todos estos aspectos pueden parecer detalles sin importancia, si se toman en conjunto, suelen tener una gran significación.

Manejo de ansiedad: En primer lugar el trabajador social deberá manejar la ansiedad de manera tal que no se sienta influido por ella.

En segundo lugar tendrá que evitar ciertas situaciones generales que comportan casi con absoluta certeza un aumento de la ansiedad, sobre todo cuando se trata de entrevistas con

enfermos mentales. Por ejemplo, si durante el proceso de la en tre vis ta a un paciente, el trabajador social contradice directamente las ideas psicóticas, lo seguro es que esta actitud -- producirá o aumentará la ansiedad del enfermo, puesto que dichas ideas se basan siempre en profundas necesidades emocionales. La emoción que sostiene a las opiniones del enfermo resistirá a todo desafío intelectual; la razón no es arma eficaz para modificar el comportamiento del enfermo.

Si al paciente se le pudiera desvanecer sus ideas psicóticas mediante razonamiento, nunca hubiera necesitado tratamiento psiquiátrico.

El trabajador social debe desarrollar un amplio índice de adaptabilidad, para saber ubicarse en las variantes situacionales, controlar su propia ansiedad y no mostrarse asombrado ni sorprendido ante los distintos problemas que se plantean. (6)

Sentido de autocrítica: Es necesario que el trabajador social realice su autocrítica a fines de seleccionar imparcialmente sus observaciones acerca de lo acontecido en la entrevista, y no dejarse llevar por aquellos aspectos del material de la entrevista que coincidan con sus propias opiniones o prejuicios.

El profesional debe mantener a lo largo de toda la entrevista, seriedad y objetividad profesional, a la vez que la va orientando hacia la finalidad para la cual fué realizada.

Registro de la entrevista.

Por mucha experiencia profesional, por muchos años de realizar la tarea que tenga el trabajador social, no debe confiar plenamente en su capacidad para memorizar entrevistas.

La única forma de no caer en interpretaciones erróneas, en algunos datos, que muchas veces pueden ser graves, consiste en no confiar, en la propia memoria sino en la consignación escrita del material obtenido en cada entrevista. A veces es conveniente, incluso, tomar notas rápidas en el curso mismo de la entrevista, previa explicación de lo que se está haciendo y el por que. Luego es necesario consignar, inmediatamente después de concluida la entrevista, todas las observaciones y datos relevantes derivados de la misma. Esta tarea no le puede llevar al profesional más de quince minutos como máximo, redundándole beneficios para toda su labor futura.

El análisis interpretativo, corresponde al trabajador social, mismo que puede incluir en las observaciones generales de cada entrevista.[†]

Las resultantes de esta segunda aproximación es la interpretación de los datos obtenidos y su respectivo informe.

3.2.3.- Diagnóstico

El diagnóstico está encuadrado dentro de la tercera aproximación, que es la del "Conocimiento abstracto". El diagnóstico se da en base a la investigación realizada con el paciente y su familia.

Diagnóstico: Del griego "diagnostikos", "apto para reconocer". En general, el término indica el análisis y determinación de una situación sobre la base de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente. (7)

En trabajado social se maneja comunmente el término "Diagnóstico social", que se define de la siguiente manera:

Se trata del conjunto de procedimientos - por los cuales se intenta establecer la naturaleza, magnitud y jerarquización de las necesidades y problemas de una realidad social que es motivo de estudio e investigación.

El diagnóstico comporta tambien la deter-

+. - El trabajador social cuenta con una serie de técnicas de investigación, aquí hacemos énfasis en las técnicas de la entrevista porque se adecua a las necesidades de la institución y es de gran apoyo para el logro de los objetivos.

minación de recursos disponibles y tiene por finalidad servir de base para un hacer (realización de un proyecto, programa o plan) y para fundamentar las estrategias que se han de expresar en una práctica concreta, conforme a las necesidades y aspiraciones manifestadas por los mismos interesados de manera directa y a través de sus organizaciones.

Los diagnósticos que se hacen a nivel de Trabajo Social, suelen enunciar síntomas y describir situaciones. Ello es insuficiente si no se tiene una explicación de las causas, las cuales no pueden extraerse de un diagnóstico realizado a este nivel, sino que deben ser tenidas en cuenta en el mismo diagnóstico, con la precaución de no "hacer decir" a la realidad lo que ésta no expresa (al menos, en ese ámbito), pero que se deduce de la teoría que sirve de enfoque interpretativo de la realidad. (8)

El diagnóstico incluye una descripción del individuo - (¿Quién es?); descripción de la situación - (¿Que le pasa?); - establecer relación de causa y efecto - (¿Por que le pasa?); y la evaluación de potencialidades y recursos - (¿Como le pasa?).

Esta división se realiza para efecto de comprender las partes que configuran el diagnóstico, pero en la formulación del mismo se debe ensamblar todo en una unidad que resulte operativa.

Tanto el diagnóstico como la evaluación son procesos complementarios que comienzan, en realidad, desde la primera entrevista. El diagnóstico estaría respondiendo a lo que pasa

y la evaluación sería el análisis de las capacidades o recursos y limitaciones con que se cuenta para enfrentar eso que pasa.

Es necesario, entonces, no solo diagnosticar la situación problema sino conocer los recursos con que se podrá contar para formular un plan de tratamiento. El plan de acción debe cubrir dos interrogantes: el "que es" y el que vamos a hacer".

El diagnóstico social en psiquiatría, irá a integrarse juntamente con los otros diagnósticos de los restantes miembros del equipo terapéutico, para elaborar un único diagnóstico del enfermo que lo contemplará no solo en su aspecto psicológico, como persona aislada, sino como ser social que vive en un ambiente determinado.

3.2.4.- Programación

En la cuarta aproximación tenemos como proceso metodológico la "programación", que está formada por un conjunto de proyectos relacionados entre sí, todos ellos como parte de las acciones a realizar para alcanzar las metas y objetivos, del plan, dentro de un período determinado.

Primeramente se elabora el planteamiento de objetivos:

- a).- Capacitación técnica del trabajador social.
- b).- Lograr una adecuada adaptación del paciente al medio hospitalario.
- c).- Lograr la integración de éste, a terapia de grupo.
- d).- Entrevista familiar para obtener una buena readaptación del paciente, al medio familiar, al ser dado de alta; y
- e).- como objetivo general, contribuir a una adecuada - rehabilitación del paciente.

Para el logro de estos objetivos se realizan programas y proyectos específicos y se elabora la determinación de recursos, para evitar repetición. (Anexo No.1)

3.2.5.- Ejecución

En esta quinta aproximación se inicia con la ejecución del programa, así como el cumplimiento de los objetivos propuestos en el inciso anterior.

- a).- Capacitación técnica del trabajador social.

Esta va encaminada a aquellos trabajadores sociales -

que no cuentan con experiencia en el campo psiquiátrico, por lo que consideramos importante que éste profesional tenga una noción general sobre como debe relacionarse con cada tipo de paciente para poder lograr la realización del resto de los objetivos.

Relación trabajador social-paciente.

Es necesario encontrar, para la relación del trabajador social con el enfermo mental, una actitud equilibrada que le permita manejarse de manera tal que, sin perder la objetividad profesional, lo muestre lo más natural posible, usando su personalidad como instrumento apto para ayudar al paciente. "Su personalidad es, ...ni más ni menos que la primera y fundamental herramienta que va a tener que utilizar".(9)

El trabajador social psiquiátrico debe "respetar" al paciente como persona y tener voluntad para aceptar su conducta, de una manera no crítica, reconociendo que ésta es el síntoma de un problema. El paciente necesita un ambiente no rígido, en el cual pueda aprender a vivir otra vez con los demás.

Aquí el trabajador social está cumpliendo el rol de agente socializador, y al desempeñarlo ayuda a los pacientes a vivir y participar con éxito en actividades de grupo. El gru

po es fundamental en el tratamiento de este tipo de enfermos, ya que la experiencia que realizan en grupos moderados por el trabajador social psiquiátrico, les brinda la necesaria sensación de que ellos son parte de un grupo de personas que lo aceptan, y se les va desarrollando el sentimiento de pertenencia.

Por otra parte, el trabajador social deberá controlar la cantidad de actividades que se le exijan al paciente, teniendo en cuenta que se ajusten a las limitaciones que su sintomatología le impone.

Otro de los roles que le toca jugar al trabajador social, es el de ayudar a los pacientes en los problemas del aquí y ahora relacionados con la realidad. El trabajador social tiene que saber reconocer, cuando los pacientes están hablando con él, sobre problemas estrictamente referidos al área de la tarea que le corresponde especialmente al trabajador social y es aquí donde su papel tiene quizás, la mayor utilidad. En seguida describiremos (en base a la práctica) los distintos roles que el trabajador social desempeña ante pacientes, con características más comunes.

Rol del trabajador social ante pacientes con retraso --

mental:

Se trata de individuos que ya han nacido con un déficit más o menos acentuado, de su capacidad mental o de agencias - en el desarrollo y no de una destrucción de su ser psíquico.

En cuanto al trabajo con estos enfermos es muy limitado, límite que impone sus propias formas congénitas de insuficiencia del desarrollo intelectual. El trabajador social tiene como tarea relevante el encarar su acción a lograr un cierto tipo de resocialización con miras a que estos pacientes puedan - incorporarse, de la mejor manera posible, primero a la comunidad hospitalaria y, segundo a la sociedad (de ser posible) en la forma que resulte más útil para ellos y la sociedad.

Ancianos con psicosis senil:

La ancianidad es un período problemático de la vida, ya que los ancianos están muy solos debido a que muchos de los - que constitufan sus grupos de interés han fallecido y, por -- otro lado, en muchos casos la inseguridad económica, el sentir se no productivos, despierta miedo de volverse una carga, lo - cual constituye una fuente común de preocupación.

Al trabajar con ancianos, el objetivo principal es ha--

cerles sentir que se les quiere, que se desea su compañía y - que es útil para otros. La manera de transmitirles esto es a -- traves de un trato diferenciado y respetuoso, destinando parte del tiempo (y como actitud terapéutica), además de conversar - con ellos, escucharlos atentamente y ocuparlos en tareas pro-- ductivas. Muchos de estos pacientes suelen tener habilidades - manuales; el trabajador social debe tratar de que se les inte-- gre a terapias de tipo ocupacional y recreativa, organizando-- las de acuerdo a sus limitadas capacidades físicas e intelec-- tuales, para lograr una cómoda participación en ellas.

