



UNIVERSIDAD  
"DON VASCO, A. C."

**UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.**

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

---

---

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

“Seguimiento de caso sobre la Dinámica Familiar del Paciente  
Esquizofrénico, Atendido en el DIF Municipal Uruapan, Mich., en el  
período de Enero a Diciembre del 2004”

***TESIS PROFESIONAL***

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**Licenciado en Trabajo Social**

**P R E S E N T A:**

***Felipa Franco Bustos***

Asesora: María Guadalupe Hernández Martínez

URUAPAN, MICHOACÁN, JULIO DEL 2006





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **Dedicatoria.**

A **Dios**, porque me dio paciencia y humildad y estuvo conmigo hasta el final.

A mi **mamá**, porque me apoyo emocionalmente y es una de las personas más importantes dentro de mi vida.

A mis hermanos, **Abel, Bertha, Gloria, José G., María de Jesús y Rafael** que gracias a su apoyo emocional y económico logré ser un Lic. en Trabajo Social.

A mis sobrinos **Blanca Eréndira, Norma Lizbeth, Janet, Yuritza, Leidy, Gerardo y Luis Alberto.**

A mi novio **Rigoberto García**, a quien amo y en este momento es mi inspiración para luchar por lo que quiero.

A mis amigos, **Martha, Gabriela, Verónica, Mónica, Jeanette, Denys, Navidad, Abril, Alejandro Álvarez, Alejandro Sepúlveda, Kenia, Lulú, Deyanira y Angeles Noemí.**

## **Reconocimiento.**

Agradezco a mis maestros en general por todo el conocimiento que me transmitieron.

# INDICE

## CAPITULO I

### La Familia.

Introducción.

1.1. Definición de familia.	6
1.2. El ciclo de vida de familia.	7
1.3. Funciones de la familia.	9
1.4. Reglas familiares.	11
1.5. Objetivos de familia.	11
1.6. Proceso para tomar decisiones familiares.	12
1.7. Roles familiares.	14
1.8. Estilos de comunicaciones en los miembros de la familia.	17
1.9. Estructura de sistemas para la valoración del Funciones de la familia.	17

## CAPITULO II

### Salud en México.

2.1. Salud Individual.	19
2.2. Salud Pública.	21
2.3. Economía, cultura y salud.	22
2.4. Educación para la salud.	26

## **CAPITULO III**

### **Esquizofrenia.**

3.1. Antecedentes Históricos.	28
3.2. Conceptualización de Paciente Esquizofrénico.	30
3.3. Qué es la Esquizofrenia.	30
3.4. Causas que la generan.	31
4.5. Características generales de la Esquizofrenia.	35
3.6. Tipología de Esquizofrenia.	35
3.7. Síntomas de la Esquizofrenia.	39
3.8. Tratamiento.	40
3.9. Competencia para el Paciente y sus Familiares.	42
3.10. Habilidades y Alternativas para el Manejo del Estrés del Familiar.	45

## **CAPITULO IV**

### **Trabajo social en el Área de Salud.**

4.1. Concepto de Trabajo Social en el Área de Salud.	49
4.1.1. Antecedentes Históricos del Trabajo Social en el Área de Salud.	49
4.1.2. Trabajo Social en el Área de Salud.	50
4.1.3. Objetivos, del Trabajador Social en el Área de Salud.	51
4.1.4. Funciones del Trabajador Social en el Área de Salud.	52
4.2. Trabajador Social Psiquiátrico.	54
4.2.1. Funciones del Trabajador Social Psiquiatrico.	55

4.2.2. Intervención del Trabajador Social Psiquiátrico	56
4.2.3. Participación del Trabajador Social en los Niveles de prevención en Psiquiatría.	57
4.3. Proceso Metodológico del Trabajo Social.	59
4.4. Niveles de Atención del Trabajador Social.	61

## **CAPITULO V**

### **Trabajo Social de Caso.**

5.1. Concepto de Trabajo Social de Caso.	70
a) Mary Richmond.	70
b) Marie Castellanos.	71
c) Gordon Hamilton.	72
d) Evelyn Davison.	73
e) Helen Harris Paerlam.	74
f) Ricardo Hill.	76
g) Etna Meave.	77

## **CAPITULO VI**

### **Desarrollo Integral de la Familia (DIF)**

6.1. Características Generales de la Institución.	88
6.2. Antecedentes Históricos del DIF Nacional.	89
6.2.1 DIF Estatal.	89
6.2.2. DIF Municipal.	90
6.3. Visión.	92

6.4. Misión.	92
6.5. Objetivos.	92
6.6. Políticas.	93
6.7. Estructura organizacional.	94
6.8. Programas Institucionales.	97
6.9. Objetivos del Área de Salud.	99
6.10. Programas y proyectos en el Área de Salud.	100

## **CAPITULO VII**

### **Presentación del caso sobre la dinámica familiar del paciente**

#### **Esquizofrénico.**

7.1. Análisis e interpretación de los datos.	103
7.1.1. Proceso de estudio social.	103
a) Investigación exploratoria.	104
b) Investigación descriptiva.	111
c) Investigación explicativa-descriptiva.	117
d) Diagnóstico.	121
e) Plan social de tratamiento.	122
7.1.2. Presentación de los perfiles de personalidad y perfiles de las instituciones relacionada con el caso.	123
a) Perfil del Padre.	123
b) Perfil de la madre.	125
c) Perfil de la persona Esquizofrenica.	127

d) Perfil del Área de Salud del DIF Municipal Uruapan, Mich.	129
e) Perfil del Hospital Psiquiátrico de Morelia, Mich.	130
7.1.3. Formulación de hipótesis.	131

**Conclusión.**

**Propuesta de Trabajo Social.**

**Bibliografía.**





## **Introducción.**

La esquizofrenia es la enfermedad mental en la que se sospecha una causa médica y donde el órgano afectado es el cerebro; las manifestaciones clínicas están relacionadas con ciertas funciones del mismo, tales como el pensamiento, el afecto, la sensopercepción y la conducta.

La esquizofrenia es el paradigma de la enfermedad mental de origen endógeno, se caracteriza por las alucinaciones (sobre todo auditivas), ideas delirantes, abandono de las actividades habituales, discurso desorganizado, descuido en el arreglo personal, ensimismamiento y conducta extravagante. Su estudio y la divulgación de sus rasgos característicos ayudará a reducir la estigmatización de las personas que las sufren.

La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población mundial mayor de 15 años, por lo que se calcula que en la actualidad la padecen más de 500.000 Mexicanos. Su diagnóstico antes de esa edad es controvertible, por ello, la apreciación de su magnitud debe estimularse con ese ajuste. Se calcula la aparición de un caso nuevo por cada 1,000 habitantes, de seguir esta tendencia dentro de 10 años se podría duplicar el número de esquizofrenia en México. El padecimiento afecta en igual proporción a hombres y mujeres, sin embargo, tiene algunas diferencias genéricas: Los hombres la inician a edades entre 15 a 25 años, mientras que las mujeres, entre los 20 y 35 años, los primeros tienen una evaluación severa.

Actualmente la esquizofrenia se observa más en los países en vías de desarrollo, lo que hace veinte años no sucedía, pues se consideraba que existía una distribución homogénea, afecta con mayor frecuencia a los grupos socioeconómicos más desprotegidos, dadas las limitaciones que han prevalecido en la atención.

La etiología de la esquizofrenia permanece aún desprotegida. Sin embargo, se han encontrado factores asociados a la enfermedad cuyo grado de participación aún se investiga. Estos factores son genéticos y ambientales.

De acuerdo con las investigaciones realizadas desde hace un siglo no hay duda de que existe un factor hereditario en la aparición de la enfermedad. Los

diversos estudios han aceptado que la transmisión de la enfermedad no obedece a las leyes medicinales simples y no ha sido posible identificar el gen responsable del padecimiento.

El mayor riesgo de padecer esquizofrenia es el trauma obstétrico, la infección viral de la madre en etapa prenatal (segundo trimestre del embarazo) la incompatibilidad a RH o grupo sanguíneo y la desnutrición prenatal.

La esquizofrenia se manifiesta en la psicosis, sin embargo no se expresa de manera constante en el paciente. Las manifestaciones propias de las psicosis son las alucinaciones, las ideas delirantes y la disminución en el juicio de la realidad, lo que ocasiona errores en la interpretación de la misma.

Debido a que este problema esta aumentando con mucha frecuencia en nuestro país, y se han hecho una serie de investigaciones que nos llevan ha descubrir que este problema es genético y se puede desencadenar por el medio donde se desarrolla la persona esquizofrenica. Si existe un desajuste en la persona que tiene problemas genéticos en cuanto a la esquizofrenia y a estos se le unen problemas psicológico y familiar, esto será factor para que se desarrolle con mayor facilidad la enfermedad de esquizofrenia.

En este caso se investigará la dinámica familiar de un paciente que presenta dicha enfermedad, que es atendida en DIF (Desarrollo Integral de la Familia) Área de Salud, que ayuda al paciente a controlar su enfermedad, médicamente hablando. Pero en lo que se refiere a la dinámica en la que se encuentra inmerso el enfermo, esta muy poco explorado y se desconoce de que manera influye la familia para su mejoramiento, es por ello, que se pretende realizar el seguimiento de caso de un enfermo Esquizofrenico; se hace como seguimiento de caso, esto porque a cada paciente se le manifiesta la enfermedad de una manera muy diferente y en lo que se refiere a la familia, cada familia es única, así que tienen tanto reglas funcionales como disfuncionales que esto permite que el paciente le ayude o lo perjudique para el control de la enfermedad.

El seguimiento de caso se realizó por medio de la investigación Etnográfica y utilizando el Modelo de Etna Meave, fue retomado porque es una paciente que es muy agresiva con sus familiares y se resiste a permanecer en su hogar, lo que

provoca que ande por las calles corriendo peligro debido a que se sale tanto de día como de noche y no la pueden retener ya que se pone agresiva. La enferma estuvo en el Hospital Psiquiátrico de Morelia y con mucha frecuencia dice querer irse al hospital porque ahí si la tratan bien. En este caso se pretende conocer la dinámica familiar que esta presentando la paciente, para después ver de que manera se le puede ayudar para controlar su enfermedad, además informar a sus familiares hasta llegar a sensibilizarlos y así se pueda mejorar o controlar la esquizofrenia que actualmente presenta.

Este caso fue retomado a raíz de una revisión de 52 casos de personas que presentan una enfermedad mental y que son tratados en el Área de Salud del DIF Municipal Uruapan, Mich., se trata de una Señorita de 20 años de edad, quien presenta Esquizofrenia desde año 2003, la cual, es muy agresiva con su familia.

Se eligió este tema y se hace como seguimiento de caso, debido a que es recomendable dárselo para una atención adecuada y oportuna a las personas que padecen Esquizofrenia, al igual que a su familia, es necesario utilizar todo lo que compone una metodología para poder conocer la situación familiar y determinar las causa que la provocaron. Actualmente en el DIF Municipal, específicamente hablando del Área de Salud, Trabajo Social, atiende a este tipo de pacientes y se les da un seguimiento de caso, pero no utilizan una metodología, solo se preocupan porque estén recibiendo el medicamento adecuado, además las visitas que se realizan son por los menos cada año, investigación que no te llevan a conocer las causas que originaron a la persona a tener dicha enfermedad, ni porqué no existe una recuperación, como se sabe cada familia es un sistema único, los factores deben desarrollar una estructura de sistemas o un juego perceptual que les permitan analizar y comprender la conducta de los individuos con relación a las operaciones actuales del grupo familiar.

Lo que se quiere investigar es la forma en que se estan dando las cosas, tomando en consideración la metodología, los apoyos interinstitucionales y de la misma institución con su equipo interdisciplinario que interviene, además de la familia de la paciente esquizofrenica. Por otro lado se presenta un estudio social y una investigación etnográfica, por lo tanto, la definición del caso queda de la siguiente

manera “El Seguimiento de caso sobre la Dinámica Familiar del Paciente Esquizofrenico, Atendido en el DIF municipal Uruapan, Mich., en el periodo de Enero a Diciembre del 2004”

Por otra parte, en lo que se refiere al contenido del trabajo, en el primer capítulo habla de la familia, donde se explica la definición de familia, el ciclo de la familia, funciones de la familia, reglas familiares, objetivos familiares, reglas familiares, proceso para tomar decisiones familiares, roles familiares, estilos de comunicación en los miembros de la familia, estructura de sistemas para la valoración de la familia.

En el segundo capítulo, se hace mención de lo que es la salud en México, donde se abordaron lo que es la salud individual, salud pública, economía cultura y salud, educación para la salud.

En el tercer capítulo se abordan los temas en relación a la Esquizofrenia donde se hace principal énfasis en lo que son antecedentes históricos, conceptualización, causas, características generales, tipología, síntomas, tratamiento, competencia para el paciente y sus familiares, habilidades y alternativas para el manejo del estrés del familiar.

El cuarto capítulo se desarrolla los antecedentes históricos del Trabajador Social en el Área de Salud, Objetivos Generales y Específicos, funciones del Trabajador Social en la Salud, Trabajo Social Psiquiátrico, sus funciones, la intervención del Trabajo Social Psiquiátrico, la participación del Trabajador Social a niveles de prevención y Metodología del Trabajador Social

En el quinto capítulo se habla del Trabajo Social de caso, donde se mencionan los autores como Mary Richmond, Marie Castellanos, Gordon Hamilton, Helen Harris Paerlam, Ricardo Hill y se describe el modelo de Etna Meave.

En el sexto capítulo se habla del marco teórico referencial en donde se llevó a cabo la investigación, por lo que se retoman los siguientes puntos : Características Generales de la Institución, Antecedentes Históricos, DIF Estatal, DIF Municipal, Visión, Misión, Objetivos, Políticas, Estructura Organizacional, programa institucional, objetivos del Área de Salud y programas y proyectos del Área de Salud.

El séptimo capítulo y el último se presenta el caso sobre la dinámica familiar del paciente Esquizofrénico de acuerdo a la metodología de Etna Meave.

En la propuesta se presenta un proyecto de intervención que ayudará a la orientación de la familia de la paciente Esquizofrenica.

# CAPITULO I

## LA FAMILIA

En la investigación en cuestión, se está estudiando la dinámica familiar, por lo tanto es necesario hacer mención a la familia, debido a que es un medio a través del cual, se reproducen una serie de valores y tradiciones que permiten al individuo mantenerse en un sistema. Al estudiar a una persona con problemas mentales, es necesario estudiar a la familia, ya que la estructura familiar afecta profundamente el avance o retroceso del enfermo.

### **1.1. Definición de la familia.**

Según Luis Leñero (1976), Tu historia personal te da cuenta primera de dicho núcleo. Tus primeras impresiones como individuos están ligadas a lo que sentiste recibir de este grupo; particularmente de tus padres. La familia convertida en hogar, también significó para ti, compañía y estímulo. Aprendiste lo que significa autoridad y el deber ser en el seno del hogar. Tu historia personal también registra gradualmente el contacto creciente con el mundo exterior, evaluado, interpretado y sancionado, de una manera o de otra, por tu ambiente familiar.

Esto necesariamente está relacionado con la historia y con el ciclo de la vida de cada generación: el origen de tu familia no se explica sin referencia al origen de sus componentes y esto sin aludir al de sus familias respectivas. Esto no significa, de ningún modo, una predeterminación genética, pues ninguna generación repite automáticamente formas de vida de la generación anterior, tomando en cuenta que la composición de cada familia es de naturaleza múltiple en cuanto a lugar, costumbres, hábitos y características psicomáticas de sus miembros.

La familia es la célula de la sociedad que provee a sus miembros los elementos necesarios para su desarrollo, tanto físico como psíquico. Sus integrantes

se encuentran unidos por lazos de parentesco, matrimonio o concubinato, que enseguida serán definidos por diferentes autores.

(Del latín familia, derivado de famulus, siervo). Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella. (Enciclopedia Universal Ilustrada Europea Americana Tomo XXIII Espasa-Colpe, S. A. Madrid 1924: 197)

“Es la encargada de mantener o atender las necesidades básicas como es el alimento, vivienda, vestido, educación etc. además debe proporcionar patrones edificantes de amor, amistad y afecto, satisfacer las necesidades psicológicas fundamentales y de inculcar un sentido de valía y dignidad”. (Alvarado, 1995: 4)

“Es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de su vida”. (Ezequiel Ander-Egg, 1995: 127)

## **1.2. El Ciclo de vida de la familia.**

Según Estrada (1982), El ciclo de la familia se da naturalmente, es muy independiente de los tipos y funciones de la familia, esta debe de cumplir un ciclo en donde según la edad de los miembros va sufriendo cambios, los cuales, se dividen en seis fases, que a continuación se mencionan.

**Primera Fase.-** Ocurre cuando los hijos ya siendo adolescentes con capacidad de responsabilizarse de sus actos, se desprenden de la familia de origen para relacionarse con otra del sexo opuesto e iniciar así la formación de otro núcleo familiar. Se presentan dos tendencias una que favorece el desprendimiento y otra que le impide al adolescente crecer y lo sujeta a la familia; el predominio de cualquiera de estas va a depender de que tan preparados estén los padres para tal desprendimiento y que tanto el adolescente es capaz de ser autónomo y tener responsabilidad en sus actos.

**Segunda Fase.-** Se presenta cuando se integra la pareja, bien sea en unión libre o por el matrimonio. En esta etapa ambos cónyuges tratarán de interrelacionar sus ideas, costumbres e ideas propias. Además durante la etapa de noviazgo ambos se presentaban de una forma diferente, siempre tratando de mostrar sus cualidades



y ocultando sus defectos, pero al existir vida en pareja esto es mostrado abiertamente y parecería que por ello la relación puede terminar.

El contrato del matrimonio establece reglas bien definidas, pero la pareja con base en sus expectativas empieza a generar otras reglas que a veces no se hablan, no se analizan, se da por sobreentendidas y cuando aparecen las quejas por violar la regla, emergen los conflictos y dependiendo de la disponibilidad e la pareja para aclarar las confusiones, será como la pareja continúe o, bien, se desintegre.

**Tercera Fase.-** Se presenta cuando nacen los hijos. Es importante mencionar que se ha escrito mucho en relación a que se da por hecho, que toda familia se considera como sólo cuando existen hijos. Esto es erróneo, pues existieran parejas que por muy diversas circunstancias no pueden o no quieren tener hijos, sin embargo, constituyen una familia.

Se llega a pensar que una pareja con conflictos, los hijos pueden llegar a utilizarse con afán de agredir al cónyuge o para separarse de él.

Desde luego los hijos van a cambiar, afectar o mejorar las relaciones familiares, para algunas parejas con la llegada de los hijos puede presentar mayor unión o por el contrario alejar más a los cónyuges. La presencia de una u otra situación dependerá en mucho del momento en que se encuentre la pareja.

**Cuarta Fase.-** Esta se presenta cuando los hijos adolescentes y que debido a que están en una etapa de crisis, ponen a prueba la flexibilidad familiar. En todas las familias, los padres al encontrarse con un hijo que ya se rebela, es opositor, además que lo compara con sus maestros o líderes, y que dada su capacidad de razonar pone en tela de juicio las costumbres, o ideas políticas o religiosas de los padres, que hasta entonces le habían enseñado y aparentemente las había aceptado, es entonces cuando el padre o la madre y los adolescentes entran en frecuentes contradicciones, los padres reviven en sus hijos su propia adolescencia pero también les es difícil ponerle límites al adolescente quien dado su desarrollo se considera adulto y capaz de superar todos los peligros o retos que la sociedad le pone.

Los hijos siempre representarán un aspecto importante, en todas las familias ponen a prueba las funciones parentales tales como autoridad racional, sin llegar al autoritarismo ni ausencia de autoridad, en fin que la familia en su conjunto tiene que cambiar y adaptarse a las necesidades y obligaciones de padres e hijos.

**Quinta Fase.-** Lo característico de esta etapa es que las actividades de crianza de los hijos han terminado, además se presentan otros elementos como lo son los siguientes:

- El hecho de que los padres tienen que aceptar a los cónyuges de sus hijos.
- Nacen los nietos.
- En el área laboral surge la jubilación y si no se han presentado al respecto podrán surgir serios cuadros depresivos, sintiéndose que ya no son útiles.

Por todas estas características, la pareja entra en la fase depresiva cuando se percata que van pasando de la edad madura a la vejez, y que como consecuencia de ello hacen presencia las enfermedades propias de la edad y se agudizan las que ya tenían por el mismo proceso de la edad. Ante tales situaciones existenciales, la pareja tiene reencuentro que le es necesario para poder enfrentar todo lo que se ha planteado y además, sentirse satisfechos por lo que han hechos en la vida como esposos, como padres y como individuos.

**Sexta Fase.-** Al ocurrir la vejez tanto la esposa como el esposo ven aproximarse la muerte y esto crea ansiedad y tristeza, aunando además a que se van perdiendo capacidades como la vista, audición, coordinación motora propias del envejecimiento.

### **1.3. Funciones de la familia.**

En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye de los abuelos, suegros, tíos, primos etc.

Por otro lado es importante saber que aparte de las familia nuclear o conyugal que son las que destacan es necesario conocer los tipos de familias existentes.

Nora Westrup (1983), nos hace mención de los tipos de familia y los define de la siguiente manera:

**Familia de núcleo:** Formado por esposo, esposa e hijos, ya sean adoptados o procreados y que viven en una misma casa.

**Familia de Carrera Dual:** Compuesta de esposo, esposa e hijos en que ambos adultos forman parte de la fuerza laborar y tienen además la responsabilidad de la educación de los hijos.

**Familia de un solo padre:** Esto por motivo de separación, divorcio o en el caso de la madre soltera.

**Familias de parentesco en red:** formada hasta por tres generaciones compartiendo con frecuencia la misma casa.

Después de especificar los tipos de familia ahora si conoceremos lo que son las funciones.

“En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse etc, además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad.

Después de especificar los tipos de familia ahora si conoceremos lo que son las funciones.

La unión familiar asegura a sus integrantes, estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son:

**Función biológica,** se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.

**Función educativa,** tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.

**Función económica,** se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

**Función solidaria,** se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

**Función protectora,** se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.” (<http://www.bcn.cl/pags/ecivica/famfun.htm>)

#### **1.4. Reglas familiares.**

“El homeostasis o desequilibrio familiar, se mantiene hasta el punto de que todo los miembros de la familia, se acoplan a un número limitado de reglas o acuerdos implícitos que ordenan los derechos, obligaciones y rango de conductas apropiadas dentro de la familia. Sinónimos de términos tales como leyes, patrones, regulaciones, mandatos, reglas, son fórmulas para relaciones o guías para conductas y acciones en la familia. Las reglas no escritas o secretas, representan una serie de prescripciones para una conducta, que define relaciones y organiza las formas en que interactúan los miembros de la familia. Puesto que las reglas están implícitas deben deducirse al observar la interacción y comunicación de la familia

Al valorar los sistemas de familias, el facultativo está más interesado en las reglas implícitas que guían las acciones de la familia, porque el grado que esas sean disfuncionales, pueden tener afectos insidiosos en la familia (Ejemplo, daños emocionales y severos en los miembros, limitación de la habilidad de la familia para acoplarse a las situaciones cambiantes y restricción de selecciones y oportunidades para el cambio). Puesto que las reglas están implícitas, su impacto de daño en la vida de las familias, siempre pasa desapercibido, y los miembros se involucran en situaciones donde sus conductas se dictan por medio de fuerzas desconocidas por ellos. Por lo tanto, al acoplarse a estas “reglas” disfuncionales, los miembros de la familia siempre perpetúan y refuerzan las conductas problemáticas de las cuales se quejan.” (Cantú, Nava, Obregón y Campos, 1998: 2)

## **1.5. Objetivos familiares.**

“La familia es la organización social en donde los miembros cooperan y coordinan sus esfuerzos, con el fin de lograr ciertos propósitos, estos surgen de dos fuentes principales. Primero, las familias normalmente adoptan y tienen en común objetivos establecidos por la sociedad; es decir, socialización de los niños, de transferencia de patrones culturales mayores, necesarios para mantener la sociedad. Y la satisfacción de ciertas necesidades personales de los miembros de la familia. Una segunda fuente de objetivos instrumentales para formar la estructura familiar, son los objetivos individuales que los patrones maritales introducen a la familia.

Los objetivos que las familias adoptan pueden ser reconocidos y articulados abiertamente por las familias o pueden ser secretos, aún más allá del conocimiento de la familia.

En la mayoría de las familias, los miembros con respecto a los objetivos que cada uno considera importante y con los valores que ellos atribuyen a los objetivos. Como en cualquier organización la familia funciona mejor cuando hay un alto grado de consenso con respecto a los objetivos de la familia y a la provisión dentro del sistema para negociar y para tomar en cuenta las necesidades únicas, propósitos y deseos de los individuos.” (Cantú, et al 1998: 26)

## **1.6. Proceso para tomar decisiones familiares.**

“Las familias se clasifican extremadamente, en grupos menos dirigentes, en donde nadie tiene el suficiente poder para determinar y dirigir actividades o para organizar los procesos en la toma de decisiones y donde el poder absoluto para las decisiones son críticos al determinar el bienestar del sistema y su responsabilidad para los miembros individuales de la familia; la mayoría de las familias no seleccionan de manera consciente en un modus operandi para realizar las decisiones. Mejor dicho, el estilo de las familias para las tomas de decisiones, normalmente se desarrolla en los padres que formularon los planteamientos para la toma de decisiones, en la familia de origen de los cónyuges. Además los conflictos persistentes experimentados en las familias problemáticas, se pueden localizar en

gran parte en la incapacidad de los cónyuges a través de los años, para resolver a un nivel secreto las expectativas incompatibles con respecto a la distribución de poder y a la manera en que se deben hacer las decisiones en la familia. Cuando los hijos ingresan al sistema, también se involucran en el conflicto, ya que ninguno de los padres tiene éxito al luchar por el poder.

“Con el fin de valorar el funcionamiento del proceso para toma de decisiones, que se encontró en las familias, es importante entender los ingredientes vitales que están inherentes e la solución efectiva del problema en los sistemas familiares:

1.- “la realización efectiva de decisiones requiere de una retroalimentación abierta y de una auto-expresión entre los miembros. Al clasificar todos los sistemas interpersonales ya sea en cerrados o abiertos. La auto-expresión abierta y congruente es vista como desviada, o “disparada” por los otros miembros del sistema, y las diferencias se consideran peligrosas, por lo que se solicita a los miembros cerrarse a los otros, con el fin de permanecer en el sistema. Por otro lado el sistema abierto permite a sus miembros conversar libremente y relacionarse sin temor de un juicio negativo. Las diferencias se consideran naturales y son bienvenidas por todos. Posteriormente los miembros utilizan tales mecanismos como compromiso, aprobando, desaprobando o tomando sus turnos para negociar y resolver las diferencias. En el sistema abierto los miembros pueden decir lo que piensan o sienten, sin temor de destruirse a ellos mismos o a otros. En los sistemas donde no se permite una retroalimentación con respecto a sentimientos, preferencias y deseos, y a conformarse sin quejas con los procesos para la realización en la toma de decisiones no son responsables de las necesidades de los miembros, las cuáles surgen al tiempo que el sistema pasa a la fase transicional de desarrollo, en donde se necesita la adaptación a las crisis y tensiones internas y externas.

2.- La decisión afectiva para la toma de decisiones requiere de un dispositivo filosófico o de posición, por parte de cada miembro de la familia, en donde cada miembro del sistema “Cuenta” es decir, que se tomen en cuenta las necesidades de cada uno de los miembros que afecten a los demás, al momento de tomar decisiones.

a.- En la primera posición, la persona disminuye los deseos de interés, maneja las diferencias señalando, acordando, aplacando, disculpando, o de otra forma, disminuyendo sus propias necesidades (a pesar de cómo se sienta realmente) cuando negocia con otros.

b.- En la segunda posición, una persona disminuye los deseos de “otro” las personas pueden comportarse con culpa y presentarse en desacuerdo con los demás, no dejando espacio para negociar las diferencias.

c.- En la tercera posición, la persona desminuye los deseos de “ambos” las personas pueden excluirse así mismas y a otros, por ser irrelevantes, por cambiar de tema, abandonar la situación o comportarse de maneras que hacen imposible el negociar las diferencias abiertamente con los demás.

d.- En la cuarta posición, una persona toma en cuenta los deseos de otros involucrados, negocia de manera clara y abierta las diferencias con los demás y permita o invita a los otros a hacer lo mismo.” (Cantú, et al, 1998: 21-22)

## **1.7. Roles familiares.**

“Cada persona en una familia lleva a cabo una multiplicidad de roles que están integrados en la estructura de la familia, y que representan ciertas conductas supuestas, permitidas y prohibidas. A pesar de que los roles familiares pueden ser asignados bajo la base de estatus legal o cronológico. Muchos roles han sido tradicionalmente delegados a los miembros de la familia bajo la base de género. A pesar de ser más agresivos que las mujeres, los hombres han sido considerados como más adecuados para los roles instrumentales, tales como el ganar dinero o realizar una decisión. Por el contrario las mujeres, han sido consideradas más para la crianza, cooperativas, emocionales y tiernas, y propias para las actividades expresivas tales como la crianza, el cuidado de los niños, expresiones de afección.

En muchos matrimonios, el movimiento penetrante que iguala los roles sexuales, ha llegado a cuestionar las percepciones tradicionales de los roles maritales, particularmente en familias en donde las esposas desempleadas con anterioridad han ingresado a la fuerza de trabajo. Por consecuencia muchas parejas

se han enfrentado a esos cambios profundos de distintas maneras, algunos se aferran con tenacidad a los roles tradicionales a pesar de los cambios significantes en sus situaciones de vida, y en el mundo que les rodea. Otras parejas han recibido los cambios de roles y han marcado adaptaciones y cambios en las definiciones de roles. Y aún otras parejas han experimentado rupturas en sus relaciones culminando en severos conflictos y hasta en divorcio.

Al valorar exactamente el grado en el cual, la realización de roles y definiciones son factores en los problemas familiares, se deben considerar muchos factores incluyendo aquellos asociados con la revolución de roles de sexo. Para ayudarlo a considerar esos diversos factores, le proporcionamos la siguiente lista de preguntas que se refieren a la valoración de roles en la familia:

1.- ¿Hasta que punto se llevan a cabo las asignaciones de roles en la familia, sobre la base de estatus sexual en lugar de tomar en cuenta factores como habilidades, intereses, y tiempo disponible de los miembros para realizar diversos roles.

