

5
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Trabajo Social

**La Rehabilitación Post-Hospitalaria
del paciente psicótico y la
influencia familiar**

TESIS PROFESIONAL

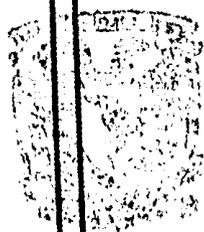
que para obtener el título de

LIC. EN TRABAJO SOCIAL

Presentan:

María Luisa García Hernández

Soledad Castillo Delgadillo



SECRETARÍA GENERAL
DE TRABAJO SOCIAL México, D. F.
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
PROFESIONALES

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO 1

1 PADECIMIENTOS PSIQUIATRICOS	1
1.1 Clasificación de las enfermedades psiquiá tricas	2
1.2 Prevalencia de las enfermedades	72
1.3 Factores que determinan las alteraciones psiquiátricas	77
1.4 Repercusiones Biopsicosociales	93
1.4.1 Repercusiones Psicológicas	95
1.4.2 Repercusiones Somáticas	100
Síntesis Capitular	104

CAPITULO 2

2 REPERCUSIONES SOCIALES DEL ENFERMO MENTAL ..	106
2.1 Repercusiones Familiares	112
2.1.1 Tipos de Familia	123
2.1.2 La familia frente al paciente	127
2.2 Extrafamiliares	131
2.2.1 Escuela y capacitación	134
2.2.2 Trabajo	137
2.2.3 Comunidad	138

2.2.3.1 Relaciones Afectivas	139
2.2.3.2 Relaciones Interpersonales ..	142
2.2.3.3 Relaciones Sexuales	142
Síntesis Capitular	145

CAPITULO 3

3 INVESTIGACION DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN - EN LA REHABILITACION POST-HOSPITALARIA DEL - PACIENTE PSICOTICO, DEL HOSPITAL PSIQUIATRI- CO " PRAY BERNARDINO ALVAREZ "	147
3.1 Planteamiento del Problema	147
3.2 Objetivos	148
3.3 Hipótesis	149
3.4 Metodología	149
3.4.1 Presentación de la información ..	246
3.4.2 Análisis e Interpretación de la- información	151
3.4.3 Informe Final	157
Síntesis Capitular	160

CAPITULO 4

4 TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO	164
4.1 Metodología de Trabajo Social	165
4.2 Funciones del equipo multidisciplinario- psiquiátrico	190

	Síntesis Capitular	193
CAPITULO 5		
5	ALCANCES DE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN EN SA- LUD MENTAL: PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCARIO	196
5.1	Acciones del Trabajador Social Psiquiá- trico en los niveles de prevención	218
5.2	Revisión de los programas de rehabilita- ción post-hospitalaria, existentes en sa- lud mental, específicamente de Trabajo - Social	226
5.3	Implementación de un programa piloto de- Trabajo Social de rehabilitación post- hospitalario de pacientes psicóticos ...	228
	Síntesis Capitular	235
	Conclusiones	237
	Sugerencias	242
	Anexo I	246
	Anexo II	266
	Anexo III	272
	Bibliografía	277

INTRODUCCION

El presente tema de investigación surge ante la inquietud de ahondar sobre el terreno de las enfermedades psicóticas, específicamente en el nivel post-hospitalario, debido a la magnitud que actualmente están alcanzando en la sociedad, como desajustes psíquicos que vienen a engrandecer las estadísticas generales en cuanto a la enfermedad mental. Así como por la importancia del Trabajo Social dentro de este ámbito: El trabajo social tiene mucho campo de acción y un papel relevante dentro del equipo multidisciplinario que participa en el tratamiento y rehabilitación del paciente, en el manejo de la familia para la rehabilitación del enfermo.

Considerandose necesario que el Trabajador Social tenga una visión amplia de los principales padecimientos psiquiátricos, así como de los factores y repercusiones que consecuentemente se dan, para el conocimiento y manejo adecuado de los pacientes, participando activamente con los demás profesionistas, en la evolución del tratamiento. Ante esto se tuvo la necesidad de introducir la clasificación de las enfermedades mentales en, el capítulo primero y poder dar al lector elementos generales y de los padecimientos.

En el capítulo segundo se abarcan las repercusiones sociales y familiares, como causa y consecuencia de la enfermedad

en las diferentes áreas de la vida humana.

El capítulo tercero se enfoca a la investigación realizada, en la cual se tomo como muestra al Hospital Psiquiátrico "Fray-Bernardino Alvarez", por ser éste una institución que presta atención a pacientes psicóticos, tomándose una muestra representativa de pacientes dados de alta, en el período de enero a --- junio de 1983, a los cuales se les aplicó un cuestionario en su domicilio, para conocer como habían respondido al tratamiento y a la rehabilitación y ver de que manera la familia influyó en éstos aspectos. Al mismo tiempo verificar si trabajo Social, -- participaba en el seguimiento de caso. Una vez obtenidos los datos se concretizó la información por medio de gráficas.

El capítulo cuarto es de suma importancia, porque es donde, se enmarca la metodología de Trabajo Social , la cual sienta -- las bases teóricas para una práctica profesional que realice ac-- tividades acordes a su área en el ámbito institucional, como -- parte integrante de un equipo multidisciplinario en beneficio -- de la comunidad en general. Además de mencionar las funciones -- que debe desempeñar trabajo social con el paciente y la familia dentro y fuera de la institución.

Dentro del capítulo quinto se contemplan los alcances que -- tienen los tres niveles de atención en la red institucional co-- mo un servicio que se debe de dar en forma integral, lógicamen-- te con la participación de Trabajo Social. Anexándose en éste --

direcciones de las instituciones públicas de la Secretaría de -
Salud que brindan atención psiquiátrica en sus tres niveles de,
atención.

En conclusión, el fin de ésta investigación radica en apor-
tar nuevas ideas que engrandezcan la labor del trabajo social, -
principalmente por medio de la implementación de un programa de
rehabilitación post-hospitalaria de pacientes psicóticos.

CAPITULO 1

1 PADECIMIENTOS PSIQUIATRICOS

1.1 Clasificación de las enfermedades psiquiátricas

1.2 Prevalencia de las enfermedades

1.3 Factores que determinan las alteraciones, psiquiátricas

1.4 Repercusiones Biopsicosociales

1.4.1 Repercusiones Psicológicas

1.4.2 Repercusiones Somáticas

Sintesis Capitular

C A P I T U L O 1

1 PADECIMIENTOS PSIQUIATRICOS

La historia nos enseña que el hombre desde los tiempos más-remotos, ha vivido situaciones críticas; con ello se quiere significar que los distintos grupos humanos no han logrado encontrar la clave para un bienestar de tipo general. La angustia, - la frustración, la desigual distribución de la riqueza, el trabajo insatisfactorio y otros muchos factores exhiben, sin lugar a dudas, que la vida humana en las distintas sociedades ha estado sujeta a las tensiones y dificultades permanentes, lo que ha provocado o facilitado la manifestación de desajustes psíquicos en las personas; es decir la aparición de los trastornos mentales tienen un propósito defensivo y protector. La enfermedad mental se relaciona en gran parte con los aspectos afectivos y, psico-sociales, los síntomas de los trastornos de la personalidad representan el intento del individuo para adaptarse a la interacción de las fuerzas psicológicas, sociales y fisiológicas- que hacen presión en él, o bien, el fracaso de dicho intento.

Por otra parte, los síntomas tal vez representan la tentativa del individuo para esconder la verdad y no verla, para retirarse de las situaciones difíciles o ignorar el stress de la vida, pero el resultado de esta tentativa es que la persona emplea para adaptarse medios sustitutivos que lo alejan de la realidad.

lidad, como son en algunos casos los trastornos de la personalidad, neuróticos, las drogas, etc., y sacrifican dicha realidad para lograr comodidad emocional. Sin embargo no hay que olvidar el factor genético que en algunas ocasiones es decisivo, - es decir, existen personas que su mensaje hereditario es de tal manera patológico que aún en el mejor ambiente sociofamiliar, - se se desarrolla la enfermedad mental.

Así pues, puede considerarse que la enfermedad mental se expresa en la actitud del individuo con respecto a sí mismo y con los demás, si no tiene conciencia de ser lo que es, en el modo y grado de desarrollo del individuo, en el empleo que hace de sus capacidades, etc.

1.1. CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS

Este capítulo se abocará a describir la clasificación de los principales trastornos psiquiátricos, como son:

- a) Trastornos transitorios de la conducta.
- b) Neurosis.
- c) Psicosis.
- d) Enfermedades Psicoorgánicas.

Es importante mencionar que su orden es de leve a más grave.

TRASTORNOS TRANSITORIOS DE LA CONDUCTA

Son una forma de enfermedad psiquiátrica en que los proble--

mas internos del sujeto se manifiestan, no por síntomas específicos, sino según una forma anómala de vida. Si los individuos con trastornos de la personalidad encuentran situaciones en la vida que son moderadamente favorables, pueden continuar siendo capaces de efectuar cierta clase de ajuste práctico; es decir, el trastorno de la personalidad puede persistir sin el desarrollo de síntomas. O bien si se encuentran con condiciones desfavorables, existe la posibilidad de una "descompensación" que -- los haga entrar en una psicosis.

" La personalidad es la forma de acción emocional congénita influida por el aprendizaje, resultado de la experiencia con el medio ambiente, vivida por el sujeto y que le permite una forma de ser única y no semejante a ninguna otra "¹. Es hacia el final de la adolescencia cuando la personalidad se establece en un -- equilibrio como consecuencia de lo anterior.

Si la conducta del individuo sale fuera de lo normal recibe la apelación de trastorno, de lo que pueden surgir algunos tipos de personalidades como son:

- 1) Personalidad Histérica.
- 2) Personalidad Anancástica (Obsesivo-Compulsiva).

¹ Saleme. Jalíli, Jacobo, Apuntes de Salud Mental, V semestre, - ENTS/ UNAM, 1980.

- 3) Personalidad Paranoide.
- 4) Personalidad Esquizoide.
- 5) Personalidad Explosiva.
- 6) Personalidad Psicopática o Antisocial.
- 7) Personalidad Afectiva.
- 8) Personalidad Asténica.

1) PERSONALIDAD HISTERICA

"Freud llegó a la conclusión de que los síntomas histéricos eran causados por los recuerdos inconscientes de sucesos que -- habían producido emociones intensas que, por uno u otro motivo, no pudieron ser expresadas o descargadas en forma adecuada en -- el momento mismo de producirse el hecho, o sea que mientras -- esas emociones estuvieran impedidas para su expresión normal, -- persistiría el síntoma histérico"²

La gran mayoría de los enfermos que presentan síntomas histéricos tienen una personalidad normal, y no particularmente -- "histérica". En los jóvenes, por lo común, se ve cierto grado de -- inmadurez emocional como base de la personalidad.

"Los síntomas histéricos que aparecen por primera vez des-- pués de los 40 años, se encuentran relacionados muy a menudo --

²Cuelí. José, Teorías de la personalidad, Edit. Trillas, México 1977.

con un desorden orgánico no identificado o una psicosis endógena, en especial una depresión. Por lo tanto, sólo es probable - que ocurran cuando el deterioro estructural afecta las partes - del cerebro que se ocupan preferentemente del gobierno emocional³!

La personalidad histérica, así llamada, es el extremo polar bien conocido aunque no muy común, de un modo de variación normal, pero las manifestaciones a que se hallan predisuestas tales personalidades, incluyen una amplia gama de modos de comportamiento desviados.

Muchos síntomas histéricos son precipitados por una causa - psicológica más que física, inducida por una idea que asumió -- importancia en la mente del paciente. Los rasgos de la personalidad que encontramos asociados con los síntomas histéricos pueden encuadrarse de un modo amplio en la denominación de inmadurez afectiva e inestabilidad afectiva.

" Hay poco de específico en las causas precipitantes de las afecciones histéricas. El derrumbe súbito de una personalidad - previamente normal puede ocurrir bajo casi cualquier tipo de -- tensión emocional impuesta súbitamente: un accidente, un disgusto, etc. Por regla general, aun estos episodios agudos tienen -

³-----
Kolb. Lawrence, *Psiquiatría Clínica Moderna*, La prensa Médica, Mexicana, México, 1978.

que ser precedidos por un período de tensión emocional creciente "4

2) PERSONALIDAD ANANCASTICA (OBSESIVO-COMPULSIVA)

El hombre obsesivo se manifiesta muchas veces, por el temor o miedo a algo, como expresión de inseguridad. En muy frecuentes ocasiones, el hombre compulsivo expresa sus temores inconsciente a través de actos impulsivos; de esta forma el temor a la impureza en su más amplio sentido o al contagio de cualquier infección, se manifiesta a través de lavados reiterados de sus manos, por una tendencia a la limpieza exagerada y ridícula, -- pues cualquier contacto con un objeto o persona lleva a estos hombres a un estado intenso de ansiedad mientras no logra lavar la parte de su cuerpo que creen contaminada.

Algunos autores consideran la obsesión, como una idea, una representación o un acto que se impone en contra de la voluntad del hombre en quien se da. Estas vivencias hacen que el hombre, que las experimenta se sienta impotente para desplazarlas de su conciencia (en el caso de la idea). Para negarse a inhibir el impulso y para dejar de realizar el acto obsesivo. De ahí que este hombre enfermo-psíquico no tenga otra solución, que ceder,

⁴ Mayer. Gross, Slater, Psiquiatría Clínica, Edit. Paidós, Buenos Aires 1974.

a que esa idea persista en su conciencia o a que su voluntad se doblegue a la realización de ese acto absurdo e ilógico, de lo cual es totalmente consciente. Por eso la característica primordial de la obsesión es la compulsión, es decir, esa fuerza que, le lleva a la ejecución del acto, y es que si este hombre se resiste, experimentará un estado intenso de angustia que lo obligará finalmente, a ceder en su resistencia frente a la vivencia obsesiva; esto pone de relieve cómo la obsesión posee un carácter coercitivo, impositivo e imperativo, al que se ha denominado anancasmo.

El hombre obsesivo experimenta sus ideas o actos como "impuestos", no los vivencia como procedentes de su mundo exterior sino como emanados de su propio yo, como algo perturbador.

3) PERSONALIDAD PARANOIDE

Caracterizada por orgullo, desconfianza, falsedad de juicio e inadaptación. Los desarrollos paranoides requieren, para que, puedan darse, la existencia previa de una personalidad con ciertos rasgos que al desarrollarse hagan posible la elaboración delirante. Sin una personalidad propicia, y pese a que se den circunstancias muy favorables para ello, el delirio de este tipo no tiene lugar.

Se ha insistido en que la personalidad pre-delirante, a este respecto, habría de corresponder a la llamada constitución -

parancide o paranoica, y que detrás existe una hipertrofia o sobre estimación de la cual es expresión directa el orgullo, o vanidad que esta personalidad revela; en el sentido de querer aparecer siempre superior a los demás en todos los aspectos, debido a un egoísmo intenso o amor propio exagerado.

Tras una falsa actitud de modestia o humildad e incluso por medio de actos de estoicismo ante determinadas situaciones, llevan a estas personalidades a ser admiradas por los que les rondean.

Cabe mencionar que pierden la mayoría de las veces el interés por cuanto no se refiere exclusivamente a sus tendencias de lirantes.

4) PERSONALIDAD ESQUIZOIDE

Algunos enfermos pueden creerse de pronto cualquier persona je histórico, sin que por ello pierdan la noción de su propio pasado. Otros enfermos se creen metamorfoseados en animales, en objetos, etc., por lo general se dan simultáneamente varias representaciones de este tipo. Resulta muy corriente que se identifiquen con personas (aunque de un modo por completo inconsecuente) a los que aman o admiran.

El trastorno esquizófrénico de la personalidad es mucho más profundo y progresivo. En los casos graves de esquizofrenia sellega a un alto grado de ruina de la personalidad; el pensamiento

to y la voluntad de los enfermos se disgrega, se diluyen los límites entre la propia persona y el medio. Las más firmes asociaciones pueden finalmente desprenderse de la persona, mientras - que se unen a ésta otras representaciones cualesquiera.

5) PERSONALIDAD EXPLOSIVA

Los individuos con este tipo de personalidad, se caracterizan por la intensidad explosiva de las emociones que experimentan en respuesta a estímulos externos relativamente ligeros. Entre una explosión emocional y otra, suelen ser emprendedores, - amistosos, felices y agradables; no obstante, su relación con - otras personas constantemente está sujeta a las actitudes emocionales fluctuantes del individuo, debido a que la hostilidad, los sentimientos de culpa y la angustia que experimenta son muy intensos y él no puede controlarlos.

Su tensión emocional en la mayoría de casos se encuentra en un punto casi extremo y puede en forma repentina e inesperada, - explotar en ira desatada u otra exhibición emocional desproporcionada. En tales ocasiones estas personas pueden gritar, proferir provocaciones iracundas, amenazar o incluso volverse destructivas y atacar otros individuos, en algunos la excitabilidad se manifiesta en explosiones de desesperación, de irritabilidad malhumorada o de obstinada inaccesibilidad y negativismo.

No son raros los intentos de suicidio en respuesta a la - -

frustración o como un medio para aliviar una situación que el individuo considera intolerable. Las explosiones del individuo, excitable, lejos de ser el signo deseable de vigor y fuerza de la personalidad, a menudo son intentos mal disimulados para disfrazar una debilidad inherente.

Las reacciones que se caracterizan por actitudes emocionales fluctuantes, sentimientos inestables y explosivos, y juicios en los que no se puede confiar; deben considerarse como expresiones de una inmadurez en la personalidad.

6) PERSONALIDAD PSICOPATICA O ANTISOCIAL

Son aquellos individuos que presentan serios trastornos de su conducta, sin que se les encuentre ningún trastorno mental importante. " Estas son personas asociales (incapaces de adaptarse a las normas sociales), siendo sus relaciones interpersonales superficiales, por lo que no logran durabilidad y madurez en ellas, aunque aparente y ocasionalmente se muestran cordiales, simpáticos, afectuosos y en asuntos sin importancia ejercen una generosidad transitoria pero interesada "⁵

Sus actos antisociales normalmente no le producen nerviosismo, ansiedad, vergüenza, ni ningún otro sentimiento que una persona normal experimentaría en situaciones análogas. A pesar de,

⁵Vallejo Nagera J.A. Introducción a la Psiquiatría. Edit. Científico Médica. Barcelona 1979, Cap. V.

que su actuación contraria a las normas suele llevarlo a frecuentes desastres y frustraciones persiste en la repetición de, tales actos no modificando su conducta.

Su impulsividad no le permite tomar en cuenta los sentimientos de otras personas, el orden social o las consecuencias que, puede traer el acto para sí mismo; por lo que se considera que, no existe autocrítica, ya que carece de la capacidad para ver y juzgar su comportamiento a través del punto de apreciación de los demás.

Muestra un gran desprecio por la verdad, incurriendo en mentiras generalmente sin necesidad, con una sorprendente tranquilidad. En el aspecto sexual es polifacético, o sea que esta marcada en ámbos sexos por la promiscuidad, la impersonalidad y la poca profundidad de la relación.

Al analizar sus fracasos sorprende el comprobar como derrumba todo lo alcanzado, por razones de escasa importancia. Siempre se encuentra satisfecho de su conducta a pesar de ser hostil, egoísta, inapropiada y difícilmente corregible desde el punto de vista social.

7) PERSONALIDAD AFECTIVA

Se considera el estado fundamental de ánimo o afecto, según el carácter dominante del humor del enfermo. Por ejemplo, si el enfermo ha estado todo el día alegre y optimista, y cambia radi

calmente su estado de ánimo y continúa irritado durante las horas siguientes, es porque ha variado el estado fundamental, que tiene ahora el colorido de irritable.

Existen dos estados de ánimo; intenia, es cuando el estado, de ánimo es normal y no presenta variaciones en el humor y la - distimia, el estado de ánimo se altera en dos direcciones opues- tas: en uno de ellos estará la tristeza, la angustia, el tedio, y la inhibición, por el otro lado la alegría, éxtaxis, entusias- mo y exaltación. Distinguiéndose dos sentimientos anímicos; son reactivos de la persona los estímulos del ambiente y están con- dicionados etiológicamente en su modalidad, intensidad y dura- ción por el impacto afectivo recibido (un disgusto provoca - - tristeza, el temor indefinido angustia, etc.).

El sujeto tiene sintonización afectiva, debido a que en oca- siones es influenciado afectivamente por los estímulos exter- nos especialmente la alegría o tristeza de las personas que le rodean, por ejemplo: a un enfermo deprimido se le cuenta un - - chiste y durante unos segundos se ríe; ha sintonizado con éste- estado de ánimo, otro individuo ve llorar y se le saltan las lá- grimas. El fenómeno complementario es el de la capacidad de - - irradiación afectiva, que es la capacidad que el sujeto tiene - para que los demás sintonicen con él de "irradiar" su alegría o tristega.

La variabilidad del estado de ánimo tiene dos extremos pato

lógicos: la rigidez es un bloqueo o congelación de la afectividad, siendo la incapacidad de modificar el estado de ánimo que, permanecerá fijo, en una de sus modalidades, pese a la intensidad de los estímulos externos. Y la labilidad afectiva en donde las variaciones del estado de ánimo son bruscos e inmotivados, de gran intensidad y breve duración.

La indiferencia afectiva ó embotamiento, se manifiesta por, una pérdida de la resonancia interna de los afectos, por ejemplo: un enfermo ya no siente el normal cariño por su mujer e hijos, lo que él mismo valora como patológico, pues reconoce que no hay ningún motivo para que no los quiera como antes; desea quererlos, pero no siente afecto por ellos.

8) PERSONALIDAD ASTENICA

Es el individuo que padece decaimiento considerable de fuerzas, es decir debilidad; por lo que no realiza sus actividades, como siempre. Ante ésta situación el sujeto tiende a estar siempre inactivo, despreocupándose de su familia.

Este tipo de personalidad puede ser resultado de una mala alimentación, o de un factor psicológico, por ejemplo: el individuo puede estar ante un problema que lo deprime, por lo que deja de comer; encerrándose en ése círculo vicioso. Cabe mencionar, que éste tipo de personalidad es muy común en las personas que tienen un carácter débil.

NEUROSIS

Es un padecimiento psiquiátrico de orden emocional, cuyo -- inicio es frecuente en la infancia y que de no ser resuelto va, a ocasionar graves problemas en la formación de la personalidad haciendo de la persona un ser indeciso, insatisfecho y contradictorio, e impidiéndole una adecuada salud y desarrollo pleno de, sus potencialidades.

Características Generales:

- Son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales, producen más bien una perturbación del equilibrio interior, del neurótico, que una alteración de su sistema de la realidad. A este respecto, dichas reacciones neuropáticas constituyen formas de enfermedades mentales crónicas "menores", - es decir que desestructuran menos profundamente que la psicosis.
- Estos sujetos tienen conciencia de la enfermedad, tienen por lo tanto discernimiento.
- En la vida del sujeto neurótico, hay angustia de mayor o menor grado temporal o permanente.
- No son afectadas las facultades, solo se bloquea emocionalmente la atención, concentración y memoria, disminuyendo la eficacia de una o más funciones pero con menos desorganiza-

ción de ellas.

- Hay predominio del mundo exterior u objetivo sobre el mundo interior o subjetivo, sin embargo presentan dificultad leve o moderada para adaptarse socialmente.
- El cuadro clínico comprende uno o más síntomas específicos, tales como conversiones, fobias, obsesiones e ilusiones - - poco frecuentes.
- " Estos tienen dificultad para vivir, su humor es inestable e intolerable y contradictorio, tienen como comúnmente se dice " mal carácter "; por lo que los problemas de agresividad ocupan el primer rango, a menudo la agresividad permanece inconsciente, está inhibida y se manifiesta fácilmente - por medio de conductas de ironía, terquedad, o bien de indiferencia, ociosidad, indecisión o en actos frustrados "⁶.
- La neurosis es producida por factores psicológicos, es decir, el mismo sujeto fabrica sus síntomas, utilizándolos -- como procedimientos defensivos e inconscientes.
- Desde un punto de vista sexual, los ajustes eróticos sufren con frecuencia deteriorización, pero como regla general no, con bloqueados.
- Finalmente se mencionará que por ser considerada una enfer-

⁶ Ey Henri, Tratado de Psiquiatría, Edit. Toray-Masson, Barcelona 1971.

medad mental crónica menor, los neuróticos generalmente no requieren de hospitalización, por lo que la psicoterapia es comúnmente el tratamiento utilizado.

La neurosis tiene diversos tipos, de los cuales éstas son - las más importantes por su frecuencia:

- 1.- Neurosis de Angustia
- 2.- Neurosis Fóbica
- 3.- Neurosis Obsesivo Compulsiva
- 4.- Neurosis Histérica o Conversiva
- 5.- Neurosis Depresiva
- 6.- Neurosis Hipocondríaca.

1.- NEUROSIS DE ANGUSTIA

La angustia es un fenómeno anormal emocionalmente hablando, subjetivo, es decir, que presentan angustia aunque no se encuentre causa real que lo motive, contrario al miedo que es producto de algo real y objetivo.

La neurosis de angustia es un comportamiento neurótico, en el que los síntomas más destacados están constituidos por manifestaciones de una angustia permanente, amenazándole e impidiéndole libertad.

CARACTERISTICAS GENERALES.

- Esta comporta crisis sobre un fondo constitucional de ines-

tabilidad emocional. Cuando la crisis es importante, tiene lugar el cuadro de acceso de angustia agudo o de crisis emocional mayor; cuando se trata de crisis menos completas, el cuadro clínico se descompone en elementos somáticos y psíquicos con gran prevalencia de angustia física.

- Las manifestaciones que se presentan son de dos tipos: Psíquicas y físicas.
- En relación a los estados agudos de angustia, están compuestos por todos los síntomas de una ansiedad caracterizada -- desde el punto de vista fisiopatológico por un "terreno ansioso". Todo estado neurótico, bien revista la forma neta y definida de la histeria de conversión o bien la de la neurosis obsesiva implica este fondo de angustia. La Neurosis de Angustia constituye por lo tanto, una especie de tronco común de la organización neurótica.
- Es frecuente que aparezcan una o varias fobias: Siendo ensayos de defensa contra la angustia, y al no obtener éxito, se aprecia entonces el carácter pasajero de la fijación a un objeto fobógeno. El sujeto ensaya así varias fijaciones, hasta que se encuentra una que consiga sacarlo de su angustia "flotante", se instala en ella, y es así como se constituye la neurosis fóbica. A veces el diagnóstico diferencial entre neurosis de angustia y fóbica es dudoso, ya que, se trata de una forma intermedia que constituye una especie

de neurosis hipocondríaca.

2.- NEUROSIS FOBICA

El común denominador de las fobias es el miedo que se proyecta sobre un objeto externo.

CARACTERISTICAS GENERALES

- Esta caracterizada por la sistematización de la angustia -- sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en objeto de un terror paralizador. Estos síntomas y estos miedos de defensa constituyen la estructura complicada, de esta neurosis que tiende a remplazar la angustia de un peligro interno por el miedo de un peligro externo. Esta complicación depende de la transformación de los complejos y los mecanismos inconscientes en los síntomas de la neurosis.
- La fobia en tanto manifestación esencial de la neurosis, apenas puede definirse por un fenómeno aislado: el objeto fóbico y el terror que engendra en el sujeto. Generalmente el fóbico es el más ansioso y más accesible. Las fobias más comunes que existen son: la del espacio, miedo al salir, miedo a los espacios descubiertos o cerrados y miedo a hablar en público.

3.- NEUROSIS OBSESIVO COMPULSIVA

Es un fenómeno compuesto porque se tiene una idea fija que, se repite preocupándonos a cada momento, sin poderla quitar del pensamiento.

CARACTERISTICAS GENERALES.

- "Las principales causas son de tres ordenes:

a.- Escrupulos religiosos

b.- Por conflicto sexual

c.- Por excesiva escrupulosidad."⁷

El neurótico obsesivo compulsivo, es sometido a obligaciones que le prohíben ser el mismo. De aquí los caracteres clásicos de las obsesiones: incoercibilidad, automatismo, - luchay conciencia de la enfermedad.

- La Neurosis obsesiva se caracteriza por la emergencia de fenómenos obsesivos (Obsesiones de limpieza, etc.).

- El obsesivo busca medios de defensa, medios que a su vez se convierten en obsesivos - estos medios de defensa se refieren no a los medios inconscientes, sino a los trucos o estrategias que usa conscientemente para luchar contra la obsesión.

El obsesivo es el más complicado y más sistemático en sus defensas. En suma la neurosis obsesiva esta más estructurada y,

⁷ Saleme. Jalili, Jacobo. Apuntes de Salud Mental, ENTS/UNAM.

por consecuencia es más estable.

4.- NEUROSIS HISTERICA O CONVERSIVA.

La Histeria es un estado psíquico que hace al sujeto capaz, de autosugestionarse.

Existen tres aspectos del carácter histérico: La Sugestibilidad bien porque sea sensible a la angustia y particularmente, a la hipnosis, bien porque se autosugestione. La Mitomanía; por sus comedias, sus mentiras y sus fabulaciones, no cesa de falsificar sus relaciones con los demás. Se ofrece siempre como un espectáculo, ya que su existencia es a sus propios ojos una serie discontinua de escenas y de aventuras imaginarias. Y por último las alteraciones sexuales; su sexualidad esta profundamente alterada. En efecto en este campo más que en los otros, las expresiones emocionales y pasionales tienen algo teatral excesivo que contrasta con fuertes inhibiciones sexuales. Así el donjuanismo en los hombres y el mesalinismo femenino de los histéricos, ocultan siempre la impotencia, la frigidez o las perversiones.

CARACTERISTICAS GENERALES

- Esta tiene su causa en los problemas afectivos sexuales, -- por parte de las personas que no tienen posibilidad de expresión y entonces sus conflictos afectivos los representan con síntomas y actitudes simbólicas; así por ejemplo: simu-

lando satisfacción pueden presentar un estado de inconciencia aparente.

- Al tener dificultades afectivas pretenden atraer la atención y obtener ganancias que les satisfagan sus necesidades.
- El histérico presenta síntomas que tienen como objetivo el, expresar necesidades afectivas subyacentes en el sujeto y - las cuales no supo o no pudo satisfacer o manifestar en forma adecuada desde la infancia.
- Por último se mencionará que el histérico es influenciable, e inconstante, ya que su persona no consigue fijarse en la, autenticidad de una identidad personal firmemente establecida.

5.- NEUROSIS DEPRESIVA

Es un estado más o menos prolongado de melancolía que es -- producido por una desilusión, pérdida, fracaso, fatiga física o tensión emocional crónica. Algunas veces comprenden un senti--- miento moderado de vergüenza o de culpa.

CARACTERISTICAS GENERALES

- Es un padecimiento que se manifiesta por una personalidad - permanentemente triste, melancólico, irritable, pesimista y con apatía; éste tipo de personas con frecuencia siente menosprecio hacia sí mismo y una sensación de inutilidad y -- tristeza por todo lo que le rodea; además tiene ciertos sín

tomas de tipo físico como son dolor de nuca, y un descenso, en las funciones digestivas.

- No se interesan por la convivencia sexual. Y en la etapa crítica pueden intentar el suicidio o bien para poder mejorar el estado de ánimo se vuelven farmacodependientes o alcohólicos.
- El episodio depresivo normal, se caracteriza por cierto ánimo de ansiedad que comprende una actitud que podría ser descrita como pesimista. En los casos típicos existe un período de relativa inactividad.
- La concentración mental se hace difícil. Existen rasgos de la personalidad que predisponen con fuerza a que se presente una depresión psicótica. Uno de ellos por ejemplo: es la inseguridad y la incertidumbre con respecto al propio valer de la persona, necesitando ser aliviados continuamente por medio de seguridad que proviene del exterior (es decir, de personas que se mueven en el mismo medio ambiente). Esta reacción es autolimitada, al aligeramiento del estado de ánimo y el regreso de las perspectivas normales aparecen casi simultáneamente. Al ir agotándose el llanto y la tristeza se llega a advertir que la situación después de todo, tiene remedio; La contemplación de la situación de modo más apegado a la realidad favorece la superación de el conflicto. Un acceso de melancolía de esta especie "normal" dura -

unas horas o unos cuantos días, cuando más algunas semanas.

6.- NEUROSIS HIPOCONDRIACA

Puede ser definida como una preocupación intensa por el estado del propio cuerpo del paciente, que tiende a ser crónica, manifestandose por síntomas constantes y falta de interés en el medio ambiente.

CARACTERISTICAS GENERALES

- El mecanismo psicológico fundamental subyacente al desarrollo de la hipocondriasis es una regresión grave; desde el punto de vista de los impulsos y emociones básicas, la posición del paciente hipocondríaco se convierte más que nada en la que corresponde a la infancia tardía. Como resultado, de la marcada regresión, gran parte de la libido del paciente ha sido retirada de las figuras del medio ambiente, y reinvertida en diversas partes de su propio cuerpo. Este es un fenómeno que es responsable de la intensidad del interés del paciente en el estado de sus órganos corporales.
- Sus síntomas se diferencian de los síntomas físicos de otros pacientes.
- La regresión emocional en la hipocondriasis es muy extensa, no llegando a afectar de manera igual todos los aspectos de la personalidad.
- La capacidad intelectual permanece intacta; también la capa

cidad para determinar la realidad se conserva en grado considerable.

- Desde el punto de vista clínico, este factor marca la diferencia principal entre hipocondrías y psicosis funcional. Por ejemplo: determinado síntoma físico de un paciente hipocondríaco puede a veces ser aliviado por medidas tales como la explicación, el proporcionar seguridad y sugestión. Sin, embargo, tal alivio como regla tiende a desaparecer rápidamente por los factores psicológicos subyacentes a los síntomas hipocondríacos.

Cuando se sospecha la existencia del síndrome de hipocondrías, está indicada la intervención del Psiquiatra. En sus formas más benignas, este estado patológico puede ser tratado por diversas medidas de sostén, inclusive la psicoterapia, como paciente externo. Rara vez puede esperarse la "curación" en el sentido de lograr que el paciente se vea libre de síntomas, en las formas más graves este estado patológico generalmente requiere de hospitalización y su tratamiento en muchos aspectos, se parece al que se utiliza en las diversas formas de esquizofrenia.

Los conflictos internos crónicos que predisponen a las reacciones de ansiedad, conversión y fóbicas, se derivan de problemas no resueltos en la época del desarrollo del triángulo familiar.

PSICOSIS

DEFINICION: Desde el punto de vista social, son los trastornos más graves de la mente que evitan o impiden seriamente las relaciones del paciente con otras personas o grupos sociales.

Se designa con el nombre de psicosis a un estado de perturbación que puede ser causado por muy diferentes factores y por, tal motivo cuando hablamos de psicosis, estamos designando el término de la anormalidad; por lo que siempre se añade un término, más que denotar la causa de la psicosis, así por ejemplo: - se hablará de psicosis tóxicas cuando sea producida por el alcohol, etc.

Esta enfermedad comprende grave desorganización de las diversas funciones de la personalidad: percepción, memoria, juicio, actividad motriz; por lo que su capacidad para el trabajo efectivo y para tener relaciones adecuadas con otras personas - se destruye o se altera en forma temporal y a veces en forma definitiva.

Algunas características importantes son:

- 1) Las funciones mentales del individuo están por lo común tan perturbadas que le es imposible llevar a cabo sus actividades diarias.
- 2) El individuo, en mayor o menor grado, está fuera de contacto con la realidad.

- 3) El individuo manifiesta síntomas de naturaleza severa, a menudo en la forma de delirios, alucinaciones, incoherencia o reacciones violentas.
- 4) Por lo general, el individuo no capta o comprende la naturaleza patológica de sus síntomas e incapacidades, le falta discernimiento.
- 5) La conducta del individuo puede ser dañina para él mismo, para la sociedad o para ambos; por lo general es necesario, ponerlo bajo vigilancia o confinarlo en un hospital psiquiátrico.
- 6) Las facultades intelectuales superiores están suspendidas cuando el paciente presenta los síntomas agudos de la psicosis, dichas funciones pueden recuperarse al pasar la etapa aguda de la enfermedad, sin embargo entre más frecuentes sean las etapas psicológicas es probable que el sujeto se haya deteriorado más intelectualmente.
- 7) El psicótico tiene alteraciones sensoperceptivas, es decir; alucinaciones (visuales, auditivas, olfativas, gustativas, y de la sensibilidad en especial del tacto).
- 8) Existe prevalencia del mundo interno sobre el mundo externo.
- 9) Tienen gran influencia en la herencia.

Por otra parte, "muchas de las psicosis están asociadas con factores orgánicos. En lo que respecta a las psicosis esquizofrénicas y afectivas, cada vez hay mayores datos de que una - -

disfunción cerebral está relacionada con la dinámica de los eventos bioquímicos inter e intraneuronales; aunque pueden existir predisposiciones genéticas y constitucionales, las expresiones sintomáticas de estos trastornos representan el resultado de factores simbólicos, emocionales e interpersonales que actúan sobre el organismo más de lo normal".⁸

CLASIFICACION.- Se suelen clasificar las psicosis en dos grupos principales, el funcional o endógeno (interior del individuo) y el orgánico o exógeno (exterior del individuo); las primeras, no tienen base física observable, se les considera usualmente como normas mentales adquiridas.

En una psicosis orgánica, puede demostrarse que un factor causal significativo de ella es una condición corporal patológica. El sistema nervioso central es la parte del organismo que más suele afectarse, como en el caso de un tumor cerebral. En ésta se presentan defectos orgánicos observables que pueden ser aducidos como una causa importante, tal vez la única del dete--rioro mental; en una psicosis funcional no pueden hallarse tales defectos orgánicos.

Los estados psiquiátricos que en la actualidad se conside--ran como psicosis funcionales mayores son las reacciones esqui-

⁸ Mayer Gross Slater, Psiq. Clínica, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1974. Tomos 1 y 11.

zofrénicas, las reacciones afectivas depresivas o maníacas y --
las reacciones paranoides.

"CLASIFICACION DE LA PSICOSIS"⁹

		Simple
		Heberfrenica
	ESQUIZOPRENIA	Catatónica
		Paranoide
ENDOGENAS	PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA	
(interior del suje- to)	INVOLUTIVA	
	PARANOIDE Y EDOS.PARANOIDES	
PSICOSIS		
	POSTRAUMATICA	
EXOGENAS	TOXICAS	
(exterior del sujeto)	TUMORALES	
	METABOLICAS	
	INFECTOPARASITARIA, etc.	

PSICOSIS ESQUIZOPRENICA. Se define como una psicosis cróni-
ca que altera profundamente la personalidad, con mucha frecuen-
cia se inicia en los últimos años de la infancia ó al principio

⁹Saleme Jalilí Jacobo. Apuntes de Salud Mental V Semestre, ENTS.

de la adolescencia; es la psicosis más frecuente en los hospitales para enfermos mentales.