Pacientes exaltados e hiperactivos:

Este tipo de enfermos se dan perfecta cuenta de la rea-- lidad y reaccionan a los estímulos exteriores, a menudo son - sarcásticos, mordaces, vulgares e indecentes. La hiperactivi-- dad es extrema, tanto física como mental; son irritables y se dejan dominar fácilmente por la fra.

Ante estos paciente el trabajador social tiene que ac-- tuar sin prisa y sin exigencias, porque de lo contrario se -- vuelven hostiles y agresivos. Para un trabajador social sin ex-- periencia puede resultar incómodo relacionarse con este tipo - de pacientes que se manifiestan a través de gritos, es destrug

tivo, hace gala del uso de palabras soeces y adopta una conducta sexual desvergonzada. El trabajador social tiene que aprender a ceptar esa conducta antisocial como síntoma de su enfermedad y adoptar una actitud terapéutica de tolerancia, no re--prendiendolo ni avergonzandolo y, por sobre todo, no enojarse con él.

A estos pacientes no se les puede integrar en grupos ya que la presencia de otros pacientes los irrita; hay que tratarlos en forma individual y evitando en su presencia todo tipo -de objetos que puedan resultarle estimulantes.

Este tipo de pacientes necesitan de actividades cuya -realización requiera de movimientos grandes y amplios, puesto que no tienen poder de concentración para realizar tareas fi--nas o discriminatorias, por lo que no deben participar en juegos de caracter competitivo debido a que esto los estimula en exceso y se hace difícil controlarlos.

En conclusión, puede decirse que el trato que el trabajador social debe tener con ellos, deberá ser amable y compren--sivo, que se le debe tratar individualmente y que, una vez a--ceptada su conducta como parte de la enfermedad, es posible --llegar a reencausar su energía.

Pacientes con tendencia al aislamiento:

Se caracterizan por usar pautas de conducta que los aíslan de la realidad para tratar de conseguir seguridad personal y son los diagnosticados con "esquizofrénicos".

Esos sentimientos y emociones parecen estar de tal manera que los incapacita para ligarse en forma duradera a otras personas o a cualquier aspecto de su ambiente. Tienden a ser personas frías, suspicaces, excéntricas y con nulo sentido del humor. Se vuelcan hacia un mundo de fantasías y ensoñaciones como forma de evitar enfrentar los problemas de la realidad.

La esquizofrenia está considerada como una de las enfermedades más graves que una persona pueda sufrir; es una psicosis que aparece como una reacción distorsionada en individuos que tienen carencias en las capacidades y sentimientos que se necesitan para manejarse en la realidad.

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

El simple se caracteriza por indiferencia, inaccesibili

dad, falta de interés en el sexo opuesto e incapacidad para aceptar responsabilidades.

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

El catatónico tiene pérdida de la animación y tendencia a permanecer inmóvil en estereotipada posición, conducta que alterna con periodos de excitación e hiperactividad.

El paranoide padece ideas de persecución o de grandeza y es un enfermo suspicaz.

Los esquizofrénicos, cualquiera que sea el tipo de esquizofrenia que padezcan, reemplazan la realidad por un mundo subjetivo, un mundo irreal y, si permanecen en él, poco a poco se reducen a un estado de necesidades tan simple que pueden analogarse con el mundo del lactante. Este proceso involuntario se conoce con el nombre de "regresión".

Para que el trabajador social constituya una fuente terapéutica para estos pacientes, tiene que acercarse a ellos con una actitud de aceptación amistosa. El trabajador social -

tiene que relacionar permanentemente el comportamiento de estos enfermos con las necesidades o motivaciones del mundo subjetivo en que viven. Es tarea del trabajador social focalizar su acción en tratar de evitar esta regresión creando condiciones que lo ayuden a socializar su conducta.

Para iniciar una relación con estos pacientes, es útil que el trabajador social se haya informado, previamente, sobre los antecedentes del enfermo, que haya analizado su historia clínica extrayendo de allí algunos datos sobre cosas que hubieran sido relevantes para él y, a partir de esas cosas, iniciar una conversación en la cual pueda, así, el paciente participar de entrada.

Una vez lograda una relación sólida entre el paciente y el trabajador social, se podrá comenzar con la etapa de motivación para que tome parte en actividades recreativas donde comiencen a relacionarse con otros pacientes; estas experiencias de resocialización podrán durar, según los casos, por semanas o meses.

La mayoría de los esquizofrénicos luchan con conflictos originados en la niñez; generalmente el problema es de carencia afectiva por parte de uno o ambos padres o, también, por

haber sido estos demasiado rígidos o tan tiránicos que imposibilitaron en la identidad con el padre de su mismo sexo. Este tipo de carencia afectiva mutila la capacidad amorosa lo que da como resultado que para estos pacientes sea muy difícil dar amor, ya sea a nivel de pareja o amigos.

Lo útil en estos casos es que el equipo interdisciplinario asuma el papel de una familia amable y comprensiva, para poder de esta manera crear una situación familiar correctiva.

También es necesario usar un vocabulario claro para hablarles; hay que evitar las frases largas o complicadas ya que debido a que tienen una capacidad limitada se confunden fácilmente. La característica relevante para el trato con estos pacientes, es la veracidad; no se les debe engañar nunca, por -- cuanto esto hará que inmediatamente cese de confiar en quien -- lo haya engañado volviéndose a su conducta regresiva.

Paciente depresivos:

Estos enfermos padecen sentimiento de culpa, desprecio por sí mismos y distintas creencias que lo hacen acusarse permanentemente. Cuando el trabajador social no tiene conocimiento psiquiátrico y solo cuenta con su voluntad para trabajar, -

siente que hay que animar a esos enfermos y gasta energías inútilmente y, sin tener conciencia de ello, puede atentar contra los pacientes de este tipo, por cuanto esa necesidad de "animar" que experimenta, lo lleva a exigir al paciente que sonría que hable, y con esto lo único que logra es agudizar su sentimiento de culpa e inutilidad.

Con estos pacientes, lo útil es tener una conducta amistosa pero sin exhortarlos a nada; se puede comenzar por visitarlos en su pabellón cotidianamente, pasar unos minutos con ellos respetando su silencio, saludarlos cada vez que se los encuentre y aunque no contesten o simulen no ver. Pasando algún tiempo, cuando el paciente se ha habituado a sentir cerca al trabajador social y sienta, que se tiene interés por él, entonces es el momento para comenzar un intento de diálogo.

Para trabajar con pacientes de estas características se requiere de mucha paciencia ya que se trata de personas con retardo en el pensamiento, el sentimiento, la acción, hasta un grado tal que cualquier acción (o la palabra misma) les requiere gran esfuerzo y tiempo.

Estos pacientes, debido a que han vuelto hacia sí mismos una gran hostilidad tienen marcada tendencia al suicidio,

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

lo cual les hace negarse a comer, no duermen y pierden todo interés por su apariencia personal. Muchas veces los sentimientos de culpa que experimentan desaparecen cuando reciben lo que consideran un castigo y quizás sea este el valor terapéutico que tiene el TEC (terapia electroconvulsiva).

En resumen, con una atención continua en base a una relación profesional pero amistosa y no exigente, el trabajador social psiquiátrico podrá llegar a lograr que estos pacientes se motiven lo suficiente como para tomar parte en actividades de grupo y, poco a poco, ir resolviendo su conducta.

Pacientes neuróticos:

El comportamiento de estos pacientes se caracteriza por un constante esfuerzo por obtener seguridad y vencer su inalterable angustia mediante la utilización de síntomas físicos sin causa orgánica, o recurriendo a la ejecución de maniobras repetitivas y rituales. Este problema de personalidad también tiene su origen en las experiencias vividas en la niñez.

Cuando el adulto entra en una experiencia conflictiva, debido a que experimenta impulsos o deseos divergentes y simultáneos, dicho conflicto es reprimido a nivel inconciente.

Como importantes causas de la angustia se pueden señalar los factores exógenos de desequilibrio, como es el caso de pérdida de status, pérdidas económicas, etc..

Cuando el trabajador social trata con estos pacientes angustiados tiene que hacerlo en forma positiva; no debe comenzar nunca una conversación con la pregunta "¿como se siente?", por cuanto esa pregunta podría dar lugar a una interminable narración quejosa y no productiva desde el punto de vista terapéutico. Lo útil es hablar directamente sobre temas neutrales pero que pudieran ser de interés tanto para el paciente como para el trabajador social.

Si se quiere que este tipo de pacientes participe en alguna actividad, no es útil preguntarle si quiere hacerla porque, como son muy dependientes, necesitan que la pregunta traiga implícita la respuesta. Lo más conveniente es decirle algo así como "lo necesitamos para tal cosa", pues de lo contrario la respuesta a la pregunta directa seguro que es negativa.

El trabajador social tendrá que prestar especial atención a las actividades que se seleccionen para estos pacientes porque hay que tener presente que lo importante y terapéutico es que encuentren oportunidades, al realizarlas, de tener éxi-

to ya que esto constituye una ayuda para aumentar su autoestima y confianza.

Las actividades de grupo son de gran valor terapéutico, debido a que lo que el enfermo necesita lograr, es desviar su centro de atención, ubicado en sí mismo, hacia afuera. Es importante ayudarlo a aprender a alternar con los otros miembros del grupo. El grupo usado como técnica guiada, permite que el enfermo neurótico pueda liberar tensiones y desarrollar nuevos intereses.

Cuando el trabajador social organiza este tipo de grupos, para que los mismos tengan éxito debe buscar actividades acordes con los intereses de los pacientes. Tampoco debe olvidar que, por lo común, estos enfermos canalizan a través de sus ritos los miedos que padecen; se les debe permitir ejecutar rituales ideados por ellos a través de las cuales liberan la angustia.

Es necesario que el trabajador social planifique actividades o grupos, para estos pacientes, considerando este aspecto. Estos síntomas agudos se van haciendo cada vez menos intensos a medida que los pacientes se acostumbran al nuevo ambiente neutral y de aceptación.

Pacientes alcohólicos y drogadictos:

La conducta general de estos individuos es semejante a la que se observa en la manía moderada. Bajo los efectos de la droga o el alcohol los instintos se liberan de toda inhibición y esto da lugar a una conducta sexual desenfrenada que lleva a los individuos a cometer delitos de violencia. Si bien el efecto es de duración corta, en aquellas personas de temperamento psicótico el hábito los puede llevar a la demencia crónica.