Asignados con respecto a género, los roles maritales pueden ser injustos con relación al disponible que tiene la pareja para realizarlos. Posteriormente, los problemas maritales siempre son originados por uno o por ambos cónyuges que actúen conforme a un “Contrato” marital realizado hace años, y el cual especifica roles “tradicionales” que no son tan funcionales a la luz de las circunstancias cambiantes de la familia.

2.- ¿Qué tan claro se define los roles en la familia? La tendencia a los roles se puede presentar entre los cónyuges, cuando los roles son ambiguos o muy globales, fomentando la discordia como resultado de percepciones diferentes de una supuesta performance de roles. Posteriormente como se señaló en un principio, los límites entre los niños y los padres pueden ser confusos. Tales roles pueden ser hasta contrarios.

3.- ¿Qué tan satisfactorios están los cónyuges con sus roles prescritos, y hasta que punto cada uno desea tomar en cuenta ciertos arreglos, cuando los descontentos son un factor clave en los problemas familiares? Posteriormente, que



tan flexible es todo el sistema familiar al reajustar los roles en respuesta a todas las presiones diarias y a las circunstancias cambiantes? La disfunción de roles puede ocurrir cuando los miembros son presionados a roles rígidamente definidos, los cuales restringen de manera drástica sus rasgos de conducta. Los roles rígidamente definidos ponen a los miembros de la familia en un aprieto, ya que pueden resolver sacrificando su individualidad en el proceso, o si no revelarse perdiendo favoritismo y apartándose ellos mismos de los demás miembros de la familia. Las reglas de los roles rígidos ofrecen a las familias muy poca oportunidad para que se adapten con flexibilidad a las presiones externas, posteriormente, los roles más definidos dificultan la posibilidad de que los sistemas se adaptan de manera adecuada a las circunstancias cambiantes, o impiden la movilización bajo situaciones de crisis.

4.- ¿Qué tan bien se desempeña la pareja en sus roles designados como cónyuge y padres? En este punto podemos considerar que la pareja debe analizar con mucha frecuencia si los roles que tiene asignados los está desempeñando de una manera correcta, esto porque en muchas ocasiones los cónyuges no los desempeñan a conciencia y esto los lleva a tener una dinámica familiar desfavorable.

5.- ¿Hasta que punto no o los dos de los cónyuges reciben mensajes de otras personas externas a la familia (padres, parientes, amigos) con respecto a cómo “deben ser” sus definiciones de roles? ¿Qué efectos tiene eso en el sistema? La mayoría de las veces las parejas son influenciadas por sus familias, lo que lleva a la pareja a tener conflictos entre ellos. Cuando ya tienen hijos influyen en la manera de educarlos, tratarlos y hasta atenderlos, todo ello lleva a la pareja a no cumplir con los roles que corresponden dentro de su familia y los hijos le pierden la credibilidad a sus padres.

6.- ¿Hasta qué punto se ocasionan las presiones y las tensiones en la familia debido a la sobre carga de roles, un estado de temores ocasionado cuando los cónyuges desempeñan muchos roles en casa y en el trabajo, durante el tiempo y las fuerzas que tienen disponibles? Es importante definir cuáles son los roles que te corresponden dentro de un hogar, esto porque en ocasiones una persona que es miembro de una familia se responsabiliza de todos ellos y esto provoca tensión y hasta conflicto ya que no es posible cumplirlos de una manera adecuada, por ello es

importante aclarar que dentro de una familia cada persona deberá tener un rol y además una responsabilidad.

Cuando tome en cuenta los principios anteriores al valorar el funcionamiento de una familia, probablemente observa un número de esfuerzos familiares. Los cónyuges pueden tener los roles bien definidos, y pueden desempeñarse muy bien como padres. Si los cónyuges no están satisfechos con sus roles, tal vez pueden reconocer la necesidad de hacer ciertos arreglos durante la terapia marital y rápidamente tratar de reconciliarse.

Cuando valore los procesos de cualquier familia, necesariamente debe tomar en cuenta el rol o papel de la cultura al determinar la definición de roles y la distribución del trabajo en la familia, puesto que cada cultura tiene diversas expectativas o normas con respecto a los roles masculino-femenino.

Puesto que cada cultura tiene sus propias definiciones de los roles masculino-femenino, los practicantes deben determinar esos roles para las familias de la minoría étnica, valorar sus capacitaciones con las necesidades de los miembros de la familia, y determinados, que afectan negativamente el funcionamiento de la familia". (Cantú, et al, 1998: 31-33)

## **1.8. Estilos de comunicación en los miembro de la familia.**

"Un tema va en contra de muchos grupos culturales es aquel en donde los cónyuges desaniman las expresiones abiertas de sentimientos. A pesar de que la cultura occidental adopta el valor de que la franqueza y la honestidad son los mejores principio, la realidad es que la mayoría de la gente tiene una gran dificultad para afirmarse así mismos o para conformar a otros, particularmente de manera que son fáciles en vez de destructivas.

Los problemas experimentados por algunas familias, pueden surgir debido a las prohibiciones culturales con respecto a la franqueza, en ciento casos el Trabajador Social puede ayudar los clientes a comprender sus normas culturales y realizar decisiones con respeto, cambiar sus patrones de comunicación y los estilos que impactan de manera negativa las relaciones". (Cantú, et al, 1998: 33)

## **1.9. Estructura de sistemas para la valoración del funcionamiento de la familia.**

Según Luis Leñero (1976), En los grupos familiares, todos los miembros influyen y son influenciados por cada uno de los demás miembros, lo que crea un sistema que tiene propiedades suyas y que es gobernado por una serie de “reglas” que especifican roles, estructura de poder, formas de comunicación y maneras para negociar y solucionar problemas.

“Porque cada familia es un sistema único, los facultativos deben desarrollar una estructura de sistemas o un “juego” perceptual que les permita analizar y comprender la conducta de los individuos con relación a las operaciones actuales del grupo familiar. Por lo tanto, se ha dedicado esta sección para conceptos vitales, que le ayuden a considerar a la familia como un sistema y para que lo preparen en la valoración familiar.” (Cantú, et al, 1998: 1)

Como conclusión se puede decir que la familia es una agrupación natural, en el núcleo social, basados en vínculos consanguíneos y descendencia formado por personas cuya posición jurídica esta determinado y calificada por la pertenencia a este grupo, el respeto, la autoridad y obediencia que es necesaria para la conservación y desarrollo en toda los aspectos de la vida.

Dentro de los elementos que interfieren considerablemente en la salud de una familia es la dinámica interna de las relaciones o funcionamiento familiar. Cuando esta llegan a ser armónicas hay coherencia familiar, una adecuada comunicación, flexibilidad, claridad de reglas y roles etc, existe una predisposición favorable a la salud en la familia como sistema, de lo contrario será un factor de riesgo para la salud familiar.

## CAPITULO II

### SALUD EN MÉXICO.

En este capítulo se retoma la salud individual, la salud pública, economía cultura y salud y la educación para la salud, dichos temas son retomados debido a que es de gran importancia para un individuo en el desarrollo normal de la personalidad.

#### 2.1. Salud Individual.

Sánchez (1994), nos dice que la salud individual por mucho tiempo se ha considerado como una condición del organismo físicamente integral que funciona de manera armónica. Lo que significa un ser que se encuentra completo desde el punto de vista de sus partes que normalmente lo constituyen, y por otro que estas partes desarrollan sus funciones en forma armónica. Posteriormente, se introdujo el concepto de que estas funciones deben mantenerse en equilibrio, no solo con su medio interno, sino también con el medio externo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo de ausencia de enfermedad o de afección.

Esta definición ha tenido la ventaja de que superó el criterio de la salud física, dándole la importancia que tiene el aspecto mental y social. En esos términos, la salud no solo es bienestar (estar bien) en lo físico o en su relación con el ámbito físico, sino también con el ambiente sociocultural. Desde luego este concepto es totalizador, porque el hombre es una entidad biopsicosocial; sin embargo, la definición se considera un tanto imprecisa e incluso utópica. Sobre todo el señalar que es “un estado” parece denotar una condición estática, y la realidad es que se trata de una situación dinámica y de ajuste constante con los diversos factores que en alguna forma pueden alterarlo.

Por otro lado, no se dispone de índices que permitan valorar la salud en forma práctica, determinando cuándo un organismo satisface los requisitos que señala la definición de la OMS, solo en algunos casos se han establecido valores numéricos basados en promedios, como temperatura corporal, presión arterial, latidos cardíacos por minuto, respiraciones por minuto, etc. Referidos a condiciones físicas.

Más difícil ha sido encontrar parámetros para valorar la salud mental, y aunque se han dado diversos índices, su medición es complicada. La dificultad de disponer de índices que sirven para valorar directamente la salud hace que se diga que hay salud si no se encuentran síntomas o signos de enfermedad; como si para saber que es de día se tuviera que demostrar que no es de noche.

### **Concepto ecológico de salud.**

Resulta en realidad muy difícil establecer límites precisos entre la salud y la enfermedad, porque entre el hombre y su ambiente hay una serie constante y compleja de interacciones, que no es posible simplificar, y por otra parte, que entre lo normal y lo anormal hay un gradiente difícil de concretar en una escala numérica. Habitualmente lo que no siempre corresponden a la realidad, si no se toman en cuenta las condiciones fisiológicas y del ambiente en el que se le dan. La temperatura del organismo, por ejemplo, ante la acción de una fuente acalórica puede estimarse anormal, toda vez que se sale del promedio habitual, pero con relación a las condiciones del ambiente físico, químico, psíquico y sociocultural. Es decir, no se puede concebir la salud en valores absolutos, porque está en continuo ajuste del ambiente.

Este enfoque ecológico expresa en forma simple las complejas interrelaciones de los seres humanos con su ambiente, donde un ecosistema es parte de la comunidad biótica. En cada comunidad hay un ambiente físico, químico y un biológico, y para el hombre como producto de su interacción hay uno más que es el sociocultural.

El hombre vive en interacción constante con su medio ambiente y recibe influencias favorables y desfavorables de él. Es una interacción dialéctica. La salud implica su contrario, la enfermedad. Se está en continúa la lucha que si se resuelve

surge otra situación nueva que hay que afrontar y nuevas posibilidades de afirmar la salud o de enfermar.

## **2.2. Salud Pública.**

Kisnerman (1983), nos dice que la organización Mundial de la Salud, definió en 1946 la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades. Posteriormente en ocasión de la III Reunión de Ministros de Salud en 1973, convocada por la Organización Panamericana Sanitaria, representante de la Organización Mundial de la Salud en las Américas se señaló que la salud es un fin, un objetivo permanente de recuperación individual porque le permite a cada uno realizarse.

Se desconoce así que la enfermedad es un desajuste entre individuo y ambiente y se indica que la salud es un fin y un medio, ya sea para lograr la supervivencia individual y colectiva, puesto que los hombres no viven aislados, ya sea como componente del desarrollo y el bienestar social.

En este sentido, salud-enfermedad es un fenómeno social que trasciende lo meramente individual y biológico y abarca la comunidad como conjunto, aunque se expresa en individuos concretos. Así surge la salud pública como disciplina que, apoyada en el conocimiento médico y en el aporte de otras disciplinas para el estudio de la realidad social se define como el conjunto de actividades interdisciplinarias que competen al Estado y a todos los habitantes de un país, para promover, prever, recuperar y rehabilitar salud en una sociedad.

Todo lo que antecede señala que la Salud Pública como conjunto de actividades que moviliza cuantiosos recursos debe ser encarada como empresa pública que, excediendo al Estado, involucre a toda la comunidad a fin de hacerla eficiente en su productividad y apuntarle el bien público que es la salud. Tendrá también que asegurar el cumplimiento de sus programas mas allá de los vaivenes políticos y al servicio de un país, de una comunidad, y no de un determinado gobierno o partido.

## **El campo de la salud pública.**

Actividades sobre las personas o atención médica.- Son el conjunto de actividades y medidas integrales que se cumplen en los servicios o establecimientos de salud y en el seno de la comunidad con el fin de promover, prever, recuperar y rehabilitar.

**Actividades sobre medio ambiente o saneamiento ambiental.-** Son el conjunto de actividades y medidas sobre el ambiente a fin de eliminar los factores físicos, químicos y biológicos capaces de determinar o favorecer la aparición y el desarrollo de enfermedades.

**Actividades de administración sanitaria.-** Son el conjunto de actividades y medidas que tienen que ver con planificación, organización, administración, financiación y evaluación de los servicios y programas de salud.

**Actividades de investigación.-** Son el conjunto de actividades tendientes a recolectar y elaborar datos acerca de la situación sanitaria de una comunidad, así como de todo lo que atañe la atención médica.

**Actividades de docencia.-** Son el conjunto de actividades tendientes a formar recursos humanos en salud, sean universitarios o no. Si bien la formación de recursos es parte de la administración sanitaria, por su importancia consideramos que merece ser destacada.

## **Funciones de la salud pública.**

Toda la acción sanitaria, como conjunto de medidas que tienden a asegurar un nivel óptimo de salud de la población, se dirige a cumplir cinco funciones básicas: promoción, prevención, recuperación, y rehabilitación de la salud y reubicación social de los enfermos. En cualquiera de ellas existe siempre el intento de prevenir, evitando la ocurrencia de un riesgo que ocasione incapacidad o muerte.

## **2.3. Economía, cultura y salud.**

### **Factores que influyen en la salud.**

Retomando a Sánchez (1994), quien nos dice que el nivel de salud de una comunidad esta condicionado por factores sociales, económicos, biológicos, físicos-químicos, políticos y culturales. En el curso de la vida la conjugación de estos factores determinan que el individuo se mantenga sano o que se enferme. La enfermedad se presenta en un momento dado, en virtud de que los mecanismos que se dispone el organismo no puedan mantenerlo en equilibrio dinámico con el medio, por causa intrínsecas de equilibrio interno o porque el ambiente sea muy agresivo y supere las posibilidades de defensa orgánica y psíquica.

La salud es un componente del nivel de vida de la comunidad y por lo cual, los factores que afectan el desarrollo socioeconómico repercuten directa o indirectamente en las condiciones de salud; porque la comunidad funciona como un todo, donde hay interacción continua y permanente; un todo que no puede analizarse adecuadamente si se estudia parcializado, como no podría examinarse en forma de vida una pintura estudiada por fragmentos y no en su totalidad.

El hombre tiene que ser comprendido en su medio y a través de su evaluación histórica. La satisfacción o insatisfacción de las necesidades de salud, depende de la relación con el medio físico y social, y del funcionamiento de los mecanismos psicosomáticos con que cuenta cada individuo. Se acepta que el hombre en su historia es más bien producto de su medio que de su dotación biológica; dotación que a través de su evolución ha estado condicionada por el ambiente. La vida es una condición y la muerte su contrario y antagónico fenómenos contrarios en este proceso también son la salud y la enfermedad, y el paso de una situación a otra implica cambios estructurales y funcionales en las células, que los conocimientos actuales no son capaces de registrar en sus inicios, sino generalmente hasta que hay alteración a nivel de los tejidos y órganos, y en la mayoría de las ocasiones sólo cuando este daño se hace evidente mediante síntomas o signos.

### **Las Condiciones de Salud en el Subdesarrollo.**

Los países llamados subdesarrollados, donde la mayoría de la población carece de recursos para satisfacer las necesidades mínimas tienen entre otras características un marco general de miseria, ignorancia, insalubridad y enfermedad.



Todo ello se agrava por la ignorancia, que en este campo se manifiesta por creencias erróneas en cuanto a la etiología y formas de transmisión de las enfermedades, prejuicios y supersticiones; lo que condiciona un comportamiento inadecuado de la población en cuanto a la prevención y conducta a seguir ante el proceso de salud-enfermedad.

A lo anterior, hay que agregar que no hay suficientes servicios médicos o son inaccesibles para los grandes sectores. Esta situación se torna más difícil porque la población cree que la enfermedad es un castigo divino o sobrenatural o un maleficio, y adopta una actitud pasiva y de resignación, no solo ante la enfermedad sino también hacia la muerte.

Es frecuente que la salud depende casi exclusivamente de lo que hacen los médicos y el personal paramédico, sin valorar otras circunstancias que incluso tiene mayor repercusión en la salud pública de las acciones médicas directas, como son el mejoramiento económico, el saneamiento, la nutrición y la educación.

En estas circunstancias, una población enferma tiene su capacidad disminuida y en escasos ingresos no le permiten solventar los onerosos gastos que la atención médica exige actualmente.

El aumento de algunas enfermedades degenerativas y crónicas y de los accidentes se deben en gran parte, a cambios en el medio, a la conducta inadecuada de las sociedades industrializadas, contaminación ambiental, sobrealimentación, urbanización, aumento de la población, el estrés y a las nuevas tecnologías. La farmacodependencia y el SIDA son problemas derivados de conductas inapropiadas.

### **Cultura y Salud.**

En general, en los problemas de salud a los factores económicos se suman a los culturales. Se sabe, como ya se mencionó que en ocasiones los patrones culturales y las creencias contribuyen al agravamiento de los problemas de salud.

El comportamiento del hombre en primer termino esta encaminado a satisfacer sus instintos y necesidades biológicas, pero el ambiente sociocultural en realidad condiciona ese comportamiento, a grado que en muchas ocasiones su conducta derivada de la presión social puede no ser favorable a la satisfacción de esos

instintos. Hay personas que disponiendo de ciertos recursos para tener una buena alimentación limitan sus gastos en este sentido para emplear esos recursos en compra de artículos superfluos como para vestir a la moda, comprar un automóvil, etc., que son productos que les significan en una sociedad de consumo, prestigio social.

Nuestras poblaciones en general se caracterizan por un alto sentido religioso y de superstición; lo que se refuerza en muchas comunidades por su elevado analfabetismo. Lo que saben en relación con la salud y la enfermedad muchas son conceptos que no están sustentados en criterios científicos, sino en creencias y tradiciones transmitidas de generación en generación, pero en su mayoría no se apegan a la verdad. Las causas de las enfermedades muchas veces son atribuidas a castigos divinos o a fenómenos sobre naturales o mágicos. El comportamiento de esas poblaciones tiene que estar condicionado por las creencias que posean.

Muchas enfermedades y muchas muertes podrían evitarse si se difundiera oportuna y suficientemente las causas de los principales padecimientos, sus mecanismos de transmisión, las medidas para evitarlos y la conducta para seguir ante la enfermedad. La asistencia médica requiere de grandes recursos y sus beneficios trasciende poco a nivel de la sociedad; teniendo escasa influencia en la morbilidad y la mortalidad.

Una gran parte del proletariado industrial en las ciudades esta integrado por miembros de familias campesinas que emigran al medio urbano en busca de oportunidad de trabajo. Su nivel educativo y su mentalidad no están suficientemente preparadas para enfrentar con éxito a los complejos problemas de las ciudades.

Actualmente, la información constante que se recibe por los medios de comunicación social, principalmente a través de radio, televisión y cine, están influyendo en la información de hábitos y costumbres de la población, desapareciendo los tradicionales e incorporando nuevos, generalmente relacionados con el consumismo, música y canciones extranjeras. Poco cambio positivo se observa comparativamente en el comportamiento de los habitantes en cuanto a la salud y a la enfermedad, en virtud de que la información y la orientación que recibe la

colectividad en lo referente a la salud es mínima, porque se continúa realizando esta labor, de preferencia por procedimientos individuales, utilizando los medios de comunicación social solo de forma esporádica, mientras que en el aspecto mercantil se emplean en forma intensiva y extensiva

Es necesario que, como parte de la educación social, se cree que en cada ciudadano conciencia plena que debe cuidar su salud y su vida, para beneficio personal, de su familia y de la colectividad.

## **2.4. Educación para la salud.**

Una vez más se retoma Sánchez (1994), quien nos refiere que la educación para la salud, anteriormente denominada educación higiénica y también designada como educación sanitaria, comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva. Comprende los procesos que se establecen de manera formal y los de carácter informal. La educación formal comprende las actividades educativas que se imparten en forma planeada, organizada y sistemática para alcanzar ciertos objetivos previamente determinados. La informal, es la que reciben las personas a través de sus vivencias diarias en su relación con el ambiente físico y social; es sobre todo, práctica y derivada de la realidad.

La finalidad de la educación sanitaria es ayudar a los individuos a promover, proteger y restaurar la salud mediante su comportamiento y su esfuerzo.

El conocimiento y las experiencias que tenga la población con relación a la población, protección y restauración de la salud, son factores que condicionan en buena parte el comportamiento de la misma, en cuanto a la salud y a la enfermedad.

Este comportamiento está relacionado con las condiciones económicas y sociales y, en general con el nivel de vida; porque al igual que la salud pública, la educación para la salud es interdependiente de la economía, la educación, la organización social y los factores y valores culturales.

Las actividades de educación para la salud deben sustentarse, por lo tanto, en la realidad concreta de cada comunidad, de cada grupo, de cada familia y de cada individuo.

En los grupos marginados la educación para la salud prácticamente está ausente y lo prioritario es satisfacer necesidades vitales.

Como conclusión se puede mencionar que para que exista salud física, mental y social dentro de un individuo debe existir una prevención y para ello la persona tiene que mantenerse informada de las enfermedades y sus riesgos, más aun si existen factores de riesgo. El individuo debe ser conciente y responsable de su propia salud, para ello deberá estar conciente de que debe tener una alimentación con los nutrientes necesarios para su formación, atención medica frecuente, exámenes de salud periódicamente e higiene personal, para todo esto es necesario que la persona asista a lugares de salud pública que le informarán sobre la prevención de enfermedades y además sobre la medicina curativa.

## CAPITULO III

### ESQUIZOFRENIA

En este capítulo se presentan diferentes autores que hablan de la Esquizofrenia, haciendo un principal énfasis en lo que son: antecedentes históricos, conceptualización, causas, características generales, tipología, síntomas y etiología de la enfermedad, competencia para el paciente y la familia, habilidades y alternativas para el manejo para el estrés de la familia, todo ello de gran importancia para el Trabajador Social, debido a que debe conocer y entender la enfermedad para que así, no tenga conceptos erróneos, ya que tiene que dar una canalización adecuada al enfermo y además tiene la responsabilidad de orientar a la familia con la que se encuentra trabajando.

#### **3.1. Antecedentes históricos.**

Henri (1968), nos dice que los enfermos que actualmente quedan clasificados dentro de este grupo son “alineados” que han sorprendido ante todo por su rareza por sus extravagancias y por la progresiva evolución de sus trastornos hacia un estado de embotamiento de entorpecimiento e incoherencia. Desde hace mucho tiempo estos enfermos han llamado la atención de los clínicos, ya que entre todos lo que poblaban los asilos del siglo XIX existía un aire de familia.

En Francia, Morel descubrió algunos de ellos “efectos de estupidez desde su más temprana edad” con el nombre de dementes precoces.

Hercker, en Alemania, designo esta enfermedad como una heberfrenia (estado demencial de la gente joven)

Kalhdoaum, interesándose sobre todo por sus trastornos psicomotores (“inercia” flexibilidad cérica, catalepsia, hiperquinesia, patetismo de las expresiones, manierismo) los descubrió de catatonía.

De 1890 a 1907 Kraepelin, en las sucesivas ediciones de su célebre tratado de las enfermedades mentales, donde se esforzaba en describir las entidades nosográficas de manera precisa, reunió todos estos casos con el nombre de demencia precoz. Para él, esta consistía en una especie de locura, caracterizado por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico y por la profundidad de trastornos de la efectividad (indiferencia, apatía, sentimientos paradójicos). “En esta demencia precoz” se distinguen tres formas clínicas: Forma simple, la hebefrenica, una forma de catatónica o hebefrenocatatónica y una forma paranoide, definida por la importancia de las ideas delirantes o menos extravagantes e intrincadas.

Es precisamente esta noción la que queda implicada en el mismo concepto de Esquizofrenia, estos enfermos no son dementes, sino que están afectados de un proceso de disolución que desintegra su capacidad asociativa, proceso que al alterar su pensamiento, les sume en una vida “autística” cuyas ideas y sentimientos constituyen, como en el sueño, la expresión simbólica de los complejos inconcientes.

Es una realidad clínica ya que una corriente importante de sicopatología. La noción de Esquizofrenia ha permitido una extensión casi ilimitada de su uso. Todos los enfermos mentales, salvo los maniacos depresivos, los neuróticos, los epilépticos y los “organicos” entran en el grupo de los Esquizofrénicos.

En efecto, poco a poco se ha hablado no ya de enfermedad, no ya de síndrome, sino de reacción de tipo Esquizofrénico, como si la esquizofrenia consistiera en una cierta ruptura con la realidad, que pudiera ser episódica o definitiva, que pudiera ser una simple actitud de introversión o una profunda regresión autística de la personalidad. Esta corriente denominada al comienzo por nombre de Sullivan, ha destacado la importancia del trastorno de las relaciones interpersonales y la desadaptación social del sujeto.

En el estudio de las familias de Esquizofrénicos se ha demostrado, que la importancia teórica y terapéutica del enfoque sociocultural de la gran psicosis. Todos los síntomas intelectuales, efectivos, psicomotores, que desde Morel y Kahlbaum han

sido descritos admirablemente por los clínicos fundamentales de esta regresión autística y delirante de la personalidad.

### **3.2. Conceptualización del paciente esquizofrénico.**

En el Área de Salud de DIF Municipal, se le da seguimiento anual a las personas que presentan un trastorno mental, donde se incluyen las personas con Esquizofrenia, que radican en la ciudad de Uruapan; Michoacán y sus Municipios. Estas personas son aquellas que presentan un trastorno, el cual, nos es posible hablar de un factor único, debido a que entre estos se cuentan aspectos genéticos, de estructura y organización cerebral, neuroquímicos, de desarrollo psicológico, de interacción psicológica, así como socioculturales.

Es por ello que la Esquizofrenia debe ser atendida por el enfermo y la familia como una enfermedad mental, generalmente crónica y progresiva, es necesario informar sobre el deterioro que provoca en la adaptación psicológica individual, familiar, laboral y social. Es importante señalar que su tendencia hereditaria y los síntomas que la caracterizan, tales como los síntomas positivos alucinaciones, delirios y desorganización en el pensamiento, y los síntomas negativos como apatía, desmotivación, dificultad para expresar afecto e incapacidad para socializar debe ser clara. Todo esto es lo que requiere una persona Esquizofrenica para mantenerse estable en su enfermedad

### **3.3. Qué es la esquizofrenia.**

“Esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más debilitantes y desconcertantes. Define un grupo de trastornos que producen distorsión en los pensamientos y en la percepción. Los pensamientos parecieran estar mezclados o cambian bruscamente de un tema a otro. La percepción puede distorsionarse más allá de la realidad, haciendo que las personas oigan o vean cosas que no están allí.

Las personas con esquizofrenia pasan por períodos en los cuales están mejor y peor: Remisión y recaída. Pueden vivir por largos períodos sin ningún síntoma,

pero como la esquizofrenia es a menudo una enfermedad crónica, requiere atención médica continua, como la hipertensión y la diabetes.

La esquizofrenia no es un trastorno de personalidad "doble" o múltiples, un problema diferente y bastante raro. A pesar de que a menudo se caracterizan a las personas por los comportamientos causados por la enfermedad, debe aclararse que las personas con esquizofrenia no atrajeron la enfermedad hacia sí inclinándose hacia grupos o intereses "equivocados." Y al contrario de la creencia apoyada por las películas, la televisión y los libros, es más probable que las personas que padecen de esta enfermedad se recluyan en un aislamiento o pasen a ser víctimas de un crimen en lugar de hacerse daño ellos mismos a otros.

Mucho menos común que otras enfermedades crónicas, la esquizofrenia se da en alrededor de 150 de cada 100,000 personas, o en un porcentaje de uno o uno y medio de la población, manifestándose generalmente en la adolescencia o juventud temprana. Sin embargo, puede ser una de las enfermedades más catastróficas porque puede causar impedimentos devastadores, pérdidas emocionales y económicas y la necesidad de obtener tratamiento médico y apoyo intensivo” ([http://hcpc.uth.tmc.edu/espanich\\_eschizophrenia.htm](http://hcpc.uth.tmc.edu/espanich_eschizophrenia.htm))

### **3.4. Causas que la generan.**

Díaz (2001), nos dice que las causas que generan la esquizofrenia son las siguientes:

#### **Factores biológicos.**

Desarrollo anormal del desarrollo de la estructura cerebral.- Para comprender como se da este neurodesarrollo inadecuado, se puede empezar diciendo que el cerebro se comienza a formar a partir del tubo neural de embrión. De este tubo neural deben migrar neuronas jóvenes o neuroblastos, hasta el lugar donde se encontrará el cerebro. Estos neuroblastos al migrar se organizan en protuberancias llamadas vesículas cerebrales. De la más distante de ella, el telencéfalo, se forma la corteza cerebral, que es la estructura de mayor complejidad estructural y funcional del sistema nervioso especialmente la del lóbulo frontal. La corteza cerebral se



organiza en seis capas de neuronas, que se van delimitando conforme migran los neuroblásticos y se superponen unos sobre otros hasta formar estas capas, desde lo más profundo hasta lo más superficial del cerebro. Esto ocurre aproximadamente entre los 40 y los 120 días de vida intrauterina (4 meses).

El cerebro en formación es muy sensible a los agresores ambientales de neurodesarrollo. En el caso de exposición a virus tales como la “influenza”, infecciones o traumatismos, los neuroblastos podrían tener problemas para migrar y acomodarse de manera adecuada en las capas de corteza cerebral que les corresponden. Los neuroblastos podrían así ubicarse fuera de su destino, es por ello que el bebé nace y crece y el defecto, como no es severo, no desorganiza gravemente el comportamiento, ni afecta de manera evidente la adaptación. Sin embargo es con el inicio de la adultez, que se caracteriza por un entorno que demanda iniciativa, planeación, decisión y vocación, cuando el cerebro tiende a funcionar por debajo de lo normal.

