

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

TESIS



Guatemala, Noviembre de 1996.

UNIVERSIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
15
T(988)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR:
SECRETARIO:

DR. JAFETH ERNESTO CABRERA F.
DR. OTTO MANUEL ESPAÑA M.

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTOR:
SECRETARIO:

LICDA. REBECA MORAN
ING. HERNAN CORTEZ

CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES DOCENTES

LICENCIADA:
LICENCIADA:
LICENCIADA:
LICENCIADO:

ARACELY QUIROA DE GOMEZ
AMPARO MELENDEZ LOPEZ
BLANCA MERCEDES AROCHE
ROBERTO ALFONSO SOLIS

CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES ESTUDIANILES

MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA:
MAESTRA DE EDUCACION PARA EL
HOGAR:
BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS:
MAESTRA DE EDUCACION PARA EL
HOGAR:
SECRETARIA COMERCIAL:
MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA:

MARGARITA DE JESUS GARCIA
CLAUDIA LORENA ALFARO
SARA O. FRANCO TEJADA
LILIAN NOEMI LUCAS V.
ROSA ELENA BARILLAS C.
EDELMIRA MENDOZA PINELO

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTOR:
SECRETARIO:
ASESORA:
REVISOR:
COORDINADORA DEL AREA DE
FORMACION PROFESIONAL
ESPECIFICA:

LICDA. REBECA MORAN
ING. HERNAN CORTEZ
LICDA. SILVIA TELMA R. DE LEAL
M.A. LUIS ALFONSO BETETA VASQUEZ

LICDA. ELSA ARENALES DE FRANCO

"Los Autores serán los responsables
de las opiniones y sus criterios
expresados en sus obras".

Artículo No. 11 Reglamento del
Consejo Editorial de la Universidad
de San Carlos de Guatemala.

Guatemala, 5 de Marzo de 1,996

Lic. Edgar Flores Gonzáles
Coordinador del Programa Especial
de Licenciatura.
Escuela de Trabajo Social
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciado Flores:

Me es grato informarle que he asesorado el trabajo de investigación intitulado "PROBLEMATICA PSICO-SOCIAL Y FAMILIAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LA INTERVENCION PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL" realizado por la estudiante de Licenciatura, Trabajadora Social Irma Judith Escalante Bautista de Muñoz, carnet No. 45040.

El presente trabajo constituye un aporte que permite abordar el estudio de la psicopatología del ser humano desde el punto de vista psico-bio-social. En el se hace un análisis integral de cada uno de los pacientes y su familia, situación que permite un conocimiento amplio de la cultura social guatemalteca.

Considero que esta investigación llena todos los requisitos solicitados para optar al grado de Licenciada en Trabajo Social. Permitiendome dictaminar favorablemente al presente trabajo de tesis.

Respetuosamente.


Licda. Silvia Feima Rodríguez de Leal
Colegiado Activo No. 2325

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1, 2º Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 18
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

4760790-4 y 4760985-86-88
Ext. 288-289

Teléfonos Directos:

4769590 y 4769606
Fax: 4769590

Guatemala,
noviembre 8 de 1,996

DICTAMEN 035/96-L

Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
Directora
Escuela de Trabajo Social
Edificio

Señora Directora:

Atentamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que he procedido a la revisión del informe final de tesis presentado por: Irma Judith Escalante Bautista de Muñoz, sobre el tema: "PROBLEMÁTICA PSICO-SOCIAL Y FAMILIAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LA INTERVENCION PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL".

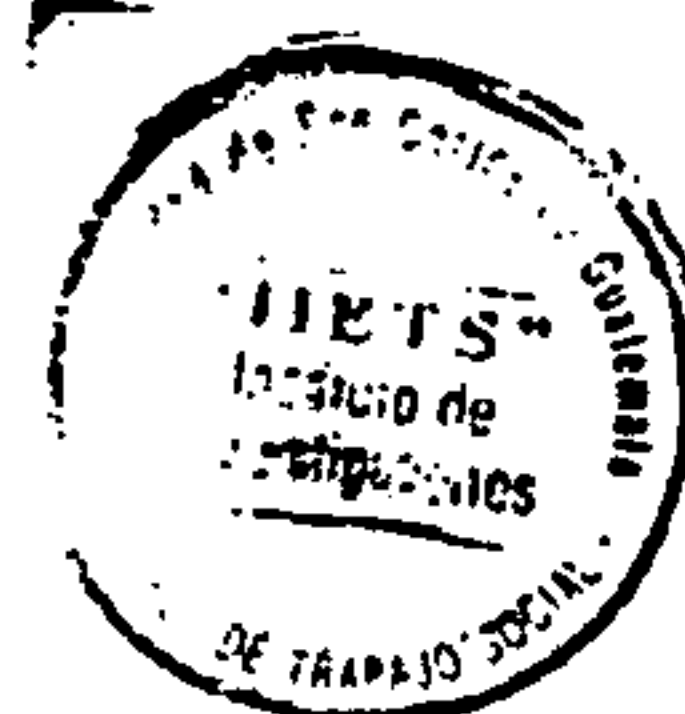
Al respecto me permito emitir Dictamen Favorable de aprobación, dado que en el informe presentado incorporó las enmiendas de forma y de contenido sugeridas, por lo que llena los requisitos exigidos por la escuela, para su presentación final.

Sin otro particular me suscribo de usted,

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Luis A. Beteta
Revisor



c.c. archivos

LAB/mcd.



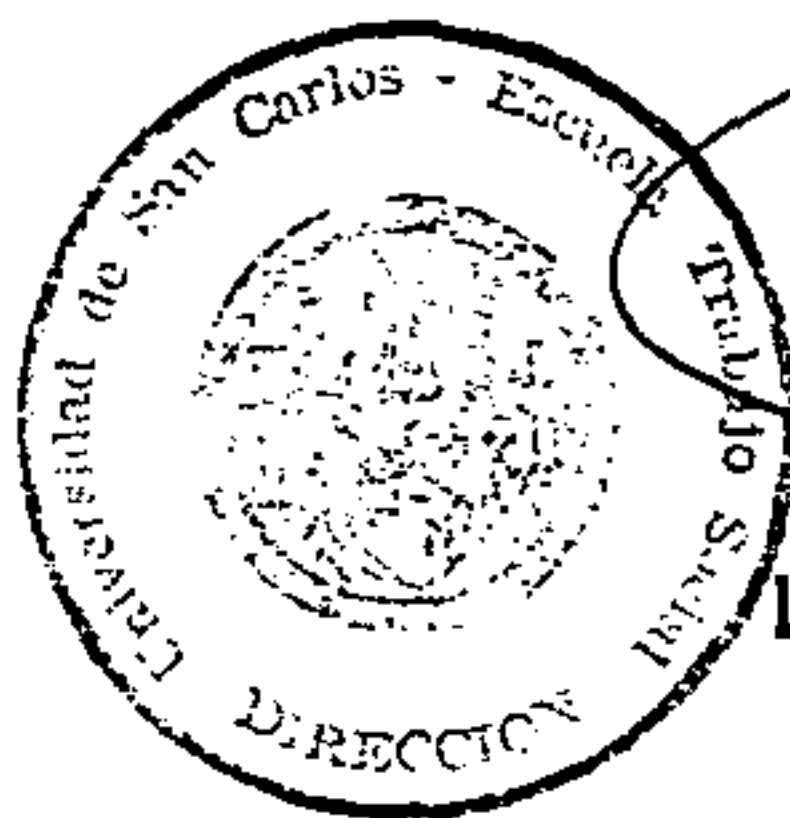
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1, 2o. Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel. 4760790-4 y 4760985-86-88 Ext. 288-289
Directos 4769590 y 4769602 Fax. 4769590

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE
SAN CARLOS DE GUATEMALA.-----

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de -
los Licenciados Silvia Telma Rodríguez de Leal y Luis Al-
fonso Beteta, en calidad de Asesor y Revisor respectiva -
mente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis -
"PROBLEMATICA PSICO-SOCIAL Y FAMILIAR EN PACIEN-
TES DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LA
INTERVENCION PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL"
presentada por la estudiante Irma Judith Escalante Bautista
de Muñoz, previo a conferírsele el título de Trabajador So-
cial, en el el grado de LICENCIADO, una vez haya susten-
tado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los ocho días del mes de no-
viembre de mil novecientos noventa y seis.



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
Directora

GRMM/cdm
c.c.:archivo

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:	Luz que iluminó mi camino, para alcanzar esta meta.
A MIS PADRES:	Julio Alfonso Escalante. (Q.E.P.D.) María Elvira Bautista Vda. de Escalante
A MI ESPOSO:	Samuel Muñoz Martínez
A MIS HIJOS	Julio Daniel, Eliot Samuel y Estephanie Judith.
A MIS HERMANOS:	Blanca Isabel y César
A MIS SOBRINOS:	Pedro Alejandro, David Estuardo, Gustavo Adolfo y Víctor Daniel.
A MI SUEGRA:	Concepción Martínez Vda.de Muñoz.

INDICE

INTRODUCCION: 1

CAPITULO 1

EL TRABAJO SOCIAL EN 1
EL CAMPO PSIQUIATRICO.

1. Breve referencia del Trabajo Social en 1
el medio hospitalario .

2. Consideraciones en torno al Trabajo 2
Social actual en Centros Psiquiátricos.

2.1 A nivel Internacional. 2

2.2 A nivel Nacional. 8

2.2.1 Servicios Especializados . 12

CAPITULO II
METODOLOGIA DE INTERVENCION 15
DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
CAMPO PSIQUIATRICO

1. Metodología Vigente. 15

1.1 Diagnóstico Socio-Familiar Inicial 15

1.2 Profundización del Diagnóstico 17
Socio-Familiar

1.3 Acción Terapéutica Socio-Familiar 19

1.3.1 Proceso de preparación de la 20
familia respecto al paciente

1.3.2 Proceso de ajuste de la familia 22
respecto al paciente.

1.3.3	Proceso de integración Familiar.	23
1.3.4	Técnicas específicas de la Acción Terapéutica Socio- Familiar.	26
2.	Criterio seguido para la selección de Casos.	30
2.1	Presentación y comentario de la Guía de Entrevista Socio-Psiquiátrica empleada.	31
2.2	Descripción Clínica de los Casos	42
2.3	Diagnóstico Familiar realizado en cada Caso.	59
2.4	Tratamiento Familiar Realizado en cada Caso.	62

CAPITULO III

ANALISIS DE CORRELACIONES E INTEGRACION DE LA PROBLEMÁTICA PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES		78
1.	Problema-Tratamiento-Resultados-Caso (Paciente y Ambiente Familiar) Tratamiento Familiar.	78
2.	Aplicaciones al Trabajo Social. Respecto a la formación. Respecto a la Práctica Profesional.	87
2.1	Respecto a la formación.	87
2.2	Respecto a la Práctica Profesional.	89
CONCLUSIONES		90

RECOMENDACIONES

92

BIBLIOGRAFIA

94

“..... TENEMOS LA SÓLIDA CONVICCIÓN DE QUE TODOS AUN AQUELLOS QUE ESTÁN EN SITUACIÓN INFRA-HUMANA TIENEN CAPACIDAD PARA LEVANTARSE DE SU SITUACIÓN, Y CREEMOS QUE SI NO LO HACEN ES POR FALTA DE ORIENTACIÓN Y POR QUE CARECEN DE UNA RAZÓN PARA HACERLO. EL HOMBRE NO SOLO NECESITA TENER CONQUE VIVIR, SINO TAMBIÉN Y FUNDAMENTALMENTE: -POR QUE VIVIR-.....”

EZEQUIEL ANDER EGG.

INTRODUCCION

Esta investigación está dirigida hacia la “Problemática Psico-Social y Familiar en pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental y al conocimiento de la intervención Profesional del Trabajador Social” por considerar que la familia y pacientes son el medio de acción más importante o principal dónde el Trabajador Social debe actuar al dedicarse al campo psiquiátrico. Asimismo se reconoce que de ninguna forma es esta, la única aportación y proyección del Trabajo Social a la Psiquiatría.

Se desea mejorar las Técnicas de Diagnóstico Familiar de los pacientes con enfermedad mental proponiéndose que: A los ya existentes se les complete una investigación socio-psiquiátrica profunda del grupo familiar; tomando a dicho grupo como una unidad enferma. Asimismo se estructuró un método de Tratamiento Familiar realizado por un Trabajador Social.

Se anotan los resultados logrados en dos casos seleccionados en la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

La investigación se fundamentó en los objetivos siguientes:

Generales:

- a) Contribuir al fortalecimiento y modernización de los procedimientos de diagnóstico familiar de los pacientes con enfermedad mental.
- b) Contribuir a la eficacia del tratamiento familiar realizado por un Trabajador Social dentro de un equipo psicoterapéutico.
- c) Realizar una investigación que contribuya al aporte del Trabajo Social guatemalteco.

- d) Realizar un estudio de interés para el Trabajo Social guatemalteco.

Específicos:

- a) Conocer las causas de la problemática psicosocial de dos enfermos mentales y su familia.
- b) Sistematizar el tratamiento familiar, realizado por un Trabajador Social dentro de un equipo psicoterapéutico.
- c) Conocer los posibles efectos y consecuencias del problema investigado.
- d) Realizar una propuesta metodológica de intervención del Trabajador Social .
- e) Arribar a conclusiones y recomendaciones.

También es importante dar a conocer la hipótesis planteada para el desarrollo de la investigación:

“La falta de aceptación de la familia hacia el paciente, se debe a la conducta inadecuada del paciente y familia y poca conciencia del grupo familiar. Lo cual trae como consecuencia el agravamiento de la problemática socio-familiar.

Para efectos de presentación, el presente trabajo de tesis consta de los capítulos siguientes:

Capítulo I. Este describe el Trabajo Social en el campo psiquiátrico hospitalario a nivel Internacional y Nacional. Así como los servicios especializados que ofrece la institución, en la cual se efectuó la presente investigación.

Capitulo II. Se aborda la Metodología de Intervención del Trabajador Social en el campo Psiquiátrico. Además se presenta la Guía de Entrevista Socio-Psiquiátrica empleada a cada caso investigado.

Capitulo III: Se efectua un análisis de Correlaciones e Interpretación de la Problemática Psicosocial de los Pacientes y Familiares; tomando en consideración el problema, tratamiento y resultados obtenidos en cada caso y las aplicaciones al Trabajo Social respecto a la formación académica y a la práctica profesional.

Seguidamente, se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó con la realización del presente trabajo de investigación y bibliografía.

Se desea dejar constancia de reconocimiento y agradecimiento a la asesora de tesis Licenciada Silvia Telma Rodriguez de Leal, sin la cual el presente trabajo no hubiera sido posible. De la misma forma hago extensivo mi agradecimiento al Licenciado Luis Alfonso Beteta por su colaboración y estímulo.

Finalmente, mi gratitud para el paciente con enfermedad mental del Hospital Nacional de Salud Mental, quién inspiró el presente trabajo.

CAPITULO No. I

EL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO PSIQUIATRICO1. Breve referencia del Trabajo Social en el medio Hospitalario.

El trabajo Médico-Social tiene una función específica e indispensable dentro del medio hospitalario. Aunque no todos los problemas de una institución médica determinada involucran complicaciones sociales, en la mayoría de ellos para encontrar una solución favorable se requiere atención y/o tratamiento psico-social.

En términos generales, el campo de acción del Trabajo Social en una institución hospitalaria comprende la integración dinámica de tres focos de interés específicos, a saber: médico-paciente-institución. Trata de entrelazar y coordinar los intereses y motivaciones de todos y cada uno de ellos.

Colabora con el Médico, ofreciéndole una visión más completa de la personalidad del paciente, de su ambiente socio-familiar, de sus antecedentes personales: De su salud, de trabajo, condiciones de vida, etc. Con el objeto de proporcionarle elementos de conocimiento necesarios para el diagnóstico y tratamiento hospitalario y/o pos-hospitalario. Ahora bien, en ningún momento debe interpretarse. La mutua colaboración como subordinación de un profesional a otro, puesto que ambos poseen sus métodos y técnicas específicas, propias de la especialización científica que ha elegido y en el cual se ha adiestrado previamente.

En relación al paciente, trata de valorar, atenuar o eliminar las dificultades que se oponen o interfieren con su propia curación; ya que las enfermedades por sí solas son suficientes para provocar las mayores transformaciones en la vida de una persona; no solo alteran su nivel económico, sino sus hábitos e intereses, relaciones familiares y sexuales, carrera profesional, ocupaciones, dietas y vicios y, por tanto, suelen ocasionar serios cambios en las esferas física, psíquica y social del hombre.

Asímismo, frente a los familiares del paciente desarrolla una labor informativa y de interpretación de la enfermedad. Le corresponde además, la preparación de la convalecencia (condiciones higiénicas, económicas y afectivas) que en cierta medida depende de la colaboración efectiva de la propia familia.

Respecto a la institución, actúa como intermediario y responsable de los servicios y prestaciones que esta ofrece y que los solicitan y/o requieren. Dentro su papel también está incluida la misión de esforzarse por fomentar e intensificar las relaciones armónicas entre todos y cada uno de los integrantes del personal hospitalario.

Por ultimo el Trabajador Social puede y debe cooperar al desarrollo de la Higiene y la Salud Pública através del hospital y los servicios afines.