El peor enemigo que tienen estos enfermos, es la sociedad con su actitud rechazante. Actitudes que, lamentablemente adoptan algunos profesionales cuando están frente a ellos para comenzar su tratamiento. Estas personas enfermas y tan dependientes de factores externos (alcohol-drogas) para lograr apoyo emocional, están muy necesitados de ayuda y esta ayuda solo la podrá obtener cuando los profesionales que los tratan, entre los cuales figura el trabajador social, no sea de aquellos que en su fuero íntimo sienten que se trata de individuos despreciables porque de ser así, de no haber superado este sentimiento negativo hacia el enfermo, este percibirá el rechazo, lo cual contribuirá a alimentar la baja estimación que tiene por sí mismo.

El trabajador social debe procurar integrar a estos pacientes en un solo grupo, ya que por lo general este tipo de pacientes refiere: "yo no estoy enfermo, puedo dejar el alcohol (o la droga) cuando yo lo desee", por esto mismo no acepta que se le trate como enfermo mental y mucho menos que se le mezcle con ellos. El trabajador social debe motivarlo para que participe activamente en grupo de Alcohólicos Anónimos y derivarlo al grupo de psicoterapia, que es el conjunto de técnicas psicológicas que se instrumentan y usan para lograr una finalidad terapéutica.

b).- Lograr una adecuada adaptación del paciente al medio hospitalario.

Una vez conocida la forma en que podemos relacionarnos con cada tipo de paciente, es importante la primera impresión que éste tiene al enfrentarse a su hospitalización.

Puede tener diversas reacciones como el sentir que se le "encarcela", o presenta reacción de temor hacia el resto de los pacientes, muchos otros sentirán indiferencia, según el estado emocional al momento de su ingreso.

Si el paciente está conciente y es manejable, se le puede informar acerca de lo que es el pabellón, y de los servi-

cios y atenciones que recibirá dentro del mismo, esto ayudará a que el paciente disminuya su desconfianza y temor.

c).- Lograr la integración del paciente a terapia de -- grupo.

Primero que nada daremos una definición de grupo, que es, "...el conjunto de individuos que interactúan en una situación dada, con un objetivo por ellos determinado" (10). El proceso de grupo está constituido por una sucesión de etapas que van desde la "motivación", pasando por la "organización", hasta llegar a la "integración".

Las tres etapas por las que atraviesa el grupo en su formación deben ser tenidas muy en cuenta por el profesional para actuar de acuerdo con las características de cada uno de ellos.

En la "motivación", es cuando el trabajador social más tiene que actuar directa y personalmente, detectando los intereses, inquietudes, problemas, situaciones, etc., con que se desenvuelven cada uno de los futuros miembros del grupo.

Una vez en posición de todos estos datos, deberá encon-

trar un común denominador lo suficientemente gravitante como para despertar el interés de los pacientes para comenzar la tarea de agrupamiento.

En la etapa de "organización" ya es más gravitante la acción de los miembros del grupo y mucho menos la del profesional, y serán aquellos quienes en la interacción grupal, irán estableciendo la división de tareas por funcionalizarlo, siendo el profesional el encargado de controlar que dicha división sea operativa.

A esta altura del proceso ya habrán surgido y detectado los líderes naturales y serán con estos con quienes deberá trabajar fundamentalmente el trabajador social.

La última etapa, diríamos de crecimiento del grupo, sería la de "integración", donde ya el grupo es capaz de manejarse por su cuenta, por sus propios medios, donde todos son miembros del liderazgo y donde prácticamente no necesitan la tutela del profesional.

El mejor índice para determinar el grado de maduración de un grupo está dado por el mínimo de dependencia del profesional.

Pensando que la salud mental en gran medida, consiste en "la capacidad de ser con el otro", el mejor promotor de esta capacidad es el grupo como elemento socializador de la conducta y eficaz moderador de las relaciones intra e interpersonales, pues crea la situación de espejo, donde el individuo, se ve como los demás miembros dicen que es.

Las características del grupo para trabajo social psiquiátrico son las siguientes:

- 1).- Número de miembros no menor de cinco y no mayor de diez;
- 2).- número de reuniones no menos de una vez por semana;
- 3).- duración de cada reunión no menos de treinta minutos y no más de sesenta. (en esto influye o condiciona mucho el tipo de pacientes que integra el grupo);
- 4).- debe tratar de ser grupo primario (aunque casi siempre comienza formalmente), de pertenencia, organizado, relativamente heterogéneo y de estructura participativista;
- 5).- el ambiente físico debe estar dotado de las condiciones mínimas de iluminación, ventilación, asientos, etc., con un tamaño adecuado al número de miembros, y evitar todos los accidentes que puedan constituir ruidos en la comunicación y;
- 6).- el ambiente psicológico debe ser tal que facilite

la comunicación y permisivo que reducirá la intimidación.

Dentro de la terapéutica grupal, cabe mencionar dos tipos importantes en psiquiatría: terapia ocupacional y terapia recreativa.

La terapia ocupacional forma parte de un proceso de -- rehabilitación de un individuo, consistente en el uso de procedimientos de activación y dinamización.

La terapia recreativa va encaminada al logro de un buen grado de socialización del paciente por medio del juego.

d).- Entrevista familiar para obtener una buena readaptación del paciente al medio familiar al ser dado de alta.

"La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Constituye también la unidad básica de la enfermedad y la salud mental". (11)

Es esencial el entrevistar a los familiares para que estos puedan aportar información importante y expresar puntos de vista que contribuyen a la comprensión del problema. Cuando un paciente tiene problemas matrimoniales, a veces es necesario consultar a su conyuge.

Como ya no se considera a la enfermedad mental como una entidad aislada de la dinámica familiar, sino que se le ve como el emergente de la enfermedad familiar que aparece en aquel miembro del grupo familiar más fuerte o más débil, no se puede limitar la acción terapéutica a dicho "miembro enfermo", sino que, aparte de analizar la sintomatología que esté presente, - es necesario conocer la dinámica de su familia.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- 1).- Grado de autonomía del enfermo frente a la familia;
- 2).- Conducta de los integrantes del núcleo familiar, - entre ellos y para con el paciente;
- 3).- roles que cumple dentro del núcleo familiar, si son los adecuados o no;
- 4).- conducta de la familia frente a la sociedad. Y;
- 5).- La disponibilidad que presentan para ayudar en la rehabilitación del paciente y su reintegración al medio familiar y social.

El que fué paciente, regresa a la familia y a la comunidad tan pronto como sea posible para reanudar una vida diaria normal. Pero la persona recientemente dada de alta aun necesita una comprensión especial.

Aquí entra en función el rol de orientador que el trabajador social desempeña para que la familia tenga una noción de como manejar o actuar con el expaciente.

En la tarea con las familias de los enfermos mentales, juega un rol importante el trabajador social, y por lo tanto - debe ejercitarse en él, capacitandose teórica y practicamente.

e).- Como objetivo general; contribuir a una adecuada - rehabilitación del paciente, esto se verifica a través de la - reunión del equipo interdisciplinario y a través de la sesión clínica. En estos se discuten cada caso y se toman las pautas a seguir para lograr dicho objetivo.

3.2.6.- Verificación

Este último procedimiento metodológico, denominado "verificación", se realiza utilizando como técnica la "evaluación" a través de la sesión clínica.

La evaluación consiste en estimar periódicamente los resultados obtenidos, tomando como punto de referencia a los objetivos propuestos - del programa, a los procedimientos utilizados, a la oportunidad de las medidas.....

La evaluación tiene por objetivo no solo comprobar los resultados obtenidos, sino también proponer los reajuste necesarios, ya sea del pro-

grama, o ya sea de los procedimientos utilizados. (12).

La sesión clínica es la reunión de los equipos interdisciplinarios, con la finalidad de crecimiento, donde se tiene de a lograr un máximo de libertad de expresión crítica y comentario. Siendo esto un proveedor de enriquecimiento constante y una oportunidad para dar un enfoque de enseñanza hacia el personal, puesto que a pesar de tener experiencia en el campo psiquiátrico, los profesionales encuentran en la sesión clínica - un medio de retroalimentación profesional y una oportunidad para expresar sus dudas sin temor alguno, a que se pongan en juicio sus conocimientos.

La sesión clínica consiste en la exposición de un caso específico y de interés pedagógico, con el objetivo primordial de evaluar la labor y los resultados terapéuticos que han obtenido con el paciente.

El equipo interdisciplinario (que le corresponde exponer el caso) prepara previamente la exposición en forma coordinada realizando primeramente una reunión de equipo para la elección del caso.

Esta elección se hace entre los pacientes que el equipo

atiende, optando por aquel que presente características interesantes o que sea de difícil manejo. Una vez elegido, el equipo intensifica los estudios, o refuerza aquellos que desde un inicio (de la hospitalización) se han realizado con el paciente y su familia.

Posteriormente cada profesional realiza su trabajo de investigación, en forma individual, para luego tener una reunión de equipo, final, con el objetivo de unificar criterios y establecer un diagnóstico definitivo y realizar el informe general.

Para la preparación previa, el psicólogo lleva acabo estudios y pruebas psicológicas, directamente con el paciente, - se auxilia con la anotaciones que del paciente ha hecho sobre sus actitudes en psicoterapia (a lo largo de su tratamiento), ya sea de grupo o individual, para lograr el establecimiento - de un diagnóstico psicológico.

El trabajador social, por su parte realiza entrevistas con el paciente y con su familia (todas en forma individual), valiendose de Estudio Social Nivel III, el que, como ya se ha indicado, nos muestra un estudio completo y profundo del contexto ambiental (familiar, laboral, escolar, etc.). También le son de gran utilidad la observaciones que hace acerca del com-

portamiento y actividad del paciente en terapia ocupacional y recreativa, todo encaminado a lograr un correcto diagnóstico social.

El psiquiatra, junto con su médico residente van recopilando a través de la historia clínica, el proceso que se ha seguido con el paciente y las reacciones observadas, que éste ha tenido con el medicamento prescrito. El psiquiatra es el -- profesional encargado de aportar el diagnóstico definitivo.