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves, que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad el grupo de las esquizofrenias engloba la mayor parte de los casos de alineación (desvarío) mental caracterizada por un proceso de disgregación mental que ha sido llamado alternativamente, demencia precoz o disociación de la personalidad. Los enfermos, que actualmente quedan clasificados dentro de este grupo sorprenden por su rareza, extravagancias y por la progresiva evolución de sus trastornos, hacia un estado de entorpecimiento y de incoherencia.

La reacción esquizofrénica se caracteriza por las alteraciones en el área de la senso-percepción, tales como alucinaciones, auditivas y visuales, por una transformación profunda y progresiva de la persona; quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario, incongruencia ideoverbal, ideas delirantes y perturbaciones afectivas profundas, etc.

El contenido de ideas puede mostrar según el caso, ideas -- delirantes de grandeza o de persecución. En la esfera conativa, (de conducta) el enfermo presenta reacciones tales como exhibicionismo, impulsividad, etc., y en la esfera afectiva el síntoma principal es la agresividad hacia sus familiares más cerca--

nos tanto de palabra como de hecho, además de mostrar una indiferencia total no importándole en absoluto los problemas familiares.

Por lo común manifiestan diversos síntomas, los más importantes son:

- 1) Pautas desorganizadas del pensamiento y el sentimiento; no, existe congruencia entre lo que se dice y las emociones expresadas, ejemplo, el individuo puede hablar de la muerte, el peligro y el desastre con alegrías y placer.
- 2) Apatía, ausencia de sentimiento y emoción en situaciones -- que comunmente provocan tales reacciones, ejemplo; puede -- mostrar falta de interés ante la muerte de un hijo.
- 3) Acciones bizarras. El individuo utiliza muchas frases y gestos extraños y excéntricos, su conducta es inadecuada, tonta y absurda, pronuncia frases carentes de sentido, asume -- posturas rígidas y grotescas.
- 4) Retraimiento. El individuo reduce sus intereses y contactos sociales y se concentra en una meditación introspectiva -- (exámen del alma) alejándose de la realidad y sumergiéndose, en la fantasía.
- 5) Pensamiento delirante, puede quejarse de estar sometido a -- la influencia de poderes misteriosos o de verse obligado a, decir o hacer cosas, también puede sentir que se le trata -- mal o que la gente habla de él.

6) Negligencia en la conducta y los hábitos personales.

La esquizofrenia tiene cuatro tipos más comunes que se clasifican en:

- a) Esquizofrenia simple; se caracteriza por la gran agresividad, la indiferencia al medio, el cuadro alucinatorio, alteraciones en el contenido y curso de las ideas, y la ausencia de autocrítica. Reducción de los intereses y vínculos externos y empobrecimiento de las relaciones humanas, apatía e indiferencia y raras veces delirios.
- b) Hebefrénica, anteriormente se designaba como demencia precoz, ésta se caracteriza por presentar la suma total de toda la sintomatología cuya presentación es caprichosa e inconstante; por lo general es la de presentación más precoz, y la cual evoluciona en forma constante, por lo tanto el pronóstico es grave.
- c) Catatónica; presenta las mismas características de la esquizofrenia simple, se manifiesta por que el sujeto está inmóvil como una estatua y puede permanecer por largo tiempo en las posiciones más grotescas e incómodas, y al salir él paciente de ésta inmóvilidad se vuelve agresivo y muy verboso. Además de que se le considera un individuo momentáneamente abrumado por problemas.
- d) Paranoide; puede evolucionar por la fase simple y catatónica.

ca. El enfermo externa ideas delirantes de megalomanía ---- (delirio de grandeza), místicas o religiosas, y de perjui-- cio elaboradas, de una manera racional y constante que nor-- man la esfera conativa y afectiva; delirios de persecución, alucinaciones, por lo común con actitud constante de hosti-- lidad. A veces predominan un sistema delirante expansivo, - con delirios de omnipotencia, gran talento y elevado status social.

Se considera como un intento de mantener la integridad del, yo, proyectando la culpa en "enemigos" o mediante delirios, de grandeza compensadores; la desorganización de la persona lidad es marcada. El estado paranoide por lo común es preci-- pitado en individuos predispuestos por una situación parti-- cular de tensión que provoca ansiedad, suele ser pasajero - con recuperación espontánea.

Algunos síntomas generales, son las respuestas emocionales, superficiales e inadecuadas, necedad, risa hueca imprevisible - (sin razón), severa descompensación de la personalidad con frag-- mentación de los procesos mentales, pérdida de fé en sí mismo y en el mundo.

PSICOSIS MANIACO - DEPRESIVA

DEFINICION.- El término diagnóstico de la reacción maníaco, depresiva o psicosis cíclica se comprende como un trastorno psi

cótico caracterizado por episodios recurrentes de marcada elación, optimismo, euforia, etc., y melancolía; con pérdida apreciable de la comprobación de la realidad, acompañado de hiperactividad o retardo respectivamente.

Por lo general la psicosis maniacodepresiva presenta todas, las características de las psicosis a la cual añadimos los rasgos de cada una de las fases.

También se le define como una exageración de los estados de ánimo, es decir, el paciente presenta estados de elación o depresión que pueden durar meses y aún años. En la elación el humor es eufórico, el paciente se siente poderoso, capaz de realizar casi todo lo que se le ocurre. El estado depresivo no sólo, es emocional, el individuo se afecta totalmente y se presenta un cambio fisiológico en él; pérdida de apetito, de peso, sueño la capacidad de concentración y el pensamiento se vuelven lentos.

Su etiología es dudosa, algunos autores consideran que esta enfermedad es debida a factores constitucionales congénitos a los que afectan poco las experiencias de la vida, otros autores consideran que sólo se hereda una predisposición y son las situaciones de tensión emocional las que actúan como desencadenantes.

REACCIONES MANIACAS: El cuadro de síntomas correspondiente, a la manía es en muchos aspectos lo directamente opuesto de las

depressiones psicóticas, estado de ánimo-alegre, expresión facial-jocosa, movimientos veloces, apariencia juvenil, etc.

Los síntomas primarios son:

- a) Elación, el paciente se siente feliz y experimenta un sentimiento general de bienestar, tiene una elevada opinión de sí mismo y una actitud optimista, piensa que todo lo que emprenda le saldrá bien.
- b) Fuga de ideas, los pensamientos del paciente, así como sus palabras, y lo que escribe, saltan de un tema a otro sin seguir una misma línea. Las distracciones son comunes; esto es, el hilo del pensamiento puede modificarse debido a un hecho externo, como un ruido, el sonido de un timbre, etc.
- c) Actividad psicomotriz; el paciente siempre está en movimiento u ocupado, sus actividades no consisten en simples fenómenos motrices sin finalidad; como jugar con un lápiz o tamborilear con los dedos; poseen un propósito bien definido, por ejemplo, organiza fiestas, hace compras, invita gente, etc.

Debido a estos tres síntomas, el paciente habla demasiado, está siempre en movimiento iniciando una actividad tras otra y, exhibe una alegría bastante contagiosa. Otros síntomas frecuentes son:

- Irritabilidad ante la frustración, el paciente se torna - -

- colérico e insultante, llega incluso al ataque si alguien - lo hace enojar, criticandolo o no complaciendolo; sus pensa mientos, actividades y estado de ánimo son inestables.
- Susplicacia, el paciente puede mostrarse suspicaz con respec to a las acciones y motivaciones de quienes lo rodean y su poner que desean dañarlo o que tienen intenciones sexuales.
 - Delirios. La exagerada opinión que el paciente tiene de sí, mismo puede llegar a convertirse en un delirio de grandeza, y llevarlo a considerarse un hombre de inmensa fortuna, o - un emisario de dios; éstos son variables y de corta dura- ción.
 - Alucinaciones, no son comunes, pero cuando aparecen suelen, ser de tipo auditivo (escucha la voz de dios), por lo gene ral no tienen un contenido obsceno o insultante, como en la esquizofrenia.
 - Síntomas físicos. La expresión facial del paciente es anima da, hay aumento de transpiración debido a la actividad exce siva; la excitación del paciente puede traer aparejado inso mnio.

En las etapas iniciales y las formas benignas de este trans torno (hipomanía), el apetito y la libido o instinto sexual se ven aumentados, si se permite que ésta reacción siga adelante - sin ser sometida a tratamiento, el paciente experimenta cierta,

fatiga física, ya que la actividad motriz y la ideativa son tan aceleradas que se llega a un punto en que no hay tiempo para enfrentarse con las necesidades mínimas de la alimentación y del descanso.

Por lo que se refiere a las REACCIONES DEPRESIVAS, puede decirse que son la tristeza, la cual se mantiene incluso en una situación cómica o divertida; el retardo psicomotor, el paciente no interviene en ninguna actividad, o bien, trabaja con lentitud; presenta dificultad para pensar; delirios, el contenido ideativo se caracteriza en todas las circunstancias por ideas de total desvalorización y culpa; postura encorvada; variaciones en la presión sanguínea, muy alta en la elación y baja en la depresión e insomnio, etc.

Existen varios tipos de reacciones depresivas, entre los que se encuentran:

- La forma leve o enmascarada; al paciente le resulta difícil trabajar y lo hace con gran esfuerzo, no puede concentrarse ni expresarse con facilidad, el dormir es intranquilo y no le brinda descanso. Por lo común el psicoterapeuta puede tratar y curar por completo a los pacientes de este tipo sin necesidad de hospitalizarlos, si bien en algunas ocasiones es necesario tomar precauciones.
- Depresión aguda; el paciente se siente solo, no habla si nadie le dirige la palabra y es muy lento en sus respuestas.

Se acusa de espantosas acciones, puede tener alucinaciones, particularmente en relación con el pecado y la culpa, la enfermedad y la pobreza.

Ahora bien, se dice que el estado maniaco depresivo tiene cierta psicopatología en común con otras reacciones depresivas, por ejemplo, la depresión pura, que consta de diversas combinaciones e intensidades de tristeza, angustia, rabia, vergüenza y culpa, afectos a los que se agrega una profunda sensación de -- desamparo, una disminución en la autoestimación y la inhibición general del funcionamiento de la personalidad, sin llegar a un estado de locura como es el caso de la psicosis maniaco de pre si va.

Diversos estudios psicoanalíticos han sugerido que los efectos patológicos del estado depresivo que se asocia a angustia y sensación de desamparo, ocurren en las personas que para mantener un sentimiento de seguridad compulsivamente se aferran a -- ciertos objetos o a ligas personales. Así, la depresión debe -- considerarse como el resultado de la angustia en una persona -- que ha experimentado una pérdida grande, real o imaginaria.

En segundo término de gravedad se encuentran las depresio-- nes neuróticas, en las cuales no se observan los síntomas de -- una profunda regresión sómica, por ejemplo, anorexia, pérdida de peso, impotencia sexual, lentitud extrema, etc. La angustia

se enmascara con una conducta de desprecio a sí mismo y con --- afecto depresivo, el llanto parece ser más frecuente en las depresiones neuróticas que en las psicóticas. La depresión psicótica o psicosis depresiva difiere de las depresiones neuróticas en que el estado de ánimo del paciente y cualquier otro síntoma que tenga se muestre en las peores condiciones durante las horas tempranas de la mañana y que mejoren un poco por la tarde o al comienzo de la noche. Por el contrario, en las depresiones neuróticas las variaciones generalmente son de un estado de mejoría a un estado de empeoramiento.

Un aspecto del paciente psicóticamente deprimido que reviste gran importancia, tanto desde el punto de vista práctico --- como teórico es la potencialidad del suicidio; el riesgo es --- grande, garantiza la pronta hospitalización con vigilancia más, o menos continua hasta que el paciente salga por completo de la depresión. El período de mayor riesgo generalmente no es el que podría uno suponerse cuando el paciente aparece clínicamente en estado de mayor depresión, sino poco después de esta fase, cuando parece que se ha iniciado la recuperación. Las razones de -- esta circunstancia no son enteramente claras, una explicación -- sería que cuando el paciente se encuentra en la parte más profunda de su depresión, no tiene la energía para llevar a cabo -- un acto suicida, mientras que después todavía puede encontrarse en un estado de desear destruirse a sí mismo, encontrando mayor

cantidad de energía a su disposición.

La ansiedad casi siempre se encuentra presente en cierto -- grado puede manifestarse de palabra, obra y por medio de abierta agitación, a pesar de que tiende a verse enmascarada por la, tristeza que lo invade todo.

REACCION PSICOTICA INVOLUTIVA

Son trastornos de origen psicógeno o sin causas tangibles, -- reacciones psicóticas fundamentalmente de carácter depresivo -- con actitud predominante de desesperanza y autorecriminación, -- con delirio de culpa.

Las alteraciones involutivas (cambio de vida), se presentan acompañadas de una tensión que provoca ansiedad, llevando una -- seria desorganización de la personalidad sin recuperación espon-- tánea; más comunes en la mujer que en el hombre.

Este síndrome o síntoma originalmente era separado de otras formas de depresión psicótica, porque se creía que las altera-- ciones bioquímicas de la menopausia y probablemente también del climaterio masculino, intervenían directamente en su patogenia; la idea nunca ha sido corroborada, ni se le han conocido bases.

Parece muy posible que todos los seres humanos que atravie-- san el período de la involución sexual se vean colocados tempo-- ralmente en condiciones de conflicto biológico adicional, pero, ésta posibilidad apenas justificaría una categoría diagnóstica,

para los trastornos psiquiátricos que se presentan durante este período.

Es más probable que las psicosis involutivas sean una forma de reacción depresiva psicótica que tiene como factor precipitante de mayor importancia la significación que tiene para el individuo la experiencia total de la involución, reconociendo un sentido de pérdida en la producción de las depresiones.

La personalidad de los individuos que presentan reacciones, psicóticas involutivas probablemente es compulsiva, la rigidez, de una personalidad de esta índole indudablemente que hace la tarea adaptativa del período involutivo excepcionalmente difícil de dominar.

PARANOIA Y ESTADOS PARANOIDES

La paranoia es un trastorno mental crónico, de desarrollo insidioso, es decir, grave a pesar de su apariencia benigna; -- que es caracterizada por ideas delirantes, persistentes, inalterables, sistematizadas y lógicamente razonadas. El comportamiento general, el habla, las reacciones emocionales y de conducta, no se alteran, excepto por la influencia que sobre de ella ejercen las creencias delirantes que se vuelven el motivo predominante, guía de la vida del enfermo y pueden por lo tanto alterar gravemente la prudencia y el juicio.

Parece haber hechos convincentes que demuestran que las cau

sas de la paranoia y los estados paranóicos son psicológicos; -- entre las que se encuentran, los anhelos ambiciosos pero frus-- trados, los sentimientos de inseguridad, de culpa, factores an-- gustiantes al no poder aumentar su prestigio y autoestimación.-- Hay experiencias traumáticas específicas de la vida que pueden, ser factores contribuyentes, disparidad entre los logros indivi-- duales y la ambición, las primeras experiencias cargadas de -- afecto, etc. En un gran número se encontrará que el paranoico -- proviene de una familia que ha sido autoritaria, áspera, cruel, en grado excesivo. Es frecuente que uno de los padres, casi -- siempre el del sexo igual al del enfermo, haya sido una persona hostil y dominante que rechazó al niño y por medio de acusacio-- nes le produjo miedo, angustia, sentimiento de insuficiencia y, de ser malo, los cuales el paciente nunca llega a aceptar. Como resultado de las experiencias emocionales y las frustraciones,-- suelen establecerse patrones de odio y agresión, no obstante el niño tiene que hacer un esfuerzo para reprimirlo a causa del -- miedo que siente hacia uno de los padres.

Durante su niñez, el individuo que en el futuro será para-- noico muestra tendencias que le dificultan participar en los -- juegos afables de otros niños durante períodos largos; a menudo es un niño infeliz, solitario e inseguro.

La paranoia se caracteriza por la conservación del pensa--- miento y conducta clara y ordenada, además de ausencia de aluci

naciones. Las tendencias paranoides rara vez se vuelven intensas como para justificar un diagnóstico de paranoia antes de los treinta años, el trastorno es más común en hombres. El síntoma inicial de la paranoia y los estados paranoides es un sistema rígido y persistente de ideas delirantes que en ocasiones, se originan en un hecho real.

El paranoide defiende vigorosamente sus racionalizaciones y muestra una convincente seriedad cuando se trata de convencer a otras personas de sus ideas delirantes. Pueden elaborar una racionalización a tal grado creíble que sus propios amigos aceptan la suposición de que determinados individuos y no al paciente mismo, son los responsables de las dificultades de éste. Las ideas que predominan en él, son de persecución o de grandiosidad expansiva o contienen ambos temas. Conforme se desarrollan, los giros persecutorios, el paciente atribuye motivos hostiles, o agresivos a otras personas, alimenta sus razones para quejarse y se vuelve cada vez más reservado. Durante el primer período de su psicosis puede ser hipocondríaco e inquieto. En general el estado de ánimo de muchos paranoicos es de mal humor prolongado por lo que las relaciones interpersonales se dificultan tendiendo al suicidio o a intentos homicidas.

El verdadero paranoico suele ser una persona de dotación intelectual superior, la cual puede permanecer sin alteraciones. No obstante su energía se gasta principalmente en repudiar de --

seos que él se niega a reconocer como tales, en hacer esfuerzos compensadores por medio de los cuales pueda acrecentar su auto-estimación, y en anhelar las satisfacciones que la vida no le ha proporcionado; en consecuencia, sus relaciones sociales se alteran y sus éxitos constructivos son nulos. El hecho de que la vida no le proporcionó el éxito y las satisfacciones que ordinariamente tendría derecho dada su inteligencia nata, sin duda tiende a agravar las reacciones defensivas del paciente. Otra razón por la que un gran porcentaje de los casos de paranoia se presenta entre los individuos de inteligencia superior, es tal vez que la persona con dotación intelectual superior fácilmente encuentra racionalizaciones, proyecciones y mecanismos satisfactorios de defensa. Mientras más fácil abandone el individuo la lucha por su autoestimación y porque los demás le reconozcan méritos, más se acerca la reacción a la esquizofrenia.

Muchos datos sugieren que los impulsos homosexuales reprimidos pueden ser un factor genético. La persistencia de impulsos homosexuales, no reconocidos conscientemente, puede sin duda originarse en más de un factor, pero lo más frecuente es que el paranoico, igual que el homosexual, se caracterize por restos infantiles y huellas maternas; por lo tanto, parece haber los suficientes datos para creer que sí, durante la pubertad una posesividad materna excesiva e inhibitoria impide la maduración de los aspectos psicosexuales de la personalidad de su hijo, éstos

pueden fijarse y nunca desarrollar un logro heterosexual.

En la presenilidad o más tarde en la edad avanzada, existen trastornos de carácter frecuentes, generalmente son de tipo paranoico, manifestandose por medio de agresividad y desconfianza. Pueden tener una importancia suficiente como para hacer titubear sobre su naturaleza delirante o no. Sus actitudes son principalmente de frustración, reivindicación, principalmente sobre temas hipocondríacos. Estos sujetos interpretan las sensaciones reales, los dolores vagos, los trastornos viscerales triviales, las lesiones cutanéas. Se quejan interminablemente de sus males, de no haber recibido los cuidados necesarios, etc. A veces estos trastornos pueden tener un carácter de reivindicación pasional, especialmente sobre el tema de los celos mórbidos.

El tipo paranoide se distingue por lo aparente de las ideas delirantes, casi siempre de naturaleza persecutoria. A veces el individuo utiliza la incapacidad de valerse por sí mismo como un medio efectivo para lograr poder y usarlo como arma. Muchos, seniles paranoides son irritables, pendencieros, hostiles, exigentes, agresivos y desconfiados. Casi siempre expresan quejas, de que los han tratado mal. Este tipo de conducta habitualmente es propio de personas cuyo patrón vital de personalidad se ha caracterizado por insatisfacción, proyección y otros mecanismos defensivos. Conforme el sustrato físico sufre los cambios dege-

nerativos de la senilidad, la personalidad deja de ser capaz de superar sus problemas; se exageran sus anteriores mecanismos de defensa y compensación y las ideas delirantes falsifican la realidad para proteger a la personalidad y mantener su autoestima. Durante un largo período la pérdida de la memoria puede no existir, o ser apenas perceptible. Conforme aparece dicho defecto, se extienden las ideas delirantes y se desarrolla en él, más reacciones emocionales defensivas, como un intento para reparar el defecto psicobiológico adicional. En forma similar, -- conforme se va alterando el juicio, las ideas delirantes se --- vuelven más absurdas, en parte porque las ideas ya no están sujetas a escrutinio crítico, y en parte porque la personalidad dañada requiere creencias más fantásticas para poder sostenerse. En el tipo paranoide las alucinaciones e ilusiones se presentan con mayor frecuencia que en cualquier otro tipo de psicosis -- senil. La conciencia no se altera y la orientación habitualmente permanece intacta.

PSICOSIS EXOGENAS

Existen multitud de cuadros psicopatológicos provocados por la acción de agentes externos que reciben el nombre genérico de psicosis exógenas. Las alteraciones fisiopatológicas causales -- pueden ser transitorias o provocar lesiones histopatológicas no reversibles; en el primer caso, el cuadro psíquico no es más --

que un grupo de síntomas dentro del síndrome total de la afección causal, por lo que se denomina a estos síndromes "psicosis sintomática" y las formas clínicas que preferentemente adoptan, son tipos de reacción exógena y aguda, también es el caso que la psicosis es consecuencia de las alteraciones orgánicas del cerebro, los síntomas son crónicos estables, conociéndose por ello a estas psicosis orgánicas, y al síndrome de base que les, es común como síndrome psicoorgánico. El cuadro clínico está vinculado en su aparición a la enfermedad orgánica causal, pero los síntomas psíquicos no son constantes en la misma enfermedad. Se cumple aquí también el principio de la "inespecificidad etiológica en psiquiatría", unos individuos no presentan ningún síntoma psíquico, y otros sujetos sufren cuadros psicóticos distintos de un individuo a otro; mientras enfermedades orgánicas diferentes provocan en el mismo sujeto o en varios casi idéntico, cuadro psicótico.

Cabe mencionar que, "en éste grupo de enfermedades los pacientes tienen toda la sintomatología o características de las psicosis, pero siempre hay un factor ó agente externo que lo provoca, así por ejemplo: se puede ver en los que sufren traumatismo craneoencefálico, en los sujetos con intoxicación por el alcohol cuya principal alteración mental es el delirio tremens, (tremendo) y la alucinosis alcohólica. Otro tipo de enfermedades que pueden causar psicosis son los tumores intracerebrales,

los trastornos metabólicos y las enfermedades infectoparasitarias, como por ejemplo; la meningitis, la encefalitis y la cisticercosis cerebral, las cuales son básicamente producidas por, deficiencias en la salud pública o por manejo inadecuado de alimentos, etc. " 10

POSTRAUMÁTICA

La psicopatología que se presenta después de las lesiones cerebrales se considera en la actualidad, no sólo como una expresión de los cambios que la personalidad del paciente sufre a consecuencia de las lesiones cerebrales, sino también como una, expresión de los esfuerzos que hace la personalidad con un cerebro dañado, para adaptarse a dichos defectos y a las demandas que ya no pueden satisfacerse debido al daño mismo.

Al enfrentarse a un problema que no puede resolver, el individuo con daño cerebral repentinamente se vuelve ansioso, agitado, se ruboriza o palidece, y puede presentar otros signos de alteración en el sistema nervioso, como; pulso irregular y cambios en la frecuencia respiratoria. Aunque éstas alteraciones de la personalidad son primariamente el resultado de lesiones craneales, los factores psicológicos habitualmente participan en ellas en un grado variable, ya que no siempre es fácil decidir la importancia relativa de la lesión cerebral, de los facto

¹⁰ Apuntes de Salud Mental, Saleme Jalili, Jacobo, V Semestre, UNAM ENTS, Oct 79-Abril 80.

res ambientales y del patrón previo de personalidad del paciente. Algunas veces se tiene la impresión de que el enfermo siempre tuvo una actitud inmadura, o bien, de que como resultado -- del accidente ha regresado a dicha actitud, resistiéndose a encarar las responsabilidades previas.

Entre los nombres que se aplican al síndrome de la personalidad provocado directamente por el traumatismo en la cabeza -- están: el Síndrome postconcusión, síndrome cerebral postraumático, encefalopatía traumática y otros. Algunas manifestaciones -- son la cefalalgia, vértigo, fatigabilidad, insomnio, alteración de la memoria y de la capacidad para concentrarse, disminución, de los intereses y de la espontaneidad, etc. Muchos pacientes -- se vuelven irritables y lloran con facilidad, otros se quejan -- de disminución en la potencia sexual.

El principal problema en el diagnóstico del síndrome post--concusión es determinar cuando una cefalalgia, postconcusional, o cualquier otro síntoma con una base orgánica, deja de ser el, resultado de causas orgánicas y se prolonga debido a influen--cias psicológicas. Casi todos los casos de síndromes post-concu--sión, aunque no todos, se recuperan si las complicaciones de -- los síntomas psiconeuróticos no son demasiado numerosos o demasiado graves, la recuperación puede tardar de uno a dos años. -- Cabe mencionar, que el enfermo se considera normal, aun cuando, los que viven con el aprecian que no es el mismo desde que ocu--

rrió el accidente.

Por otra parte, es probable que aparezca la respuesta neurótica si el traumatismo ocurrió en una época o en un ambiente en los cuales había factores angustiantes, la cual no establece su principio al ocurrir la lesión, sino después de un período variable. Es indudable que el síndrome orgánico de concusión, dado el trastorno de la conciencia y el mareo subsecuente, unido a una sensación de inseguridad, facilita la producción de los síntomas neuróticos y sugiere la naturaleza de los mismos.

La personalidad pretraumática y las circunstancias del accidente son a menudo más importantes que la gravedad misma de la lesión, en la producción de la incapacidad mental postraumática. Cabe mencionar que cualquier tipo de ventaja que se obtenga de, la lesión impide la recuperación.

La rehabilitación del enfermo con lesión cerebral debe iniciarse inmediatamente después de que recupera la conciencia. -- Estos pacientes a menudo experimentan miedo intenso y son muy sugestionables; hay que explicarles la naturaleza de su lesión, tranquilizarlos respecto a las consecuencias de la misma. Es -- necesario establecer un cuidadoso plan de actividad progresiva, que no supere la capacidad intelectual, emocional o física del paciente.

Los enfermos con defectos crónicos requieren un régimen de, terapéutica ocupativa, juegos y ejercicios; dichas actividades,

los ayudan a restablecer la confianza en sí mismos y los hacen, percibir que son capaces de efectuar actos determinados. Los centros de rehabilitación bien organizados (prueban como actúa, el enfermo en un taller) son muy útiles para determinar la capacidad potencial del individuo respecto a una ocupación determinada y el tipo de vocación para el futuro. También hay que evitar el retorno apresurado a toda labor fatigante, no obstante, el reposo demasiado prolongado puede conducir hacia un síndrome neurótico secundario, por lo que, casi todos los pacientes que, han sufrido una concusión requieren psicoterapia sugestiva y de apoyo.

PSICOSIS TOXICAS

Se ha denominado "psicotógeno" a ciertos medicamentos alucinógenos que son eficaces para producir estados psicóticos, es decir que alteran el funcionamiento neuronal normal. El cuadro, clínico que aparece se relaciona con el tipo, al momento y la cantidad del psicotógeno tomado, pero también de un modo muy importante se relaciona con las circunstancias en que sea tomado, el medicamento y con la personalidad previa del individuo que lo ingiere.

El síndrome clínico que resulta es el de insuficiencia cerebral, con expresiones sintomáticas diversas, según el grado de, daño celular. Estos síndromes cerebrales representan los efec--

tos secundarios de automedicación, intentos de suicidio, envenenamiento industrial, y de la captación de cantidades tóxicas de distintas sustancias, ya sea por inhalación, ingestión o absorción.

Entre los trastornos más frecuentes están los de tipo afectivo, que pueden variar; alucinaciones, ideas delirantes de tipo depresivo, grandioso o persecutorio. Pueden presentarse una, gran variedad de trastornos motores incluyendo inmovilidad, actividad excesiva y regresividad; el tipo de trastorno mental -- parece estar determinado por la personalidad del paciente. En cuanto a los síntomas mentales habituales de tipo tóxico, se encuentran: la emisión incoherente de palabras entrecortadas, lentitud en el habla, confusión, desorientación, alucinaciones auditivas y visuales, inquietud, agitación y resistencia.

Un factor o agente externo que provoca una psicosis exógena tóxica es el alcohol. El alcoholismo y los trastornos metabólicos asociados a él pueden conducir hacia la producción de síndromes cerebrales tanto agudos como crónicos; invariablemente se encuentran en individuos cuya conducta se caracteriza por la ingestión excesiva, continua o episódica de alcohol.

La adicción al alcohol es sintomática de un trastorno en la personalidad, la gran mayoría tiene en su carácter rasgos de la personalidad pasivo-agresiva. Un número menor son individuos -- compulsivos, o dependientes, y a veces con personalidad paranoi

de. El resto de los adictos presenta los rasgos de carácter y las expresiones sintomáticas de las psicosis graves, en especial de la esquizofrenia paranoide y las reacciones maniaco-depresivas, así como de las psiconeurosis y los trastornos antisociales de la personalidad, las más graves alteraciones mentales del alcoholismo, entre otras, son el delirio tremens y la alucinosis alcohólicas.

DELIRIUM TREMENS

Este síndrome es una complicación muy seria del alcoholismo crónico, raramente se presenta en una persona que ha sido alcohólica durante menos de cinco años. Los síntomas premonitorios, son la confusión, la desorientación, la inquietud y la excitación llena de ansiedad.

En el delirium tremens completamente desarrollado, son de gran importancia los delirios, las alucinaciones visuales, los períodos de depresión y la conducta del paciente en general es, impulsiva e imprevisible. La recuperación va psíquicamente precedida por sueño prolongado que hace el efecto de descanso; el, tratamiento debe ser realizado en el hospital en bien de la constante vigilancia que se le puede ofrecer, y debe ser atendido también por un miembro de la familia en todo momento, para evitar los actos impulsivos de autodestrucción que son producto de la ansiedad y la desorientación. Un paciente con delirium tremens debe ser vigilado y tratado con urgencia ya que puede -

autoagredirse por la desesperación de sus delirios y alucinaciones. El alcoholismo crónico intenso aparte de los episodios claros de delirium tremens, puede conducir a un estado de demencia simple.

ALUCINOSIS ALCOHOLICA

Habitualmente se le ha clasificado como una psicosis alcohólica que se presenta durante episodios de ingestión inmoderada, de alcohol.

La alucinosis alcohólica ocurre con menos frecuencia que el delirium tremens, sus características están determinadas por -- factores de la personalidad. Como en el caso del delirium tremens la alucinosis alcohólica aguda solo se desarrolla después, del uso excesivo y prolongado del alcohol, aunque habitualmente un aumento en su ingestión es el factor precipitante.

La reacción puede resumirse como un cuadro de alucinosis auditiva, olfatoria e ilusiones visuales. En cuanto al tratamiento se dice que consiste en: A) administrarle psicofármacos. b)- Colocar al paciente bajo una supervisión tal que no le sea posible cometer actos imprudentes, ni dañarse así mismo. C) También debe suspender toda ingestión de bebida alcohólica. Después de, la recuperación no existe amnesia respecto a los incidentes o--curridos durante el curso de la enfermedad.

TUMORALES

Los procesos tumorales son neoformaciones cerebrales (vestigios disembrionarios celulares).

Los tumores se manifiestan sobre todo por un "Síndrome psicógeno" sin relaciones constantes con la localización del tumor. Los elementos de localización de orden psiquiátrico son, raros y susceptibles siempre de discusión. Por lo general, no tienen valor más que por su asociación con signos neurológicos, focales, de mayor seguridad en cuanto al valor de la localización.

Los trastornos psíquicos pueden constituir realmente, síntomas de los tumores intracraneales. Podiendo manifestar - y esto es lo más frecuente - un trastorno global o constituir un síndrome focal susceptible de localizar el asiento del tumor.

Clínicamente, las reacciones psíquicas globales son las más habituales; realizan con particular frecuencia niveles de desestructuración de la conciencia que van desde la obnubilación más ligera al coma más profundo, es decir, los diversos niveles de profundidad de la confusión mental.

Otro carácter particular de estos trastornos reside en su evolución paroxística; los accesos más típicos son las diversas manifestaciones epilépticas paroxísticas, los accesos alucinatorios, los eclipses de conciencia, y los estados de despersonalización.

Por otra parte los procesos tumorales pueden dañar directa-

mente o a distancia los "centros" del lenguaje, de las praxias, de la gnosis corporal y de los analizadores perceptivos.

Estos tumores pueden tener incidencia psíquica por diversos mecanismos y bajo dos formas clínicas:

- 1.- El de hipertensión endocraneal, con un síndrome de somnolencia y de obnubilación confusional, acompañado o no de crisis convulsivas; la evolución es regular y progresiva.
- 2.- Los tumores cerebrales se distinguen también por diversos signos neurológicos o neuropsíquicos que pueden hacer presumir el asiento del tumor.

Por último se referirá que en grandes ocasiones estos tumores solo son por hallazgos de autopsia, es decir, el sujeto durante su vida presenta etapas psicóticas y fué tratado como tal sin embargo nunca se pensó en que pudiera tener como causa de estas sintomatología un tumor cerebral, por ello el tratamiento psiquiátrico debe de ser hecho solo por médicos con visión integral del paciente.

METABOLICAS

Las afecciones metabólicas son los cambios fisiológicos entre el organismo vivo y el medio exterior.

Afectando el metabolismo de ciertas glándulas endocrinas -- (las cuales son glándulas de secreción externa). Por lo que los trastornos mentales en el curso de afecciones endocrinas y no -

pocas veces graves. Fuera de casos muy limitados, los trastornos endocrinos no bastan para ocasionar trastornos mentales, -- hay que observar que es necesario una fragilidad especial del sujeto. Encontrándose estas en los epigrafs correspondientes -- (hipófisis, suprarenales, tiroides, etc.); de estas pueden desprenderse rasgos comunes.

El funcionamiento anormal de las glándulas endocrinas repercute sin duda, en el funcionamiento de la personalidad, ya que, altera las funciones corporales. Estos trastornos por ejemplo -- pueden conducir hacia cambios en la eficiencia general de las funciones corporales, con sentimientos consecuentes de frustración e inseguridad. Existiendo además atenuación o estimulación de las actividades instintivas (nutrición, motricidad y sexualidad), tendencias depresivas o eufóricas, recelo, irritabilidad, y resonancia intelectual inconstante. Igualmente pueden acompañar trastornos endocrinos a ciertas enfermedades mentales; sobre todo la esquizofrenia suscita especial interés desde este punto de vista.

En ocasiones las distrofias neuroendocrinas producen defectos biológicos que hacen que el individuo se distinga de los -- demás por su aspecto físico, y que su imagen o aspecto corporal se trastorne. La discordancia entre el concepto corporal y el cambio físico producido por el trastorno endocrino, contribuye, a que el individuo centre sus preocupaciones en sí mismo, lo --

cual favorece el desarrollo de mecanismos defensivos y compensadores que distorsionan la personalidad y hacen más difícil la adaptación. Se sabe que algunas deficiencias endocrinas producen alteraciones cognitivas, así el cretinismo a menudo se asocia con retardo mental, y el hipotiroidismo en la mitad de la vida también conduce hacia un disfuncionamiento de, otras psicosis; estas se controlan principalmente dando el tratamiento de, la disendocrina.

ENFERMEDADES INFECTOPARASITARIAS

"Otras enfermedades que pueden llegar a crear una psicosis, exógena, son las infecciones por parásitos como por ejemplo, la meningitis, la encefalitis y la cisticercosis cerebral, entre otras, las cuales son básicamente producidas por deficiencias en la salud pública o por manejo inadecuado de alimentos.

MENINGITIS: Hasta hace poco las meningitis purulentas (cómpus) comportaban a veces secuelas graves como retrasos que iban desde ceguera, sordera o epilepsia. Actualmente estas secuelas, aparecen con mucho menos frecuencia, pero en cambio se observa, mucho más a menudo la aparición de estados menores como, son: fatigabilidad, trastornos de la memoria, de la atención, falta de iniciativa, cefaleas, vértigos y tendencias depresivas.

La meningitis sobreviene generalmente por dos motivos: por, meningococo o por bacilo, o por la tuberculosis. A menudo los

malestares aparecen mucho tiempo antes (desde algunas semanas a varios meses) de la sintomatología meníngea, son modificaciones del humor, irritabilidad, impaciencia, cólera, tristeza, ansiedad, modificaciones intelectuales en el sentido de enlentecimiento de la ideación, etc. El comienzo puede ser más brutal y, entonces el enfermo presenta desde el principio un cuadro clínico de evidente psicosis, así como trastornos más o menos graves del comportamiento; el cuadro más frecuente es el de una depresión, pero pueden verse también síndromes delirantes y alucinatorios que se acompañan a veces de reacciones antisociales.

ENCEFALITIS o enfermedad del sueño. La enfermedad puede surgir bruscamente o bien ir precedida por ciertos malestares tales como cansancio y dolores en las localizaciones más diversas. La encefalitis letárgica o epidémica se caracteriza por un síndrome infeccioso ligero que se acompaña de signos neurológicos, trastornos del sueño (somnia, hipersomnia), estados deliriosos en los cuales escuchan el ruido de tambores, campanadas, -- disparos, música, etc.

Destacan síntomas que manifiestan graves perturbaciones del equilibrio instintivo afectivo como:

- Trastornos del humor, explotan en accesos de cólera súbitos es decir, las emociones están mal controladas, y tienen tendencia a la expresión repetida y automática.
- Trastornos del carácter, consisten en alteraciones muy pró-

ximas a las de los epilépticos; el enfermo interroga por --
naderías, interpela, se acerca y se aferra. Es lo que se ha
denominado pesadez asidua, a menudo también se nota la exce--
siva familiaridad y la falta de pudor.

- Tendencias impulsivas. Las manifestaciones psíquicas y mo--
trices están ligadas estrechamente y participan en la ten--
dencia del automatismo y a la desintegración de la activi--
dad voluntaria. Los automatismos psicomotores se liberan --
bruscamente en forma de actos, gestos, comportamientos y --
palabras incoercibles; haciendo irrupción en el pensamiento
y en la conducta habitual del enfermo risas explosivas, re-
peticiones verbales. A veces éstas impulsiones revisten un,
carácter autoagresivo que los puede conducir al suicidio o,
a la automutilación.
- Perversiones instintivas, muy a menudo son las anomalías --
del comportamiento sexual las que saltan al primer plano; -
la sexualidad es muy precoz, exigente y anormal, la cual --
puede verse reflejada en incesto, homosexualidad, bestiali-
dad, exhibicionismo, etc., es decir, que tales sujetos tie-
nen frecuentemente reacciones antisociales.