2. Consideraciones en torno al Trabajo Social actual en Centros Psiquiatricos.

2.1 A Nivel Internacional:

Al habla de Trabajo Social en el campo de la psiquiatría, este tiene como misión tratar de encausar y orientar lo problemas sociales que presentan los enfermos de esta especialidad. En el, por lo general al "cliente" se le llama o da el nombre de "paciente". Asímismo tiende a realizar en los grupos una profilaxis psico-social, con el objeto de evitar y prevenir los desajustes emocionales en el hombre.

"Psiquiatría: Disciplina médica, con fundamentos Psicológicos, que estudia las enfermedades mentales y los trastornos psíquicos con el fin de corregirlos y curarlos.

Se considera objeto de tratamiento psiquiátrico al paciente con trastornos psíquicos o sea la pérdida total o parcial de la Salud Mental." 1/

"Salud Mental: Un óptimo desarrollo y funcionamiento del individuo, permitiendo la realización de aspiraciones y satisfacciones de necesidades, así como la habilidad de cambiar o manejar el ambiente dentro de un contexto familiar, cultural y social dentro de la comunidad. Salud Mental es un componente integral de la salud en general, pero su promoción se extiende más allá del campo de la salud." 2/

"Trabajo Social Psiquiátrico: La creciente incorporación del Trabajo Social a la Psiquiatría ha dado lugar por la labor que realiza a través de equipos interdisciplinarios a la aparición del Trabajo Social Psiquiátrico.

En los comienzos, la tarea se limitó a comprobar y completar la historia clínica de los enfermos, pero progresivamente, su acción se fue extendiendo hasta participar en las soluciones de los problemas planteados por las enfermedades mentales. La labor del Trabajo Social fue adquiriendo importancia como destaca Rosa Becerra- en la medida que la psiquiatría comprobada que los trastornos mentales muchas veces están condicionados por el medio en que vive el enfermo, por sus circunstancias vitales y por la dinámica de las relaciones interpersonales.

Se suele distinguir en el Trabajo Social Psiquiátrico:

1/ Ezequiel Ander-Egg. "Diccionario de Trabajo Social", México año 1984. Pág. 293

2/ Escuela de Trabajo Social, "Revista de Trabajo Social" No. 32 México, año 1987. Pág. 27

la tarea intramural (que se realiza dentro del establecimiento) y la tarea extra-mural (que se lleva a cabo fuera del establecimiento). En el primer caso, se abarca toda la labor realizada con los pacientes y eventualmente con los familiares; en el segundo, se trata de tareas que se realizan con la familia y los grupos en donde actúa el paciente (laborales, escolares, etc.) las tramitaciones que deben realizarse con otras instituciones o dependencias y todas las tareas de proyección comunitaria.”3/

Los adelantos de la Psicología, Psiquiatría, Psicoterapia y Teorías Psicoanalíticas; así como la Orientación Vocacional y la Higiene Mental abren y amplían cada día nuevos y diferentes horizontes a esta especialidad.

Ahora bien, dichos profesionales prestan sus servicios no solo en instituciones psiquiátricas propiamente dichas, sino también en cárceles, hogares de readaptación social, escuelas especializadas para deficientes mentales, etc.

El Trabajo Social Psiquiátrico Internacional admite cinco etapas o áreas específicas dónde tiene diferente y peculiar aplicación. Ellas son :

I Etapa de Pre-admisión: En algunas instituciones el Trabajo Social se hace cargo del paciente, desde su “solicitud” hasta que se determina su “aceptación” o su “rechazo”. En otros hospitales los Trabajadores Sociales no intervienen en estos trámites por ser el mismo psiquiatra quién asume la responsabilidad médico legal de la hospitalización del enfermo psiquiátrico.

3/ Ander-Egg. Op. Cit. Pág. 334-335

II Etapa de Admisión: Las atenciones del Trabajador Social psiquiátrico al paciente en esta etapa son : Intangibles y tangibles. Entre las primeras se encuentra la labor encauzada a dar al paciente: Seguridad, apoyo y atenuar su angustia, temores u: hostilidades así como la estimulación a la cooperación con todos y cada uno de los miembros de la institución. Las atenciones tangibles admiten variables múltiples y entre ellas están por ejemplo: turnar al paciente a los distintos servicios técnicos, trámites administrativos, conexiones con recursos de la comunidad, etc., es decir, servicios concretos que requiere el paciente.

En esta etapa también se lleva a cabo la estructuración de la Historia Social, que es casi la principal responsabilidad del Trabajador Social Psiquiátrico. En ella se obtiene una narración del desarrollo psico-social del paciente, y una descripción de las características de los círculos correspondientes a los distintos pasos del proceso de psico-socialización; asimismo el desarrollo del problema que presenta dicho enfermo. Esta valiosa información contribuye a establecer el diagnóstico y el tratamiento ulterior.

III Etapa de Hospitalización: El tratamiento psicosocial se efectúa preferentemente durante la hospitalización. En cuanto a la participación de los Trabajadores Sociales psiquiátricos, Berman hace las siguientes premisas:

1.- El psiquiatra asume la responsabilidad del tratamiento del paciente y el Trabajador Social trata a los familiares.

2.- El psiquiatra asume igualmente la responsabilidad del tratamiento del paciente. El Trabajador Social no trata regularmente a los familiares, pero colabora con el médico suministrando servicios tangibles o concretos.

3.- El tratamiento del paciente está a cargo del Trabajador Social y el de los familiares es responsabilidad de otro Trabajador Social. En numerosas ocasiones se designa a un psiquiatra para tratar a uno o más miembros de la familia.

El tratamiento psico-social realizado por el Trabajador Social está coordinado con el equipo psicoterapéutico y bajo supervisión.

4.- El tratamiento del paciente está igualmente bajo la atención del Trabajador Social, pero se diferencia del anterior al no presentarse atención directa, ni regular a los familiares.

A todo lo anterior se puede añadir, que hay instituciones en donde el Trabajador Social participa también en la aplicación de la psicoterapia de grupo; así como en las diferentes actividades terapéuticas hospitalarias.

IV Etapa de Alta Psiquiátrica: Puesto que en muchas ocasiones después de obtenida el "alta", hay recaídas ocasionadas por los conflictos inherentes a su reincorporación al medio familiar, que puede no estar preparado para recibirlo, ni el para incorporarse; es responsabilidad del Trabajador Social psiquiátrico preparar a la familia para tal realidad, así como avisar al personal médico del hospital cuando llegue el momento oportuno para el "alta" la cual no se otorga mientras el medio familiar y el paciente mismo estén preparados para ello.

V. Etapa de convalecencia y atención post-institucional: El Trabajador Social continua su labor con el paciente aún después que éste ha abandonado la institución; debe continuar observándolo y velar por él.

Las actividades que puede desarrollar en esta etapa son muy diversas y pueden ser por ejemplo: Trámites, orientaciones prácticas, entrevistas específicas, visitas domiciliarias, conexiones institucionales, etc.

Un adelanto muy significativo en este campo de trabajo, lo constituyen los "hogares de convalecencia", que por lo general están conectados y supervisados por los hospitales y clínicas psiquiátricas. En ellos se ofrece una atención especializada a los pacientes dados de alta; es un puente acertado entre el régimen hospitalario, donde el paciente es un hombre completamente dependiente y pasivo, y la vida dentro de la sociedad, en la que se le exige requiere una absoluta y encauzada independencia.

El Trabajador Social, tiene como misión estudiar y elegir los hogares de convalecencia, para los pacientes que deban utilizarlos una vez que esto ha sido prescrito. Así mismo acude periódicamente a efectuar una observación y valoración del caso, y su evolución; esta información se discute posteriormente en reuniones con el equipo multidisciplinario. Ahora bien, también se registra el hecho que el Trabajador Social psiquiátrico sea un elemento del personal del mismo hogar de convalecencia, y realiza por tanto una labor más directa y prolongada con el paciente mismo.

Finalmente, se hace hincapié que cada día se inician nuevas y diferentes actividades y experiencias en este campo del Trabajo Social, debido al progreso científico ya señalado y cuyos resultados apenas se empiezan a divulgar"4/

4/ Romero Espinoza, María Tereza. Tesis "El Trabajo Social su importancia y proyección en el manejo de la psiquiatría". Universidad Autónoma de México, año 1987, Pág. 9-12

2.2 A Nivel Nacional:

Habiéndose descrito en forma global las actividades del Trabajo Social Psiquiátrico en el extranjero, se dirá lo concerniente al que se realiza en Guatemala.

El Trabajo Social guatemalteco en el campo de la psiquiatría se encuentra limitado por una serie de factores tanto interno como externo, es decir, en relación a la institución, a su organización y funcionamiento; al personal, a su número, horario y especialización; a las limitaciones que nuestro propio subdesarrollo nos impone.

Se concreta en gran parte en las actividades administrativas, es decir, en el manejo de servicios tangibles y concretos, que vienen a contribuir a la solución de las situaciones circundantes al problema central del paciente.

Ahora bien, en cuanto al aspecto de investigación social se encuentra la aplicación y realización de: Fichas Sociales e Informes Sociales, estas últimas pueden considerarse como un elemento especial y prácticamente privativo de las instituciones psiquiátricas, en ellas se da primicia a los aspectos subjetivos, emocionales y afectivos del medio ambiente circundante (original y actual) del paciente; los aspectos físicos concretos se quedan en cierta forma relegados a un segundo término. Asimismo se efectúan en ocasiones entrevistas concretas, para investigar determinada área y/o situación específica que se considere de sumo interés y de beneficio para el diagnóstico y tratamiento del paciente. Estas entrevistas pueden ser con los familiares más cercanos, con los jefes o superiores e incluso con compañeros de trabajo (todo esto es muy común en el caso del Hospital Nacional de Salud Mental); o bien con alguna persona cercana afectivamente al paciente, de los entrevistados, el círculo laboral o bien la misma institución hospitalaria. Estas informaciones se discuten con el médico tratante

o bien son tratadas en equipo multidisciplinario. El Trabajador Social también participa en el tratamiento como cooterapeuta en psicoterapias de grupo dirigidas a pacientes, familiares o encargados.

“Diagnóstico: Del griego diagnóstikos, “apto para reconocer”. En general, el término indica el análisis y determinación de una situación sobre la base de informaciones, datos y hechos, recogidos y ordenados sistemáticamente.

Usado inicialmente en medicina, el termino se aplica análogamente a otros campos del saber.”5/

“Tratamiento Social: Palabra introducida en la profesión de Servicio Social por Mary Richmond, para designar el acto o proceso tendente a solucionar los problemas del necesitado, mediante el cambio de sus actitudes y situaciones así como con el uso de recursos que el su grupo y su comunidad posee, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social.”6/

“Familia: En sentido estricto, grupo que tiene su fundamento en la pareja conyugal y su realización plena en la filiación derivada del mismo.

En su acepción amplia, conjunto de ascendentes, descendentes colaterales y afines con un tronco común.

5/ Ander-Egg. Op. Cit.. Pág. 118

6/ Ibid. Pág. 366

Analógicamente, se dice que constituye una familia un conjunto de individuos que tienen entre si relaciones de origen o semejanza.”7/

“Psicoterapia de grupo: Técnica psiquiátrica que utiliza como factor terapéutico la acción de un grupo de individuos, organizado y dirigido a ese fin.”8/

Experiencia que despierta en el Trabajador Social, la necesidad de mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento social para el paciente y su familia, logrando así una mejor integración.

El medio ambiente es fundamental en la vida de todo individuo. Es difícil determinar o cuantificar la proporción de características heredadas y las resultantes de la influencia del medio ambiente. Es por eso que, acertadamente se afirma que la herencia determina la estructura innata, fija los límites dentro de los cuales es posible el desarrollo, mientras que el medio ambiente determina la dirección particular que seguirá dicho desarrollo dentro de tales limitaciones.

El Trabajador Social dentro de sus funciones profesionales principales tiene la misión de llevar a cabo la investigación necesaria para obtener una visión psico-social del paciente psiquiátrico.

7/ Ibid. Pág. 154-155

8/ Ibid. Pág. 293

Por tal motivo, dentro del Trabajo Social existen lineamientos teóricos generales que norman dicha investigaciones; y que son aplicados según el criterio particular de la investigación dentro de la cual se llevan a cabo.

Ahora bien, se desea una mejoría de la Técnicas de Diagnóstico Familiar de los pacientes enfermos mentales, proponiéndose que : a los ya existentes se les complete una investigación socio-psiquiátrica profunda del grupo familiar de estos, tomando a dicho grupo como -unidad enferma.

En tal -unidad-, la patología del paciente enfermo mental no es algo aislado, una entidad distinta; sino que esta involucrado en una bien definida estructura psico-patológica. Puesto que la patología de la familia no es una suma de la patologías de varias personas, sino que, es dinámicamente hablando un todo indivisible.

Al lograr una investigación de este tipo, la familia en estudio puede ser diagnosticada tridimensionalmente, es decir, permitirá la valoración de la siguientes tres esferas: Lo que sucede dentro del hombre; la interacción existen entre el hombre y su familia; las pautas psicosociales de la familia como un todo.

La comunicación inconsciente o la acción recíproca entre personas puede ocasionar y/o conservar una situación patológica; de igual modo que otro genero de comunicación puede ayudar a mejorarla.

Es por eso que la familia siendo unidad de desarrollo y experiencia es asimismo foco de salud o enfermedad, ya que puede estimular o impedir el desarrollo y la maduración.

La patología de la familia tiene estructuras y dinámica propias que requiere conocimientos y tratamientos específico. Por tal

motivo, toda la labor realizada con un enfermo mental determinado se ve en muchas ocasiones amenazada por el clima psicopatológico predominante en su propia familia, así como por las actitudes de la misma hacia el paciente, sobre todo cuando nuevamente vuelven a entrar en contacto e intercomunicación directa..

Es necesario y urgente que la familia del enfermo mental sea atendida terapéuticamente y en concreto por un Trabajadora Social, puesto que, la familia es y ha sido siempre uno de los campos específicos de dicho profesional; además se afirma que el Trabajador Social es el eslabón entre el médico, el paciente y la familia.

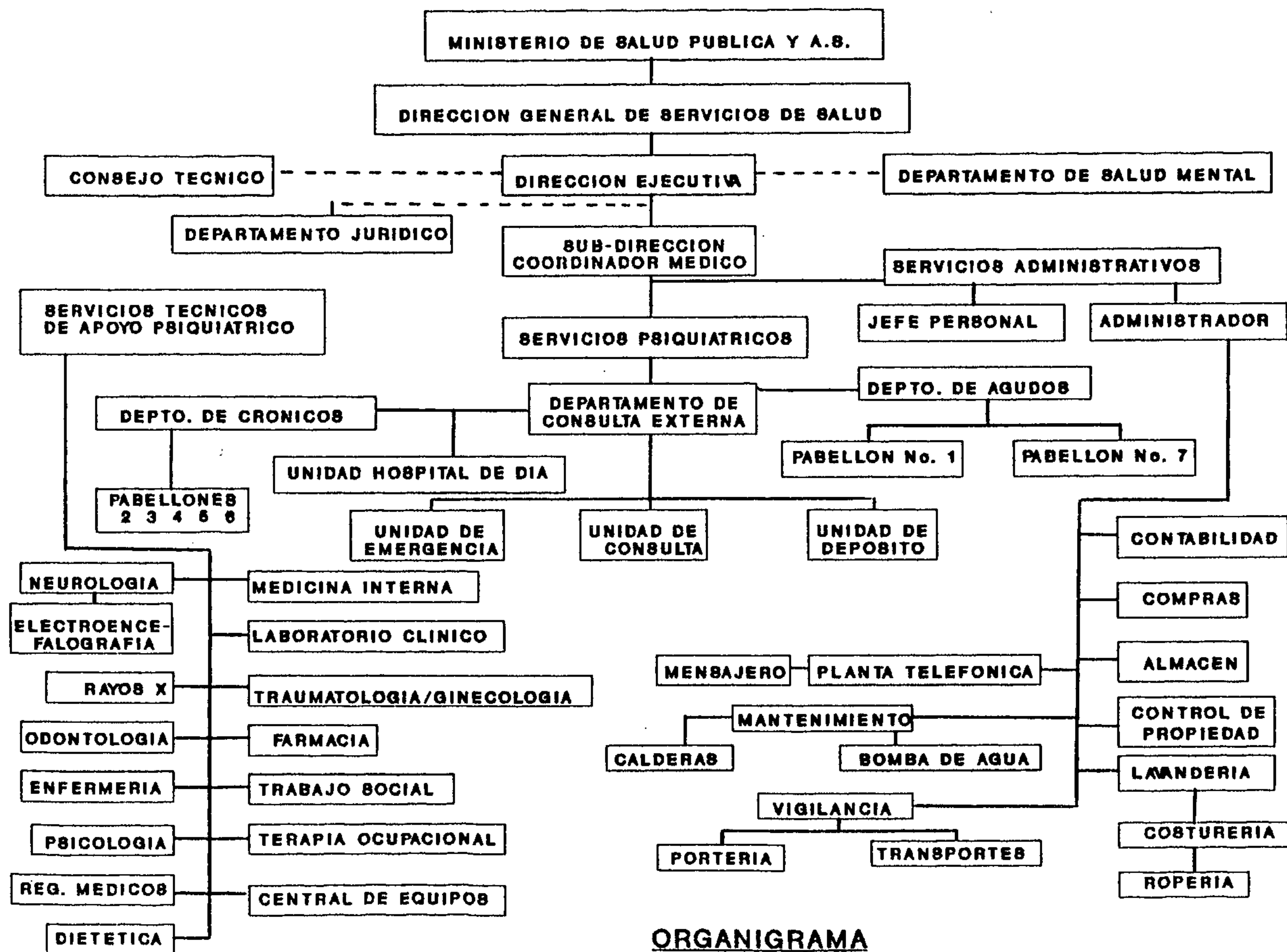
2.2.1 Servicios Especializados:

Los servicios especializados que ofrece el Hospital Nacional de Salud Mental son los siguientes: Psiquiátricos (Médicos Psiquiatras y Residentes en Psiquiatría). Técnicos de mayor apoyo: Neurología, Medicina Interna, Electroencefalografía, Laboratorio Clínico, Rayos X, Traumatología, Ginecología, Odontología, Farmacia, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Terapia Ocupacional, Registros Médicos, Central de Equipo y Dietética.