Actividad inadecuada de las sustancias neurotransmisoras.- hablar de las fallas en la neuroquímica cerebral puede facilitar la comprensión posterior de los mecanismos de los antipsicóticos. Así, se entiende que la acción de los medicamentos de controlar los síntomas, es posible a través de la regulación de sustancias que funcionan anormalmente. De manera particular la dopamina (neurotransmisor), muestra una actividad excesiva en este trastorno, en donde los medicamentos antipsicóticos funcionan sobre todo como antagonistas del receptor a esta sustancia.

Herencia.- Debe quedar claro el papel que la herencia juega en este trastorno, y que de ninguna manera es condición suficiente para responsabilizar a la familia por su aparición, aunque puede ser importante analizar si hay antecedentes familiares y estar conciente de las probabilidades del desarrollo del padecimiento en la descendencia del enfermo e incluso en otros miembros de la familia.

El componente genético para la herencia en la Esquizofrenia ha sido encontrado en diversos estudios clásicos de 1930, se descubrió que una persona podría tener Esquizofrenia si otros miembros de la familia también la tenían y que la

probabilidad de la persona de manifestar este trastorno esta relacionado con la cercanía del parentesco.

Kaplan, Sadock y Grebb en 1991 señalan la prevalencia de Esquizofrenia en poblaciones específicas: Población general, hermanos de pacientes Esquizofrénicos 8%, hijos de padres Esquizofrénicos 12%, gemelos dicigoto de un paciente Esquizofrénico 12%, hijos de dos padres Esquizofrénicos 40%, gemelos monocigotos de un paciente Esquizofrénico 47%.

Infecciones y traumatismos cerebrales.- Cuando ha quedado claro como se da el desarrollo cerebral del feto, es posible comprender el impacto de algunos factores sobre éste. Así, se ha encontrado que algunas infecciones por virus como el caso de la “influenza” están correlacionados con los problemas de neurodesarrollo de los cuales se habló con anterioridad. En el caso de exposición a agresores cerebrales diversos, debido a la fragilidad del cerebro en formación, también podrá producirse un desarrollo anormal.

### **Factores Psicológicas.**

**Factores de personalidad.-** Es posible que los familiares identifiquen y describan objetivamente la personalidad del enfermo y en ese sentido puedan identificar rasgos característicos de predisposición. Actualmente se reconoce que los sujetos con trastornos de personalidad tales como esquizoides y esquizotípico tiene predisposición a desarrollar esquizofrenia. Obviamente la participación de los factores biológicos y ambientales puede ser determinante. La personalidad esquizoide se caracteriza por una indiferencia marcada hacia las relaciones sociales y dificultades en las relaciones interpersonales, distorsiones cognitivas extremas, tales como errores de percepción, alucinaciones, problemas en el procesamiento de información u excentricidades en su conducta.

**Patrones pobres de afrontamiento-** La evolución premórbida del sujeto es importante, ya que la capacidad que tenga el sujeto del hacer frente a situaciones problemáticas es un factor que psicológicamente puede proteger o exponer al individuo predispuesto a presentar un primer episodio psicótico. Como ya se señaló

con anterioridad este factor aparentemente psicológico, esta en buena medida determinado por la biología del organismo.

**Déficit de habilidades sociales.-** La capacidad y habilidades de socialización pueden analizarse desde el ambiente familiar. En general el sujeto que tiene más habilidades sociales y para la vida diaria, se encuentra más protegida. Esto no necesariamente implica que no va a presentar el trastorno, sino tal vez que tiene más recursos para hacerse frente y que tiene un mejor pronóstico en cuanto a su evolución.

**Abuso de sustancias.-** Tradicionalmente se ha creído que el sujeto que consume droga se "Psicotiza" y desarrolla Esquizofrenia. Es importante aclarar que el mecanismo no parece ser éste. Cuando una persona tiene ciertos antecedentes genéticos y biológicos que le predisponen a la Esquizofrenia, las drogas y el alcohol pueden funcionar como factores que incrementen su vulnerabilidad a grado tal, que después de su consumo se manifieste el primer episodio psicótico.

**Problemas en la dinámica familiar.-** En diversas investigaciones se ha encontrado que los Esquizofrénicos más sensibles a los cambios en la dinámica familiar que las demás personas y que esto influye en sus recaídas.

### **Factores Sociales.**

**Privación social.-** Se debe reconocer a la Esquizofrenia como una enfermedad con bases biológicas, en las que los aspectos sociales impactan su evolución Wing (1994) señala que en el enfermo Esquizofrénico el funcionamiento social y psicológico puede empeorar sus existentes desventajas. El aislamiento o privación social también puede considerarse como un entresor tardío que influye en la manifestación de los síntomas suele ser peor si el sujeto tiene una historia de aislamiento social.

**Carencia de Soporte Social.-** Un medio social hostil, carente de expectativas sociales y de medios para ejercer habilidades aumenta el aislamiento y la apatía. Esto afecta la vulnerabilidad del sujeto.

Alguna de las intervenciones sociales en el caso de la Esquizofrenia buscan aumentar y hacer más eficientes las redes de apoyo social. La falta de apoyo social

puede precipitar o aumentar el deterioro. Entre los cuidados necesarios a largo plazo en el enfermo es importante lograr un equilibrio entre la estimulación social escasa y la que pudiera considerarse excesiva.

**Intolerancia Social.-** Es importante reforzar la importancia de generar redes de apoyo social, y de existir este tipo de organizaciones, enfatizar la importancia de que las familias de Esquizofrenicos participen activamente en ellas. Se sabe que una vez que están presentes los síntomas, la respuesta estigmatizante e intolerante de la sociedad, con tendencia a culpar a los enfermos y a sus familiares por su comportamiento y a las consecuencias de éste, puede incrementar el deterioro social y psicológico.

### **3. 5. Características generales de la esquizofrenia.**

“Al señalar las características de esta enfermedad, es importante describir las posibles manifestaciones del trastorno, señalando que el inicio puede ser súbito o insidioso. Cuando el inicio se da de manera súbita, generalmente se manifiesta el primer episodio con síntomas positivos a esto generalmente se le describe como brote o quiebra psicótico. Siguiendo con la distinción de las características de este trastorno, los síntomas positivos consisten en un exceso distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de estas funciones. Los síntomas positivos que la familia debe aprender a identificar son las ideas delirantes que comúnmente son de persecución o de grandeza, las alucinaciones auditivas, visuales o somatosensoriales (escuchar voces, ver imágenes que no son vistas por los demás, o tener sensaciones que solo en enfermo experimenta), y el lenguaje y comportamiento desorganizados. Los síntomas negativos se manifiestan como una dificultad del pensamiento, disminución del lenguaje, aislamiento social y desmotivación general. En promedio se señala que en los varones la edad promedio de inicio es de 25 años y en las mujeres de 30 años” (Neurol, 2000: 48)

### **3. 6. Tipología de la esquizofrenia.**

Es importante hablar de la tipología, porque dependiendo de las manifestaciones o síntomas que presenta el sujeto en estudio, podemos decir que corresponde a un tipo de Esquizofrenia, ya una vez identificado, nos llevará a darle al paciente un tratado farmacológicamente, continuando con la psicoterapia, terapia cognitiva, terapia para rehabilitación de habilidades sociales, terapia familiar y orientación psicológica, lo que llevará al paciente a recuperar sus facultades mentales y puedan desempeñar con normalidad en sus actividades.

Barlow, (2000) nos define los tipos de Esquizofrenia de la siguiente manera:

### **Esquizofrenia Paranoide.**

La gente con el tipo de Esquizofrenia Paranoide sobresale por sus delirios o alucinaciones; al mismo tiempo sus destrezas cognitivas y afecto se mantienen más o menos intactos. En general no presentan habla desorganizada o afecto plano, y por lo común su pronóstico es mejor que quienes tienen otras formas de Esquizofrenia. Los delirios y las alucinaciones usualmente poseen un tema, como la grandeza o la persecución. Los criterios de inclusión del DSM-IV-TR para este subtipo especifican que debe haber preocupación por uno o más delirios o alucinaciones auditivas frecuentes, aunque sin una manifestación marcada de habla desorganizada, conducta desorganizada o catatónica o afecto plano o inapropiado.

### **Esquizofrenia Desorganizada.**

En comparación con el tipo de Esquizofrenia Paranoide, la gente con el tipo de Esquizofrenia Desorganizada manifiesta problemas marcados en el habla y el comportamiento; también presenta afecto plano o inapropiado, como reírse de manera “estúpida” en momentos inadecuados. Si se presentan los o las alucinaciones, no suelen organizarse en torno a un tema central, como en la modalidad paranoide, sino que son más fragmentarios (este tipo antes de llamaba hebefrenico). Los individuos a los que se les da este diagnóstico tienden a manifestar en forma más temprana signos de dificultades, y sus problemas a menudo son crónicos y carentes de las remisiones que caracterizan a otras formas del trastorno.

### **Esquizofrenia Catatónica.**

Además de las respuestas motrices inusuales de permanecer en posiciones fijas (flexibilidad cética), entregare a una actividad por exceso o mostrar oposicionismo manteniendo una postura rígida, los individuos con el tipo de Esquizofrenia Catatónica en ocasiones manifiestan amaneramientos extraños con el cuerpo y el rostro, incluido el hacer muecas. A menudo repiten o imitan palabras o los movimientos de los demás. Este tipo de conductas es mas o menos infrecuente.

### **Esquizofrenia Indiferenciada.**

Esto comprende a personas que tiene los síntomas principales de la Esquizofrenia, pero que no satisfacen sus criterios de los tipos de esquizofrenia paranoide, desorganizada o catatónica.

### **Esquizofrenia Residual.**

A las personas que han tenido al menos un episodio de Esquizofrenia y que ya no manifiestan los síntomas principales se les diagnóstica el tipo de Esquizofrenia Residual. Aún cuando puedan no sufrir delirios o alucinaciones extrañas, quizá presenten síntomas residuales o “remanentes”, como creencias negativas, o bien aún tienen ideas raras que no son del todo delirantes. Los síntomas residuales pueden abarcar retraimiento social, pensamientos extraños, inactividad y afecto plano.

Las investigaciones sugieren que el tipo de esquizofrenia paranoide tal vez tenga un vínculo familiar más fuerte que los otros, y que estas personas quizá funcionen mejor antes y después de los episodios de esquizofrenia que los individuos a los que se les diagnostican otras modalidades del trastorno.

Otros trastornos que también se caracterizan por comportamientos psicóticos, como las alucinaciones y los delirios, no se manifiestan de la misma manera que la Esquizofrenia.

**Trastorno Esquizofreniforme.-** Algunas personas experimentan los síntomas de la Esquizofrenia durante unos cuantos meses solamente y, en general, reanudan su vida normal. Los síntomas en ocasiones desaparecen como resultado de la eficacia del tratamiento, pero a menudo por razones desconocidas, y se clasifican bajo la categoría de trastorno Esquizofreniforme. Para dicho trasto se comprende la

aparición de síntomas psicóticos dentro de cuatro semanas a partir del primer cambio observable en la conducta normal, confusión en el punto máximo del episodio psicótico, buen funcionamiento premórbido social y ocupacional y ausencia de efecto embotado o plano.

**Trastorno Esquizoafectivo.-** Historialmente, se agrupaba a quienes tenían síntomas de Esquizofrenia y también manifestaban las características de los trastornos del estado de ánimo (por ejemplo depresión o el trastorno afectivo bipolar). En la actualidad esta configuración de problemas se diagnostica como trastorno Esquizoafectivo, el pronóstico es similar al de quienes tienen Esquizofrenia es decir, que los individuos no suelen mejorar de manera espontánea y tienen probabilidades de continuar experimentando dificultades importantes durante muchos años. Para el trastorno esquizoafectivo exigen que, además de la presencia de un trastorno del estado de ánimo, haya habido delirios o alucinaciones durante por lo menos dos semanas en ausencia de síntomas del estado de ánimo importantes.

**Trastorno Delirante.-** Los delirios son creencias que por lo general no sostienen otros miembros de una sociedad. El rasgo más importante del trastorno delirante es una creencia persistente que resulta contraria a la realidad y a la cual se presenta en ausencia de otras características de la Esquizofrenia. Este trastorno se caracteriza por un delirio persistente que no es resultado de un factor organizado como daños cerebrales o cualquier psicosis grave. Los individuos no suelen tener efecto plano, anhedonia u otros síntomas negativos de la Esquizofrenia peor, lo que es más importante, pueden estar socialmente aislados, pues desconfían de los demás. Los delirios a menudo vienen de tiempo atrás y en ocasiones persisten durante varios años.

**Trastorno Psicótico Breve.-** Se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas positivos, como delirios, alucinaciones o habla o conducta desorganizada de hasta un mes de duración. Los individuos su anterior capacidad de funcionamiento en las actividades cotidianas. Por lo demás, el trastorno psicótico breve a menudo es desencadenado por situaciones sumamente estresante.

**Trastorno Psicótico Compartido.-** es relativamente poco lo que se sabe acerca del trastorno psicótico compartido, condiciones en las que el individuo desarrolla delirios sencillamente como resultado de una estrecha relación con una persona que delira. El contenido y la índole del delirio se originan en una persona cercana y puede pasar de ser algo más o menos extraños.

### **3.7. Síntomas de la esquizofrenia.**

“No existe un cuadro clínico único, sino que hay múltiples síntomas característicos; síntomas emocionales, cognitivos, de personalidad y de actividad motora.

La sintomatología debe estar presente durante al menos 1 mes y persistir durante al menos 6 meses.

**Síntomas positivos:** Exceso o distorsión de las funciones normales como:

Alucinaciones: percepciones que no existen que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas (las 2 primeras son las más comunes).

**Ideas delirantes:** alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental.

- Lenguaje desorganizado e incoherente (suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religiosos, de celos e hipocondríacos).
- Comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).

**Síntomas negativos:** Parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas negativos comprenden restricciones:

- Embotamiento afectivo: no reaccionan ante estímulos emocionales.
- Pobreza del habla.



- Abulia o apatía: falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad.

**Anhedonia:** incapacidad para disfrutar de los placeres.

Los síntomas negativos alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes, son personas que se acaban aislando y perdiendo a los amigos.

El curso de la enfermedad se caracteriza por fases de agudización y fases de remisión de los síntomas, aunque algunos enfermos presentan un curso estable. A medida que pasa el tiempo, los síntomas negativos se acentúan más, mientras que los positivos van remitiendo.

También se produce una despersonalización donde los fenómenos psíquicos como la percepción, la memoria o los sentimientos aparecen como extraños a uno mismo: síndrome del espejo.

Otra característica es la desrealización o sensación de extrañeza frente al mundo externo, que por su proximidad y cotidianeidad debería resultar reconocido. El entorno aparece como nebuloso, irreal, extraño e insólito.

Fisiológicamente se puede observar un aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales en los enfermos esquizofrénicos. Hay también un exceso de la actividad de los neurotransmisores dopaminérgicos.

La esquizofrenia afecta a las personas en el área social y laboral. Suelen tener problemas en las relaciones interpersonales, en el trabajo e incluso presentan dificultades en el cuidado de sí mismos.

Para su diagnóstico requiere de una exploración clínica y neurológica completa” (<http://www.psocoactiva.com/esquizof.htm>)

### **3.8. Tratamiento.**

Retomando a Díaz (2001), nos refiere que debido al sustrato biológico fuertemente documentado de este padecimiento, el papel que juega el tratamiento farmacológico en el trastorno debe ser perfectamente explicado, ya que su comprensión es primordial en el control de los síntomas. Aquí debe incluirse el

proceso de concientización de la necesidad del tratamiento medicamentoso de forma indefinida, debido a que aunque los síntomas pueden disminuir después de la fase aguda, la vulnerabilidad continuará presente, y las recaídas son evidentemente más frecuentes cuando no existe adherencia terapéutica. El papel de la familia en el apego al tratamiento es esencial, y no es posible afirmar que la responsabilidad para con la administración de los fármacos debe recaer de manera exclusiva en el enfermo.

En general los medicamentos o drogas antipsicóticas, tienen la acción de bloquear los receptores cerebrales para ciertos neurotransmisores en particular la dopamina. La primera generación de medicamentos de este tipo fue introducida y empleada ampliamente entre 1955 y 1980, se trata de medicamentos reconocidos como efectivos contra las alucinaciones y delirios aunque modifican escasamente los síntomas negativos. Han sido utilizados sobre todo para solucionar los síntomas positivos en etapas de agudización o brotes de la enfermedad. Entre ellos se encuentra clorpromacina, flufenacina, haloperidol, perfenazina, pimozide, tioridazina y trifluoperazina.

A partir de 1990 surge una nueva generación de medicamentos que trabajan de igual forma para el control sobre los síntomas positivos y adicionalmente alivian significativamente los síntomas negativos. Suelen funcionar mejor para los síntomas cognitivos, tales como la pérdida de memoria y los problemas de concentración. La cozapina, actúa sobre una amplia variedad de receptores a neurotransmisores.

Es importante subrayar que la dosis y el tipo de medicamentos que se prescribe a cada paciente dependen de diferencias físicas tales como género, edad, pesos susceptibilidad, salud física y severidad de síntomas.

La mayoría de los medicamentos antipsicóticos producen una mejoría significativa en cerca de dos terceras partes de los pacientes que han tenido un episodio psicótico. De estos, cerca de la mitad tienen una remisión total de síntomas. Alrededor de 30% de los enfermos que reciben tratamiento con estos fármacos no muestra esta respuesta significativa. Algunos enfermos resistentes al

afecto terapéutico de los fármacos típicos o tradicionales, tienen una buena respuesta a los llamados atípicos.

Desde luego que los conceptos previos no van a plantearse de esta manera durante el trabajo educativo con familias y dependiendo de la condición cultural de los escuchas, habrán de adaptarse, enfatizando aquellos aspectos que se advierta puedan resultar de mayor beneficio para la necesidad de cada paciente. Debe tenerse presente sin embargo que las familias deben tener un panorama lo más amplio posible de estos conceptos.

La información relativa a los afectados indeseables de los fármacos antipsicóticos tiene especial importancia, en vista de que sabemos que una cantidad importante de pacientes que desertan del tratamiento y recaen, lo hacen debido a estos efectos. Vale la pena disponer de listados de posibles efectos secundarios para cada sustancia, con el fin de discutirlos con amplitud con el paciente y la familia, y considerando su gravedad y la posibilidad de que persistan o mejoren con el paso del tiempo, decidir si vale la pena mantener el tratamiento. Cuando este tipo de decisiones son compartidas, el apego mejora notablemente.

### **3. 9. Competencia para el paciente y sus familiares.**

Antes de poder hablar de entrenamiento en habilidades y competencias, lo primero que tiene que hacer la familia es aceptar que su paciente padecer un trastorno mental severo y requiere atención profesional. De esta manera podrá ayudar también al paciente a entender y aceptar su problema.

Algunas competencias que resultan importantes son las siguientes:

- Estructura de una rutina de actividades.
- Estrategias de comunicación.
- Identificación de síntomas y manejo de recaídas.
- Manejo de conductas problemáticas.

#### **a) Estructura de una Rutina de Actividades.**

El familiar debe ayudar al paciente a organizar sus actividades. Es importante establecer una rutina diaria. Para ello, se requiere motivarlo e impulsarlo al logro de estas tareas. La sobreprotección y la inactividad pueden ser enemigos del paciente en el sentido de aumentar su deterioro.

Estas actividades pueden ser muy sencillas al iniciar e irse incrementando en complejidad de manera gradual. Aquí se incluyen habilidades de autocuidado como es el baño, vestido, lavado dental, manejo de los utensilios de alimentación, cuidado de la habitación, la toma de medicamentos, asistencia a las citas médicas y terapias, a través de responsabilidades concretas que se pueden ir incrementando gradualmente tales como tender la cama, asear el patio, o ayudar en la preparación de alimentos.

Es importante que estas actividades se manejen como reglas a cumplir, motivando al paciente para llevarlas a cabo y recompensando sus logros con recompensas inmediatas como golosinas, sonrisas y otras expresiones de afecto. Es recomendable que el paciente participen como un miembro mas de la familia y no lo excluyan de las actividades cotidianas de ella. Al mismo tiempo los familiares deben, en la medida de lo posible, continuar con sus rutinas y actividades, evitando centrar la dinámica y el funcionamiento de la familia en las necesidades del enfermo.

La supervisión del paciente en cuanto a la toma de medicamentos y el cumplimiento de sus actividades es importante. Sin embargo como todo ser humano el paciente también tiene el derecho y la necesidad de estar solo, y esta situación debe permitirse y respetarse siempre y cuando no sea excesiva y no represente un riesgo para nadie. Gradualmente se pueden ir incrementando responsabilidades y libertades, conforme se vaya presentando la mejoría.

Un proceso importante que puede facilitar el familiar, es la resocialización del paciente, impulsándolo a que incremente sus contactos sociales desde el ambiente familiar hacia otros escenarios.

#### **b) Estrategias de comunicación.**

Tanto la falta de estimulación como el exceso de ésta. Pueden perjudicar al enfermo. Se recomienda enfrentar al sujeto a pocos estímulos a la vez. Al inicio él

puede sentirse incómodo en situaciones en donde haya mucha gente y ruido. Es probable que se sienta más cómodo en ambientes tranquilos con poco ruido y con personas cercanas a él como su familia.

La comunicación hacia el paciente debe ser clara y específica, evitando términos confusos, las demandas o peticiones deben llevarse a cabo de forma amable y consistente. Los temas de religión, sexo y política deben ser evitados.

No es recomendable argumentar sobre las alucinaciones o delirios del paciente. Es importante creer que él percibe lo que dice, independientemente de que no sea real. En todo caso, es importante decir frases que puedan disminuir su angustia y distraerlo, en lugar de argumentar si tales percepciones son ciertas o falsas.

La comunicación del paciente hacia la familia con gritos o palabras altisonantes debe ser corregida o ignorarla. Poner atención a éste y a otros comportamientos inadecuados puede hacer que se mantengan con el fin de conseguir atención. Es importante que la familia evite la utilización de estos términos, así como otros que denoten amenaza o intimidación hacia el paciente. En situaciones críticas y de comportamiento inadecuado, los familiares pueden experimentar temas y emplear este tipo de recursos. Deben saber por lo tanto que esto no controlará al enfermo, y que posiblemente lo alterará más.

### **c) Identificación de Síntomas y manejo de Recaídas.**

Está presente siempre la probabilidad de recaída del paciente, y por lo tanto monitorear sus cambios es una labor familiar fundamental. La agitación. Los delirios, el insomnio, la pérdida de apetito, síntomas físicos e ideas paranoicas pueden identificarse como síntomas de recaída. Para ello se tiene que estar preparado y saber que hacer. Se recomienda tener a la mano una lista de teléfonos de emergencia (hospital, médico, policía, otros familiares) para buscar la ayuda adecuada en situaciones de crisis.

Algunas recaídas del paciente pueden darse con manifestaciones de violencia, para lo cual se debe estar alerta. En estos casos es recomendable tratar en estos casos es recomendable tratar de mantener la calma y buscar ayuda de profesionales

(médicos, enfermeras, policías y en ocasiones otros familiares), en lugar de mostrar temor, amenazar o responder agresivamente al paciente. Es importante que el paciente sea atendido en ese momento y por lo tanto es posible que se requiera ayuda para trasladarlo al hospital o institución de salud mental.

#### **d) Manejo de conductas problemáticas.**

La participación de los familiares en talleres y grupos para entrenamiento en técnicas de modificación de conductas puede ser de gran utilidad. El paciente como todos los miembros de la familia de la sociedad debe cumplir con ciertas reglas y normas. En el hogar es recomendable que las reglas se hagan extensivas a todos los miembros de la familia sin exclusión del paciente.

Sin embargo considerando las características del enfermo, de manera particular se recomienda utilizar técnicas para motivarlo a comprometerse con estas reglas. Se puede utilizar una economía de fichas se canjean por privilegios. Es recomendable de los logros y avances del paciente es esencia, a través del uso de frases positivas de aprobación y admiración, mientras que el uso de castigo físico y verbal debe ser evitado, utilizando señalamientos afirmativos amables y claros sobre lo que debe hacer el paciente o cómo deber corregir su comportamiento.

### **3.10. Habilidades alternativas para el manejo del estrés del familiar.**

Se retoma una vez mas a Díaz (2001), quien nos dice, que en el manejo psicoeducativo uno de los principales objetivos es disminuir la carga que el enfermo representa la carga que el enfermo representa para su familia. No todas las intervenciones se enfocan únicamente a las necesidades del enfermo, muchas es necesario el entrenamiento de los familiares en técnicas para controlar el estrés, como herramientas de gran utilidad para enfrentar situaciones difíciles. Es recomendable el entrenamiento en las siguientes técnicas:

#### **Técnica de relajación.**

En general el entrenamiento en relajación se basa en el trabajo de eliminar la tensión muscular para establecer una respuesta contraria a cualquier situación de ansiedad. Combina la respiración, los ejercicios de tensión de grupos musculares

específicos en forma alternante, combinada con su relajación lenta y el empleo de auxiliares como música, imágenes y fantasías.

Para adquirir las habilidades de relajación se requiere práctica continua, mediante el entrenamiento en identificar indicadores de ansiedad, tales como tensión muscular, sudoración, palpitaciones, escalofríos etc. Posteriormente se inicia con ejercicios para tensar y relajar diversos grupos de músculos, alternando la relajación profunda y combinando la imaginación de situaciones y ambientes placenteros.

### **Habilidades Sociales.**

Este tipo de habilidades son muy importantes en la vida diaria, no solo para el enfermo, sus familiares también pueden verse beneficiados a través de este tipo de entrenamiento, en general se ha encontrado que las personas que poseen habilidades sociales, pueden relacionarse mejor, tienden a comportarse con menos agresividad y tienen facilidad para hacer frente al estrés.

Se combinan técnicas como el modelamiento, y el juego o representación de roles, con retroalimentación y tareas para generalización, descritas con anterioridad. Entre las habilidades que más se requiere trabajar en estas familias se encuentra: mantener una conversación, pedir ayuda, conocer y expresar los sentimientos propios y comprender los de los demás, enfrentarse al enojo de otro, emplear el autocontrol, responder al fracaso, tomar decisiones y resolver problemas.

### **Asertividad.**

En general la Asertividad se refiere a una forma de comunicación que se sitúa en un punto intermedio entre la pasividad y agresividad. Consiste en expresar los propios derechos, necesidades, opiniones y emociones de los demás. Tiende a reducir el nivel de ansiedad frente a situaciones interpersonales, promueve una comunicación más amplia y exitosa, facilita la expresión de sentimientos positivos, y enfatiza sentimientos de auto-respeto y dignidad.

Tiene dos componentes, la conducta verbal y la conducta no verbal. Dentro de las conductas verbales se trabajan elementos tales como el volumen de voz, el tono y la inflexión de voz, la fluidez, el contenido verbal y la selección del momento adecuado para hablar. Dentro de los componentes no verbales con los que se

trabaja se encuentra la postura al hablar, la distancia física durante la interacción, los movimientos corporales, el contacto visual y la expresión facial.

### **Solución de Problemas.**

Esta técnica facilita la evolución, planeación y toma de decisiones ante cualquier situación conflictiva. Tiene el propósito de incrementar la eficacia general de una persona, por medio del entrenamiento de aptitudes que le permitan enfrentar por sí misma los desafíos de la vida cotidiana. Se dividen en cuatro etapas: Orientación General, Definición y Formulación del problema, Decisión y Verificación.

En la etapa de orientación general, se busca identificar las situaciones problemáticas, cuando éstas se presentan e inhibir la tendencia a responder impulsivamente a ellas. Un cuestionario de evaluación de áreas generales de la persona como salud, economía, trabajo, familia, relaciones sociales, vivienda, ocio y aspectos psicológicos, puede ayudar a identificar las situaciones y aspectos de la vida diaria que actualmente están presentes como problemas.

Las etapas de definición busca describir operacionalmente todos los aspectos de las situaciones tales como: qué sucede, dónde, cuándo, cómo, quiénes se encuentran implicados, por qué sucede, etc. Se clasifican todos los elementos para comprender la problemáticas y su impacto. En la generación de alternativas se da rienda suelta a la imaginación para pensar en todas las posibles soluciones sin evaluar profundamente sus implicaciones. La etapa de decisión busca analizar cada una de las alternativas con sus ventajas y desventajas y elegir las más adecuadas. Finalmente, en la verificación se valora el progreso alcanzado con la alternativa elegida y se aprueba y continúa el curso de acción o se inicia nuevamente la evolución de alternativas para seleccionar otra.

Como puede verse, los recursos disponibles para una familia que debe enfrentar la experiencia de convivir cotidianamente con un paciente Esquizofrenico y contribuir a su tratamiento y rehabilitación, son múltiples y muy diversos, y poner al equipo de salud mental en situaciones de ofrecerlos a través del entrenamiento, la motivación y el apoyo constates, exactamente como sucede e cualquier otro proceso educativo.



A medida de conclusión de acuerdo a lo investigado, se puede decir que con relación a la Esquizofrenia aún se desconocen las causas; Sin embargo en su desarrollo intervienen factores genéticos y ambientales, que caracteriza su enfermedad, es el descuido de su persona y las ideas delirantes; como que los persiguen, vigilan, que los quieren envenenar, etc.

Si un paciente es tratado adecuadamente recupera sus facultades mentales superiores y pueden desempeñar su trabajo con normalidad, pero es necesario que identifiquen la enfermedad y se le dé tratamiento oportunamente, con todo esto tendrá un mejor pronóstico en relación a la Esquizofrenia, pero para ello el paciente deberá recibir psicoterapia y que sea vigilado y cuidado por sus familiares, ya que debemos mencionar que el tratamiento será para toda la vida.

## **CAPITULO IV**

### **TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.**

En este capítulo se desarrollarán los antecedentes históricos del Trabajador Social en el Área de Salud, Objetivos Generales y Específicos y sus funciones, lo cual ayudará al Trabajador Social a dar una intervención de una manera ordenada adecuada y oportuna hacia el sujeto de estudio señalar en salud y en psiquiatría.

#### **4.1. Concepto de Trabajo Social en el área de salud.**

“El trabajo social en el área de salud es el conjunto de acciones metodológicamente orientados mediante la investigación de factores sociales que influyen en la salud para participar en programas tendentes a educar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a su salud integral”. (Terán, 1989: 32)

##### **4.1.1 Antecedentes históricos del Trabajador Social en el área de la salud.**

“Richard C. Cabot, fue el creador del Trabajo Social Hospitalario, él nació en Brookline, Massachusetts, se graduó de Médico en 1897. Médico asociado de la Harvard Medical School desde 1899 a 1920 y titular en el Massachusetts General Hospital de Boston, Murió en 1939.