CISTICERCOSIS

Es una enfermedad parasitaria frecuente, crónica, que ocu--
rre de preferencia en estratos socioeconómicos bajos, aparecien

do desde la niñez hasta la senectud con predominio entre la segunda y cuarta década de la vida sin diferencia en cuanto al -- sexo.

La sintomatología es de lo más variado y siempre grave. La parasitación ocular se manifiesta por parálisis muscular, y si, el cisterco se encuentra en el interior de la cavidad del ojo, -- entonces da lugar a diversos fenómenos de tipo inflamatorio; -- conjuntivitis, dolores, trastornos de la visión y ceguera. En el cerebro producen síntomas que semejan tumores cerebrales; cefalea, crisis epilépticas, etc.

Dicha enfermedad es producida por la larva de la tenia so-- lium. ("solitaria"), El hombre es el único huésped definitivo, de la tenia solium, mientras que los intermediarios comunes son el cerdo, y el jabalí con mayor frecuencia, en menor escala los corderos, los ciervos y gatos, o los mariscos de concha como -- las almejas, también pueden serlo algunas frutas como la fresa.

Algunas manifestaciones mentales comunes son las perturba-- ciones de la memoria, de la comprensión, del cálculo, del jui-- cio, ideas delirantes, alucinaciones, etc.

La primera manifestación de este padecimiento es una ligera alteración de la personalidad, los síntomas tal vez sean princi-- palmente afectivos simulando una depresión involutiva; otros -- pacientes presentan estados de confusión que suelen acompañarse de episodios. De conducta extraña, son comunes las crisis de --

llanto y depresión. Las cefaleas y las convulsiones son de los, síntomas que se presentan con gran frecuencia, la cual puede -- ser de poca intensidad, además de trastornos del habla; lo que, dificulta su interacción social.

ENFERMEDADES PSICOORGANICAS

Es un conjunto de padecimientos en los que el cerebro especialmente, pero también todo el sistema nervioso central se ven afectados por diversas causas, entre los que se encuentran:

- 1) Infecciones; encefalitis epidémica, etc.
- 2) Intoxicación; alcohol, drogas, etc.
- 3) Traumas
- 4) Disfunción endocrina o metabólica
- 5) Disfunción nutricia
- 6) Tumores o neoformaciones en el cerebro
- 7) Factores de edad; senilidad, arteriosclerosis (endurecimiento de las arterias).

Todos éstos agentes traen aparejada en una u otra forma, como se mencionó anteriormente, una cierta medida de daño cerebral. A su vez, tal desintegración estimula la aparición de los siguientes síntomas:

- a) Deterioro de los procesos mentales; desorientación, falta de comprensión, pérdida de la memoria para sucesos recientes y antiguos, incapacidad para concentrarse, etc.

- b) Perturbaciones afectivas; llanto y risa sin causa adecuada, **depresión**, irritabilidad, etc.
- c) Cambios generales en la conducta; deterioro del carácter, - descuido de la apariencia personal, negligencia e incapacidad para asumir responsabilidades.

Los síntomas leves o graves que se desarrollan como resultado del deterioro cerebral dependen de factores tales como:

- 1) Grado de la lesión cerebral. En general, cuanto más severo, es el daño sufrido por el tejido cerebral, más severos son, los síntomas mentales.
- 2) Localización de la lesión
- 3) Tipo de lesión; las lesiones que aparecen en forma súbita - ocasionan síntomas mentales más severos (ya que no permiten la acción compensatoria) que los de desarrollo gradual. El, tipo de síntoma o síntomas con frecuencia indica que estructuras cerebrales están afectadas.

En la mayoría de los trastornos psicoorgánicos, los síntomas psicológicos manifestados como reacción a los síntomas primarios somáticos- son tan numerosos y significativos como los - síntomas primarios mismos.

Por lo anterior, se hará énfasis en solo dos enfermedades, - dadas sus repercusiones sociales y la importancia que tienen en cuanto a porcentajes.

EPILEPSIA

" La epilepsia se caracteriza por una crisis del estado de, conciencia o de la conducta, y que traduce descargas neuronales del cerebro. El paciente que sufre éstos trastornos convulsivos va afectándose progresivamente sino recibe una atención precoz, y adecuada ".¹¹

Se ha clasificado la epilepsia en cuatro tipos principales, tales como:

- 1) Epilepsia tipo gran mal; esta fase es de duración variable, puede durar desde algunos segundos hasta varios días. Comprende sensaciones anormales, con frecuencia viscerales, -- que el paciente llega a identificar como preludio de las -- convulsiones.

La fase siguiente presenta un estado de rigidez con pérdida de la conciencia; es con frecuencia precedida de una manifestación verbal involuntaria e inarticulada que se le llama " gritoepiléptico". El paciente no recupera inmediatamente la conciencia, sino que duerme por algún tiempo que va de varios minutos hasta varias horas, puede despertar atontado y con dolor de cabeza, pero, también puede despertar sintiéndose excepcionalmente bien. Naturalmente que esto último no sucede en el caso en que se han recibido lesiones -

¹¹ Apuntes de Salud Mental, Salema Jalilf Jacobo, V Semestre, ENTS-UNAM, 1980.

durante el ataque (mordeduras de la lengua, estiramientos y roturas musculares, fracturas, etc.).

Pueden presentarse reacciones de ansiedad, de vergüenza, -- después de que el paciente ha recuperado la conciencia y ha sabido lo que le ha sucedido, es decir, que el paciente -- queda totalmente amnésico de lo sucedido durante el ataque. El lapso que transcurre entre un ataque y otro es de bastante variabilidad, y hay aún mayor variabilidad a este respecto entre un paciente y otro, o sea que, algunos individuos, pueden experimentar solo uno o dos ataques en toda su vida. En el caso de otras personas puede suceder que se presente, una serie de episodios convulsivos en rápida sucesión, quizá separados por cortos intervalos que se miden en minutos. La confusión que dura entre uno y otro intervalo se luce -- cada vez más marcada. Generalmente hay una decidida alza en la temperatura del cuerpo, por lo que el paciente queda agotado y a veces en estado de coma.

- 2) Epilepsia tipo pequeño mal; un episodio aislado dura de uno hasta alrededor de treinta segundos. el sujeto pierde la -- conciencia de sí mismo y del medio ambiente. Los ojos de ordinario permanecen abiertos, pero sin ver. Si el episodio -- dura unos cuantos segundos puede pasar inadvertido tanto para el sujeto como para cualquier observador que se encuentre presente; si dura más, para el observador el ataque pue

de tener la apariencia exclusivamente de distracción, el su jeto lo siente como un lapso desconcertante en lo que se re fiere a la experiencia de los sucesos.

Los ataques del pequeño mal se presentan con mucho más frecuencia que los del gran mal. No es raro en el caso de los individuos atacados por esta enfermedad, el experimentar -- los ataques de esta especie muchas veces al día. Rara vez -- los episodios del pequeño mal pueden presentarse de una manera tan continua que llegan a producir un período extenso, de confusión, este estado se llama estado epiléptico del pe queño mal. Es un hecho curioso que en algunos casos los epi sodios del pequeño mal pueden ser detenidos por un estímulo exterior muy fuerte, como por ejemplo gritar el nombre del, paciente.

- 3) Epilepsia psicomotora o epilepsia temporal; con los medios actuales se está diagnosticando más frecuentemente la epi lepsia psicomotriz puede o no ser precedida de un aura (dolor, alucinación, impresión de extrañeza, angustia), semejante a la de los casos de gran mal. Es de duración muy variable y dura desde varios minutos hasta varios días.

Imprevistamente el paciente cambia de carácter y se convier te en una especie de autómatas, pierde la capacidad de jui cio habitual con respecto a sus actividades y a sus relacio nes. Esta enfermedad potencialmente es excesivamente peli grosa.

grosa; sin advertencia el paciente puede entrar a un estado de agresividad, cólera o furor epiléptico, en el cual puede tirar salvajemente objetos a cualquiera de las personas que lo rodean, y en ausencia completa de provocación. También el paciente queda totalmente amnésico de los sucesos que se presentaron durante el ataque. En éste tipo de epilepsia el paciente no tiene ataques convulsivos, pero si crisis de -- cambio de carácter y agresividad. En éste se incluye el tipo crepuscular que es manifestado por pasajes a la manera -- hipnoide o estado de semiconciencia; en los cuales los sujetos pueden cometer graves actos sin que después los recuerden.

- 4) Epilepsia parcial o Jacksoviana, las epilepsias parciales -- interesan menos al psiquiatra, ya que se trata de fenómenos lo bastante parciales como para no alterar la integración -- psíquica; se caracteriza por un brote o aparición de tras-- tornos parciales que contrastan con la integridad, al menos aparente, de la conciencia; las perturbaciones de la con-- ciencia son por lo general mínimas. Es importante mencionar que toda epilepsia parcial tiende a propagarse, las manifes-- taciones de esta propagación son complejas e incluyen toda, una serie de actos automáticos y de degradación de la con-- ciencia; es lógico, que se den en este caso el máximo de -- manifestaciones psiquiátricas. A los ojos del psiquiatra, --

el paroxismo epiléptico es una brusca o rápida disolución - de la conciencia, casi siempre completa y breve, de rápida, recuperación.

Es bastante frecuente que la evolución incluso muy prolongada de una epilepsia, especialmente el gran mal conduzca - - a trastornos mentales crónicos, especialmente deterioro intelectual.

DEFICIENCIA MENTAL

Los estados de retraso mental, también llamados oligofrenias son insuficiencias congénitas (o en todo caso de comienzo muy precoz), del desarrollo de la inteligencia. Se oponen clásicamente a las demencias, que son deterioros de una inteligencia que se había desarrollado normalmente.

Los estados de retraso corresponden a un enlentecimiento, - después de una detención de esta evolución en un nivel más o -- menos deficitario, sin que la noción de edad mental implique -- una correspondencia real con un niño de la misma edad. La noción del cociente intelectual (C.I. e relación entre la edad mental y la edad real multiplicada por 100), de donde difícilmente se puede pasar, no constituye más que un hito que no debe ser considerado nunca definitivo.

Mientras que antes era el aspecto teratológico de los grandes retrasos (idiotia, imbecilidad), el interés se ha desplazado ahora hacia las formas menores (debilidad mental), en razón, --

de su número considerable y de las posibilidades terapéuticas - que ofrecen en ciertas condiciones afectivas, sociales y pedagógicas. Las condiciones de vida de la sociedad moderna (desarrollo, evolución y prolongación de la escolaridad, por otro lado - industrialización, expansión urbana, necesidad de una adaptación profesional cada vez más compleja, etc.), han puesto en -- incidencia las exigencias prácticas del problema planteado por, estas insuficiencias mentales ligeras que, en ciertos casos, incluso pueden a primera vista pasar inadvertidas o, por el con--trario ser interpretadas como estados psiconeuróticos poco evolutivos.

El problema planteado pone en discusión el papel constante de la afectación lesional, que quizá no existe en todos los casos de retraso mental, y que de todas formas, no se expresa nunca directamente por el comportamiento del débil. Es a fin de -- cuentas la estimación del factor deficitario y del factor relacional lo que plantea el cuadro clínico del retraso mental.

Las primeras relaciones del niño débil con sus padres pueden a veces agravar el déficit.

Determinados autores llegan incluso a pensar que la mayor -- parte de los retrasos revelan esencialmente un trastorno precoz e importante de la organización funcional de la relación del -- débil con su mundo por una especie de bloqueo precoz de las actividades cognitivas.

Se podría decir incluso que estos déficits de evolución que se estructuran de forma tan compleja para constituir la personalidad del insuficiente mental parecen agruparse esquemáticamente alrededor de dos polos: los trastornos que afectan a la estructuración temporal y espacial, psicomotora, práxica del lenguaje, etc. Y los trastornos globales de la personalidad. Los conocimientos de la oligofrenia se enriquecen con los aportes de la bioquímica y de la genética.

Las causas de la deficiencia mental son de tres tipos:

- Prenatales y Hereditarias
- Perinatales
- Postnatales inmediatas

Entre los primeros tenemos los hijos o descendientes de individuos con alteración metabólica, estos pueden pasar directamente al producto, descendientes de padres con estos problemas.

Otras causas que tenemos durante el embarazo son:

- Alcohólicismo crónico
- Sífilis y otras enfermedades venéreas
- Drogas y medicamentos
- Rubeola
- Enfermedades infecciosas de tipo viral
- Incompatibilidad del factor RH
- Desnutrición
- Radiaciones especialmente en las primeras doce semanas de -

embarazo

- Procesos tumorales o debilitantes.
- Traumatismos especialmente abdominales
- Amenazas de aborto repetidas
- Instintos de aborto criminal, no consumado.
- Enfermedades sistemicas que afectan la oxigenación normal - de la sangre de la madre.
- Madres mayores de 30 años (Mongolicos)
Dentro de las segundas causas tenemos:
- Partos prolongados
- Productos prematuros
- Aplicación de forceps inadecuados
- Atención no higiénica del embarazo
- Asfixia
- Anestesia General.

Dentro de las terceras causas tenemos especialmente las enfermedades infecciosas en los primeros seis meses después de nacido el producto.

- Pulmonía
- Meningitis
- Encefalitis
- Gastro-enteritis con deshidratación
- Desnutrición en los primeros seis meses de nacimiento

- Traumatismos craneo encefálicos dentro del primer año de vida.

En sí la deficiencia mental implica inteligencia escasa y se ha clasificado en tres grados:

- Deficiencia mental profunda o custodiable, los cuales cuentan con un I.Q. (coeficiente intelectual) menor de 39, no tienen lenguaje y son dependientes e improductivos en todo, sentido.
- Deficiencia mental media o entrenable, que tienen un C.I. menor de 70, hay lenguaje y habitualmente se les dificulta, la escritura pero tiene cierta capacidad para ser adiestrados en algunas actividades de la vida diaria.
- Deficiencia mental superficial, con un C.I. entre el 90 y 71 es educable en escuelas de lento aprendizaje y este es el grupo más numeroso entre los deficientes mentales, pero, también el que más problemática social puede ocasionar, dado que tiene escasa autocrítica.

Finalmente es importante hacer notar que todo sujeto con deficiencia mental, tiene un grado diverso de rehabilitación biopsicosocial, dependiendo de dos factores importantes:

- 1.- Hacer la detección tempranamente, dado que el niño tendrá mayores oportunidades de ser manejado adecuadamente.
- 2.- Orientar y concientizar a la familia, para que esta conozca

el problema en su dimensión exacta y no rechaze o sobreproteja al menor, sino que lo maneje con el conocimiento de -- que es parte importante. Por otro lado es conveniente concientizar a la sociedad, para que a estos individuos se les de la atención y las oportunidades de una vida digna y sin explotación.

1.2 PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES

La salud mental de los habitantes de un país no es algo --- aparte de su salud general, ambas dependen de condiciones de la sociedad, tales como la estabilidad económica, la educación, la convivencia social, la integración familiar, la habitación y -- también de determinantes más específicos como los factores gené- ticos, traumáticos, etc.

Se puede inquirir acerca de la salud mental del mexicano, - ya que no es fácil hablar de ella en términos numéricos porque, las cifras con que se cuentan son incompletas, debido a que no se lleva un control estadístico adecuado por las autoridades -- correspondientes en el área, ya sea por desinterés o por falta, de recursos económicos. Al mismo tiempo la falta de conciencia de los individuos influye para que no se detecten este tipo de padecimientos; al no acudir a tratamiento o en su defecto recurrir a instituciones privadas a las cuales no se tiene acceso - para conseguir información.

Por lo que las estadísticas que a continuación se enuncian, proporcionan una visión limitada a los servicios de hospitalización y/o consulta externa pertenecientes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, siendo éstas las más actuales: de 1976 a 1978.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL

INDICES DE DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN SERVICIO DE HOSPITALIZACION.

Y/O DE CONSULTA EXTERNA, EN LIMITES EXTREMOS ANUALES

REPUBLICA MEXICANA

(1976 - 1978)

DIAGNOSTICOS:	NUMERO DE CASOS		PORCENTAJES %	
	1976	1978	1976	1978
TRASTORNOS MENTALES	114923	125892		
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	1090	1844		
Personalidad Paranoide .	218	264	0.18	0.20
Personalidad Histérica .		263		0.20
Personalidad Antisocial.		264		0.20
Otros . . .	872	1053	0.75	0.83
NEUROSIS	27477	19226		

DIAGNOSTICOS:	NUMERO DE CASOS		PORCENTAJES %	
	1976	1978	1976	1978
Neurosis de Angustia . . .	8941	7111	7.77	5.64
Neurosis Histérica	5888	4741	5.12	3.76
Neurosis Fóbica	218		0.18	
Neurosis Obsesivo Compul- siva	1309	790	1.13	0.62
Neurosis Depresiva	9595	6057	8.34	4.81
Neurosis Hipocondriaca . .	1526	527	1.32	0.41
PSICOSIS - ENDOGENAS				
Esquizofrenia	34021	39769		
- Tipo simple	10033	11588	8.73	9.20
- Tipo hebefrénica	2399	4214	2.08	3.34
- Tipo catatónico	872	1054	0.75	0.83
- Tipo Paranoide	20717	22913	18.0	18.2
PSICOSIS AFECTIVAS				
- Melancolía Involutiva . .	2180	1317	1.89	1.04
- Maníaco Depresiva Tipo. Maníaco	2836	3951	2.46	3.13
- Maníaco Depresiva Tipo. Depresiva	872	1053	0.75	0.83
- Maníaco Depresiva Tipo. circular	1090	264	0.94	0.20

DIAGNOSTICOS:	NUMERO DE CASOS		PORCENTAJE %	
	1976	1978	1976	1978
Otros . . .		263		0.20
No especificados	218	526	0.18	0.41
Estados Paranoides . . .	436	527	0.37	0.41
Paranoia	218	264	0.18	0.41
PSICOSIS - EXOGENAS asociadas con:				
Afecciones cerebrales . .	9377	18173		
- Con traumatismo cerebral	128	3161	0.18	2.51
- Intoxicación Drogas o Veneno	3489	3687	3.03	2.92
- Alcohólistmo	3707	7111	3.22	5.64
- Delirium Tremens	872	2370	0.75	1.88
- Otras Alucinosis Alcohólicas	1091	1844	0.94	1.46
PSICOSIS asociadas con otras				
Afecciones somáticas . . .	872	790		
- Trastornos del metabolismo de la Nutrición . . .	218	527	0.18	0.41
- Infecciones Generalizadas	218	263	0.18	0.20

DIAGNOSTICOS:	NUMERO DE CASOS		PORCENTAJE	
	1976	1978	1976	1978
- Meningitis	430		0.37	
PADECIMIENTOS PSICOORGANICOS				
	34236	37925		
Epilepsia	27694	27127		
- No convulsiva <u>generaliz</u> zada	3271	5268	2.84	4.18
- Convulsiva generaliza- da	8287	15012	7.21	11.9
- Estado Epiléptico . . .	1526	1580	1.32	1.25
- Parcial	14610	5267	12.7	4.18
Oligofrenia	6542	10798		
- Liminar (C.I. 68-85.).	2181	2634	1.89	2.09
- Discreta (C.I. 52-67.)	1526	4477	1.32	3.55
- Severa (C.I. 20-35.)	2835	3687	2.46	2.92

Se considera que los trastornos mentales constituyen una --- proporción significativa de la morbilidad general y son una im--- portante causa de incapacidad crónica; un ejemplo claro es la esquizofrenia, la cual prevalece en mayor proporción 29.6% y 31.5%. Este tipo de enfermos con incapacidad crónica son sometidos a -- asistencia institucional. Cabe mencionar que este padecimiento - es el más significativo dentro de las Psicosis. Siguiendole en -

importancia porcentual la epilepsia con un 24% y 21.5%, la cual es parte de los padecimientos Psicoorgánicos, este tipo de pacientes puede llevar a cabo diversas actividades dependiendo del grado de afectación, siempre y cuando se controlen adecuadamente. Por otro lado es posible concluir que los padecimientos, neuróticos depresivos son muy frecuentes 8.34 y 4.81 %; siendo más comunes entre las mujeres, su evolución es crónica, provocando graves grados de incapacidad social. Podiéndose constatar en el trastorno de la personalidad de tipo paranoide 0.18 % y 0.20 %, no varía mucho en cuanto a los demás trastornos de este tipo. Es importante mencionar que no son fáciles de detectar, por la levedad que hay en los mismos y a la vez por ser trastornos transitorios de la conducta.

Finalmente en el Censo Nacional de el año de 1980, se obtuvo a nivel general, que los diagnósticos más importantes fueron esquizofrenia, epilepsia, retardo mental y psicosis orgánicas.

1.3 FACTORES QUE DETERMINAN LAS ALTERACIONES PSIQUIATRICAS

La personalidad de todo individuo se desarrolla de acuerdo, a una serie de factores genéticos, ambientales y emocionales, de tal forma que para que pueda haber salud mental, es necesario un equilibrio de las fuerzas tanto orgánicas como psíquicas. Un factor que actúa antes del nacimiento es la herencia; "Los trastornos mentales manifiestan a menudo una predisposición - -

constitucional en relación con el temperamento del individuo es decir, que existen factores inherentes a los genes que pueden actuar sobre la madre embarazada; desnutrición, traumatismo, radiaciones, ciertas enfermedades infecciosas como la rubeola; -- afectan al niño por nacer ".

Sin embargo antes de atribuir un trastorno mental a la -- herencia se debe recordar que los padres con frecuencia transmiten sus propias dificultades emocionales a la generación que -- les sigue, no através de las células germinales sino por influencia de su neurosis sobre el niño. " En el caso de que algunos niños hereden potencialidades que los predispongan al desequilibrio mental y emocional, tales tendencias innatas pueden modificarse o debilitarse por su interacción con influencias ambientales positivas y constructivas ".¹² Es decir que, cada etapa del desarrollo está determinada por la interacción de las fuerzas -- hereditarias y las ambientales.

Durante el nacimiento pueden actuar como factores del desequilibrio mental y emocional, los traumas que se presentan en -- un parto prematuro o difícil, la mala aplicación de forceps, la falta de oxígeno etc., si la privación de éste último es suficientemente grande o prolongada puede producir graves déficit -- constitucionales. En etapas posteriores de la vida, tal caren--

¹² Kolb Lawrence, Psiq. Clínica Moderna, la Prensa Médica Mex., México, 1978.

cia actúa como importante factor etiológico que determina síndromes cerebrales y precipita el trastorno psicógeno. Más que todos los otros órganos y tejidos corporales, el cerebro es susceptible a sufrir alteraciones funcionales y daño estructural como resultado de la falta de oxígeno. Cualquiera que sea su causa, regularmente se acompaña de defectos en el desarrollo y, cambios posteriores en la conducta.

En cuanto a los factores que actúan después del nacimiento, es importante mencionar que en fechas recientes se ha dado importancia a los primeros meses de vida en el desarrollo normal, y anormal del carácter. Se ha confirmado que pueden presentarse efectos prenatales, y que existe una correlación de la excesiva hiperactividad del recién nacido (llanto, insomnio, regurgitación), y la tensión emocional materna durante el embarazo, así como entre la serenidad del infante y un agradable embarazo normal.

En algunos casos es muy evidente que los incidentes en la lactancia e infancia son verdaderamente importantes en la formación de las pautas básicas de reacción, por ejemplo, si las necesidades del organismo en crecimiento no son adecuadamente satisfechas, surgen la inseguridad y la angustia, los cuales pueden crear un sentimiento de inferioridad. También se ha demostrado que los infantes privados del cuidado materno en los primeros meses de vida, se vuelven irritables a los estímulos de -

toda clase no desarrollando respuestas apropiadas; algunos estudios refieren los desórdenes graves de años posteriores a un estado patológico de los primeros meses ".¹³

Además de dichos graves trastornos del carácter resultantes de la privación de la madre pueden relacionarse otros desórdenes serios, particularmente psicosis y esquizofrenia, con las actitudes paternas acentuadamente patológicas.

Se considera que si en los primeros meses y años, el niño no tiene el constante estímulo placentero de una madre tierna y cuidadosa y no se siente protegido adecuadamente por ella contra el malestar de hambre, frío, etc., dicha privación provoca, el desarrollo de una escasa relación interpersonal e inadecuados hábitos de adaptación social. Cuanto más se profundiza en el estudio de la neurosis, se encuentra en mayor medida que los estados psicopatológicos tienen sus raíces en las experiencias, del primer año de vida y están estrechamente relacionadas con el tipo de conducta maternal o la falta de ésta.

En el adulto la neurosis está mucho más firmemente integrada en el carácter del paciente y cuanto más pequeño sea el niño tanto menos se habrá fijado como modo de reacción. El niño pequeño está influido por la conducta de los padres y demás personas de su ambiente, de suerte que un cambio de ambiente puede -

¹³ Franz Alexander, Psiq. Dinámica, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1971.

modificarlo. Cuanto más edad tenga el niño y cuanto más firme sea su patrón de carácter tanto menos influencia tendrá el ambiente para cambiarlo.

Cabe mencionar que las psicosis y los desórdenes orgánicos, de etiología emocional son menos comunes en la infancia que entre los adolescentes y adultos; en el primero, en algunas ocasiones se presenta por el profundo trastorno de las relaciones, con la madre. Sin embargo, no hay que olvidar que las reacciones de cada edad, dependen en parte del estado del desarrollo de la personalidad que ha superado las reacciones frente a las, experiencias anteriores.

Por otra parte, al introyectarse las prohibiciones el niño, debe protegerse no solo contra el temor al progenitor, sino contra la angustia producida por el conflicto estructural. Si el miedo del niño a su madre es demasiado grande y el conflicto de la ambivalencia demasiado intenso, las defensas en desarrollo tienen un carácter más serio; la expresión de la hostilidad contra los padres, hermanos, animales o contra sí mismo, desempeñan un importante papel en la fijación del conflicto creando -- disposición a neurosis obsesivas y a las formaciones reactivas-paranoides. La neurosis compulsiva se desarrolla cuando la rebelión y hostilidad hacia la autoridad es reprimida prematuramente y bajo la presión de un gran temor. En realidad, el régimen autoritario de la familia patriarcal tradicional conduce al de-

desarrollo de la neurosis compulsiva.

Ahora bien, es importante mencionar que en nuestra cultura, el comienzo de la edad escolar (seis años) es considerado, por lo común, como la edad de la formación del carácter; a ésta --- edad la fantasía es una válvula intrapsíquica de seguridad que, permite aliviar la tensión y al mismo tiempo proporciona peldaños intermedios en el desarrollo. La fantasía es una forma de pensamiento primitivo que en contradicción con el pensamiento lógico y realista permite que los deseos y anhelos --- representación psíquica de las necesidades instintivas--- se presenten como alcanzables e incluso ya cumplidas.

La fantasía tiende a independizar al niño de su ambiente --- proporcionando placer y consuelo para el dolor, disminuye el --- conflicto con el ambiente y sirve como protección contra el miedo. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a una situación, el uso protector de la fantasía puede crecer en exceso; --- la imaginación exuberante puede involucrar una parte indebidamente grande de las energías psíquicas, y así impedir su adaptación a la realidad.

Cabe mencionar, que no toda fantasía concede protección, algunas fantasías crean conflictos y producen angustia; es el caso de una madre cruel e inconsecuente que provoca en el niño una --- especie de necesidad de bastarse a sí mismo para superar el --- dolor y la angustia resultante de las experiencias vividas jun-

to a su madre, en donde el niño evita las molestias rechazando la realidad y eludiendo el contacto con los objetos, cuando cae en su fantasía crea un mundo cerrado de donde más tarde podrán surgir los delirios esquizofrénicos, o bien, podrá localizar el sufrimiento en una parte de su cuerpo o quizá evite el dolor -- mediante una actividad motriz defensiva como en los trastornos, agresivos y hostiles de la conducta.

Es importante mencionar que de una manera perceptible los padres le expresan al niño sus esperanzas, anhelos, temores y frustraciones; tales padres en lugar de promover la individualización del niño la obstruyen, es decir, que muchos niños incorporan las dudas y conflictos de sus padres de una manera tal -- que ciertas áreas de su personalidad no aprenden a distinguir -- lo bueno de lo malo, desarrollándose así un carácter deformado.

Una influencia importante en el desarrollo y fijación del patrón de ciertas constelaciones neuróticas son las experiencias traumáticas; un acontecimiento se vuelve traumático para el niño cuando le es imposible dominar el sufrimiento y la angustia producidos por la experiencia, o de resolver los conflictos emocionales creados por ella. Esta situación se presenta -- cuando se es débil y el acontecimiento muy fuerte, o si no existe la suficiente ayuda de los padres para resolver el conflicto. Por consiguiente, cuanto más pequeño sea el niño y más débil su

capacidad de dominio, será tanto más fácil traumatizarlo y mayor la capacidad de protección que necesita para superar su insuficiencia.

El modo en que un niño o adulto reacciona a cualquier trauma está determinado por la constelación total de la tendencia constitucional, su estado de madurez física, sus experiencias previas y el tipo de trauma. Es decir, que un factor de importancia decisiva para el desarrollo del niño es el conjunto del medio social en cuyo interior crece y se instruye, aún cuando -- tenga problemas graves en su medio familiar el niño puede desarrollar una afectividad equilibrada si tiene la impresión de -- que en la vecindad y en la escuela se le aprecia en lo que vale; por el contrario, si en su escuela, en su pueblo o en su barrio se siente desdeñado como individuo, su propia estima y su salud mental se resentirán por satisfactorias que sean sus experiencias afectivas en el medio familiar.

Dentro del ámbito familiar se pueden dar diversos tipos de actitudes destructivas para el niño, por ejemplo; el caso de la madre insegura que trata de afirmar su propia estimación fomentando el cumplimiento prematuro de muchas cosas por parte de -- sus hijos. Otra actitud perturbadora también producto de las -- anomalías de carácter de la madre, es la preocupación por la -- limpieza y las exigencias de buen aspecto como fines en sí mismos. Otra actitud de esta especie es la de dominación, o sea la

necesidad excesiva por parte de los padres para gobernar la conducta de los otros. Finalmente puede haber una situación totalmente opuesta en la que la madre es excesivamente indulgente -- con sus hijos, educandolos sin ninguna restricción; por lo que, el niño se verá relativamente libre de conflictos internos ---- durante algún tiempo, pero está destinado a tener serias dificultades porque su carácter no ha sido atemperado para ajustarse a las demandas de la realidad del medio ambiente. En cualquiera de las otras tres situaciones, el conflicto entre la madre y el niño, y en muy poco tiempo en el interior del niño mismo puede llegar a ser más intenso. También al haber amenazas y castigos el niño sufre en su personalidad como resultado de estas respuestas al luchar con tales situaciones de conflicto.

En cuanto a la pubertad, se dice que constituye muchas veces la textura definitiva de la personalidad, así se comprende, que también haya disposiciones patológicas que se manifiestan -- por primera vez en ésta época. Muchas esquizofrenias en éste -- período de la vida, y algunas maneras de ser anormales resultan más fácil de reconocer por entonces. En relación a la juventud, se dice que es la etapa definitiva para la formación del carácter.

Cabe mencionar, que lo que se llama anormal no es sino una, expresión exagerada o desequilibrada de lo normal, lo más fructuoso

tífero es quizá considerar que la mayoría de las manifestaciones de psicopatología no son el resultado o la expresión de alguna enfermedad, sino una forma de conducta o un modo de vivir; que viene a ser el producto lógico de la dotación original particular del individuo, la influencia moldeadora en el hogar, las experiencias traumáticas que modifican el desarrollo de la personalidad, el stress, los problemas que surgen del interior de la vida emocional e instintiva del individuo, la incapacidad de la persona para encarar las tensiones de los problemas mencionados, el tipo de reacciones de autodefensa que el individuo utiliza en forma habitual para hacer mínima la angustia y cualquier afección corporal que altere la integridad o la eficiencia del organismo biológico de la persona. Por lo tanto, los trastornos mentales deben considerarse como pautas de reacción, humana cuyo movimiento se inicia ante un stress.

Así como los objetos mecánicos se deforman cuando se someten a una tensión más allá de los límites de su elasticidad, si la personalidad se sujeta a tensiones productoras de angustia más allá de los límites de su capacidad para adaptarse, puede desorganizarse la conducta.

En la mayoría de los casos, las causas principales de stress durante la vida ocurren en el marco de la red social de una persona y despiertan en ella respuestas afectivas y emocionales. El factor precipitante más común que inicia de manera súbita un

trastorno psiquiátrico, es una falla en el funcionamiento del yo o en la capacidad para adaptarse al stress de la vida, los tipos de stress crónico que amenazan la vida son: la inestabilidad familiar, la patología de la dinámica hogareña, las enfermedades graves, las mutilaciones, la pérdida de una relación personal preciada, etc. , que pueden agobiar al individuo y producirle fallas en su personalidad.

Por otro lado los conglomerados urbanos no solamente incrementan la posibilidad de stress, sino se considera que favorecen la pérdida de factores protectores tales como la función de la homeostasis que desarrollaba la familia extensa a través de, mecanismos de apoyo, comprensión, comunicación, etc., y que frecuentemente se pierden en la familia nuclear urbana. " En la actualidad contamos con un sinnúmero de estudios internacionales que muestran un aumento importante en las tasas de delincuencia, farmacodependencia, suicidio y varios tipos de enfermedades mentales como la esquizofrenia, en áreas con alta densidad de población. En la esquizofrenia se considerará que la mayor prevalencia encontrada en áreas densamente pobladas no es resultado de la alta densidad, lo aceptado es que un porcentaje de ¹⁴ pacientes psicóticos se deteriora, ocasionando la caída social"

¹⁴ De la Fuente. Muñiz, Ramón, La Salud en México, Revista de Salud Mental, México, Agosto 1977, Instituto Mexicano de Psico.

De las clases de la sociedad en la que el individuo y su familia viven. Es decir, que el medio ambiente influye de una manera poderosa en la formación de la personalidad determinando los rasgos de carácter y la posibilidad de enfermarse mentalmente.

De lo anterior se puede concluir que la salud mental del individuo depende de la forma en que se desarrolle su carácter, - si el ambiente llena las necesidades de afecto, protección y estímulo, el individuo desarrollará adecuadamente su personalidad y por el contrario si el ambiente le es hostil y frustrante va a desarrollar una distorsión de la personalidad que más tarde puede provocarle problemas emocionales. Casi todo caso de problema de conducta, tanto del niño, como del adolescente y el adulto tiene su origen en el ambiente inadecuado en que haya vivido, ya sea por carencia de los padres, por ignorancia o negligencia de éstos para comprender y satisfacer las justas necesidades espirituales del ser en pleno desarrollo.

Por lo que la incapacidad personal para alcanzar un autocontrol adecuado y una adaptación social, así como las experiencias frustradoras o los conflictos aparentemente insolubles pueden convertirse en causas excitantes del derrumbe mental y emocional. Con todo una persona relativamente inestable puede alcanzar una estabilidad adecuada siempre y cuando su pauta de vida sea tranquila y esté libre de estímulos creadores de ten-

sión.

Una de las causas de estos conglomerados urbanos se debe a, la inmigración de personas que se trasladan a determinado lugar existiendo por lo tanto una asociación comprobada entre migración y enfermedad mental, los factores estresantes de la migración, tales como la pérdida de identidad cultural, el desempleo el subempleo, los problemas habitacionales y de marginación - - son causa de enfermedad mental. Las situaciones de competencia y rivalidad se acentúan en forma importante, los factores protectores tienden a disminuir e inclusive a desaparecer, en tanto que las probabilidades de crisis y sobreestimulación tienden a aumentar.

Según lo anterior hay que reconocer que el stress para el hombre ocurre debido a las experiencias afectivas que se despiertan durante las transacciones humanas o relaciones interpersonales, y también a causa de los cambios que se producen internamente como consecuencia de alguna alteración en la esfera biológica.

Es importante mencionar que todos sin duda tenemos esferas, psicológicas vulnerables al stress, no importa cuán saludable parezca ser nuestra adaptación; si las experiencias del individuo tocan éstas áreas y el grado de su naturaleza angustiante - excede a la capacidad de la persona para manejar dichas tensiones por métodos de adaptación saludables, el individuo se verá,

obligado a enfrentar dichas tensiones con métodos neuróticos o, psicóticos, no obstante es incorrecto considerar que el stress, por sí solo sea el factor precipitante de los trastornos mentales, tiene que tratarse de un stress particular para una persona en especial, y quizá en forma repetida y frustrante, es decir, que la personalidad determina en gran parte la manera en que se va a responder al stress.

El ambiente en el que vive un individuo es mucho más que un mundo físico, incluye la estrecha interacción personal dentro del grupo familiar, las presiones que sobre este grupo impone la cultura y sus particulares sistemas de valores, así como la influencia de las fuerzas socioeconómicas que dependen de la estructuración adecuada, siempre y cuando su pauta de vida sea --- tranquila y esté libre de estímulos creadores de tensión.

Por otra parte, cualquier trastorno del cerebro o de otros, tejidos corporales que influyen sobre la capacidad del hombre para recibir, percibir e integrar la información del ambiente, producirá un funcionamiento psicosocial defectuoso y por lo tanto se alterará la personalidad. Las anomalías o trastornos físicos en ocasiones originan resentimientos y otras reacciones --- psicológicas indeseables, especialmente de tipo compensador, -- agresivo o defensivo (aislarse).

Entre algunos factores de lesión cerebral se encuentran:

- **Traumatismos:** Los traumatismos en la cabeza con lesiones -- que van desde una separación difusa y microscópica de la -- estructura neuronal por hemorragia y edema, hasta una des-- trucción de tejido cerebral con la formación subsecuente de una cicatriz, pueden provocar diversos defectos de la fun-- ción mental. Se caracteriza por un trastorno de la concien-- cia, estados de delirio o confusión, cierto trastorno de la memoria, el juicio, la orientación, la comprensión y el -- afecto.
- **Tóxicos,** algunas drogas y productos químicos pueden origi-- nar síndromes cerebrales agudos; los agentes que con más -- frecuencia producen síntomas mentales son: la morfina, la -- cocaína, la marihuana y el plomo.
- **Trastornos endocrinos;** el funcionamiento anormal de las -- glándulas endocrinas repercute sin duda en el funcionamien-- to de la personalidad, ya que altera las funciones corpora-- les, con lo que se crea ineficiencia con los sentimientos -- consecuentes de frustración o de inseguridad. En ocasiones, las distrofias neuroendocrinas producen defectos biológicos que hacen que el individuo se distinga de los demás por su, aspecto físico y que se trastorne su concepto e imagen cor-- poral, la discordancia entre el concepto corporal y el cam-- bio físico producido por el trastorno endocrino, contribuye -- a que el individuo centre sus preocupaciones en sí mismo, --

lo cual favorece el desarrollo de mecanismos defensivos y compensadores que distorsionan la personalidad y hacen más difícil la adaptación.