Los departamentos que brindan atención directa al paciente son: Consulta Externa, Clínica de Medicamentos de Depósito y Unidad de Rehabilitación Diurna. Departamento de Agudos (Intensivos) pabellones número Uno y Siete. Departamento de Crónicos, pabellones números Dos, Tres, Cuatro y Seis.

Los servicios administrativos dependen de la Dirección Ejecutiva y Sub-Dirección, ellos son: Jefe de personal y Administrador; de la administración dependen los Departamentos de: Contabilidad, Compras, Almacén, Mensajería, Planta Telefónica, Mantenimiento (Calderas, Bombas de Agua), Vigilancia (Portería,

Transportes), Control de Propiedad, Lavandería, Costurería y ropería, (ver organigrama adjunto.)



**ORGANIGRAMA
HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL**

Capítulo No II

METODOLOGIA DE INTERVENCION DEL TRABAJADOR. SOCIAL EN EL CAMPO PSIQUIATRICO.

1. Metodología Vigente.

La metodología empleada para la elaboración y realización de la presente experiencia puede ser vista bi-dimensionalmente, es decir, que admite doble corte: Horizontal y Vertical.

De esta manera, horizontalmente permite ver la secuencia de los pasos metodológicos y verticalmente proporciona el contenido de cada uno de ellos.

Siguiendo este criterio normativo se obtiene lo siguiente:

1.1 Diagnóstico Socio-Familiar Inicial:

Es decir, la primera tentativa del Trabajador Social por conocer, interpretar y evaluar la problemática de la relaciones familiares.

El diagnóstico Socio-Familiar Inicial se obtiene en el primer contacto interpersonal formal o entrevista que realiza el Trabajador Social con la familia del paciente enfermo mental. Y generalmente este encuentro se lleva a cabo al obtener los datos estructurales de la Historia Social del paciente psiquiátrico (comprende historia del desarrollo, escolaridad, hábitos e intereses, etc.).

A pesar que el diagnóstico se inicia desde el primer momento que es observada y valorada la familia, se continua a lo largo de todo el proceso terapéutico. Este primer diagnóstico casi nunca es

definitivo categóricamente hablado; se acepta el principio de la rectificación. Sin embargo, de la solidez de sus bases depende la estructura del diagnóstico interpretativo y del tratamiento socio-familiar mismo.

El objetivo principal de esta primera etapa es valorar en términos generales los factores positivos y negativos que ofrece la familia, es decir, en cuanto al grado de cooperación y posibilidades de cambio y reajuste de actitudes respecto al paciente. Y esto se deduce del tiempo específico de patología que presenta el propio paciente, del efecto aparente que ha tenido tal situación en la estructura familiar y de la apariencia estructural y dinámica de la familia misma, evaluando tanto individual como grupalmente hablando.

Ahora bien, de la forma y circunstancias en las que se realice el primer contacto interpersonal formal dependerá en gran parte los resultados que se obtengan a lo largo de todo el proceso terapéutico. debiendo tomar en consideración los factores externos como: Lugar de entrevista, día y lugar de entrevista, el ambiente mismo de la entrevista. Y los factores internos como: El conocimiento previo de parte de la familia e inicialmente del mismo paciente de la entrevista programada, la confianza que ofrece el saber los objetivos y fines específicos de la entrevista primera y la participación directa que tiene en ella los propios familiares, la seguridad que da el conocimiento del carácter confidencial que tendrá la información proporcionada, la estabilidad y confianza que ofrezca el diálogo del Trabajador Social así como su propia habilidad para mejorar la entrevista misma.

1.2 Profundización del Diagnóstico Socio-Familiar:

Para ello se emplea el esquema de la Guía de Entrevista Estructurada Socio-Psiquiátrica, la cual constituye en así la realización de los objetivos de la tesis: Obtener una mejoría de los procedimientos de diagnóstico familiar de los pacientes con enfermedad mental.

Dicha entrevista trata de profundizar ampliamente en la estructura y dinámica de la Unidad-Familiar.

La etapa de profundización del diagnóstico socio-familiar tiene tres objetivos específicos, a saber:

a) La recopilación de datos objetivos y subjetivos de la familia del paciente con enfermedad mental determinado. Implica tanto la descripción del aspecto externo de los integrantes de la familia y del medio físico que los rodea, en el cual se desenvuelven: como la descripción de la estructura y dinámica psico-social que caracteriza el grupo al grupo familiar. Dicha estructura posee aspectos generales, comunes al momento socio-cultural en el que viven aspectos a matices particulares, propios de la familia como tal y los resultantes de su correlación con el paciente psiquiátrico.

b) La interpretación psico-social resultante de los datos obtenidos y el estudio de sus causas determinantes, con condicionantes y coadyuvantes. El material anterior se somete a un análisis interpretativo psico-socialmente orientado. Valorando no sólo lo negativo sino también los aspectos positivos que se registren dentro del grupo familiar. No se pretende contestar las interrogantes: ¿qué pasó? ó ¿quién tiene razón?; sino más bien: ¿por qué? y ¿cómo pasó?.

Al diagnosticar al grupo familiar, se determinará por tanto, el tipo, intensidad y contenido del problema principal y de los colaterales; jerarquizando todos los conflictos existentes, tomando para esto último, la visión que tengan ellos mismo de tales situaciones, estableciendo la diferencia cualitativa y cuantitativa entre lo que dicen, lo que quieren, lo que conviene y lo que creen o pueden alcanzar u obtener. Valorando asimismo las fuerzas físicas, psíquicas y sociales con que cuenta para salir de esa o esas situaciones conflictivas y además que elementos que ofrece la Comunidad que puedan ser aprovechados a lo largo del proceso terapéutico como elementos colaterales de resolución de situaciones conflictivas. Y finalmente, se considera las posibles repercusiones que el cambio pueda tener en el grupo familiar, previendo por lo tanto al máximo las consecuencias futuras, para que al estructurarse el plan social a seguir, posea una visión global y futura del grupo familiar, y su integración y organización sea mas acertada.

Además dado el carácter dinámico de la familia, cuya parte medular está representada por el hombre y su conducta, el cual siempre estará en constante evolución y movimiento; no se le debe dar a este diagnóstico profundo una connotación estática, puesto que en un momento dado puede ser factible la aparición de nuevos problemas o situaciones de ninguna manera prevesibles y que alteren o modifiquen toda la estructura ya valorada.

c) La sensibilización de la familia a la futura y formal acción terapéutica psico-social.

Todo proceso de profundización del diagnóstico socio-familiar es en sí un proceso paralelo al tratamiento psico-social y no solo un paso previo al mismo; razón por la que se incluye las siguientes consideraciones:

d) Dirigir los contactos interpersonales con la familia, en el sentido de la obtención espontánea posterior de su propia colaboración en el proceso terapéutico.

e) Darle cierta conciencia del problema y deseos de cambio.

f) Hacer una exploración sutil de sus posibles disposiciones a determinar enfoque de tratamiento psico-social.

g) Ofrecer una relación de seguridad y aceptación así como de apoyo pues la situación que atraviesan los, predispone para sentirse culpable y sumamente inseguros y desconcertados.

Un factor importante de esta etapa metodológica es: Que la investigación profunda se logra ocupando para ello, un mínimo de cuatro o cinco entrevistas, con una duración de sesenta minutos y en un lugar adecuado para evitar interferencia en el trabajo.

1.3 Acción Terapéutica Socio-Familiar.

La acción terapéutica socio-familiar pretende ser integral, por tal motivo, abarca dos áreas de servicios, a saber:

a) Servicios Tangibles: Se entiende por servicio tangible, un servicio práctico, un trámite administrativo, una solución concreta, la utilización de un recurso que ofrezca la Comunidad, etc... Actúan para darle mayor solidez a la acción terapéutica, ya que resuelven conflictos o situaciones concretas que están interfiriendo la meta mediata propuesta. Se entiende solo en relación con el proceso terapéutico; puesto que de lo contrario, serían simples paliativos.

b) Servicios Intangibles: Estos servicios son los que constituyen la parte medular de la acción terapéutica socio-familiar y en última instancia, son la integración familia-paciente en un nivel

diferente al que había predominado en sus relaciones anteriores. Para pretender llegar a esta meta última es necesario emprender un largo y laborioso trabajo conjunto con la familia del paciente enfermo mental.

Ahora bien, la acción terapéutica socio-familiar posee en su estructura y contenido dos esferas determinadas, es decir:

c) Pasos Generales o Básicos: Que constituyen los aspectos comunes a cualquier caso, es decir el proceso terapéutico psico-social mismo.

d) Contenidos Diferentes a cada Caso: O sea, situaciones secundarias y particulares que rodean a cada caso y que requieren también atención psico-social: son por tanto de una gran variedad y diversidad ilimitada. La acción terapéutica socio-familiar está formada por la secuencia de tres aspectos o situaciones básicas, a saber: Proceso de preparación de la Familia respecto al Paciente, Proceso de Integración Familiar respecto al paciente, Proceso de Integración Familiar (familia-paciente).

A continuación se refiere ampliamente la estructura del proceso terapéutico y al final de tal descripción se hace mención a las técnicas empleadas para lograr el éxito del mismo.

1.3.1 Proceso de Preparación de la Familia respecto al Paciente.

En esta etapa se pretende fundamentalmente que la familia llegue a estar consciente del problema en relación con el paciente psiquiátrico.

El Trabajador Social en una relación de seguridad, de aceptación, de no juzgar que le ofrece a la familia les da autonomía suficiente, la sensación de sentirse libres de expresar sus ideas y

sentimientos, es decir, sus situaciones conflictivas grupales en general y principalmente las tensiones ocasionadas por su contacto con el paciente psiquiátrico. Los lleva a una introspección, a un auto-análisis, a una reflexión hacia un intento de ver o entender el punto de vista de todos y cada uno de los involucrados en el problema y al decir esto, se incluye también al propio paciente.

Ahora bien, de esa libertad de expresión de ese no sentirse juzgado por el Trabajador Social, tampoco criticado, no presionado por él, se pretende obtener que la familia se conozca mejor a sí misma y de ese descubrimiento de sí mismos como grupo de la percepción de sus relaciones interpersonales y las específicas con el paciente psiquiátrico, de su lugar dentro de la dinámica familiar patológica, adquirirán cierta capacidad de actuación positiva, ya que al tener una nueva o mejor visión de su propia dinámica y de haber efectuado esa "catarsis" estarán más libres de sus propios conflictos, puestos que, en las relaciones intergrupales los problemas de cualquiera de los miembros aunque puedan variar en gravedad y magnitud interactúan en todos y cada uno de ellos y llegan a ocasionar barreras mutuas y mutuos problemas.

Al cumplirse esta primera etapa traerá conjuntamente la adquisición de la conciencia de enfermedad del paciente, y al poseerla la familia tendrá una nueva y diferente visualización de él y de su propia conducta hacia ellos.

Se les aclara las dudas y temores que tengan respecto al paciente y que generalmente son en torno de la enfermedad que presenta, del tratamiento que recibe, de su próxima alta hospitalaria, de propio futuro y sobre todo de sus relaciones con el mismo, de ciertas medidas, preventivas que puedan ser tomadas en un momento dado de peligro inminente.

1.3.2. Proceso de Ajuste de la Familia respecto al Paciente.

Una vez que la familia tiene un conocimiento más o menos claro de su propia situación grupal respecto al paciente y de las posibilidades que éste último les ofrece; es necesario que lleguen al conocimiento y al convencimiento mismo que en ellos está la posible resolución de tal conflicto familiar. De esta manera tendrán que descubrir sus propios recursos y capacidades; valorarlos, desarrollarlos y utilizarlos en beneficio individual y grupal.

Este trabajo en dónde la familia tiene en sí la parte más activa, necesite la intervención del Trabajador Social como factor condicionante para el cambio. Realizarán conjuntamente esa búsqueda de soluciones y teniendo como meta no una imposible existencias sin problemas sino ayudar a la familia a desarrollar las fuerzas positivas que posee y a atenuar lo negativo que presente en beneficio propio y de los demás.

La familia al pretender lograr un adecuado proceso de ajuste frente al paciente, tendrá primero que intentar solucionar sus propios conflictos personales y grupales, que evidentemente estarán obstruyendo el logro de la meta propuesta. Es así como secundaria o conjuntamente se obtiene una forma nueva de interpelación familiar, puesto que para desear obtener el logro de una meta común, es necesario que antes ellos hayan logrado un ajuste personal y posteriormente grupal.

La familia discutirá, planeará y se auto-evaluará en su mismo y propio proceso de cambio. Afrontará grupalmente los resultados propios de dicho cambio y determinará la posición que deben tomar en determinadas circunstancias, por ejemplo: La oposición o la indiferencia de alguno o algunos de los miembros de la familia a la nueva trayectoria que está tomando dicho grupo familiar; o bien la

resistencia o reacciones propias que presente el paciente ante tal situación.

1.3.3. Proceso de Integración Familiar.

En esta tercera y última fase de la acción terapéutica socio-familiar, se espera que ya la familia esté lo suficientemente consiente de su problemática grupal, especialmente en su relación con el paciente psiquiátrico que los intentos de solución que ha encontrado por si mismo los continúe y consolide aún sin la intervención directa y constante de Trabajador Social. Ahora deben ser capaces de 'independizarse' de dicho profesional, recibiendo ya sólo de él un asesoramiento o supervisión periódica y que progresivamente será más distanciada en cuánto, al tiempo entre una y otra entrevista.

El conocimiento que tengan de sí mismos será más real, puesto que ya fueron capaces de aclararse mutuamente distorsiones y frustraciones, han aprendido asimismo nuevas formas de interacción, han descubierto puntos de contacto, centros de unión y quizás en algún caso han empezado a canalizar sus afectos a otros y diferentes intereses externos.

Después de haber hecho una valoración de su vida anterior, podrán ser capaces de aprovechar la experiencia de los incidentes que sobrevienen a toda unidad patológica a fin de suspender la repetición de ellos, incluso prevenir situaciones conflictivas y ante todo seguir aprendiendo y visualizando mejor a los demás integrantes. Es decir: Saber realmente quienes son, que se puede esperar de cada uno de ellos, que ofrecen ellos a los demás, a donde se dirigen y que pretenden lograr.

Con esto, los diferentes integrantes de la familia son capaces de integrar al paciente mismo y que en la mayoría de los casos -es y

ha sido el más aislado-del grupo familiar. Sabrán como tratarlo y serán capaces de aceptarlo y contribuirán a su desarrollo dándole todo el apoyo necesario para llegar a - realizarse como persona-.

Los aspectos metodológicos para la intervención del Trabajador Social, en la acción terapéutica son los siguientes:

a) La acción terapéutica socio-familiar se hace dentro del mismo medio familiar, en donde el Trabajador Social se integra a ellos, es decir que sin abandonar su función profesional se hace participante e integrante del grupo, puesto que junto con ellos emprende un proceso para la obtención de las metas deseadas.

b) La acción terapéutica socio-familiar al realizarse sin desprender a la familia de su medio hará más espontánea la actuación de ellos asimismo podrán ser observados profesionalmente a distintos niveles (entre ellos mismos, con la presencia de extraños, como resuelven situaciones inesperadas, etc.).

c) Deben planearse minuciosamente las entrevistas y una vez iniciadas el Trabajo Social debe de ser sumamente consistente, sobre todo cuando la dependencia hacia él se hace más evidente.

d) Se trabaja con la persona que que crea más indicada; dado el lugar o roles que desempeña dentro de la familia e incluso puede ser con la persona más dañina para el paciente y que además ofrezca posibilidades de cambio de posición frente a él. De esta manera, se obtiene que dicha figura central de la acción terapéutica actúe dentro del grupo familiar obteniéndose entonces resultados en los demás, logrados en sí en una forma indirecta.

e) La acción terapéutica socio-familiar debe de realizarse cuando el paciente está hospitalizado, intensificarse en su próxima

alta hospitalaria y aún continuarse en el tiempo inmediato posterior a su salida del hospital.