En 1903, ya era desde hacia muchos años Médico de dispensario, se interesaba sobre todo por el mejoramiento de los métodos de diagnóstico seguidos en estos establecimientos, tratando de asegurar al enfermo un diagnóstico tan científicamente establecido, tan correcto, como si fuese un paciente particular.

En el curso de los esfuerzos así hechos según le convenía, se encontró pronto con una dificultad. Para el conocimiento del paciente se necesitaban conocimiento respecto a su hogar, su habitación, sus alimentos, su familia, sus tristezas, sus costumbres, detalles que no podía obtener viéndolo solamente en el dispensario.

Fue entonces cuando se dio cuenta de la necesidad de una inspectora a domicilio, de una inspectora social para completar su diagnóstico, que estudiara más profundamente la enfermedad de los que lo consultaban y su situación económica para ejecutar el tratamiento ordenado, organizando los recursos de las instituciones benéficas, haciendo un llamado a la caridad voluntaria, utilizando las fuerzas de las diferentes asociaciones de caridad.

En 1903, hizo que entrara a al hospital general Massachussets a una inspectora social retribuida, destinada a trabajar todo el día en cooperación con él y otros Médicos del dispensario. El objetivo era, primeramente, profundizar y extender nuestro conocimiento del enfermo con el fin de establecer un mejor diagnóstico y, en segundo lugar tratar de atender a sus necesidades económicas, metales y morales, sea por intermedio de la inspectora misma o, sus esfuerzos resultaban insuficientes, asociando a cualquier grupo benéfico constituido ya en organización caritativa dentro de la población.

El primer inspector social fue Miss Garniel Pelton (1869-1925) que, si bien era enfermera de profesión se había destacado como pionera en la lucha antituberculosa en la que también actuaba el Doctor Cabot. Para su tarea contaba dentro del hospital con un escritorio y una silla en el corredor de los consultorios externos. Ejercicio a cargo durante ochos meces con la colaboración de 13 voluntarias, entre ellas Ilda M. Cannon, quien elevó el servicio a la categoría de Departamento, creó en 1918 la Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios y público en 1952 el libro sobre las fronteras sociales de la medicina.

Cabot entiende que la función principal del inspectora Social “Es Ocuparse atentamente de todas las necesidades del individuo” su actividad consisten en dar y recibir, sin caer nunca en la dádiva que compara con la enfermedad y el dolor” (Kisnerman, 1983: 117)

#### **4.1.2. El Trabajador Social en el área de salud.**

“El Trabajador Social en el área de salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que, objetivadas en carencias y necesidades, inciden en la

salud, por lo que se refiere a identificar los medios para preservarla, mantenerla, tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos” (Terán, 1989: 42)

#### **4.1.3. Objetivos del Trabajador Social en el área de salud.**

Es de vital importancia para un Trabajador Social que labora en una institución de salud, conocer y comprender cuales son los objetivos, funciones y actividades que se deben realizar; todo ello para saber hasta donde puedes llegar a intervenir como profesional por eso Kisnerman (1983) nos los menciona de la siguiente manera:

##### **Objetivos.**

El Trabajo Social es un quehacer profesional de complementos y apoyo de las acciones médicas-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas de todo que es la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea ésta Ministerio o Secretaria de Salud, Coordinación Sanitaria Regional y Hospitalaria.

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

##### **Objetivos Específicos.**

- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y 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 a la plena utilización de los servicios, así como la localización e identificando los que favorecen su logro.

- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familiares y a la comunidad en general en los problemas consecuencias de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.
- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia.

#### **4.1.4. Funciones del Trabajador Social en la salud.**

**“Investigación.-** Diseñar protocolos específicos, identificar factores económico, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad, conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud, determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud, estimar el costo social de los programas y proyectos de salud, hacer estudios de prospectivas sociales por la educación para la salud en México, participar en la formulación de diagnósticos de salud.

**Administración.-** Participar en planes, programas y proyectos, participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general, establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles, buscar la optimación de la eficiencia de recursos intra institucionales, controlar los procesos administrativos del servicio de trabajo social, promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad, supervisión y asesoría a programas específicos, diseñar manuales de normas y procedimientos del servicio de trabajo social y hacer acopio de material didáctico y de difusión.

**Educación.-** Mantener a la población informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad, impulsar la educación para la salud física y mental, promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y medicina preventiva, orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud, promover campañas de prevención de enfermedades o

accidentes de trabajo, organizar grupos transitorios y motivadores de pacientes y familiares y diseñar material de apoyo didáctico.

**Enseñanza.-** Asesorar a estudiantes y pasantes de Trabajo Social , orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones, efectuar sesiones de supervisión a estudiantes, coordinar actividades especiales con instituciones educativas de Trabajo Social, difundir las funciones y programas de Trabajo Social, promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional, realizar sesiones bibliográficas y especiales de actualización en el área.

**Asistencia.-** Proporcionar orientaciones medico sociales de distinta índole; tanto a pacientes y familiares, realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales, promover servicios de apoyo y canalizar enfermos a otras unidades operativas.

**Promoción social o comunitaria.-** Participar en campañas comunitarias de salud, realizar estudios de comunidad, integrar grupos de educación para salud en las comunidades, organizar a la población de la comunidad y por el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud, participar en acciones de atención en caso de desastre o siniestro y coordinar intra y extra institucional,

**Orientación legal.-** Orientar a pacientes y familiares sobre los aspectos sociales de medicina legal, coordinar la integración del expediente clínico con la información legal respectiva, establecer el aviso y coordinación con agente del ministerio público y canalizar el caso.

**Sistematización.-** Analizar el conjunto de los casos atendidos para conformar indicadores del perfil del usuario, teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación, teorizar sobre los logros de acciones comunitarias, detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida, integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad, generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en el grupo, generar modelos integrales de acciones médicas partiendo de las

experiencias desarrolladas en equipo, teorizar sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social”. (Terán, 1988: 46)

Es importante que además de considerar al Trabajador Social en el Área de Salud, que es donde se atiende una persona con problemas de Esquizofrenia, pero al igual que este es necesario que conozca lo que hace el Trabajador Social en la Psiquiatría, ya que con ello se le puede dar una mejor atención al paciente y ayudarles a solucionarles los problemas por medio de terapia familiar, todo ello enfocándose a los aspectos socioeconómicos de la familia. Es considerable que en la actualidad un paciente con Esquizofrenia requiere de tratamiento farmacológico, esto para controlar los síntomas, pero esto rara vez cura la enfermedad, por consiguiente el paciente no debe permanecer aislado del entorno social y mucho menos de su familia, pero todo esto no es fácil para la mayoría de las familias que tiene a un enfermo mental, es por ello que el Trabajador Social debe conocer la forma de intervención en la Psiquiatría y más aún si se encuentra trabajando con personas con problemas Psiquiátricos.

## **4.2. Trabajo Social en la Psiquiatría.**

“La actividad diaria del Trabajador Social en el campo Psiquiátrico tan interesante como en tantos otros campos de acción de las ciencias sociales. En particular, el equipo de salud mental tiene a su cargo el delicado objetivo de desempeñar sus esfuerzos en bien de la que puede considerarse la más importante área de funcionamiento del ser humano: la mente.

Es por ello que se hace muy necesario entender este campo principalmente por medio del conocimiento teórico que ayuda a eliminar las propias vendas de ignorancia respecto a lo normal y a lo anormal de este funcionamiento tan estudiado científicamente y con resultados que pueden comprobarse continuamente, para que el profesionalista de las ciencias sociales intervenga como un integrante del equipo de salud mental y de esta manera estimule el desarrollo del ser humano, o bien ayude a su rehabilitación social cuando la psicopatología imponga obstáculos más difíciles de salvar sin la participación del Trabajador Social con preparación psiquiátrica”. (Vázquez 1982: 1)

Es importante que además de considerar al Trabajador Social en el Area de Salud, que es donde se atiende una persona con problemas de Esquizofrenia, pero al igual que este es necesario que conozca lo que hace el Trabajador Social en la Psiquiatría, ya que con ello se le puede dar una mejor atención a la persona y ayudarles a solucionarles los problemas por medio de terapia familiar, todo ello enfocándose a los aspectos socioeconómicos de la familia. Es considerable que en la actualidad un paciente con Esquizofrenia requiere de tratamiento farmacológico, esto para controlar los síntomas, pero esto rara vez cura la enfermedad, por consiguiente el paciente no debe permanecer aislado del entorno social y mucho menos de su familia, pero todo esto no es fácil para la mayoría de las familias que tiene a un enfermo mental, es por ello que el Trabajador Social debe conocer la forma intervención en la Psiquiatría y más aún si se encuentra trabajando con personas con problemas Psiquiátricos.

#### **4.2.1. Funciones de Trabajo Social Psiquiátrico.**

Los pacientes ya dentro de las instituciones se aislaban por si mismos, en la mayoría de las veces los pacientes eran abandonados. A pesar de estas circunstancias se ponía poca atención en la gran necesidad de un Trabajo Social.

Dentro del Trabajo Social Psiquiátrico el trabajo del profesionalista está encaminado a la atención de la familia del enfermo y al enfermo mismo, pero desde un enfoque social; debido a que la enfermedad puede provocar también alteraciones en la conducta de otros miembros de la familia, lo que es resentido por el paciente y por consecuencia se produce un mayor deterioro en su estado mental, es decir que el Trabajador Social ve todos los problemas ambientales para tratar los aspectos sociales.

Las funciones del Trabajador Social en el área de psiquiatría son las siguientes:

- 1.- La investigación en donde se obtienen los más datos posibles respecto a la enfermedad específicamente antecedentes que permitan obviar factores que faciliten el diagnóstico.



2.- Orientación legal, para ayudar al paciente y a su familia.

3.- Educar al paciente para la rehabilitación y con esto también orientar a su familia para que el proceso sea más beneficioso para todo el núcleo familiar.

4.- Trabajar con la familia para el regreso de la persona a la vida cotidiana.

5.- Integrar un modelo de intervención a partir de los ya establecidos por la Psicología que permite al profesional tener una intervención en sentido psicológico y/o social". (Becerra, 1977: 131)

#### **4.2.2. Intervención del Trabajador Social Psiquiátrico.**

“Es muy necesario dejar claro que no hay familias totalmente sanas, desde el punto de vista Psiquiátrico, son predominantemente sanas o predominantemente enfermas. La enfermedad mental en la familia es un fenómeno interpersonal. La salud emocional de cada miembro afecta directamente la salud de cada uno de los demás. Cuando un miembro se siente incomodo o presenta síntomas, los demás miembros resultan afectados”. ( Pérez, 1986:37).

“El Trabajador Social Psiquiátrico debe tomar como de acción a la familia del individuo con trastornos emocionales, entendida ésta como el conjunto de personas que habitan en la misma vivienda, quienes se encuentran unidas afectivamente entre sí, independientemente de los lazos consanguíneos existentes.

Al evaluar y tratar a la familia del paciente Trabajo Social Psiquiátrico debe tener en consideración los valores, actitudes y existencia de una tipología plural de la familia.

En un primer nivel de acción del Trabajador Social Psiquiátrico plantea una intervención a nivel de valoración familiar y un segundo el de tratamiento

Rosalba Tenorio Herrera en su artículo “Intervención del Trabajador Social Psiquiátrico” nos dice que en relación a la dinámica familiar en las entrevistas de valoración se debe tomar en cuenta una serie de aspectos tales como los siguientes:

La estructura familiar que es entendida como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

El comportamiento repetido que adoptan los integrantes del grupo que regulan la conducta de los miembros y el funcionamiento familiar.

Otra de las tareas a realizar es la identificación de los subsistemas de la familia así como de los límites de dichos subsistemas si son claros, difusos, rígidos; los límites son las reglas que definen quienes participan y de que manera.

Por otro lado se debe identificar el tipo de comunicación que hay dentro de la familia entre cada miembro si es clara y directa, verbal o no verbal así como las jerarquías y autoridades.

El Trabajador Social Psiquiátrico deberá encontrar los recursos de la salud mental existente en la familia, mismo que podrá utilizar para promoverla. Asimismo el medio social en que se desenvuelve este grupo, el nivel de escolaridad, la ocupación, aspecto socioeconómico, grupo de permanencia, lo que podrá ser utilizado en la intervención de tratamiento.

El Trabajador Social Psiquiátrico trabaja directamente con la familia en relación con la orientación y terapia familiar, La orientación familiar con objetivos educativos se refiere al proceso de reflexión que el Trabajador Social Psiquiátrico realiza con la familia y supone el apoyo y uso de técnicas particulares, como puede ser el uso de interrogación leves interpretaciones, uso del silencio, motivación, aclaraciones, entre otras. También el Trabajador Social puede introducir información sobre algún tema durante alguna parte de la sesión, y el resto del tiempo del tiempo el grupo familiar conjuntamente con el Trabajador Social se dedican a comentar y discutir lo informado. En un marco institucional se puede plantear de dos a tres de valoración y 10 a 20 sesiones de valoración y de 10 a 12 de tratamiento". ( Tenorio, 1989: 10)

Otro modo de orientación es a través de la canalización a diversas instituciones que logren la ayuda que cada miembro necesita para su estabilidad emocional.

### **4.2.3 Participación del Trabajador Social en los niveles de prevención en Psiquiatría.**

**“Prevención Primaria.-** El Trabajador Social pretende, por medio de acciones educativas, que los principios de salud mental sean entendidos por la población, con la finalidad de generar acciones más saludables para que, así, se incorporen a la cultura, basándose en la premisa de que la educación puede cambiar significativamente el modo de pensar, de sentir y de actuar de las personas.

**Prevención Secundaria.-** Por medio de la capacitación, la supervisión y el apoyo, el Trabajador Social pone a disposición del resto del personal del área de la salud, las técnicas adecuadas para la identificación, incipiente y oportuna, de los desórdenes mentales más frecuentes.

**Prevención Terciaria.-** Coadyuvar en la atención del paciente con trastornos severos, para evitar el síndrome secundario de deterioro mental y de la conducta o “Síndrome de deterioro social”, por medio de la utilización de la salud residual del paciente y la colaboración conciente de la familia.

Ahora bien, el reto que afronta el Trabajador Social en psiquiatría, actualmente, en el país, es el de poner realmente los recursos de la salud mental al alcance de la población, por medio de los servicios de salud mental, haciendo partícipe de las acciones a la comunidad, tanto en la plantación como en el desarrollo de los programas.

Es aquí y ahora, donde y cuando el Trabajador Social realiza sus acciones, específicamente en el caso del niño y del adolescente, de los padres, de los maestros y de otras personas y profesionales que interactúan con ellos, para que aprendan a identificar, desde su inicio, las distintas reacciones patológicas para prevenir problemas más graves y evitar que se perpetúen.

Dado el tiempo con el que contamos, trataremos de resumir las acciones que se realizan en primero y segundo niveles de acción de Salud Mental.

1.- Integración de grupos multidisciplinarios, como recursos humanos que colaboran en la docencia y capacitación de alumnos y profesionales, participando en

programas de supervisiones y consultorios, en beneficio de la salud mental de la población, en general.

2.- Las terapias múltiples, asociadas o no asociadas a fármacos, son los recursos terapéuticos.

3.- Es prioritario la atención grupal.

4.- Se diseminan las acciones en los tres niveles de atención, dejando de ser el hospital el centro de todo.

5.- Hay continuidad en las acciones con el paciente, al cambiar de un nivel de atención al otro, por medio de la supervisión, controlándose, la transferencia y contratransferencia de los casos.

6.- Se controla el estado de Salud del paciente, así como el resultado de las medidas curativas a mediano plazo.

7.- Se fomenta la participación de otros recursos comunitarios, con programas institucionales de fomento a la salud mental, en servicios de atención no individual, para propiciar la autoasistencia y la autogestión por medio de la educación.

8.- Se realiza la detección oportuna de casos y de incapacidades e impedimentos para el trabajo y la escuela.

9.- La rehabilitación incluye en lo posible al paciente, la familia y la comunidad.

10.- El equipo conjuga la teoría con la práctica". ( Barrera, 1987: 51-52)

### **4.3. Proceso metodológico de Trabajo Social.**

Una vez que se ha analizado lo que es Trabajo Social en la salud y en la Psiquiatría, ahora corresponde abordar lo que es el proceso metodológico que se aplica de manera general en cualquiera de los niveles de intervención. Se trata de las seis fases que se siguen en cualquiera de los métodos de la profesión siendo estos los siguientes:

#### **Investigación.**

La investigación se retoman los problemas, necesidades, recursos, potencialidades conflictos, etc. estos se presentan en algunos aspectos de la realidad social donde se pretende intervenir, siendo esta la base para conformar el diagnóstico de lo que se pretende modificar.

Diagnóstico.

Gallardo, (1979) nos dice que el diagnóstico es la materia prima fundamental del proceso de planificación. Nos permite conocer, cuantitativa y cualitativamente, la situación actual, además de que proporciona los elementos necesarios para analizar las causas que dieron origen a la situación y cuáles podrían ser sus tendencias. El diagnóstico sirva como orientación al plan que va a ser desarrollado.

### **Programación.**

Ander-Egg (1991), no dice una vez terminado el estudio e investigación y elaborado el diagnóstico ya se tienen los elementos necesarios para programar con fundamentos una serie de actividades expresadas en proyectos específicos. También se cuenta con los datos fundamentales para establecer una estrategia de acción.

Etimológicamente significa la acción de escribir por adelantado, en su sentido más simple consisten el reducir anticipadamente lo que hay que hacer, se trata de prever un futuro deseable y señalar los medios para alcanzarlo”.

### **Ejecución.**

Ander-Egg (1982), dice que la ejecución Consiste en realizar, hacer o ejecutar lo que se ha establecido en la planificación, partiendo de los resultados obtenidos en la investigación.

### **Evaluación.**

Ander-Egg (1991), define a la evaluación como un proceso encaminado a determinar su temática y objetivamente a la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de los objetivos propuestos con el propósito de proponer las correcciones o reajustes necesarios, de modo que contribuye a la toma

de decisiones para establecer modificaciones en la acción y mejorar las actividades, que se hallan en marcha.

### **Sistematización.**

Morgan (1998), nos dice CELATS, la define “como el esfuerzo por organizar una practica social dentro de un sistema teórico-metodológico que cuenta el desarrollo del proceso de esa practica y del análisis e interpretación sobre ese proceso se realice.”

La finalidad de la sistematización consiste en traducir las características innovadoras de cada experiencia con el objeto de que se pueda comparar y comunicar con otras experiencias y así avanzar en la búsqueda hacia practicas superiores.

“El proceso de sistematización de un proyecto consiste en determinar y describir, con propósitos de análisis y lectura interrelacionar, los insumos, procesos y productos característicos de la operación del proyecto y en establecer el contexto”

“Sistematización es el medio e instrumento adecuado para dar cuenta adecuada, relacional e integral de lo que en verdad sucede al interior de un proyecto y en la relación que este tiene con los diversos contextos que lo rodea y donde esta inmerso; culturales, económicos, ideológicos-institucionales, políticos y psicosociales”

## **4.4. Niveles de atención del Trabajador Social.**

### **Trabajo social individualizado.**

El nivel de Intervención Individualizado no se desarrollará en este punto, ya que se retomará en el capítulo siguiente donde se habla del Trabajo Social de caso, considerando a los principales autores, y describiendo el de Etna Meave que es el modelo a seguir en el caso de intervención.

### **Trabajo Social de Grupo.**

Sánchez (1996), nos dice que el Trabajo Social de Grupo en la década de los 20's se discutía si los fenómenos grupales poseían realidad independiente

(Durkheim) o eran el resultado de la suma de las conductas de sus miembros (AllPort).

En los años 30's Kart Lewin inicia este estudio para explicar las conductas de los sujetos en su entorno social y distingue tres tipos de funcionamientos de los grupos autoritarios, Laissez, Faire y democrático.

A partir de los años 40's se realiza investigaciones sobre la dinámica de grupo.

En 1945 primer congreso panamericano de Trabajo Social, en Santiago de Chile, invitándose a todos los países latinoamericanos a incorporar el trabajo con grupos como método en los programas académicos las escuelas de trabajo social.

En la actualidad el trabajo social de grupo no tiene una definición propia pero se le conoce como la forma en que se relacionan las personas entre sí, las cuales tienen reglamentos por el cual se rigen y tienen metas y objetivos en común.

### **Existen grupos formales e informales.**

Los grupos formales esta explicita oficialmente en la estructura formal de la organización donde los grupos se forman por similitud de tareas y funciones agrupadas en puestos.

Los grupos informales Son aquellos grupos espontáneos que se integran dentro de la organización formal. Pero cuando los grupos se forman con personas que pertenecen a organizaciones distintas y la causa de asociación es externa a todo tipo de relación formal, entonces se les llama grupos sociales.

El trabajador social de grupos establece las bases para que una tarea sea eficiente al momento que se incorpora sistemáticamente al ser humano que conoce. Debe tomar como base el análisis del mismo sujeto que permite establecer un proceso para el estudio de los fenómenos, a partir de las experiencias y crecer en el sentido de convertirse como objeto de estudio al mismo hombre.

La metodología que es utilizada en trabajo social, se han aplicado diferentes modalidades de trabajo con grupos. A continuación se presenta una serie de aspectos que hacen referencia a la metodología.

Un grupo parte de una tarea en común; pero se caracteriza por el estudio de lo específico (temas de análisis determinados por el grupo) y abordan dicha tarea al operar como equipo y analizar los obstáculos latentes derivados de las distorsiones defensivas del aprendizaje.

Uno de los elementos que debe de considerar el trabajador social es humanizar el aprendizaje, lo cual puede constituirse una ventaja para conocer mas íntimamente la dinámica interna y el juego de actitudes que posibilitan y obstaculizan los procesos de enseñanza entre los miembros del grupo y las relaciones de éstos con los coordinadores.

Una de las cuestiones que ha dificultado la integración de los grupos es la ideología; los grupos (tanto comunitarios como escolares) tienden a resolver el hecho de la ambigüedad y coexistencia de elementos de ideologías apuestas, que no han logrado una integración. Conciben que la ideología sea un instrumento para el ser humano y no este último se transforme en instrumento de la ideología.

Es importante mencionar que la práctica profesional con grupos permite aprender a través de la experiencia personal, de manera que la base fundamental de una preparación solo puede ser aprendida pasando uno mismo por el análisis; tanto de la propia experiencia como de las concepciones de determinados fenómenos que se aborden como parte del proceso dentro del grupo.

A partir de estas concepciones, se puede comenzar a pensar en la modificación de actitudes, en la ruptura del miedo al cambio y de la resolución de las ansiedades existentes.

En referencia al conocimiento, lo más importante en todo campo, no es disponer de información acabada, sino poseer instrumentos para resolver los problemas que se presentan en dicho campo.

El conocimiento que se alcanza de un objeto es, al mismo tiempo, no otra cosa que una conducta del ser humano. Cuando se opera sobre un objeto, no solo se modifica el objeto, sino también el sujeto y a la inversa; y ambas cosas ocurren al mismo tiempo.



En la dinámica de grupos, el juego de los roles es un modelo organizado de conductas relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacción ligado a expectativas propias y de los otros. Uno de los roles más importantes es la del coordinador (trabajador social), quien opera cuando se integra una tarea, al mismo tiempo condiciona una interacción de las personalidades de los seres humanos que intervienen en el grupo con el postulado de que el rendimiento no se puede alcanzar operando individualmente.

Dentro de las actividades propias del coordinador, este debe hacer o posible para establecer el diálogo entre los componentes del grupo y no acaparar ni centrar todo, de tal manera que cuando el diálogo y la comunicación funcione bien, el coordinador no debe intervenir, ya que ha logrado un cierto grado de maduración.

### **Trabajo Social Comunitario.**

En este nivel de intervención que es el comunitario se retomarán las fases que componen y las técnicas e instrumentos que se utilizan, retomando al autor Ezequiel Ander-Egg.

- Características del desarrollo de la comunidad.
- El desarrollo de la comunidad es una técnica o práctica social.
- Se diferencia frente a las otras técnicas sociales, por el objetivo que persigue su modalidad operativa y el nivel en que funciona.

En cuanto a sus objetivos lo caracterizamos como una técnica social de promoción del hombre y de movilización de recursos humanos e institucionales mediante la participación activa y democrática de la población, en el estudio, planeamiento y ejecución de programas a nivel de comunidades de base, destinados a mejorar sus niveles de vida cambiando las situaciones que son próximas a las comunidades locales.

En cuanto a modalidades operativas el desarrollo de la comunidad. Se refiere a esfuerzos y acciones de base organizada con iniciativa y dirección de esas mismas bases aunque para estimular a la población se haya necesitado de una acción exterior.

Respecto del nivel en que funciona, se aplica una metodología de trabajo debe la base. Se trabaja a nivel psico-social a través de un proceso educativo, que busca describir las potencialidades latentes para desarrollar, tanto a individuos, grupos y comunidades, con la finalidad de mejorar sus condiciones de existencia.

Se compone de la integración y fusión de cuatro elementos:

El estudio de la realidad, de sus problemas, necesidades, recursos y problemas.

- La programación
- La acción social
- La Evaluación.

Continuando con el trabajo social comunitario (Ander-Egg, 1990) define a la comunidad como una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común con conciencia de pertenencia situados en una determinada área geográfica en el cual, la pluralidad de personas interacciona mas intensamente entre sí, que en otro contexto.

### **Objetivos.**

- Lograr el mejoramiento de las condiciones económicas, sociales, culturales y humanas de la colectividad, realizando un trabajo desde la base.
- Modificar las actitudes prácticas que actúen como freno al desarrollo económico-social; esto es, un desarrollo Psicosocial.

### **Sujetos participantes:**

- La población misma con su acción e iniciativa
- El gobierno, cuyo papel es planear y organizar los programas y prestar los servicios técnicos y la ayuda material básica que está fuera del alcance de las comunidades y de las organizaciones privadas.

### **Metodología.**

El autor nos propone una metodología y práctica en la cual, no es indispensable terminar la investigación para iniciar las actividades en la comunidad, más bien plantea que una vez llegado el equipo debe empezar lo más pronto posible a efectuar acciones.

Es esquema metodológico que el autor propone es el siguiente:

### **1.- investigación preliminar.**

Se busca acercarse a los problemas de la comunidad, no para diagnosticar cuales son los problemas de mayor importancia, sino para atender lo que son más prioritarios por la misma población. De manera simultanea se debe recoger información que vaya integrando la investigación general de la comunidad.

### **2.- Diagnóstico preliminar.**

Consiste en detectar las situaciones problemas más evidentes que posibiliten una acción al momento. Problemas identificados por los técnicos.

### **3.- Planificación de las acciones preliminares.**

### **4.- Ejecución del plan preliminar para aplicar la solución de los problemas**

### **5.- Evaluación preliminar (de carácter continuo)**

### **6.- Investigación general.**

Se realiza con la finalidad de establecer cuáles son las necesidades y carencias básicas, así como determinar los recursos y potencialidades con los que cuenta la comunidad para resolverlas. Los aspectos que se abarcan son los que a continuación se describen:

- Localización.
- Marco histórico.
- Estructuras físicas fundamentales.
- Morfología.
- Suelos.
- Hidrología.
- Hidrografía.
- Geología.
- Clima.

- Fitogeografía.
- Zoogeografía.
- Regiones geoeconómicas.
- Infraestructura y equipamiento.
- Estructura y movimientos de población.
- Aspecto estático.
- Aspecto dinámico.
- Niveles de vida.
- Nivel Sanitario.
- Nivel habitacional.
- Nivel educacional.
- Nivel de información general.
- Nivel comunitario de la participación social.
- Organización Social
- Diferenciación Social.
- Estratificación social y conciencia de clase.
- Sectores marginados y situaciones de pobreza.
- Asociaciones e instituciones.
- Las formas de control social.
- El gobierno local.
- Percepción del cambio social.
- Recursos y potencialidades.
- Sector primario.
- Sector secundario.

- Sector terciario.

## **7.- Diagnóstico general.**

El resultado de un estudio sistemático. El diagnóstico se integra de los siguientes elementos.

- Sistematización de la información sobre los problemas de una realidad determinada, de cómo se han conocido y cuáles son sus tendencias.
- Determinación de la naturaleza y magnitud de las necesidades y problema, además de la Jerarquización de acuerdo a criterios ideológicos, políticos y técnicos.
- Especificación de recursos e instrumentos con los que cuenta la comunidad para contribuir a la solución de los problemas y necesidades.

## **8.- Programación general.**

En esta fase se programan las acciones que se van a realizar para atacar las situaciones-problema que aquejan a la comunidad. Consiste en elaborar un plan, programa y proyectos para especificar detalladamente las acciones a ejecutar.

## **9.- Ejecución del plan general.**

Se trata de realizar, hacer o ejecutar lo que se ha planificado con base en los resultados de la investigación y el diagnóstico. A continuación el autor nos señala cinco temas principales en fase a la ejecución.

- La administración de programas de desarrollo de la comunidad.
- La preparación de la comunidad para llevar adelante el programa con su participación.
- Formación de los trabajadores en desarrollo de la comunidad.
- Participación y formación de líderes locales.
- Coordinación con organismos existentes.

## **10.- Evolución general.**

Ezequiel Ander-Egg nos dice que esta fase se retoma una serie de procedimientos destinados a comprobar se han conseguido o no lo objetivos propuestos y define a la evaluación como un proceso que consiste en anotar continuamente los resultados obtenidos, tomando como indicadores los objetivos señalados en el plan, los procedimientos utilizados, la oportunidad de las medidas, la estructura administrativa de la institución responsable del problema y la opinión de los beneficiarios, el grado de participación activa y democrática de los participantes.

## CAPITULO V

### TRABAJO SOCIAL DE CASO.

En este capítulo se mencionan los principales autores de Trabajo Social Individualizado respecto a, concepto, objetivo y las fases del método, describiendo el modelo, las técnicas, los instrumentos que caracterizan la intervención de Etna Meave, esto porque fue el modelo que se retoma en el caso en estudio.