Es importante mencionar otros factores que repercuten sobre la salud mental de las personas, entre los que se encuentran:

- La carencia nutricional, tiene profundos efectos sobre la personalidad en lo que respecta a los estados de los impulsos, al estado de ánimo, a la ejecución, provoca irritabilidad y apatía, y también disminuye la atención y la habilidad de concentrarse.
- La falta continua de sueño, causa deterioro en el funcionamiento de la personalidad que se ve reflejado en la apariencia, el habla, el estado de ánimo, en la percepción, en el pensamiento, en la capacidad de atender en forma prolongada a cualquier tarea, etc. Causa inquietud, apatía e incapacidad para concentrarse cada vez mayores, en forma gradual aparece desorientación respecto al tiempo.
- La agresión, es un factor que participa en la producción psicógena de los trastornos de la personalidad, es decir, que dichos impulsos hostiles inconscientes estimulen la aparición de angustia; la cual origina sentimientos neuróticos de culpa, depresión y otras expresiones psicopatológicas.
- La función afectivo-sexual; una enfermedad mental puede ser precipitada por factores que se relacionan con la función -

sexual como por ejemplo: con la aparición de angustia respecto a el embarazo, al aborto, a la impotencia, a la infertilidad, la insatisfacción o la desviación.

1.4 REPERCUSIONES BIOPSIICOSOCIALES

Se considera al ser humano como una entidad biológica que entra en contacto con un ambiente ante el cual su biología habrá de modelarse, expresarse, frustrarse o desarrollarse, de acuerdo con las condiciones que esa biología encuentra en el ambiente que la rodea. Somos similares en tanto nuestra biología, es parecida, y diferentes en tanto las condiciones ambientales, hacen diferir nuestro destino del de nuestros congéneres.

Por lo tanto, el estudio de los seres humanos puede hacerse desde tres enfoques; el biológico, que hace énfasis en el estudio de la estructura y funciones del organismo; el psicológico, que estudia la personalidad y las relaciones interpersonales, y el de las ciencias sociales, que estudia las sociedades y las culturas. Los tres enfoques representan distintos niveles de abstracción y aunque utilizan distintos conceptos y métodos, tienen el mismo objeto de estudio; el hombre; el cual sólo puede ser entendido como una unidad bio-psico-social. Es generalmente aceptado el criterio de que la comprensión de los fenómenos relativos a los seres humanos requiere la utilización de conocimientos que provienen de esas tres ciencias.

Una teoría histórico bio-psico-socio-cultural dice que so--
mos como somos y nos comportamos según el lugar en que nacimos,
pueblo, ciudad, estado, nación; por lo que heredamos, por la ma--
nera como hacemos las cosas, por lo que aprendemos -que depende
grandemente de dónde hayamos nacido-, por las personas que fre--
cuentamos y por los lugares en que pasamos la mayor parte de --
nuestras vidas.

Es claro que los seres humanos biológicamente dotados exis--
ten en proceso continuo con el ambiente y que partes esenciales
de ese ambiente son la cultura y la sociedad. Su desarrollo es--
tá determinado por fuerzas genéticas, pero el ambiente deja sen--
tir sus efectos actuando hasta el momento de la muerte.

Por lo tanto, cualquiera que sea la contribución de la he--
rencia en relación con la enfermedad mental, las influencias --
post-natales y las experiencias durante el crecimiento son de --
gran importancia para modelar la estructura y el patrón de la ..
personalidad. Así mismo los procesos prenatales y las lesiones,
del nacimiento que producen afecciones patológicas de imbecibi--
lidad, no trastornan únicamente el intelecto sino que dejan tam--
bién sus marcas en la personalidad. Y como la enfermedad mental
se relaciona en gran parte con los aspectos afectivos y psicoso--
ciales del organismo sus fines de adaptación se encuentran en --
las situaciones personales.

Es pues, claro, que la personalidad de un hombre es afectada tanto por las experiencias por las que ha pasado, como por su constitución original hereditaria, así como por las enfermedades y traumatismos que pueda haber sufrido. Una concepción de constitución sería el producto momentáneo de todos los procesos físicos y psicológicos del pasado, y que por lo tanto está en constante cambio a medida que el individuo avanza en la vida.

1.4.1 REPERCUSIONES PSICOLOGICAS

El individuo asume tener completo control sobre sus ideas y sus actos, sin embargo su pensamiento y su conducta pueden remontarse con frecuencia a experiencias muy tempranas. Le es difícil comprender que dentro de su propia mente existen fuerzas, sumergidas -fuerzas mentales- que lo pueden orillar contra su propio buen criterio o aún contra su voluntad a actuar fuera de todo raciocinio; constituyen una vasta reserva de evocaciones almacenadas en lo profundo de la mente, listas siempre para salir al nivel consciente, de ahí que una experiencia mental amarga o dura de la infancia pueda aparentemente haberse sumergido en el olvido, pero salir a flote más tarde en la vida durante una época de tensión. El shock mental (daño) simplemente ha sido reprimido mentalmente fuera del consciente, hasta que un nuevo conflicto emocional recuerde la experiencia temprana y la vuelva a traer a un nivel consciente.

El individuo más estable puede dar pronto signos de alteración emocional o de trastornos de la personalidad, como respuesta a circunstancias de gran tensión, ésta respuesta puede ser ligera o severa. O sea que la mayor complejidad estructural de los seres humanos se manifiesta en el terreno psicológico. En el hombre la soledad total es incompatible con la salud mental.

Es importante mencionar, que en la moderna sociedad de consumo el individuo se ha convertido cada vez más en el instrumento pasivo de la maquinaria, en el productor y consumidor automático, por lo cual está cada vez más enajenado, frustrado y confuso. Otra repercusión psicológica negativa, se debe a la inestabilidad de los valores tradicionales y a su ineficiencia que, no ofrece marcos de referencia.

Por otra parte, en el ámbito familiar si uno de los padres, es un enfermo mental se puede presuponer un período prolongado, de desadaptación con dificultades e incongruencias en las relaciones personales que impidió la existencia de una atmósfera -- hogareña que lo ayudara a un crecimiento emocional adecuado y -- condujera hacia la salud mental. Cuando una generación no logra satisfacción a sus necesidades psicológicas, esto puede reflejarse en la conducta de la generación que le sigue, dando como resultado que la dificultad para adaptarse y la mala conducta -- social se prolongue a través de varias generaciones; los modelos neuróticos se comunican de una generación a otra; no se --

heredan.

"Debe decirse que las investigaciones respecto a la frecuencia de la esquizofrenia y las psicosis maniaco depresivas en -- una misma familia, son sugestivas, es decir, se ha encontrado -- que la esquizofrenia aparece en familias en las que existe un -- caso conocido de esquizofrenia con mucha más frecuencia que en, ¹⁵ la población general."

Ahora bien, una repercusión significativa es la orientación autoritaria en la cual el padre o la madre dicta normas y considera a sus hijos como una propiedad; o bien, una orientación -- indulgente en la que la tolerancia excesiva y la falta de normas y sanciones dejan al niño y al adolescente sin guía. También el divorcio funciona como una crisis emocional para el niño en desarrollo, la pérdida de uno u otro de los padres precipita angustia, dolor o depresión, que a menudo se exteriorizan, en actos agresivos y conducta destructiva.

Otra repercusión es la formación de una identidad sexual difusa o práctica, como resultado de la carencia de una figura -- familiar con la que se podría identificar o por la promiscuidad sexual en la que vivieron (habitaciones pequeñas). Los lleva a, que les dé lo mismo la identificación homo o heterosexual; puede intentarse encarar este conflicto por medio de la proyección

 15 Kolb Lawrence, Psiq. Clínica Moderna, La Prensa Médica Mex., México, 1978

u otros mecanismos psicopatológicos que dan como resultado un trastorno mental.

Un ejemplo claro de personas que presentan repercusión psicológica son los alcohólicos, los cuales presentan desviación de carácter, aislamiento social, actitudes defensivas, sentimientos de frustración y culpa, tensión, ansiedad, etc.

Se dice que la medicina contemporánea apoya el principio de que los factores psíquicos predisponen al individuo a una multitud de trastornos y mal funcionamiento del organismo. Estudios clínicos realizados indican que la mente influencia al cuerpo con más frecuencia que el organismo lo hace sobre la mente. Así mismo se ha reconocido que los problemas angustiantes que no pueden ser resueltos por la mente son "absorbidos", por alguna parte del cuerpo.

Se notará, sin embargo, que hay una relación entre los síntomas psicológicos liberados por el efecto debilitador del yo proveniente de la enfermedad, y la personalidad del paciente -- antes de la misma. Los niños con defectos congénitos o adquiridos desarrollan sentimientos respecto a dichos defectos, en parte por la forma en que ven que otras personas reaccionan a su presencia con repugnancia o asco.

Una situación importante y de mucha actualidad son las repercusiones que las guerras originan a las personas que se encuentran en ellas. Como ejemplo citaremos que en E.E.U.U. desde

la Guerra Mundial se contempló la urgente necesidad de rehabilitar a un gran número de militares en la guerra; a los cuales -- les afecto psicosocialmente como físicamente. Desde el punto de vista psicológico engendra múltiples conflictos sociales, tanto para el individuo como para la sociedad. En el individuo se desarrollan, generalmente, sentimientos de desadaptación inseguridad e inferioridad en general. Estos sentimientos pueden producir amarguras y frustraciones que, proyectadas en la colectividad, dan lugar a formas y expresiones de conducta antisocial. -- Además de que dentro de las guerras se les suministro algún tipo de enervante para tranquilizar los nervios que difícilmente, pueden descartar posteriormente adicionándose a estos hasta su, muerte, los cuales afectan mayormente su personalidad, produciendo más problemática a su situación.

En muchos de los casos son individuos que no viven su vida, ni la dejan vivir, ya que su inconformidad se hace patente en -- sus relaciones amistosas o de trabajo que ocasionan a la sociedad grandes peligros, hasta de volverse asesinos en masa que de cualquier desestabilización emocional en la familia o fuera de, está, desencadena iras que repercuten negativamente en personas que no son culpables de su problemática. Desde el punto de vista social, íntimamente ligado al aspecto económico, podemos analizar dos facetas del problema: una en relación con el individuo y otra en relación con la sociedad.

Así pues, el incremento de las tensiones en la vida diaria, acarrearán muchas enfermedades, por lo que es conveniente entender la relación dinámica entre el cuerpo y la mente, sin olvidar el ámbito familiar y social que también son determinantes para su manifestación.

1.4.2 REPERCUSIONES SOMATICAS

El hombre es el resultado de la evolución biológica, es parte de la naturaleza y ocupa un lugar en el desarrollo evolutivo de las especies. En el mundo de la naturaleza, el paso de lo orgánico a lo psicológico y a lo social es gradual.

Es importante mencionar que la influencia de los factores hereditarios en la determinación de la psicopatología, se expresa directamente en los defectos congénitos del metabolismo que, producen fallas en el desarrollo cerebral. O sea que la desnutrición prenatal debida a inanición de la madre o a que ésta limita su dieta, alterará el desarrollo cerebral y corporal del feto. Así, en las poblaciones privadas de una nutrición adecuada o afligidas por la pobreza, se encontrarán lactantes y niños en desventaja en lo que se refiere al desarrollo cerebral, sobre todo si se les compara con las poblaciones en la cuales se, mantiene en forma adecuada la nutrición materna. En etapas posteriores de la vida, tales carencias actúan como importantes factores etiológicos que determinan diversos síndromes cerebra-

les y precipitan o complementan los trastornos psicógenos primarios.

Según Freud, todos los síntomas neuróticos pueden explicarse como fallas de la función del aparato mental, o sea, en el inadecuado control de la conducta coordinada, que se basa en la integración de los datos de la percepción interna y externa por medio del razonamiento. Con frecuencia éstos síntomas pueden aliviar las tensiones sólo parcialmente creando conflictos secundarios que conducen a nuevas tensiones.

El trastorno mental puede asociarse al embarazo o al periodo post partum. Sin embargo, no existen padecimientos mentales, específicos de estos periodos. Bajo el stress de mantener la homeostasis fisiológica y de la situación tan importante desde, el punto de vista emocional, el material psicológico latente o, reprimido puede resultar demasiado agobiante para los recursos, del yo de la paciente, de lo cual resulta la aparición de reacciones psicopatológicas.

A veces la paciente expresa ideas delirantes que indican hostilidad hacia el esposo o hacia el hijo, lo cual refleja un conflicto acerca de la vida matrimonial o acerca de la maternidad. El rechazo hacia el hijo puede expresarse por medio de la idea delirante de que está muerto, por medio de un trato insultante hacia él, o con miedo de que algo malo puede llegarle a suceder.

Según Kolb, la psicosis asociada al embarazo es rara, la probabilidad es de 14 casos por cada 10 000 confinamientos. Cerca del 50% de las enfermedades mentales asociadas al embarazo o al periodo post partum son esquizofrenia, cerca del 25% son alteraciones maniacodepresivas y al 20% son reacciones psiconeuróticas.

La existencia de esta reacción, no predispone a otra similar en un embarazo posterior. Casi la mitad de tales enfermedades ocurren con el nacimiento del segundo o posteriores niños, y las posibilidades de recuperación son parecidas a las de una, reacción de tipo general. Estos trastornos ocurren con la misma frecuencia en el post partum que en otras circunstancias.

El embarazo también puede producir síntomas psicofisiológicos en el padre, ya que le despierta angustia.

Por otra parte, puede presentarse un desarrollo psicopático después de lesiones del cerebro, si ésta es algo extensa es muy probable que deje como consecuencia una alteración de la personalidad, favorable especialmente a las reacciones neurasténicas histéricas y paranoides. Es decir, que el hombre que ha sufrido un traumatismo cerebral es un individuo cuya constitución ha sido alterada por los efectos de aquéllos, y si en consecuencia muestra rasgos de personalidad que provocan la enfermedad o consecuencias sociales, puede ser clasificado como psicopático. Otro caso específico es el paladar hendido que tiende a crear -

un sentimiento de incapacidad para encarar las situaciones sociales y conduce hacia sentimientos de inferioridad y de inseguridad, que también se expresan en actitudes derogativas hacia el propio yo y el propio cuerpo.

Las enfermedades crónicas, con sus desventajas y sus frustraciones, implican un stress grave; el paciente con una enfermedad orgánica se enfrenta a dos tipos de problemas para cuya solución tiene que echar mano de diversas defensas y mecanismos de adaptación: A) problemas, en gran parte conscientes, relacionados con las realidades del dolor, de la incapacidad para ganarse la vida, y B) de las desventajas que impone a su familia, o que su familia le impone.

Ahora bien, muchas mujeres presentan manifestaciones neuróticas, psicóticas o psicosomáticas que por ocurrir en época de, la menopausia son comunmente atribuidas a las tensiones del climaterio. Algunos estudios psicoanalíticos de tales casos revelan que los síntomas que aparecen agravados durante ese período ya han existido antes, aún cuando no fueran manifiestos han sido preformados bajo la influencia de un precario equilibrio de, la personalidad.

Y por último, es importante mencionar que los conflictos -- que resultan al tener que enfrentarse con el poderío del impulso sexual pueden desencadenar conflictos internos más graves.

SINTESIS CAPITULAR

Los padecimientos psiquiátricos son afecciones que aquejan, a una parte de la sociedad, dependiendo de la vulnerabilidad de los sujetos; debido a diversos factores biopsicosociales, ya -- que al hombre se le entiende como una unidad, resultado de las, influencias internas o externas que lo rodean y cuyo daño puede ir de leve a crónico.

Dentro de los primeros, se encuentran los trastornos de la, personalidad, que son entendidos como una desadaptación, la -- cual puede o no, ser perdurable. En un grado más agudo se en--- encuentra la neurosis, la que le sirve como una defensa del medio siendo éstos un número elevado que no requiere de hospitaliza--- ción. En tercer término se encuentra la psicosis con un daño --- más severo, de donde se desprenden dos tipos de psicosis; una - es de tipo endógeno (interior) y otra de tipo exógeno (exterior). Por último, las lesiones psicoorgánicas implican un daño cere--- bral irreversible, éstos sujetos son los de peor pronóstico en, psiquiatría dado que si el individuo no es rehabilitado adecua--- damente será un dependiente social en gran proporción.

Dichas enfermedades repercuten en el núcleo familiar y so--- cial tanto psicológicamente como socialmente. Cabe mencionar, - que la finalidad de este capítulo es que la gente pueda detec--- tar en un momento dado una alteración psiquiátrica a través de,

las características mencionadas y poder así acudir tempranamente a tratamiento.

C A P I T U L O 22 REPERCUSIONES SOCIALES DEL ENFERMO MENTAL

Se dice que el hombre es producto de la evolución social, - es decir, que la existencia del hombre va unida con la existencia de organizaciones sociales. El hombre en aislamiento no --- existe y sus procesos mentales y su conducta, son sólo inteligibles en función de su interrelación con otros individuos.

Cuando el hombre nace el escenario social en el que ha de - vivir se encuentra ya preparado; normas, ideas, hábitos, así; - como formas de organización social que le preceden y que son el producto acumulado de la experiencia humana. La comprensión del hombre actual es incompleta si no se hace en función de las --- fuerzas históricamente condicionadas que a través de las instituciones de la sociedad modelan su carácter, metas y deseos. -- Las actitudes, puntos de vista y valores en que vivimos son un legado de generaciones, constituyendo ésto nuestra herencia. -- Una parte importante de esa herencia social es en conjunto de - actitudes para con la salud mental. En la antigüedad cuando ocurría un acontecimiento sin causa aparente como una tormenta e-- lectrica o un eclipse de sol se inventaban agentes especiales a quienes se les hacían responsables del misterioso suceso. La Enfermedad mental fue uno de los acontecimientos que desafiaban - las explicaciones racionales de acuerdo con el efecto de --- la causalidad a la luz de la simple observación. Por lo-

CAPITULO 2

2 REPERCUSIONES SOCIALES DEL ENFERMO MENTAL

2.1 Repercusiones Familiares

2.1.1 Tipos de Familia

2.1.2 La familia frente al paciente

2.2 Extrafamiliares

2.2.1 Escuela y capacitación

2.2.2 Trabajo

2.2.3 Comunidad

2.2.3.1 Relaciones Afectivas

2.2.3.2 Relaciones Interpersonales

2.2.3.3 Relaciones Sexuales

Sintesis Capitular

que las sociedades primitivas atribufan una conducta tan anormal a demonios, brujas, espíritus malos.

Deutsch nos hace el siguiente razonamiento acerca del hombre primitivo; " Como las enfermedades mentales son de origen sobrenatural, hay que buscar la cura en la magia. Para ahuyentar los trastornos se deben traer talismanes y amuletos protectores. La enfermedad se cura exorcizando al demonio de la persona poseída mediante cánticos y oraciones mediante la propiciación, halagos e incluso amenazas, recurriendo a veces a la tortura física ¹⁶. En la época medieval era importante la creencia en demonios y brujas. Concibiendo los dirigentes religiosos al mundo como un campo de batalla entre el bien y el mal, por lo que la gente andaba en busca de poseídos del diablo.

Un ser humano que se creía estaba poseído era mirado de un modo sospechoso, temido o incluso odiado. En tal situación era lógico llevar al individuo con un sacerdote, el cual como representante de dios, intentaría expulsar al demonio.

Por otro lado las brujas eran personas a quienes el diablo persuadía a venderle sus almas a cambio de poderes sobrenaturales. En posesión de éstos, podían arrojar sobre sus enemigos --

16

Carroll. A. Helbert, Higiene Mental, Compañía editorial continental, 1979, Pag. 23.

toda clase de males y peligros para la comunidad. En el período de 1450 a 1700 fueron ejecutados, según Deutsch, no menos de -- 100 000 por brujería, existiendo pruebas convincentes de que -- gran número de estas personas convistas de brujería, eran en -- realidad enfermos mentales. La brujería prosperó de un modo fanático en la tierra de los puritanos (Europa, principalmente en Inglaterra), los puritanos tendían a mirar con sospecha cualquier desviación en la conducta humana. Los locos violentos --- eran vistos como criminales y se les encarcelaba. Los locos inofensivos eran vistos como mendigos indeseables. Así se convirtió en una, costumbre corriente el expulsar de la comunidad a -- estas personas. A veces en vez de esto, los locos eran subastados, y entregados a quienes se comprometieran cuidarlos por -- menos dinero.

Ya podemos imaginarnos la clase de cuidados que se les darían. Hacia fines del siglo XVIII los enfermos mentales fueron, liberados de sus grilletes, y durante los siguientes cien años, se construyeron hospitales en Inglaterra, Estados Unidos y Europa. fueron fundados sobre un espíritu de civilización y esperanza, aunque los tratamientos fueron todavía ineficaces, parecían agencias de confinamiento, eran prisiones de la peor clase, teniendo derecho los empleados de azotar a los orates.

Pero poco a poco se iba avanzando, en Europa, gracias a -- las ideas humanitaria de Pinel y Tuke. El primero, francés, se

caracterizaba por su principio de no amarrar y su convicción de que los enfermos responderían a la amabilidad, confianza y respeto de su dignidad humana. Tuke en Inglaterra también creía en el mejoramiento de éstos, fundando una institución " El retiro" intentando organizar una vida positiva en comunidad.

De regreso a los Estados Unidos, Benjamín Rush, miembro de, la Directiva de Pennsylvania Hospital en Filadelfia, en los -- años que siguieron a la guerra de independencia, contribuyó al, fomento de un tratamiento más humano e inteligente de los locos siendo su labor significativa, pues simbolizaba el nacimiento -- de un concepto nuevo en los Estados Unidos. Una institución Pública que recibía a los insanos, no debía ser considerada como, una prisión para malhechores, sino como un hospital para reci-- bir tratamiento. Esto era un rompimiento con el pensamiento del pasado. La práctica real siguió muy retrasada y hasta la fecha, 'no han sido totalmente sacudidos los conceptos de la edad media

Al final del siglo pasado y comienzo del actual, la actitud en general del público hacia los enfermos mentales era indife-- rente o activamente hostil. Existía una actitud popular renuen-- te a enviar a los parientes psicopáticos a sanatorios para en-- ferros y si una persona era enviada a uno de ellos, al regresar a su comunidad se encontraba, con que acarreaba el estigma de -- haber estado en una "casa de locos". Sin embargo en el aspecto, positivo, los psiquiatras comenzaban a establecer prácticas pri

vadas, fuera de los hospitales, observándose un aumento marcado, en el volúmen de teoría e investigaciones relativas al tratamiento de los trastornos mentales.

La actitud de la sociedad hacia el enfermo psíquico ha variado y varía en relación con el lugar, el momento histórico y, el contexto sociocultural e incluso con relación al tipo de enfermedad mental. Un hecho cierto es que algunos enfermos psíquicos pueden volverse peligrosos para sí mismos y para el prójimo por lo tanto, es obvio el derecho y deber de la sociedad de proteger a sus miembros de los peligros inherentes a la violencia, de los alineados. Esta protección podrá efectuarse con el reconocimiento, diagnóstico y con el tratamiento precoz, ambulatorio o de internación de los enfermos psíquicos y aún con la reclusión obligada de los pacientes manifiestamente peligrosos, - en tanto dure ese peligro.

Esta incapacidad mental que se manifiesta en diversos grados, despierta una sensación de rechazo e incluso de desagrado, emocional, como se mencionó anteriormente, ésta actitud se debe a la falta de conocimiento en lo que se refiere a la génesis de la enfermedad y a su efecto sobre el bienestar intelectual y emocional. Cabe deplorar profundamente esta difundida actitud, - actual, pues si la sociedad no recibe a los enfermos mentales con naturalidad y sin prejuicios, y en cambio los excluye o los trata como parias, su salud psíquica se resiente y ello conduce

con frecuencia a trastornos emocionales introspectivos o a una, conducta antisocial agresiva que en ocasiones tiende a ser peligrosa para la sociedad. En otras ocasiones por la misma irraccionalidad del sujeto enfermo, se vuelve víctima de la sociedad. - Ya que es encarcelado por delito no cometido. Siendo en ocasiones burla de los transeúntes, ya que tiende a deambular por las, calles viviendo de la limosna de personas que lo ven con lastimma y recelo.

En general, puede decirse que el temor y la incertidumbre - con que el público ve al enfermo, ésta asociado a su incapacidad para aceptar mucho de lo malo e incontrolado de su propio - yo que es proyectado en la imagen del paciente. También se dice que los demás no quieren identificarse con él, tal vez obedeciendo al temor inconciente de que lo que le ocurrió a él podría ocurrirle a ellos, y lo excluyen de una u otra forma; sufriendo además la pérdida de sus libertades civiles.

La sociedad como medida paliativa usa el recurso de la segregación, confinando al enfermo en instituciones lejanas, en - donde se le atribuyen caracteres peligrosos e imprevisibles, -- donde las esperanzas de mejoría no son muy altas. Parece que el factor más importante en el esquema total de las actitudes frente a la enfermedad mental, con sus rechazos y aislamientos, fuera necesarios para mantener un cierto grado de equilibrio en - la sociedad.

En suma, los enfermos mentales, no despiertan ternura en -- ninguno de los sectores sociales que le rodean, estando siempre expuesto a la curiosidad y morbosidad de los demás individuos, -- por lo que en repetidas ocasiones son objeto de mofa y víctimas de muchos otros actos injustos que reciben de la sociedad y de, su propia familia, quedando el sujeto moralmente sólo y bajo el cuidado de instituciones de tipo asistencial, en donde les falta el calor afectivo de una familia que lo acepte y reanime. -- -- Agravando estos factores más, la enfermedad llegando a la -- cronocidad.

En algo se ha progresado y se sigue avanzando, hay razones, para el optimismo, tanto como para el pesimismo. La respuesta -- del público aunque ésta mejorando es aún relativamente apática. Sin embargo aunque la salud mental ésta recibiendo más publicidad que hace 20 o 30 años, recibe menos atención que las demás, enfermedades capitales.

2.1 REPERCUSIONES FAMILIARES

La familia es la unidad del crecimiento y la experiencia de la realización y del fracaso, es también la unidad, siendo la -- fuente de información primaria y entrenamiento del individuo pa -- ra su crecimiento y desarrollo como persona, al funcionar como, principal agente de socialización, ejerciendo su influencia en, una diversidad de maneras para hacer del niño una prolongación,

de la misma y de su medio socio-cultural. En algunos casos donde fracasa la socialización, también fracasa la calidad humana, de los miembros, como lo ilustran dramáticamente aquellas familias en las que el fracaso de la función socioalizadoradora se manifiesta en hijos que se transforman en criminales o que se convierten en víctimas de enfermedades mentales, drogas o alcohol, etc.

La concepción psicógena de los trastornos afectivos y mentales de que tempranas y perniciosas experiencias en el hogar -- tienen hondos y duraderos efectos sobre la adaptación psíquica, del individuo, postula que hay pautas familiares de roles y conductas que presentadas por los padres y asimiladas por el niño, predisponen a éste a una u otra perturbación psíquica. Así pues la familia es considerada como una institución o como un grupo, social cuya influencia estructural o desestructurante recae --- sobre el niño o sobre el enfermo.

En su mayoría, la familia desempeña un papel estabilizador, y protector en lo que se refiere a la patología mental. Sin embargo, se dice que las enfermedades están en la familia como -- productos genéticos y de la herencia social y cultural, y que -- los factores que juegan una parte dinámica en la enfermedad -- mental operan en la familia.

Por ejemplo: con frecuencia se encuentra que el esquizofrénico ha pasado su niñez dentro de un marco emocionalmente insa-

no; es frecuente la combinación de un padre agresivamente dominante, a veces rechazante y una madre exageradamente solícita., El niño preesquizofrénico a menudo es más sensible, menos feliz y sociable, es frecuente que se sienta rechazado, gran porcentaje de estos pacientes han sido retraídos actuando como si se encontraran fuera de la realidad y se han aislado de las relaciones emocionales espontáneas y satisfactorias con otros individuos. Por lo que se dice que la fuente primaria de algunas perturbaciones es el intercambio emocional íntimo en el seno del grupo familiar, el cual constituye el primer campo de ensayo -- para aprender a llevarse bien con las demás personas.

Desde los primeros días de vida la relación madre-hijo, adquieren un valor fundamental, por lo que se concede un papel -- etiopatogénico a las perturbaciones de esta relación. Por lo -- tanto, el equilibrio de la personalidad de los padres se encuentra indudablemente entre los factores de mayor importancia en -- la determinación de la situación familiar, ya que fuera de toda duda, afecta la calidad de las relaciones interpersonales del -- grupo. La ausencia de tendencias neuróticas y el adecuado control emocional en los padres favorecen una relación armónica -- familiar.

Cabe mencionar que se dan amplias variaciones en el tipo de atenciones, alimento, protección, etc., que los padres suministran a sus hijos; variaciones que repercuten profundamente en --

la seguridad emocional del niño y en la futura dirección de su personalidad en desarrollo. Acaso pueda generalizarse la más -- profunda necesidad del niño bajo el título de seguridad; son muchos los agentes que promueven inseguridad en el niño, pocas -- horas después del nacimiento el niño comienza a sentirse seguro o inseguro. Si los padres lo manejan con nerviosidad; si - y -- esto es importante - uno de los dos se ha opuesto a su nacimiento y no lo desea realmente; si la madre siente antipatía por su marido o simplemente no lo ama, o si enfrenta con temor el proceso de la crianza; el niño ha iniciado el camino de la inseguridad general, de las inquietudes y ansiedades. Por el contra--rio, los niños se sienten seguros cuando tienen la evidencia de que sus padres se aman y se observan mutua confianza. El hecho, de que el padre o la madre dude de su cónyuge, perturba a la -- criatura.

Nada acarrea al niño tantas dificultades de toda clase como el sentimiento de no ser deseado, muchos padres despiertan en -- él este sentimiento por su falta de tino o por sus observacio--nes insensatas. Todo individuo, adulto, joven o niño, necesita, sentir que su familia lo desea, que es aceptado y que nadie pue--de ocupar su lugar; cuando esto falta surge toda clase de temores que pueden llegar hasta la neurosis de ansiedad.

Como en cualquier caso de frustración, el rechazo trae como consecuencia la agresividad. El niño agresivo procura lograr --

por la fuerza la seguridad emocional tan necesaria para su tranquilidad mental. El rechazo también conduce a tendencias inestables y psicopáticas. Muchos niños elaboran defensas o protecciones contra sus propias tendencias agresivas, y reaccionan adoptando actitudes extremas de sumisión, afabilidad y docilidad.

La seguridad la proporcionan los padres mediante sus actividades en lo relativo a la alimentación, en primer lugar, y también al vestido, higiene y techo. Al empezar la vida, la demostración más palpable de esta seguridad es el afecto y las caricias al niño. La dependencia respecto de los padres que ésta seguridad implica persiste durante toda la niñez y también durante parte considerable de la adolescencia. A las variaciones de regularidad y eficacia con que los padres provean esta seguridad corresponderán a diferentes reacciones del niño que contribuirán a singularizar el carácter de su personalidad.

En buena parte esta variación en los puntos de vista y reacciones del niño frente a la vida familiar es consecuencia natural de las experiencias familiares como tales. Cada miembro de la familia debe inevitablemente cumplir una función única en la vida del hogar, o sea que muchas de las actitudes de los miembros familiares dependen o están condicionadas por su ubicación. Sucede a veces que el niño rechaza su posición o papel familiar, y al mismo tiempo el trato o las restricciones que derivan de ella; en otras ocasiones, por contrario, el niño

acepta sin conflictos y desempeña con satisfacción su rol familiar. De esta forma, a medida que se asumen y practican éstas - funciones familiares comienzan a estructurarse las personalidades, las que al principio eran quizás leves diferencias de temperamento, energía o intereses entre los niños de una misma familia, por esta especie de condicionamiento pueden convertirse, en marcadas diferencias individuales en sus tendencias personales. Sin cuidado y dirección convenientes, de parte de los padres, esta diversificación en el desarrollo de la personalidad, sumada a las diferencias de edad y a las consecuentes desigualdades en el trato familiar, puede originar en uno de los hijos, una actitud, extremadamente crítica frente a una situación familiar, ante la cual los demás se adaptan sin dificultad.

Estas relaciones señalan que los adolescentes cuyas adaptaciones a la vida familiar y relaciones personales con sus padres no eran felices, manifestaban una pronunciada tendencia a, ser los mismos individuos que hallaban dificultades en sus contactos sociales y en sus adaptaciones al mundo exterior.

El equilibrio emocional y la madurez, unidos al conocimiento que el padre tenga de sí mismo, influyen decisivamente en -- sus esfuerzos tendientes a proporcionar al hijo una orientación inteligente y oportunidades para el desarrollo de una personalidad sana, y a medida que se acumulan experiencias en el campo de la educación, se va considerando cada vez más el desarrollo,

de la personalidad como un producto de las relaciones paterno,-
filiales.

Las tempranas experiencias del niño son fundamentales en el moldeamiento de su personalidad, y entre ellas, las relaciones, con los padres acaso sean las más importantes. Por su parte, -- los padres responden en forma distinta a cada hijo, según su -- edad, sexo, orden de nacimiento, y características físicas y -- mentales; parecería que cada niño desempeña un papel único respecto a las necesidades de sus padres, de ahí que sus relacio-- nes presenten peculiares características.

Los principales elementos de las relaciones paterno-filia-- les son los siguientes:

- a) Amor y odio; el curso de los sentimientos paternos es decisivo para el sentimiento de seguridad del niño y condiciona el desarrollo de su personalidad. Todo cuanto se sabe concu-- rre a establecer que el amor verdadero del progenitor propor-- ciona al niño seguridad y le ayuda a desarrollar un carác-- ter equilibrado y sociable; en tanto que su odio o rechazo, provoca agresión, favorece la inestabilidad y lleva a una -- conducta antisocial.
- b) Control y autoridad; los padres varían en el grado y modo -- de ejercer el control y autoridad. Hay padres que otorgan a sus hijos completa libertad; otros por el contrario practi-- can una autoridad acentuadamente restrictiva. Ninguno de --

los extremos es bueno para el desarrollo del niño, bajo una autoridad muy relajada no aprenderá la conducta que la sociedad exige; y el que está sofocado por exceso de autoridad incuba rencor y hostilidad contra ella o bien extrema su docilidad y sumisión. Ambos constituyen importantes factores en la creación de ciertos tipos de problemas de conducta. Muchos padres actúan como si el niño fuese una posesión que obligadamente debe acomodarse a determinadas normas de comportamiento, sin tener en cuenta las tendencias y aptitudes individuales. En lugar de observar y atender las necesidades que se manifiestan en los distintos niveles de edad, y las demandas características de cada niño, éstos -- padres comienzan a presionar a sus hijos desde la infancia.

- c) Sobreprotección; así mismo perjudica al niño la sobreprotección paterna, que evitándole toda frustración normal, lo conserva infantil y no le suministra la suficiente variedad de estímulos que requiere su desarrollo. Numerosos factores traumáticos de nacimiento, enfermedades, accidentes, en el mismo niño o en otro anterior, torna sobreprotectores a los padres.

La sobreprotección materna muestra correlación entre una -- actitud excesivamente protectora en la madre y la falta de amor en la infancia de ésta; la privación a que estuvo sujeta la madre aparentemente estableció un patrón de conducta,

a través del cual trató de obtener de sus hijos lo que no -- había obtenido de su madre. O bien, algunos sentimientos -- hostiles se reprimen parcialmente, y se adopta para con el, hijo una ostensible actitud de sobreprotección.

Por otra parte, hay niños sobre-protegidos que se vuelven, extremadamente agresivos, que tratan de dominar todas las, situaciones e inclusive a todas las personas de su ambien- te de una manera que revela hasta que punto necesitan segu- ridad y estabilidad, es decir, manifiestan señales de la - existencia de serios problemas emocionales.

Así también, la actitud de la madre que rechaza o desatien- de a su hijo hace peligrar su seguridad emocional y puede, motivar la aparición de rasgos hostiles y agresivos.

- d) Exaltación o depresión del "yo" infantil; la cuarta varian- te es la tendencia de los progenitores a ensalzar o reba-- jar al niño. Ciertos padres alaban al niño y le demuestran su complacencia y estima por su comportamiento y realiza-- ciones, otros critican severamente y menosprecian sus acti- vidades. Los mejores resultados en el desarrollo del niño, se obtienen en una atmósfera de estímulo y aprecio.
- e) Proyección de la ambición paterna sobre el niño. El quinto factor está representado por la tendencia tan frecuente de los padres a proyectar sus particulares ambiciones sobre - sus hijos. Si procuraran hacerlo mediante el estímulo y --

sin coacción, los resultados pueden ser constructivos; en cambio, si tratan de forzarlos pueden provocar en el niño la pérdida de ambiciones y una postura de indiferencia. -- Ahora bien, ningún factor es tan eficaz para engendrar inseguridad con sus anexos problemas de conducta como el sentimiento de ser incapaz de rendir lo que se pide de uno.

- f) Diferentes combinaciones de la actitud paterna; todas las actitudes señaladas pueden combinarse de muy diversas maneras por ejemplo: uno de los progenitores controla severamente al niño, en tanto el otro es indulgente; el uno castiga, y el otro consuela y es cariñoso. Los niños así tironeados, por actitudes divergentes casi ineludiblemente padecen conflictos internos.

Cuando el control y la dirección paternos son inadecuados, pueden desarrollarse tendencias psicopáticas en el niño, es decir, conducta asocial carente de los sentimientos de culpabilidad y conciencia, habituales en la mayor parte de los niños en ocasión de haber hecho algo malo. Estas tendencias psicopáticas pueden surgir en dos condiciones completamente dispares; por un lado, en familias de nivel económico bajo, donde se da una extrema negligencia y falta de control debido; y por otro, en las pudientes, cuyos padres absortos en sus asuntos particulares, no pueden prestar a sus hijos la atención que corresponde.

Si los padres no tratan a su hijo de una manera uniforme y, consecuente; vale decir, si en ocasiones se deleitan y en otras se irritan con sus actividades; si en ciertas oportunidades le, demuestran cariño y en otras indiferencia, principia a desarrollarse en él una pauta de inseguridad. En realidad ésta suele ser la fuente más fecunda de toda suerte de problemas; los niños necesitan saber que el mundo en que viven es ordenado, que, siempre pueden aguardar idéntica reacción emocional.