Estando el paciente totalmente hospitalizado. Se podría cubrir la primera fase del proceso. La segunda etapa idealmente se iniciaría cuando el paciente empieza a salir de permiso de la institución donde recibe el tratamiento pues en ese tiempo es en donde se puede evaluar el trabajo realizado, orientarlo en otra dirección según el caso, etc. Ahora bien, el trabajo se debe continuar e intensificar en el tiempo de la próxima alta hospitalaria, pues es entonces cuando se hacen más evidentes los temores, dudas y reaparecen incluso hostilidades, rechazos, etc. frente a la figura del paciente, que hasta entonces sólo hacía su aparición en la escena familiar esporádicamente o por breve tiempo. Es quizá esta etapa, una fase "clave", dentro del proceso terapéutico. Se refiere que se continúe aún después de que el paciente salió del hospital para asegurar la consistencia del lo ya realizado o bien para actuar con una función de supervisión grupal.

f) Como todo proceso referente a la conducta humana, no puede fijarse un tiempo límite para que se cumplan las metas; ni tampoco concretizar los resultados inmediatos, etc. Sino más bien, los resultados se van viendo a través del tiempo y de la actuación del grupo familiar mismo, asimismo se ven reflejados en el paciente psiquiátrico, el cual percibe el cambio emocional ocurrido en el ambiente familiar.

g) Todo proceso en sí depende en gran parte de la escolaridad del grupo familiar, del estrato socio-cultural al que pertenezcan, del grado de contaminación psicopatológica que presenten, de las disposiciones positivas que ofrezcan, de la patología del paciente psiquiátrico, así como el rol mismo que desempeñe este último en el grupo familiar.

1.3.4 Técnicas Específicas de la Acción Terapéutica Socio-Familiar.

Antes de enumerarlas, cabe mencionar que pueden aplicarse en dos situaciones determinadas, es decir que admiten dos variantes específicas, a saber:

1. Sesiones o entrevistas individuales.
2. Sesiones o entrevistas grupales.

1). Las entrevistas individuales: Por lo general son las empleadas cuando el Trabajador Social irrumpe en la escena familiar, puesto que al iniciar los contactos con la familia prefiere entrevistarlos individualmente para poder obtener mayor veracidad y confianza de parte de ellos.

Las sesiones o entrevistas individuales pueden ser totalmente espontáneas, es decir el tema de ellas es elegido por el entrevistado. O bien, pueden ser dirigidas. En estas últimas el Trabajador Social guía la entrevista hacia un determinado objetivo de acuerdo con la problemática familiar existente. Asimismo en un momento dado puede utilizar temas que con un propósito específico den una entrevista individual espontánea.

En las sesiones individuales los diversos integrantes del grupo familiar salen del -monologo familiar- y abren con la etapa previa y necesaria para poder llegar a conocer al grupo familiar mismo.

2) Las entrevistas o sesiones grupales: Admiten también la división de entrevistas espontáneas y entrevistas dirigidas. Pueden ser asimismo con dos o más integrantes familiares y sin el paciente, o bien incluyéndolos también.

Dentro de una sesión grupal, los diferentes familiares se sienten respaldados por la figura del Trabajador Social y son capaces de exteriorizar sus propias emociones aclarar mutuos temores, hostilidades, resentimientos, frustraciones, etc. Y les permiten conjuntamente descubrir nuevos puntos de contacto, centros de intereses comunes, aspectos positivos en sus relaciones, etc.

Las entrevistas grupales los llevan a comprender que funcionarán mejor sólo si la conducta de cada uno satisface las necesidades genuinas de los demás y no solamente las propias. Entonces serán capaces de buscar conjuntamente una solución satisfactoria para todos. De esta manera, no se corre el riesgo de que la actitud diferente adoptada por uno de ellos desequilibre más la pobre estructura de identidad existente, o bien que encuentre mecanismos que impidan continuar el cambio que él desea lograr. Ahora bien, como todo ser humano suele adoptar o influenciarse por las actitudes y en general de toda la dinámica de su grupo. Si existen intereses comunes de cambio, de solución de sus problemas, etc. las determinaciones conjuntas que adoptan tendrán más solidez y continuidad en el tiempo.

Ahora bien, dentro de estas dos grandes variantes de las técnicas de la acción terapéutica socio-familiar, se puede trabajar a diferentes niveles, los cuales están determinados por las características propias de la familia en tratamiento, es decir que con el grupo familiar se trabaja al nivel que sean ellos capaces de tolerar.

De esta manera, las técnicas serán:

a) Apoyo Psicológico.

El apoyo psicológico es una forma de tratamiento, pero siempre y cuando ese apoyo no signifique para el grupo familiar una "muleta" permanente sobre la cual descansar. El apoyo debe

ofrecerse para estimular la acción, para darles seguridad y confianza en la empresa conjunta que han iniciado con el Trabajador Social, para ayudarlos a valerse por sí mismos y en última instancia para conducir a independizarse del Trabajador Social.

b) Verbalización de Conflictos.

La verbalización de conflictos consiste en permitirles y guiarles a expresar libremente todos sus temores, miedos, hostilidades, rechazos, frustraciones, sentimientos de culpa y separación, etc. Ahora bien, generalmente en un principio hablan de las situaciones conflictivas en relación única con el paciente psiquiátrico, pero posteriormente desean hablar de sí mismo y de su propio papel dentro de la patología familiar.

c) Dirección:

En algunas situaciones determinadas será necesario darle cierta dirección, es decir, en algunos aspectos confusos se les puede dar algunas indicaciones u orientaciones generales, que ellos con su propia experiencia cotidiana y personalidad característica irán concretizándolas o aplicando a situaciones específicas. Esto comprende principalmente a las relaciones interpersonales con el paciente.

d) Explicaciones.

Las explicaciones más comunes que se suelen dar a un grupo familiar son las relacionadas con: -qué es la enfermedad mental-, -cuál es la patología de su paciente-, - qué es la psicoterapia-, -quién es el psiquiatra-, quién es el Trabajador Social y sus funciones dentro de la familia-, -la relación médico-paciente-, - la relación Trabajadora Social-familiar-, etc.

e) Confrontaciones y Aclaraciones Mutuas.

Hay ocasiones que deberá de confrontarse dentro del grupo familiar algunas actitudes o situaciones, ya sea para hacérselas

conscientes, orientarlas, o para propiciar aclaraciones mutuas. Y de esta forma disminuir la atmósfera emocional de tensión y confusión que existe dentro del mismo.

f) Interpretaciones..

Las interpretaciones suelen ser sobre la situación familiar existente, los conflictos registrados, los rasgos de conducta predominantes, los errores cometidos. Asimismo se analiza conjuntamente con la persona o las personas en tratamiento las relaciones existentes entre el paciente y el grupo familiar: La conducta que presentan y la respuesta que obtienen; profundizando o interpretando -el contenido inconsciente- que hay en tales situaciones. Esto es fundamentalmente en el caso de pacientes esquizofrénicos.

g) Represión.

Hay aspectos o situaciones específicas en la vida de un grupo familiar determinado que conviene permanezca reprimidas, para beneficio de todos y cada uno de sus integrantes. Por tal motivo, una vez que han sido detectadas tales situaciones o aspectos debe trabajarse en la represión de las mismas o bien procurar incrementar y reforzar la represión existente.

h) Fomento o Desarrollo de Facultades Naturales.

Todo grupo o persona posee aspectos, cualidades, habilidades, intereses específicos que deben y pueden ser explotados en beneficio propio y de los demás. Es por esto, que el Trabajador Social no debe descuidar tales consideraciones sino por el contrario debe fomentar, encauzar y desarrollar todo aquello que posea el grupo familiar y que pueda contribuir en una u otra forma a la resolución del conflicto intergrupar dado.

i) Discusión de Soluciones.

Las determinaciones e intentos de solución del conflicto familiar son discutidas y valoradas conjuntamente con el Trabajador Social, el cual les muestra los aspectos positivos de la situación, pero sin ocultarles los negativos que son precisamente los que hay que tratar de minimizar o superar con su propio esfuerzo y con los recursos que ofrezca la Comunidad misma. Son utilizadas asimismo para aclarar situaciones patológicas, por ejemplo las que resultan de sentimientos de culpa y conducta resolutivas se efectúa por tanto, en la limitación, control y orientación de las soluciones o resoluciones adoptadas.

2. Criterio Seguido para la Selección de Casos.

Después de elaborar un esquema teórico a seguir, se seleccionaron los casos de dos familias de pacientes psiquiátricos objetos de estudio, de un mismo servicio del Hospital Nacional de Salud Mental, en los cuales resultaría factible aplicar y sistematizar el tratamiento.

Se eligieron casos que por sus características generales pudieran en un momento dado ser considerados como representativos de los núcleos mayores.

De esta manera, se seleccionaron casos dónde se registrarán las siguientes situaciones:

- Un grupo familiar completo, es decir compuesto por el padre, la madre y los hijos.
- Un grupo familiar, dónde uno de sus integrantes es un paciente psiquiátrico y además está considerado como un paciente crónico.

- Un grupo familiar, con serios problemas generales (aquí se excluye teóricamente los que se involucran directamente al paciente psiquiátrico).
- Un grupo familiar, dónde el paciente psiquiátrico está ocasionando serios problema de índole objetiva y subjetiva.
- Un grupo familiar, dónde el paciente psiquiátrico no es aceptado física y/o emocionalmente.
- Un grupo familiar, dónde el paciente psiquiátrico es considerado como un perturbador del clima emocional predominante; así como de los intereses personales y colectivos existentes.

Intensionalmente se buscaron tales características en familias con diferente nivel socio-cultural y económico. Asimismo se seleccionaron los casos según el número de ingresos al hospital y según el parentesco del paciente dentro de su grupo familiar, esto último se considera de sumo interés e importancia.

Se estableció un lapso de dos meses para trabajar terapéuticamente con dicha familias, sin embargo se previó la posibilidad de reducir o prolongar la duración de la acción socio-familiar según las circunstancias y los logros de las metas pre-establecidas, para poder proponer o sugerir un tratamiento socio-familiar de los pacientes con enfermedad mental.

2.1 Presentación y Comentario de la Guía de Entrevista

Socio-Psiquiátrica empleada:

Una investigación socio-psiquiátrica no es una simple recopilación de datos muertos, es el material fundamental para poder reconstruir el curso de los conflictos psico-sociales ocurridos y existentes entre el hombre y su familia, así como los demás grupos sociales a los cuales ha pertenecido y aún pertenece.

La investigación parte y converge en el grupo familiar mismo. De tal suerte que permite descubrir y comprender la interacción entre la inadaptación y enfermedad del individuo y la perturbación patológica de las relaciones con y de su grupo familiar. Asimismo ofrece la oportunidad de conocer y tratar de profundizar sobre la patología misma de la familia considerando a ésta última como unidad y en última instancia permite evaluar la interacción de la misma con la sociedad propiamente dicha.

Antes de pasar a la presentación global de la guía de entrevista estructurada socio-psiquiátrica se mencionan algunos comentarios sobre la misma. Por tal motivo a continuación se hace referencia al nombre así como a la función específica de cada uno de los elementos integrantes y componentes de dicha entrevista.

La entrevista socio-psiquiátrica consta en si de siete secciones o puntos básicos e indispensables de investigación, a saber:

- I. INT RODUCCION
- II. HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE.
- III. HISTORIA FAMILIAR.
- IV. IDENTIFICACION DE LOS DATOS.
- V. PROBLEMATICA PSICOSOCIAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA.
- VI. ACTITUDES HACIA EL PROBLEMA FAMILIAR Y HACIA LA INTERVENCION PROFESIONAL.
- VII. CONCLUSIONES.

Para poder obtener la identificación general del problema en la sección I, se recopilan datos generales del paciente a investigar, motivo de consulta y su problemática actual.

En la sección II se hablará y profundizará más en el análisis descriptivo de la historia y de la problemática en sí del paciente, misma que estará indicada en la primera sección de la guía de entrevista estructurada socio-psiquiátrica y se esboza o hace referencia más o menos explícita a lo largo de la misma.

Se destina la sección III para investigar las familias respectivas de los padres, puesto que se considera de vital importancia tal conocimiento para poder estudiar y valorar las bases originales del tal -unidad familiar-, así como las circunstancias que rodearon y las que todavía existen en relación con la familia en estudio.

Esta sección será de suma importancia por considerar que cada acto de la vida del hombre por mínimo que sea, está en cierta medida condicionado o determinado por su pasado genético-histórico, por su propia experiencia y por la interacción existente entre él y los seres humanos que los rodean.

La sección IV, es para especular sobre las posibilidades de acción terapéutica socio-familiar una vez que se ha conocido la situación actual del problema familiar se analizará a la unidad familia en cuanto a sus componentes y en cuánto a las bases socio-culturales sobre la cuales está cimentada.

Sección V, puesto que la familia es una bien definida Organización con historia y dinámica propias; se ha estructurado una amplia sección que ayuda a valorar tanto interna como externamente a dicha unidad-familiar.

Esta sección proporcionará datos sobre quiénes ejercen mayor o menor influencia dentro del grupo, qué posiciones ocupan, qué roles representan. Se descubre por tanto, las características específicas y el tipo determinado de - identidad - y - estabilidad - familiar y su concomitante repercusión en el medio social dentro del cual se desenvuelven y pertenecen.

La sección VI se pretende trabajar bidimensionalmente con la primera haciendo una reseña tanto del problema de la actitud del propio paciente y posteriormente haciendo referencia a los dinamismos de conducta de la familia en relación con el problema familiar ya mencionado.

La sección VII constituirá en sí el corolario de una serie de puntos claves en el estudio de la familia y que se enunciarán siguiendo una secuencia necesaria e indispensable para lograr tal efecto.

Dicha sección pretende lograr u obtener un diagnóstico así como el correspondiente pronóstico social de la familia en estudio, para ello se tomará en cuenta que un adecuado análisis y la valoración resultante de los procesos psico-sociales familiares debe estar relacionado con el hombre mismo y dentro de su contexto temporo-espacial, es decir basado en el régimen social predominante y en sus respectivos valores, con su sub-cultura correspondiente así como dentro de su marco geográfico.

Finalmente, se planeará con base a los datos psico-sociales anteriores el plan social o de acción terapéutica socio-familiar a seguir en el futuro con dicha familia.

II . PARTE: HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE:

1. Describir:

Circuntancias físicas y emocionales en las que se efectuó el embarazo y el parto, lugar que ocupa dentro de los hermanos, fecha de nacimiento actitudes generales.

2. Desarrollo Psicomotor:

Lactancia, destete, control de esfínteres, primeras palabras, primeros pasos, algún cambio importante en conducta o carácter, rechazo o aceptación dentro del grupo , causas. Vacunas, enfermedades propias de la infancia.

3. Escolaridad:

Fecha y circunstancias en las que ingresa a la escuela, actitudes y comportamiento observado entre él, maestros y compañeros. Estudios realizados y resultados obtenidos, deserción escolar, rechazo escolar, motivación para la carrera profesional.

4. Desarrollo Social:

Amistades y su motivación, hábitos e intereses, fiestas y diversiones.

5. Desarrollo Sexual.

Masturbación, menstruación, cambios físicos de la pubertad, contactos sexuales, impresión comportamientos hacia el sexo opuesto, noviazgos y matrimonios, rechazo o satisfacción, etc.

6. Historial Laboral:

III. PARTE: HISTORIA FAMILIAR:

1. Relaciones Materno-Filial y Paterno-Filial Habitual:

Describir las relaciones de la pareja paterna y de cada progenitor y la influencia de los mismos sobre el paciente y viceversa.

2. Relaciones Habituales entre Hermanos y Pacientes:

Evaluar el tipo de relaciones existentes. Orígenes y causas.

3. Las Familias respectivas de Los Padres:

3.1 Describir:

Antecedentes patológicos, lugar que ocupan los padres entre los hermanos, hechos importantes ocurridos en su niñez y juventud . Reacciones.

3.2 Comentarios Sobre:

Aceptación del matrimonio, continuidad y características de las relaciones con la familia en estudio, definir su estrato socio-cultural y correlacionarlos, influencias mutuas.

IV . PARTE: IDENTIFICACION DE LOS DATOS:

1. Composición de la Familia:

- 1.1 Nombre:
- 1.2 Edades:
- 1.3 Sexo:
- 1.4 Estado civil de los miembros de la familia y otros ocupantes.

2. Ambiente Físico:

- 2.1 Casa:
 - Ubicación:
 - Aseo:
 - Mobiliario:
 - Decoración:
 - Número de habitaciones:
 - Número de camas:
 - Su relación con el número de miembros de la Familia:

2.2 Vecindario:

Colonia o Barrio:

Impresión general:

3. ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL:

3.1 Ocupación actual de cada uno de los miembros de la familia:

3.2 Educación e instrucción:

3.3 Status social y religioso:

3.4 Movilidad social y geográfica y sus causas determinantes.

3.5 Ingresos y su distribución -ahorro-déudas-prestaciones sociales.

4. Aspectos Particulares:

4.1 Matrimonios anteriores:

4.2 Separaciones:

4.3 Embarazos:

4.4 Abortos

4.5 Problemas de salud física-mental:

4.6 Muertes importantes:

4.7 Actitudes de todos y cada uno ante tales acontecimientos:

V. PARTE: PROBLEMÁTICA PSICOSOCIAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA.

1. Problemas de Organización Interna:

1.1 Describir el clima emocional en:

1.1.1 El origen de la relación y desarrollo durante el noviazgo.

1.1.2 Circunstancias en las que se efectuó el matrimonio.

1.1.3 Después del matrimonio pero antes del nacimiento de los hijos.

1.1.4 Después de los hijos. Idea de la relación futura.

1.2 Describir y evaluar la identidad del grupo familiar:

1.3 Describir y evaluar la estabilidad de la familia (tal como se persiven ellos mismos).

1.3.1 Continuidad de la identidad familiar en el tiempo, conflicto de las relaciones familiares mecanismos de defensa, capacidad para cambiar, aprender, desarrollarse, complementariedad de las relaciones entre los roles familiares.