La sesión clínica se realiza una por semana, inmediatamente después que el equipo interdisciplinario ha hecho su exposición, el caso es sometido a discusión con la participación dinámica de los asistentes, y la finalidad de obtener sugerencias de manejo posthospitalario; en algunas ocasiones se discuten puntos que no han sido lo suficientemente claros en la exposición; también se discuten las limitaciones que en ocasiones encuentran, siendo las más usuales: la imposibilidad de la familia para ocurrir a la institución y proporcionar datos (por vivir en ciudades alejadas o por escasez de recursos económicos), la poca cooperación por parte de la familia para proporcionar los datos requeridos, nula participación del paciente (a causa de su sintomatología), o falta de coordinación del equipo interdisciplinario.

En base a las experiencias de estas reuniones se puede evaluar tanto el funcionamiento de cada equipo, como los logros alcanzados con los pacientes; por lo tanto el proceso metodológico de la verificación nos encamina a obtener como resultante una acción-reflección acerca de lo realizado con los objetivos y metas propuestas.

NOTAS :

- (1) ROSA MARIA, Becerra. Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico. 2da. ed. Buenos Aires. Ecro, 1979. p.13.
- (2) Ibid. op. cit. p.78.
- (3) ALISTAIR MUNRO, M.D. y WALLACE McCULLOCH, M.Sc. Psiquiatría para trabajadoras sociales. 3ra. ed. México C.E.C.S.A. 1979. p.23 y 24.
- (4) ALFRED M. Freedman. et. al. Compendio de psiquiatría Barcelona. Salvat. 1980. p.196.
- (5) ROSA MARIA, Becerra. Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico. 2da. ed. Buenos Aires. Ecro. 1979. p.71.
- (6) Ibid. op. cit. p.75.
- (7) EZEQUIEL Ander-egg. Diccionario del trabajo social. 5ta. ed. Buenos Aires. El Cid. 1981 p.123.
- (8) Ibid. op. cit. p.123 y 124.
- (9) ROSA MARIA, Becerra. Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico. 2da. ed. Buenos Aires. Ecro 1979. p.13.
- (10) NATALIO, Kisnerman. Servicio social de grupo. 4ta. - ed. Buenos Aires. Humanitas. 1978. p.98.

- (11) MONICA, Borquez. Los problemas de salud mental en el ejercicio profesional del trabajo social. Curso. Mex. 1981.
- (12) EZEQUIEL, Ander-egg. Metododlogfa del desarrollo de - la comunidad. 8va. ed. Buenos Aires, Humanitas. 1978 p.188.

CAPITULO IV

LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN LA PREVENCION Y REHABILITACION
DE LAS ENFERMEDADES MENTALES4.1.- El trabajador social en la salud mental;

El trabajo social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de -- programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud mental, del cual es un subsistema - intermedio en su complejidad.

Los objetivos de trabajo social; por lo tanto se incertan en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forma parte, enfocados desde el punto de vista de las - necesidades y problemas sociales. Como son tan complejos, deben ser alcanzados en forma progresiva objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir con los objetivos generales de promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud mental.

Esos objetivos específicos son:

A).- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y la plena utilización de los servicios; así como localizando e identificando los que favorecen a su logro.

B).- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptandola como un valor colectivo que deben preservar.

C).- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia.

4.2.- Prevención primaria.

Los programas de prevención primaria en psiquiatría están destinados a disminuir la frecuencia de aparición de trastornos emocionales en la comunidad combatiendo las condiciones sociales causantes de stress o potencialmente nocivas, productora de enfermedad mental e interviniendo prontamente cuando -

se dan estas condiciones.

La primera que es la real prevención está ligada al desarrollo socioeconómico de un país, siendo generalmente planes de largo alcance en las cuales tiene un papel principalísimo - el trabajador social al tratar de contrarrestar las circunstancias y actitudes perniciosas antes de que tengan ocasión de -- producir enfermedad.

En los trabajos de prevención es donde específicamente se mueve el equipo interdisciplinario. La prevención primaria tiene como finalidad disminuir los riesgos a enfermar. Requiere primordialmente de un sistema comunitario de salud mental - constituido por la acción planificada, sistemática y coordinada de esfuerzos y recursos a partir de estructuras sociales de base como son escuelas, clubes, fábricas, sindicatos, iglesias, centros comunitarios, los propios grupos familiares, y un conjunto de medidas como:

a).- Investigar las causas, especialmente en grupos de jóvenes.

b).- Ocupación del tiempo libre preferentemente de niños y jóvenes, en actitudes que desarrollen creatividad, orien-

ten vocacionalmente, capaciten laboralmente y formen una conducta ética y solidaria.

c).- Una pedagogía de acompañamiento al adolescente, a nivel familiar, laboral o estudiantil, centrada en comprensión, apoyo, comunicación, información, orientación, interés y aceptación de su problemática, lo que de ninguna manera equivale a sobrecontrol que lo rebela ni a la dádiva de la excesiva libertad que el adolescente vive como abandono. Esta orientación pedagógica debe ser satisfecha fundamentalmente por los padres, por las instituciones y por los medios de difusión.

d).- Educación sanitaria dirigida a adolescentes, padres y profesionales, evitando sensacionalismos y morbosidad. Incorporada a la enseñanza desde la escuela primaria hasta la universidad como parte de asignaturas biológicas o sociales, - debe presentar hechos y peligros en forma objetiva, exacta, - sin deformaciones y autoritarismo (ya que la prohibición es un reto que rebela al adolescente), evitando aislamientos que favorecen la posterior integración a grupos de pares enfermos -- por la necesidad de identificarse socialmente y afirmar su personalidad. Lograr aceptación de embarazo, paternidad responsable, atención eficaz de parto, correcta dieta alimenticia, -- crianza afectiva, detectar problemas de aprendizaje, evitar de serción escolar, tensiones, rutina, estados depresivos, crear

necesidades de sana ocupación del tiempo libre, son armas de suma eficacia en la lucha contra las enfermedades mentales. La forma más adecuada de realizar esta educación sanitaria no son las clases magistrales, sino los grupos de discusión o debate, orientados por personas bien informadas.

Para que un individuo posea un desarrollo evolutivo normal, es necesaria la provisión de determinados aspectos básicos a saber:

a).- FÍSICOS: Alimentación, vivienda, estimulación sensorial o sea factores que insiden en el desarrollo físico. El trabajador social en este nivel debe tratar de fomentar la provisión de los aportes básicos o la neutralización de las influencias que tienden a impedir esta provisión. Por ejemplo, un plan de prevención primaria considerando los aportes físicos, podría ser el lograr que, con los mismos medios de que se dispone, una población tenga una alimentación mejor balanceada por medio de un trabajo social intensivo.

b).- PSICOSOCIALES: Incluyen la estimación de desarrollo intelectual y afectivo de una persona, por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia, escuela, trabajo, etc.. Los aportes psicosociales de ma--

yor importancia son provistos por las relaciones familiares -- siendo uno de los objetivos más importantes de la prevención -- primaria, la protección de la integridad familiar. El trabajador social tiene una de sus más significativas actuaciones en -- en el campo de las relaciones familiares, por ejemplo trabajando en la educación para padres, para evitar determinadas actitudes que resultarían perjudiciales en el desarrollo del niño..

c).- SOCIOCULTURALES: Son las influencias que sobre el -- desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y de las estructuras sociales. Aquí el rol principal dentro del equipo le corresponde al sociólogo, antropólogo, político, etc., y el trabajador social colaborando en el trabajo de campo necesario.

4.3.- Prevención secundaria.

La prevención secundaria va dirigida a reconocer precózmamente el desorden del comportamiento y el tratamiento inmediato que debe orientarse a restablecer un buen patrón de relaciones interpersonales en el medio evitando el aislamiento del enfermo. A tal efecto, la asistencia psiquiátrica domiciliaria, las guardias de emergencia, los consultorios externos, los hospitales -- día y los centros comunitarios de salud mental son los mejores factores para el tratamiento, ya que evitan inútiles internaci

nes, mantienen la integridad familiar y permiten la cooperación solidaria del medio comunitario, laboral, estudiantil, etc., en la recuperación del enfermo. Por lo tanto la prevención secundaria comprende los programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno disminuyendo la proporción de trastornos de la población. Uno de los pasos principales en la prevención secundaria es el diagnóstico precoz, que puede lograrse:

1).- Perfeccionando los medios de diagnóstico, de tal modo que el trastorno pueda identificarse a partir de sus primeros indicios.

2).- Alertando a los sospechosos y a sus redes sociales acerca de estos indicios.

3).- Proporcionando información, donde ocurrir a la aparición de los primeros síntomas.

El trabajador social es el encargado de transmitir, directamente a la población, lo planificado por el equipo, suministrando la información necesaria para que la comunidad pueda detectar los indicios básicos de trastornos y donde concurrir en estos casos, ejemplo; búsqueda de "sospechoso". El equipo supone que ciertas manifestaciones son índice de determinado trastorno; la misión del trabajador social, entonces es tomar con-

tacto con la población y valorar el funcionamiento de sus miembros, de manera que aquellos que presentan signos de alteración mental puedan ser descubiertos y llevados a un tratamiento rápido y eficaz.

4.4.- Prevención terciaria.

La prevención terciaria abarca a las dos anteriores, ya que el defecto debido al trastorno mental incluye la incapacidad provocada por el funcionamiento alterado del paciente y la disminución de la capacidad que subsiste después de eliminado el trastorno.

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

La prevención terciaria, centrada en la rehabilitación sociolaboral, es el último y más importante proceso para consolidar la eficacia de los tratamientos anteriores y evitar la --reincidencia y las recaídas. Procura ganar posición en la familia, la escuela, el trabajo y el vecindario, ya que la exclusión es un vehículo para el retorno a la enfermedad mental, y -

la capacitación laboral del enfermo a fin de integrarlo al proceso productivo.

El rol del trabajador social dentro del equipo, en este nivel, es el de evitar por un lado los prejuicios de la familia del paciente al considerarlo como un inválido que no puede realizar tarea alguna, favoreciendo la segregación-cronificación. Y, por otro lado, en la comunidad, mediante la educación pública relativa a la naturaleza de los trastornos mentales y su historia natural. Esto está ligado a mantener la comunicación del paciente en el caso de internamiento, con sus redes sociales para evitar que la familia, trabajo y comunidad en general cierren sus filas ante la ausencia del enfermo o sea, -- conservar viva la idea del retorno, tratar de mantener abierta la comunicación del paciente con la comunidad.

El tratamiento consiste en desintoxicación y rehabilitación psicológica.