#### 5.1. Trabajo Social de caso.

Ander-Egg (1992), define al Trabajo Social de Caso como la ayuda que se presenta al nivel individual utilizando una serie de procedimientos que configuran el llamado método de caso social individual. Para conocer aún mas de este método se presentan algunos autores que han estudiado sobre el tema.

##### a) Mary Richmond.

###### **Definición.**

Richmond, (1982) define al Trabajo social individualizado como el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando cociente o individualmente al hombre a su medio social.

###### **Concepto.**

La autora conceptualiza al Trabajo Social de caso como “El servicio personal proporcionado por Trabajadores Sociales calificados a individuos que necesitan ayuda especializada para resolver un problema familiar”

###### **Objetivo.**

Eliminar tensiones materiales y emocionales, así como ayudar al usuario a lograr el ajuste práctico de acuerdo a su medio social, y la satisfacción mutua en sus relaciones personales.



## **Fases del método.**

**Investigación.-** Se realiza mediante la entrevista ya que a través de esta se obtendrán datos que permitan hacer un diagnóstico.

**Diagnóstico.-** Este nos lleva a tener conocimiento del caso y hace posible la formulación del tratamiento.

**Tratamiento.-** Es donde se va a solucionar el problema del individuo.

## **b) Marie Castellanos.**

### **Concepto.**

La autora nos dice que el método de Trabajo Social que estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas, como medio de lograr el mayor grado de ajuste y adaptación entre el individuo y su medio circundante.

### **Objetivo.**

El objetivo de Mary Castellanos es ayudar al cliente para que se ayuden así mismo siempre y cuando ellos quieran, orientándolos para que desarrollen al máximo sus capacidades con el propósito de hacerlos útiles así mismo y a la sociedad.

## **Fases del método.**

**Investigación.-**La investigación es la etapa inicial en el Trabajo Social, mediante este paso se obtienen los datos que permiten formular el diagnóstico.

**Pronóstico.-** En el enunciado de las probabilidades de fracaso o éxito según lo prevea el Trabajador Social, este deja ver la opinión respecto al caso.

**Plan.-** Es la exposición de principios y actividades recomendables con el objeto de resolver o atender los problemas del usuario.

**Tratamiento.-** Abarca todos los servicios y atenciones individuales y colectivas prodigarse a un caso en cumplimiento de un plan de trabajo que

corresponde, a su vez, a un diagnóstico fundamental sobre una investigación científica.

### **c) Gordon Hamilton.**

#### **Definición.**

Hamilton (1992) define al Trabajo Social de caso un arte de hacer diversas cosas para y con diferentes personas a fin de alcanzar de una vez y simultáneamente su mejoramiento y el de la sociedad.

#### **Concepto.**

El hombre es un organismo Psicosocial, el caso, el problema y el tratamiento siempre será considerados por el Trabajador Social como un proceso Psicosocial. Se compone de factores internos y externos es decir, relativos al medio ambiente, estudia a los individuos en todo a lo relacionado a sus experiencias sociales, como sus sentimientos de dichas experiencias.

#### **Fase del método.**

**Estudio.-** En esta primera fase se investiga a las personas y los hechos más importantes en la vida cotidiana del cliente, además lo que siente en relación a ellos con la finalidad de adquirir un mayor conocimiento de aquel y del problema que presenta, teniendo con ello elementos para formular un tratamiento eficaz.

**Diagnóstico.-** Es la opinión profesional del Trabajador Social acerca de la naturaleza, necesidades o problemas que aquejan al cliente.

**Evaluación.-** Es la comprensión del funcionamiento de la persona en relación a su problema, su capacidad, sus posibilidades y la utilización y la utilización de sus recursos tanto externos como internos.

**Tratamiento.-** Es poner en práctica los medios predominantes prácticos y ambientales o psicológicos, con la finalidad de lograr un buen funcionamiento del cliente en la sociedad.

## **d) Evelyn Davison.**

### **Definición.**

Evelyn Davison nos dice que es un servicio personal proporcionado por el Trabajo Social calificado e individuos que requieren ayuda especializada para resolver un problema personal o familiar. Su objetivo es eliminar las tensiones material y emocional y ayuda al cliente a lograr un ajuste práctico a su medio social, así satisfacción mutua en sus relaciones personales.

### **Concepto.**

La autora conceptualiza al Trabajo Social como un servicio personal proporcionando por trabajadores sociales calificados que requieren ayuda especializada para resolver un problema personal o familiar.

### **Objetivo.**

Es eliminar las tensiones materiales y emocionales que puedan que puedan ayudar al cliente a lograr un ajuste en relación a su medio social, esto para lograr una satisfacción en sus relaciones personales.

### **Fases del método.**

#### **Etapas iniciales.**

**Estudio y evaluación.-** Es la investigación de los hechos, la evaluación de su significado y la decisión sobre la forma de ayuda hacia la cual apunta.

**Historia Social.-** Es un relato cronológico de las principales experiencias en la vida de un cliente, con especial atención a una posible conclusión referente a la calidad de relaciones personales significativas, particularmente aquellas de los años preescolares. ,

**La familia.-** la familia es tan importante, se debe a que es en el seno de la familia en donde nuestras necesidades básicas, como seres humanos son o no son satisfechas.

**La comunidad.-** Esta es la última fase del estudio social, la cual se debe hacer mención ya que es la concerniente a la comunidad a la que pertenece el cliente.

## **e) Helen Harris Paerlam.**

### **Definición.**

Harris (1965) define al método como un proceso empleado por algunas instituciones consagradas a fomentar el bienestar público para ayudar al individuo a afrontar con mayor eficacia sus problemas de ajuste social.

### **Concepto.**

La autora nos dice que el casework social es un fenómeno complejo, dinámico y en evolución. Su complejidad deriva de los variados conocimientos que determinan su práctica, de los objetivos y fines que lo orienta, de la pericia que requiere. Contribuye también a ello el hecho de que los materiales a estudiar están en constante cambio e interacción solo entre sí, sino además en respuesta al planteamiento del propio estudio.

### **Objetivo.**

Tratar de mantener en juego y mantener activas las facultades de adaptación del individuo y proporcionar los medios y posibilidades que le permitan dominar sus problemas o por lo menos, llegar a establecer un compromiso equilibrado con ellos.

### **Fase del método.**

#### **Fase inicial.**

**Persona.-** puede ser cualquier hombre, mujer o niño que necesite ayuda en algún factor de su vida socio-emocional. La persona en el momento que comienza a recibir ayuda se convierte en cliente.

**El problema.-** Consiste en un obstáculo, una necesidad o una acumulación de frustraciones o inadaptaciones y a veces todos estos factores juntos representan una esperanza o incluso impiden la adecuación vital de la persona.

**El lugar.-** Es una institución o oficina de asistencia social que ocupa el Trabajador Social.

**El proceso.-**Consiste en una transacción progresiva entre el profesional que ayuda y el cliente. Es influir sobre la persona cliente fomentando su eficacia para afrontar sus problemas o influir sobre el problema hasta resolver o mitigar sus efectos.

**Diagnostico.-** Son las colusiones a las que se llega a través de este proceso.

### **1.- diagnóstico dinámico.**

Este diagnóstico determina en que consiste el problema, que factores psicosociales, físicos y sociales contribuyen a él que afectos tiene sobre el bienestar sobre el propio sujeto, cual es la solución y que medios ofrecen al propio cliente, su situación y otros servicios organizados para resolver el problema.

### **2.- diagnostico clínico.**

Por medio de este diagnóstico se trata de clasificar a la persona atendiendo su dolencia, se trata de investigar cual es el problema, los factores psicológicos, físicos y sociales lo conforman, las consecuencias que están afectando el bienestar del cliente, cual es la solución más efectiva y los medios con los que cuenta el cliente y los servicios que le ayudaran a solucionar su problema.

### **3.- diagnóstico etiológico.**

Con este diagnostico se trata de buscar los orígenes y desarrollo de un problema que por lo general residen en la personalidad del cliente y en su comportamiento.

### **Plan de acción o tratamiento.**

Como tercera fase se encuentra la formulación del plan de acciono tratamiento, tomando como punto de referencia el diagnóstico.

## **f) Ricardo Hill.**

### **Definición.**

Hill (1973), nos dice que el Trabajo Social de casos es un método por el cual se brinda atención especializada a cada uno de los problemas que presenta una persona. La intervención del Trabajador Social será diferente en cada caso, aplicando uno de los modelos que propone el autor, pues la problemática será distinta. Cada modelo tendrá cierta relación al cliente, esto es existirán valores y ética relacionados con el modelo de la práctica.

### **Concepto.**

El autor nos dice que consiste en un conjunto de principios relativos a un campo definido de fenómenos o de experiencias. Un tal modelo es formulado en lenguaje corriente definiendo el fenómeno al que se dirigen los principios de acción. Brinda algunas justificaciones de orden general sobre razones por las que utilizan esos principios. Especifica los fines a que sirven esos principios de acción y los métodos y técnicas que ellos emplean. El modelo también las condiciones del medio en el cual se pueden hacer el uso más correcto de esos principios.

### **Objetivo.**

El Trabajador Social en este modelo se basa en el supuesto de que el mejoramiento progresivo en las condiciones sociales y económicas de los desfavorecidos, depende de las cantidades de asistencia económica que se les atribuye, la provisión de toda clase de escolaridad y aprendizaje y un cambio en las actitudes discriminatorias de la sociedad.

### **Fases del método.**

Este autor desarrolla el método en base a modelos, por lo tanto el profesional interviene en los casos aplicando el modelo que está más enfocado al problema que presenta el cliente.

- 1.- Modelo de socialización.
- 2.- modelo individual o clínico-normativo.

3.- modelo socio-conductista.

4.- Modelo de crisis.

5.- modelo familiar (comunicación-interacción)

## **g) Etna Meave**

### **Concepto del estudio social de caso.**

La autora define el concepto como toda necesidad de comprender a los individuos que tienen algún problema social nos lleva a tratar de explorar o investigar a fin de analizar y sistematizar su conocimiento, por lo tanto la investigación no solo va hacia el individuo en sí, sino en general hacia los estudios de su familia y su grupo social, donde se desenvuelve, con esto podríamos decir que a ese conocimiento se le denomina estudio social de caso, dado que el ser humano es un ente biopsicosocial. Y en vista de ellos es necesario estudiarlo como tal y elaborar un análisis tridimensional (biológico, psicológico y social) y una síntesis en el mismo sentido porque sabemos que es afectado y a la vez él está afectado a esa 3 dimensiones con su problema.

### **Objetivo del estudio social de caso.**

“Es movilizar las capacidades del individuo para que se transforme en persona a través de la Educación Social y de su medio para que haga frente a sus problemas, a través del esfuerzo personal y con los recursos institucionales o comunales, a su alcance.. Es decir, lograr su promoción social lo que implica que el ser humano es capaz de organizarse y movilizarse en la búsqueda de solución a sus necesidades, así como integrar a la persona” (Meave, 1998.10)

### **La investigación, la relación y la acción.**

La autora nos dice que la investigación para lograr conocer la situación real, aclarar el problema, la relación para adecuarla a la motivación que el trabajador social dirige con apoyo profesional y la acción para movilizar las fuerza del individuo y la sociedad, es decir utilizar todos los recursos disponibles, para la solución de los problemas de la persona y de su familia.

## **Proceso del estudio social de casos.**

### **Generalidades.**

Es un proceso complejo de múltiples facetas donde el trabajador social debe no solo visualizar la problemática individual sino relacionarla con el contexto social y a la vez evidenciar sus conocimientos de la realidad a través de estudios generales a partir de esa realidad estudiada. Para así procurar la participación profesional a otros niveles, no simplemente operativo, sino de plantación y dirección.

### **La investigación. 1ra. Fase del estudio social.**

Esta fase es la parte fundamental del estudio social de caso, porque de ella dependen las demás técnicas ya que de esta fase dependen las demás técnicas y si esta es completa y objetiva puede formularse un análisis acertado que da pauta a una plantación y tratamiento correcto.

#### **a) La investigación en su primera etapa.**

La autora nos menciona que la investigación implica en primer termino una cuidadosa observación de los diversos aspectos que presenta el sujeto y la situación que motiva el estudio.

En segundo término al rescatar todos los elementos objetivos y subjetivos del pasado que permitan visualizar el cuadro observado.

#### **Los objetivos que se persiguen en fase exploratoria del problema:**

- Establecer relación con el sujeto o sujetos, con el objeto de que su ansiedad disminuya al comunicar el problema.
- Ayudar al sujeto a expresar y reflexionar su problema en función de su situación emocional y los mecanismos de defensa.
- Asegurar la participación en la tarea de resolver el problema, obteniendo un primer análisis autoevaluativo de recursos personales y sociales.

Elaboración de las primeras interrogantes o supuestos:

- Ficha de identificación.



- Motivo del estudio (hipótesis preliminar)
- Opinión sobre la situación.
- Conocimiento de la Institución y expectativas de atención.
- Físicos-biológicos-psicológicos.
- Educativos.
- Laborales.
- Jurídicos.
- Etcétera.
- Estructura Familiar.
- Organización e Iteración Familia.
- Aspecto económico.
- Alimentación.
- Vivienda.
- Medio Ambiente.
- Descripción psicofísica de sujetos o otros miembros
- Impresión diagnóstica o análisis tridimensional (bio-psico-social) primario.
- Observaciones.
- Sugerencias.
- Lugar y fecha.
- Nombre y firma del Trabajador Social.

**b) Investigación en su segunda etapa.**

Después de haber realizado el análisis tridimensional del problema con la participación del individuo es necesario esquematizarlo en un elemento llamado familiograma, este instrumento de compleja utilización pero de gran ayuda sirve para elaborar un primer proceso de síntesis del problema donde se plasma grupalmente y

a través de la dinámica e interacción familiar todas las posibilidades, implicaciones del caso, sirviendo para tener una visión macrofamiliar que detecta influencias, causas, factores e incidencias sobre el sujeto del caso.

Con lo cual nuestras hipótesis pueden operacionalizarse. El estudio en esta segunda etapa, implica dar atención a las necesidades del sujeto y que, para su solución demanda la utilización de los recursos de otras instituciones públicas o privadas.

**Este estudio requiere los siguientes aspectos:**

- Nombre del sujeto.
- Motivo de atención (se anotará la situación por la que se necesita la atención)
- Acciones realizadas
- Instrumentos.
- Canalización o enlace.
- Gestiones.
- Visitas institucionales.
- Visitas domiciliarias.
- Resultados obtenidos.
- Lugar y fecha.
- Nombre y firma del Trabajador Social.

**c) La tercera etapa de la investigación.**

La autora refiere que en esta etapa es donde se comprueban nuestras hipótesis ya que una vez obtenida toda la información que se requiere, planteando el proceso de análisis y síntesis en conjunto con el sujeto del caso y teniendo las expectativas de vida y solución se procede a la confrontación de los recursos institucionales, personales o de orientación. Asimismo, se revisan los datos obtenidos a través de los sucesivos contactos con el sujeto y su familia y con todas las fuentes de información posibles, esta parte es la más dinámica del proceso de

investigación con sus sucesivas impresiones diagnósticas donde se confirman las hipótesis establecidas en el nivel explicativo-predictivo.

Ya obtenida la síntesis se determinará el procedimiento a seguir en el caso, los puntos que se siguen son los siguientes:

- Nombre del sujeto
- Motivo de atención.

**Investigación.-** Relato de las indagaciones y de los contactos sucesivos, así como, el registro de las expectativas de vida.

- Análisis situacional.
- Forma de intervención.
- Enunciar los problemas explicando su origen.
- Objetivos a seguir con el sujeto.
- Actividades a cumplir con el sujeto y su familia.
- Recursos humanos, materiales e institucionales.
- Técnicas a utilizar con el sujeto y sus circunstancias.

## **2da. Fase del estudio social. El Diagnóstico.**

Meave (1998), nos dice que el diagnóstico o análisis abarca a demás de la apreciación de los signos y síntomas producidos por los problemas, un juicio sobre sus posibles significados y un cuidadoso proceso analítico – sintético de los factores que determinan, sus causas, incidencias, constantes y variables.

El proceso analítico – sintético en primer termino clasifica los diferentes aspectos sociales en categorías determinadas por el investigador para extraer de ellas información predominante, requiere que los instrumentos de recolección tengan cualidades como: fidedignidad, validez y sean suficientemente exhaustivas, es utilizando el análisis con fines descriptivos o de comprobación de hipótesis, a veces dentro de cada categoría ha sido utilizada la Jerarquización para poder definir los

resultados del análisis. La división en partes de aspectos en el estudio social ha sido tradicionalmente debido a la necesidad de análisis, y cada ámbito de acción lo reacomoda, según sus necesidades y es el problema objeto de investigación el que orienta la elección tanto de categorías como aspectos que van a ser analizados.

### **3ra. Del estudio social de caso. El plan social de tratamiento o plan de educación social.**

La autora nos menciona que el plan es un enlace entre el diagnóstico social y el tratamiento, su importancia radica en que es el primer paso de índole práctico en el Trabajo Social, mientras no se ha realizado en el estudio de casos. Al formular un plan debe tenerse en cuenta que va a convertirse en acción y por lo tanto solo deberán incluirse aspectos prácticos de posible realización, convendrá dar preferencia a los pasos que van a producir resultados inmediatos por que estos garantizan la consecución de los pasos más difíciles y despiertan la confianza del sujeto del caso. Claridad y sencillez deben ser comprensibles para el sujeto, introduciendo en ella la educación social necesaria.

El plan debe incluir los puntos de vista del sujeto y sus sugerencias, modificándolas cuando sea necesario, pero conservándolas y aprovechándolas a fin de obtener la más amplia participación del sujeto para la resolución de los problemas. Es necesario un conocimiento exhaustivo de los recursos humanos materiales e institucionales con que se cuenta, ya que racionalmente deberá precisar cuales podrán utilizarse de inmediato y los cuales tomaran un tiempo determinado en su trámite.

Todo Trabajador Social deberá de disponer de un directorio actualizado de instituciones que apoyen en la solución de los problemas sociales.

### **4ta. Fase del estudio social de caso. Del tratamiento a la promoción social.**

“Este requiere siempre de una cuidadosa atención por parte del Trabajador Social, como el conocimiento profundo del problema que afecta al sujeto y de los

recursos con los que cuenta, además de conocer sus límites profesionales para poder actuar a fin de no invadir áreas que correspondan a otras profesiones.

**Las funciones del Trabajador Social en el tratamiento son:**

- Comprensión profesional del problema.
- Clarificación al sujeto (s) de su problema (s)
- Dar terapia social de apoyo para constituir un plan y tratamiento adecuado con la participación del propio sujeto.
- Orientación hacia los recursos a su alcance.
- Es necesario hacer ver al sujeto si observa las características de persona: Responsabilidad, conciencia, libertad y voluntad “(Meave, 1998: 53)

“De hi que todo Trabajador Social debe proporcionar una educación social, hacia e sujeto y redescubrir en él la presencia o la falta de:

**Voluntad.-** Es la potencia del ser humano que mueve ha hacer o no una cosa, libre albedrío, o la determinación de hacer-

**Responsabilidad.-** Carga u obligación moral que resulta de una persona hacia otra.

**Conciencia.-** Propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales, conocimiento del bien y el mal.

**Libertad.-** Facultad que tiene el hombre de obrar de una manera u otra o de no obrar. Mientras no se oponga a las leyes o las buenas costumbres.

Sin esto no podrá pasarse a la fase de:

**PROMOCION SOCIAL**

“El Trabajador Social tendrá que revitalizar las fuerzas del individuo para transformarlo en persona ya que la integración humana nos indica que la voluntad será necesaria en todo tipo de promoción social así mismo la presencia de la responsabilidad, la conciencia y la libertad sin estos elementos de integración

personal; El ser humano no tiene alternativas de superación a sus problemas de índole social” ( Meave, 1998: 56)

## **Elementos prácticos del estudio social de casos.**

En este capítulo se precisa reconocer los instrumentos del Estudio Social de Casos.

### **La entrevista**

“Se ha definido como una conversación dirigida o especializada, por medio de la cual se intercambia experiencias, se relevan actitudes y se expresan preocupaciones y puntos de vista.

La conversación ordinaria es en general informal, hay veces que en la conversación los participantes se sienten unidos por interés comunes.

En el estudio de casos la entrevista es considerada como un método por medio del cual se adquiere información básica al diagnóstico y como una técnica por medio de la cual se puede realizar un tratamiento afectivo.

La entrevista es interacción de personalidades que se influyen mutuamente a través de múltiples factores: indumentaria, maneras, gestos, lenguaje, actitudes, preguntas, respuestas.

La entrevista debe considerarse como un proceso de interacción, de dar y tomar con honradez y de captación mutua de problemas y posibilidades.

El entrevistador no es un fiscal, sino un asociado en experiencias de cooperación nunca debe tratarse de poner en evidencia al entrevistado, sino que debe constituir en colaboración” (Meave, 1998:68)

### **La visita.**

“La visita es una técnica que puede variar en sus unidades de observación en el estudio social reviste importancia porque es un medio de investigar en forma

directa en el lugar donde se desarrolla, el individuo ya sea su domicilio particular, su escuela, su área laboral, su barrio, etc.

Es una forma de conocer directamente la dinámica familiar y las relaciones familiares, específicamente tiende a ser una técnica de observación participante donde los conocimientos antropológicos y psicológicos del Trabajador Social se hacen patentes.

Es una forma de entrar en contacto con los familiares, parientes, maestros, etc. En donde estos brindan datos fidedignos sobre el asunto que motiva el estudio.

La visita siempre tiene un propósito definido la que presupone una preparación especial de visitador–trabajador–social esta preparación, significa estar en conocimiento del proceso anterior y de las entrevistas en la institución para clarificar algunos aspectos” (Meave, 1998:79)

### **El informe en el estudio social de casos.**

Etna Meave define que el informe en el estudio social de caso es el formato del estudio social de casos ha sido tradicionalmente elaborado sin bases metodológicas esto ha dado como consecuencia que cualquier persona sin ser trabajador social puede aplicarlo y a ello se reduce en muchas ocasiones la elaboración del “Estudio Social de Casos” al solo llenado de ese formato. Se cree que esa actuación tan poco profesional del Trabajador Social a motivado que la función del se limite a ser solo encuestador o aplicador de cédulas y cuestionarios sin ir mas allá. Sin embargo es necesario reflexionar al respecto y rescatar la posibilidad de que en cada lugar donde se realicen “Estudios Sociales” se elaboren de acuerdo a las bases metodológicas correctas porque a partir de esta acción la función del Trabajador trasciende interdisciplinariamente y realmente cumple con los objetivos del Trabajador Social.

El informe quiere comunicar, la investigación permite reflexionar acerca de los problemas que presentan a los sujetos del caso, se puede elaborar y planear el trabajo.

Los requerimientos del informe son:

- Comunicar evitando el exceso de fraseologías, subjetividad, falta de criterio.
- Reflexionar, que informamos, quien es el sujeto del caso, donde se desenvuelve.
- Analizar, a fondo y ágilmente todos los elementos que constituyen el caso.
- Utilizar la terminología adecuada.

## **El estudio social.**

En este punto se consideran todos los elementos que según la autora se deben integrar a un estudio social.

- Investigación.
- Ficha previa.
- Datos personales del sujeto.
- Nombre y apellidos.
- Edad y fecha de nacimiento.
- Nacionalidad.
- Estado Civil.
- Escolaridad.
- Ocupación
- Domicilio.
- Medios de transporte.
- Motivos de la visita.
- Cuadro familiar.
- Investigación de fuentes directas.
- Fecha y motivo de la primera entrevista con el sujeto o la familia.
- Primera hipótesis previa.



- La entrevista inicial.
- Investigación de campo.
- Visita Domiciliaria.
- Fecha y motivo de la visita.
- Nombre de los entrevistados.
- Relato objetivo.
- Presentación del Trabajador Social.
- Quienes se encuentran en el domicilio (nombre y parentesco).
- Como es recibido por la familia.
- Interrogativo.
- Observación de la vivienda.
- Familiograma.
- Interrogatorio.
- Datos generales
- Hipótesis.
- Nombre de la Institución, de la persona que solicita el estudio y porque.
- Fecha de inicio.
- Numero de registro.
- Nombre del Trabajador Socia.
- Nombre, edad, lugar de origen, escolaridad, estado civil, ocupación, salario, etc.
- Antecedentes familiares.
- Datos de Salud.
- Datos Culturales.

- Datos económicos y del trabajo.
- Condiciones del hogar.
- Análisis o diagnóstico situacional (hipótesis definitiva).
- Planeación, educación y promoción social y finalmente la evaluación del caso.

## **CAPITULO VI**

### **DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)**

En este capítulo se va a desarrollar el marco teórico referencial, en donde se llevó a cabo la investigación, por lo que se retoman los siguientes puntos: características generales de la Institución, antecedentes históricos, visión, misión, decálogo, objetivos, políticas, estructura organizacional, servicios que ofrece el área de salud y Los programas encaminados a la salud mental, esto es importante considerarlo, ya que los programas en atención a la salud mental marcan la trascendencia del servicio en personas que presentan una necesidad en términos de salud, como la persona que esta considerada en la siguiente investigación.

#### **6.1. Características generales de la Institución.**

El Desarrollo Integral de Familia, es una institución de carácter pública, encargada de buscar la mejoría, el programa integral, armónica de la cédula de vida básica de la sociedad y de sus individuos. Se encuentra ubicada Av. Chiapas núm. 520 Col. Ramón Farias, con cuatro líneas Telefónicas 523217, 5236178 5232216 y Fax 5235360.

Desarrollo Integral de la Familia, es un tipo de estructura descentralizada, entendida como medida primordial para consolidar el federalismo político, económico y cultural y como estrategia general; para coadyuvar a la materialización del derecho a la salud. Depende de los sistemas municipales, en lo cual, se ha pretendido efectuar a través de dos mecanismos de orden jurídico: Su formalización como organismos descentralizados paramunicipales con personalidad jurídica y patrimonios propios, que necesariamente requieren de la aprobación por parte de los congresos locales, y con la emisión de un acuerdo de los ayuntamientos en que aprueben la creación de dichas unidades.

El Desarrollo Integral de la Familia dirige su acción a la población en general, considerando a hombres, mujeres y niños de todas las edades, identificándose así

que su acción esta dirigida a una población abierta, donde atiende necesidades de Salud desde problemas a nivel preventivo hasta el curativo, rehabilitatorio, Alimentación en atención a mujeres embarazadas, niños con desnutrición, adultos mayores y personas discapacitadas, Consulta de orientación jurídica familiar y atención a los problemas a los adolescentes menores.

Lo anterior nos lleva a decir que las necesidades que atiende son diversas pero ligadas a la prestación directa de servicios de salud, vivienda, educación, rehabilitación, ayuda económica directa y en especie, de acuerdo a la necesidad que presente el usuario.

## **6.2. Antecedentes históricos del DIF Nacional.**

“En 1929, con la creación el programa “Una gota de Leche” se inician formalmente los programas encaminados a brindar atención alimentaría a los niños de los sectores de la población más desprotegida, y debido a la creciente demanda y con el propósito de ampliar los servicios que hasta entonces brindaba la Asociación Nacional de Protección a la Infancia.

Dicho programa Estatal de Asistencia Social define las inversiones que los Gobiernos Federales, Estatales y Municipales destinan a los Programas Asistenciales, así establece los lineamientos, normas y objetivos que orienten las acciones en el territorio del Estado, incluyendo la de los sectores Social y Privado.

En este contexto el Sistema Estatal se relaciona con el Nacional mediante el establecimiento de mecanismos de coordinación e intercambio de información sobre las acciones e inversiones realizadas, los servicios prestados y demás aspectos en la materia, así también se relacionan con el municipio, proporcionándole de esta manera su congruencia con las normas y lineamientos establecidos por los sistemas nacional y estatal”. (Archivo del H. Ayuntamiento Uruapan, Mich.)

### **6.2.1 DIF Estatal.**

“Lo anterior opera para DIF Estatal en Michoacán y se dice que el día 13 de julio de 1977, fue publicado en el periódico oficial del Estado de Michoacán “El Derecho número 139”, dado a conocer por el Gobernador Carlos Torres Manzo,

después de que se le dirigiera al Congreso del Estado, siendo el Presidente de la República Mexicana Luis Echeverría Álvarez; este decreto creaba al Desarrollo Integral de la Familia D.I.F. Michoacán como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica propia y patrimonio cuyo domicilio sería la ciudad de Morelia, el cual, sustituiría al organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana para la Infancia del estado. ( Archivo H. Ayuntamiento Uruapan, Mich.)

### **6.2.2. DIF Municipal.**

“Viendo la gran demanda de servicios que existía en el Estado se vió la necesidad de crear los sistemas municipales como el tercer escalón del sistema el cual esta encargado de procurar la prestación de los servicios asistenciales a los grupos desamparados, promoviendo así el desarrollo integral de la familia y la comunidad municipal.

Con este objetivo se crea el DIF Municipal en Uruapan, en el año de 1978 en mando de la Sra. Consuelo de Martínez López, siendo el presidente municipal el C. Eduardo Martínez López, se vio la necesidad de que se formará un DIF Municipal en esta ciudad al ver que había un gran número de población marginada que carecía de los servicios básicos y que existía el fenómeno social de desempleo, que hasta el momento sigue imperando en este tipo de población, y por lo cual, no cuenta con los recursos económicos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

La labor del DIF Municipal en esta ciudad comenzó con la implementación de programas básicos como son los de: salud, educación, alimentación y vivienda, que eran los elementos para abordar la problemática social que se estaba presentando en ese momento,, posteriormente y en coordinación con el DIF Estatal, se implementaron especiales como: PASAF, PSLU, SOYA, DIA, MECED, COPUSI, y RED MOVIL.

Retomando el año 1978, cuando fue creado el DIF Municipal se contaba con muy poco personal y existía una gran demanda de los servicios que ofrecía, así que posteriormente se contrato más personal, pero no es suficiente. Entre ellas se encuentran un departamento de Trabajo Social, dividido en tres áreas quedando de

la siguiente manera, Área de Asistencia Alimentaria con cuatro Trabajadoras Sociales Profesionales y dos empíricas, una Área de Asistencia Social con tres Trabajadoras Sociales Profesionales y una empírica, el Área de Salud con dos Trabajadoras Sociales y por último el Área de Desarrollo Comunitario con una Trabajadora Social, todas estas áreas trabajan en departamentos que conforman el DIF Municipal, son los encargados de que los programas de Asistencia Social que realiza el DIF son adecuados a las necesidades de la población y que de alguna forma dan respuesta a las demandas sociales.