2. Problemas de adaptación externa de la Familia a la Comunidad

2.1 Describir las asociaciones y transacciones de la familia con la comunidad, como grupo, como pareja matrimonial y paterna y como individuos, causas, influencias externas en la integración y desintegración de las costumbres, puntos de vista y actitudes familiares, reacciones que provocan en

el resto de la familia.

2.2 Evaluar la identidad y estabilidad de las relaciones extra-grupales familiares.

2.3 Conflictos y complementaridad en las exigencias de roles intra y extra-familiares.

VI. PARTE: ACTITUDES HACIA EL PROBLEMA FAMILIAR Y HACIA LA INTERVENCION PROFECIONAL

- Vistas bi-dimensionalmente, es decir: 1. en cuanto al paciente y
2. en cuanto a la familia

1. Cómo es percibida y sentida la enfermedad actual.
2. Cambios que se han operado en la dinámica familiar con esta nueva situación y experiencia.
3. Cómo visualizan la intervención profesional (equipo psicoterapéutico) y su grado de cooperación.
4. Valorización de los informantes.

VII. PARTE: CONCLUSIONES:

2.2 Descripción Clínica de los Casos:

CASO No. I.

1. PARTE: INTRODUCCION:

Nombre del paciente R.A.M.B. ,sexo masculino de 55 años de edad, casado por lo civil nacionalidad guatemalteca, procedente de esta ciudad capital, con residencia en la zona 18. Profesión Perito Contador, ocupación actual ninguna (jubilado), religión católica, perteneciente a la etnia ladina.

El motivo de su primera consulta fue por "nerviosismo, intranquilidad, movimientos de cabeza de más o menos dos meses de evolución."

Su primera asistencia a la institución fue por desición personal y lo acompañó su hija menor. Tenía más o menos dos meses de sentirse intranquilo no podía estarse quieto en un solo lugar y se acompañaba por la mañana de movimientos de balanceo de cabeza hacia atrás y adelante al querer iniciar una actividad.

Se presento en busca de ayuda el 1 de septiembre de 1,993.

II. PARTE: HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE:

Nació el 14 de Agosto de 1,940. Se carece de información de sus primeros años de vida por falta de fuentes de información; padres fallecidos y hermanos no se comunican con él ni con la institución a la que actualmente asiste a recibir tratamiento.

Ocupa el tercer lugar entre los hermanos; cuando niño era inquieto, le gustaba jugar pelota, trepar por los árboles y bañarse en los ríos acompañando de sus amigos.

Datos en cuanto a su desarrollo psicomotor y período de lactancia se desconocen.

Recuerda que tuvo amigos con los que compartió momentos agradables. Fue obediente con sus padres para evitar que le pegaran o regañaran como ocurría con sus hermanos.

Ingresó a la escuela primaria a los 7 años de edad, repitió primero y quinto grado; segundo, tercero, cuarto y sexto los aprobó con notas promedio de setenta puntos. Asistió a varias escuelas nacionales debido a que por razones de trabajo del padre constantemente era trasladado. Ya casado estudio en un Instituto nocturno la educación básica y en tercer año dejó una retrasada que aprobó en examen de recuperación. El diversificado lo cursó también por la noche hasta graduarse de Perito Contador.

Es una persona que le agrada tener amistad con personas de diversas edades, a veces es callado especialmente en su hogar para evitar problemas con su familia. Esta situación cambia cuando entra en períodos de crisis en los que se torna agresivo de palabra y hecho con su familia y destructor de objetos materiales.

Cuando joven gustaba ir a fiestas y dejo de hacerlo por su enfermedad. Hace treinta años principió a mostrar problemas de alcoholismo por espacio aproximado de cinco años. Actualmente participa de algunas fiestas familiares, sus amistades han disminuido por que el circulo en el que se desenvuelve es reducido.

Le agrada salir de paseo especialmente al campo, cuando su familia lo invita y se molesta si su esposa e hija salen y no lo invitan. Piensa que ellas lo marginan.

Cuando adolescente se masturbó en múltiples ocasiones y consideraba que era una etapa normal por la que todos "los patojos"

pasan, pese a que los padres decían que era malo y pecaminoso. De joven visitó algunos prostíbulos.

A los 18 años de edad se unió con la señora que actualmente es su esposa, casándose tres meses después de vivir con ella. Las relaciones sexuales entre ellos a un principio fueron satisfactorias, situación que empezó a cambiar cuando tenían un año de casados por que él principió a tornarse agresivo con ella.

Además de tener relaciones extra-maritales con otras mujeres y problemas de alcoholismo. El paciente y su esposa tienen veintitrés años de haberse distanciado sexualmente, la última vez él "la violó" producto de esa relación nació su ultima hija. Ocasionalmente él acude con otras mujeres a quienes paga por sus servicios y considera que como hombre tiene necesidad de satisfacer sus deseos sexuales.

Trabajó por varios años en una imprenta, tiempo después en aduanas desempeñando el cargo de guarda almacén dos, retirándose del mismo por su enfermedad hace cinco años. Actualmente recibe una pensión del estado por concepto de jubilación.

III. PARTE: HISTORIA FAMILIAR:

Las relaciones entre los padres de paciente no fueron del todo satisfactorias. Madre sobreprotectora y padre agresivo, éste económicamente era responsable del sostenimiento de la familia, tenía problema de alcoholismo y era mujeriego, situación que provocaba malestar en la esposa. En ocasiones contestaba mal a todos los miembros de la familia y los agredía físicamente.

Cuando joven el paciente manifestó deseo por ser cantante y entonaba baladas; al padre le molestaba escucharlo y lo llamaba "el loco".

Si el padre estaba en estado de ebriedad la esposa y hermanos se negaban a atenderlo cuando pedía alimentos y él le servía con cariño.

La esposa del paciente rechaza por completo la idea de tener relaciones sexuales con él; viven en la misma casa y duermen en diferentes habitaciones.

Es la esposa quien toma las decisiones en el hogar, manifestando que por la enfermedad de su esposo ella ha tenido que ser padre y madre de sus hijos y tener la responsabilidad de la familia.

Tienen cuatro hijos, tres mujeres y un hombre, de ellos los tres hijos mayores son casados. Y en el hogar unicamente conviven con el paciente, esposa y la menor de las hijas. La relación paciente-hijos es buena, siendo su hija mayor quien tiene más acercamiento "ella siempre esta de su parte, lo defiende del resto de la familia". Recuerda que cuando estaba bien de salud le daba buen trato a sus hijos pero cuando se descompensaba los insultaba y les pegaba duro al extremo de abofetearles la cara. Sus hijos han tratado de comprender su enfermedad actualmente y viven pendientes que reciba tratamiento médico.

La esposa es dominante y exige al paciente que busque trabajo y se fije metas; él se niega a hacerlo por considerar que ya trabajo suficiente y quiere descansar y gozar de su jubilación. Ella trata de interferir en la vida de sus hijos casados situación poco molesta para ellos y su grupo familiar.

La relación del paciente con sus hermanos fue poco distante, él era el tercero de cinco hijos; cuando veía que sus hermanos peleaban él se aislaba y evitaba pelear. De joven perdió relación con ellos por que rechazaron a su novia (actualmente su esposa) y se fue de la

casa. Hace algunos años los visitaba ocasionalmente. Actualmente no los ha visto.

Ambos padres mostraron desacuerdo en el noviazgo y matrimonio de su hijo; "querían algo mejor para él". Después de su ida del hogar los padres le quitaban el dinero y la madre lo citaba para platicar con él a escondidas en diversos lugares y fué después de una entrevista con ella que mostró cambios "drásticos" en sus actitudes y comportamiento, extrañándoles porque era muy correcto y delicado en todo.

El padre ocupa el quinto lugar entre los hijos, tiene dos hermanos y dos hermanas. Una de ellas recibió tratamiento psiquiátrico por padecer de los nervios.

La madre es la mayor de cinco hijos y quedó al cuidado de sus hermanos al fallecer los padres.

No hubo aceptación de los padres en el noviazgo del paciente con su esposa y desaprobación total en el matrimonio. Los padres deseaban para su hijo una mujer de mejor posición económica y social.

IV. PARTE: IDENTIFICACION DE LOS DATOS:

En la actualidad la familia está compuesta por: El paciente, esposa e hija menor.

Nombre E. de M., esposa, edad 57 años, casada, Maestra de Educación Primaria, ama de casa.

Nombre N.E.M. , Hija, edad 22 años, Maestra, soltera, estudiante universitaria.

Los miembros de la familia ocupan desde hace quince años, una vivienda en una colonia popular de la ciudad capital, la cual consta de seis habitaciones, de tamaño regular, utilizado tres de ellas para dormitorios, una para sala, otra para comedor y una pequeña cocina. La construcción es de block, el primer nivel de terraza y el segundo con techo de lamina. El lote en el que esta construida la vivienda es amplio y tiene tres apartamentos más, que arrendan a otras familias.

Existe privacidad, su casa tiene salida a la calle sin comunicación a los apartamentos.

La limpieza de la casa es buena, el mobiliario acorde a su situación socio-económica permitiéndoles vivir de forma decorosa.

El vecindario está constituido por algunas viviendas similares a la de ellos y también existen otras más sencillas. Varias de ellas están alquiladas.

Pueden decirse que es un ambiente tranquilo, existe amistad entre vecinos aunque la esposa del paciente es apartada prefiere no relacionarse mucho con ellos.

Actualmente el se dedica a descansar, ver televisión, leer, escuchar música, salir de paseo o bien hacer gestiones como pagos y otras cosas.

La esposa se dedica a administrar el hogar y el dinero de los apartamentos. No permitiendo que el esposo intervenga en las decisiones económicas ni familiares.

La hija estudia en la Universidad, sale todo el día fuera de casa y se sostiene de los ingresos de los padres.

Profesan la religión católica y asisten a la iglesia ocasionalmente.

Por ser propietarios de la vivienda se encuentran seguros en ella, no piensan cambiar de residencia, están tranquilos y satisfechos de los logros alcanzados.

Los ingresos por alquiler de los apartamentos son suficientes para el sostenimiento de la familia; la esposa posee una cuenta de ahorro que le permite ayudar a sus hijos cuando necesitan dinero. Además de percibir tres partes del dinero de la jubilación del esposo.

Los cónyuges se casaron muy jóvenes, ninguno de los dos había integrado otro hogar, no existen hijos con terceras personas. El total de embarazos de la esposa fue de cuatro, no hubo abortos.

Actualmente ambos reciben tratamiento médico continuo, ella por padecer de la presión y artritis y él por problemas psiquiátricos y de diabetes.

No ha habido en varios años pérdida por muerte de algún miembro de la familia que provoque el desequilibrio por dolor.

Viven preocupados los hijos y la esposa porque el paciente en algún momento tenga una recaída al discontinuar su tratamiento.

V. PARTE PROBLEMATICA PSICOSOCIAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA:

La esposa refiere que tenían cuatro meses de ser novios, él tenía 18 y ella 20, a él le impedían sus padres que la visitara, hasta que en una ocasión él llegó a la casa de su cuñada estaba asustado y

comento que se había escapado de la casa y que no podía regresar ya que había amenazado con un cuchillo a su papa y a un hermano; le fue permitido quedarse en una casa que estaba deshabitada, y al día siguiente les fue a contar a sus suegros y cuñados que había un bulto sobre las laminas que no lo dejo dormir; el día anterior y ese día lloraba como un niño, decía sentirse mal y sólo, le permitieron vivir en esa casa de sus suegros y estos decidieron que se casaran más o menos a los tres meses de estar juntos.

El paciente trabajaba en una imprenta, y sus padres le quitaban el dinero "ellos lo controlaban". El día que él enfermó, por la mañana la madre había estado con él. Al regresar a casa al media día, se recostó y fue llamado a almorzar, notándosele cambios, tiraba la sopa del plato, sorbía directamente del mismo, no utilizó cubiertos. Se levantó de la mesa y se fue a su habitación, llamó a la esposa y la golpeó, luego tomo un martillo y destruyó todos los objetos que encontró a su paso, golpeó nuevamente a su esposa, sobre todo en el abdomen (ella estaba embarazada de su primera hija), le rompió la ropa y la insultó. Fue llevado a la policía donde ya se encontraba tranquilo, negando lo sucedido, intervino otra persona diciendo que lo metieran preso y el paciente lo tomó del pelo golpeándolo contra la pared. Fue llevado al Neuropsiquiátrico donde permaneció mas o menos internado un mes, tratado con electroshock. Desde ese tiempo su comportamiento era "extraño"; los padres fueron citados repetidas veces al hospital pero nunca acudieron. Continuó su tratamiento en el hospital Neuropsiquiátrico y fue ingresado aproximadamente diez veces en el I.G.S.S.. La esposa no convive con él en la misma habitación desde la "violación" por temor a ser agredida.

Afirma la esposa estar ya muy cansada de vivir así aveces le gustaría terminar sus días viviendo más tranquila separada de él solo con sus hijos.

La opinión del paciente no cuenta en el hogar. Existe cohesión familiar entre los hijos y la madre y sobre todo con la hija menor. Han establecido una buena relación los ha preparado para la vida, les ha permitido crecer y no se opone a que se independicen. Tienen metas comunes, planean de acuerdo al parecer de los demás y no hay choque entre las necesidades y satisfacciones individuales y las necesidades y satisfacciones de la familia.

Una de las hijas casadas frecuenta poco el hogar por residir en otro departamento de la república; la otra reside a dos cuadras de sus padres y los visita constantemente no así el esposo, quien tuvo algunas diferencias con la suegra y prefiere estar retirado. El hijo habita en uno de los apartamentos que arrendan y trata de tener una buena relación con sus padres y hermana, al igual que su esposa e hijos.

La madre ha establecido contactos personales con el vecindario porque hace algunos años fue propietaria y directora de un colegio de educación primaria. Las hijas trabajaron en el mismo como maestras. No habiendo ocurrido lo mismo con el paciente.

VI. PARTE: ACTITUDES HACIA EL PROBLEMA FAMILIAR Y HACIA LA INTERVENCION PROFESIONAL:

El paciente dice sentirse bien de salud y su propósito es vivir plenamente la vida. La familia afirma que si él deja de tomar los medicamentos deja de asistir frecuentemente al hospital tendrá otra recaída porque es un enfermo mental y que cualquier decisión se las debe consultar.

La familia dice "descansar" cuando él asiste al hospital, reconocen que su agresividad ha disminuido especialmente hacia la esposa con la orientación profesional recibida en la institución tanto por él como por ellos.

La esposa ha cooperado a la investigación y se observa en ella hostilidad hacia su esposo; lo considera una carga familiar; refiere que a veces se le agota la paciencia para "cuidarlo". Al mismo tiempo presenta sentimientos de culpa por no ser más condescendiente con él y se justifica diciendo que le dá sus alimentos con puntualidad, le mantiene su ropa limpia y vive pendiente que tome su medicina.

Manifiesta un deseo grande por que vuelva a trabajar y aporte mayores ingresos económicos al hogar. Ella es una persona con deseos de tener una solvencia económica mayor a la actual. Además de ser autoritaria y tener el control del hogar.

El paciente ha perdido en el hogar el espacio como jefe de la familia y se sujeta a las decisiones de ellos.

CASO No. II

I. PARTE: INTRODUCCION:

Nombre de la paciente P.L.P. de G. sexo femenino, de 30 años de edad, casada por lo civil y la iglesia, nacionalidad guatemalteca, procedente del departamento de Chimaltenango, con residencia en la zona 8 de esta ciudad. Profesión Secretaria Bilingüe, ocupación

actual ama de casa, religión mormona, perteneciente a la etnia ladina.

El motivo de su primera consulta fue por "intranquilidad", escuchaba que las personas hablaban de ella y sentía que los hombres la seguían para tener relaciones sexuales con ella".

Su primera asistencia a la institución fue sugerida por un médico psiquiatra particular y la acompañó su madre. Tiene apromidamente cuatro meses de escuchar voces con regularidad y nueve años de tratamiento psiquiátrico, se le dificulta dormir por la noche, le preocupa que los hombres quieran tener relaciones sexuales con ella por que es una mujer casada.

Se presenta en busca de ayuda profesional el 7 de Junio de 1994 al Hospital Nacional de Salud Mental.

II. PARTE: HISTORIA PERSONAL DE LA PACIENTE:

Nació el 8 de agosto de 1965. El embarazo y parto de la madre fueron normales, siendo atendida en el hospital Nacional de Chimaltenango. Lloró inmediatamente al nacer y pesó 5 libras. Su desarrollo psicomotor fue el siguiente: Gateó a los ocho meses, dijo sus primeras palabras después del año, caminó al año un mes, no se recuerdan los padres a que edad controló esfínteres, fue alimentada con leche materna un año.

Es la última de siete hijos, tiene dos hermanos y cuatro hermanas; fue una niña sana, muy activa y gustaba de jugar con otros niños de su edad.

La madre por ser la última de los hijos le brindaba mucha atención y hubo ocasiones que los hermanos mostraron enojo por ello y reclamaban que ella era la preferida.

A los cinco años inició la educación parvularia y mostró especial interés por actividades sociales. De siete años principió la educación primaria concluyendola a los doce, no repitió grados su promedio de notas fue de ochenta puntos. De trece años fue a primero básico reprovando algunos cursos a fin de año y los recuperó con exámenes porteriores; en segundo y tercer año sucedió lo mismo. Estudió Secretariado Bilingue en un colegio hasta graduarse y posteriormente cursó tres años de estudios en la universidad, en la carrera de Profesorado en Enzeñanza Media.