La desintoxicación se aplica a adictos a drogas y alcohol, y consiste en la internación prolongada del paciente y la supresión lenta o total de aquellos, con una serie de cuidados especiales. Es un tratamiento dificultoso por el síndrome de abstinencia que se desarrolla y resulta por sí solo insufi-

ciente pues, con frecuencia se cae en la reincidencia, por lo cual, debe ser seguido por la rehabilitación psicológica que se logra mediante psicoterapia.

La psicoterapia de apoyo, se basa en la aproximación emocional que existe entre terapeuta-paciente. Sus objetivos son brindar seguridad, calmar la angustia, disminuir los síntomas y restaurar el equilibrio mediante el uso de la persuasión, la sugestión y la insinuación de normas y pautas de conducta.

La psicoterapia reeducativa, enfatiza técnicas más elaboradas, su acción se funda en la relación positiva con el psicoterapeuta (transferencia positiva), quien aborda con el paciente el estudio de sus áreas más conflictivas, describiendo los rasgos más importantes de su personalidad. Mediante el diálogo terapéutico se lleva al enfermo a comprender sus conflictos y a vincularlos con las dificultades que tiene en sus relaciones interpersonales. Con este criterio se examina la enfermedad mental como parte de la problemática general, explicando su significado y la relación entre causas y enfermedad, reubicando al paciente en la realidad aumentando su potencialidad creadora.

Psicoterapia de apoyo y reeducativa son esenciales en -

las crisis de adolescencia a fin de prevenir alcoholismo y drogadicción, así como en otros trastornos psíquicos ya que generalmente son posteriores a un estado de desequilibrio psicológico previo.

La psicoterapia reconstructiva busca cambios más profundos en su intento por reestructurar la personalidad. Es psicoterapia psicoanalítica o de orientación psicoanalítica basada en el concepto de insidentes (creado por Freud) que estudia la personalidad como totalidad e intenta producir cambios fundamentales en la psiquis humana a partir de enfrentar al paciente con sus aspectos sanos y adultos, y con sus aspectos enfermos e infantiles, para luego analizar las complejas relaciones existentes entre él y el medio en que se desenvuelve.

Este tratamiento psicológico puede ser individual o grupal, siendo necesario además extender la psicoterapia al grupo familiar del paciente, investigando las causas de comportamiento enfermo, las anormalidades entre los miembros de la familia del paciente, a fin de que todos asuman la responsabilidad en el tratamiento que debe estar a cargo no solo de especialistas (psiquiatras y psicólogos) sino también de enfermeros, trabajadores sociales y educadores.

En resumen, un programa de prevención terciaria debe re

flejar la afirmación subyacente de que la planificación de la rehabilitación empieza con el comienzo de la enfermedad mental. Después, debe ir entrañablemente unida a cada faceta del cuidado del paciente.

Un programa de prevención terciaria debe esforzarse por asegurar la continuidad de la responsabilidad por el paciente. Debe cuidarse al paciente psíquico durante la hospitalización y después que el paciente haya vuelto a su papel anterior en la comunidad.

La eficacia de un programa de prevención terciaria depende de si se han tomado precauciones adecuadas para proteger al paciente hospitalizado, de la desocialización.

4.5.- Rehabilitación

La finalidad de la rehabilitación consiste en ayudar a las personas con déficit psiquiátrico a alcanzar el nivel más alto posible de adaptación a su vuelta a la comunidad después del tratamiento. El nivel del funcionamiento, en cualquier caso dado, puede verse limitado por la incapacidad residual que persiste a pesar de todos los esfuerzos. Ezequiel Ander-egg define la REHABILITACION de la siguiente manera:

Conjunto de procedimientos dirigidos a reeducar y orientar a personas que han sufrido algún tipo de disminución (física o psíquica), de modo tal que sustituya las condiciones faltantes, por otras que le permitan desenvolverse con relativa autonomía y alcanzar una adecuada integración a la sociedad.(1)

La rehabilitación es el conjunto de actividades que, como proceso tienden a volver a habilitar, a restituir a un estado anterior, a hacer capaz y apto para algún tipo de tareas -- productivas.

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

El trabajador social inicia su participación auxiliar; ampliando y actualizando sus conocimientos sobre salud mental y las funciones psiquiátricas, y solo después de éste entronamiento, inicia su trabajo de "reeducación" (de la que Anderson hace mención), del paciente, consultando primeramente el expediente del paciente para estar en antecedentes sobre la -- causa de ingreso, seguidamente se realiza el primer contacto -- con el paciente, por medio de una entrevista individual, para

visualizar el estado en que se encuentra y para ayudarle en el proceso de adaptación al hospital.

Se le hacen visitas diarias con fin terapéutico y cuando se cree que está en posibilidades de realizar alguna actividad, se le motiva para que participe en terapias de grupo y -- conviva con los demás pacientes.

La rehabilitación también abarca a la familia del paciente, a la cual se le orienta sobre los logros obtenidos con el paciente y sobre el manejo post-hospitalario del mismo, haciéndoles notar que ellos son parte fundamental para lograr -- una buena rehabilitación.

Así pues, la rehabilitación del enfermo mental depende fundamentalmente, de encontrar soluciones para tres necesidades fundamentales del ser humano en general:

- 1) Un sitio donde vivir;
- 2) alguien que se preocupe por su bienestar; y
- 3) un trabajo que desempeñar.

La tarea del trabajador social psiquiátrico con la familia, apunta a lograr los dos primeros puntos, y una vez alcan-

zados estos objetivos, la misma familia, el ex-paciente y el -
trabajador social; en forma conjunta y acompañados por una -
campaña de esclarecimiento, podrán tener las máximas posibili-
dades para cubrir esa tercera necesidad.

Entonces, en ese momento, se podrá hablar del éxito de
los tratamientos psiquiátricos y no cuando se da un alta hos-
pitalaria.

NOTA :

- (1) EZEQUIEL, Ander-egg. Diccionario del trabajo social.
5ta. ed. Buenos Aires. El Cid. 1981. p.322.

CAPITULO V

INVESTIGACION

Siendo de nuestro particular interés, el conocer como se reconoce la participación del trabajador social en la rehabilitación del enfermo mental, se llevó a cabo un estudio confirmatorio y comparativo en relación a la opinión que tienen otros profesionales, que trabajan en forma conjunta con el trabajador social, acerca de las actividades que realiza en el campo psiquiátrico comparado con las estadísticas obtenidas a través del departamento de trabajo social de la institución.

Se utilizaron como instrumentos: La observación, que tiene por objeto obtener una "primera intuición sintética", mediante la observación de conjuntos y detalles para percibir la realidad existente.

Se realizaron entrevistas de caracter informal con los profesionales, para conocer opiniones más espontaneas y profundizar un poco más sobre lo que se pretendía obtener con el cuestionario.

El cuestionario se elaboró en forma mixta, con pregun--

tas cerradas, opcionales y abiertas (Anexo No.3 pag. .), encuestandose a 15 personas, todas ellas, miembros de equipos in terdisciplinarios (psiquiátras, médicos residentes en psiquia tría y psicólogos).

La investigación documental se obtuvo a través de las actividades registradas en el departamento de trabajo social, para obtener la comparación que anteriormente mencionamos.

5.1.- Resultados obtenidos

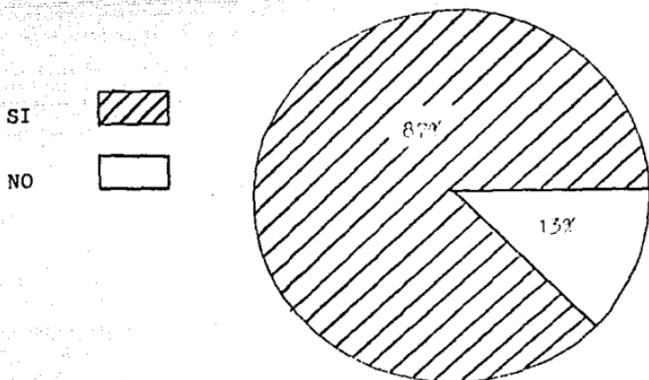
En los resultados que arrojó la investigación, se aprecia que de la totalidad del universo encuestado, un 87% tiene pleno conocimiento acerca de las funciones que el trabajador social desempeña dentro del campo psiquiátrico; siendo éste -- mismo porcentaje, el que considera buena la preparación de éste profesional. (Gráficas No.1 y 2)

Hubo un consensus general (gráfica No. 3), al opinar -- que es de gran utilidad el trabajador social dentro del equipo interdisciplinario.

Un 47% refiere que esta utilidad, más que nada es por-- que colabora, al igual que el resto de los profesionales en la

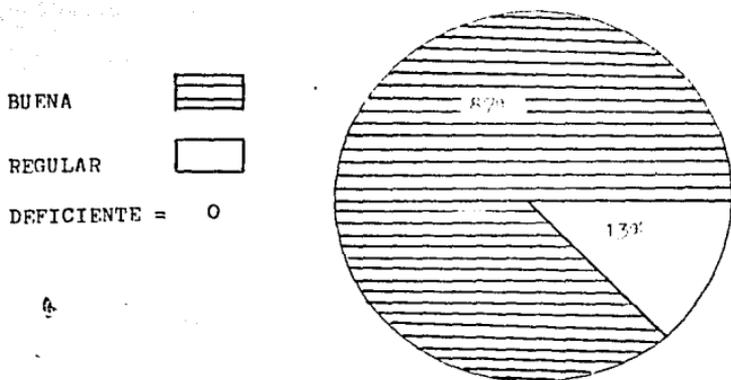
GRAFICA No. 1

1.- ¿Conoce las funciones del Trabajador social?



GRAFICA No. 2

2.- ¿Como considera usted la preparación del Trabajador Social?



rehabilitación del paciente. El 40% opinó que la utilidad opera en base al acercamiento y contacto constante, que el trabajador social mantiene con la familia del paciente. El 13% - considera que es de utilidad por su participación en la realización de estudios sociales, ya que refieren que estos les sirve como base, en colaboración con la información que se obtiene con el resto de los integrantes del equipo, al logro de un diagnóstico y los lineamientos a seguir en la acción terapéutica. (gráfica No. 4).