Cuando el niño deja de serlo para transformarse en hombre, la madre se ha convertido de figura exterior en internalizada; cada vez que en la conducta se realicen las exigencias que impuso, emocionalmente se recibirá la aprobación desde adentro, y cada vez que se destruyan los viejos moldes surgirá angustia -- por la desaprobación de la imagen interna. En suma, la familia, no puede funcionar sino mediante las diferencias individuales que existen entre sus miembros; si éstas diferencias son negadas o desatendidas, aunque fuera por un solo miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que condiciona la vida normal, creándose un estado de confusión y de caos. Es decir, que el dar o recibir emocional de las relaciones familiares -- constituye el centro crucial de fuerzas que consolidan o destruyen la salud mental; o sea, que la conducta de cada miembro se, ve afectada por la conducta de cada uno de los demás miembros.--

No debe olvidarse que en todo momento el individuo es el --

depositario de una experiencia de grupo; es una imagen en espejo, un microcosmos de su grupo familiar. Por su parte, los criterios para enfermedad y salud emocional no pueden restringirse al individuo, deben abarcar al individuo dentro del grupo y también al grupo.

2.1.1 TIPOS DE FAMILIA

Se ha hecho hincapié en cómo el niño imita a sus padres, -- cómo adquiere idea de los papeles sociales y tiende, en sus futuras relaciones, a actuar las emociones asociadas con sus padres. Pero no todos los progenitores son iguales, de hecho, la conducta paterna manifiesta virtualmente el nivel extremo que implicaría la frecuente afirmación de que toda personalidad es, única. Como el padre y la madre son personalidades adultas muy, complejas, es de esperar que interpretaran sus papeles de modo, completamente variable; por lo tanto variara el modo como los padres tratan a los niños y los efectos consecuentes de tal trato, que induce variaciones en el desarrollo de la personalidad, del pequeño.

El tipo de familia y el ámbito cultural en que uno se desarrolla, tienen mucha fuerza para determinar si uno ha de desarrollar una estructura personal normal o anormal. Sin embargo, pueden heredarse factores predisponentes, por ejemplo; una persona que ha heredado una mentalidad baja o anomalías físicas,

comienza mal. Estos defectos pueden hacerla más susceptible a sufrir trastornos en la conducta. Sin embargo, hay que tener -- siempre en mente el punto básico de que las reacciones neuróticas y las reacciones funcionales psicóticas se aprenden; a la luz de la ciencia no existe patología orgánica digna de mención. Ahora bien, en un gran número de casos es posible que el paranoico provenga de una familia que ha sido autoritaria, áspera y cruel en grado excesivo; asimismo, que uno de los padres, casi siempre el de sexo igual al del enfermo, haya sido una persona, hostil y dominante que rechazó al niño y por medio de acusaciones le produjo miedo, angustia, sentimientos de insuficiencia y de ser "niño malo", los cuales el paciente nunca llega a aceptar.

Es pues claro, que las familias difieren unas de otras como los individuos, en ámbos niveles la conducta está caracterizada por una enorme diversidad; algunas familias son más sanas que otras, tal como algunos individuos son más sanos que otros.

Las formas específicas de la familia varían de acuerdo con, la cultura; en la actual cultura heterogénea y velozmente cambiante no puede existir una decidida uniformidad del patrón familiar, existen más bien, muchos y variados tipos familiares -- que se diferencian de la comunidad social en estructura, función y adaptación.

A medida que la familia pasa progresivamente por cada fase,

de su ciclo de vida, del noviazgo a los primeros años de matrimonio, o a los primeros años de paternidad, luego a fases más avanzadas de paternidad con un número creciente de hijos, y por último a la madurez y a la ancianidad; la configuración de las relaciones familiares progresivamente se va modificando. Es el desarrollo evolutivo de estos procesos complejos y entretejidos el que define el crecimiento y el carácter o tipo de una familia.

Cabe mencionar, que en la mayoría de las familias aparece alguno de los siguientes patrones de conducta.

- Patrón de co-participación; en donde la actitud habitual de los miembros de la familia es de darse apoyo, afecto, protección, etc.
- Patrón de contagio; los patrones de contagio suponen que se comparten actitudes interpersonales enfermas, neuróticas o perturbadas de cualquier otra manera; pueden mostrar un predominio de actitudes sobreprotectoras, de control y autoritarias con correspondientes actitudes de resistencia y rebelión. Su distinción de los patrones de coparticipación se basa en su valor negativo de supervivencia.
- Patrón complementario; se basa en los tipos de relaciones familiares sadomasoquistas, dominantes-sumisas, de control y obediencia.
- Patrón de rebelión y resistencia contra las actitudes de con-

de su ciclo de vida, del noviazgo a los primeros años de matrimonio, o a los primeros años de paternidad, luego a fases más avanzadas de paternidad con un número creciente de hijos, y por último a la madurez y a la ancianidad; la configuración de las relaciones familiares progresivamente se va modificando. Es el desarrollo evolutivo de estos procesos complejos y entretajidos el que define el crecimiento y el carácter o tipo de una familia.

Cabe mencionar, que en la mayoría de las familias aparece alguno de los siguientes patrones de conducta.

- Patrón de co-participación; en donde la actitud habitual de los miembros de la familia es de darse apoyo, afecto, protección, etc.
- Patrón de contagio; los patrones de contagio suponen que se comparten actitudes interpersonales enfermas, neuróticas o perturbadas de cualquier otra manera; pueden mostrar un predominio de actitudes sobreprotectoras, de control y autoritarias con correspondientes actitudes de resistencia y rebelión. Su disintinción de los patrones de coparticipación se basa en su valor negativo de supervivencia.
- Patrón complementario; se basa en los tipos de relaciones familiares sadomasoquistas, dominantes-sumisas, de control y obediencia.
- Patrón de rebelión y resistencia contra las actitudes de con-

trol, dominio, rígidas o autoritarias en la familia. También- éste es un rasgo bien conocido de la dinámica familiar y ha sido descrito como conducta oposicional, conflicto entre gene raciones y otras cosas semejantes.

- Un quinto patrón está representado por la incompatibilidad -- real de dos o más miembros de la familia, y puede suponer la futura desorganización y quebrantamiento de la familia. Equivale a la ausencia práctica de relaciones interpersonales fun cionalmente viables en la familia; no obstante, se dice que -- aún en familias cargadas con patrones de aparente incompatibi- lidad, de marido y mujer, o de padre e hijo; las presiones -- extrafamiliares, socioeconómicas, los obstáculos legalistas o las consideraciones religiosas pueden evitar el desplome defi- nitivo del grupo familiar.

En suma, la familia tiene éxito o fracasa, de acuerdo con -- su capacidad para alcanzar una regulación y un equilibrio a-- apropiados de sus funciones básicas. Es adaptativa si es capaz de cumplir y armonizar todas las funciones esenciales en for- ma apropiada a la identidad y a las tendencias de la familia-- y de sus miembros. Es inadaptativa si sufre la pérdida de -- cualquiera de sus funciones vitales, si salvaguarda algunas -- en detrimento de otras, si sobrevalora algunas al tiempo que-- subestima otras, etc., cuando aparecen estas tendencias, la -- familia no funciona bien. La consecuencia inevitable es una --

tendencia a crisis recurrentes en la vida familiar, un creciente desorden de las relaciones, y una predisposición a la desorganización del grupo familiar y el colapso emocional de algunos de sus miembros.

2. 1. 2 LA FAMILIA FRENTE AL PACIENTE

La enfermedad mental produce invariablemente una reacción en cadena que incide fundamentalmente en el núcleo familiar -- para trascender luego a la comunidad elaborandose de esta manera un círculo nocivo difícil de romper y con diversas implicancias. No se podría describir ningún tipo de reacción que se pudiera considerar uniforme, ya que los núcleos familiares son -- diferentes en relación con factores económicos, culturales y -- sociales, además de que las relaciones afectivas y la madurez -- de cada uno de los compañeros de la familia son distintas.

Por otra parte, una vez enterada la familia de que se trata de una enfermedad mental, su reacción puede ser de aceptación, vergüenza, rechazo o abandono del enfermo. Algunas más presentan indiferencia e inclusive una verdadera hostilidad frente a sus enfermos, lo que dificulta su readaptación. Además provocan en el seno familiar tensiones y estados de angustia, ante la -- incertidumbre del futuro de su pariente. Muchas familias llegan inclusive a considerar que el enfermo internado está definitivamente separado de la sociedad, y que es un hombre muerto. Otra-

causa de rechazo es la pobreza; muchas veces dentro del medio familiar se cuentan con escasos recursos económicos, suficientes apenas para subsistir en muy precarias condiciones, esta situación da lugar a que el enfermo sea abandonado a su suerte, en instituciones gubernamentales, rehuendo y tratando de descargarse su responsabilidad en otras personas.

Aparecen con respecto al paciente, mecanismos de segregación del seno del grupo, como un deseo de eliminar la enfermedad grupal, o con la fantasía de que con él desaparecerá la ansiedad. Este proceso actúa como reforzador de la enfermedad, ya que la inseguridad del paciente se ve incrementada por su percepción de que algo pasa, sin que ese algo le sea esclarecido.

Se observa con frecuencia que el paciente se encuentra clínicamente recuperado, pero socialmente imposibilitado para salir de la radical objetivación que supone el status de alienado con la frecuente falta de posibilidades de reencontrar un lugar en la estructura social, como resultado de una actitud de rechazo por parte de la sociedad expresada concreta y directamente a través del grupo social inmediato del paciente, transformando en estériles todos los esfuerzos tendientes a lograr que el internado se encuentre en condiciones de ser dado de alta.

Muchas familias desean mantener en casa al paciente mental, siempre que sientan que el personal profesionalmente capacitado

está dispuesto a prestarles ayuda y comprensión. Por lo común, las familias buscan ayuda psiquiátrica en una etapa relativamente avanzada de la enfermedad, cuando ya se ha hecho crónica, -- por lo que su familiar está destinado a pasar largas temporadas encerrado en un hospital para enfermos mentales, en donde las visitas se tornan difíciles, cuando no, imposibles por diversas causas.

Los padres que han segregado a algún miembro de la familia en un hospital mental, recurren a menudo a los trabajadores sociales y a los médicos para que los tranquilicen y alivien de su sentimiento de culpa, en caso de que lo tengan; ya que generalmente la familia tiene una importante responsabilidad que -- afrontar, es decir, que su comportamiento y actitud pueden haber contribuido a la enfermedad del miembro dañado.

Es importante señalar, que son innumerables los casos patológicos que desde el punto de vista somático, intelectual, emocional o social, traen como consecuencia la desorganización familiar, Situación que no puede pasar inadvertida, ya que al tratar de mejorar las condiciones de vida de los individuos, redundaría en beneficio de la colectividad.

Un ejemplo claro de lo antes dicho es el padecimiento psicoorgánico, la epilepsia, que con frecuencia es considerada por el paciente y sus familiares como una especie de desgracia vergonzosa por lo que podrán sentirse ansiosos. Estos últimos pue-

den tener cierto sentido de culpabilidad y generalmente, aunque éste es inconciente, cierto grado de cólera con respecto al paciente. En los casos no tratados y en aquellos que han recibido un tratamiento químico, en los cuales estas distintas emociones no han sido exteriorizadas y por lo tanto no han sido tratadas; las normas de interacción que probablemente se establecerán -- entre el paciente y sus familiares, y entre el paciente y las -- otras personas que le rodean, contribuirán en muchos desajus--- tes.

La ansiedad y la vergüenza del paciente por su enfermedad, -- se acentúa cuando se dá cuenta de las reacciones negativas de -- sus familiares, por lo que puede llegar a establecerse una profunda división entre pacientes y familiares, por lo que se hace la comunicación entre todos difícil e imposible.

Las emociones perturbadoras de la familia pueden establecer numerosas restricciones en la vida del paciente, las cuales son un obstáculo para su desarrollo social; como los mimos de los -- padres que tienden a estimular las necesidades de dependencia -- del paciente en forma indebida y a reducir su capacidad de iniciativa, de esta manera se verán estimulados los factores psic_ológicos que aumentan la probabilidad de las agresiones, que son una forma de rebelión contra las restricciones y contra el sentimiento apresivo del tedio. Estos factores falsos y perjudiciales, pero de gran fuerza emocional, son los que han permitido y

fomentado la actitud irracional, y obstaculizado para que se adquiera un adecuado punto de mira social frente al verdadero sig nificado de lo que es la enfermedad mental.

Cabe mencionar, que en la psicosis los individuos tienen relaciones distorsionadas con su familia e incluso una imágen distorsionada de su propia individualidad. En el caso de que se --trate al paciente sin tratar a los demás, se considera que sólo se toca una parte de la enfermedad dejando mucho sin tocar.

En suma, la presencia de un enfermo mental en el grupo fami- liar siempre tendrá repercusión en el mismo grupo, las cuales --varían en gravedad de acuerdo al grado de salud mental, educa--ción e información que tengan sobre el padecimiento de su fami- liar.

2.2 EXTRAFAMILIARES

" Las relaciones humanas se inician en el hogar prolongan--dose en la práctica de nuestras actividades sociales como son --consecuentemente la escuela, la convivencia con niños de la co--munidad, posteriormente el trabajo, el casamiento, etc. "17

En nuestra cultura occidental, la última parte de la niñez, o sea el período de los 6 ó 7 años a los 12, es el lapso en el cual el niño establece contacto social con personas fuera de la familia. Para la mayoría de los niños éste es el período cuando poco a poco se alejan de los padres como la fuente principal de

seguridad emocional y dependen más de nuevas relaciones interpersonales.

" Ciertas investigaciones de la psicología y de la Psiquiatría Social, efectuadas en éstos últimos tiempos, han puesto de relieve como un incontable número de factores ambientales y situacionales, sobre todo desde el nacimiento hasta las primeras etapas de la juventud, pueden influir en que el hombre no sea capaz de alcanzar a lo largo de su vida una buena estructuración en el establecimiento de sus relaciones con los demás, o sea, de conseguir unas normales relaciones interpersonales ".¹⁸

Abocandonos especialmente a los padecimientos psicóticos se observa que se tiene un grado variable de desorganización, rompiéndose por lo tanto la relación con la realidad. Como resultado, su capacidad para tener relaciones adecuadas con otras personas se destruye o se altera en forma temporal, y a veces en forma definitiva. Dependiendo de el tipo de psicosis de que se trate y de la mayor o menor afectación de cada uno de ellos. -- Por ejemplo en el hombre esquizofrénico, bajo las vivencias di-

¹⁷ Alvarez Antonio. Las Relaciones Humanas, Edit, Humanitas, --

¹⁸ Buenos Aires, 1975.

Cabaleiro Goas Manuel. Temas Psiquiátricos, Madrid, 1966, -
 Editorial Paz Montalvo, Pág. 1191.

versas de influencias, de las percepciones delirantes, de la -- sonorización " y del robo " de su pensamiento, etc., se ve ante un mundo completamente "nuevo". Bajo estas vivencias morbosas - el mundo externo, se le muestra lleno de simbolismos mágicos, - de significaciones que se le "imponen" y que tienen para él - - siempre un sentido autoreferencial.

En los estados finales esquizofrénicos podemos ver muy bien como cada hombre al inactivarse el proceso, "configura" su modo de existencia, de acuerdo con sus posibilidades, con lo que ha quedado después de la batalla entre el proceso y la personali-- dad. El tipo catatónico cuando se encuentra en estado de estu-- por, sus relaciones interpersonales se muestran nulas, más ésta situación no es permanente en estos sujetos, sino transitoria y pasajera, rompiéndose a veces de un modo brusco e inesperado, - para dar paso a una impulsión que con frecuencia se torna agre-- siva. Cuando estos individuos no se hallan sumidos en estado -- estuporoso, existe una tendencia relativa a establecer ciertas, relaciones interpersonales.

De todas las formas clínicas de la esquizofrénica, son los- hebefrénicos, en estado profundos de deteriorización, los que - muestran una más pagada tendencia al establecimiento de ésta -- clase de relaciones, precisamente por estar en dichas formas, - muy nuclearmente alterada la afectividad.

Las relaciones interpersonales que muestran una personalidad conservada por la especial forma clínica de psicosis son -- los esquizofrénicos paranoides. Aún en pleno " brote " activo - las relaciones interpersonales se revelan de un modo - siempre dentro de su mundo- más proximo, hasta cierto punto a la de los hombres normales. Soliendo estos hombres discutir los problemas que presiden el tema de sus delirios y alucinaciones.

Las relaciones interpersonales en el estado paranoide, se - inician a partir de una idea sobrevalorada que va hipertrofiando a impulsos de varios factores que convergen. Estos hombres - son capaces de establecer una relaciones "normales", al ir desarrollandose cada vez más su delirio o deterioro van abarcando - dentro de el a muchas personas con las cuales sus relaciones en un principio eran correctas y normales. La tendencia de ellos - especialmente dentro de su delirio, es la de establecer unas -- relaciones de caracteres conflictivos que pueden culminar en -- actos de agresión contra aquellas personas que consideran hostiles, creyendo se opone a sus objetivos delirantes.

2,2.1 ESCUELA Y CAPACITACION

La escuela es una unidad social más amplia que la casa, pero es mucho menos compleja y en gran medida menos decisiva en - cuanto a la organización de la personalidad. Sin embargo constituye un factor de importancia en la extensión de la red de las-

relaciones interpersonales.

Durante los primeros años de vida escolar los maestros pueden ser por lo común, una fuente de importante seguridad emocional, si es gratificante esta nueva relación con un extraño en posición de autoridad habrá poca o ninguna objeción a los límites que deben establecerse respecto a la conducta. Dándose También identificación con los factores de juego que aquietan, modifican o intensifican las pautas que se establecieron en la familia, no obstante si no se logran adquirir las pautas comunes, y por lo tanto no se mantiene el nivel de sus semejantes en la escuela y el del juego se instala en el individuo un sentimiento de inseguridad e inferioridad, provocando trastornos de conducta causando problemática en el desenvolvimiento escolar como: deserción escolar, cursos reprobatorios, conductas hostiles, etc. O cuando los niños heredan o contraen capacidades o potencialidades anormales no son capaces de desarrollar su capacidad intelectual, sintiéndose inferiores ante los demás puesto que no es aceptado en las escuelas, teniendo posteriormente un desajuste mayor ante este rechazo. Cuando la familia se interesa el niño es canalizado a escuelas para su atención.

La familia debe de participar activamente en ésta problemática no pasando estas situaciones a segundo plano y llegar así a mayores, debiendo estar suficientemente orientada por personal capacitado de alguna institución adecuada y poder así sobre

llevar el caso y no dejar que el problema avance.

En el caso de que exista ignorancia o irresponsabilidad en la familia, estos dejan que el niño se desenvuelva sin ningún control, no prestándole facilidades para desarrollarse de acuerdo a sus posibilidades y limitaciones, lo que implica un asunto serio para la familia y la sociedad, volviéndose el sujeto presa fácil para personas de bajos escrúpulos que los orillan a -- cometer actos delictivos, pillaje, drogadicción, alcoholismo, -- etc., o en su defecto son personas que pueden ser peligrosas -- para la comunidad.

Ante esto, las gentes capacitadas en las áreas profesionales respectivas como la Trabajadora Social, están obligadas a -- cuidar de estos aspectos dentro de las escuelas y poner sobre -- aviso a los padres de familia para que se concienticen en la -- problemática. Proporcionando en este caso la Trabajadora Social educación en higiene mental y tópicos de interés para el alumna -- do.

Los individuos que padecen una enfermedad pueden controlarla por medio de fármacos, como la epilepsia, siguiendo un tratamiento continuo sin que este afecte sus facultades intelectuales, permitiéndole continuar su vida normalmente, aunque vengan esporádicamente periodos de crisis, restableciéndose con apoyo de su familia, aceptación y comprensión de la misma.

2.2.2 TRABAJO

"La vida física no será posible sin una actividad que le -- permita arbitrarse los recursos indispensables para su sostenimiento".¹⁹

Cuando una persona se encuentra impedida física o mentalmente la sociedad le pone trabas para desempeñar un trabajo. En -- otro caso existen síndromes cerebrales debidos a sustancias -- tóxicas, a las cuales los individuos pueden estar expuestos a -- consecuencia de su ocupación (plomo en especial), por lo que se ven imposibilitados a seguir laborando.

Uno de los principales problemas a los cuales se enfrenta -- el enfermo mental, una vez que ha terminado su tratamiento dentro del hospital, es el de buscar reacomodo en sus actividades -- laborales, siendo rechazados por la sociedad, por lo que casi -- es imposible conseguirles en empleo, gracias al cual puedan sostenerse y evitar ser una carga para la familia. Este es un aspecto que se debe de estudiar con detenimiento, porque al no -- contar con alguna actividad productiva., emocionalmente decaen, sintiendose deprimidos, inútiles y en la mayoría de los casos --

¹⁹ De Alba. Castillo. Ma. Consuelo, Análisis y evaluación de -- los aspectos más importantes de la familia del enfermo mental, T 302, 1976, ENTS.

recaen y algunos llegan hasta el suicidio.

Ante esto, se deben conjugar esfuerzos tanto de las autoridades respectivas como parte del público, para pugnar por la -- creación de centros de trabajo o la participación en industrias en que no exista peligro. En donde estas personas se sientan -- útiles y productivas, tomando muy en cuenta sus limitantes físicas y/o mentales, a sabiendas que esto es parte del proceso de rehabilitación.

Al paciente no se le debe de segregar, se debe de ayudar a desarrollarse por medio de terapias de trabajo o capacitación, -- que él pueda desempeñar posteriormente, para mejorar su aspecto psicológico, sin dejarlos marginados en un hospital psiquiátrico en el cual no tendran proyección.

2.2.3 COMUNIDAD

Es un conjunto de personas que persiguen un mismo fin. (Las actitudes del individuo son en gran parte el reflejo de) las actitudes del individuo son en gran parte el reflejo de las actitudes de otros miembros de la familia y otras figuras significativas. Estas actitudes, puntos de vista y valores en que vivimos son un legado de generación en generación con modificaciones normalmente pequeñas y ocasionalmente grandes. Una parte importante de esa herencia social, es el conjunto de actitudes -- para con la salud mental. A pesar de los avances que se han --

dado, todavía se tienen en la sociedad ciertos tábués y prejui-
cios que se deben a mala información y creencias ancestrales --
desde épocas remotas, que impiden que la sociedad tenga un cono-
cimiento real de estos aspectos de la enfermedad. Conforme avan-
za la sociedad la problemática se agudiza. Ante esto, se deben-
de extender más los servicios y programas de higiene mental e -
información que la comunidad requiera según sus características,
para que los individuos tomen conciencia de sus deficiencias y -
se controle más la enfermedad mental. Debiendose extender los -
servicios de salud mental a escuelas, centros laborales, cen---
tros recreativos, etc. Mejorando así la educación de la comuni-
dad.

2.2.3.1 RELACIONES AFECTIVAS

La afectividad penetra y colorea toda la vida psíquica. Es-
decir que las relaciones humanas son la fuente de afectos tan -
poderosos como el dolor, placer, amor, odio, soledad, tristeza,
culpa, celos, envidia, seguridad y felicidad, el despertar de -
alguno de estos afectos es tan incontrolable que el individuo -
no puede reprimirlos, ni aceptarlos sin angustia o trastorno --
emocional.

De todas las relaciones afectivas con frecuencia la más de-
terminante para la salud futura es la que se establece con la -
madre. Todo extremo en la educación, es peligroso provocando en

el niño conductas anómalas como resentimientos, autodefensas -- frente a los demás, estados de timidez, etc. Provocando una -- anormal personalidad tendiente al egoísmo.

Toda la etapa infantil de estructuración de la personalidad es trascendental, ya que en ella la afectividad del niño, al -- hallarse en pleno despliegue y dada su gran plasticidad e inestabilidad es fácilmente moldeable por todo lo que en esta etapa vital suceda favorable o desfavorable, para su buena integra--- ción. Pero precisamente por esto tal aspecto es fundamental; -- toda vez que la buena o mala capacidad de cada hombre para esta blecer sus relaciones interpersonales normales o anormales de-- pende, de un modo primordial, del grado de evolución que la -- afectividad háya alcanzado en él. Razón por la cual una afecti- vidad anómalamente estructurada llevará indiscotiblemente a un- establecimiento anómalo de las relaciones interpersonales, mos- trando una agresividad en estos mal controlada, no siendo raros los actos delictivos que se dan con una frecuencia cuatro o -- cinco veces mayor que el niño educado en un ambiente familiar -- normal. Todo esto, e innumerables factores más, pueden conducir a una deformación de la personalidad en esta crítica etapa de -- su evolución especialmente en el plano afectivo, ya que en la -- adolescencia no se ha conseguido aún una suficiente maduración- de la personalidad. Dicha deformación le conducirá a adoptar -- una postura ante la vida, en general de recelo, inseguridad, --

que le obligará a vivir con una tendencia permanente a la auto-defensa a replegarse dentro de sí y a sentirse con escaso valor para afrontar sus problemas vitales. Todo esto puede llevarle, -- bien a adoptar una actitud totalmente personalista, de falsa -- independencia - pero que en el fondo le angustia -, intentando -- prescindir de toda ayuda ajena por falta de confianza en los -- "otros"; o bien a tomar una postura de apoyo o de protección -- en los demás con una excesiva entrega a la decisión ajena por -- falta de seguridad en sí mismo, por un sentimiento de incapaci- -- dad y de inferioridad constante para enfrentarse con su vida; -- ligándose de este modo a alguien que le proteja y a quien se -- entregará afectivamente en busca de una ayuda protectora que -- necesita apremiantemente para desenvolverse en las distintas -- situaciones que la vida le va creando, toda vez que él, por sí- -- solo, no es capaz de hacerlo. Incapacitándole esto de poder es- -- tablecer verdaderas relaciones con otras personas diferentes de -- aquel a quien está ligado. Esta forzosa ligazón afectiva con -- quien siente seguridad -siempre de tipo maternal o paternal- si -- llega a fallar por cualquier motivo y a quedarse sin esa prote- -- cción, a de constituir para él, una completa trágica. No con- -- tando con la capacidad necesaria para establecer una nueva rela- -- ción semejante con "otro", aunque su actividad vital les impul- -- se a ello. La polarización afectiva frustrada como únicas rela- -- ciones interpersonales obligada constituye, una esterilización

definitiva para el establecimiento de nuevas relaciones interpersonales verdaderas.

2.2.3.2 RELACIONES INTERPERSONALES

Como se dijo anteriormente las bases se dan de las primeras relaciones interpersonales repetitivas y de la tensión que causan dentro de la familia, surgiendo algunos de los más precoces y dinámicos mecanismos de stress.

Si durante la infancia y niñez, las relaciones se vuelven insatisfactorias o prácticamente inexistentes, los trastornos de conducta, con certeza van a resultar de la privación y pueden obstaculizar y aún baldar al individuo por el resto de su vida. El sentimiento de inseguridad respecto a los demás se manifiesta de muchas maneras, tres de estas son: el deseo insaciable de afecto, incapacidad para aceptar afecto y la falta de consideración por las personalidades de los demás.

2.2.3.3 RELACIONES SEXUALES

Una enfermedad mental puede ser precipitada por factores que se relacionan con la función sexual, como por ejemplo la angustia respecto a la maternidad, embarazo o aborto. El hecho de convertirse en progenitor a menudo reaviva los conflictos de la dependencia o las competencias que el individuo tuvo con sus hermanos al principio de la niñez, lo cual despierta senti-

mientos de angustia, rabia y agresión. Si la persona nunca alcanzó un nivel maduro y heterosexual, sino que permaneció con un interés sexual inconsciente básico en personas del mismo sexo, será incapaz de establecer una camaradería armoniosa y perdurable con alguien del sexo opuesto. Habitualmente no habrá interferencia fisiológica en el ejercicio de las funciones sexuales naturales de su sexo (sea hombre o mujer), pero la tendencia emocional, la disposición de la expresión sexual, se dirigen hacia alguien del mismo sexo. Puede intentarse encarar este conflicto entre impulsos determinados emocionalmente e impulsos determinados biológicamente, por medio de proyección u otros mecanismos psicopatológicos que dan como resultado un trastorno mental.

Cuando el trastorno mental está dado, casi en todas las enfermedades se altera la relación; ya sea que no se practiquen, o sean esporádicas. En el paranoico un porcentaje normalmente alto, no se casa y muchos otros se divorcian. Esto se debe no solo a una orientación homosexual básica, sino también al hecho de que su hostilidad y su ira crónica los vuelve indeseables como cónyuges. En los esquizofrénicos, los cuales se vuelven apáticos a los afectos y pasiones, por lo que no pueden llevar a cabo actividades sexuales de manera afectiva. Por el contrario en la psicosis alcohólica, el alcohol aumenta el impulso sexual, reduciendo el potencial para eyacular y tener orgasmo.-

Estos ejemplos de una o de otra manera conducen a observar que las relaciones sexuales son afectadas, no logrando por lo tanto una unión persistente y llevadera.

Ante estas situaciones la sociedad en general y principalmente las autoridades respectivas, se tienen que preocupar de hacer campañas educativas para que la sociedad tome conciencia de lo riesgoso que es no estar informado. Es de suma importancia que se impartan orientaciones acerca de la higiene mental prematrimonial, en donde se tomen las siguientes precauciones.

- Adecuada valoración del estado físico de los conyuges, informando en el certificado honestamente si han padecido alguna enfermedad mental, con el fin de conocer la salud de la pareja.
- Valoración psicológica y psiquiátrica de ambos novios, independiente y luego conjunta.
- Estudio genético con la formación del árbol genealógico, cerrando de tres generaciones, conociendo si es posible patología heredable a este respecto deben recibir consejo genético.
- Valoración de las tendencias afectivas y planeación de la futura familia en todos los sentidos especialmente la procreación.
- Valoración socio-económica cuidadosa.

La planificación familiar se tomará muy en cuenta debido a que es hasta cierto grado peligroso (dependiendo de la alteración y el grado de afectación) el que se procreen hijos de personas afectadas psicoticamente, pudiendo heredar sus hijos tal problemática. Además una persona afectada seriamente no esta capacitada para cuidar de un bebé. Finalmente se dirá que si estas personas no pueden mantener buenas relaciones interpersonales. Tampoco podrán llevar una vida armoniosa con su pareja e hijos.

SINTESIS CAPITULAR

En general, la actitud de la sociedad ante el enfermo mental se reduce a una notable discriminación, pues son objeto de burlas, aislamiento, etc., sin prestar la oportunidad de participar en la vida productiva, tomando en cuenta sus limitantes y dependiendo de el grado de deterioro, limitándose por lo tanto su ambiente, sus posibilidades de desarrollarse y lo más importante es que no llega a cubrir totalmente su proceso de rehabilitación por situaciones diversas como son la sociedad, la familia y el mismo hospital que no colaboran de manera integral -- para que esto se logre.

La familia interviene más directamente en el paciente y en ocasiones contribuye más a la enfermedad, dependiendo de la actitud que tomen ante este y de la personalidad de los miembros-

que la componen. Una vez presentada la enfermedad, los familiares reaccionan de diversas formas ante el individuo afectado; en forma de sobreprotección, rechazo, indiferencia, todo esto, según las características de cada familia.

Es importante como Trabajador Social fomentar ante la comunidad programas acordes a la situación de la misma y necesidades de esta, sobre tópicos relacionados como: Higiene mental, - higiene prematrimonial, sexualidad, planificación familiar, etc. Que ayude a la comunidad a tener más visión y conozca la problemática más a fondo y la ataque desde sus inicios.

CAPITULO 3

3 INVESTIGACION DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REHABILITACION POST-HOSPITALARIA DEL PA -- CIENTE PSICOTICO, DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO - " PRAY BERNARDINO ALVAREZ "

3.1 Planteamiento del problema

3.2 Objetivos

3.3 Hipotesis

3.4 Metodología

3.4.1 Presentacion de la informacion

3.4.2 Analisis e interpretacion de la infor macion

3.4.3 Informe final

Sintesis Capitular

3 INVESTIGACION DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REHABILITACION POST-HOSPITALARIA DEL PACIENTE PSICOTICO, DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO " FRAY BERNARDINO ALVAREZ " .

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Psicosis es una enfermedad mental de las más graves; ya, que las funciones cerebrales estan perturbadas en sumo grado. - Psicosis quiere decir dilución de la mente, psique mente, sin delusión.

"La Psicosis se suele dividir en dos grupos principales el, funcional no tiene base física observable. Se les considera usualmente como normas mentales adquiridas o que sale de nosotros, mismos, nacemos con ellas y son las más frecuentes. Y en el organico puede demostrarse que un factor causal significativo es, una condición corporal patológica. El sistema nervioso central, es la parte del organismo que más suele afectarse existiendo un factor o agente externo que lo provoca por ejem se puede ver -- que los sujetos que sufren traumatismos craneoencefálicos y -- los sujetos con intoxicación de marihuana." 20

La Psicosis es una enfermedad que toma cada dia mayor importancia, dados los alcances que esta tomando en las grandes ciudades. Ante esta situación la sociedad y principalmente la fami

20

Carrol. Helbert, Dinámica de la Higiene Mental, Continental, México, 1972.

lia juegan un papel primario en el desarrollo y rehabilitación, de la enfermedad. Por lo que es capítulo centra su interés prácticamente en los principales factores que contribuyen a la rehabilitación o cronificación de la enfermedad mental, como son: - aspectos familiares, sociales, afectivos, económicos, etc. Así, como la participación que el área de Trabajo Social tiene para, mejorar las condiciones del sujeto.

Al tener los resultados se explicarán y analizará dicha información. Orientando mejor a la familia acerca de los pros y - contras a los que se enfrenta el enfermo y de esta manera se -- eliminan los factores negativos

3.2 OBJETIVOS

Objetivo General.

- Conocer los principales factores que contribuyen a la rehabilitación o cronificación de la enfermedad mental, por parte de el Trabajador Social a través del seguimiento del caso una - vez egresado el paciente del hospital.

Objetivos Específicos.

- Conocer las actitudes que presentan las familias ante el, enfermo mental.

- Conocer si el sujeto desempeña alguna actividad productiva como parte de su proceso de rehabilitación al egresar de la, institución.

- Verificar si existe labor del Trabajador Social y que --

tipo de labor realiza con el paciente extrahospitalariamente.

- Investigar como son las relaciones familiares y extrafamiliares fuera del hospital.

3.3 HIPOTESIS

- A menor afectividad en la familia, mayor afectación emocional en el enfermo.
- Al salir del hospital las condiciones de salud mejoran.
- Al enfermo mental se le margina laboralmente, por considerarlo incapacitado para establecerse en un trabajo.
- No existe una educación social en salud mental, por lo que no se le da un trato especial al enfermo psiquiátrico

3.4 METODOLOGIA

El procedimiento metodológico a seguir será tomar una muestra de pacientes psicóticos, del hospital psiquiátrico "Pray -- Bernardino Alvarez " de una población fluctuante día con día, -- eligiéndose una muestra representativa aleatoria del 10% de pacientes psicóticos, dados de alta en el primer semestre de 1983 es decir, 25 casos de cada mes, 150 casos en total.

La técnica empleada será un cuestionario estructurado, para lo cual será necesario realizar visitas domiciliarias para aplicar el instrumento que abarcará preguntas cerradas y abiertas, -- estará dividido en dos partes; la primera será contestada por la persona responsable del enfermo y la segunda parte por el --

paciente, con el fin de corroborar la confiabilidad de las respuestas y observar así el grado de afectación que tiene el sujeto.

En los casos en que el paciente haya recaído, se trata de indagar las causas para poder orientar adecuadamente a la familia y al mismo paciente, realzando la importancia de la continuidad del tratamiento, la comunicación, convivencia familiar y extrafamiliar. Una vez obtenidos los datos se procederá a analizarlos para poder dar conclusiones y aportaciones.

A continuación se presentarán los resultados obtenidos en el cuestionario formulado para la investigación. Anexándose en, cada gráfica la pregunta respectiva para concretizar la información. Las gráficas se encuentran dentro de Anexo 1 en la pagina 246.

3.4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

El resultado de los datos obtenidos nos demuestran que generalmente la persona o familiar que se hace responsable del paciente en cuanto a sus consultas y tratamiento en un 36% es la madre, quien por el rol que juega dentro de la sociedad, es quien convive más con los hijos y por lo tanto se da cuenta del desarrollo de la personalidad de cada uno de los miembros que compone su familia. Al faltar la madre, los hermanos del paciente retoman esa responsabilidad ante la consanguinidad del parentesco 30%, o la esposa si esta casado 12%, en cuarto lugar algún pariente 22%, (Graf 1).

Es importante mencionar que existen factores que propician, la rehabilitación o cronificación del paciente, como es el nivel escolar de las personas que rodean al enfermo, los cuales - en esta muestra presentan un bajo nivel cultural, es decir, el, 33% no finalizó la primaria, un 27% resulto analfabeta, y este, mismo porcentaje terminó su primaria (Graf 2) . Debido a su incipiente educación no detectan a temprana hora el trastorno - que presenta su familiar, por lo que acuden al hospital psiquiátrico cuando se ha agravado la enfermedad, teniendo que hospitalizar a la persona (según sea el caso), dándole de alta en un - 49% en menos de un mes (Graf 3) para que continúe su tratamiento en su casa y acuda esporádicamente a consulta externa.- Esta medida se debe a la política actual de la psiquia -

tría que consiste en que el paciente sea reintegrado rápidamente a su hogar, para que ahí se hagan responsables de él; o bien a la gran demanda que existe en ésta especialidad, debido a que este tipo de hospitales se encuentran saturados por el número de hospitales que existe.

Cabe resaltar que gran porcentaje de pacientes 53% no continuó el tratamiento (Graf. 4), debido a que no desean ir a consulta, en algunos casos la leve mejoría obtenida no responde a lo esperado por el paciente y sus familiares 30%, porque reciben tratamiento en otro hospital 8%, por falta de recursos económicos para transportarse 5% o adquirir sus medicamentos 5% y, más problemático resulta para aquellas personas que vienen de provincia 3%. Ante la suspensión del tratamiento, el estado de salud del paciente va a seguir igual o empeora, aunque sepan -- que la indicación médica fué de por vida.

Otras causas que provocan la suspensión del tratamiento de fármacos (Graf. 6) es su doble efecto; por un lado provoca efectos colaterales como hinchazón, desviación de la boca, dependencia 3%. No hay que olvidar que solamente el 14% de la muestra -- tomada ha mejorado al salir del hospital (Graf. 5), lo que hace pensar detenidamente en los métodos de tratamiento usados, en su eficacia sobre el paciente, y en el rechazo físico de que -- son objeto por parte del enfermo; aunque esto por la importancia que tiene sería objeto de otra investigación.

Es importante mencionar que el sujeto al ser dado de alta --

se encuentra restablecido momentáneamente controlado por medio, de fármacos y al regresar a su medio ambiente -que en muchos ca sos es nocivo para su salud- no logra su recuperación.

Cabe mencionar que en su totalidad las personas entrevista- das desconocían el diagnóstico exacto 23%, dando en otros casos solo referencias que caracterizan a la enfermedad 39% (Graf 7) observandose en general desconocimiento y por lo tanto los efec- tos que puede traer la enfermedad, esto debido como consecuen- cia de la falta de orientación proporcionada por el hospital y, por falta de información de la familia por no darle la importan- cia que merece.