De 1978 a 1986 el DIF estuvo dirigido por la Sra. Guadalupe Chávez Camacho, esposa del Sr. Federico Ruiz López. Quien fundó el proyecto que fue la creación de la planta procesadora de pan de soya, al cual continua funcionando en este momento.

De 1987 a 1988 estuvo dirigido por la Sra. Martha Aguilar, esposa de Sr. Víctor Barragán, ellos no concluyeron en mandato en la fecha establecida, pero en este periodo se crearon algunos centros de capacitación en las colonias mas marginadas.

De 1989 la Sra. Lourdes Puerco de Trejo, esposa del Sr. Manuel Trejo García, no se terminó los 3 años correspondientes debido al que cumplió con un interinato.

En el año de 1990 estuvo 4 meses la Sra. Ma. De los Ángeles Álvarez, esposa de Anacleto Mendoza, en este caso ellos tuvieron que dejar su mandato, debido a que no se hicieron validas las elecciones, quedándose como presidenta la Sra. Ma. Eugenia Ayala, esposa del Sr. Agustín Martínez Maldonado.

De 1993 a 1995 estuvo como presidenta la Sra. Marcela Paz de Robledo, esposa del Lic. José Robledo Estrada.

De 1996 a 1998, estuvo la Sra. Fiorella Doddoli Murguía, hermana de la Sra. María de Jesús Doddoli Murguía Presidenta Municipal, quien deja a cargo a su hermana de la Presidencia del DIF debido a que ella es viuda.

De 1999 a 2001 se encuentra nuevamente bajo la dirección de la Sra. Fiorella Doddoli Murguía, donde se encontraba como presidente el Ing. Rafael Elvira Quezada.

Por ultimo del 2002 al 2004 nuevamente rigió como presidenta de DIF la Sra. Fiorella Doddoli Murguía, estando como Presidenta Municipal una vez más, la Sra. María de Jesús Doddoli Murguía.(Archivo H. Ayuntamiento, Uruapan, Mich.)

### **6.3. Visión.**

“Ser institución efectiva, ordenada y dinámica que fortalece sus programas con calidad y calidez a fin de formar la integración familiar y mejorar la calidad de vida de las personas”. (Manual de Organización, DIF Municipal Uruapan, Mich.)

### **6.4. Misión.**

“Es una institución con principios y valores sólidos, con un gran espíritu y compromiso de asistir y contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias, seguros de que la participación ciudadana nos ayudará en la atención de la población sujeta de asistencia social”. (Manual de Organización, DIF Municipal Uruapan, Mich.)

### **6.5. Objetivos.**

#### **Objetivos general.**

“El DIF Municipal esta encargado de procurar la prestación de los Servicios Asistenciales a los grupos sociales desamparados, promoviendo así el Desarrollo integral de la familia y a la Comunidad Municipal y llevar a la ejecución los programas en beneficio de la población desamparada para lograr un bienestar social y un mejor nivel de vida de la población”. (Manual de Organización, DIF Municipal Uruapan, Mich.)

#### **Objetivos específicos.**

- “Operar los programas de Asistencia Social en el ámbito Municipal.
- Impulsar el sano crecimiento físico y mental de la niñez.
- Detectar a personas minusválidas que requieran servicios de rehabilitación.

- Proporcionar servicios Asistenciales a menores y ancianos desamparados, así como a personas de escasos recursos económicos.
- Incorporar a minusválidos a la vida productiva.
- Apoyar al mejoramiento adecuado del tiempo libre de la familia.
- Coordinar todas las tareas que en materia de Asistencia Social realicen otras Instituciones en el Municipio.
- Procurar permanecer la Educación de los objetivos y programa del sistema Municipal con los que lleva a cabo el DIF Estatal. (Manual de Organización, DIF Municipal Uruapan, Mich.)

## **6.6. Políticas.**

El desarrollo Integral de la Familia (DIF) no cuenta con políticas propias de la institución sino que se rige bajo las del H. ayuntamiento.

El Plan Municipal del Desarrollo 2002-2004, se elaboró con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Constitución Política del Estado de Michoacán de Ocampo y la Ley Orgánica Municipal para los Municipios del Estado de Michoacán, así mismo se tomaron en cuenta los siguientes documentos fundamentales en la planeación nacional, estatal y municipal.

- Plan Nacional de Desarrollo 2002-2004.
- Plan de Desarrollo Integral del Estado de Michoacán 1996-2002.
- Plan de Desarrollo Municipal 1999-2001

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 26, señala la obligación del Estado de organizar un sistema de plantación para el desarrollo que imprima solidez, dinamismo, permanencia y unidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la Nación.

**Artículo 129.-** Es obligación del poder público garantizar el desarrollo integral estatal, mediante el fomento del crecimiento económico, una más justa distribución de la riqueza y el ingreso de la población estatal, evitando concentraciones o



acaparamientos que impidan la distribución adecuada de bienes y servicios a la población y en el Estado.

En el desarrollo económico estatal, concurrirán los sectores públicos, social privado, correspondiendo al Gobierno del Estado procurar la armonía entre ellos para cumplir con su responsabilidad social. El sector público cuidará de impulsar por si o conjuntamente con los demás sectores, las áreas que se consideren prioritarias para el desarrollo del Estado.

Los recursos económicos de que dispongan los Gobiernos Estatal y Municipal así como sus respectivas administraciones, eficacia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

De los Planes Municipales de Desarrollo.

**Artículo 108.-** El Plan de cada Ayuntamiento precisará los objetivos, estrategias y prioridades del desarrollo municipal contendrá prevenciones sobre los recursos que serán asignados a tales fines y establecerá los instrumentos responsables de su ejecución. Sus previsiones se referirán al conjunto de las actividades económicas y sociales de los programas que se derivan del Plan.

**Artículo 109.-** Los programas que se derivan de Plan Municipal de Desarrollo deberán guardar congruencia entre sí y con objetivos y prioridades generales del mismo, así como, con los Planes Estatal y Nacional de Desarrollo.

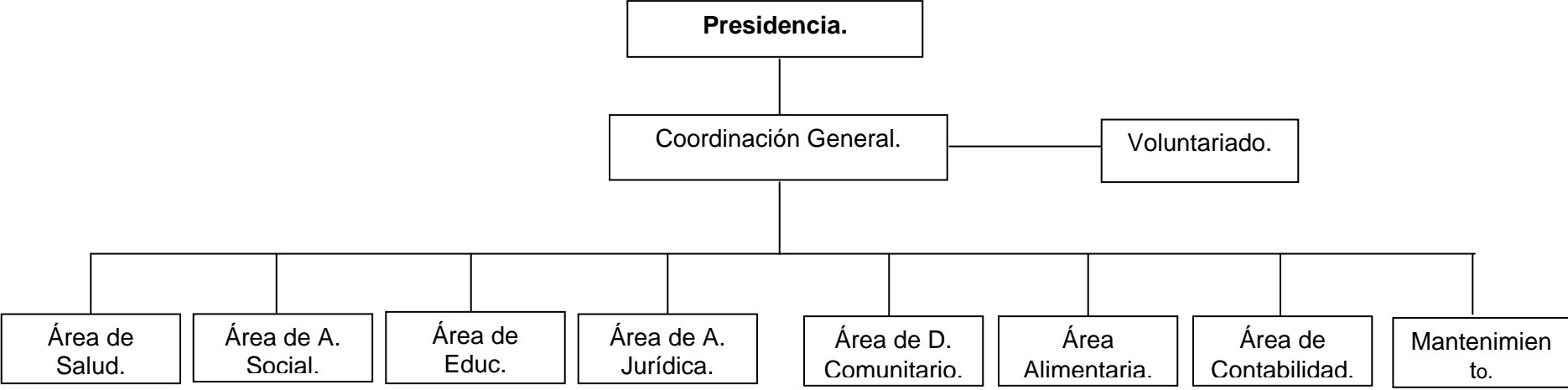
**Artículo 110.-** Una vez aprobado el Plan por el Ayuntamiento, éste y sus programas operativos, serán obligatorios para las dependencias, entidades y unidades administrativas Municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias.

## **6.7. Estructura organizacional.**

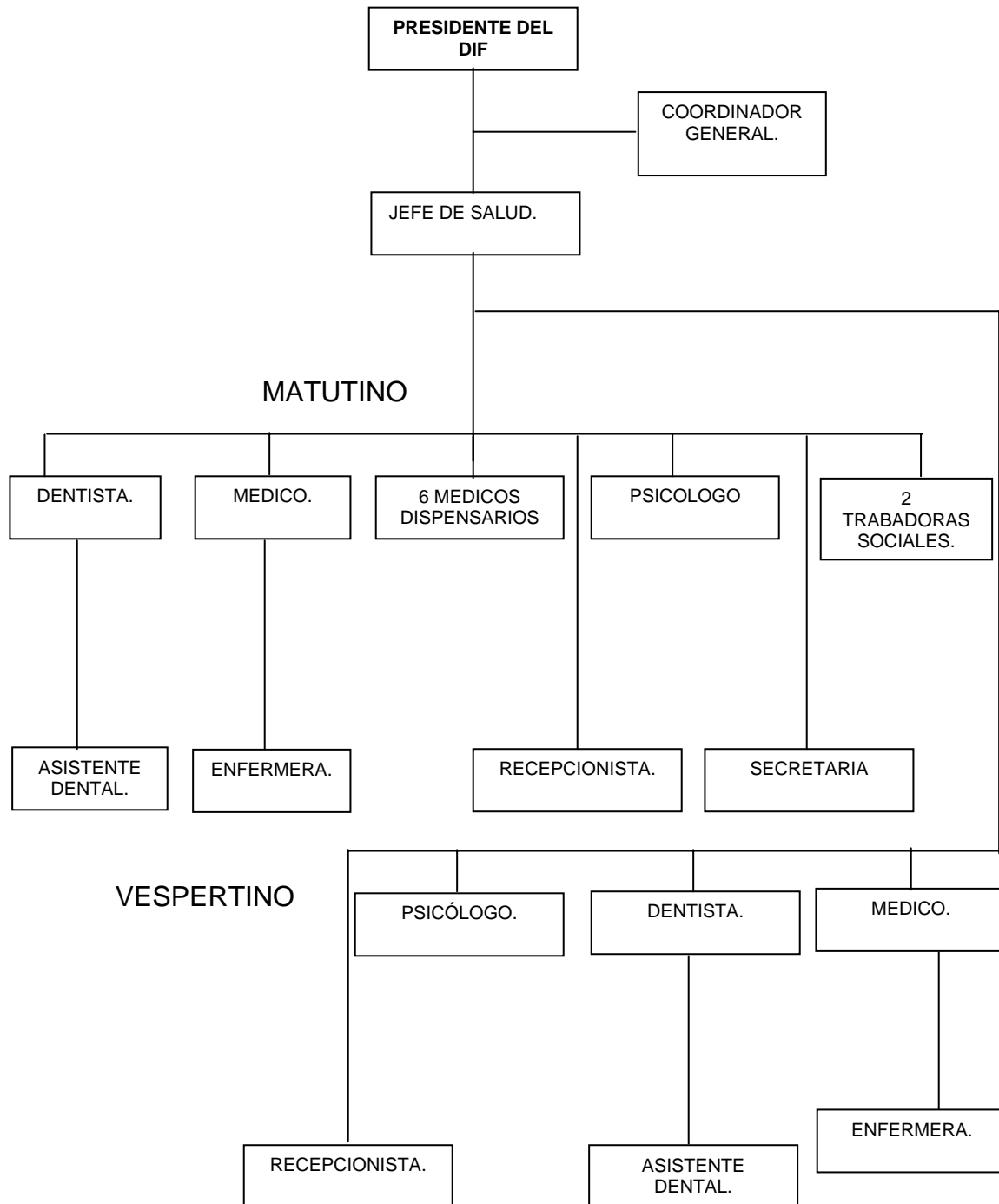
Para dar a la Institución un carácter forma en el desarrollo de cada una de las actividades tenemos que es necesario llevar una organización con relación al personal, por lo cual, se presenta el organigrama que la institución tiene.

Durante la presente administración del (Desarrollo Integral de la Familia) DIF tiene la siguiente Organigrama General, y específica refiriéndose a las Áreas de Salud. (Manual de Organización, DIF Municipal Uruapan, Mich.)

**ORGANIGRAMA DE DIF.**



# ORGANIGRAMA DEL AREA DE SALUD.



## **6.8. Programas Institucionales.**

“Es necesario que la institución cumpla sus objetivos, por lo tanto en la actualidad ejecutan diversos programas, siendo los siguientes:

1.- Atención y mejoramiento nutricional.

Acciones.

Fomentar la producción de alimentos para autoconsumo.

Proporcionar ayuda Alimentaria directa a través de la distribución de productos **alimenticios.**

- Proporcionar alimentación nutricional para:
- Promover el consumo de productos locales.
- Proporcionar la adecuada preparación de alimentos.
- Proporcionar del Desarrollo Familiar y Comunitario.

**Acciones.**

- Promover la integración Familiar.
- Promover y proporcionar la organización y capacitación comunitaria.
- Promover y coadyuvar la desarrollo integral de los menores y los adolescentes.
- Promover la prevención de la fármaco dependencia y promover la orientación sexual y planificación familiar voluntaria.
- Protección y Asistencia a la población desamparada.

**Acciones.**

- Proporcionar atención a los menores en situación extraordinaria.
- Proporcionar orientación y asistencia jurídica.
- Operar en centros asistenciales.
- Asistencia a Minusválidos.

- Atención a centros de rehabilitación.
- Control y promoción del empleo de la cartilla de vacunación.
- El Desarrollo Integral de la Familia (DIF) esta compuesto por Áreas, lo cual esta forma de organización se presenta de la siguiente manera:

### **Educación.**

**Jardines de niños:** Su objetivo es proporcionar el servicio de educación preescolar a las colonias marginadas, lugares donde la SEP no ha podido establecer un centro educativo de este nivel.

**Academia DIF:** Se imparten clases de cocina y repostería, corte y confección, belleza y preparación de soya dirigido a la población que se interese.

**Centro de capacitación:** Se desarrollan clases de corte y confección belleza y computación: Se ubican en diferentes colonias y comunidades con el propósito de que la gente tenga mayor posibilidad de acceso.

### **Alimentación.**

- Programas de asistencia social Alimentaria a familias.
- Planta Procesadora de Pan de Soya.
- Programas de surtimiento de leche.
- Programa de desayunos fríos.
- Soya y huertos familiares.
- Cocina popular y servicios integrados.
- Programa de Atención a Menores y Adolescentes.

### **Asistencia.**

- Programa de atención a menores y adolescentes.
- Promoción al desarrollo familiar y comunitario.
- Programa dirigido a la protección y asistencia a población en desamparo.
- Asistencia de minusválidos.

- Desarrollo Comunitario.
- Red Móvil: Promueve los programas DIF en comunidades marginadas del municipio, con apoyo de autoridades municipales y en coordinación con diferentes instituciones.

## **6.9. Objetivos del Área de Salud.**

“En seguida se presenta los objetivos bajo los cuales, se rige el Area de Salud, estos son elaborados por el Jefe del Área, en coordinación con Dirección General, de la misma institución

### **Objetivo general.**

Coadyuvar a elevar la calidad de vida de la población vulnerable, a través del desarrollo de acciones de promoción, prevención y atención primaria a la salud con especial énfasis, en los menores, adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y adultos mayores, en educación con los programas institucionales a fin de ser una herramienta de apoyo con las actividades que en materia de salud, desarrollo personal y familiar se lleven a cabo con población de bajos recursos económicos, objetivos primordial de atención del DIF Municipal.

### **Objetivos específicos.**

Lograr una integración entre el equipo interdisciplinario del área de salud, para que cada uno conforme a su profesión participe en los diferentes proyectos a realizar, para poder cubrir necesidades manifestadas por la población”. (Plan Anual DIF Municipal, Uruapan, Mich.)

## 6.10. Programas y proyectos en el Área de Salud.

“Debido a que dicha investigación se realiza en el Área de Salud del DIF (Municipal Uruapan es importante presenta de una manera mas especifica lo que en esta área se ofrece:

- Programa nacional de salud reproductiva.
- Programa nacional de vacunación.
- Programa nacional para incorporación al bienestar y al desarrollo de las personas con discapacidad.
- Programa nacional de prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.
- Programa de alimentación y nutrición familiar.
- Programa nacional de salud bucal.
- Programa nacional de la mujer.
- Programa para adultos de la tercera edad”. (Plan Anual DIF Municipal, Uruapan, Mich.)

Dentro del DIF Municipal Uruapan no hay ningún programa considerado a la Salud Mental, ya que esta Institución esta encaminada al Asistencialismo. La manera en que ayudan a una persona que se encuentra con trastorno mental es en el tratamiento.

### **Proyectos.**

“A continuación se presenta los proyectos que fueron marcados en el Plan de Trabajo en el años 2004, en el Área de Salud.

**Campaña Ortométrica.-** Es en beneficio a las personas con deficiencias visuales, es para toda la población y sin limite de edad.

**Campaña de osteoporosis.-** Prevención de la enfermedad para que pueda ser detectada y atacada oportunamente

**Campaña de detección de cáncer cervicouterino y mamario.-** Detección oportuna y prevención tanto del cáncer cervicouterino como el mamario, así como fomentar los hábitos para un mejor bienestar.

**Campaña de cirugías extramuros.-** Se lleva a cabo en coordinación con la Secretaría de Salud, DIF Estatal y DIF Municipal encaminados a beneficiar a la población de escasos recursos y que no cuentan con ningún servicio institucional de salud.

**Campaña Nacional de Vacunación.-** Se pretende realizar una mayor cobertura de vacunación a los menores de edad, así como de mujeres embarazadas.

### **Proyectos Encaminados a la Salud Mental.**

Realizar dos pláticas anuales tanto para los pacientes Epilépticos y Psiquiátricos por medio de un especialista capacitado y apto para impartir dichas pláticas con la finalidad de que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

Es importante mencionar que dicho proyecto no es rehabilitatorio, más bien va encaminado a concientizar a los familiares de los pacientes que tienen un Trastorno Mental, que el trato familiar es un factor fundamental para que la persona enferma mantenga una estabilidad, esto contemplando una buena atención médica con su respectivo tratamiento, pero se deja desprotegido al paciente debido a que lo ven únicamente en lo orgánico, pero es necesario trabajar en la persona y su personalidad; además se debe conocer el ambiente físico, psíquico y sociocultural en el cual se desarrolla, por ello es importante considerar lo que la Organización Mundial de la Salud ha contemplado para que una persona tenga o no tenga salud.



## CAPITULO VII

### PRESENTACIÓN DEL CASO SOBRE LA DINAMICA FAMILIAR DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO.

El estudio de caso se realizó en el DIF Municipal Uruapan, Mich., específicamente hablado del Área de Salud, este es atendido por la Trabajadora Social del Área, dentro del programa de Seguimiento de Caso. Para realizar la elección del caso se hizo una revisión de los 52 casos de personas que presentan alguna enfermedad mental, para ello se tuvo que examinar la situación en la que se encontraba cada uno de los pacientes, donde se visitaron a las personas Esquizofrénicas a sus domicilios y algunos otros, cuando asistían al DIF por su tratamiento. En el momento que se elige el caso se habla con los Directivos del DIF Municipal, Uruapan, Mich. Donde se pide autorización para hacer el seguimiento de caso, una vez que es autorizado, se visita a la familia de la enferma, donde se plática con ellos en relación a la enfermedad, se les pide autorización para visitarlos por lo menos dos veces por semana. Cuando esto es aceptado por la familia se procede con la investigación. Es importante mencionar que tanto la autorización de la institución como de la familia se realizó de manera escrita.

Para el caso en investigación se retoma el modelo de investigación de Etna Meave. Es necesario mencionar que se trata de una señorita, la cual presenta Esquizofrenia, a esta se le está haciendo un seguimiento de caso desde el año 2003, por la Trabajadora Social del Area de Salud; además se le apoya con la mitad del tratamiento y fue canalizada al hospital Psiquiatrico de Morelia.

Por otro lado fue necesario plantearse un objetivo general y específicos para poder iniciar con la investigación, por lo tanto se les considera a continuación:

#### **Objetivo general.**

Identificar la dinámica familiar del paciente Esquizofrénico que es atendido el Área de Salud del DIF ( Desarrollo Integral de la Familia) de la ciudad de Uruapan,

Michoacán, con la finalidad de proporcionarle un tratamiento de acuerdo a su situación.

### **Objetivos específicos.**

- Describir la dinámica familiar del paciente Esquizofrénico con la finalidad de brindarle una mejor atención.
- Identificar cuales son las limitantes que existen en la dinámica familiar del paciente Esquizofrénico.
- Explicar como influye la dinámica familiar en el paciente Esquizofrénico para su estabilidad.

## **7.1. Análisis e Interpretación de los Datos.**

### **7.1.1. El Proceso de Estudio Social.**

Para la recopilación de información respecto al caso fue necesario utilizar diferentes técnicas e instrumentos que ayudaron, además se realizaron los siguientes procedimientos: la visita, la observación, la entrevista, el diario de campo, todo esto ayudó para que la información rescatada fuera suficiente para analizar y comprender el caso en estudio.

En lo que se refiere al caso en estudio, se consideró la entrevista no estructurada que consiste en conversar con las personas a las que se quiere conocer.

La participación del observador dentro del caso en estudio, se presento como no participativa, pues las observaciones se realizaban en cada una de las visitas y después terminaba el contacto con la familia, además que el Trabajador social a la situación familiar que se observaba.

La entrevista que se utilizó en cada una de las visitas, fue la no estructurada, esto porque el Trabajador Social realizó preguntas abiertas que eran contestadas dentro de una conversación, lo que significa que el interrogado y el encuestador tenían libertad para dialogar.

Dentro de las modalidades de la entrevista no estructurada, el tipo de entrevista que se aplicó fue la entrevista dirigida, ello porque en ésta, el interrogado tenía toda la libertad para expresar sus sentimientos y opiniones, por otro lado el entrevistador tenía que dirigir y crear un ambiente de ayuda para que el encuestado se sintiera con total libertad de expresarse sin ningún temor.

Dentro de la investigación realizada, los instrumentos que se utilizaron fueron el diario de campo, el cuaderno de notas y el mapa.

El diario de campo fue utilizado en cada una de las visitas que son realizadas a la familia y a las fuentes, en él se hizo registro de todo lo observado, ya que toda la información ayudó a formar el análisis de los datos.

El cuaderno de notas fue utilizado únicamente para anotar, fechas importantes, nombre de instituciones, nombre de medicamentos, direcciones, todas ellas de interés para conocer el caso.

Se realizó el eco mapa contempla cada uno de los miembros de la familia, las fuentes colaterales. El croquis contempla como esta estructurada la casa habitación de la persona Esquizofrenica.

En lo que se refiere al caso. La visita fue una técnica que se utilizó durante toda la investigación, ya que era necesario tener contacto con la familia y las fuentes colaterales

### **a) Investigación exploratoria.**

Nombre: Adela.

Edad: 20 años.

Sexo: Femenino.

Motivo de estudio.

Se trata de una Señorita que en año del 2002, específicamente en el mes de octubre presentó Esquizofrenia Paranoide, esta fue diagnosticada en el Hospital Psiquiatrico de la Ciudad de Morelia, Michoacán, antes de esto fue atendida en la Ciudad de Uruapan, Michoacán por un Médico Psiquiatra, posteriormente fue

atendida por el departamento de Trabajo Social del Area de Salud del DIF Municipal y de aquí fue canalizada al Hospital Psiquiatrico de Morelia Michoacán.

### **Hipótesis preliminar.**

La agresividad verbal por parte de los familiares del paciente Esquizofrenico, provoca un desajuste en la enferma.

### **Opinión sobre la situación.**

Se considera que el problema se inicia, cuando la paciente comienza acudir a fiestas, bailes y reuniones entre amigos, aquí consumía alcohol y tabaco todo ello a la edad 18 años. La paciente acudía a dichos eventos de una a dos veces por semana y llegaba a horas de la madrugada. Por otro lado hubo la separación de sus padres lo cual existió un desajuste emocional y económico, esto porque el padre era el sostén económico de la familia y además porque ya tenía otra pareja.

Es importante además mencionar que la paciente con Esquizofrenia, proviene de una familia disfuncional, donde no hay reglas, ni roles cada quien actúa de acuerdo a lo que ellos creen que les beneficia; además la mayoría de los miembros de la familia consumen alcohol y los que son del sexo masculino consumen droga.

Una las forma de solucionar o controlar la Esquizofrenia que esta presentando la persona en estudio, es primeramente concientizar a la familia sobre la enfermedad, en que consiste y porque se da, esto para que lleguen a comprender la situación que esta viviendo la paciente; además que ataquen la enfermedad nivel familiar ya que son un sistema y por consiguiente todos los miembros de la familia deben recibir terapia rehabilitatoria a nivel individual y familiar.

Sería recomendable trabajar con los familiares de la persona esquizofrenica, para que comprendan en parte del tratamiento, la familia deberá modificar su conducta y aprender nuevas conductas, esto de acuerdo a la comunicación, roles y reglas, ya que esto es parte del tratamiento, Psiquiatrico y farmacológico.

## **Conocimiento de los recursos con los que cuenta la Institución.**

Los familiares de la persona esquizofrenica conocen los servicios que ofrece el DIF Municipal Uruapan, Mich., esto porque además del apoyo que se le brinda en el área de salud, también se le ha dado apoyo en otras áreas como la de asistencia social, Alimentación y Jurídico.

## **Antecedentes Enfocados al Area.**

Dentro del caso en investigación, se puede decir que es una familia extensa, donde hay tres familias en una casa habitación, por consiguiente se mencionara a cada una de las personas que viven bajo un mismo techo.

## **Educativos.**

La Bisabuela y abuela, nunca acudió a la Escuela, el padre estudio hasta 6to., de Primaria, la madre estudio hasta primero de primaria, los tíos cursaron hasta sexto de primaria, Adela estudio hasta 6to. de primaria, la hermana mayor, estudió hasta 4to. de primaria y la hermana menor en este momento se encuentra cursando primero de primaria.

Es importante considerar que aunque el padre no se encuentra viviendo en la misma casa, si es necesario considerarlo ya que es un miembro de la familia que apoya económicamente, además cumple un rol emocional muy importante.

## **Laborales.**

El padre trabaja de albañil, la madre trabaja de empleada doméstica y en ocasiones de comerciante ambulante, la hermana mayor en ocasiones trabaja de empleada o de comerciante ambulante.

## **Jurídicos.**

Los padres de la persona esquizofrenica se encuentra separados, ellos vivían en unión libre antes de la separación. Es importante mencionar que el que jurídicamente es el padre de la paciente no lo es biológicamente. Del padre biológico no sabe nada mucho menos de su familia. La madre esta casada a lo civil con su primer pareja la cual, se separó hace 23 años y concibieron cuatro hijos, los cuales, se encuentran registrados, posteriormente fue madre soltera de Adela, la cual, fue

registrada por su tercer pareja y además concibieron cinco hijos más, que también fueron registrados.

### **Estructura Familiar.**

Parentesco.	Edad.	Estado Civil	Escolaridad.	Ocupación.
Bisabuela Materna.	95	Viuda.	Ninguna.	Ama de casa.
Abuela Materna.	70	Viuda.	Ninguna.	Ama de casa.
Tío.	56	Separado.	6to. Primaria.	Ayudante de Albañil.
Tío.	55	Separado.	6to. Primaria.	Ayudante de Mecánica.
Padre.	56	Unión libre.	6to. Primaria.	Albañil.
Madre	51	Separada.	1ro. Primaria.	Doméstica.
Hija	20	Soltera.	6to. Primaria.	Esquizofrenica.
Hija	15	Soltera	4to. Primaria.	Empleada.
Hija.	9	Soltera.	1ro. Primaria	Estudiante.

### **Organización e interacción familiar.**

El rol de la Bisabuela es cocinar los alimentos de mañana, tarde y noche. La Abuela realiza los quehaceres de la vivienda. El padre lleva parte del sustento económico, ya que solo acude cada 15 días para darles dinero a sus hijas. La madre cumple con la otra parte del sustento económico y además realiza labores domésticas dentro de la casa y lleva de lunes a viernes a la hija menor a la Escuela.

La persona Esquizofrenica, lava su ropa y arregla su cama, esto porque en ocasiones su enfermedad no le permite realizar otro tipo de actividades.

La hermana mayor trabaja de empleada, pero no aporta al gasto familiar, esto porque sus trabajos no son fijos, ya que como puede estar empleado, puede no estarlo.

Los tíos aunque viven bajo la misma caso, ellos no comparten los gastos, esto porque cada quien vive en su cuarto y provee sus propios alimentos.

Regularmente la familia tiene problemas entre ellos mismos, esto porque los tíos y hermanos de Adela tiene problemas de alcoholismo y drogadicción, lo cual, lleva a que agredan verbalmente a Adela y a los demás miembros de la familia verbalmente y en ocasiones han intentado hacerlo hasta físicamente.

### **Economía.**

Se trata de una familia extensa, esto porque son tres familias las que habitan en la misma casa. Es una familia de bajos recursos, la madre de la paciente es la única que trabaja y lo hace informalmente, esto porque trabaja de doméstica pero no esta contratada, por lo tanto no tiene un sueldo fijo, ya que no trabaja todos los días. Por otro lado en ocasiones vende libretas y lapiceros junto con su hija de 16 años, se van a las colonias más alejadas de la ciudad; por la venta de dichos artículos les dan una comisión. El padre de la persona esquizofrenica es albañil, el cual, también es un trabajo esporádico, lo que lo lleva a no trabajar todo los días, por lo tanto, no siempre les lleva dinero y cuando lo hace les da una cantidad muy limitada para las necesidades que presenta la familia.