El trabajador social utiliza como una de sus actividades terapéuticas, la formación de grupos de pacientes para incorporarlos a terapias de tipo ocupacional, recreativa y gimnasia; el 100% de los entrevistados consideran de suma importancia estas actividades. Un 60% capta estas actividades como terapéuticas; el 33% las considera como actividades motivacionales; y un 7% como un entretenimiento necesario, por los largos períodos de internamiento, sobre todo en pacientes de tipo crónico. (Gráficas No. 5 y 6)

Tanto las entrevistas individuales como las visitas y charlas, que el trabajador social realiza con los pacientes, son catalogadas de importantes en un 100% por los integrantes de los equipos interdisciplinarios. Opinando un 40% que la im-

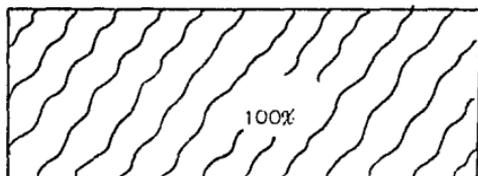
GRAFICA No. 3

3.- ¿Es de utilidad el Trabajador Social en el equipo interdisciplinario?

SI



NO = 0



GRAFICA No. 4

3.1.- ¿por que?

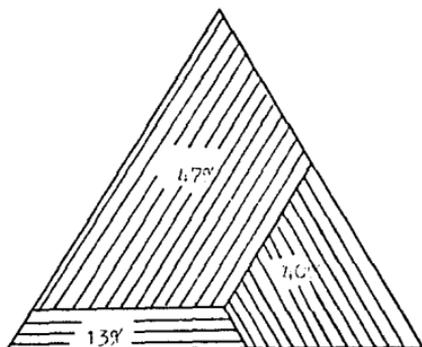
REALIZA ESTUDIOS
SOCIALES.



COLABORA EN LA
REHABILITACION.



ES UN CONTACTO
FAMILIAR.

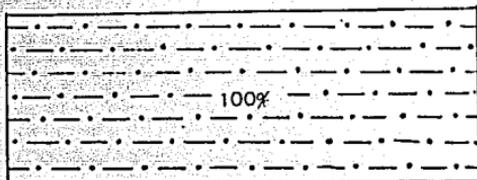


GRAFICA No. 5

4.- ¿Considera importantes las terapias (ocupacional, recreativa y gimnoterapia) para la rehabilitación del paciente?

SI 

NO = 0



GRAFICA NO. 6

4.1.- ¿Por que?

Porque sirve como:

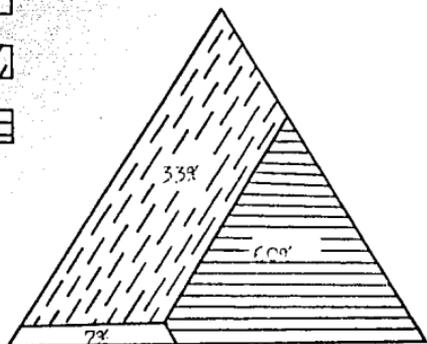
ENTRETENIMIENTO



MOTIVACION



TERAPEUTICO



portancia se basa en que las observaciones que el trabajador social hace, sobre cada entrevista, son de gran utilidad al equipo; un 27% considera las entrevistas y sobre todo las visitas individuales, como un medio terapéutico; el 20% refiere -- que es importante porque puede aportar nuevos datos a la historia clínica del paciente, ya que en ocasiones éste proporciona diferente información a cada uno de los profesionales que lo entrevistán; y un 13% se inclina a considerarlas importantes -- por el enfoque social que el trabajador social puede aportar, sobre el padecimiento y causas del mismo. (Gráfica No. 7 y 8)

El 100% considera importante la relación trabajador social-familia, opinando un 47% que lo considera así, por los aportes que el trabajador social pueda hacer sobre el ambiente familiar que rodea al paciente; el 33% ve al trabajador social como un intermediario entre la familia y el equipo terapéutico; un 13% opina que en esta relación, el trabajador social funciona como orientador de la familia; y el 7% ve al trabajador social como enlace entre la familia y la institución. (Gráficas No. 9 y 10)

Así mismo se observó que el trabajo que desempeña el -- trabajador social con la familia, se considera como la actividad mas relevante que contribuye a la rehabilitación del enfermo mental, siendo esta la opinión del 47%.

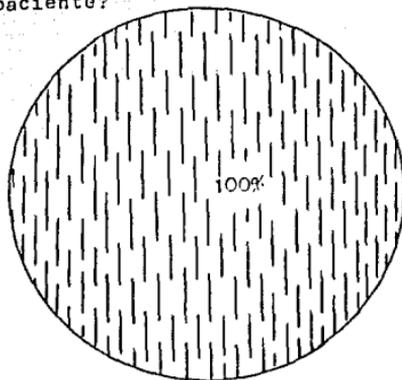
GRAFICA No. 7

5.- ¿Considera importantes las entrevistas y las visitas individuales que hace el T.S. al paciente?

SI



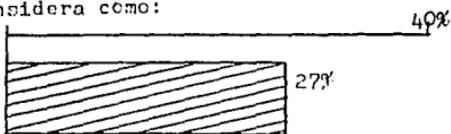
NO = 0



GRAFICA No. 8

5.1.- ¿Por que? Porque se considera como:

MEDIO TERAPEUTICO



LAS OBSERVACIONES SON IMPORTANTES PARA EL EQUIPO

APORTACION DE NUEVOS DATOS A LA HISTORIA CLINICA

ENFOQUE SOCIAL DEL PADECIMIENTO

TC

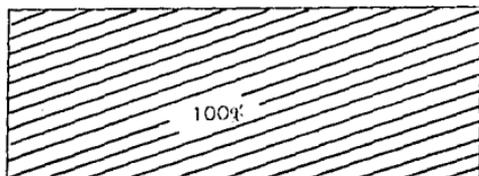
GRAFICA No. 9

6.- ¿Ve usted importante la relación del trabajador social con la familia del paciente?

SI

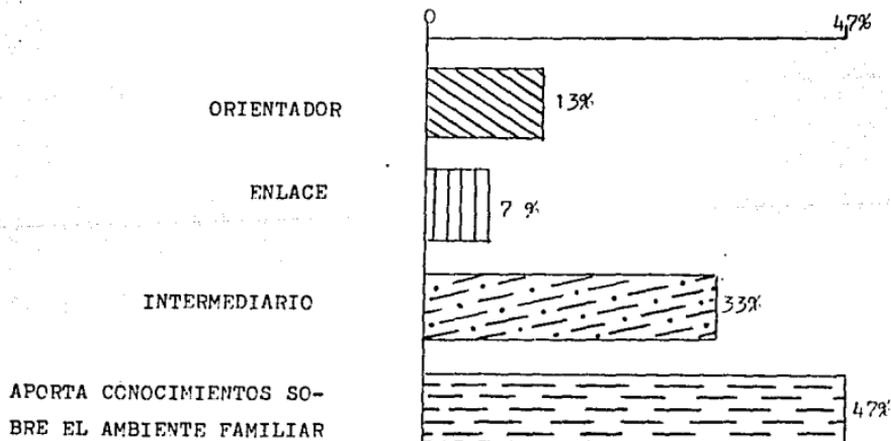


NO = 0



GRAFICA No. 10

6.1.- ¿En que forma? como:



El 33% refiere a la participación del trabajador social en terapia (ocupacional, recreativa y gimnoterapia) como una contribución a dicha rehabilitación; y un 20% se inclina por -- las visitas, orientaciones y entrevistas individuales que el -- trabajador social realiza con el paciente, considerandolas como el mejor aporte de este profesional a la rehabilitación del paciente. (Gráfica No. 11)

Al preguntarsele si las actividades que realiza el trabajador social, las podría suplir otro profesional, un 87% observó que definitivamente, no; ya que son actividades propias del trabajo social.

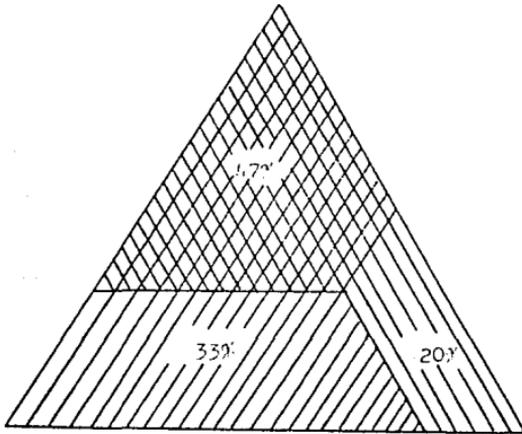
Un 13% piensa que en algunas actividades, si puede ser suplido; refiriendo el caso específico de las terapias, que le competen al terapeuta ocupacional, y otra opinión fué, que podría ser relevado por un psicólogo en algunos casos (no especificados). (Gráfica No. 12)

Estos porcentajes fueron obtenidos a través del cuestionario aplicado; a continuación veremos el movimiento, también -- dado en porcentajes, del departamento de trabajo social para poder establecer un nivel comparativo.

Los datos presentados fueron tomados de las hojas de --

GRAFICA No. 11

7.- ¿Cual considera usted, que es la actividad más relevante - del trabajador social, que contribuya a la rehabilitación del paciente?



TERAPIA OCUPACIONAL, RECREATIVA Y GIMNOTERAPIA.



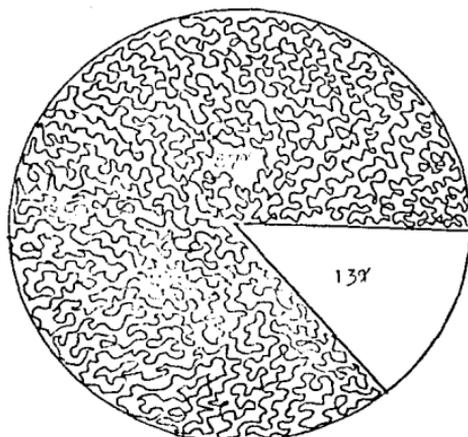
LA LABOR REALIZADA CON LA FAMILIA.



VISITAS Y ORIENTACIONES INDIVIDUALES.

GRAFICA No. 12

8.- Las actividades que realiza el trabajador social, ¿las puede suplir otro profesional?



8.1.- ¿Quién?

TERAPISTA OCUPACIONAL, PSICOLOGO



NO



SI

registro de actividades que cada una de las trabajadoras sociales realizan diariamente, y los presenta en informes mensuales a la coordinación de trabajo social de la institución psiquiátrica durante las reuniones mensuales de evaluación en 1984.

En estos datos encontramos que del 100% de las actividades que realizan las trabajadoras sociales, de la mencionada -- institución; el 38% está destinado al trabajo individual con el paciente, en actividades como son: orientaciones hospitalarias y entrevistas individuales.