Al variar el comportamiento de el sujeto enfermo en forma - negativa 52% (conducta agresiva, inestabilidad en sus relacio- nes interpersonales, etc), tanto en perjuicio de él como en el de su familia, provoca en el núcleo familiar intranquilidad o - indiferencia, deseando que regrese al hospital. (Graf 8 y 9). - Los casos en que no quieren que regrese el enfermo al hospital, se debe a que han visto mejoría 27% o por el contrario ninguna, durante su estancia en el hospital 12% (Graf. 10).

Es importante mencionar que la familia se da cuenta del apo- yo que puede proporcionar por medio de sus atenciones y de su - ayuda para lograr la rehabilitación 33% (Graf 11). Al no po- ner nada de su parte el paciente, su familia pierde el interes, por ayudarlo 31% y se retrocede en el proceso. Un factor positi

vo para la recuperación del paciente, es que al egresar de la institución ocupe su tiempo en actividades productivas que le sirvan de terapia y de esta manera olvide tensiones y problemas integrándose de esta forma a su propia familia y a la sociedad. Los casos estudiados nos demuestran que a este tipo de personas se les margina etiquetándolos de incapaces, dificultándoseles la colocación en un empleo, por lo que a menudo se colocan en trabajos eventuales: carpintería, colocación de alfombras, etc. o bien, ayudan simplemente en las labores domésticas 7% (Graf 12). Esto no significa que suceda lo mismo con toda la población enferma.

Cuando las relaciones son difíciles de mantener en la familia 33%, no sienten una seguridad en sí mismos, repercutiendo en sus relaciones afectivas con personas del sexo contrario 60% Ocasionado por el estado de salud en que se encuentran (Graf 13 y 14).

Por otra parte se cree conveniente que el hospital entable, acuerdos con empresas, en donde los pacientes se desarrollen de acuerdo a su capacidad física y mental.

En relación a los resultados de la (Graf 15), se vislumbra una falta de interés por el tratamiento 51%, como consecuencia de múltiples factores como son: la falta de interés en el tratamiento 36% y en rehabilitarse 14% y en los casos en que ha contribuido la familia, sobresale la ayuda por medio de afect

tividad 38% y ayuda 11%. Los factores que influyen en ciertos casos a que se haga crónica la enfermedad se observa en los casos en que la familia no contribuye a que el enfermo conviva con los demás, no proporcionándole seguridad en sus decisiones, por lo que este se aísla perjudicándose biopsicosocialmente -- (Graf 17). En otros casos las relaciones interpersonales 37%, debido a que el enfermo al salir del hospital y convivir en su círculo social -en el caso de una psicosis tóxica- empieza nuevamente a inhalar o drogarse. Las personas que viven en provincia y que por falta de recursos para trasladarse no continúan su tratamiento 3%. O bien porque no les gusto el servicio de la institución y hacen el esfuerzo de llevar a su paciente a otra, institución 8%. En los casos en que se esta logrando rehabilitarse, la familia ha jugado un papel importante en ello a base, de consejos, apoyo, comprensión y ayuda 27%, sin olvidar las relaciones interpersonales que también contribuyen a este fin.- Como se ha visto el tratamiento utilizado, la familia y el ambiente son decisivos en la rehabilitación.

Por lo general la actitud de la familia cambia con la presentación de la enfermedad, desatendiendo las necesidades de su familiar 16%, o bien aportando afecto y ayuda (Graf 18) e incluso se da el caso en que no varía 44%.

La tercera parte de los entrevistados manifestaron que no se han rehabilitado totalmente, debido a que no han terminado -

su tratamiento 18%, lo han suspendido, porque han tenido recaídas 30% (Graf 19).

Por último la labor de la Trabajadora Social con el paciente extrahospitalario es nula, según datos recabados, siendo su labor trascendente con el sujeto y su familia, (Graf 20).

3.4.3 INFORME FINAL

La rehabilitación del paciente psiquiátrico es resultado de diversos factores: tanto familiares (la falta de comunicación y convivencia produce alteraciones emocionales, aceptándose de ésta manera la hipótesis No 1), ambientales o sociales y la atención médica, determinando que el sujeto se reincorpore a su medio sociofamiliar. Al reinsertarse a su medio debe de continuar con sus actividades anteriores o en cualquier actividad en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible o, por el contrario, a su fracaso en dicho intento.

La rehabilitación se inicia dentro del hospital y debe de ser continuada por el paciente bajo la supervisión de un familiar, que en muchos de los casos carece de un conocimiento amplio sobre la enfermedad. Por lo tanto la atención que le puedan prestar será deficiente, repercutiendo indudablemente en su estado de salud. Con esto se reafirma la segunda hipótesis que consiste en la inexistencia de una orientación mental a la sociedad.

Un porcentaje importante de pacientes abandonó el tratamiento a pesar de la indicación médica, por diversas causas, tales, como: el hecho de que producen efectos colaterales los medicamentos suministrados, la impaciencia de buenos resultados, el paciente en el hospital es dado de alta y al reincorporarse a su hogar la familia se encuentra alterada, continuando las ten-

siones en su medio o falta de recursos económicos para transportarse a la institución y continuar el tratamiento. Ante esta situación la familia responde con indiferencia o bien con deseos, de ayudarlo.

Al permanecer el paciente un período corto en el hospital se desconecta con su medio, por lo que al salir del mismo le es difícil incorporarse a sus actividades, continuando inactivo en ocasiones, repercutiendo en sus relaciones familiares y extrafamiliares, haciéndolas difíciles de mantener satisfactoriamente, reafirmandose la hipótesis tercera (específicamente hablando de la población estudiada).

Ahora bien, la participación que el Trabajador Social tendrá dentro de la obtención de la rehabilitación post-hospitalaria es importante, para lograr la totalidad del tratamiento integral, lo cual se termina con el seguimiento del caso, en donde se supervisa el tratamiento médico, comportamiento familiar, y social. Asimismo educando y orientando al paciente y su familia, para que lleven adecuadamente su vida y se inserten con sus limitaciones y capacidades a su medio ambiente. La hipótesis cuatro se rechaza, debido a que los factores mencionados no favorecen la rehabilitación del enfermo.

OBSERVACION :

Cabe aclarar que la muestra que se planteo en un principio, de 150 casos no se obtuvo, debido a que cuarenta direcciones to

madas de los archivos del departamento de Trabajo Social del ---
hospital "Fray Bernardino Alvarez", fueron falsas, o bién, ha---
bían cambiado de domicilio sin registrarlo en el hospital.

SINTESIS CAPITULAR

La rehabilitación se inicia dentro del hospital, sin que -- por esto se piense que siempre es necesario hospitalizar. La -- rehabilitación para que sea integral debe de ser continuada ex-- tremuralmente por medio de programas de supervisión del estado, de salud, actitud de las relaciones familiares y extrafamilia-- res, conducta sexual, etc., a fin de favorecer el desarrollo de las potencialidades del paciente en las áreas aducativa, voca-- cional, laboral, recreativa y ocupacional, las que implican di-- versas modalidades de resocialización del enfermo mental.

La filosofía de la atención del paciente psiquiátrico ha va-- riado poniendo mayor énfasis en el trabajo comunitario, en el -- primer nivel de prevención, detectando a tiempo los casos que , ameriten atención para no llegar a la hospitalización. Tratando se de aplicar en la mayoría, debido a que diversos análisis so-- ciales han demostrado que con demasiada frecuencia el hospital-- psiquiátrico presenta una estructura social que favorece entre-- los pacientes hospitalizados un síndrome caracterizado por apa-- tía, aislamiento, resignación, conformismo y pérdida de la indi-- vidualidad. Los factores que propician estas situaciones son la pérdida de contacto con el mundo externo, la inactividad, el -- personal autoritario e incapacitado, el exceso de psicofármacos y la ausencia de perspectivas futuras; en este ambiente las po-- sibilidades de rehabilitación y mejoramiento disminuyen conside

rablemente. Por lo tanto la tendencia actual determina que se deben de aplicar altas rápidas y control de pacientes como externos. Haciendo hincapié en que es necesario concientizar a la familia para que coopere y no relegue completamente la responsabilidad a la institución que lo atendió.

Cabe mencionar que en nuestro país existe marginación para, los enfermos mentales; además de existir poco presupuesto para, financiar más hospitales que concentren a estos. Las instituciones de salud tan grandes como el I.M.S.S. apenas construyó en 1984 dos hospitales uno sección varones y otro sección mujeres, para dar servicio a sus derechohabientes. El ISSSTE por su parte subroga estos servicios a la Secretaría de Salud. Esta última es la que controla y conduce la política nacional en materia de atención y es la que da atención mental e internamiento en sus hospitales psiquiátricos infantil "Juan N Navarro", adultos "Fray Bernardino Alvarez" y las respectivas granjas y escuela. Siendo la que mayores sueldos raquíuticos proporciona a sus empleados, aunado con la mala calidad de los servicios por falta de personal. Situación que origina una deficiencia y concentración por no poder dar cabida a todos los usuarios que requieren de los servicios.

Por otra parte cuando el paciente abandona el hospital psiquiátrico es conveniente que pase por una etapa intermedia en forma de hospitalización parcial, sea esta de día, de noche o

fin de semana. Como ejemplo de este modelo, en México se construyó un hospital parcial dentro de el hospital "Fray Bernardino Alvarez", se inició en 1979 para disponer de un recurso más que permita la atención integral, rebasando el modelo tradicional en donde el paciente permanece bajo el sistema de hospitalización continua y/o consulta externa, en donde la psicofarmacología es el principal y en ocasiones el único recurso terapéutico. Planteando la necesidad de un trabajo en equipo que permite ofrecer a los pacientes una terapia sostenida, orientada a mantener y acrecentar los avances logrados durante su internamiento, buscando la reincorporación paulatina del paciente a la vida comunitaria. El trabajo con la familia adquiere especial importancia, con el fin de que estos comprendan la problemática del enfermo, modifiquen conductas si es necesario y los integren al grupo familiar en forma adecuada.

Este servicio se encuentra funcionando y presta atención a, 37 pacientes de los cuales 7 pacientes se les ha realizado un seguimiento de su caso en su domicilio, sin poder proporcionarse a los 37 pacientes, debido a la falta de personal de trabajo social y los viáticos que se necesitan para los traslados a domicilio. La atención de este servicio se proporciona sólo a pacientes esquizofrénicos por ser los más frecuentes en el hospital. Las actividades que desarrollan estos son: Participación dentro de talleres como carintería, bordados, tejidos, alfabe-

tización; sesiones de poesía coral, dinámicas de grupo, lecturas, deportes, psicoterapia de grupo e individual; supervisión, en la toma de medicamentos y alimentos; musicoterapia, orientación familiar, evaluando semanalmente la participación en los talleres de terapia ocupacional, realizándose terapias familiares cuando el caso amerita. Estas actividades son elaboradas y ejecutadas por el equipo interdisciplinario: Médico, Psicólogo, Enfermera, Terapeuta Ocupacional y Trabajadora Social. Como se puede apreciar este servicio no cubre la demanda de la población que lo requiere, haciéndose necesario que funcionen otras, instituciones de este tipo a nivel nacional y poder cubrir así, todos los sectores del País. El hospital de día es una alternativa eficaz para la atención post-hospitalaria o para evitar el reinternamiento, permitiendo al paciente obtener los beneficios del constante cuidado psiquiátrico y a la vez mantener las relaciones familiares y sociales.

Es de suma importancia que se instruya a la familia sobre el diagnóstico de la enfermedad y sea más fácil la ayuda de tipo profesional del hospital. El hecho de que la mayoría de los pacientes regrese al ambiente en el cual se manifestó su enfermedad por primera vez sigue siendo un problema por resolver. Diferentes estudios realizados por Ackerman Nathan, han demostrado que la probabilidad de recaída esta íntimamente ligada con el comportamiento de su familia.

CAPITULO 4

4 TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

4.1 Metodología de Trabajo Social

4.2 Funciones del equipo multidisciplinario psiquiátrico

Sintesis Capitular

C A P I T U L O 44 TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

Aspectos Generales de Trabajo Social.

El establecimiento y desarrollo del Trabajo Social en el área médica, durante los últimos cincuenta años, ha surgido — debido al reconocimiento por parte de los médicos del significado de los aspectos sociales y emocionales sobre la salud y, enfermedad. Ya no se considera satisfactorio tratar a un paciente solo en relación a su dolencia específica, o sea, un mal físico sino que se combina el tratamiento de la enfermedad orgánica y mental, como la personalidad y los factores familiares y sociales, desfavorables que afectan la eficiencia, de la atención médica y contribuyen a aumentar el grado y la, duración de la incapacidad.

"Desde 1930 en E.E.U.U. los Trabajadores Sociales comenzaron a actuar en programas de salud para grandes sectores de la, población con otros profesionales afines, así, adquirieron un conjunto de conceptos importantes entre los que se mencionan la prioridad para acciones preventivas —considerandose la acción en dos sentidos, uno tomando medidas necesarias para que no surjan nuevos brotes en la población sana y otro en relación a los afectados para que no recaigan en su mal— la responsabilidad de, buscar a los pacientes, el reconocimiento de los factores biopsicosociales a contemplar en la enfermedad, la calidad de los —

servicios para lograr y mantener la salud, el derecho de los individuos a una adecuada atención médica y finalmente la rehabilitación con el objeto de reintegrar al individuo a su familia, y al trabajo en forma funcional y productiva".

4.1 METODOLOGIA DE TRABAJO SOCIAL

Desde principios del Siglo XX surgió en el campo de la psiquiatría un marcado interés por basar el diagnóstico y la clasificación de las enfermedades mentales en el estudio de la personalidad del individuo y en la consideración de su medio ambiente. Dentro del campo de Trabajo Social y por la misma época, se empezó a reconocer que la mayor parte de los pacientes no podían obtener o mantener un trabajo, sostener relaciones estables y constructivas o a adaptarse a determinadas normas de vida, es decir, tenían que atender a individuos que mostraban conductas desajustadas que por lo general obedecían a causas psicológicas. Requiriéndose ante esto el Caso Social del cual Mary Richmond fué la precursora norteamericana que en 1917 publicó, su obra "Diagnóstico Social", en donde reconoce la interrelación entre el hombre y su medio. Haciendo un esquema de análisis del estudio de la personalidad, mecanismos de adaptación y, condiciones sociales.

" Según Hamilton, El Trabajo Social de Casos se dedica al -

²¹Carrol, Helbert Dinámica de la higiene, Continental, México .

descubrimiento de recursos en el ambiente inmediato y a la búsqueda de aquellas capacidades individuales que puedan ofrecer una vida confortable y llena de satisfacción, desde los puntos, de vista económicos y personal. Es el único método que, en realidad permite conocer mejor a las personas, y es la única o mejor forma de lograr mayor éxito al aplicar un tratamiento social correctivo basado en el conocimiento psicosocial del individuo y las posibilidades de su ambiente ".²²

Los pasos que se siguen en este método le otorgan su carácter metodológico y científico. " Hamilton menciona que los pasos a seguir son estudio, diagnóstico y tratamiento ", a lo que C. Castellanos en su libro Manual de Trabajo Social refiere a la Investigación diagnóstico, pronóstico, plan, tratamiento y valoración.

1.- Como primera etapa el Trabajador Social deberá conocer la problemática a tratar investigando en forma directa e indirecta, la primera se realiza a través de la entrevista de admisión a el paciente con el fin de integrar el estudio psicosocial, y la observación de sus actitudes, obteniéndose para su análisis material de índole objetivo y subjetivo. El material objetivo está representado por las respuestas conscientes a preguntas concretas, y el material subje-

²²-----
Hamilton Gordon, Teoría y Practica del Trabajo Social de Casos, La Prensa Médica Mexicana, México, 1960.

tivo, por las reacciones inconscientes que el Trabajador Social capta en el sujeto investigado.

La fuente indirecta comprende las entrevistas colaterales - del caso: familiares, médicos, maestros, etc. En suma como, resultado de la investigación, o proceso de él estudio psicossocial, se obtendrá el desarrollo psicobiológico, vida escolar, laboral, sexual, dinámica familiar, antecedentes relativos a la enfermedad y actitud del paciente y su familia necesario lo anterior para elaborar el diagnóstico social, - plan y tratamiento.

Cuando se trata de problemas de desequilibrio emocional, se debe tener información exacta de los principales acontecimientos, así como de las personas que más influencias ejercieron en la vida del enfermo. Un punto central de investigación lo constituye siempre el núcleo familiar, puesto que muchos de los factores causales suelen encontrarse ahí, por lo que es conveniente entrevistarlos por separado para apreciar sus respectivas posiciones en la situación.

Cabe mencionar que una de las principales características - de la entrevista profesional es el interrogatorio, el cual, debe ajustarse a las necesidades específicas del problema y a la personalidad del paciente. Siendo la finalidad principal de la entrevista profesional la obtención de datos que, permitan un diagnóstico correcto, que a su vez sea la base,

del tratamiento psicosocial.

Las manifestaciones psicológicas o datos subjetivos recogidos en la etapa de la investigación deben recibir una correcta interpretación, como único medio de formular el verdadero diagnóstico psicosocial ó análisis científico.

- 2.- Desde el punto de vista del Trabajador Social, el diagnóstico interpretativo puede definirse, como la interpretación de la situación presentada por el paciente y su familia. -- Dándole a él diagnóstico un carácter dinámico, porque su parte medular está representada por el individuo y su conducta, siempre en constante evolución y movimiento. Por esta razón, ninguno o muy pocos diagnósticos sociales, son definitivos. Por lo que existen distintos tipos de diagnóstico; el inicial y los posteriores.

Diagnóstico inicial. Es el primer diagnóstico formulado, casi nunca es definitivo; por lo que se acepta el principio de la rectificación. Debe incluir problema principal, factores causales del mismo, efecto aparente de las causas en el comportamiento del paciente "personalidad", y factores positivos y negativos observados.

Diagnósticos Posteriores. Su principal objetivo es exponer, la interpretación de los nuevos problemas que van presentándose en el curso del trabajo de casos lo cual implicará, probablemente, cambio de planes y tratamiento. Es decir, --

que todo diagnóstico debe ser considerado como un proceso - paralelo al tratamiento y no solamente como un paso previo, del mismo.

El diagnóstico se inicia desde el momento en que el paciente es observado por primera vez por el Trabajador Social, y continúa a lo largo de todo su contacto con el mismo.

3.- Pronóstico. En Trabajo Social es el enunciado de las posibilidades de fracaso o de éxito según se prevé, sigue en orden a los diagnósticos y como éstos, es también dinámico.

El pronóstico favorable augura éxito en el desarrollo del plan o tratamiento del caso, lo cual no significa que no pueda transformarse en desfavorable en un determinado momento, o viceversa. En general, el pronóstico deja ver la opinión del Trabajador Social, respecto a las posibilidades, más o menos ventajosas, que el caso pueda ofrecer.

4.- Plan. El plan es la exposición de principios ó actividades, recomendables con el objeto de resolver o atenuar el o los, problemas del paciente y su familia. Los factores a considerar en el plan por parte del Trabajador Social son los siguientes:

- 1) Integrar parte del equipo psiquiátrico que atenderá, a él paciente y a su familia.
- 2) Desarrollar investigaciones que permitan ir esclare-

ciendo la problemática familiar.

- 3) Orientación y/o derivación a otras instituciones los casos que así lo ameriten.
- 4) Formación y Trabajo con grupos de pacientes ó familiares (participación terapéutica), realizando el papel de agente socializador, lo que ayuda a los pacientes a vivir y participar con éxito en actividades de grupo. El grupo es fundamental en el tratamiento de éste tipo de enfermos, ya que la experiencia que obtiene en grupos moderados por el trabajador social, les brinda la necesaria sensación de que ellos son parte de un grupo de personas que lo aceptan y se les desarrolla el sentimiento de pertenencia.

En sí, el Trabajador Social, contribuye a mejorar las disposiciones sociales que vayan apareciendo en, los enfermos y centralizando la acción sobre sus partes sanas (la llamada "Salud residual" por Ackerman) de su personalidad.

- 5) Por lo tanto, es necesario que el Trabajador Social, tenga con el enfermo mental una actitud equilibrada, que le permita manejarse de manera tal que, sin perder la objetividad profesional, lo muestre lo más accesible, usando su personalidad como instrumento -

ápto para ayudar al paciente. Es decir, debe aceptar la conducta del enfermo mental de una manera no crítica, reconociendo que ésta es el síntoma de un problema.

Distintos tipos de planes. El plan tentativo tiene carácter exploratorio y experimental. Su duración es variable de horas o meses. Después de un diagnóstico inicial es muy recomendable el plan tentativo, a través del cual al aplicarlo, se entrará en un franco tratamiento inicial.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se podrá hablar de un plan que debe ser flexible y no definitivo, casi ningún plan tiene este carácter. El plan definitivo resulta más estable y duradero, sin que con ello signifiquemos que pueda o no interrumpirse en su transcurso, teniendo que recurrir de nuevo, a un plan tentativo que preceda a un cambio de tratamiento.

5.- Tratamiento. El tratamiento o terapéutica social (socioterapia), es la fase dinámica y activa que sigue a la elaboración, del plan, no puede olvidarse de la psicología ni de otras disciplinas colaterales cuyas orientaciones o actividades le son indispensables.

En todo tratamiento psicosocial, se observan dos fases bien definidas. La primera es "incidental", comenzando por lo general con el primer contacto del Trabajador Social, con el pacien

te y su familia al igual que el diagnóstico, y la segunda es -- deliberada, con propósito definido y planeado. Esta fase, dinámica por excelencia, sigue habitualmente el plan de trabajo.

En la primera fase, o incidental, el paciente recibe ya en, su primera entrevista cierta orientación, consejos, auxilio en, especial, etc., es decir que el tratamiento se inicia sin necesidad siquiera de haberse planeado.

En la segunda fase, la más científica, es necesario desarrollar el plan porque este obedece al verdadero diagnóstico interpretativo de la conducta del paciente y sus familiares, de sus, posibilidades y de las condiciones favorables o adversas que -- ofrece el medio ambiente.

El objetivo principal del tratamiento social es encauzar al paciente a fin de que logre el conveniente ajuste a su medio y, trate, por tanto, de vencer o atenuar el problema que le provoca una conducta conflictiva.

Entre otros objetivos de índole psicológica tenemos el de -- tratar de mantener y fortalecer los factores positivos que se -- observan en el paciente y desarrollar sus capacidades innatas -- con el fin de lograr una autodirección consciente.

Factores que deben incluirse en el tratamiento. En los tratamientos deben quedar incluidos la persona misma, o sea "el -- caso", y su medio ambiente compuesto, por sus relaciones colaterales, etc. debiendo considerarse, paciente y situaciones, como

un todo indivisible. Es imposible aislar con facilidad un problema de índole física de uno de índole emocional, ni desconectar a éstos del medio. El medio es un organismo unitario, estructurado con grandes e importantes diferencias individuales - que son las que determinan su personalidad.

La Personalidad se mueve dentro de un medio adverso o favorable que propicia oportunidades de éxito o fracaso.

Por lo tanto, se puede decir que el patrimonio hereditario, aporta la predisposición del ambiente, la condición, la vida y, la oportunidad, quedando así aclaradas las razones que tenemos, para afirmar que individuo y medio forman una unidad indivisible, la cual constituye el "caso", siempre diferente el uno del otro. De aquí por qué el Trabajador Social Psiquiátrico, no puede ocuparse solamente de un problema de índole emocional, como, el médico no puede tampoco atender, exclusivamente al aspecto físico del sujeto, haciendo caso omiso de sus emociones.

Tipos de tratamiento, se clasifican los tipos de tratamiento en dos: directo e indirecto.

El tratamiento directo adopta dos formas: en una de ellas - el cliente o paciente recibe ayuda en especie; en la otra recibe orientación.

En la primera el beneficio es recibido por el individuo en, forma objetiva y concreta, los servicios que se le prestan son, tales como: atención médica, oportunidades para asistir a cam--

pamentos, trabajo, albergue, auxilio legal, etc., los subsidios caen dentro de este tipo de servicio concreto de tratamiento. - Requiere el Trabajador Social emplear toda su pericia y habilidad en el diagnóstico de la situación, como único medio de poder determinar la verdadera naturaleza del problema.

En esta forma del tratamiento directo, el manejo o manipulación del medio ambiente se emplea solamente para proporcionar recursos o servicios concretos, esto no impide que con ellos se favorezca, en algunas ocasiones, un cambio deseable o un crecimiento psicoemocional de la personalidad del cliente.

La otra forma de tratamiento directo es la que se relaciona con la atención u orientación personal del caso; persigue una educación progresiva con el fin de obtener, siempre que sea posible, importantes y favorables cambios de opinión y actitud.

En la forma subjetiva del tratamiento directo se persigue la orientación psicosocial, la que se efectúa a través de influencias terapéuticas o presentadas muchas veces por la aclaración de actitudes confusas; por la interpretación de rasgos de la conducta; por la explicación de las causas de las mismas, etc., liberando así al cliente de determinadas y excesivas presiones internas que se reflejan en el medio externo.

En el tratamiento directo se utilizan, servicios objetivos, (cuando el auxilio es tangible, es especie), y subjetivos (cuando el auxilio es intangible). En la forma subjetiva el benefi-

cio se deriva de orientaciones y apreciaciones aunque aparentemente no se haga ostensible la ayuda, esta constituye, sin embargo, el tratamiento primordial, porque en la mayoría de los casos, sólo un cambio de opiniones y actitudes modifica la situación desfavorable, sentando las bases sólidas de un progreso real y definitivo.

Tratamiento indirecto, abarca la utilización y orientación, de fuentes colaterales, lo que implica mejorar o cambiar las actitudes de otros elementos ajenos al cliente, siendo éste, in directamente, el que recibe los beneficios.

Es poco frecuente, en Trabajo Social encontrar casos que reclamen un solo tipo de tratamiento.

Distintos tratamientos sociales; la terapéutica social individual es el tratamiento que puede utilizar servicios objetivos y subjetivos. Es muy recomendable para la orientación de la personalidad del paciente, es casos de desajuste emocional. Es el, tratamiento propio del método de "estudio de casos" dentro de la técnica del Trabajo Social.

La Terapéutica social de grupo, es un tratamiento colectivo que persigue el beneficio de un grupo, sin relegar totalmente al individuo. Se apoya en el método de grupos, de la técnica del Trabajo Social que propicia un proceso educativo que permite compartir mutuamente las experiencias de la vida.

Del cual nos limitaremos hablar, debido a que sería parte de otra investigación.

" Para interpretar y tratar estas situaciones se requiere no sólo de la colaboración del psiquiatra, sino del conocimiento de la psiquiatría adaptada al Trabajo Social. La cual, al igual que toda disciplina social, tiene como objetivo el bienestar del hombre, sin embargo los procesos sociales han ido determinando su quehacer, utilizándose en este momento el Método Dialéctico, debido a que éste proporciona una concepción realista, de la sociedad. El principal aporte de este método a las ciencias sociales consiste en considerar las fases indagatoria, demostrativa y expositiva como partes de una totalidad, íntimamente relacionadas, pero capaces de ser distinguidas una de otra. La práctica constituye la base de la acción que permite la comprobación y formulación de teorías mediante el planteamiento y solución de los problemas ".²³

Este método científico nos permite la captación de los procesos sociales en su totalidad y nos provee de los elementos necesarios para la transformación social, permitiendo el análisis cuantitativo y cualitativo para que los fenómenos sociales, sean captados en forma precisa y veraz en sus fases de manifestación dinámica. Este método es aplicable a la práctica del Tra

²³ Valero, Aida. Metodología de Trabajo Social, Revista de Trabajo Social No. 9-10 Enero de 1983. ENTS/UNAM.

bajo Social, ya que permite por un lado conocer la realidad en, su contexto y, por otro, constituye la posibilidad de extraer conocimientos para enriquecer la teoría y lograr la relación -- teórico-práctica tan necesaria para nuestra disciplina.

La aplicación específica de este método al Trabajo Social - si bien niega los métodos tradicionales así concebidos, a nivel operativo los rescata en un proceso dialéctico, donde en caso - social se torna en la unidad que - concatenada en el contexto - universal de los fenómenos sociales - permite el análisis de -- carácter general y particular que infiere la problemática so--- cial, la cual llevada a un proceso de investigación científica, procura atender y programar el bienestar social.

El trabajo social con grupos posibilita la práctica de los, elementos de investigación y acción; pudiéndose evaluar los - - resultados, debido a que la unidad grupo reúne todas las características operativas.

En cuanto a la organización y desarrollo de la comunidad, - más que como un método se constituye como un fin del quehacer - profesional, entendido éste como la transformación de las condi- ciones materiales de vida a través de la organización indepen-- diente y democrática de la comunidad.

Actualmente es el método teórico por excelencia, observando se que en la práctica no es común que se aplique tal cual, utilizándose el método tradicional (caso, grupo y comunidad) en el

sistema institucional.

En cuanto a la actividad del Trabajador Social Psiquiátrico en el área extra-mural, ésta comprende el seguimiento del caso-paciente, la labor que debe realizar con la familia, los grupos relevantes (laborales, escolares, etc.), con otras instituciones o dependencias por cuestión de trámites y lo que se entiende por proyección comunitaria.

La intervención con la familia del paciente psiquiátrico se hace necesaria de acuerdo a los planteamientos siguientes:

- 1) La persona con trastornos psiquiátricos es sólo el emergente y es quien anuncia que en la familia existen mecanismos patológicos de los cuales cada miembro aporta sus, respectivas partes para que tal hecho se produzca.
- 2) La estructura de la familia afecta profundamente el avance o retroceso del trastorno psiquiátrico de la persona, desde los más leves hasta los de una gravedad considerable.
- 3) Para el individuo con trastornos leves es de vital importancia el tratamiento con la familia, esto permitirá mejorar la patología, y al tratarla se contribuye también a la prevención de enfermedades de los demás integrantes del grupo.

Algunos estudiosos del tema refieren que si a ciertos indi-

viduos catalogados como normales se les trata como esquizofrénicos y a un grupo de esquizofrénicos incipientes se les trata -- como normales, es muy probable que los miembros del grupo normal adopten comportamientos del segundo grupo y a la inversa. -- Esto no quiere decir que el individuo no tenga una etiología -- individual, pero esto ubica la influencia que puede ejercer lo, social en la patología.

En conclusión, las actitudes de la familia, los amigos, la, comunidad toda para con el enfermo mental, constituyen factores relevantes que actúan sobre la capacidad de recuperación del -- paciente, es decir, una actitud prejuiciada hacia el enfermo -- mental limita en mucho su posibilidad de volver a integrarse a, la comunidad como un miembro productivo de ella. Es evidente -- que para llegar a modificar integralmente esta actitud prejui-- ciada ante el enfermo mental, lo útil y necesario es una campaña educativa continua a nivel nacional pero, a falta de ella el Trabajador Social Psiquiátrico debe tomar a su cargo, en la medida de sus posibilidades cubrir esta necesidad.

Por su parte, el Trabajador Social Psiquiátrico en su tarea intra o extramural, realiza diversas actividades con la familia orientación plurifamiliar, e individual, maneja grupos de familias con patología específica, entre otras. Para esto tiene en cuenta que no hay familias totalmente sanas desde el punto de -- vista psiquiátrico, son "predominantemente sanas o predominante

mente enfermas" (Ackerman).

Asimismo al evaluar y tratar a la familia del paciente debe tener en consideración los valores, actitudes y la existencia de una tipología plural de la familia. Un primer nivel de acción del Trabajador Social plantea la intervención a nivel de valoración familiar y un segundo el de tratamiento propiamente.

En cuanto a la dinámica familiar, en la entrevista de valoración se deberán tomar en cuenta una serie de aspectos tales como:

- La estructura familiar, modos en que interactúan los miembros de una familia.
- Las reglas del funcionamiento familiar implícitas o explícitas, la expectativa de cada uno de los miembros hacia los demás, para ubicar si se trata de una familia desligada, es decir, cuando los miembros de ésta funcionan de una manera tan autónoma que adquieren un sentido desproporcionado de independencia y, lo más peligroso carecen de la capacidad de pedir ayuda cuando la necesitan, o bien una familia aglutinada en donde el sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía propia, por lo que existe una marcada dependencia emocional; en este tipo de familia, los límites no están nada claros.
- Identificar el tipo de comunicación que se da entre los miembros de la familia, si es ésta clara y directa, los ro-

les y autoridad, si los primeros son flexibles, rígidos, -- estereotipados y si el ejercicio de autoridad es compartida. --
 - Por último el Trabajador Social Psiquiátrico deberá tener -- en cuenta el medio social en que se desenvuelve este grupo, nivel de escolaridad, ocupación, aspecto socioeconómico, -- etc., lo que podrá ser utilizado en el tratamiento.

Por lo tanto, el Trabajador Social interviene a un nivel de orientación familiar, esto lleva implícito el encauzar al grupo familiar a la consecución de determinados objetivos que contribuyen a la salud mental. Se puede establecer la distinción en -- dos modalidades de tratamientos a los que se les puede denomi-- nar:

- 1) Orientación familiar u orientación educativa.
- 2) Orientación funcional operativa.

En la primera, una vez valorada la situación familiar se de be especificar el aspecto a trabajar. El Trabajador Social debe tener claridad en el objetivo a lograr junto con la familia, ya sea que ésta lo haya manifestado o no.

La orientación familiar con objetivos educativos se refiere al proceso de reflexión que el Trabajador Social Psiquiátrico -- realiza con la familia y supone el apoyo y uso de técnicas particulares, como pueden ser el uso del interrogatorio, leves interpretaciones, uso del silencio, motivación, aclaraciones, en-

tre otras. También el Trabajador Social puede introducir información sobre algún tema durante parte de la sesión, y el resto, del tiempo el grupo familiar conjuntamente con el Trabajador Social se dedican a comentar y discutir lo informado. En un marco institucional se pueden plantear de 2 a 3 sesiones de valoración y de 10 a 12 de tratamiento. En todas las entrevistas es sumamente importante mantener el encuadre y en la primera dar a conocer las normas mínimas del funcionamiento del grupo como, son: lugar, hora, duración de la reunión, así como la frecuencia y el objetivo.

Un objetivo específico puede ser el lograr en la familia la conciencia de enfermedad (que el alcoholismo del padre es una enfermedad y no un vicio, por ejemplo), con lo que probablemente mejore la actitud de la familia para con el paciente y se tenga una mayor disponibilidad para participar en el tratamiento, o bien que los integrantes de este grupo se den cuenta de cómo contribuyen a la patología del paciente y cómo pueden ayudarle.

Otro objetivo es el trabajar con la familia para que el grupo incorpore el tipo de comunicación predominante en la misma si es enmascarada, no verbal, etc., para promover una comunicación más clara y directa entre los integrantes. Se puede también facilitar la expresión de sentimientos como afecto y cólera, lo que no implica el hacer interpretaciones profundas sobre

el inconsciente, sino contribuir a que la familia haga catarsis y se motive, si es necesario, para continuar un tratamiento psicoloterapéutico.

Orientación funcional operativo. En la vida familiar suelen suceder con frecuencia situaciones concretas que contribuyen a, incrementar la patología familiar: podría ser el caso de un niño con retraso mental sumamente agresivo en donde sólo uno de los miembros se hace cargo de él, y el grupo se presenta de una forma caótica y con frecuentes situaciones violentas, o bien -- casos menos graves pero que la ejecución de tareas concretas -- también repercute en la dinámica familiar. Es cierto que este -- panorama responde a la patología existente y que requiere ser -- tratada; pero el Trabajador Social Psiquiátrico puede trabajar, junto con la familia con el fin de obtener otras alternativas -- de funcionamiento como puede ser una redistribución de las tareas para con el paciente, ejecutadas de manera rotativa.

Otra actuación a este nivel es la orientación y canalización a diversas instituciones, para lo que es necesario un conocimiento de las que funcionan mejor.

En cualquiera de las dos intervenciones antes mencionadas -- cabe señalar que el Trabajador Social dentro del equipo psiquiátrico contribuirá con aportes psicosociales y aportes socioculturales. Respecto al primero, se tendrá presente cómo lo social influye en la patología, y en lo segundo, uno de los aspectos --

importantes será la percepción y actitud que los individuos o grupos mantienen en torno a la enfermedad mental.

Asimismo, es responsabilidad del Trabajador Social durante, el tratamiento de una enfermedad mental, el hacer todo lo que esté a su alcance para restaurar una atmósfera más saludable -- con la familia del enfermo.

El paciente y la familia deben ser animados para expresar -- abiertamente todas sus emociones perturbadoras, para esto pueden emplearse medidas educativas, subrayándose que con el debido ajuste de la medicación y al aprender la familia a adoptar -- una actitud de naturalidad, mejoran las probabilidades de que el, paciente pueda llevar una vida esencialmente normal. Sin embargo, en la mayor parte de los casos queda indicado el revisar -- cuidadosamente las reacciones del paciente y de la familia a la enfermedad y el dar oportunidad para que uno y otros ventilen -- sus emociones, con la finalidad de aclarar determinados puntos, específicos.

La disminución de la tensión en el hogar hará generalmente, más eficaz el control de la enfermedad mental, esto se logra en el momento en el que el Trabajador Social Psiquiátrico informa, y enseña la manera de comprender la conducta de los enfermos -- mentales a su familia, maestros, etc., todo el tratamiento al -- paciente debería estar acompañado por esta tarea paralela, ya -- que eso es la manera más segura de alcanzar el éxito.

Con la familia, las prioridades del enfoque están determinadas por cada caso en particular y siempre partiendo de la premisa de que la no participación de la familia en el tratamiento, es el camino más seguro de un futuro reingreso del paciente a la institución psiquiátrica, con la consiguiente cronicidad. De tal manera que se trabaja con la familia para:

- 1) Realizar un estudio de su problemática sociofamiliar que -- pudiera estar conyuvando a la patología del paciente.
- 2) Efectuar el análisis de las relaciones de la familia con el enfermo, siguiendo la observación del Dr. Jaime Szpicka -- sobre la relación paciente-grupo familia, que dá estas conclusiones:
 - a) Lo corriente es observar individuos enfermos en familias, también enfermas.
 - b) Es excepcional encontrar "individuos sanos" en familias -- muy enfermas.
 - c) Es excepcional encontrar individuos muy enfermos en familias sanas.
- 3) Realizar el tratamiento social a través de reuniones periódicas durante las que se orientará a los distintos miembros para que logren alcanzar niveles más armónicos de convivencia y un mayor grado de equilibrio, contribuyéndose con --- ello a la terapéutica global.
- 4) Preparar para el reintegro del paciente a su núcleo fami---

liar; la proximidad del alta de un paciente implica el cambio estructural de su personalidad; por ende, la reincorporación al grupo familiar promueve una reacomodación de las relaciones entre todos los miembros. La forma más eficiente para lograr esa reacomodación está dada por el hecho de que el grupo familiar haya acompañado al enfermo en su evolución, o sea, que se haya preparado para asumir nuevos roles que deriven en conductas más adaptadas a una realidad actual, distinta de aquella en que se dió la enfermedad mental.