### **Salud.**

La familia en cuestión de salud, aún tienen la forma de curar las enfermedades de una manera tradicional, esto porque en el momento en que presentan algún tipo de enfermedad, primero acuden a los remedios caseros y por último a la medicina farmacéutica. No tiene la educación de prevenir las enfermedades y mucho menos de saber que hacer y a donde acudir para controla la enfermedad que tiene la paciente esquizofrenica, ellos hacen sus propias definiciones de la enfermedad y no aceptan.

## **Alimentación.**

La alimentación de la familia regularmente es muy precaria, debido a que la situación económica en la que se encuentran no les permite consumir alimentos que lleven los nutrientes que necesita una persona diariamente. Lo que consume la familia con mayor frecuencia es tortilla, arroz, frijol, sopa de fideo, café y pan, esto porque en el DIF Municipal les proporciona una despensa mensual y en una Organización no Gubernamental les proporciona otra despensa.

## **Vivienda.**

La familia en estudio no cuenta con una casa propia, esta corresponde a la Abuela materna de Adela, por consiguiente no tienen que pagar ninguna renta. La vivienda cuenta es de tabique y se encuentra en obra negra, el techo es loza y el piso es rustico. Cuenta con cuatro cuartos, donde el primero se utilizan para recamara y cocina, en el tienen una cama matrimonial, una estufa, una mesa redonda con cuatro sillas de plástico, y dos a un costado de la cama del mismo material, una vitrina en cada lado de la estufa, una virgen de Guadalupe grande a un lado de la ventana. El segundo cuarto es recamara compartida, tiene dos camas matrimoniales, un ropero y arriba del ropero una televisión a color. Los dos últimos son recamaras individuales a las cuales no tuve acceso.

El baño se encuentra en el patio trasero, es incompleto, esto porque nada más cuenta con las paredes de tabique y el piso es rustico, aún no cuenta con el techo, tiene una taza incompleta, esto porque no tiene el tanque de agua; además también es utilizado para bañarse.

## **Medio Ambiente.**

La familia vive en la zona oriente de la ciudad, en una de las últimas colonias de la colonia de la ciudad de Uruapan, Michoacán, pero aún así cuenta con los servicios de agua potable, luz eléctrica, recolección de basura, la calle se encuentra pavimentada; además el servicio de urbano se encuentra a una cuadra de la vivienda, por otro lado la colonia cuenta con establecimientos comerciales como tiendas de abarrotes, farmacia y tortillería, donde a la familia les permite conseguir los productos básicos sin ninguna dificultad.



## **Recreación.**

La familia regularmente, permanece en la vivienda, solo salen cuando requieren salir a trabajar o quieren conseguir algún producto alimenticio que dentro de la colonia no lo encuentran, en muy pocas ocasiones visitan a sus familiares. Se puede considerar que no acuden a centros recreativos, considerando pues que su situación económica no se los permite.

## **Descripción Psicofísica del Sujeto y otros miembros.**

La Bisabuela es de tez morena, ojos negros, delgada, estatura aproximada de 1.50 metros, cabello corto, negro con canas. La Señora es pasiva, solo da su opinión cuando se la piden.

La Abuela es de tez blanca, ojos azules, delgada, con estatura aproximada de 1.55 metros, cabello corto, lacio y castaño. La Señora por lo regular no radica en la casa, regularmente se la lleva su hija la menor a su casa, esto porque se encuentra enferma de un tumor en el estómago y su hija la atiende y la lleva a recibir atención médica.

El padre es de tez morena, ojos negros, bigote abultado, delgado, con estatura aproximada de 1.70 metros, cabello largo, lacio y negro con canas. El señor es una persona pasiva y acepta la situación por la que esta pasando su familia.

La madre es de tez blanca, ojos verdes, robusta, con estatura aproximada de 1.60 metros, cabello corto rojizo artificial y rizado artificial, muestra la perdida de dos dientes superiores. La señora es despreocupada, se exalta con mucha facilidad y no tiene autoridad; además también es atendida en el Hospital Psiquiatrico, diagnosticada como paciente neurótica, por consiguiente se encuentra en tratamiento.

La Paciente Esquizofrenica, es de tez blanca, cabello negro lacio y corto, ojos color café claros, con estatura aproximada de 1.60 metros, la paciente es pasiva, solo habla cuando le haces alguna pregunta y lo hace de manera concreta, ella luce descuidada higiénicamente y la mayoría del tiempo permanece dormida.

## **b) Investigación descriptiva.**

### **Motivo de la atención.**

El estudio social de caso se lleva a cabo para evitar que la persona Esquizofrenica deje de andar por las calles corriendo peligro ya que en ocasiones se sale por las noches y ya no regresa a su casa hasta el siguiente día, por otro lado, para controlar su esquizofrenia debido a que llega a ser agresiva con su familia y con personas que no le quieren proporcionar objetos o comida. Para ello es necesario sensibilizar a sus familiares.

### **Acciones realizadas.**

Se trabajó con la familia para que comprendieran la enfermedad de la persona esquizofrenica.

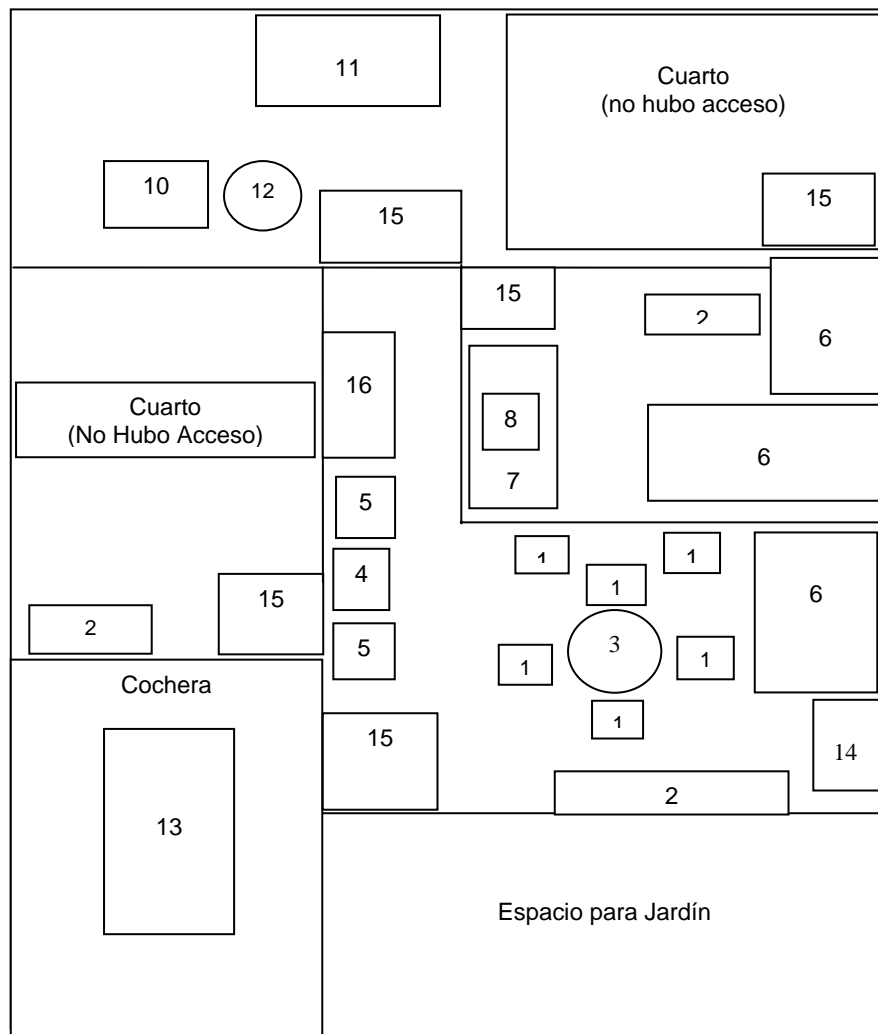
Desde el momento en que se retomó el caso se estuvieron haciendo visitas domiciliarias para poder dar el seguimiento de caso, estas se llevaron a cabo en el domicilio de la persona esquizofrenica, al domicilio de la persona con quien trabajaba antes de enfermar y con los vecinos.

- Se visito el Hospital Psiquiátrico para conocer el diagnóstico de la persona esquizofrenica.
- Se visitó al padre quien viven en otro domicilio con otra familia.
- Se estuvo al pendiente de que asistiera a recibir sus medicamentos y si no asistía se acudía a su domicilio para llevarla al DIF a que se lo aplicaran.
- La madre fue canalizada para recibir atención psicológica al DIF Municipal Uruapan, pero en la mayoría de las ocasiones no asistía
- Se llevó a cabo un proyecto para ayudar a las familias para que reciban una orientación sobre los cuidados adecuados y oportunos que debe obtener el paciente. Como parte o elemento fundamental de su tratamiento en su hogar, pero no asistieron a ninguna sesión, aunque se les hacia la invitación cada vez que se les visitaba.

## Resultados obtenidos.

Debido a la renuencia de los familiares de la persona esquizofrenica no se lograron obtener resultados favorables en todos los sentidos, lo único que se pudo lograr fue que ella saliera del cuadro Esquizofrénico en el que se encontraba, este se controló debido a que durante un año estuvo tomando su tratamiento de acuerdo a las indicaciones del Médico Psiquiatra y para ello se tuvo que esta muy al pendiente.

## Espacio Físico.

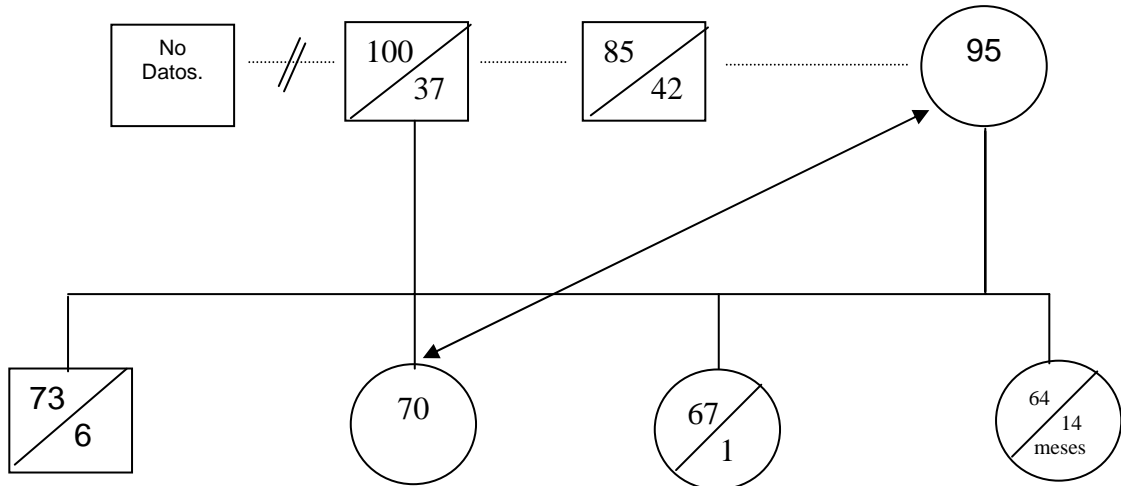


## **Simbología del Croquis.**

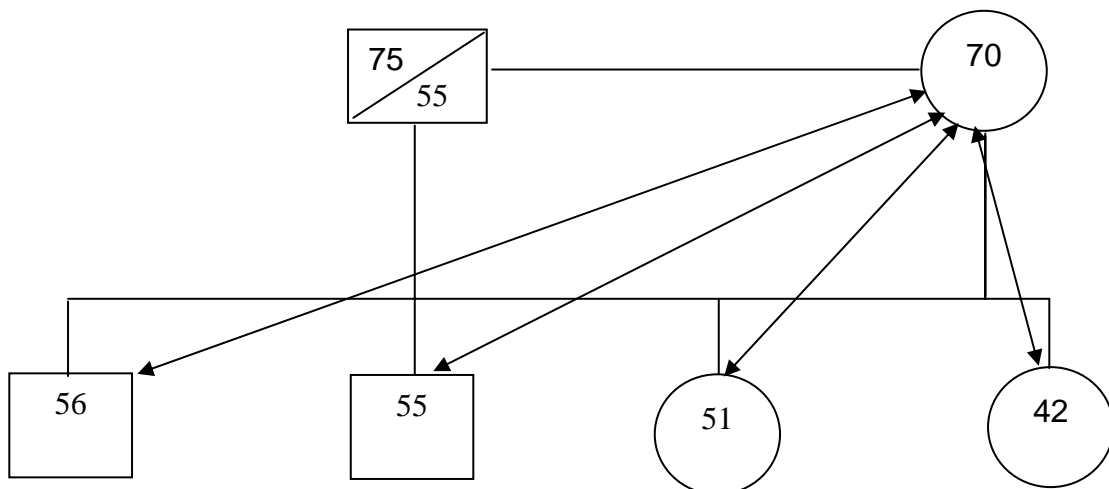
- 1.- Sillas.
- 2.- Ventana.
- 3.- Mesa.
- 4.- Estufa.
- 5.- Vitrina.
- 6.- Cama.
- 7.- Ropero.
- 8.- Televisión.
- 9.- Lavadora.
- 10.- Lavadero.
- 11.- Baño.
- 12.- Tambo con agua.
- 13.- Camioneta.
- 14.- Cajas.
- 15.- Puertas.
- 16.- Cajoneras.

# Familiograma.

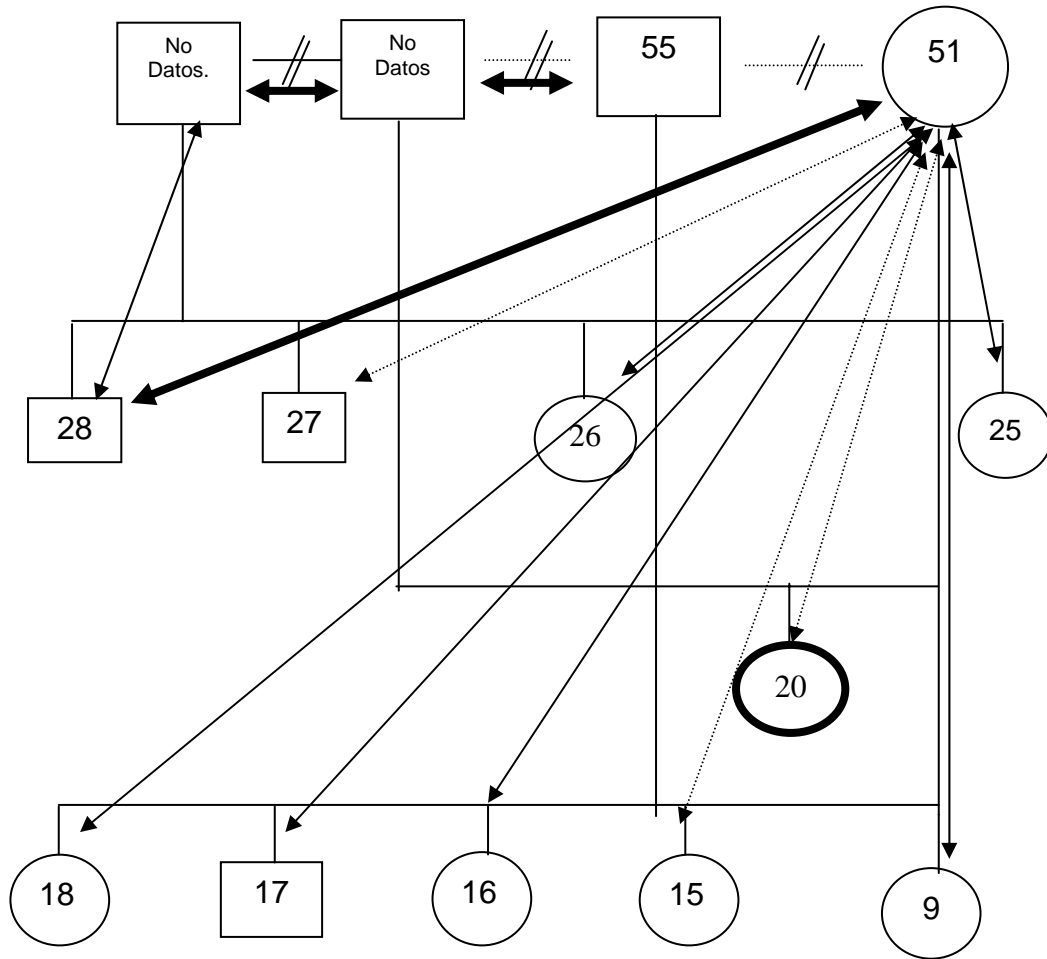
## Familia 1



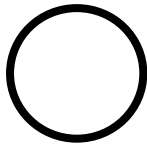
## Familia 2



### Familia 3



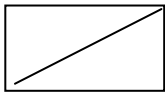
## Simbología del familiograma.



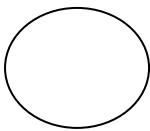
Persona en Estudio (Paciente Esquizofrénica)



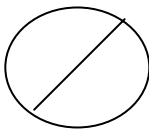
Hombre.



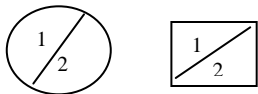
Defunción de Hombre.



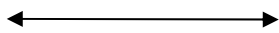
Mujer.



Defunción de Mujer



1.- Años que tendría 2.- Años en que murió.



Relación efectiva reciproca.



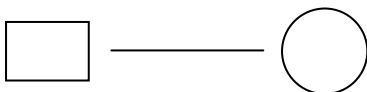
No existe Relación.



Unión libre de la Pareja.



Separación de esposo o pareja.



Unión Matrimonial

## **c) Investigación explicativa-descriptiva.**

### **Análisis Situacional.**

#### **Formas de Intervención.**

##### **1.- Enunciar los problemas explicando su origen.**

###### **a) Escasos recursos económicos.**

A raíz de las visitas domiciliarias a la casa de la paciente con problemas de Esquizofrenia, se pudo observar que existe una carencia de recursos económicos, la vivienda corresponde a la abuela de la paciente, lo que significa que la familia inmediata, no cuentan con una casa habitación. La separación de los padres les provocó un desequilibrio económico, ya que el papá era el sustento de la familia y en el momento de salirse de la casa, dejó de darles dinero de acuerdo a sus necesidades, en estos momentos les apoya pero con una cantidad mínima. El dinero que aporta el papá se lo da a las dos hijas menores y ellas lo utilizan para sus gastos personales, por lo tanto la mamá tiene que cubrir los gastos alimenticios, educación, y salud, pero los ingresos que percibe no son suficientes para cubrir los gastos familiares, esto porque su trabajo es de doméstica y no trabaja todo los días

En lo que se refiere a la paciente, ella tiene que acudir cada mes al Hospital Psiquiátrico de Morelia a recibir atención, pero regularmente no la llevan, esto lo hacen cuando la paciente comienza a sentir los síntomas de la enfermedad, la justificación de la mamá es que no tiene dinero para cubrir los gastos que se generan llevarla. El DIF Municipal, Área de Salud, le apoya con la mitad del tratamiento cada mes, pero en ocasiones no le alcanza, entonces es necesario que le compren el que le hace falta, pero esto no sucede, se esperan hasta que el DIF les vuelve a dar el medicamento y en muchas ocasiones no acuden por él en el tiempo definido.

Otro de los factores que influye es que la mamá solo se preocupa por atender y cuidar a la hija menor, esto porque todo lo que la niña necesita o le pide se lo consigue, sin importar las necesidades de las otras dos hijas, que en ocasiones son más importantes.



## **b) Falta de atención y cuidado hacia la persona Esquizofrenica.**

En ambos padres de la paciente se ha observado que tienen una falta de atención y cariño hacia ella. Dentro de las visitas que se realizaron a fuentes colaterales, tal es el caso del Hospital Psiquiatrico donde la Trabajadora Social informó que en el ultimo internamiento que tuvo la paciente, hubo abandono por parte de su familiares, lo cual la paciente permaneció en el hospital hasta que buscaron a su familia por medio del DIF Municipal de Morelia y este se puso en contacto con el DIF Municipal Uruapan, todo ello por el Departamento de Trabajo Social. La persona con la cual trabaja antes de presentar la enfermedad refiere que la paciente aportaba la mayor parte de su sueldo a la familia, y en el momento que enfermó todo ese apoyo económico lo perdieron, que nunca se preocupaban por ella, ya que podía no llegar a su casa y no había ningún problema.

Dentro de la familia no existe la determinación de reglas ni roles, cada uno de ellos decide que hacer con su persona esto sin importar las consecuencias.

Otro de los problemas existentes en la familia es que existe un alto índice de alcoholismo y drogadicción, esto porque la madre ingiere bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana. El padre consume alcohol por lo menos dos veces a la semana; además consumen tabaco. Sus tíos lo hacen por lo menos tres veces a la semana y además consumen droga, estos en muchas ocasiones hablan incoherentemente y aunque trabajan uno de mecánico y el otro de albañil, la mayoría del tiempo no traen dinero porque lo utilizan para conseguir la droga. El hermano de 27 años consume droga diariamente y aunque el se encuentra casado y vive otro domicilio, en ocasiones les llega a causar problemas a la familia, esto porque su esposa lo corre, por lo tanto recurre con ellos, pero cuando lo hace les causa muchos conflictos, porque las arremete física y verbalmente. El hermano de 17 años se encuentra casado, él toca en una banda que es popular en la ciudad de Uruapan, por lo que tiene un sueldo considerable él también tiene el problema de drogadicción. La hermana de 16 años se encuentra casada, con un hombre que consume alcohol y droga, por consiguiente en muchas ocasiones recurre a la familia para que le apoyen económicamente.

En lo que se refiere a la salud, toda la familia se encuentra inmersa en problemas de salud mental ya que la paciente en estudio es esquizofrenica, por otro lado la madre tiene diagnosticada la enfermedad de Neurosis, que al igual que la paciente se atiende en el Hospital Psiquiatrico de Morelia y además los tíos, y hermanos tienen problemas de drogadicción.

Dentro de las visitas que se fueron realizando se han ido presentando cambios esto porque, cuando se inició con el seguimiento de caso la paciente era agresiva y tenía alucinaciones visuales, ideas delirantes y comportamiento desorganizado. La investigación se inicia en el mes de mayo del 2004 y para el mes de abril del mismo año la paciente en estudio deja de tener los síntomas mencionados y llega a tener una postura pasiva y solo habla cuando le preguntan alguna cosa y la mayor parte del tiempo permanece dormida por el tratamiento que esta tomando. Al ver el cambio que dio y al investigar con su familia y con la misma paciente, inicia con problemas de esquizofrenia a partir de que asistió a un baile al salón Casa Blanca donde estuvo la banda zorro, la paciente refiere que iba con una de sus amigas y ella llevaba a un amigo, durante el baile tomaron cerveza, y la paciente dice que el amigo de su amiga le puso algo en la cerveza y fue cuando ello empezó a sentirse mal y a no saber lo que hacia, cuando el joven ya se la llevaba un amigo de su hermano se la quitó y el fue quien la llevó a su casa, pero la paciente ya no salió del cuadro. Su familia al ver que no se recuperaba la llevaron con el Médico Psiquiatra Luis Mendoza Bolio, quien por medio de estudios le diagnosticaron que le dieron a tomar yumina, esta es un medicamento que se les da a las Vacas para que tengan deseo sexual. La paciente dice que ella no alcanzó a tomarse toda la cerveza y que probablemente no le dieron mucha. Se le preguntó a la paciente sobre su amiga y el joven que le dio el medicamento, lo cual dijo que su amiga se fue a Estados Unidos y al joven nunca lo ha vuelto a ver, ya que este es de Patzcuaro y además ese día fue que lo conoció.

De aquí surge una segunda hipótesis “La paciente presenta problemas mentales por que le dieron a tomas yumina y no se le dio una atención médica oportuna”

En las instituciones, en las cuales la paciente fue atendida son: DIF Municipal, Area de Salud, aunque esta es de segundo nivel, la canalizada al Hospital

Psiquiátrico de Morelia, donde ha estado internada por tres ocasiones y además la atiende el médico Psiquiatra mensualmente. Para conocer el diagnóstico que presentaba la paciente fue necesario acudir al hospital Psiquiátrico, donde por medio del Departamento de Trabajo Social puede tener acceso al expediente, este arroja que la paciente presenta Esquizofrenia Paranoide, sus síntomas fueron, agresividad física y verbal, insomnio, sin apetito, alucinaciones auditivas y visuales y además expresar que ella es una víbora.

En el DIF Municipal, Área de Salud, es considerada exclusivamente como persona Esquizofrénica y le apoya con el tratamiento que le recetan en el hospital Psiquiátrico. Por otro lado es importante considerar que además de que la paciente es atendida en el Área de Salud, también se le atiende en otras Áreas como son: El Área de Alimentación, donde le proporciona despensa alimenticia mensualmente, en el Área Asistencia Social le apoyan con los boletos de autobús, para ir a la ciudad de Morelia; además que por los problemas conyugales de sus padres han acudido al Área Jurídica, esto para exigirle al papá una pensión alimenticia, situación que no fue resuelta ya que el caso fue cerrado por falta de insistencia de parte de la mamá.

## **2.- Objetivos a seguir con el sujeto.**

- Que asista la familia de la persona esquizofrénica a las pláticas que ofrece el DIF Municipal, Uruapan donde podrán recibir orientación sobre los cuidados adecuados y oportunos que debe obtener el paciente.
- Canalizar a los padres al Psicólogo del Área de Salud del DIF Municipal Uruapan y además a la Escuela para padres que se encuentra dentro de la misma Institución pero en el Área de Educación.
- Canalizar a la familia a las terapias familiares que ofrece el Área Jurídica del DIF Municipal, esto para sensibilizarlos en cuanto a su conducta, actitudes adicciones.
- Canalizar a la Paciente con Problemas de Esquizofrenia, con la Psiquiatra del Hospital el Ángel, para ello se gestionará para que se le cobre a la paciente una cuota que puede pagar por cada sesión.

### **3.- Recursos humanos y materiales e institucionales.**

Como recursos humanos se tiene a los profesionistas que desarrollan las pláticas que se imparten en el Área de Salud, el psicólogo, los que imparten los temas en la Escuela para Padres de Area de Educación y los que dan terapias familiares en el Área Jurídica, todos ellos del DIF Municipal, Uruapan, además El Médico Psiquiatra de hospital el Ángel. Los recursos institucionales son el DIF Municipal Uruapan, Michoacán y el Hospital el Ángel.

### **4.- Técnicas a utilizar con el sujeto y sus circunstancias.**

Para dar seguimientos de caso será necesario utilizar las técnicas de entrevista, observación, visita domiciliaria y diario de campo.

#### **d) Diagnostico.**

Se trata de una familia de parentesco en red, debido a que hay tres familias dentro de una misma casa, la bisabuela materna, la abuela materna y sus dos hijos, la madre y sus tres hijas, en estas tres se incluye a la persona esquizofrenica. Los demás miembros de la familia ya tienen su familia, algunos radican en Estados Unidos y otros en la misma ciudad de Uruapan, Michoacán, pero cada uno en sus propios domicilios.

La madre ha tenido tres parejas estables, con la primera concibió dos hijos hombres, con el segundo concibió dos hijas, dentro de las relaciones informales concibió a Adela quien es la persona esquizofrenica, por lo tanto no se tiene ningún antecedente de la familia paterna; con la tercer pareja concibió cinco hijos un hombre y cuatro mujeres.

Es importante mencionar que Adela no es hija biológica de la última pareja de su madre, pero él la reconoció como su hija. Actualmente los padres de Adela se encuentran separados y el padre viven en el domicilio de su actual pareja.

La familia se ha venido desarrollando en un estructura familiar desorganizada, donde no existe la comunicación, no hay respeto entre los hijos para con los padres, ni los padres para con los hijos, no hay reglas ni limites para el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia; dentro de lo emocional no se dan las

muestras de cariño. Todo esto ayuda para que la familia desatienda la enfermedad de la persona esquizofrenica, esto porque se les olvidan las citas con el médico psiquiatra, no le dan el medicamentos como se lo indica el médico; además que la paciente esta presenciando los conflictos que esta presentado su familia y todo ello ayuda para que no haya control de la enfermedad.

En lo que se refiere a la situación económica es inestable, debido a que el empleo del padre es por temporadas y además cuenta con otra familia, y no se llega responsabilizar con la manutención de sus tres hijas, la madre de igual manera tiene un empleo temporal, es empleada doméstica y no trabaja todos los días ya que no cuenta con un contrato, solo trabaja cuando la necesitan, por lo tanto es una familia de clase baja, por consiguiente, presentan una gran carencia en cuanto a recursos económicos.

Por otro lado, dentro de la familia hay un alto grado de alcoholismo y drogadicción, lo que lleva a la familia a presentar grandes conflictos, refiriéndose peleas donde se agreden física y verbalmente. Los miembros de la familia que consumen droga han llegado a tener conflictos legales, esto porque se encuentran en la vía pública consumiéndola o robando algún articulo a sus vecinos.

#### **e) Plan social de tratamiento.**

- Con el fin de dar una atención a la enfermedad de esquizofrenia que presenta la paciente y los diversos problemas familiares que se presentan, se considera el siguiente plan social de tratamiento.
- Canalizar a los padres al Psicólogo del Area de Salud del DIF Municipal Uruapan y además a la Escuela para padres que se encuentra dentro de la misma Institución pero en el Área de Educación.
- Canalizar a la familia a las terapias familiares que ofrece el Area Jurídica del DIF Municipal, esto para sensibilizarlos en cuanto a su conducta, actitudes adicciones.

- Canalizar a la Paciente con Problemas de Esquizofrenia, con la Psiquiatra del Hospital el Ángel, para ello se gestionará para que se le cobre a la paciente una cuota que puede pagar por cada sesión.

#### **La intervención del Trabajador Social con la familia.**

- Orientar a la familia, por medio de platicas mensuales, que ayudarán para que comprendan la enfermedad del paciente, y logren mejorar su dinámica familiar.
- Ocupar el tiempo de la paciente, donde se les enseñará la manera de cuidar la higiene personal, además proporcionar información sobre el cuidado de su salud.
- Visitas domiciliarias para dar seguimiento al caso.
- Gestionar los recursos para ayudar al paciente a que los obtenga.
- Canalizar a los tíos y hermanos a grupos o centros de Rehabilitación.
- Sensibilizar a la familia para que reciba la terapia.