El 21% es utilizado para realizar tareas tales como: derivaciones de pacientes a grupos de Alcohólicos Anónimos, complementación de datos en estudios sociales, notificaciones de altas y anotaciones en expedientes.

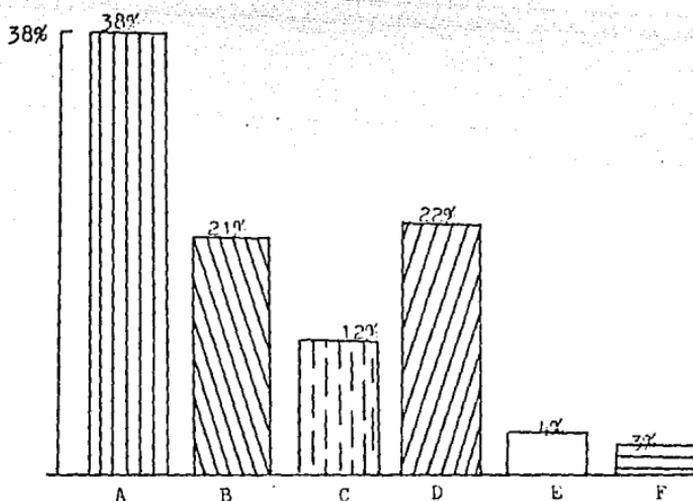
Un 10% está destinado a las entrevistas con familiares, ya sea durante la hora de visita al paciente o con fines particulares de realizar algún estudio social; un 12% también destinado a las orientaciones que se dan a los familiares de los pacientes hospitalizados o de nuevo ingreso, así como de candidatos a ser dados de alta. Estos dos últimos porcentajes los sumamos para obtener un total de 22% de actividad general destinada a la atención familiar.

El 12% está encaminado al trabajo con grupos de pacientes integrados a terapias. Un 4% fué utilizado para prestar orientación post-hospitalaria a pacientes dados de alta, motivandolos a que continuen con su tratamiento ambulatorio.

Finalmente el 3% restante se utiliza para la elaboración de estudios sociales en sus tres niveles. (Gráfica No. 13).

MOVIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DE UNA INSTITUCION
PSIQUIATRICA.

GRAFICA No. 13



A.- TRABAJO INDIVIDUAL CON PACIENTES.

B.- TRABAJO ADMINISTRATIVO PROPIO DEL DEPTO. DE T.S.

C.- TRABAJO CON GRUPOS INTEGRADOS A TERAPIAS.

D.- ACTIVIDAD DESTINADA A LA ATENCION FAMILIAR.

E.- ORIENTACIÓN POST-HOSPITALARIA.

F.- ELABORACIÓN DE ESTUDIOS SOCIALES.

CONCLUSIONES

Para el Trabajador Social, que forma parte del grupo de trabajadores de la Salud Mental; es importante conocer la diferenciación entre enfermedad y salud mental, así como la etiología de dichas enfermedades, que pueden ser: organicistas, psicologistas, sociologistas o psicosociales; y lograr una comprensión sobre la adaptabilidad que en un momento dado el trabajador social puede propiciar en el paciente, al tratar de integrarlo a un equilibrio social, de tal manera que pueda ajustarse a las normas establecidas en la sociedad a la cual pertenece.

Para lograr una buena participación dentro del campo de la salud mental, el trabajador social debe tener una concepción práctica acerca de los padecimientos mentales y conocer las características de cada una de ellas en forma general.

El trabajador social psiquiátrico es un profesional que participa en la solución de los problemas planteados por las enfermedades mentales, dividiendo su área de trabajo en dos grandes grupos: intramural y extramural.

Por lo tanto, el trabajador social participa en este --

campo en forma dinámica, utilizando la metodología adecuada e integrandose en equipos interdisciplinarios para lograr la óptima utilización de los recursos (tanto materiales como humanos) en forma eficaz.

El trabajador social tiene como tarea relevante, el encarar su acción a lograr un cierto tipo de resocialización del individuo afectado por la enfermedad mental; primeramente incorporandolo a la comunidad hospitalaria, utilizando para esto técnicas tanto individuales como de grupo, y segundo; a su medio familiar y social.

Se observó que dentro de las tareas preventivas, el trabajador social tiene objetivos específicos que son: la aportación del estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología de la enfermedad mental y sus consecuencias sociales; exhortar tanto a la familia como a la comunidad, para que participen como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; y, participar en la formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud mental -- (desde el punto de vista de su competencia).

Todos estos puntos de conocimiento, son de gran importancia para el trabajador social, sin los cuales no podría par

participar de manera óptima en el objetivo primordial de la REHABILITACION, ya que todos y cada uno de ellos, encaminan al profesional sobre la trayectoria para ayudar a las personas con déficit psiquiátrico, a alcanzar el mejor nivel posible de adaptación, a su regreso a la comunidad despues del tratamiento hospitalario.

Captamos en los resultados obtenidos en la investigación, la excelente aceptación que tiene el trabajador social dentro del equipo de salud mental, mismo que considera y valora la preparación de este profesional, reflejada en tres actividades relevantes que contribuyen a la rehabilitación del paciente, y son: organización de grupos para la participación en terapias; la profunda labor que desempeña con la familia del paciente; y por último las visitas y orientaciones individuales con caracter terapéutico, que realiza con el paciente.

Las tres actividades mencionadas anteriormente, se observan perfectamente en la práctica, ya que el 62% de las actividades del Departamento de Trabajo Social de la Institución Psiquiátrica, están destinadas a ellas.

Entonces podemos decir que en un buen equipo de salud mental, es imprescindible la participación del Trabajador So-

cial como parte del núcleo central de dicho equipo, ya que sin este elemento no podría ser completa y eficaz la atención del enfermo mental hospitalizado.

A través de la práctica queda demostrada la importancia que el TRABAJADOR SOCIAL tiene, en este campo tan complejo, así como la aceptación y respeto de los profesionales con los que comparte el compromiso de rehabilitar al enfermo mental.

SUGERENCIAS

Para lograr una óptima participación del Trabajador Social en la rehabilitación del enfermo mental, se sugiere:

- A) Una instrucción concienzuda y profunda sobre Trabajo Social Psiquiátrico, antes de integrarse al campo de trabajo.
- B) Reuniones más continuas del equipo de salud mental, con la finalidad de disminuir los riesgos psicológicos, tensiones y ansiedades; en los integrantes de dichos equipos.
- C) Realizar cursos periódicamente, sobre actualización en Trabajo Social Psiquiátrico.
- D) Una mayor participación en la prevención, elaborando programas adecuados que abarquen orientaciones periódicas, a la comunidad.

ANEXOS

A N E X O No. 1

PROGRAMA GENERAL DEL DEPARTAMENTO
DE TRABAJO SOCIAL

ACTIVIDAD	RECURSOS	OBJETIVOS
ELABORACION DEL PROGRAMA DE TERAPIAS	- 3 T.S. - 2 PASANTES DE T.S. - 2 PRAC. DE T.S.	- ESTABLECER LA CALENDARIZACION PARA LAS TERAPIAS Y LLEVARLAS A CABO DURANTE UN SEMESTRE.
VISITAS AL PACIENTE, EN EQUIPO, 3 DIAS POR SEMANA.	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.	- OBSERVAR LOS AVANCES TERAPEUTICOS.
VISITAS INDIVIDUALES A LOS PACIENTES Y ELABORACION DE NOTAS EN EXPERIENCIAS.	- 5 T.S. - EXPEDIENTES.	- CONOCER A LOS PACIENTES A SU INGRESO. - INTEGRARLOS AL MEDIO HOSPITALARIO. - FOMENTAR LA CONFIANZA DEL PACIENTE HACIA EL T.S.
APLICACION DE TERAPIA OCUPACIONAL 2 DIAS POR SEMANA.	- 2 T.S. - 2 PAS. DE T.S. - 2 PRAC. DE T.S. - MATERIAL NECESARIO.	- INTEGRACION DEL PACIENTE HACIA LA ACTIVIDAD DE GRUPO. - INICIAR LA RESOCIALIZACION DEL PACIENTE.
APLICACION DE TERAPIA RECREATIVA Y GIMNASTICA 3 DIAS POR SEMANA.	- 1 T.S. - 5 PASANTES DE LIC. EN ED. FIS. - MAT. NEC.	
ENTREVISTAS CON FAMILIARES. (POR LO MENOS UNA VEZ POR SEMANA)	- 3 T.S. - 2 PASANTES DE T.S.	- REALIZAR ESTUDIO SOCIAL - CONOCER EL AMBIENTE FAMILIAR - ORIENTACION.
PARTICIPACION EN SESION CLINICA. 1 VEZ POR SEMANA.	- 1 T.S. (EN FORMA ROTATIVA)	- ENSEÑANZA - EVALUACION

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00 a 10:00 a.m.	VISITA A PACIENTES CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.	TERAPIA OCUPACIONAL CON MUJERES NOTAS EN EXPEDIENTES	VISITA A PACIENTES CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.	TERAPIA OCUPACIONAL CON MUJERES NOTAS EN EXPEDIENTES	VISITA A PACIENTE CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
10:00 a 11:00 a.m.	TERAPIA RECREATIVA EN PABELLON DE HOMBRES AGUDOS.	TERAPIA OCUPACIONAL CON HOMBRES NOTAS EN EXPEDIENTES	SESION CLINICA	TERAPIA OCUPACIONAL CON HOMBRES NOTAS EN EXPEDIENTES	TERAPIA RECREATIVA
11:00 a 12:00 p.m.	TERAPIA RECREATIVA EN PABELLON DE MUJERES AGUDAS Y CRONICAS.	VISITA INDIVIDUAL A PACIENTES	ENTREVISTA CON FAMILIARES	VISITA INDIVIDUAL A PACIENTES	GIMNOTERAPIA
12:00 a 1:00 p.m.	VISITA INDIVIDUAL A PACIENTES. ANOTACIONES EN EXPEDIENTES. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.+	ATENCION A SOLICITUDES DE SERVICIO	NOTAS EN EXPEDIENTES ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS+	ATENCION A SOLICITUDES DE SERVICIO	NOTAS EN EXPEDIENTES ATENCION A SOLICITUDES DE SERVICIO.

+.- Las actividades administrativas estan comprendidas por: Actualizaciones de listas, complementación de estudios, altas hospitalarias, etc.