Otra manera de trabajar con la familia es a través de grupos con familiares de enfermos mentales; se trata de grupos integrados por los familiares de enfermos con patología similar. El objetivo es atenuar las ansiedades que provoca la enfermedad mental a través de un proceso de interacción entre los miembros del grupo. El Trabajador Social orienta y clarifica a los integrantes del grupo para que encuentren soluciones comunes apoyándose en el intercambio de problemáticas similares.

La comprensión y aceptación de la familia para con el enfermo mental recuperado, como persona capaz de incorporarse nuevamente a la sociedad con plenitud, constituye la base fundamental para que la comunidad también lo acepte.

Ahora bien, para el logro de los objetivos anteriores, trabajo social utiliza como técnicas e instrumentos la entrevista,

como exploración, evaluación y confrontación, la cual puede ser individual o grupal, el estudio psicosocial, notas de evolución evaluación, la observación directa, sondeo, visitas domiciliarias para conocer dinámica familiar y nivel socio-cultural, técnicas comunitarias de inserción, didácticas que apoyan los programas de educación para la salud, etc.

La actividad del Trabajador Social con el paciente psiquiátrico no se limita a la que se le puede hacer desde el hospital sino que existe un campo más abierto para la práctica profesional como es el señalado por Rosa Ma. Becerra en su libro Trabajo Social Psiquiátrico, a través de:

- a) Talleres protegidos: la función esencial es la rehabilitación laboral del paciente en miras a ser dado de alta, -- teniendo en cuenta la aptitud laboral del enfermo y ha--- ciendo del taller protegido una función terapéutica más - y no un elemento meramente productivo.

El trabajador Social cumple con esta función general a través de las siguientes actividades:

- 1) Participar activamente en la rehabilitación social del trabajador.
- 2) Orientarlo en el gasto racional y conectarlo con el mundo - exterior. En el caso de no existir tal vínculo con ese mundo extramural, establecerlo por medio de salidas, viajes en transportes públicos, induciéndolos también a que afectuén,

- compras de carácter personal, etc., éstas actividades se --
desarrollarán en las primeras etapas de la socioterapia, --
siendo su principal objetivo crear hábitos de independencia.
- 3) Mantener informado al Trabajador Social del establecimiento de remisión del paciente, sobre la evolución del tratamiento social.
 - 4) Determinar en el equipo el momento adecuado para el reintegro total del paciente a la comunidad.
 - 5) Orientar al paciente que lo necesite en todo lo concerniente a su futura ubicación laboral.
 - 6) Preparar al grupo familiar para el reintegro del paciente - al hogar, para que ello se efectúe en la forma más armónica posible.
 - 7) En el período posterior al alta, continuar con el seguimiento del caso hasta que el equipo lo determine.

Pensiones; cumplen con la función de alojar en calidad de - pensionistas a:

Pacientes en vías de recuperación y en condiciones aparen--tes de adaptarse a un establecimiento de transición, pero - que por problemas familiares y/o económicos, no están en --situación de afrontar momentáneamente la convivencia comunitaria.

Pacientes pre-seleccionados a fin de estudiar aptitudes pa-

ra integrarse a la sociedad.

Pacientes por breves períodos, que están en tratamiento y - que convenga alojar durante su rehabilitación o parte de la misma para su supervisión sin llegar a la internación.

Para todo esto el Trabajador Social realiza las siguientes, funciones:

- 1) Determina el monto que abonará el pensionista en concepto - de alojamiento y comida, pudiendo el Trabajador Social ex-- ceptuar del pago del mismo al pensionista si las circunstancias lo hacen necesario.
- 2) Tender a facilitar la integración de los pensionistas, organizando actividades grupales durante su tiempo libre mediante la técnica grupal.
- 3) Determinar con el equipo psiquiátrico que colabore en la -- rehabilitación del pensionista el momento oportuno para su, reintegro a la comunidad.
- 4) Orientar al pensionista que lo requiera en todo lo concer-- niente a su futura vivienda.
- 5) Intensificar la acción sobre el grupo familiar a fin de - - prepararlo para que el reintegro al hogar del rehabilitado, se efectúe en la forma más armónica posible.

Curaduría (responsabilidad de cuidar los bienes del inca-- pas de gobernarlos) oficial de alienados: la función específica

por excelencia, deberá ser proteger legalmente al enfermo mental como persona.

El Trabajador Social cumple con las siguientes funciones:

- 1) Afectuar investigaciones para localizar bienes que pudieran poseer los pacientes.
- 2) Tomar contacto con los equipos psiquiátricos a fin de actualizar el estado del paciente.
- 3) Tramitar los juicios de insania.
- 4) Ubicar dentro de la red familiar y/o social del enfermo a la persona que reúna las condiciones necesarias para asumir la curatela y que esté dispuesta a aceptarla.
- 5) Velar por la conservación y/o incremento de los bienes e intereses de los pacientes.
- 6) Administrar el gasto racional de sumas de dinero pertenecientes a los pacientes, conforme a las disposiciones de la ley.
- 7) Efectuar gestiones en beneficio del paciente, tales como obtención de documentos personales, jubilaciones, pensiones, etc.
- 8) En general dar la necesaria asistencia a todos los pacientes con curatela oficial que se hallen internados en instituciones públicas o privadas.

4.2 Funciones del equipo multidisciplinario psiquiátrico.

El trabajo en equipo en el campo de la salud es la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y de su familia. Basandose en el principio de la concepción del ser humano como unidad total: Física, Mental, Emocional y Social.

En las instituciones de salud debe adoptarse como norma el, trabajo en equipo, debido a que ninguna profesión del campo médico posee todos los conocimientos y destrezas para solucionar, problemas que requieren técnicas pertenecientes a distintas disciplinas; las que deben ser aportadas por el médico, enfermera, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc.

Cada uno de estos profesionales trabajando aislado o individualmente con un mismo paciente, no podría de ninguna manera lograr su recuperación aunque aplicase al máximo sus conocimientos. Es por ello que una de las características del tratamiento moderno es el Trabajo en equipo.

Una de las bases del trabajo en equipo esta dada por la conciencia de todos los miembros, de su interés por alcanzar un objetivo común; éste interés se convierte en una fuerza de cohesión que debe superar las fuerzas antagónicas que naturalmente, surgen en todo grupo.

Para un efectivo trabajo en equipo es muy importante que cada especialista tenga conciencia y respete la función específica de cada uno de los otros. Enriqueciendo la información de,

cada uno, en las reuniones periódicas que se realizan para conjuntar y analizar lo obtenido en cada área. La armonía del pensamiento integrador del equipo se mantiene si cada miembro posee la flexibilidad necesaria para condicionar sus conclusiones frente al aporte de otras disciplinas. Esta armonía se quiebra, si dos o más de los miembros pertenecientes a la misma o diferente disciplina difieren en sus criterios y no logran ponerse de acuerdo. Por lo que se debe hacer conciencia de que en esta, unión debe de existir cooperación, democracia multiprofesional, dedicada a un propósito común, esto es el mejor tratamiento de las necesidades fundamentales del individuo. Sus miembros al trabajar con un diagnóstico combinado e integrado, logrará un tratamiento oportuno, consecuente y equilibrado en la acción.

Los principios en que se basa el concepto de Trabajo en equipo son fundamentalmente:

- 1.- Tener una concepción del ser humano integral: física, mental, emocional y social.
- 2.- La convicción de que el tratamiento debe prestarse en forma integrada.
- 3.- Buscar que los problemas sociales se resuelvan encontrando, soluciones preventivas y estables.

Es muy necesario entender este campo principalmente por medio del conocimiento teórico amplio, que ayude a eliminar las

vendas de ignorancia, para que el profesionalista de las ciencias sociales intervenga como un integrante del equipo de salud mental y de esta manera estimule el desarrollo del ser humano o --- bien ayude a su rehabilitación social cuando la psicopatología, imponga obstáculos más difíciles de salvar. Por otro lado el -- trabajador social con una falta de preparación psiquiátrica no, puede participar en un equipo profesional, sino cuenta con los, elementos teóricos con que los demás profesionistas estan familiarizados, llegando esto en un momento dado a desplazar a la - persona.

Por lo que es esencial un conocimiento básico de las principales alteraciones mentales. Se pueden tener conceptos equivocados, debido a una deficiente información, es por esto que en este campo es imprescindible aclarar los conceptos que se manejan. Ya que en el caso del Trabajador Social tendrá en su diaria labor la responsabilidad de educar, investigar y enseñar. Al no estar capacitado será uno más que informe falsamente ocasionando consecuentemente mayor problemática en la población de estudio. Siendo para esto necesario participar en programas de capacitación continua y poder así estar al día en cuanto a la implementación de nuevos elementos en el área.

SINTESIS CAPITULAR

Desde 1930 en E.U. de Norteamérica, El Trabajador Social --

empezó a participar en el área de salud. Debido a que existen - problemas personales, familiares, emocionales, sociales, etc. - que impiden el buen desarrollo de la salud, aunque el tratamiento del médico sea el más adecuado. Integrandose ante esto la -- necesidad de formar otras especialidades en otras áreas que con-- templan estos aspectos importantes que impiden la recuperación, y restablecimiento de la vida social del sujeto.

El Trabajador Social es considerado experto en el área so-- cial, por la circunstancia de ser el encargado del eslabón en-- tre el paciente y el medio externo, entre la institución y la - familia; en éste sentido su labor es importante para la pronta, rehabilitación. Ya que contribuye a mantener no solo la rela--- ción familiar, sino a interesarla en el caso de su familiar y -- actuar en el mismo, a través de trabajo con grupos, cooterapia, o terapias, etc. También mantiene relación con otros grupos re-- levantes (medio laboral, escolar, etc.) o en su defecto depen-- dencias o instituciones según lo que amerite el caso.

Las actividades del Trabajador Social son de gran variedad, van desde simples trámites administrativos, hasta participacio-- nes dentro de él equipo multidisciplinario psiquiátrico que tra-- ta al paciente y su familia en investigaciones docencia y ense-- ñanza.

Sin embargo no hay que olvidar que existen políticas insti-- tucionales, escasos recursos financieros que impiden o limitan,

en mucho la acción que se puede hacer en general. Es por esto -- que se crean problemas como la deserción del tratamiento, al no poder hacer un seguimiento del caso.

Como se está hablando de un ente biopsicosocial, se debe -- ver como una unidad, siendo necesario un trabajo de equipo que, conjunte aportaciones para formar un diagnóstico integral que -- logre el bienestar del paciente y de su familia.

Para esto se debe tener un espíritu de cooperación, democra -- cia y participación común, además de un conocimiento teórico -- general que ayude al integrante del equipo médico a hablar y -- entender el mismo lenguaje técnico, ya que por el contrario se -- rá en detrimento de la misma población, debido a que la informa -- ción proporcionada llegará minimizada o malformada. Ante esto -- es necesario capacitarse regularmente y limar deficiencias para lograr así un mayor bienestar en la población.

CAPITULO 5

5 ALCANCES DE LOS NIVELES DE PREVENCION EN SALUD MENTAL: PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCARIO

5.1 Acciones del Trabajador Social Psiquiátrico en los niveles de prevencion

5.2 Revisión de los programas de rehabilitacion post-hospitalaria, existentes en salud mental, específicamente de Trabajo Social

5.3 Implementación de un programa piloto de Trabajo Social de Rehabilitación Post-Hospitalario de pacientes psicóticos

Sintesis Capitular

C A P I T U L O 55 ALCANCES DE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL : PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO

México es un País que cuenta con tres esquemas básicos para la atención a la salud de su población: los servicios proporcionados a la población abierta en forma de asistencia pública, -- los financiados por los seguros sociales a sus derechohabientes y los del sector privado. El primer esquema está integrado por, la Secretaría de Salud, Los D.I.F. Nacional y Estatal, los servicios municipales, el IMSS a través del programa IMSS-COPLAMAR y por el D.D.F..El segundo esquema se constituye con el IMSS, - ISSSTE y diversos organismos de los Estados. El sector privado, sin llegar a consolidarse como un sistema coherente, está formado por individuos o grupos que ejercen la medicina.

La atención médica se define como el conjunto de servicios, que se proporcionan al individuo con el fin de promover, sostener y restaurar su salud; es integral en tanto que considera -- los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, comprendiendo servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, los cuales se pueden proporcionar en el domicilio, la vía pública, --- el consultorio, la clínica y el hospital.

Las actividades básicas de la atención médica son:

- a) Prevención de enfermedades y promoción de la salud, como -- parte de un programa o complemento de actividades médicas.

- b) Diagnóstico clínico, cuya finalidad es caracterizar los problemas de salud de los individuos y el ámbito en que se desarrollan.
- c) Rehabilitación física y mental.

Los niveles de atención se han ligado íntimamente al proceso de regionalización, sobre todo en las instituciones de seguridad social. La atención primaria ocurre en el hogar, en consultorios, clínicas o centros de salud localizados cerca del sitio donde viven las personas.

La atención secundaria presta servicios a grupos referidos de una zona de influencia más amplia y se imparte en hospitales regionales o distritales, con recursos especializados de personal, equipo e instalación. Y la atención terciaria sólo se presta en unas cuantas ciudades donde ha sido necesario y factible establecer estos servicios, en centros médicos o en hospitales de alta especialidad, que funcionan como unidades de concentración. Por lo tanto, los recursos con que cuenta el país para las distintas tareas relacionadas con la salud mental son a todas luces insuficientes, el número de psiquiatras y su distribución en el territorio nacional es muy desigual, según reflejan algunos estudios.

En el vasto campo de la salud pública la población de enfermos mentales conforma una minoría discriminada, ésta situa-

ción se manifiesta claramente en el hecho de que el presupuesto que se destina a su cuidado es por lo menos cinco veces menor - que el que se destina al de otros enfermos. Es decir que en el país los problemas de la salud mental no reciben la atención -- que requieren como problemas de salud pública, los recursos --- siempre insuficientes son usados para tareas más apremiantes -- como por ejemplo, el control de la explosión demográfica.

Como la salud en general, la salud mental se imbrica con la trama general de la vida de las poblaciones y depende de su cultura y de sus condiciones socioeconómicas. Por ejemplo no hay - duda de que la pobreza y lo que lleva consigo la insalubridad, - la mal nutrición, la ignorancia, la desorganización familiar, y la marginación social inciden en la salud mental.

Ahora bien, algo que debe decirse acerca de la salud mental es que no debe de ser únicamente responsabilidad de una institu- ción, además de los organismos relacionados con la salud y con el bienestar social, otros como los correspondientes al sistema educacional deben estar implicados en su cuidado y promoción.

Hoy en día se presta mayor atención a los problemas de la - salud mental, y los conceptos y criterios que orientan las - -- acciones se apoyan en observaciones e investigaciones científicas por ejemplo: Las observaciones e investigaciones en el campo del desarrollo infantil se ven reforzadas por otras que provienen del campo de la nutrición, de la estimulación oportuna -

en el desarrollo de los efectos persistentes, de las formas de vinculación afectiva del niño con sus padres y de las formas de autoridad y disciplina a las cuales se le somete, etc.

La meta más ambiciosa de la salud mental es crear las condiciones más adecuadas para promover el desarrollo óptimo de las capacidades humanas. Considerandose que las acciones médicas en favor de la salud mental se desenvuelven en tres niveles: en un primer nivel, la meta es impedir la presentación de la enfermedad, ésto requiere conocimiento de las causas o por lo menos de algún eslabón relevante en la cadena etiopatogénica. En un segundo nivel se pretende identificar tempranamente los problemas para impedir su progresión por medio de un manejo oportuno. En un tercer nivel, el fin es ayudar a compensar estos daños en quienes sufren algún trastorno o han tenido un daño irreparable en sus funciones mentales. Se pretende que las acciones preventivas en estos tres niveles alcancen a la población en general. La prevención se entiende al cuerpo de conocimientos profesionales tanto teóricos como prácticos que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas tendientes a reducir la frecuencia en la comunidad de los trastornos mentales.

La prevención específica de las enfermedades mentales, se realiza actuando sobre los factores generales relacionados con la enfermedad: fomento de la salud, el de la familia, mejoramiento entre las relaciones padres-hijos, programas escolares -

de higiene mental, servicio de orientación para la adolescencia, programas de higiene en la industria, etc.

En general la prevención de las enfermedades mentales puede hacerse a través de:

- a) Fomento de la salud general del organismo, o sea, promoviendo la higiene general.
- b) Mejoramiento del ambiente general de vida en sus aspectos: físico, biológico y social.
- c) Fomento del desarrollo normal de la personalidad y de la madurez emocional.
- d) Diagnóstico y tratamiento temprano, atendiendo los casos patológicos ya manifiestos.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Caplan plantea la prevención primaria como un conjunto de medidas encaminadas a disminuir las incidencias de los problemas de salud mental.

Las acciones preventivas de los desórdenes mentales están bajo la responsabilidad directa del médico general, el obstetra, el pediatra, etc., por medio de la vigilancia del embarazo, la conducción del parto y el cuidado del recién nacido. En alguna medida pueden ser evitadas la mala nutrición de las madres y de los niños, la exposición a las infecciones (la rubeola), los traumatismos obstétricos y algunas otras causas que afectan el-

cerebro del niño y dejan secuelas permanentes.

Las operaciones de prevención primaria en el campo de la salud mental se refieren a los componentes psicosociales de los desórdenes y desviaciones. Estas operaciones tienen un carácter esencialmente educativo --educación para la salud mental de el público y de grupos específicos--. La tarea es educar en los principios de la salud mental y en el reconocimiento oportuno de esos desórdenes y desviaciones a personas claves que tengan trato directo con público. Es de pensarse que el conocimiento de las consecuencias deplorables de la incomunicación y de la privación de los estímulos intelectuales y afectivos en etapas claves del desarrollo psicosocial conduzca evitar el trastorno mental en alguna medida.

Este nivel es enfocado a través de los centros de higiene mental. Entendiéndose por higiene mental "al conjunto de conocimientos, actitudes y destrezas relacionadas con el fomento, la prevención y la recuperación de la salud mental". Estos centros cumplen con funciones, tales como: A) Promoción, B) Prevención, C) Orientación y Educación, y D) de Investigación básica y aplicada. La primera está referida a promocionar la salud mental y las otras consecuentes a prevenir, asistir, rehabilitar e investigar la salud mental. A diferencia de la higiene mental, la salud mental es el estado óptimo de equilibrio psíquico de un individuo, consigo mismo y con los demás, lo que le permite el-

pleno desarrollo de sus potencialidades innatas. La higiene mental es el instrumento o proceso para llegar a obtener salud mental.

En este nivel puede ser manejado adecuadamente un volumen importante de enfermos que sufren desórdenes afectivos, problemas neuróticos y trastornos de la personalidad. Asimismo los centros de higiene mental, son el vehículo adecuado para abordar preventivamente los problemas de la farmacodependencia y alcoholismo en estrecha conexión con la comunidad. Sin embargo ésta última no utiliza adecuadamente los servicios por falta de información sobre el significado de los servicios preventivos de atención médica y de el papel de los medicamentos como recuperación; así como la importancia de preservar la salud. Es así como los programas y acciones no han tenido el impacto deseado. La idea fundamental es procurar que la propia comunidad constituya un complemento operativo de los programas asignándole tareas y logrando que ésta participe en la gestión de sus servicios, con el fin de lograr un mejoramiento de su nivel de salud

En suma las acciones del primer nivel de atención son:

- Educación Higiénica.
- Prevención cuya protección específica es evitar la aparición de la enfermedad, planeación, programación y ejecución
- Conocimiento de el estado de salud individual y colectivo.

- Detección temprana de casos.
- Orientación, sensibilización y educación en salud.
- Organización de la comunidad para su participación en los -- servicios.
- Control de enfermedades hereditarias.
- Control de la mujer en edad fértil
- Desarrollo de actividades sociales, culturales, políticas, - recreativas y deportivas.

2o. Diagnóstico y tratamiento.

- Atención asistencial y consulta médica de los padecimientos.
- Detección oportuna de las enfermedades.
- Suministro de medicamentos.
- Referencia de pacientes.

3o. Rehabilitación.

- Resocialización.
- Detección de incapacidades.
- Referencia a otros niveles.
- Seguimiento y control de casos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

La intervención del psiquiatra y demás profesionales en fa-- vor de la salud mental, tiene el propósito de alterar el curso - de los desórdenes psiquiátricos, actuando oportunamente sobre --

ellos, en forma directa o sobre su familia o escuela. Estas intervenciones tienen como objetivo modificar favorablemente los factores psicológicos y sociales que en algún grado participan en las iniciaciones o en el curso de estos desórdenes mentales para evitar su progresión.

La importancia de intervenir oportunamente en éstas descompensaciones, es que si no se atienden es probable que se agraven o se compliquen con reacciones secundarias y se perpetúen.

Dentro de una concepción global de las necesidades asistenciales en el área de la salud mental, los hospitales psiquiátricos son un factor muy importante. Sin embargo los hospitales -- generales podrían ser, como lo son en otros países un eslabón -- de los programas de salud mental si cuentan con personal especializado, unidades de consulta externa y, lo que es aún mejor, con pequeñas unidades de hospitalización. La experiencia ha demostrado que los servicios de psiquiatría en los hospitales generales permite captar en la fase inicial de el padecimiento a enfermos psiquiátricos que de otro modo gravitarán con costos -- y consecuencias mayores sobre otros servicios asistenciales. -- Hablando de el personal de salud general, con un adiestramiento de los especialistas --psiquiátras, psicólogos, trabajadoras sociales, etc.-- estarán capacitados para reconocer las urgencias psiquiátricas, identificar los problemas más comunes, referir -- al enfermo a una consulta especializada, dando apoyo y asesora-

miento a la familia. Este personal puede asumir la vigilancia - a largo plazo de ciertos pacientes crónicos, en donde se carece de personal especializado en salud mental.

Por otro lado si un hospital psiquiátrico sigue los alineamientos de la psiquiatría moderna, debe de estar muy distante - de los viejos asilos, en cuanto a instalaciones, funciones, personal y programas. Aún los hospitales en donde predominan los - enfermos de lenta recuperación, pueden tener una fisonomía con- fortante, mediante el uso extenso de programas terapéuticos cen- + rados en torno a la ocupación productiva de los pacientes: tra- bajos artesanales tareas agrícolas, etc. Estos programas son ca- paces de mejorar notablemente la calidad de vida de los enfer- mos restaurando su dignidad y protegiendolos del deterioro irre- parable.

Ahora bien las acciones realizadas en este segundo nivel -- son:

1o. PREVENCION

- Deteccion de los casos
- Vigilancia Epidemiológica.
- Prevención de accidentes.

2o. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

- Diagnóstico temprano
- Tratamiento oportuno.

- **Rehabilitación.**

Es importante mencionar que por la carencia de institucio--
nes intermedias, muchos pacientes permanecen largamente confina--
dos. Su condición deplorabile no es tanto resultado de su enferme--
dad, sino del deterioro social que es consecuencia del abandono,
es decir, que los enfermos mentales rara vez encuentran en sus--
familias y la colectividad, la tolerancia y el apoyo que hayan--
otros enfermos. Ante esto se hace necesario dar algunas alterna--
tivas de hospitalización, implantadas en otros países, siendo --
necesario que se apliquen de acuerdo a las características de --
cada país. Pretendiéndose con esto una vida más digna.

a) Hospitalización Parcial.- Es parte del proceso de rehabili--
tación, que trata de lograr la resocialización del paciente,
sin los requerimientos de la residencia de 24 Hrs. Puede ---
estar basado en una estructura hospitalaria, en un centro --
de Salud Mental o en un local autónomo dentro de la comuni--
dad.

Sus metas primordiales son:

- 1) Impedir el deterioro de la condición clínica en los pacien--
tes de consulta externa.
- 2) A.oyar a los pacientes crónicos que solamente con este tipo
de ayuda pueden permanecer en la comunidad.
- 3) Crear programas específicos para grupos de alto riesgo o --
con necesidades especiales, como farmacodependencia, alcoho

lismo, adolescentes con trastornos emocionales transitorios, etc.

- 4) Diagnosticar a pacientes que necesitan un período prolongado de observación antes de poder precisar un tratamiento adecuado.

En sí el tipo de pacientes que pueden utilizar el hospital-parcial, pueden mencionarse en tres categorías: la primera es la de los pacientes agudos que necesitan intervención para resolver un problema crítico y evitar así la necesidad de una hospitalización de 24 horas. La segunda categoría está integrada por enfermos con varios internamientos previos, que ya están nuevamente en la comunidad pero que presentan síntomas de recaída. La tercera categoría es la de los pacientes crónicos cuyos síntomas están en remisión parcial pero que necesitan de tratamiento continuo para mantener su equilibrio.

En cuanto a las funciones del hospital parcial se encuentran:

- a) Proporcionar un programa de tratamiento comprensivo para aquellos pacientes cuyo estado amerite atención, y que se encuentran en condiciones de permanecer en casa parte del tiempo.
- b) Proporciona el apoyo necesario durante los períodos de crisis, ayudando al paciente a resolver sus conflictos o bien-

lizador. Se debe orientar al enfermo hacia su propio desenvol--
vimiento y limitar progresivamente su dependencia del medio pro--
tector.

El Trabajador Social Psiquiátrico, deberá controlar la can--
tidad de actividades que se le exijan al enfermo, teniendo en --
cuenta que se ajustarán a las limitaciones de cada persona.

En general el hospital de día debe de conformar una unidad--
de tratamiento intensivo en la que los objetos ^{UDS} de los programas
interdisciplinarios sean a corto plazo. Al paciente se le da de
alta (parte inherente del proceso de tratamiento) en función --
de los objetivos de cada tratamiento, fijados de acuerdo al mar--
co técnico que se maneje. Y en caso de que el paciente mejore,--
el tratamiento podra inclinarse gradualmente hacia la terapia --
en consulta externa. Proporcionando postratamiento y seguimien--
to a corto y largo plazo, control, para prevenir la rehospitali--
zación, interviniendo cuando se detecten recaídas. Control, que
viene a ser un mecanismo social alternativo a la hospitaliza--
ción crónica.

Aún cuando el hospital de día ofrece ventajas para propor--
cionar atención integral con menos recursos económicos y huma--
nos. En México se han llevado a cabo intentos aislados de ésta--
modalidad, ya que no se le ha considerado como una posibilidad--
de solución a problemas tan agudos como la falta de camas, los--
costos elevados, la tasa alta de reingresos, etc. Contribuyendo

integrandolo a programas de rehabilitación vocacional o social que le permita conservar y consolidar en lo posible la célula familiar. De ésta forma, la familia no se desatiende del paciente y se siente ayudado y apoyado en su problema. Se reduce también el impacto que recibe el enfermo al pasar de su comunidad al hospital y viceversa, al quitar el carácter estigmatizador de la institución psiquiátrica formal.

Los programas terapéuticos pueden adoptar varias modalidades según el escenario en que se realicen, se encuentran así -- tratamientos que pueden utilizar el servicio y programas de -- otras unidades hospitalarias. Programas con énfasis en el desarrollo de habilidades sociales dentro de la comunidad y en algunos casos es posible extender el tratamiento al ámbito familiar. Todo esto realizable con la ayuda de terapias individuales y grupales, psicodrama, terapia familiar, expresión creativa por medio de la danza, la pintura o la música, terapia ocupacional y quimioterapia. Además actividades globales, como juntas comunitarias las cuales asisten todos, salidas recreativas, orientación social, vocacional, etc.

La capacitación en el área laboral y social puede hacerse a través de la formación de grupos de enfermos en base a intereses comunes a fin de desarrollar tareas que a la vez que los -- capacitan en aspectos laborales, les sirve como elemento socia-

a este fenómeno la discontinuidad de los servicios y programas, debido a cambios administrativos y políticas dentro de las instituciones, lo que ocasionan graves pérdidas y falta de resultados a largo plazo. Los proyectos quedan trunco y se vuelven a reestructurar sin aprovechar las experiencias anteriores. Cabe mencionar que desde hace cuatro años 1979, en la parte trasera de el Hospital "Fray Bernardino Alvarez" se abrió el servicio de Hospitalización Parcial para disponer de un recurso más que permita la atención integral del enfermo mental rebasando el modelo tradicional en el que el paciente permanece bajo el sistema de hospitalización continua y/o consulta externa y en donde la psicofarmacología es el principal y en ocasiones el único recurso terapéutico.

Las actividades del servicio son: Lecturas, asamblea de pacientes, orientación familiar, deportes, sesiones bibliográficas, sesiones clínicas, psicoterapia de grupo, gimnasia rítmica, psicoterapia individual, juntas de trabajo, sesión clínica del hospital, terapia extrahospitalaria, supervisión de la toma de alimentos en los pacientes, supervisión de la limpieza del lugar físico y utensilios que utilizan, musico-terapia, evaluación y supervisión de los pacientes en talleres de terapia ocupacional, poesía coral, dinámica de grupos y consulta de seguimiento.

Este intento que esta funcionando actualmente, tiene cier-

tas limitaciones, debido a que sólo se esta aplicando con enfermos esquizofrénicos (por existir más facilidad de control y -- curación además de encontrarse un número mayor en el hospital - de este tipo de padecimientos. Los cuales deben de radicar sólo en D.F., con una edad de 18 a 50 limite.

El problema principal que enfrenta este programa es la falta de espacio, los recursos escasos con que se cuenta y falta de personal de preferencia especializado para hacer más optimo-el servicio.

Todos los esfuerzos que se han hecho en el país por implantar un sistema de hospitalización parcial, deben necesariamente integrarse y coordinarse entre sí para lograr una cobertura más amplia y una mejor cooperación sin desaprovechar los recursos - existentes, ubicandonos dentro de un Plan Nacional de Salud.

Como otra alternativa a seguir se encuentra la Casa de Medio Camino:

- a) Casa de medio camino. Su propósito es el de actuar como un puente entre el hospital y la comunidad, para facilitar así el regreso del paciente a su comunidad, donde permaneciera- viviendo normalmente luego de haber terminado exitosamente- el largo proceso de rehabilitación. Por otra parte, se en-- contró que es posible lograr una adaptación adecuada a la - comunidad, sin recaídas, pero que esto requiere de una es--

tancia bastante prolongada de entre uno y cinco años.

El problema básico de ésta alternativa, es que existen algunos conflictos entre las metas principales de la casa y las necesidades de sus pacientes. En primer lugar, este tipo de institución brinda un acomodo temporal a sus enfermos, la mayoría de los cuales no están conformes con ésta limitación; muchos de ellos quieren y necesitan una estancia permanente en estos sitios. En segundo lugar la casa de medio camino exige que sus pacientes trabajen, para pagar una parte proporcional de la renta. Esto no en todos los casos es posible en parte por la dificultad de encontrar un trabajo y en otra por ser enfermos crónicos que no son capaces de trabajar, por lo que están excluidos de la posibilidad de vivir en la comunidad. Ante ésta limitación ya existen en Inglaterra casas para uso exclusivo de pacientes crónicos, en donde el personal no exige que estos trabajen. En cuanto a las actividades realizables se encuentran:

- Fomentar grupos de discusión, en donde se enfatice la importancia de tener buenas relaciones interpersonales, con lo cual se espera que los pacientes hablen de sus dificultades con otros y, por este medio las mejoraran.
- La terapia doméstica (higiene personal, cocinar, hacer compras, ahorrar, etc.), con el fin de que el paciente adquiriera la capacidad de vivir de manera independiente, después -

de salir de la casa de medio camino.

- b) La casa grupal. se le puede entender como una compensación para las fallas y limitaciones de la casa de medio camino.- Básicamente es para pacientes crónicos que necesitan acomodo permanente en la comunidad, que no pueden o no quieren regresar con sus familias y que no están en condiciones de trabajar tiempo completo y diariamente.

La casa grupal está formada por un grupo pequeño de cuatro o cinco pacientes que viven juntos en un departamento o casa en la comunidad, el personal no vive con ellos, sólo los visita cada ocho o quince días para supervisarlos, por lo cual los pacientes disfrutan de un grado de independencia mucho más amplia que los de la casa de medio camino. -- Por ejemplo hacen su propio mandado, cocinan, limpian la casa. toman sus medicamentos sin ninguna supervisión del personal; el personal normalmente mantiene una interacción mínima y sólo se involucra con mayor intensidad cuando ocurre una crisis, como sería, la posibilidad de una recaída en alguno de los pacientes.

Los criterios de selección para la casa grupal son:

- La capacidad para integrarse socialmente con un grupo pequeño de pacientes.
- La posibilidad de mantener un nivel mínimo de actividad sin supervisión.

- La capacidad de tomar medicamentos sin ser supervisado.
- La ausencia de vínculos familiares estrechos.

Sin ninguna duda, la casa grupal, presta a sus pacientes un estilo de vida más "normal", que el de la casa de medio camino. Por otro lado la desventaja que tiene es que el paciente tiene la libertad de poder mantenerse inactivo, como en cualquier granja para pacientes crónicos.

- c) La familia Sustituta.- Es el tipo de cuidado comunitario -- más antiguo, algunos pacientes han vivido con la misma familia durante más de 50 años. El propósito básico del sistema es que cada enfermo logre la mejor adaptación posible para sí mismo.

Por otro lado tanto la familia como las enfermeras que los visitan procuran que los pacientes no se pasen de sus "límites". A un paciente agresivo, por ejemplo no le está permitido salir solo a la calle. De esta manera ocurren muy pocos conflictos abiertos entre la población "normal" y los enfermos.

- d) Comunidad Terapéutica.- El impacto social de la comunidad -- ha sido enorme, especialmente porque ha propiciado un acercamiento más humano en el tratamiento de la enfermedad mental. Se anulan a lo máximo todas las diferencias entre el personal y los enfermos, por lo tanto se dan mejorías en el

contacto social. En algunos estudios se han reportado incrementos entre el número de egresos, después de la implementación de un programa de este tipo, los pacientes se convierten en participantes activos de su propia terapia y de la de otros pacientes.

- e) Economía de Fichas.- Programa en el que están involucrados tanto el personal: como los pacientes de una sección mental de el hospital su finalidad es hacer reaccionar a los pacientes, con el propósito de mejorar al máximo la presentación de conductas apropiadas y adaptativas.

La economía de fichas reúne las siguientes características:

- Una observación sistemática de la conducta del paciente y las consecuencias que ésta tiene en el contexto del medio ambiente hospitalario.
- La designación de ciertas conductas como adaptativas, deseables y en consecuencia reforzables. Entre estas puede estar el vestirse, rasurarse, hablar etc.
- La determinación de sucesos ambientales que sirven para reforzar el comportamiento del paciente (la comida, ver la T.V., etc.).
- Un símbolo o intercambio, la ficha, para integrar la conducta adaptativa designada y los reforzamientos apropiados.

- El cálculo de la proporción de fichas para cada conducta.

En resumen podemos decir que la economía de fichas, es capaz de mejorar la socialización, reducir la frecuencia de la manifestación de síntomas e incrementar el funcionamiento ocupacional en el contexto hospitalario.

Se puede concluir que el fenómeno de el hospitalismo causa afectos negativos en los pacientes, como la apatía y el aislamiento social y estos afectos pueden ser aminorados con programas efectivos de intervención, como la economía de fichas, la comunidad terapéutica, etc. Además de intentar minimizar el impacto del hospitalismo en los pacientes internados, parece ser de igual importancia el buscar alternativas comunitarias al hospital mental, como la hospitalización parcial, la familia sustituta, etc. Sin embargo sería importante analizar la aplicabilidad de cada alternativa en México en forma piloto, antes de poder juzgar su utilidad.

PREVENCION TERCIARIA

En este nivel de atención lo que se persigue es la rehabilitación del paciente, entendiéndosele como un proceso integral, mediante el cual se pretende restaurar las funciones afectadas o compensar las deficiencias físicas, psíquicas y sociales, para evitar la invalidez completa a base de detener la evolución de la enfermedad, lo cual implica el proceso de tratamien-

to. En un esquizofrénico por ejemplo implica ayudar a que el -- paciente se integre al trabajo, familia y medio extrafamiliar, -- impidiendo el hospitalismo y la aparición de nuevos brotes.

Finalmente se mencionará que la rehabilitación tiene tres - objetivos fundamentales, en donde la participación del trabaja- dor Social es importante.

- 1.- Reinsertarlo a su medio socio-familiar
- 2.- Seguimiento del caso, supervisando como se comporta con su familia y medio extrafamiliar, trabajo, vida sexual y con-- trol de fármacos.
- 3.- Capacitación dependiendo de sus limitaciones para buscar un trabajo que lo haga productivo.

En la medicina se aplica la medicina preventiva que abarca- prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación. Esto no - se da aislado sigue proceso y es una unidad solo se separa por- cuestiones de enseñanza. En el terreno mismo sus límites se con- funden.

En cuanto a la red institucional que existe en nuestro - -- país, o sea la atención médica, como acción organizada por el - estado, constituye en la actualidad una responsabilidad deter-- minada por la demanda social de los servicios y se define como- el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con - el fin de promover, sostener y restaurar la enfermedad. El dar-

se la descentralización de los servicios significa vincularlos, con el sistema asistencial general, los centros de salud y los, hospitales generales.

La integración de los servicios de salud pública a un sistema nacional, se hace con la finalidad de promover a toda la población la atención en cuanto a salud se refiere. La Secretaría de Salud deberá conducir la política nacional en materia de -- atención médica, salubridad y asistencia social.

5.1 ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIATRICO EN LOS NIVELES DE PREVENION.

La prevención, está ligada al desarrollo socioeconómico de, un País, son generalmente planes de largo alcance en los --- cuales tiene un papel importante el Trabajador Social al tratar de contrarrestar las circunstancias y actitudes perniciosas antes de que tengan ocasión de producir enfermedad.

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

a) Físicos:

Alimentación, vivienda; factores que inciden en el desarrollo físico.

El Trabajador Social en éste nivel de prevención primaria debe de tratar de fomentar la provisión de los aportes, básicos o la neutralización de las influencias que tienden a impedir ésta provisión. Por ejemplo, un plan de -- prevención primaria, considerandolos aportes físicos, po--- dría ser el lograr que con los mismos medios de que se dispone, una población tenga una mejor alimentación balanceada por medio de un trabajo social intensivo de educación u -- orientación.

b) Aportes psicosociales:

Consisten en la estimulación del desarrollo intelectual y -- afectivo de una persona, por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia, escuela, trabajo, etc. El Trabajador Social tiene una de sus más importantes actuaciones en el campo de las relaciones familiares, en prevención primaria, por ejemplo: trabajando en la educación a padres, para evitar determinadas actitudes que podrían resultar perjudiciales para el desarrollo del niño.