Es una persona sociable, le agrada tener amistad con las personas, especialmente con las del sexo opuesto. Cuando soltera participaba de fiesta con jovenes y concursos de baile obteniendo algunos premios. A la iglesia asistió desde niña en forma continua con su familia y actualmente con los padres y esposo.

Antes de casarse tuvo varias experiencias sexuales con distintos jovenes y refiere que actualmente solo las tiene con su esposo. Su circulo social se ha reducido a familia y miembros de la iglesia.

Salen de paseo ocasionalmente con el esposo y los padres, aveces solos. El esposo tiene varios empleos y prefiere quedarse en casa cuando hay feriados. Además estudia en la Universidad. Son pocas las horas que comparten de lunes a sabado, siendo el domingo el único día que pasan juntos en actividades conjuntas.

Las relaciones sexuales como pareja son poco frecuentes y refieren ambos que son satisfactorias. No tienen hijos, ella manifiesta deseo de ser madre y dice que no ha podido a

consecuencia de los medicamentos que toma. El esposo piensa diferente y considera que ella no esta en condiciones de asumir reponsabilidad con niños, por su enfermedad y debe continuar su tratamiento médico psiquiátrico.

En cuanto a su relación laboral la paciente trabajó como secretaria en una oficina dos años y renunció por que su jefe la humillaba constantemente y esa situación la deprimía. Su trabajo actual lo realiza como ama de casa con ayuda de su madre porque le cuesta realizar las tareas.

III. PARTE: HISTORIA FAMILIAR:

Las relaciones entre los padres de la paciente durante los primeros años de vida conyugal no fueron del todo satisfactorias. La madre sobreprotectora y tranquila, el padre agresivo y dominante. Económicamente el padre sostenía el hogar trabajando como maestro de primaria y la madre se dedicaba al cuidado de los hijos y las tareas del hogar. Tienen más de treinta años de profesar la *religión mormona*.

Hubo ocasiones que los padres mostraron molestia y contradicción en la relación a los hijos. El padre tenía preferencia por su hijo menor a quién trataba de satisfacer cuando pedía ropa o juguetes sin mostrar preocupación por que sus demás hijos sintieran descontento; la madre se encargaba del vestuario de los otros hijos a quienes compraba ropa de inferior calidad acorde a su disponibilidad económica.

La relación del paciente con sus hermanos en el período de la niñez fue buena, jugaba con ellos y se daban muestras de cariño,

aveces la protegían por ser la menor. Con el segundo de sus hermanos discutían en la adolescencia, a la paciente le irritaban algunas actitudes de él.

No existen antecedentes patológicos de enfermedad mental en las familias de los padres. La madre de la paciente no conoció a su padre, su familia le contó que éste tenía un hogar integrado con otra señora y la madre falleció cuando era niña, quedando al cuidado de los tíos maternos.

El padre es el tercero de cinco hijos, perteneció a un hogar integrado por padres y hermanos. Se graduó de Maestro de Educación Primaria y cuando salió del hogar fue para casarse con su actual esposa.

IV. PARTE: IDENTIFICACIÓN DE LOS DATOS:

Actualmente la familia está integrada por cuatro miembros; la paciente, el esposo y los padres.

Nombre H.G., esposo, edad 35 años, casado, Maestro de Segunda Enseñanza, trabaja como catedrático, estudiante universitario.

Nombre M.A.P. , padre, edad 85 años, casado, Maestro de Educación Primaria, jubilado.

Nombre M.O. de P., madre, edad 59 años, casada, tercero de primaria, ama de casa.

El grupo familiar ocupa una vivienda propiedad de los padres de la paciente que compraron hace 37 años, se ubica en la zona 8 de esta ciudad capital, consta de 7 habitaciones de regular tamaño; utilizan dos de ellas como dormitorios, una sala, un comedor, una

cocina, un cuarto de estudio y un cuarto de usos múltiples. La construcción es de block y terraza de un nivel.

La limpieza de la casa es aceptable, el mobiliario acorde a su situación socio-económica, cómodo y de buena calidad.

Las viviendas vecinas son de construcción similar a la de ellos y existe bastante comercio en los alrededores. Recién casada la paciente fue a vivir a casa de la familia del esposo y durante ese tiempo los padres alquilaron algunas habitaciones, al regresar ella a vivir con ellos las desocuparon.

La relación de la familia con los vecinos es de varios años y tienen buena amistad con algunos de ellos.

El hogar es tranquilo, quien más permanece en casa es la madre de la paciente; los otros tres miembros salen durante el día a realizar diversas actividades entre semana y los domingos asisten a la iglesia donde se desenvuelven como maestros en su religión algunos de ellos.

Actualmente la paciente ha mostrado interés por realizar tareas del hogar y mejorar su arte culinario, ve poca televisión, prefiriendo escuchar música o dormir cuando tiene tiempo.

El esposo trabaja en tres colegios de la ciudad, ubicados en distintas zonas y los días sábados asiste todo el día a la Universidad.

El padre es propietario de dos casas en el departamento de Chimaltenango y constantemente viaja para supervisar el estado de las mismas y hacerles mejoras de ser posible.

La madre está enseñando a la paciente a cocinar y responsabilizarla del cuidado de la ropa de ella y del esposo, así como del mantenimiento de una buena limpieza.

Los ingresos económicos los manejan independientemente ambas parejas. Los padres compran sus productos de consumo únicamente para ellos y la paciente hace lo mismo con su esposo.

La paciente y su esposo se casaron hace seis años no existió otro hogar conyugal antes de su matrimonio. No han habido embarazos durante el matrimonio posiblemente por los medicamentos que ella toma, además de la resistencia del esposo para asumir tal responsabilidad aduciendo que ella aún está enferma y debe mejorar su salud.

Es importante mencionar que el esposo de la paciente antes de casarse recibió tratamiento médico y psicológico por consumo de drogas, situación que superó según él gracias a una decisión personal, ayuda profesional y el apoyo de su esposa y el de la iglesia mormona.

El esposo de la paciente creció al cuidado de la abuela paterna desde los cuarenta días de nacido. La madre integró otro hogar y el padre tuvo cinco uniones más procreando hijos con todas y evadiendo responsabilidades de toda índole, desapareció y no volvieron a saber de él.

V. PARTE: PROBLEMÁTICA PSICOSOCIAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA:

Refiere la paciente que conoció a su esposo cuando eran estudiantes universitarios, se hicieron novios a los pocos días de

conocerse el noviazgo duró seis meses. Los padres de ella mostraron desacuerdo en este y en el matrimonio. La abuela del esposo no estuvo de acuerdo en la relación y la rechazó aún más al saber que habían tenido relaciones prematrimoniales y pertenecer a distintos credos religiosos.

Con el transcurso de los años los familiares aceptaron a ambos como miembros de la familia y las relaciones mejoraron.

No hay hijos en el hogar y la paciente ha solicitado la suspensión de los medicamentos que toma para quedar embarazada; los profesionales que la tratan consideran que aun debe continuar su tratamiento porque puede recaer.

Las relaciones entre la paciente y el esposo son buenas refieren ambos, aunque a veces ella se torna caprichosa y un poco haragana. Ella no muestra interés por trabajar fuera del hogar, el ingreso económico del esposo les permite vivir comodamente. En la actualidad pagan un lote donde piensan construir su vivienda.

Con el tratamiento recibido las relaciones entre la paciente y su madre han mejorado, ella ya no la agrede como lo hacia con anterioridad y ha tratado de aprender tareas del hogar. Con el padre a veces se contradicen pero tratan de ser mas condescendientes.

La paciente tiene algunas amigas en el vecindario y las visita cuando tiene tiempo. El esposo a veces lleva al hogar compañeros de estudios y ella los atiende con gusto. Los padres no intervienen con ellos en la toma de descisiones como pareja y tratan de ayudarlos cuando ellos lo solicitan.

VI. PARTE: ACTITUDES HACIA EL PROBLEMA FAMILIAR Y HACIA LA INTERVENCION PROFESIONAL:

La paciente refiere haber mejorado , tiene dos meses de no escuchar voces considera estar en capacidad de realizarse como esposa y madre. El esposo no opina lo mismo y considera que aun necesita medicamentos para mejorar su estado de salud mental. Los padres han observado en ella mejoría y tienen confianza en una recuperación.

Se han mostrado colaboradores en el tratamiento y asisten a las citas con puntualidad.

Los padres han cooperado para la investigación y se observa en ellos el amor hacia su hija y el interés porque mejore. Dicen que su más grande deseo es verla en pleno uso de sus facultades mentales con la ayuda de profesionales especializados y de Dios.

2.3 Diagnóstico Familiar Realizado en cada Caso:

Puesto que se considera innecesario incluir algunas anotaciones previas, a manera de prólogo a la narración del diagnóstico familiar realizado en cada caso, se procede de inmediato a la transcripción del mismo.

CASO No. 1

El caso No.1 corresponde a una familia integrada en cuanto a sus elementos que la integran, pero desorganizada en relación a las funciones y roles específicos de los mismos.

Entre la esposa del paciente y los hijos existe identidad y estabilidad emocional, asimismo esto tiende a continuar a través del tiempo. Se puede afirmar que ellos se registran: "conciencia y vida de grupo"

En los últimos años, a raíz del desencadenamiento franco de la patología psiquiátrica del paciente, la familia ha sufrido severos y determinantes cambios en su estructura y vida emocional. Al asumir la madre el rol de padre y madre.

Comentando ahora brevemente sobre cada uno de los miembros del grupo familiar, se incluye lo siguiente:

La esposa es y ha sido siempre la figura central del hogar, como ocurre en la mayoría de los hogares guatemaltecos, sobre todo en aquellos donde el jefe del hogar ha perdido alguna de sus capacidades. Ha desempeñado su doble papel (padre-madre) dentro del grupo familiar. Ha resuelto asimismo su problema de infelicidad y frustración afectiva que apareció desde sus primeros años de casada dedicándose a sus hijos.

Los hijos mayores y casados han tratado de ubicarse socialmente dentro de su estrato socio-cultural.

La hija menor que se encuentra soltera se dedica por completo a los estudios y por la patología vivida en el hogar refiere no tener interés por salir con jóvenes y menos en casarse.

Respecto al paciente, se observa que ha sido suplantado y suprimido prácticamente de la escena familiar. Esta situación es percibida en su totalidad por el enfermo, causándole resentimiento y frustración; ha llegado a comentar " soy como un huérfano ". "mi casa está en el hospital", etc.

Ahora bien, el paciente es percibido dentro del grupo familiar como una figura que ocasiona severos trastornos y molestias entre ellos. Y en los últimos años ha llegado incluso a ser considerado como un objeto que amenaza con romper la identidad familiar existente. Esto se debe a que todos y cada uno han reaccionado ante tal estímulo de manera diversa y antagónica.

Finalmente, es digno de mencionarse que se observa que el grupo familiar rechaza la patología y problemática del paciente, pero no a la persona en sí; pues en más de una ocasión le han demostrado que si él modifica su conducta ellos están dispuestos ayudarlo dentro del seno familiar.

CASO No. II

El caso No. 2, se trata de una familia integrada en cuanto a la composición de sus miembros; pero en esencia es y ha sido una familia poco organizada en cuanto a las funciones específicas de cada uno de los miembros.

Desde sus orígenes el ambiente emocional familiar ha presentado serias complicaciones psicopatológicas, siendo nocivas para algunos miembros de la familia y sus efectos ahora son fácilmente observables.

Ambos padres han convertido a la paciente en la hija sobre protegida, las razones que da la madre son "por ser la menor de los hijos necesitaba mayor atención y cuidado y ahora por su enfermedad."

Inicialmente los padres de la paciente necesitaron privarse económicamente para sostener a sus hijos. En ocasiones cada uno de los miembros se privaron de satisfacciones e intereses personales en

favor de la necesidades familiares; actualmente los hijos han integrado su hogar y han ido a vivir a otro lugar. A excepción de la paciente y esposo.

Finalmente por lo que respecta a la paciente se deduce que el medio familiar no ha sido beneficioso del todo y ha contribuido a su patología.

La paciente dentro del hogar no es completamente aceptada como refiere la familia, siendo un factor que interfiere con sus respectivos intereses grupales y personales; el deseo de realizarse como madre es otro factor importante para ella no así para el esposo y los padres, quienes la consideran incapaz de asumir tal responsabilidad.

La madre estimula a la paciente a mejorar las tareas del hogar, para que atraiga la atención del esposo por temor a que se canse y decida marcharse de la casa dejándola.

El padre trata de no interferir en las relaciones de la pareja, considera que su hija ha mejorado y que su yerno tiene interés en ayudarla.

El esposo actualmente dedica más tiempo a la paciente a pesar de sus compromisos de trabajo y estudio. Aún no concibe la idea de tener hijos bajo su responsabilidad y la de su esposa.

2.4 Tratamiento Familiar Realizado en cada Caso:

- Lógica o método de la técnica.
- Resultados obtenidos.

Al planificar el tratamiento a seguir en cada uno de los casos seleccionados para tal fin, se tomaron algunas consideraciones al respecto, entre ellas:

- Potencialidades grupales o familiares que pueden y deben ser explotadas en beneficio individual y colectivo.

- Limitaciones u obstáculos registrados en el ámbito familiar, que interfieren el éxito de la acción terapéutica socio-familiar.

- Metas deseables y posibles de alcanzar en el curso y al final del proceso psico-social.

- Resultados que se espera obtener al final del tratamiento socio-familiar, es decir la repercusión que tendrá este último en el ámbito familiar.

Ahora bien, antes de iniciar la narración misma del tratamiento familiar realizado en ambos casos, se describen los cuatro puntos anteriores aplicados en la casuística así como unas observaciones pertinentes sobre el mismo tema.

CASO No. 1

Al planificar el tratamiento familiar para el presente caso se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

- Potencialidades.

- La integración e identificación familiar existe entre la esposa y los hijos.

- El hecho que rechazan la conducta del paciente más no a él como persona.

- Limitaciones.

- Ausencia de consciencia de enfermedad respecto al paciente así como la gran resistencia a aceptar tal situación.
- La ausencia de conciencia grupal en relación a su propia problemática.

- Metas.

- Una cierta toma de conciencia familiar en relación a la problemática psicopatológica del paciente.
- Reforzar la identidad familiar existen así como hacer consciente tal situación al grupo familiar.

- Resultados.

- Una cierta habilidad y seguridad en el manejo del paciente psiquiátrico.
- La estructura de un marco o esquema de control para el paciente; situaciones que él último necesita y exige.

Ahora bien, a todo lo anterior es necesario añadir las observaciones siguientes:

El primer contacto formal directo que obtuvo con la familia fue realizarse la Historia Social del paciente, mismo que se llevó a cabo en el hospital.

Además es importante señalar las circunstancias especiales que existen en relación al tratamiento del paciente.

La acción terapéutica socio-familiar comprendió para su efecto, el empleo de treinta y tres entrevistas de una duración promedio cada una de ellas de setenta minutos. Llevadas a cabo en el transcurso de nueve meses. En los primeros siete meses, las entrevistas se realizaron con suma regularidad cada semana. Y en los últimos dos meses se llevaron a cabo quincenalmente.

El centro de la acción psico-social fue la esposa del paciente y a través de ella el trabajo realizado se aplicó a los hijos.

Se tuvo como escenario el hogar mismo de la familia. En algunas ocasiones fue necesario efectuar las entrevistas en el hospital debido a que algunas veces la fecha de la sesión coincidía con el día que la esposa del paciente debía acudir a la institución con otros profesionales.

CASO No. II

Al planear el tratamiento familiar a seguir para el presente caso, se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones.

- Potencialidades.
 - El deseo aparente de ser dirigida que presenta la madre de la paciente. Se le llama -aparente- por que en sí no es dirección lo que pide sino más bien aprobación de su actuación.
 - La propia e intensa ansiedad de ser madre.
 - El deseo genuino y sincero de ayudar a la paciente.
 - El estrato socio-cultural familiar, que los hace susceptibles a la aplicación del máximo de técnicas terapéuticas socio-

familiares.

- Limitaciones.

- Un ambiente familiar contaminado patológicamente.
- La actitud mística del grupo familiar.

Metas.

- Una toma de conciencia familiar en cuanto a la problemática psiquiátrica de la paciente y de participación grupal dentro de ella.
- Una toma de conciencia familiar en cuanto a su propia dinámica.

-Resultados.

- Un acercamiento positivo entre: familia paciente y en concreto entre esposo-paciente. Esto permitirá una interrelación diferente a la que los ha caracterizado.
- Una diferente y positiva interrelación familiar global.

Ahora bien, a todo lo anterior debe anadirse lo siguiente:

El proceso terapéutico socio-familiar se inició con el primer contacto directo que se tuvo con la familia hace seis meses y medio, en el servicio donde se encontraba recibiendo tratamiento.

El proceso terapéutico socio-familiar comprendió para su efecto quince entrevistas con una duración promedio cada una de

ellas de setenta minutos. Las primeras once entrevistas fueron efectuadas cada semana. Después de realizada la entrevista número once los padres de la paciente empezaron a evadirse de ellas aduciendo para ello razones de poco valor y fundamento, por lo que, las entrevistas restantes se llevaron acabo en el transcurso de dos meses.