A N E X O No. 3

LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN LA REHABILITACION DEL
ENFERMO MENTAL

1.- ¿Conoce las funciones del trabajador social?

si () no ()

2.- ¿Como considera usted la preparación del trabajador social?

buena () regular () deficiente ()

3.- ¿Es de utilidad el trabajador social en el equipo inter-
disciplinario?

si () no ()

Si contesta SI, diga por que?

- Porque realiza estudios sociales ()

- Porque colabora en la rehabilita-
ción del paciente. ()

- Porque es un contacto con el me-
dio familiar. ()

4.- ¿Considera importantes las terapias (Ocupacional, recrea-
tiva y gimnoterapia) para la rehabilitación del paciente?

si () no ()

Si contesta SI, diga por que?

- Porque sirve como entretenimiento ()

- Porque sirve como motivación ()

- Porque sirve como actividad tera-
péutica. ()

5.- Considera importantes las entrevistas y las visitas individuales, que hace el trabajador social al paciente?

si () no ()

por que? _____

6.-¿Ve usted importante la relación del trabajador social con la familia del paciente?

si () no ()

¿en que forma?

como orientador ()

como enlace ()

como intermediario ()

otra ()

mencionela: _____

7.- ¿Cual considera usted que es la actividad más relevante del trabajador social, que contribuya a la rehabilitación del paciente?

8.- Las actividades que realiza el trabajador social, las puede suplir otro profesional?

si () no ()

¿Quien? _____

9.- Observaciones:

G L O S A R I O

N O T A : Muchos de estos términos quedan explicados en el texto, pero se incluyen aquí, para facilitar la referencia.

ADAPTACIÓN.- Relación de una persona con su sociedad, y con su sí mismo interno.

ADAPTACION SOCIAL.- Adaptación al complejo total de reacciones interpersonales. La capacidad de vivir y expresarse de a cuerdo con las restricciones y exigencias culturales de la sociedad.

ADICCION.- Habitación al uso de una droga, la privación de la cual dá lugar a síntomas de malestar e impulso irresistible de volver a tomar la droga.

AFFECTO.- Tonalidad sentimental emocional, vinculada a un objeto idea o pensamiento. El término incluye los sentimientos íntimos y sus manifestaciones externas.

ALCOHOLISMO.- Dependencia excesiva o adicción al alcohol, habitualmente hasta el punto de que la salud física y mental de una persona está en peligro o afectada.

ANAMNESIS.- Historia médica de un paciente, utilizada particularmente en relación a los recursos del propio paciente.

ANSIEDAD.- Estado emocional de temor o inquietud. en lenguaje psiquiátrico, la ansiedad designa los temores nacidos de

la configuración psíquica del individuo; por ejemplo, el miedo a los propios impulsos sexuales, y por lo general no se lo conoce o se lo reconoce. Se considera que la ansiedad es patológica cuando es lo bastante intensa como para perturbar la vida eficiente y agradable. La ansiedad es una característica general de las neurósis. (se llama también angustia).

CEFALALGIA.- Dolor de cabeza violento que se dá en enfermedades infecciosas o en estados de tensión.

CULPABILIDAD.- Estado emocional de quien quebranta la ley; ansiedad especial producida por la sensación de no vivir a la altura del propio ideal o por la conciencia de haber transgredido una norma de conducta. Es misión importante de la psiquiatría distinguir entre el sentido sano de responsabilidad y el sentido morboso e irracional de culpabilidad.

DELIRIUM TREMENS.- Estado psicótico agudo que se produce habitualmente tras períodos prolongados de ingesta copiosa y grave de alcohol.

DEMENCIA.- Antes era sinónimo de locura; ahora se emplea para denotar la falta de capacidad intelectual debida a algún trastorno orgánico.

DEMENCIA SENIL.- Síndrome orgánico cerebral asociado al envejecimiento y caracterizado por un cierto deterioro mental

acompañado de conducta infantil, centramiento en sí mismo y dificultad de enfrentarse a nuevas experiencias.

DEPRESION.- En psiquiatría denota tristeza morbosa, abatimiento o melancolía, se diferencia de la pena en que ésta tiene mayor base real y guarda mayor proporción con sus causas. La Depresión puede variar de intensidad desde la neurosis hasta la psicosis.

DESHINIBICIÓN.- Ausencia de inhibición. Sustancias químicas, tales como el alcohol pueden eliminar inhibiciones al interferir con las funciones de la corteza cerebral. En Psiquiatría la desinhibición conduce a la libertad de actuar de acuerdo con las propias necesidades en vez de someterse a las exigencias de los demás.

DESPERSONALIZACION.- Sentimiento de falta de realidad con respecto de uno mismo o al ambiente en que uno vive. Se observa en los esquizofrénicos particularmente durante los estadios iniciales de descompensación.

EMPATIA.- Capacidad de imaginarse uno en el lugar de la otra persona, adoptar su marco de referencia y comprender objetivamente sus sentimientos y su conducta. Es una de las cualidades principales en el buen terapeuta, facilitador o miembro de un grupo que ayuda.

EPILEPSIA.- Trastorno caracterizado por ataques periódicos del sistema motor o sensorial o de sus equivalentes, a-

compañado a veces por pérdida de conciencia o por ciertas manifestaciones parecidas.

ESQUIZOFRENIA.- Fuerte trastorno emocional de fondo psicótico - caracterizado generalmente por la fuga de la realidad, - acompañada de ilusiones, alucinaciones, desequilibrio emotivo y conducta regresiva. Antes se le llamaba DEMETIA PROCOX.

ETIOLOGIA:- Causas determinantes de algún fenómeno o cosa; la ciencia de esas causas.

EUFORIA.- Sentimiento exagerado de bienestar físico y emocional desproporcionado en relación a sus causas aparentes; generalmente es de origen psicológico, pero a veces se presenta también en los trastornos orgánicos cerebrales y - en los estados tóxicos.

FANTASIAS.- Representación de imágenes mentales y acontecimientos imaginarios. La fantasía es normal en los niños; en los adultos, cuando es exagerada puede denotar un intento de escapar a determinados conflictos emocionales procurando una satisfacción sucedánea.

HEBEFRENIA.- Tipo de esquizofrenia caracterizada por una conducta pueril y por emociones superficiales e inapropiadas.

MANIA.- Enfermedad mental; se distingue por su alta excitabilidad, aceleración del pensamiento y de la palabra, movili

dad corporal y exaltación o complejo de grandeza.

NEUROPSIS.- Inadaptaciones emocionales debidas a conflictos conscientes no resueltos. Es una de las dos categorias graves de enfermedades emocionales. La otra es la psicosis. Por lo general, la neurosis es menos aguda que la psicosis; En ella se pierde mucho menos contacto con la realidad y el juicio. La enfermedad neurótica representa un intento de resolver los conflictos emocionales inconscientes en una forma obstructiva que entorpece el desenvolvimiento en la vida de la persona afectada. Los distintos tipos de neurosis se clasifican generalmente según sus síntomas predominantes.

PARANCIA.- Trastorno psiquiátrico raro, caracterizado por un sistema complicado y sumamente lógico de manía persecutoria o de megalomanía.

PATCGENC.- Causante de alguna enfermedad.

PEPSONALIDAD.- La suma de cualidades que distinguen y caracterizan a una persona.

PSICCSOMATICO.- Adjetivo que indica la interacción inseparable entre psiqué o mente y soma o cuerpo: se emplea para designar las enfermedades cuyos síntomas son predominantemente físicos, pero con implicaciones emocionales.

PSICOTERAPIA.- Tratamiento basado en la comunicación verbal -- con el paciente como contradistinto del tratamiento a base de drogas, cirugía, etc.

REHABILITACION SOCIAL.- Restablecimiento suficiente para permitir al enfermo reincorporarse a su medio social anterior. No implica necesariamente que se haya curado de ésta por entero.

RETRASO.- Reducción de la actividad física y mental que se presenta con frecuencia en las enfermedades depresivas; -- también significa deficiencia mental.

TERAPEUTICO.- Curativo, perteneciente al arte de curar.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ALISTAIR MUNRO, M.D. y WALLACE McCULLOCH, M.Sc. Psiquiatría para trabajadoras sociales. 3ra. ed. México. C.E.C.S.A. - 1979. 295p.
- 2.- ANDER-EGG, Ezequiel. Diccionario del trabajo social. 1ta. ed. Buenos Aires. El Cid. 1981. 420 p.
- 3.- ANDER-EGG, Ezequiel. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. 8va. ed. Buenos Aires. Humanitas. 1978. 190 p.
- 4.- BECFERRA, Rosa María. Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico. 2da. ed. Buenos Aires. Ecro. 1979. 142p.
- 5.- BRACELAND, Francis J. y STOCK, Michael. Psiquiatría moderna. Madrid. Gregos, 1967. 281 p..
- 6.- EY, Henry. et. al. Tratado de psiquiatría. 8va. ed. Barcelona. Masson. 1978. 1100 p.
- 7.- FREEDMAN, Alfred M. et. al. Compendio de psiquiatría. Barcelona. 5ta. ed. Salvat. 1980. 919p.
- 8.- HAMILTON, Gordon. Teoría y práctica del trabajo social de casos. 2da. ed. México. La prensa médica mexicana. 1960. 333 p.
- 9.- KISNERMAN, Natalio. Salud pública y trabajo social. Buenos Aires. Humanitas. 1981. 246 p.
- 10.- KISNERMAN, Natalio. Servicio social de grupos. 4ta. ed.

Buenos Aires. Humanitas. 1978. 315 p.

- 11.- LEVISON, J. Daniel y GALLAGHER, R, Eugene. Sociología del enfermo mental. Argentina. Amorrortu. 1964. 283 p.
- 12.- LIMA, Boris A. Contribución a la metodología del trabajo social. 2da. ed. Caracas. Universidad central de Venezuela. 1977. 199 p.
- 13.- MACKINNON, Michels. Psiquiatría clínica aplicada. México. Iberoamericana. 1973. 432 p.
- 14.- NAPIER, Rodney W. y GERSHENFELD, Matti l. Grupos: Teoría y experiencia. 3ra. ed. México. Trillas, 1980. 324 p.
- 15.- FERREZ, Joseph. Terapia familiar en trabajo social. México. Pax-méxico, 1981. 225 p.
- 16.- RICHMOND, Mary E. Caso social individual. 2da. ed. Buenos Aires. Humanitas. 1977. 173 p.