#### **7.1. 2. Presentación de los perfiles de personalidad y perfiles de las instituciones relacionadas con el caso.**

En este caso serán retomados los perfiles, del padre, la madre, la persona Esquizofrenica y el DIF Municipal Uruapan, Mich., y el Hospital Psiquiatrico ya que son las personas e instituciones con las que la paciente ha tenido mas contacto y además son las que se pudo tener más contacto.

##### **a) Perfil del padre.**

###### **Datos generales.**

- Originario de Uruapan, Michoacán
- Tienes 5 hermanos.
- Vive en unión libre.

- Tiene 56 años.

### **Aspecto físico.**

- Mide aproximadamente 1.70 metros
- Pesa aproximadamente 70 kilos
- Es de complexión delgada.
- Ojos negros.
- Tez morena, pelo largo color negro con canas.

### **Aspecto Psíquico.**

#### a) Actitudes.

- Pasivo.
- Demuestra falta de interés por sus hijas.
- No se involucra en la educación y en la economía de sus hijas.
- Es de carácter débil.
- Frecuente mente toma alcohol.

#### b) tono de voz.

- Fuerte.
- Su lenguaje corresponde a su escolaridad.

#### c) Aspectos aparentes.

- Su forma de vestir corresponde a la clase baja.
- Su vestimenta es desarreglada y sucio.
- Usa pantalón de mezclilla, camisa y tenis.

### **Aspectos sociales.**

#### a) Rol.

- Su papel es de concubino.

- Es padre de 6 hijas que tuvo con su ex pareja. Actualmente se encuentra viviendo con otra mujer quien funge como su concubina y se encuentra viviendo en su casa.
- Es proveedor de parte del gasto familiar.

b) Nivel económico.

- Trabaja como albañil.
- Sus ingresos son bajos y no son continuos.

c) Salud.

- Consume alcohol y tiene el hábito de fumar.

## **b) Perfil de la madre.**

### **Datos Generales.**

- Originaria de Uruapan, Mich.
- Tiene 4 hermanos.
- Actualmente no tiene pareja.
- Tiene 51 años.

### **Aspecto Físico.**

- Mide aproximadamente 1.60 metros.
- Pesa aproximadamente 65 kilogramos.
- Su complexión es robusta.
- Tiene ojos verdes.
- Es de tez blanca, cabello corto rizado artificial y rizado artificial.

### **Aspecto Psíquico.**

a) Actitudes.

- Es de carácter fuerte.



- Es despreocupada por la mayoría de sus hijos.
- Se exalta con facilidad.
- No tiene autoridad como madre.
- No demuestra cariño para con sus hijos.
- Presenta Neurosis diagnosticada.

b) Tono de voz.

- Fuerte.

c) Lenguaje.

- Al hablar grita lo que esta platicando
- Su lenguaje corresponde a su grado de escolaridad.

d) Aspectos aparentes.

- Regularmente usa falda y blusa y en ocasiones pants y blusa.
- Usa zapatos cerrados sin tacón o tenis.
- Su forma de vestir corresponde a la clase baja.

**Aspectos sociales.**

a) Rol.

- Cuida a sus hijas.
- Trabaja como doméstica y vendedora ambulante.
- Realiza algunos quehaceres del hogar, lava ropa y ocasiones prepara la comida.
- Lleva a su hija la menor a la Escuela.

b) Nivel Económico.

- Percibe bajos ingresos y su empleo es esporádico.

c) Salud.

- Consume alcohol.
- Presenta Neurosis lo que le provoca que se la pase irritada.

**c) Perfil de la persona esquizofrenica.**

**Datos generales.**

- Originaria de Uruapan, Mich.
- Tiene 20 años de edad.
- Tiene 9 medios hermanos biológicamente ya que legalmente tiene 5 hermanos y 4 medios hermanos.
- Es soltera.

**Aspecto físico.**

- Mide aproximadamente 1.60 metros.
- Peso aproximadamente 65 kilos
- Es complexión robusta.
- Es de tez blanca
- Ojos cafés claros
- Cabello corto, color negro y lacio.
- Es callada solo responde con respuestas concretas a lo que se le pregunta.

**Aspecto psíquico.**

a) Actitudes.

- Al retomar el caso tenia delirios, alucinaciones y llegaba a ser hiperactiva, en el momento en que se le controló la enfermedad, presento las siguientes características:
- Suele reírse sola.

- No se comunica con su familia.
- Solo habla cuando le hacen alguna pregunta y lo hace de una manera concreta.
- Es aislada.
- Pasiva.
- Callada.
- Tímida.
- Duerme Toda la noche y parte del día.

b) Tono de voz

- Es suave.

**Aspectos aparentes.**

- Regularmente usa pantalón de mezclilla y blusa en ocasiones usa short, pants y playera.
- Usa Zapato abierto esto aunque ande de pants, short o pantalón.
- Toda la ropa es desgastada y de una medida más grande o más pequeña de la talla a la que corresponde.
- Luce descuidada higiénicamente y su ropa es sucia.
- Cuando esta despierta quiere permanecer comiendo.

Clase

- Pertenece a la clase baja
- Tipo de vestimenta
- Es informal
- Estatus aparente.
- Tiene el aspecto de pertenecer a la clase baja
- La ropa que usa es de su mamá o hermanas y alguna de ellas regalada.

- Se observa que su aseo personal no lo hace con frecuencia.

### **Aspectos sociales.**

#### a) Rol

- Cumple el papel de hija de la familia.
- Apoyo a las actividades del hogar (Lava su ropa, arregla su cama)

#### b) Nivel económico.

- No aporta dinero a la casa.
- Tampoco exige dinero para gastos, solo exige estar alimentándose con mucha frecuencia.

#### c) Recursos Institucionales.

- Cuenta con despensa de la ONG Caritas.
- Se le da Despensa en el DIF Municipal Uruapan, Mich.
- Se le apoya con los viáticos en el área de Asistencia en el DIF Municipal Uruapan, Mich.
- Se le apoya con parte del Medicamento que necesita para su enfermedad, esto en el DIF Municipal Uruapan, Mich.

#### d) Salud.

- Presenta Esquizofrenia Paranoide.

### **d) Perfil del Área de Salud del DIF Municipal Uruapan, Mich.**

#### **Infraestructura.**

- Cuenta con un módulo de información.
- Tres consultorios.
- Un consultorio que pertenece al Jefe del Area de Salud.
- Espacio del Trabajador Social.

- Espacio de 3 por 2 metros.
- Cuenta con 2 escritorios.
- Hay 6 sillas.
- Cuenta con una vitrina grande donde se deposita el medicamento.
- Hay un archivero.
- Una Mesa de exploración.
- Hay una bascula.

**Profesional encargado de la atención del caso.**

- Profesión: Lic. En Trabajo Social.
- Puesto: Responsable del seguimiento de caso, entrevistas, estudios socioeconómicos y auxiliar de apoyo dentro del Area de Salud.

**Actitudes.**

- Realiza visitas domiciliarias de seguimiento de casos.
- Realiza informes de cada una de las visitas.
- Apoyos a los seguimientos de casos, estos de medicamentos o económicos.
- Canalizar los casos de acuerdo a la necesidad de la persona esto a distintas instituciones sociales.
- Canalizar los casos a diversas áreas del DIF Municipal Uruapan, Mich.

**e) Perfil del Hospital Psiquiatrico de Morelia, Mich.**

**Datos generales.**

- Es una institución pública.
- Atiende a personas con problemas mentales.
- Solo los restablecen y después los mandan a sus domicilios.
- En el tiempo que permanecen en la Institución los orientan para que se asean.

- No cuentan con ningún programa en atención a los enfermos.

#### **Infraestructura.**

- Cuenta con estacionamiento, áreas de recepción, consultorios, oficinas, dormitorios, áreas de recreación, jardines, área de limpieza.
- La construcción es de tabique, aplanado de cemento y piso de viltropiso.

#### **7.1.3. Formulación de Hipótesis.**

**Una vez presentado los resultados del seguimiento de caso, donde se retomó a la autora Etna Meave, dichos resultados ayudarán a formular nuevas hipótesis, considerando que ya hubo una inicial y una intermedia.**

- La paciente presenta Esquizofrenia Paranoide, la cual, se presenta en el momento que le dieron a tomar yumina.
- Los problemas intra familiares, pueden provocar una recaída al paciente con problemas de Esquizofrenia.
- La falta de educación, por parte de los familiares de la paciente Esquizofrénica, no les permite darle una atención Médica Psiquiátrica y los cuidados que necesita.

**Considerando las hipótesis que resultaron dentro de seguimiento de caso, se puede llegar a definir las hipótesis finales.**

- La falta de conocimiento en cuanto al tratamiento de la paciente Esquizofrénica, provoca que no se brinde una intervención psiquiátrica y psicológica adecuada”
- La disfunción familiar de la paciente esquizofrenia, origina la apatía y la no solución de conflictos intrafamiliares, por lo que el medio familiar no favorece a su enfermedad.

## **Conclusión.**

Como parte final del proceso se presenta el análisis de la investigación realizada en seguimiento de caso de la persona Esquizofrenica, donde se estudió su dinámica familiar y se llevó a cabo en el DIF Municipal Uruapan, Mich., Área de Salud, dentro del Departamento de Trabajo Social.

Primeramente es importante mencionar que la persona esquizofrenica se encuentra en un ámbito familiar donde existe una gran carencia económica y la falta de educación académica, es por ello, que no llegan a comprender la enfermedad, por lo tanto, todos entran en crisis y no la aceptan.

De acuerdo a lo rescatado, la familia de la enferma no presenta un buen funcionamiento en su entorno familiar, esto porque los roles que juega cada miembro son confusos, basándose a que cada uno de lo familiares describe sus roles de acuerdo a sus intereses, además existen conflictos por situaciones económicas de pareja, por la presencia de la enfermedad y por resentimientos de los padres, de los hermanos y de padres a hijos, lo que lleva a la familia a estar en constantes riñas y desacuerdos. Las reglas no son respetadas debido a que los padres perdieron su autoridad en el momento en que descuidaron a los hijos por sus problemas de pareja, por consiguiente, no pueden tener una buena comunicación ni con sus hijos ni como pareja, ya que no saben dialogar, pues cuando quieren comunicarse lo hacen de una manera agresiva.

Podemos considerar que la familia de la persona esquizofrenica no presenta una salud individual, esto porque no se encuentran en un estado de bienestar físico, mental y social, debido a que los padres de la enferma tienen problemas con el alcohol y algunos de sus hermanos son adictos. Por otro lado la madre presenta problemas de neurosis, lo que le genera dar un mal trato a su hijos y más aún es recomendable mencionar que la enferma antes de presentar la enfermedad iniciaba con problemas con el alcohol, por lo tanto, no se puede considerar que dentro de la familia exista una salud favorable.

La paciente Esquizofrenica de acuerdo al diagnóstico presentado en el Hospital Psiquiátrico de Morelia, Mich, arroja que el tipo de Esquizofrenia que presenta es la paranoide, esto porque en el momento que llega a la Institución lleva delirios de persecución, alucinaciones auditivas y visuales, creyendo ser una serpiente poderosa y además teniendo habla desorganizada, de acuerdo a la investigación documental realizada se pudo comprobar que en efecto la paciente presenta Esquizofrenia paranoide, lo cual, es una enfermedad mental que puede llevar a la persona a estar mejor o peor ya que pueden vivir durante un largo periodo sin ningún síntoma y volver a recaer, esto de acuerdo al cuidado Médico Psiquiátrico, el tratamiento y la atención familiar. Dentro del caso se pudo identificar que la paciente presenta la Esquizofrenia por problemas psicológicos porque su familia es disfuncional al igual que sus amistades, pero esto no está comprobado debido a que no se pudo conocer a la familia biológica por parte de padre, por lo tanto queda en incógnita si la enfermedad es genética o no.

Es importante mencionar que la familia no acepta que tiene problemas de salud, por lo tanto no reciben la atención médica y psiquiátrica necesaria para la prevención, recuperación y rehabilitación en cuanto a su salud.

La persona con Esquizofrenia no es atendida por su familia como una enferma mental, generalmente crónica y progresiva, porque no identifican ni conocen la enfermedad. Los factores ambientales que influyen en la evolución del trastorno, son la dinámica familiar y la intolerancia social, que es lo que hasta de momento la enferma ha venido desarrollando. Es importante que los familiares identifiquen objetivamente la personalidad del enfermo y conozcan los rasgos y características, para ello, es necesario que la familia reciba terapia familiar y puedan hacer frente a la enfermedad y así puedan organizar adecuadamente su dinámica; esto a través de técnicas psicoeducativas, las cuales, le servirá al paciente a organizar sus actividades y a sus familiares disminuir la carga que el enfermo representa.

Dentro de lo que fue el seguimiento de caso de la paciente Esquizofrenica, el ]Trabajador Social se tuvo que documentar a sus funciones y actividades tanto en salud como en el aspecto Psiquiatría, además conocer los modelos de intervención de caso y así retomar al más apropiado para hacer la descripción del mismo, todo



ello le abre el panorama al investigador para hacer el seguimiento oportuno y lo lleva a conocer lo que se está estudiando en relación al enfermo, ya que con todo lo anterior se podrá canalizar a otros profesionistas que también le ayuden para controlar dicha enfermedad, y así conseguir el bienestar de la persona enferma y la de sus familiares. Dentro del seguimiento de caso se puede considerar que el modelo de intervención fue el más indicado para rescatar la información, donde se cree que hubo limitantes fue en la respuesta negativa de la familia para proporcionar la información como para recibirla, por lo tanto, no se rescató información importante como el del padre consanguíneo de la enferma, esto porque no permitieron que el Trabajador Social se involucrara con ellos.

Por otro lado, en lo que se refiere al trabajo realizado en el DIF Municipal Uruapan, Mich., se pudieron presentar varias limitantes, que impedían llevar la investigación como se planteó en un inicio, esto porque había otras actividades diarias que se tenían que cubrir como visitas a otros enfermos de seguimiento o nuevos casos y esto provocaba que no se alcanzara a visitar a la paciente.

Otras de las limitantes fueron que en ocasiones no había recurso dentro del DIF Municipal Uruapan, Mich., lo que provocaba que la paciente no recibiera su tratamiento y esto la llevaba a una inestabilidad en la enfermedad, ya que la mamá de la paciente no le podía comprar el tratamiento completo, además que no existía la responsabilidad ya que se mostraba enfadada por la situación que venía presentando la enferma.

Lo reconfortante fue que la paciente salió del cuadro Esquizofrénico dos meses después de seguir el caso, lo que favoreció para que la paciente se hiciera responsable y acudiera al DIF Municipal, Uruapan, Mich., a recibir su tratamiento y así pudiera darle continuidad, claro esto con la ayuda de su hermana quien es menor que ella y que finalmente la familia tomó un poco de conciencia de la Esquizofrenia que venía presentando la enferma.

En lo que se refiere a lo profesional, fue muy importante realizar una investigación donde se utilizaron diversas técnicas e instrumentos que utiliza el Trabajador Social, porque ayuda para que rescate la información de una manera más

precisa y pueda hacer una estructura del caso más acertada. Dentro del seguimiento de caso se utilizó el diario de campo, el cual se utilizó de manera continua, las observaciones y las entrevistas se realizaron de manera periódica lo que ayudó para conjuntar y relacionar técnicas e instrumentos que a diario recurrimos como Trabajador Social.

# **Proyecto de Intervención**

## **"Orientación a la Familia"**

## **Descripción del Proyecto.**

El presente proyecto se llevará a cabo en las instalaciones del DIF (Desarrollo Integral de la Familia) de Uruapan, Michoacán, el cual, va dirigido a los familiares de los pacientes Psiquiátricos que se les da un Seguimiento de Caso, y consiste en que por medio de pláticas que serán impartidas por un Psiquiatra quien es un profesionalista que puede informar a los familiares sobre los cuidados que requiere el paciente y sobre la importancia que tiene que se le de oportuna y adecuadamente el medicamento, conjuntamente se dará la participación de un Psicólogo para sensibilizar al familiar sobre la importancia que tiene la familia y el apoyo que le brinde. Con todo esto se persigue que la familia adquiera los conocimientos necesarios sobre el cuidado del paciente, mismos que contribuyan para un tratamiento integral del mismo por consiguiente una mejor calidad de vida.

Se tiene contemplado llevar a cabo la plática mensualmente por lo que se considerará el primer sábado de cada mes, ya que si el proyecto tiene el éxito que se persigue es posible que sea prolongado, esto claro a consideración de los Directivos de la Institución.

Dicho proyecto será coordinado y evaluado por la Trabajador Social.

## **Justificación.**

El DIF Municipal de Uruapan, específicamente hablando del Área de Salud departamento de Trabajo Social, actualmente no está proporcionando información a los familiares de los pacientes en cuanto al cuidado que requiere una persona Psiquiátrica. Esto es fundamentado en el diagnóstico que se realizó y a través de los instrumentos aplicados a la población arrojaron que la mayoría de los familiares específicamente hablando de los padres no conocen del todo sobre la enfermedad de su hijo, solo la describen como le ven que la está presentando, en muchas ocasiones el médico que les atiende por lo regular no les explican que es exactamente lo que tiene el paciente, esto nos lleva a que existen un gran desconocimiento por parte de los familiares, lo cual, origina que no se brinde el

cuidado adecuado al paciente, por consiguiente, que no tenga un estado de salud favorable.

La propuesta de informarles a los familiares por medio de pláticas es pretender que la mayoría de los familiares de los pacientes Psiquiátricos reciban información sobre la enfermedad con la finalidad de que conozcan sobre ella y así puedan enfrentar el proceso de salud-enfermedad de la mejor manera, debido a que este problema no solo afecta al paciente sino a la familia por que les genera un descontrol emocional, y por consiguiente DIF no le favorece debido a que si el paciente Psiquiátrico mantiene una inestabilidad, va requerir con más frecuencia atención Médica, Medicamentos y hasta que deba ser trasladado a Hospitales Psiquiátricos que se encuentra fuera de la ciudad y esto genera un gasto innecesario ya que todo esto se puede prevenir por medio de informarles a los familiares sobre los cuidados que le debe dan y las atenciones que debe Recibir, todo ello mejorará la calidad de vida de toda la familia, beneficiándose en un primer momento al paciente.

### **Objetivo General.**

Proporcionar orientación y herramientas a los familiares de los pacientes Psiquiátricos sobre los cuidados adecuados y oportunos que debe obtener el paciente, con la finalidad de que el paciente se estabilice en su enfermedad.

### **Objetivos Específicos.**

- Informar a la familia de los pacientes Psiquiátricos por medio de pláticas los cuidados que debe recibir de acuerdo a su enfermedad.
- Proporcionar a los familiares de los pacientes Psiquiátricos elementos necesarios para el cuidado del mismo
- Reafirmar la importancia que se tiene que se le del medicamento oportuno y adecuadamente al paciente Psiquiátrico para que presente una estabilidad.

## **Metas.**

- Lograr que los familiares de los pacientes Psiquiátricos acudan a las pláticas en un 70%
- Proporcionar a los familiares los elementos necesarios para el cuidado del paciente Psiquiátrico en un 90%.
- Lograr en un 70% que los familiares mejoren la atención que le dan a su paciente psiquiátrico.

## **Funciones y Actividades.**

**Investigación.-** Elaboración de programas y proyectos específicos, Identificar factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y la distribución de la enfermedad. Determinar las necesidades sociales y los recursos de salud.

**Administración.-** Establecer sistemas de coordinaciones intra y extra institucionales. Hacer acopio del material didáctico y de difusión.

**Educación.-** Impulsar la educación para la salud física y mental. Organizar grupos transitorios y motivadores de pacientes y familiares.

**Asistencia.-** Proporcionar orientaciones médico sociales, de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares, canalización a pacientes o familiares para la elaboración de estudio de caso, control de visitas familiares en problemas concretos relacionados con la atención del servicio.

**Orientación legal.-** Canalización de pacientes cuyo requerimientos de atención no corresponden a la atención, realización de entrevista inicial para elaboración de estudio social del caso, Realización de visitas subsecuentes para la elaboración de estudio social de caso.

## **Determinación de los Recursos Necesarios.**

### **Humanos.**

- Un Psiquiatra quien es un profesionalista que puede informar a los familiares sobre los cuidados que requiere el paciente y sobre la importancia que tiene que se le dé oportuna y adecuadamente el medicamento.
- Un Psicólogo para sensibilizar al familiar sobre la importancia que tiene la familia y el apoyo que le brinde al paciente.
- Dicho proyecto será coordinado y evaluado por la Trabajador Social.

### **Materiales.**

Un salón, sillas, mesas, hojas blancas, lápiz, lapiceros, folders, cartulinas, tijeras, marcadores, papel bon y Mamparas.

### **Técnico.**

Computadora, impresora y copiadora.

**Institución:** DIF Municipal Uruapan.

**Nombre del Proyecto:** Orientación a la Familia.

### **Costo de Ejecución y Presupuesto.**

<b>TIPO DE RECURSO</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>C/UNITARIO</b>	<b>C/TOTAL</b>
<b>Humanos</b>	1.- Psiquiatra.	1	Lo tiene la Institución	
	2.- Psicólogo.	1	Lo tiene la Institución	
	3.- T. Social.	1	Lo tiene la Institución	
<b>Materiales</b>	1.-Salón.	1	\$ 0.00	\$ 0.00
	2.-Sillas.	35	\$ 0.00	\$ 0.00
	3.-Mesas.	2	\$ 0 00	\$ 0.00
	4.-Hojas blancas.	25	\$ 0.10	\$ 25.00
	5.-Lápiz.	80	\$ 4.00	\$ 320.00
	5.-Lapiceros.	10	\$ 6.00	\$ 60.00
	6.-Fólders.	10	\$ 1.50	\$ 15.00
	7.-Cartulinas.	10	\$ 3.00	\$ 30.00
	8.-Tijeras	1	\$20.00	\$ 20.00
	9.-Marcadores.	10	\$10.00	\$ 100.00
10.-Papel bon.	1	\$ 3.00	\$ 30.00	
<b>Técnicos</b>	4.-Computadora.	1	\$ 0.00	\$ 0.00
	5. Impresora.	1	\$ 0.00	\$ 0.00
<b>Otros</b>				



<b>Total Parcial</b>	\$ 495.00
<b>Gastos Imprevistos</b>	\$ 49.50
<b>Total del Proyecto</b>	\$ 544.50

---

**AUTORIZO:**

---

**Vo. Bo.**

## **Indicadores de Evaluación.**

### **Trabajo Social.**

**Organización.-** En todas las Actividades que competen a proyecto.

**Coordinación.-** con el equipo interdisciplinario del Área de Salud, Directivos del DIF y Expositores.

**Comunicación.-** Tanto con el equipo interdisciplinario del Área de Salud, Directivos del DIF y Expositores.

**Disponibilidad.-** Ser flexible, y apoyar a los expositores.

**Puntualidad.-** Llegar puntual a cada una de las pláticas.

**Promoción y difusión.-** Acudir a los domicilios de los pacientes para invitarlos a sus familiares a cada una de las pláticas, explicar la importancia que tienen.

### **Familiares de los Pacientes Psiquiátricos.**

**Participación.-** En las pláticas que se pretenden llevar a cabo.

**Disponibilidad.-** Para participar, que sean puntuales y que no falten a ninguna plática.

**Aceptación.-** Que la información que se les proporcione en las pláticas lo implementen con el paciente.

### **Médico Psiquiatra.**

**Disponibilidad.-** Para impartir las pláticas.

**Asistencia.-** Que le dé la importancia que es debida y llegue a dar las pláticas.

**Puntualidad.-** para iniciar la plática.

### **Psicólogo.**

**Disponibilidad.-** Para impartir las pláticas.

## Especificación de las Actividades y tareas a Realizarse.

**Institución:** DIF Municipal Uruapan.

**Lugar:** Área de Salud del DIF Municipal Uruapan.

NO DE ACTIVIDAD	FECHA	TEMA	OBJETIVO	No. DE PARTICIPANTES	HORARIO INICIO/TERMINO	LUGAR	NOMBRE Y TIPO DE DINAMICA	MATERIAL DE APOYO	PONENTE
1	Sesión 1	Presentación del curso.	Explicar a los familiares de los pacientes Psiquiátricos sobre los cuidados que debe recibir el mismo.	15 personas.	10:00 a.m. a 11:00 a.m.	DIF Municipal Uruapan.	Temores y Esperanzas.	Cartulinas informativas.	Trabajo Social
1	Sesión 2	Cuidados y atenciones que necesita el paciente Psiquiátrico.	Explicas cuales son los Cuidados y atenciones que debe recibir un paciente Psiquiátrico.	15 personas.	10:00 a.m. a 11:00 a.m.	DIF Municipal Uruapan.	Esto se dejará a criterio de expositor.	Todo será verbal.	Psiquiatra

1	Sesión 3	El paciente Psiquiátrico requiere del apoyo de su familia.	Explicar lo importante que es el apoyo familiar para el paciente Psiquiátricos.	15 personas.	10:00 a.m. a 11:00 a.m.	DIF Municipal Uruapan.	Esto se dejará a criterio de expositor.	Todo será verbal.	Psicóloga
1	Sesión. 4	La importancia que hay en dar oportuna y adecuadamente el medicamento.	Orientar al familiar del paciente Psiquiátrico, la importancia que hay en dar oportuna y adecuadamente.	15 personas.	10:00 a.m. a 11:00 a.m.	DIF Municipal Uruapan.	Esto se dejará a criterio de expositor.	Todo será verbal.	Psiquiatra
1	Sesión 5	De que manera puede ayudar el familiar del paciente Psiquiátrico en su estabilidad.	Explicar para la reflexión de los familiares sobre la importancia de que hay el transmitir, seguridad, amor y atención al paciente Psiquiátrico.	15 personas.	10:00 a.m. a 11:00 a.m.	DIF Municipal Uruapan.	Este se dejará a criterio del expositor.	Todo será verbal	Psicóloga

1	Sesión 6	Finalizar la actividad con una Reflexión grupal.	Lograr la sensibilización de los familiares para que le proporcione los cuidados adecuados y oportunos al paciente Psiquiátrico.	15 personas.	10:00 a.m. a 11:00 a.m.	DIF Municipal Uruapan.	Dar y recibir afecto.	Cartulinas informativas.	Trabajo Social
---	-------------	--	--	--------------	-------------------------	------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------

---

**Vo. Bo.**

## Bibliografía.

### Libros Consultados.

- Ander-Egg, Ezequiel (1978), "Introducción a las Técnicas de investigación" Editorial El Ateneo, México.
- Ander-Egg, Ezequiel (1982), "Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad" Editorial El Ateneo, México.
- Ander-Egg, Ezequiel (1982), "Metodología de Trabajo Social" Editorial El Ateneo, Barcelona.
- Ander-Egg, Ezequiel (1992), "Reflexiones en torno a los métodos de Trabajo Social" Editorial el Atenea, México.
- Barlow, David y Mark, Durand (2001), "Sicopatología" Thomson Editores, S. A. de C. V.
- Becerra, Rosa Ma. (1977), "Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico" Editorial ECRO.
- Cantú, Irene, Nava, Rosina, Obregón, Ma. Teresa y Campos, Margarita (1998), "Teoría de Trabajo Social" Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Castellanos, Marie (1991), "Manual de Trabajo Social" Editorial La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.
- Davison, Evelyn (1982), "Trabajo Social de Caso" Editorial Continental S. A. de C. V., México.
- Díaz, José, González, Enrique y Varela, Claudia (2001), "Programa de Actualización Continua en Psiquiatría" libro 6. Asociación Psiquiátrica mexicana, A. C. Editorial Intersistemas, S. A.
- Enciclopedia Vniversal Ilvstrativa Evropea Americana, Tomo XXIII, (1929) Espasa Colpe, S. A. de C. V. Madrid.
- Gallardo, Ma. Angélica (1978), "Metodología para el Trabajo Social Teoría y Práctica" Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Garnica, Rodrigo (1998), "Esquizofrenia Guía para los Familiares de los Paciente" Editorial Piensa, S.A. de C.V.
- Godfrey D. Y Pearlson, M.D. (2000), "Neuropatología de la Esquizofrenia"
- Hamilton, Gordon (19992), "Teoría Social de Caso" Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, México.
- Harris, Helen (1969), "El Trabajo Social Individualizado" Editorial Rialp, España.
- Henri, Ey, P. Bernard, y Ch. Brisser (1978), Masson, S.A. Barcelona y Masson Editorial S. De R. L. de C. V. México.
- Hill, Ricardo (1978), "Caso Individual" Editorial Humanistas, Argentina.
- Kisnerman, Natalio (1983), "Salud Pública y Trabajo Social" Editorial Humanitas, Buenos Aires.
- Leñero, Luis, (1983) "La Familia" Editorial Anvies México.
- Meave, Etna (1969), Metodología para el Estudio Social de Casos, México.
- Medina, Gabriela (2002), "El Seguimiento de Caso en el Programa de Atención a Menores y adolescentes del DIF Municipal Uruapan, Michoacán".
- Morgan, María de la Luz (1988), "La Sistematización de la Práctica: Cinco Experiencias con Sectores Populares" Editorial Humanitas CELATS, Argentina.
- Sánchez, Manuel (1994), Elementos de Salud Pública.
- Sánchez, Manuel (1996), Manual de Trabajo Social. Universidad Autónoma de México.

## **Revistas Consultadas.**

- Barrera Rubio, García Rivas, “El Trabajo Social Psiquiátrico en México” Trabajo Social, Octubre-Diciembre (1987), Revista 32.
- Terán, Trillo, “Trabajo Social en el Área de Salud” Trabajo Social, Enero, febrero y marzo de (1989), Revista 37.
- Tenorio, Herrera, “Trabajo Social Psiquiátrico” Trabajo Social, Enero-Junio (1982) Reviste 9 -10.
- Vázquez, Celis, “Trabajo Social Psiquiátrico” Trabajo Social, Enero-Junio (1982) 9 –10.
- Westrup, Velasco, “La familia” Trabajo Social, Julio-Septiembre (1983), Revista 15-18.

## **Paginas de Internet Consultadas.**

- <http://hcpc.uth.tmc.edu/espanicheschizophrenia.htm>.
- <http://www.psocoactiva.com/esquizof.htm>.
- <http://www.psicoactiva.com/index.html>.