Se tuvo lugar de trabajo el hogar de la familia. Y el centro de acción terapéutica socio-familiar fueron los padres y el esposo de la paciente.

Ahora bien, es importante señalar la actitud misma que tuvo la familia hacia la figura de la entrevistada.

Los padres de la paciente inicialmente presentaron una actitud defensiva y temerosa, posteriormente fueron exteriorizando actitudes tomadas anteriormente, esto es, a medida que el contenido de las entrevistas aumentaba en cuanto a su carga afectiva. Más tarde adquirieron y conservaron por un tiempo prolongado una dependencia hacia la figura de la entrevistadora. A medida que los resultados finales de la acción terapéutica socio-familiar se hicieron progresivamente más evidentes, los padres principiaron a evadirse especialmente la madre, quien comentó la necesidad de espaciar el tratamiento. A pesar de esto se continuó el proceso terapéutico hasta tener la seguridad que lo ya logrado en ella había adquirido una continuidad y desarrollo en el tiempo futuro.

El esposo quien por razones de trabajo había participado pocas veces en las entrevistas fue integrándose lentamente a ellas y se quien actualmente asiste a las reuniones con los profesionales de la institución y ha empezado a cambiar sus actitudes en relación a la enfermedad de su esposa, mostrando interés por su recuperación y afecto hacia ella.

CASO. No. I.

El proceso de preparación de la familia respecto al paciente ameritaba que inicialmente la acción terapéutica estuviera dirigida a dar al grupo familiar oportunidad de verbalizar la agresión reprimida (incluso fantasías de muerte), el miedo, la hostilidad y la culpa que sentían hacia el paciente.

La relación establecida con la entrevistadora, relación de total aceptación y apoyo permitió la expresión libre de tales sentimientos. La esposa del paciente hizo propias y justificaba además las actitudes de sus hijos al respecto.

Habló también de su vida personal y grupal. Con frecuencia posponía o evadía el tema relativo a su esposo para dialogar ampliamente sobre sus problemas, intereses, metas y alegrías.

Fue así como expresó los problemas de salud, económicos y laborales, etc. existentes dentro del grupo familiar. Exteriorizó también sus puntos de vista sobre temas de interés para ella, tales como: La generosidad, la moralidad, el pecado, las relaciones interpersonales, el dinero, etc. Respecto a sus metas, mencionó la vida en común con ellos. Y en la relación a sus alegrías, aludía las satisfacciones que le reportaba la vida familiar al lado de sus hijos.

Ahora bien, con el objeto de obtener un clima emocional más propicio para la acción socio-familiar, se trató de valorar, encausar o solucionar conjuntamente los problemas principales existentes en el grupo familiar.

Por ejemplo se fomentó la asistencia periódica a consultas médicas tanto de la esposa del paciente como de la hija.

Un vez obtenido el clima emocional deseado y después de la verbalización amplia y profunda de los sentimientos que les despertaba el paciente, se logró que fuesen adquiriendo cierta objetividad hacia el mismo.

Se les dieron algunas explicaciones, orientaciones y sugerencias así como interpretaciones sencillas en relación a la patología psiquiátrica del paciente, de su pronóstico y de la conducta que éste último adoptaba dentro del hogar.

Se intentó sin éxito el darles algunas explicaciones breves y sencillas relativas el tratamiento psicoterapéutico, a la relación médico-paciente y Trabajador Social-familia, etc.

Posteriormente se guio a la esposa del paciente para que lograra analizar la relación que ha establecido con este último; llegara a valorar además la agresividad que siempre la ha caracterizado y que obviamente influye y fomenta también la del esposo.

En relación a esto último, se logró que percibiera tal relación y dejara por tanto el papel que juega dentro de la propia patología psiquiátrica. Descubrió además que al actuar ella así, el paciente sabía que en ella podía verter toda la agresión reprimida hacia el mundo exterior; y el medio que él sabía que le tenía era otro factor decisivo en tal relación.

Ahora bien, el proceso de ajuste de la familia respecto al paciente fue en realidad conjunto al proceso de preparación de la familia respecto al mismo, debido a que dicho paciente convivía con ellos.

Se logró que la esposa fuera capaz de afrontar poco a poco al paciente, cada vez con más seguridad y éxito. Con frecuencia solía comentar los adelantos logrados y los resultados obtenidos. Es interesante mencionar lo siguiente:

Después del miedo intenso que presentaba en las primeras sesiones, al pensar que su esposo se llegara a enterar de lo que ella contaba y especialmente lo relativo a la conducta del mismo en el hogar llegó, después de trabajar activamente en tal situación, a decirle franca y abiertamente la sinceridad que presentaba en las entrevistas, así como lo explica que se comportaba.

Al ver las reacciones que tenía el paciente ante tal relación, descubrió que podía ejercer cierto control e incluso podía en un momento dado asumir ciertas medidas preventivas en la conducta del mismo.

Se logró que sintiera la necesidad urgente e inmediata de resolver situaciones concretas directamente relacionadas con el paciente. Además se discutió conjuntamente las posibles soluciones.

Los familiares fueron adquiriendo cierta conciencia de la enfermedad respecto al paciente, así como de su pronóstico. Cada vez se fue haciendo mas estable y definida la nueva visualización de éste último, misma que fue sumamente difícil de lograr dada la gran resistencia que manifestaba el grupo familiar ante tal realidad.

Al parecer olvidaron las ideas mágicas que poseían en relación con la recuperación del paciente; es decir el esperarla única y básicamente de las "pastillas " o bien del tratamiento socio-familiar.

Dejaron de minimizar lo positivo que éste llegaba a presentar en su conducta; dejaron de tener falsas esperanzas en la vida futura

del paciente, aceptando su enfermedad siempre y cuando no agrediera abiertamente al grupo familiar.

Ahora bien, ante tal nueva situación y relación familiar el paciente tuvo la siguiente respuesta:

A partir del momento que la familia fue sometida a tratamiento psico-social el paciente modificó favorablemente su conducta dentro del hogar, y concretamente con la esposa. En ocasiones trató de manipularlos o presionarlos sutilmente para conocer el tema de las entrevistas pero al ver frustrados sus esfuerzos dejó de insistir; concretándose únicamente a preguntar periódicamente si el tratamiento socio-familiar se continuaba.

Es evidente por tanto, el control que ejercía en el paciente el saber que la entrevistadora frecuentaba semanalmente a su familia. Se siento y así lo exteriorizo en varias ocasiones, vigilado por aquella.

Al tener al grupo familiar un acercamiento lento y autentico hacia el paciente, el también empezó a acercarse a ellos, se sentía mejor ubicado dentro del grupo familiar, algunas veces platicaba con su esposa e hija amigablemente.

Dentro del proceso socio-familiar también fueron manejados algunos aspectos concretos o tangibles, directamente relacionados con el paciente, tales como: La distribución del dinero que el paciente recibe como compensación a su jubilación, con la finalidad que la esposa le permitiera aportar al hogar la mitad de su mensualidad y no las dos terceras partes de esta porque tenía que satisfacer necesidades de vestuario y en ocasiones compra de medicamentos.

Después de cinco meses de tratamiento socio-familiar y ya en las últimas etapas del proceso de integración familiar, el paciente manifestó el deseo de espaciar sus citas a la institución. Situación que afectó al grupo familiar alterando el tratamiento psicoterapéutico del propio paciente y de la acción terapéutica socio-familiar. Haciéndose necesario prolongar la acción terapéutica socio-familiar por más tiempo del previsto con anterioridad para calmar la tensión y angustia del grupo familiar.

Semanas más tarde de haber espaciado el paciente sus citas al hospital se trató de darle apoyo y seguridad así como algunas indicaciones y orientaciones sencillas al respecto tanto a él como a la familia.

De todo esto, se obtuvo finalmente lo siguiente:

Las relaciones emocionales familiares establecidas con el paciente adquirieron un matiz de tolerancia propiamente dicho, distantes pero no rechazantes, puesto que si en alguna ocasión él deseaba acercarse a ellos podía hacerlo, sin embargo por todos los antecedentes registrados, la familia no pretendió establecer contactos mas estrechos y cercanos con éste último.

El problema de la enfermedad es aceptado, siempre y cuando no trascienda a niveles de agresión franca, ya sea física o verbal.

El pronóstico del paciente es relativamente aceptado y la consciencia de enfermedad es muy leve.

CASO No. II

El proceso de preparación de la familia respecto a la paciente ameritaba que inicialmente la acción terapéutica estuviera encaminada a permitir a la madre de la paciente la verbalización de sus conflictos personales y grupales y en concreto los relacionados con la paciente misma.

La relación establecida con la entrevistadora, relación de total aceptación y apoyo, satisfizo en sí su necesidad de ser escuchada y comprendida; permitió asimismo que pudiera ella expresar libremente sus conflictos, disminuyendo por tanto la carga afectiva que estos representaban en su propia dinámica.

Posteriormente habló de su vida de infancia, pubertad y primeros años de adolescencia; de las frustraciones de que fue objeto en dichas etapas de su desarrollo psico-sexual por la falta de sus padres.

En cuanto a sus hijos verbalizó las fantasías que tenía respecto a la relación de estos con ella. Habló de la sobrecompensación que soñaba encontrar en ellos y de la consecuente frustración que sentía al no poder encontrar la realización de tales deseos anhelos porque al casarse se habían marchado cinco de ellos a vivir al extranjero; solo los dos menores residían en el país y únicamente la paciente vivía con ellos.

Respecto a la paciente, expresó la molestia que sentía hacia ésta cuando se descompensaba porque ella era la más agredida física y verbalmente aun y cuando le daba mayor atención que el resto de la familia.

A medida que el proceso terapéutico socio-familiar fue avanzando, la madre de la paciente se fue tranquilizando más y pudo por tanto asimilar más adecuadamente las orientaciones aclaraciones e interpretaciones de su conducta que la entrevistadora le ofrecía.

Visualizó de muy distinta forma las situaciones familiares, tanto individual como grupalmente consideradas. Es decir que al encontrarse un poco más liberada de sus propios conflictos, pudo ser más objetiva para observar y valorar su propia realidad. Además, al contar con la figura del terapeuta socio-familiar pudo encauzar y estructurar más adecuadamente sus propias conclusiones.

Ahora bien, existían algunos aspectos y situaciones que convenía permanecieran reprimidas y por tanto se trabajó también en ese terreno. Por ejemplo se creyó conveniente no tocar lo relativo a la culpabilidad por la enfermedad de la paciente el adjudicar la responsabilidad a la figura del padre, a sus creencias religiosas, etc.

Otras situaciones conflictivas se lograron encauzar hacia metas más positivas. Por ejemplo al darse cuenta la madre de la paciente de su actuación a lo largo de su vida y en especial en algunas situaciones concretas de la misma le invadían fuertes sentimientos de culpa, o deseos de corregir situaciones pasadas, se le impulsaba por tanto a salir de ello, a aprovechar la experiencia, a aprender de ella y con base a esto dirigir y promover el cambio en su actuación.

La acción terapéutica soci-familiar logró en sí que la madre de la paciente pudiera ubicarse más en la realidad dentro de sí misma y dentro del grupo familiar.

En cuanto a su vida anterior al matrimonio y en concreto a su relación con las figuras significativas que la rodearon pudo tomarlas de base para su actuación futura, orientando mejor su relación actual y tratando de entender el sentido de las mismas.

En cuánto al beneficio personal obtenido, se podría mencionar por ejemplo lo siguiente: Aprendió a observar y a analizar más cuidadosamente su vida cotidiana y aprovechar tales experiencias

en beneficio del grupo y de ella misma. Además se le fomentó su espíritu de reflexión.

Cabe mencionar, que refería que antes de las sesiones reflexionaba sobre los temas que desearía tratar dentro del marco terapéutico. Asimismo, algunas conclusiones que empezaba a elaborar por sí misma, al estar en la entrevista, las discutía y valoraba, entonces lograba que: tomaran forma. Después de la sesión, continuaba por si sola trabajando el material ya conocido. Expresó finalmente: "cada vez voy aclarando más mi paso".

Otros aspectos colaterales también se manejaron, tales como: La comprensión y tolerancia del padre hacia la paciente. A través de orientaciones precisas que debían ser tomadas en cuenta en las relaciones interpersonales entre ellos.

El proceso de ajuste de la familia respecto a la paciente fue prácticamente conjunto al proceso de preparación del medio familiar, debido a que ésta residía con ellos.

Ante tal realidad fue necesario (cuando ya se consideró oportuno) trabajar activamente en el análisis y discusión del comportamiento de la paciente dentro de la familia, así como la respuesta que esta obtenía de cada uno de ellos ante su necesidad sentida. Fue buscada una solución satisfactoria para todos.

El esposo empezó a integrarse a las sesiones con la Trabajadora Social y a ver más objetividad la situación de su esposa quién permanecía encerrada la mayor parte del tiempo debido a los compromisos que él tenía y que para ayudarla era necesario reorganizar sus actividades y compartir más tiempo a su lado.

Asímismo se le enseñó a la madre y a la familia en general a no hacer más de lo que quisieran o pudieran, pues así no sentirían presiones internas que más tarde repercutirían en su relación.

A medida que avanzaba la acción terapéutica, la madre de la paciente tenía más iniciativa en los intentos de resolución del conflicto. Y estos intentos se hicieron cada vez más frecuentes y más positivos. Se le brindaba apoyo, aprobación y estímulo en lo positivo que llegaba a presentar en su nueva actuación y al mismo tiempo presión sutil para la modificación de lo negativo.

Se ejercía cierto control, se le daba cierta orientación sobre el manejo de la paciente y en especial a su ajuste familiar. Se le dijo por ejemplo que se le debía de ofrecer tanta iniciativa como fuera posible para readaptarse según su propio ritmo y modo.

El proceso de integración familiar (familia-paciente) se logró como corolario a toda la labor conjunta realizada, incluyendo obviamente a lo relativo a: médico-paciente.

La paciente se dió cuenta del beneficio y de las transformaciones en su familia para bien del grupo familiar. Del afecto que su padre sentía por ella y no solo por el hermano menor de quién ella sintió celos cuando niña; del deseo de su grupo familiar por que ella mejorara su estado de salud y el respeto hacia ella de ser madre si lo deseaba.

La relación con su hermano menor mejoró considerablemente al comprender la paciente que muchas actitudes de su hermano en la adolescencia eran propias de su edad. Aclararon algunos resentimientos que tenían, actualmente se visitan con frecuencia, platican y en múltiples ocasiones se han dado muestras de afecto.

Por otra parte la familia de la paciente llegó a comprender que el deseo de ser madre en ella era algo razonable y lógico en toda mujer, pero también era de considerarse que podía ser debido a la soledad que constantemente tenía puesto que cada uno de los miembros de la familia tenía sus compromisos o actividades diarias que realizar y en ocasiones no platicaban con ella; situación que deprimía a la paciente provocando que pasara varias horas del día durmiendo.

También fue considerada la decisión del esposo respecto a la posibilidad de tener hijos por el antecedente de patología que el también presentaba y que era una determinación que debían tomar como pareja.

Ahora bien, la oportunidad de apoyo a la paciente por parte de la familia fue favorable pues sin ellos no hubiese sido posible llevar a cabo ningún plan.

Además la paciente no hubiera aceptado plenamente esta situación de no estar interesada en mejorar su estado de salud y el de su familia.

CAPITULO No. III

ANALISIS DE CORRELACIONES E INTERPRETACION DE LA
PROBLEMATICA PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES Y
FAMILIARES.

El presente capitulo, está orientado a hacer un análisis de correlaciones, y una interpretación de la problemática psicosocial de los pacientes y sus familiares, con el objeto de conocer y comprender las variables explicativas del problema objeto de estudio.

1. -Problema-Tratamiento-Resultados-caso-(paciente y
Ambiente Familiar) -Tratamiento Familiar-

Con la finalidad de obtener una mejor ilustración y correlación sintética del presente trabajo, se presenta a continuación un esquema que engloba la experiencia realizada en la casuística ya conocida. Dicho esquema incluye las siguientes columnas:

- Síndrome del Problema.

Es decir, la situación que priva antes o en el momento de iniciarse la acción terapéutica socio-familiar.

- Pasos del Tratamiento.

Expresa el proceso terapéutico socio-familiar seguido, según la situación dada y ya conocida en la columna anterior.

- Resultados Obtenidos.

Señala la situación que priva en la escena familiar después de haber sido sometidos a varios meses de acción terapéutica socio-familiar.

Ahora bien, todo esto admite dos variantes a saber:

A. En relación directa al paciente.

B. En relación directa a la familia en general.

Una vez expresado lo anterior, se procede a la presentación del esquema aludido:

CASO No I

SINDROME DEL PROBLEMA

PASOS DEL TRATAMIENTO

RESULTADOS OBTENIDOS

A. En relación directa al paciente

1. La familia teme al alta hospitalaria, por los antecedentes de agresividad del paciente.

- a. Verbalización de conflictos.
- b. Apoyo y seguridad.
- c. Explicaciones sencillas.
- d. Orientaciones y sugerencias concretas.

1. El proceso psico-social por si mismo bastó para que el paciente se sintiese controlado y vigilado, modificando su conducta en el hogar; consecuentemente se disminuyó el temor familiar y se obtuvo un clima más propicio para la acción terapéutica.

2. La familia se siente al terada en su organización y estructura, cuando el paciente está en el hogar.

- a. Verbalización de conflictos .
- b. Explicaciones breves y concretas.
- c. Interpretaciones sencillas.
- d. Reforzar la interrelación familiar existente entre la esposa y los hijos del paciente.

2. Se superó el peligro de conflictos intra-familiares ocasionados por el antagonismo de respuestas ante el problema del paciente y debido a que éste último modificó su conducta, el clima de tensión disminuyó notablemente.

SINDROME DEL PROBLEMA

3. La familia siente una gran hostilidad hacia el paciente.

4. La familia siente un rechazo marcado hacia el paciente, y éste último expresa la percepción de tales sentimientos.

PASOS DEL TRATAMIENTO

- a. Verbalización de conflictos
- b. Interpretaciones sencillas de conductas.
- c. Apoyo y seguridad.
- d. Descubrir áreas o puntos positivos de posible contacto con el paciente.

- a. Verbalización de conflictos.
- b. Apoyo y seguridad.
- c. Aclaraciones mutuas.
- d. Aceptación del paciente
- e. Explicaciones sencillas.
- f. Manejo de problemas grupales que interfieren en la acción terapéutica.
- g. Discusión de soluciones.

RESULTADOS OBTENIDOS

3. Inicialmente la familia llegó a sentirse liberada de tales sentimientos y pudo empezar a atender y a aceptar al paciente como tal. Finalmente se logró que acepten su enfermedad, siempre y cuando no agreda al grupo familiar.

4. Se llegó a obtener que el paciente fuese aceptado, sobre todo cuando éste último logró modificaciones radicales en su conducta. Sin embargo, el paciente no pudo tolerar esa situación y trató de establecer la relación anterior. Finalmente, el grupo familiar estableció con él una relación distante pero tolerante.

SINDROME DEL PROBLEMA

5. La familia se siente culpable al no poder y/o satisfacer los deseos del paciente

6. La familia no entiende al paciente.

7. La familia cree que todo el problema del paciente se reduce a su enfermedad mental

PASOS DEL TRATAMIENTO

- a. Apoyo y seguridad
- b. Explicaciones sencillas.
- c. Orientaciones y sugerencias concretas.
- d. Discusión de soluciones.

- a. Explicaciones sencillas.
- b. Orientaciones y sugerencias concretas.
- c. Interpretación de conductas.
- d. Aclaraciones mutuas.
- e. Acercamiento lento.
- f. Discusión de soluciones.

- a. Explicaciones sencillas
- b. Reflexión o introspección.
- c. Aceptación del paciente.

RESULTADOS OBTENIDOS

5. La familia encauzó positivamente tales sentimientos y adquirió cierta habilidad para manejar adecuadamente al paciente. Asimismo se logró resolver situaciones concretas que hacían sentir al paciente rechazado y minusvalido.

6. La familia adquirió una relativa percepción diferente del paciente. Las relaciones que establecieron con él son menos conflictivas y la pauta del grado o intensidad de la comunicación emocional la da el mismo paciente.

7. La familia adquirió una relativa consciencia de enfermedad; y la adjunto al problema de agresividad antes presentado.

SINDROME DEL PROBLEMA

8. La familia espera magicamente la recuperación del paciente de "las pastillas" y del tratamiento psico-social.

B. En relación directa a la familia en general.

1. La esposa del paciente presenta problemas de salud.

2. La hija menor del paciente solicitó ayuda terapéutica profesional

PASOS DEL TRATAMIENTO

- a. Explicaciones sencillas.
- b. Verbalización de conflictos.
- c. Discusión de soluciones
- d. Discusiones de soluciones.

- a. Labor de convencimiento.
- b. Presión sutil para lograr la modificación de lo negativo.
- c. Orientaciones concretas.

- a. Fomento de reflexión y observación.
- b. Labor de convencimiento.
- c. Libertad de determinaciones.

RESULTADOS OBTENIDOS

8. La familia abandonó tales conceptos.

1. Se logró encauzar adecuadamente tal situación. Asimismo la esposa recuperó parcialmente su salud.

2. La hija del paciente fue totalmente consciente de tal realidad y se empeñó en resolver positivamente la situación familiar.

CASO No. II

SINDROME DEL PROBLEMA

A. En relación directa a la paciente.

1. La familia teme al alta hospitalaria y tal situación es percibida en cierta forma por la paciente.
2. La madre cree que se enfermó por el mal trato recibido en el trabajo y por la preferencia que el padre mostró hacia uno de sus hijos. Y porque Dios así lo quiso.
3. El esposo, con quien establece relaciones aceptables, desea ayudarla y pide orientación al respecto.
4. La familia considera que la paciente debe esperar para asumir responsabilidad de niños.

PASOS DEL TRATAMIENTO

- a. Verbalización de conflictos.
 - b. Apoyo y seguridad.
 - c. Explicaciones sencillas
-
- a. Verbalización de conflictos.
 - b. Represión de situaciones intolerables para su "yo".
-
- a. Orientaciones y explicaciones
 - b. Trabajar principalmente con la madre, para que no presente resistencia al diálogo.
-
- a. Verbalización de ideas.

RESULTADOS OBTENIDOS

1. Debido a que está iniciado el proceso de preparación de la familia respecto a la paciente no tuvieron una respuesta definitiva negativa a tal situación.
2. Continuó creyendolo y parece ser que da primicia a sus credos religiosos.
3. Se aprovechó esta potencialidad, para el manejo de la situación con los padres y esposo.
4. Respetarán la decisión de ella siempre y cuando no abandone el tratamiento profesional.

SINDROME DEL PROBLEMA

PASOS DEL TRATAMIENTO

RESULTADOS OBTENIDOS

B. En relación directa a la familia en general.

- | | | |
|---|---|--|
| 1. La madre presenta cierta disposición para aceptar sugerencias en su actuación. A su vez, dice y pide ser dirigida. | a. Valorar la autenticidad de tal de tal "disposición".
b. Manejar tal situación en beneficio colectivo.
c. Fomentar la autonomía y libertad de actuación en la madre de la paciente. | 1. La acción terapéutica socio-familiar satisfizo en sí, su necesidad e dependencia y su deseo de ser aceptada.
Se encuentra más fomentó y reforzó su espíritu de reflexión y auto-observación. |
| 2. El padre presenta conducta sobreprotectora con la paciente ahora que está enferma. | a. Interpretación de conductas.
b. Aclaraciones mutuas (inter-familia)
c. Orientaciones y sugerencias.
d. Discusión de soluciones. | 2. Logró una relación diferente, a niveles más adecuados y satisfactorios para la paciente y el padre. |
| 3. El esposo de la paciente presenta temor ha tener hijos porque ambos han recibido tratamiento psiquiátrico | a. Interpretación de conductas.
b. Orientaciones y sugerencias
c. Libertad de determinaciones. | 3. Hasta dónde es posible se trató de orientar al esposo de la paciente para que busque ayuda profesional individualizada y que como pareja ambos determinen si es conveniente asumir la responsa- |

SINDROME DEL PROBLEMA

PASOS DEL TRATAMIENTO

RESULTADOS OBTENIDOS

sabilidad de padres pues la decisión
no debe ser unilateral.

2. Aplicaciones al Trabajo Social. Respecto a la Formación. Respecto a la Práctica Profesional.

Uno de los ideales de todo estudio o investigación científica debe ser: El tener una proyección social, es decir que sus resultados y conclusiones puedan y lleguen a ser aplicables a la realidad misma.

Es por eso, que el presente trabajo al llegar a su etapa última pretende hacer algunas consideraciones relativas a la aplicación del mismo al Trabajo Social en Guatemala, en el doble aspecto de éste último, es decir: Teórico (-respecto a la formación) y práctico (respecto a la práctica profesional).

Ahora bien, dado el contenido mismo de la presente experiencia, las conclusiones a las que se llegan y convergen fundamentalmente en el Trabajo Social de Casos y en concreto en lo referente al campo psiquiátrico. Sin embargo, en última instancia también son valederas para cualquier rama del Trabajo Social.

Las consideraciones generales que se permite hacer al presente trabajo son las siguientes:

2.1 Respecto a la Formación:

Puesto que el Trabajador Social estudia el proceso psicosocial y la motivación tanto interna como externa que impulsa al hombre en su actuación y conoce además la estructura social, los conflictos socio-culturales, así como los recursos de índole legal, institucional y técnica que pueden ser utilizados en un momento dado en favor del hombre mismo: Se reconoce que las disciplinas psicológicas y sociológicas son fundamentales como único recurso disponible para poder interpretar la conducta humana y admite además que las disciplinas colaterales tales como las de índole legal, médico

y administrativo son necesarias para entender el problema y encausar acertadamente la solución de un conflicto determinado.

Por tal motivo, el estudiante de Trabajo Social junto con la adquisición de amplios conocimientos de Psicología individual requiere y exige fundamentalmente una -Psicología Social - y preferentemente dando a ésta última un enfoque especial y una realidad concreta y particular, esto es, ubicándola dentro del marco geográfico y del contexto socio-cultural del país dentro del cual se vive y en el cual se ejercerá profesionalmente.

La Psicología Social resulta imprescindible dentro del campo del Trabajo Social, debido a que este último pretende ejercer su acción en los conflictos de funcionamiento psicosocial en el proceso mismo de evolución y maduración que tiene efecto en el fenómeno de interacción: yo-mundo; y asimismo desea influir sobre las disposiciones y/o causas desencadenantes de un problema de funcionamiento micro y/o macro-social.

Ahora bien, el futuro Licenciado en Trabajo Social debe de obtener conjuntamente con los conocimientos de índole psicológica, tanto individual como social, una mentalidad y una manera de pensar psicológicas, entendiendo esto último como la capacidad de adaptarse a los procesos psico-dinámicos y a la subjetividad de los demás.

Asimismo se reconoce como requisitos fundamentales de ser cubiertos por el estudiante y más tarde por el Profesional de Trabajo Social, las siguientes capacidades: Juicio, razonamiento, auto-crítica, flexibilidad o facilidad de adaptarse a nuevas situaciones. Todo esto acompañado de una bien definida capacidad afectiva y empática, así como el concepto de "límite" y el control de la propia emotividad.

2.2 Respecto a la Práctica Profesional:

En la práctica profesional, el Trabajador Social para obtener un adecuado manejo de los Casos Sociales debe reconocer y tratar de ejercitar por sí mismo las diversas técnicas de entrevistas existentes.

Se dice con frecuencia que: Saber preguntar, escuchar y observar son tres técnicas fundamentales que debe de dominar el entrevistador, pero resulta difícil definir el contenido de cada una de ellas. Se afirma por tanto que se aprende en la práctica misma, sin embargo, no es menos cierto que dicha práctica para desempeñarse lo más acertadamente posible debe de estar basada en sólidos conocimientos teóricos.

El Licenciado en Trabajo Social debe de tratar de poseer una amplia y definida cultura general, pues necesita en muchas ocasiones encausar y orientar los más diversos y heterogéneos intereses, aptitudes y habilidades del paciente.

Además, tal acervo cultural le permite obtener una relación transferencial más adecuada con el entrevistado, puesto que puede conocer y entender las predilecciones culturales, artísticas, políticas, sociales y religiosas del mismo.

Por último, se reconoce como factor necesario para una mejor actuación profesional en el campo del Trabajo Social, el hecho de estar en continua comunicación tanto directa como indirecta con todo aquello que le es afín, esto es : Otros Trabajadores Sociales y para el caso presente, especialmente los dedicados a la rama psiquiátrica; instituciones de docencia e investigación; fuentes bibliográficas así como los congresos, conferencias y charlas sobre la materia misma.

CONCLUSIONES

- 1.- Pudo comprobarse que si es tomada la unidad paciente-familia, la problemática socio-familiar mejora y por ende el estado de salud del paciente enfermo mental.
- 2.- Al aplicar la guía de Entrevista Estructurada Socio-Psiquiátrica fue posible reconstruir el curso de los conflictos psico-sociales ocurridos entre el paciente y su familia, permitiendo descubrir y comprender la interacción de cada uno de ellos y llegar así a la elaboración de un plan de tratamiento que benefició a la unidad familiar.
- 3.- El paciente obtuvo una mejoría en cuanto a su estado de salud emocional al expresar sus sentimientos e ideas al grupo familiar, dado que sirvió como terapia social.
- 4.- El rechazo familiar hacia el paciente fue superado al verbalizar sus sentimientos, recibir apoyo y orientaciones a través del Trabajador Social.
- 5.- El Trabajador Social debe tener presente que cada integrante del equipo terapéutico o multidisciplinario tiene una función específica dentro de su quehacer profesional en beneficio de la unidad familiar y de esta coordinación dependerá en gran parte el éxito de la misma.
- 6.- Las condiciones sociales y culturales de Guatemala limitan el proceso de trabajo con las familias por la mística o tabú existente en nuestra sociedad.

- 7.- Para un mejor manejo de Casos Sociales, el Trabajador Social debe conocer y tratar de ejercitar las distintas técnicas modernas de entrevistas existentes.
- 8.- Los objetivos propuestos que fundamentaron el presente trabajo, se alcanzaron a través del proceso de investigación realizado.
- 9.- La hipótesis planteada orientó el desarrollo del trabajo de investigación y se comprobó a través de la investigación de campo realizada, estableciendo con la misma elementos de juicio, para comprobar las variables enunciadas del problema.

RECOMENDACIONES

- 1.- Se propone que el Trabajador Social haga una revisión retrospectiva de su quehacer profesional con el fin de mejorar la unidad familiar a la cual nos debemos.
- 2.- Es necesaria la aplicación de la guía de Entrevista Estructurada Socio-Psiquiátrica si se desea mejorar la relación ante la problemática psico-social y familiar del paciente enfermo mental.
- 3.- Debe reforzarse la confianza y seguridad emocional en el paciente, para establecer una mejor comunicación familiar.
- 4.- El Trabajador Social debe educar a la unidad familiar en el manejo constante de verbalización de sentimientos, apoyo y orientación con el fin de disminuir el rechazo familiar.
- 5.- Que el equipo terapéutico o multidisciplinario coordine sus acciones en beneficio de la unidad familiar, para alcanzar mejores resultados en el tratamiento de pacientes con enfermedad mental.
- 6.- El Trabajador Social debe integrarse a la comunidad y específicamente al grupo familiar tratado, para compenetrarse de sus condiciones sociales y culturales, respetar las mismas y buscar alternativas que permitan viabilizar el proceso de trabajo.
7. Para mejorar la intervención profesional en el campo del Trabajo Social Psiquiátrico, es necesario mantener una continua comunicación con otros profesionales de la disciplina y documentarse constantemente.

- 8.- Se hace necesario que el profesional de Trabajo Social realice estudios de interés para el Trabajo Social guatemalteco, fortaleciendo y modernizando procedimientos de diagnóstico en beneficio del paciente con enfermedad mental.
- 9.- El profesional de Trabajo Social debe investigar exhaustivamente la conducta inadecuada del paciente y familia para mejorar la problemática socio-familiar, aplicando la Guía de Entrevista Socio-Psiquiátrica, elaborando un diagnóstico y un plan de tratamiento según lo amerite el caso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aistair Munro, M.D. y Wallace Mc. Cullon M. Sc.
Psiquiatría para Trabajadores Sociales. Continental S.A. de C.
V. México, Feb. 1,984.
- 2.- Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social.
Editorial El Ateneo S.A., 8va. Edicion. México. 1,984.
- 3.- Apodaca Rangel, María de Lourdes. Cuaderno de Trabajo
Social No. 9 Análisis del Ejercicio Profesional del Trabajador
Social en el Sector Salud. Escuela Nacional de Trabajo Social,
Universidad Nacional Autónoma de México, 1,983.
- 4.- B. Von Haller, Gilmer. Psicología General. Harla S.A. C. V.
México, Buenos Aires, Bogotá, Sao Paulo, 1,973.
- 5.- Bellak y Small. Psicoterapia Breve y de Emergencia, Pax
México. 1,980.
- 6.- Escuela de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social No. 32.
Escuela de Trabajo Social Universidad Autónoma de México.
México. Octubre-Diciembre 1,987.
- 7.- Friedrich Dorsch. Diccionario de Psicología. Editorial
Herder. Barcelona. 1,997.
- 8.- Girón Cabrera, José Saturnino. Tesis Acontecimientos de la
vida en los Transtornos Psiquiátricos. Facultad de Ciencias
Medicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1,992.

- 9.- González Maeda, Gloria Raquel. Tesis Enfermedades Mentales más frecuentes por las que se consulta en el Hospital Nacional de Salud Mental. Facultad de Humanidades Quetzaltenango, Universidad Rafael Landivar. Guatemala 1,985.
- 10.- Noriega Castillo, Carlos Federico. Apuntes sobre Metodología de la Investigación. Escuela de Trabajo Social, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1,992.
- 11.- Pardinás, Felipe. Metodología y técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Siglo XXI Editores. México. 1,975
- 12.- Quintanilla de Morales, María Antonieta, Tesis Atención Primaria en Salud Mental un Experiencia en el Departamento de Escuintla. Escuela de Trabajo Social, Universidad de San Carlos de Guatemala 1,992.
- 13.- Romero Espinoza, María Tereza. Tesis El Trabajo Social su Importancia y proyección en el Campo de la Psiquiatría. Escuela de Trabajo Social, Universidad Autónoma de México 1,987.
- 14.- XI Seminario Nacional de Salud Comunitaria, Encuentro con la Salud Mental Comunitaria del Guatemalteco, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 1,988.