Por tal razón, la orientación o educación son un buen ins-- trumento para desarrollar hábitos de conducta, a través, de -- acciones simples efectuadas con recursos propios y, para resolver ciertos problemas en sus primeras etapas, para éste propósi

to se han utilizado diversos mecanismos tales como programas -- educativos, pláticas formales e informales, orientación individual o grupal, intra o extra muros, para capacitar a grupos --- prioritarios: escolares, madres obreras, comunidades rurales, etc., utilizando para ello la metodología tradicional de caso, grupo y comunidad.

De ésta manera, el trabajador social realiza:

- 1) Acciones promocionales, efectúa acciones de promoción de, la salud mental, a través, de tareas de educación de --- higiene mental.
- 2) Acciones preventivas, las realiza procurando la participación, como se mencionó anteriormente, de estructuras comunitarias que gravitan sobre la población, tales como: escuelas, centros religiosos, laborales recreativos, culturales, etc., éstas acciones se llevarán a cabo, a través, del trabajo con grupos ya existentes o a formarse a los que el trabajador social deberá integrarse como profesional.

Así mismo dirige las acciones preventivas tanto al fortalecimiento inespecífico de la personalidad, y la prevención

ción específica del riesgo; las acciones estarán fundamentalmente centradas en la prevención del desajuste y la inestabilidad familiar, en la preparación para encarar la problemática psicosocial determinada por los ciclos vitales y períodos transicionales, en la información de educadoras y líderes comunitarios sobre principios básicos de higiene mental, etc.

Utiliza fundamentalmente técnicas de grupo y de organización de la comunidad como los más adecuados para actuar en el nivel de prevención primaria.

En ésta primera aproximación se ve la importancia fundamental que dentro del equipo cumple el T.S. en los planes de prevención, equipo que debe ser necesariamente interdisciplinario ya que así podrá abarcar integralmente al individuo.

Ahora bien, la prevención secundaria comprende los programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno. Uno de los pasos principales en la prevención secundaria es el diagnóstico precoz.

Cabe mencionar que también se hace prevención en éste nivel; el T.S. es el encargado de transmitir directamente a la población lo planificado por el equipo, suministrando la información necesaria para que la comunidad pueda detectar los indicios básicos de trastornos y dónde concurrir en éstos casos.

Por su parte, el T.S. realiza acciones asistenciales:

- a) Propicia la formación de grupos cuyos integrantes presentan aspectos similares de patología psicosocial (alcohólicos, - individuos con problemas de conducta, etc.).
- b) En las entrevistas se detectan otros casos (otros miembros) y se sensibiliza para su atención.
- c) Mantiene la comunicación del paciente en el caso de internación, con sus redes sociales para evitar que la familia, -- trabajo y comunidad en general, cierren sus filas ante la - ausencia del enfermo, o sea, conservar la idea del retorno.
- d) Se trabaja con la familia del paciente para que participe - en el tratamiento dándole apoyo afectivo a su familiar, y - para que no se creen más problemas (prevención en 2o. nivel)
- e) Actúa en la atención de los problemas sociales detectados - en las emergencias psiquiátricas, tales como crisis familiares, intentos de suicidio, etc.

Y por último. no hay que olvidar la importancia que tiene - el seguimiento del caso de un paciente para evitar los constan- tes reingresos y en caso de que se dieran, que estos sean bre- - ves proporcionando atención integral a través del equipo multi- disciplinario. En cuanto a la Prevenión Terciaria, es conve- - niente mencionar que abarca el primer y segundo nivel, para lo- grar la rehabilitación del paciente, ésta es considerada como - una ciencia médico-pedagógica-social fundamentada en tres con-

ceptos: persona humana, invalidez y rehabilitación; porque nada expresa con mayor exactitud los valores de la persona humana -- que la capacidad de crear y de hacer.

Antiguamente se consideraba inválido a la persona que tenía defectos físicos, ahora el concepto actual es mucho más amplio e incluye a todo tipo de incapacidad física o mental. En la invalidez se produce una condición de inferioridad de la persona frente a las exigencias del medio físico, psicológico y socioeconómico, cuya consecuencia es una adaptación social pobre.

Desde un punto de vista técnico la rehabilitación incluye -- un conjunto de procedimientos y tratamientos destinados a colocar al individuo inválido en la barrera mínima de su incapacidad y en el límite máximo de sus posibilidades. Abarca tres aspectos técnicos:

- 1) La rehabilitación física tiene por objeto devolver al individuo su condición de ser independiente y útil a través de la fisioterapia.
- 2) La rehabilitación psicológica tiene por objeto estimular la auto confianza y conectar al individuo con su medio a través de la ergoterapia para que adopte una actitud de comprensión hacia sus problemas.
- 3) La rehabilitación social tiene por objeto ubicar al individuo en su contexto social a través de la ayuda del Trabajador Social.

De lo dicho se desprende que el término rehabilitación engloba todo lo que es necesario hacer para disminuir los índices de invalidez. Aplicado el concepto a la capacidad de producir, su alcance se hace más vasto: rehabilitación física, psíquica, social, vocacional, profesional u ocupacional. Mirada en esta forma la rehabilitación es necesariamente un trabajo de equipo en el que interviene el médico, el psicólogo, el psiquiatra, la enfermera, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional y la Trabajadora Social.

Los servicios de rehabilitación prestados a los individuos incapacitados varían en cada caso particular de acuerdo con el tipo de impedimento o invalidez, las capacidades residuales y las actitudes de la persona. En algunos casos será necesario un cambio de trabajo o simplemente orientación y consejos. En sí, la rehabilitación no pretende devolver la normalidad al individuo sino proporcionarle cierto grado de eficiencia para valerse por sí mismo.

En la práctica diaria la rehabilitación significa: diagnóstico médico, del grado de incapacidad y de las posibilidades de recuperación, servicio de orientación que ayuda a la persona incapacitada a comprender su problema, y a seleccionar el tipo de actividad más de acuerdo con sus posibilidades y gustos. Los principios generales de la rehabilitación se aplican indistintamente, pero las técnicas varían en cada caso y en cada indivi--

duo por razones obvias.

La tarea de rehabilitación no puede ser exclusividad de una sola persona o de un solo grupo profesional, debe ser labor de equipo incluyendo el núcleo familiar y social, la cual debe -- comenzar desde el momento del diagnóstico y continuar sin interrupción durante el tratamiento.

El rol del Trabajador Social dentro del equipo, en éste nivel es el de sensibilizar a la familia del paciente, es decir -- hacerle conciencia de que no es conveniente considerarlo como -- un inválido que no puede realizar tarea alguna, favoreciendo la segregación--cronificación. Por otro lado los de la comunidad, -- mediante la educación pública relativa a la naturaleza de los -- trastornos mentales.

Cabe mencionar que se ha abierto un área más de Trabajo Social en relación con la rehabilitación a través de la implementación de el Hospital parcial o de día en el Hospital Psiquiá--trico " Fray Bernardino Alvarez ", como ejemplo palpable, en el cual participa activamente como programador, orientador, educador y como terapeuta. Este hospital da un giro, debido a que -- proporciona la salida gradual al núcleo social y familiar.

En suma la labor del Trabajador Social consiste en trabajar en la rehabilitación individual y grupal, para obtener al máximo de aptitud social, conducta adecuada, aceptación, tolerancia entre el individuo y su medio ambiente. Estas acciones no solo-

comprenderan al paciente, sino que sus efectos deberán alcanzar tanto el ámbito familiar como el comunitario. La anterior es -- posible a través del seguimiento del caso para lograr la resocialización del paciente.

5.2 REVISION DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION POST-HOSPITALARIA, EXISTENTES EN SALUD MENTAL, ESPECIFICAMENTE DE TRABAJO SOCIAL.

En relación a éste punto es importante señalar que no existen programas al respecto, lo cual fué informado en varias dependencias de Salud Mental, entre ellas la Dirección General de Salud Mental (S.S.), el cual se dedica a supervisar y controlar los Centros y Hospitales de esa Dependencia. El Instituto Nacional de Salud Mental (D.I.F.) que controla consulta externa pediátrica e investigaciones relacionadas en salud mental. El centro de Rehabilitación de Mariano Escobado dependiente de la -- Dirección General de Rehabilitación, en donde solo se da atención neuro-musculo-esquelética. El hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez", no atiende este servicio, realizando tratamiento y externamiento.

Esta carencia, trae consigo como consecuencia que el paciente deserte del tratamiento, que la familia no colabore en mejora de su enfermo a rehabilitarse por falta de orientación y con

ciencia de la problemática. Ya que la labor del equipo profesional interdisciplinario termina al salir el enfermo del hospital. Por lo que el proceso de rehabilitación se ve truncado, por falta de una visión más amplia en cuanto a lo benéfico que resultaría el control del paciente al salir del hospital, con lo que se evitaría el número de altos reingresos, recaídas y la cronicidad.

En la Dirección General de Salud Mental se informó que en los programas de rehabilitación sólo participa la terapeuta ocupacional siendo que esto es labor de equipo y no de una disciplina. Ante esto se observa claramente que no se da la importancia que merece el aspecto social, lo cual limita grandemente la readaptación del paciente a su medio. En 1982 no sólo existió una bajísima probabilidad (6%) de que un paciente que reingresará a un hospital psiquiátrico fuera dado de alta; sino que el índice de reinstitucionalización de aquellos pocos que logran salir, se ha indicado que es aproximadamente de 72%.

Lo único en que se hace énfasis en los programas existentes, es que el paciente salga de sus psicosis aguda (locura) y sea capaz de realizar sus necesidades más apremiantes como son tomar sus medicamentos, comer solo, bañarse, etc. Sin establecer, programas de prevención de recaídas, necesitando ser productivo estar bien mentalmente para ser útil así mismo y a los demás. Ante esto se considera necesario dar alternativas de solución que se detallaran en el siguiente punto.

5.3 IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PILOTO DE TRABAJO SOCIAL DE REHABILITACION POST-HOSPITALARIA DE PACIENTES PSICOTICOS.

1.- Justificación :

El presente programa pretende realzar la importancia de la, intervención de Trabajo Social en el ámbito psiquiátrico como parte integrante del equipo multidisciplinario que debe de dar, atención al paciente aún cuando haya sido dado de alta en el hospital. Muchas de las recaídas de los pacientes se debe a que no se continua el seguimiento del caso para incidir favorablemente y con oportunidad en las situaciones que lo afligen. Es por esto y por las repercusiones que el problema implica a la sociedad, por lo que se considera indispensable que el trabajo, Social en quien recae la responsabilidad de efectuar el seguimiento del caso y ser un enlace efectivo entre el paciente y su medio familiar junto con el equipo de salud psiquiátrico para favorecer la constancia en el tratamiento biopsicosocial y el paciente se integre de manera definitiva a su medio. Apoyando al equipo de salud a su vez otra actividad indispensable que es la de dar educación en salud mental a toda la población, para lograr así un cambio de mentalidades.

2.- Objetivos :

- El Trabajador Social participará en el equipo multidisciplinario ubicando y determinando su posición den

- tro de este
- Involucrar a la familia en el tratamiento y en el proceso de rehabilitación del paciente dentro y fuera de el hospital
- El Trabajador Social contribuira a que el paciente reciba tratamiento integral para que al salir de el hospital sea capaz de llevar una vida funcional.

3.- Políticas :

- Trabajo Social formará parte del equipo multidisciplinario, para el logro del tratamiento integral
- El Trabajador Social participará en actividades intra y extra murales.
- El Trabajador Social tendrá control de sus pacientes, (calendarizando sus actividades para facilitar sus -- acciones)
- Los Trabajadores Sociales estarán permanentemente bajo supervisión psicoterapéutica de sus casos
- El Trabajador Social hará uso del expediente
- Participará en sesiones clínicas
- Participará de coterapeuta en psicoterapia de grupo -
- El Trabajador Social mantendrá discreción en los ca--
sos que maneje. Usar etica profesional
- El Trabajador Social evaluará sus resultados, primero a nivel de area y luego con el equipo multidisciplinna

rio.

4.- Metas :

- 4.1 - Realizar en el 100% de los casos que lleguen al hospital el estudio social como instrumento de investigación socio-psiquiátrica
- 4.2 - Atender los problemas socio-familiares del 80% de los pacientes que los tengan y que interfieran con su recuperación
- 4.3 - Promover que el 100% de los pacientes en condiciones físicas adecuadas participen en algunas o en varias, actividades deportivas, recreativas, culturales, por lo menos una vez al mes
- 4.4 - Promover la socialización entre el 70% de los pacientes psiquiátricos y los familiares que se determinen conveniente, por lo menos cada mes.
- 4.5 - Ayudar a la colocación de pacientes psiquiátricos en el área laboral por lo menos cada tres meses
- 4.6 - Integrar al 90% de los familiares a actividades de grupo, para proporcionarles tratamiento social, orientación sobre el padecimiento del paciente y su manejo a actividades recreativas
- 4.7 - Reunir por lo menos una vez al mes a los integrantes de las familias seleccionadas del 70% de los pacientes para que comenten entre ellos, dentro de su domicilio, eventos agradables que favorezcan las relaciones

nes intrafamiliares

Nota: Los porcentajes son variables, dependiendo de, las cantidades que se manejen en la institucion.

5.- Limites :

- Tiempo.- El programa de acción se hará primeramente - en forma piloto durante un año y dependiendo de los - resultados se programará para mantenerlo de manera -- permanente.
- Espacio.- Hospital, hogar, trabajo y escuela; según - lo requiera el caso
- Universo de trabajo.- Pacientes psicóticos de el hos- pital psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez "

6.- Organización :

La organización será determinada por la estructura de - la institución, más específicamente por la Jefatura de - trabajo Social.

Las actividades se realizarán en el núcleo familiar, -- asistiendo a los domicilios de los pacientes en un prin - cipio cada mes y posteriormente, según lo requiera el - el estado del paciente, se iran haciendo más esporádi-- cas; así lo mismo en la escuela o área laboral. Reali-- zando en cada caso calendarización de actividades

- Recursos Humanos.- el equipo interdisciplinario que se, hará cargo de las actividades seran:

2 Psiquiatras, 2 Enfermeras, 2 Psicólogos, 3 Terapistas ocupacionales y 5 Trabajadores sociales, auxiliados por personal administrativo

- Recursos financieros.- el financiamiento se llevará a cabo teniendo como base los recursos disponibles, con los que cuenta la institución.

7.- Actividades :

- Orientar y sensibilizar a la familia en el tratamiento y en el proceso de rehabilitación del paciente
- Informar al familiar y al paciente de los perjuicios, que puede ocasionar la interrupción y descuido del tratamiento
- Visitas domiciliarias para supervisar las actividades que se lleven a cabo y las relaciones interpersonales que tiene el enfermo psiquiátrico
- Realizar entrevistas con el paciente o en su defecto, con el cónyuge para conocer su vida afectivo-sexual y dar orientación al respecto
- Establecer conexión con las instituciones que tienen, relación con el paciente: escuela, trabajo y observar como se desenvuelve el sujeto
- Buscar conexiones con instituciones públicas y privadas para que acepten pacientes dados de alta y puedan tener un empleo remunerativo

- Educar a los familiares sobre aspectos de salud, higiene mental, educación sexual que ayuden a ampliar sus conocimientos del área; por medio de pláticas, --proyecciones, diapositivas, etc. En el hospital y comunidades para producir en los individuos un cambio de actitudes frente a los pacientes psiquiátricos
- Realizar evaluaciones cada mes de las actividades que se llevaron a cabo dentro y fuera del hospital, primero a nivel de área y luego con el equipo
- Realizar investigaciones de factores sociales predisponentes de las enfermedades mentales para anular los efectos.

8.- Evaluación :

La evaluación debe de ser trimestral, evaluandose las metas alcanzadas.

- En la meta 3.1 se evaluará por medio de sistematización, de los estudios sociales, analizando las actitudes y facilitar cambios que beneficien al paciente y a sus familiares
- En la meta 3.2 se evaluará por medio de autoevaluación y observación en su medio sociofamiliar para que los pacientes superen su problemática
- En la meta 3.3 se evaluará por medio de la autoevaluación destacando cada miembro sus cualidades y limitaciones -- que puso en juego

- La meta 3.4 se logrará por medio del familiograma, basado en la técnica de la sociometría
- La meta 3.5 se dividirá en dos: los que saben desarrollar un oficio están trabajando y los que no tengan un oficio acudiran a capacitación
- La meta 3.6 se evaluará por medio de crónicas a efecto de poder realizar un análisis de grupo, siendo conveniente tener registradas las sesiones realizadas en donde se relatará, interpretará y se elaborará el plan de acción de la siguiente sesión
- En la meta 3.7 se usará la autoevaluación en donde cada miembro destacará sus cualidades y limitaciones para el logro de los objetivos propuestos

Nota: Dentro del capítulo se citan las direcciones y nombres de las instituciones de la Secretaría de Salud, dentro del área de higiene mental y psiquiatría, para conocimiento de los lectores. Por lo que se pide que se remitan al Anexo II. En el Anexo III se proporciona un estudio psicosocial completo, el cual se utiliza en Trabajo Social para un estudio completo.

SINTESIS CAPITULAR

La atención médica en general se da en tres niveles al igual que en la psiquiatría preventiva, la cual se puede considerar como una rama de la psiquiatría. La salud mental trata de potenciar tanto en el plano individual como colectivo el bienestar general, de prevenir las enfermedades psíquicas y de limitar sus riesgos, por medio de acciones profesionales como las de trabajo social, que participa en la ejecución de estos niveles, unidos por un fin común, que es el de lograr la óptima realización del individuo a través del gozo pleno de sus facultades.

En el primer nivel el Trabajador Social promueve la participación de la comunidad para mantener o alcanzar ciertos grados de bienestar social. En el segundo y tercer nivel se debe de tratar de que el convaleciente logre su total recuperación -tratando de crearle a su regreso a casa un clima de aceptación, y comprensión, resolviéndose más favorablemente con la cooperación de la comunidad. Por otra parte es imperiosa la necesidad, de hacer del conocimiento de toda persona la causa y naturaleza de las enfermedades mentales, a fin de lograr una mayor adaptación del enfermo al medio. Sin embargo no es tarea fácil quitar ideas tan arraigadas, creencias ancestrales, que se han seguido alimentando por la ignorancia que todavía prevalece en la sociedad.

Deben de tomarse medidas urgentes y resaltar la importancia

de la labor positiva de las repercusiones tanto individuales, - familiares y sociales a través de la ejecución de las medidas - enumeradas en éste capítulo.

CONCLUSIONES

- 1.- Las enfermedades mentales desde épocas remotas han sido causa de miedo, terror, compasión, etc. Actualmente se está tratando de dar más importancia y mejor trato a este tipo de padecimientos. Aún con esto la sociedad no ha madurado y sigue viendo a estos sujetos como "locos". Parte de esto el mismo estado (por medio de las instituciones públicas adecuadas), ha sido culpable, debido, a que no se le ha dado, la debida difusión, para que la población amplie sus conocimientos en estos aspectos y se trate de ayudar a estas personas sin marginarlos en granjas psiquiátricas, en donde se vuelven "crónicos incurables" o deambulando por las calles, causando lastimas y exhibicionismos o escondiendoseles en cárceles cumpliendo condenas arbitrarias.
- 2.- Las enfermedades constituyen un problema social latente, grave y con tendencia a incrementarse; aunque no se conoce, con precisión la magnitud de los problemas de salud mental, en México, por los indicadores disponibles se puede inferir que el 10% de los individuos lo está en algún momento de su vida. Se calcula que la frecuencia de las grandes psicosis, funcionales -esquizofrenia y afectivas- es cercana al 1% y que existe una frecuencia de 3% de retrasados mentales de los cuales una cuarta parte constituyen casos serios. La frecuencia de la epilepsia se ha colocado entre el 2% de la población. En cuanto a los problemas del alcoholismo y la

drogadicción representan asuntos importantes de salud que, requieren un enfoque preventivo y asistencial".²⁵

- 3.- Los factores que determinan enfermedades mentales son químicos, genéticos, traumáticos y sociales. Sus repercusiones pueden afectar a las personas biopsicosocialmente. Asimismo el núcleo social del paciente reacciona según su capacidad mental y afectiva. Lo que trae consigo que el enfermo - se afecte en áreas como son: la laboral, interpersonal, sexual, etc.
- 4.- Algunos de los factores que influyen a que no se logre la rehabilitación son:

En el área educativa se observó que los familiares del paciente, presentan un bajo nivel educativo, ocasionando - que no se detecte a temprana hora el padecimiento, por lo que, en muchos de los casos se tiende a agravar. El bajo nivel escolar provoca problemáticas económicas que buscan, escape en estupefacientes o bebidas alcohólicas, lo que no permite que el tratamiento continúe, desencadenando en las familias desunión y/o hasta desintegración familiar que agudiza no solo la conducta del enfermo, sino hasta la de la misma familia.

²⁵-----
Soberon. Acevedo, Guillermo, Hacia un Sistema Nacional de Salud, UNAM, México, 1983.

- 5.- Un punto importante que no se puede pasar por alto es la falta de recursos económicos que priva en la mayoría de las personas que acuden a hospitales de asistencia pública como el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Siendo esto una traba para muchas familias que son provincianos, porque al no contar con medios necesarios no pueden estar regresando a los tratamientos, ni comprar los medicamentos necesarios; ni trabajo social puede acudir a visitas domiciliarias, para observar como esta respondiendo, el paciente con su medio familiar y extrafamiliar.
- 6.- Por falta de educación en todo lo concerniente a salud mental, la población que acude a los hospitales psiquiátricos carecen de elementos básicos sobre enfermedades mentales y sus repercusiones, tendiendo a perjudicar a su familiar enfermo, haciendo caso omiso de los peligros posteriores. -- Por otra parte la falta de educación en los profesionales, maestros de escuela, jefes, etc., hace que los tratamientos con frecuencia abarquen un estadio más avanzado, sobre todo en el caso de las neurosis.
- 7.- El paciente al abandonar el hospital psiquiátrico debe de, pasar por una etapa intermedia o de transición en forma de hospital parcial, sea este de día, de noche o fin de semana, según el tipo de padecimiento de que se trate.
- 8.- El trabajador social participa dentro y fuera de los hospitales psiquiátricos en actividades de prevención en donde,

se detectan los casos y canalizan a la institución psiquiátrica, en donde se les trata de rehabilitar y curar para --regresarlo a su hogar. Pero si no se investiga su medio --circundante el paciente al volver a su círculo social volverá a recaer y su rehabilitación no se dará. Por lo que --el tratamiento empleado y los esfuerzos hospitalarios serán en vano.

- 9.- El trabajador social está familiarizado con las instituciones sociales existentes como la escuela, el hospital, etc., por lo que se promueve el bienestar social de la familia y grupos sociales.
- 10.- El trabajador social bien adiestrado, tiende a convertirse en un clínico social para la comunidad, sus tareas diarias le permiten identificar la clase de problemas que requieren solución de parte de la comunidad y los tipos de padecimientos que pueden llegar a integrarse a su medio. En esta instancia el trabajador social desempeña funciones que, tienden a hacerse más racionales y efectivos los esfuerzos generales de la salud mental, de fomentar el bienestar social, venciendo los obstáculos para una vida satisfactoria y productiva.
- 11.- En la actualidad los especialistas de salud mental se adhieren al concepto de que la enfermedad mental es un episodio de la vida, más que el destino manifiesto de una persona y que los pacientes por medio del tratamiento y la reha

bilitación, tanto dentro como fuera del hospital, deberán, avanzar paso a paso de una fase a la siguiente hasta obtener el grado óptimo de su recuperación.

- 12.- Lo que priva hoy en día en la mayoría de los países del mundo es la atención del paciente por su propia familia,-- los pacientes son externados lo más pronto posible y se instruye a los familiares sobre las características de los padecimientos con el objeto de que mantengan a los pacientes en programas de seguimiento y solicitan ayuda oportuna a fin de evitar el reingreso al hospital. Si este llega a ser indispensable se tratará de que el internamiento solo, dure el tiempo necesario para suprimir los síntomas más graves.
- 13.- En México todavía no es muy usual encontrar formas de tratamiento para los sujetos que egresan de hospitales psiquiátricos y tienen que continuar con un tratamiento, para su total rehabilitación. Un buen acierto es la formación del hospital de día, que se encuentra dentro del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", en donde se atiende a pacientes esquizofrénicos, logrando lentamente buenos resultados. Requiriendo que se aplique no solo a un padecimiento, y difundirse a nivel nacional.

SUGERENCIAS

- 1.- Que se cumpla la meta de la psiquiatría social, consistente en cambiar las actitudes y los hábitos de la comunidad mediante un programa educacional, para el entendimiento y comprensión de las enfermedades mentales. La corrección de las creencias está en función directa de la magnitud de educación recibida, por lo tanto pueden usarse programas de comunicación directa, tal como se hace dentro de las aulas.
- 2.- En el país no existe conciencia en la población. La mayoría de las familias delegan la responsabilidad al hospital, necesitando se eleve el nivel de educación para detectar y atender oportuna y adecuadamente los casos sobre trastornos, psiquiátricos.
- 3.- Para contender los problemas de salud mental se requieren políticas públicas a nivel nacional, que tanto el gobierno, federal como los gobiernos estatales canalizen recursos económicos proporcionales a las necesidades expresadas en estudios objetivos, y la puesta en acción de programas que progresivamente cubren a la población.
- 4.- Creación de pequeñas unidades semi-autónomas que sirvan a zonas geográficas reducidas que brinden atención psiquiátrica.
- 5.- Capacitación a maestros para que difundan educación e higiene mental en las escuelas.

- 6.- El trabajador social debe de participar en el equipo interdisciplinario para un manejo integral del paciente, elaborando y ejecutando programas de rehabilitación que todos - conforme a su área desempeñen. Haciendo reuniones periódicas para evaluar resultados y planear u organizar las actividades conjuntamente. También deben de participar en sesiones clínicas para lograr retroalimentación de información; así como de interacción teórico-práctica para la obtención de resultados optimos en el manejo del paciente.
- 7.- El trabajador social debe proseguir en el seguimiento de - los casos, motivando al paciente para que continúe con su, tratamiento, vigilándolo esporádicamente para que cumpla - el tratamiento, orientándolo en su problemática e incitándole para que continúe su vida "normal".
- 8.- Se debe de implicar a toda la familia de lo que significa, la situación de su familiar enfermo.
- 9.- Debe hacerse comprender a toda futura madre la importancia que tiene la vigilancia médica periódica de su embarazo y, la atención del parto en un medio hospitalario eficiente , como medio de preservar en buen estado la salud del niño + por nacer y de la madre.
- 10.- El trabajador social debe de participar activamente en la, elaboración, ejecución y evaluación de programas de rehabilitación.

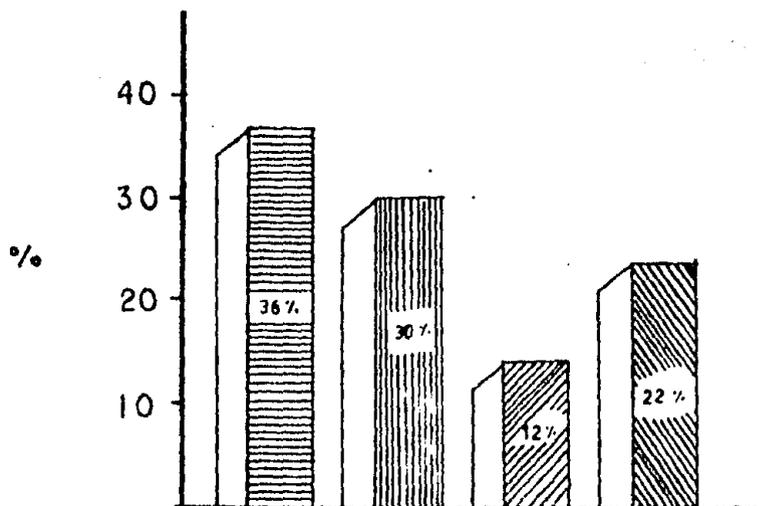
- 11.- Participación de trabajo social en sesiones bibliográficas intray extra departamentales para lograr la actualización, teórica.
- 12.- Fomentar el desarrollo y participación de investigaciones, sobre problemática psicosocial que afectan a la población, que asiste al hospital.
- 13.- El trabajador social debe de tener buena salud mental, por lo que amerita que se someta a test y psicoanálisis.
- 14.- Fomentar la especialización en psiquiatría del Lic. en - - Trabajo Social.
- 15.- Hablar de rehabilitación implica aplicación de procedimientos entre otros recreativos, ocupacionales, laborales, --- psicofarmacológicos; así como la minimización de los pro---blemas derivados de las relaciones interpersonales.
- 16.- Al hablar de prevención terciaria, es decir, de las medi---das que la psiquiatría social tiene que aplicar para favorecer la práctica de la rehabilitación, se incluye la organización de servicios para la salud mental, es decir, que la organización e investigación de los servicios de salud bushacerlos más eficaces en su objetivo de mantener y mejorar la salud mental. De aquí se derivan los programas de seguimiento del estado de salud, supervisión preventiva, aten---ción domiciliaria, capacitación para el trabajo.
- 17.- Salud mental implica la capacidad para mantener relaciones

armoniosas con los demás, para satisfacer las necesidades, instintivas y participar constructivamente en la modificación del ambiente físico y social. Es imposible promover y mantener la salud mental sin la participación de los demás es difícil pedir relaciones armoniosas en un contexto como el nuestro. Sin embargo es aquí donde está el desafío para llevar a cabo educación para la salud.

ANEXO I3.4.1 PRESENTACION DE LA INFORMACION.

la Parte Responsable de el paciente.

GRAFICA 1

Preg No 1. ¿ Qué relación familiar guarda con el
paciente ?

MADRE



HERMANOS



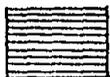
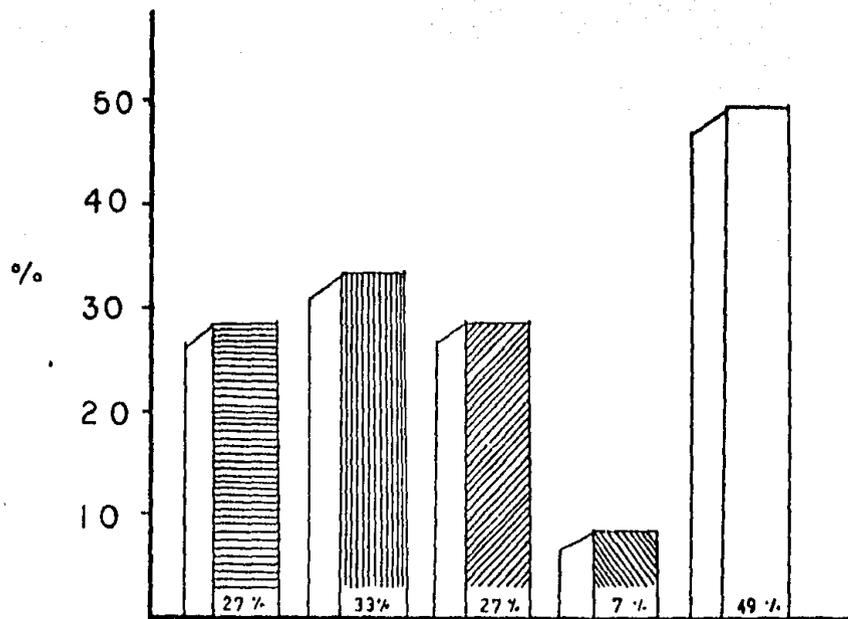
ESPOSA



OTROS

GRAFICA 2

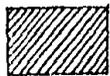
Preg No. 2. ¿ Nivel escolar de la persona responsable ?



ANALFABETA



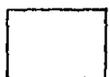
PRIMARIA INCOMPLETA



PRIMARIA



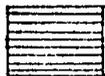
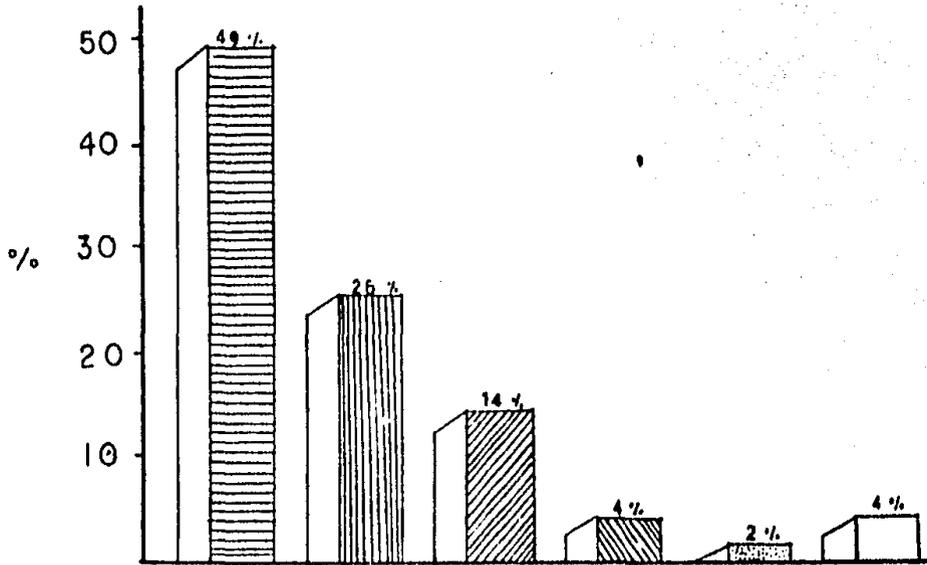
SECUNDARIA



PREPARATORIA

GRAFICA 3

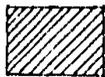
Preg No 3. ¿ Tiempo de hospitalización ?



MENOS DE 1 MES



1 MES



2 MESES



3 MESES



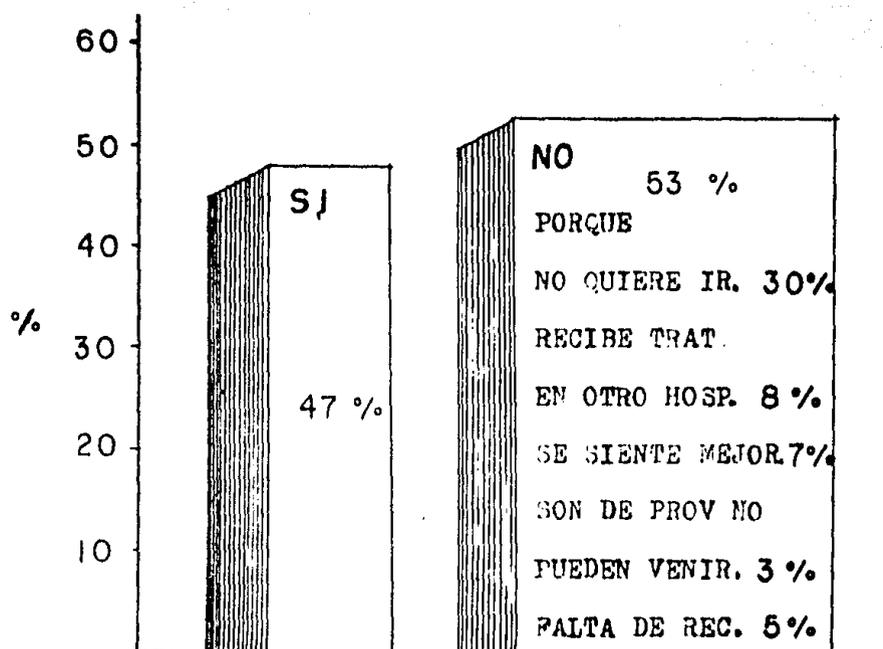
5 MESES



SE IGNORA

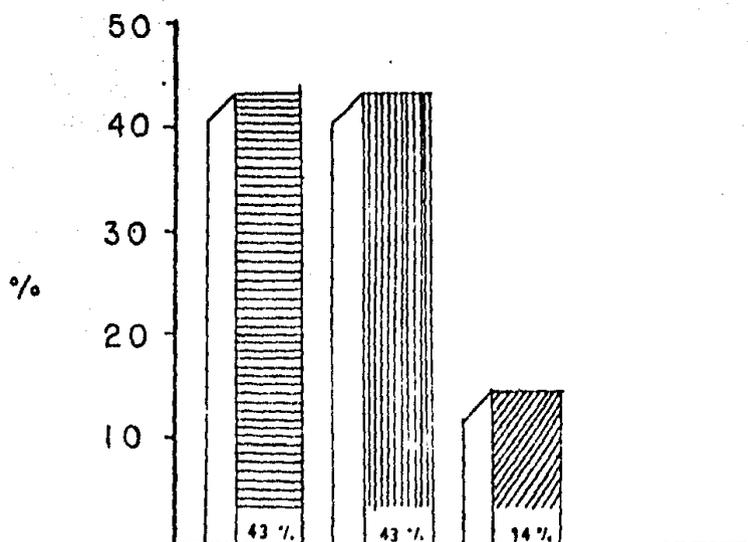
GRAFICA 4

Preg No 6 ¿ Continúa con su tratamiento en el hos-
tal ?



GRAFICA 5

Preg No 5. ¿ Condición actual del estado de salud
del paciente ?



SE ENCUENTRA IGUAL A CUANDO SALIO DEL HOSPITAL



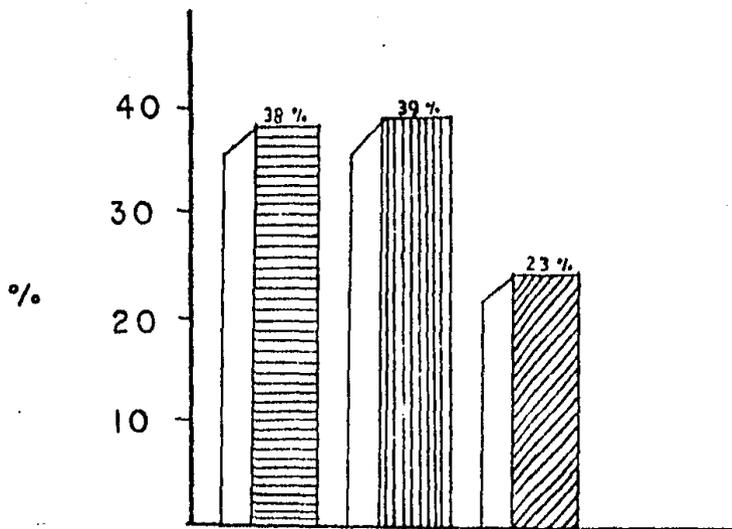
SU SALUD AL SALIR DEL HOSPITAL Y VOLVER A SU CASA EMPEORO



MEJORO AL SALIR DEL HOSPITAL

GRAFICA 7

Preg No 4. ¿ Conoce el diagnóstico de la enfermedad ?



LO CONOCEN



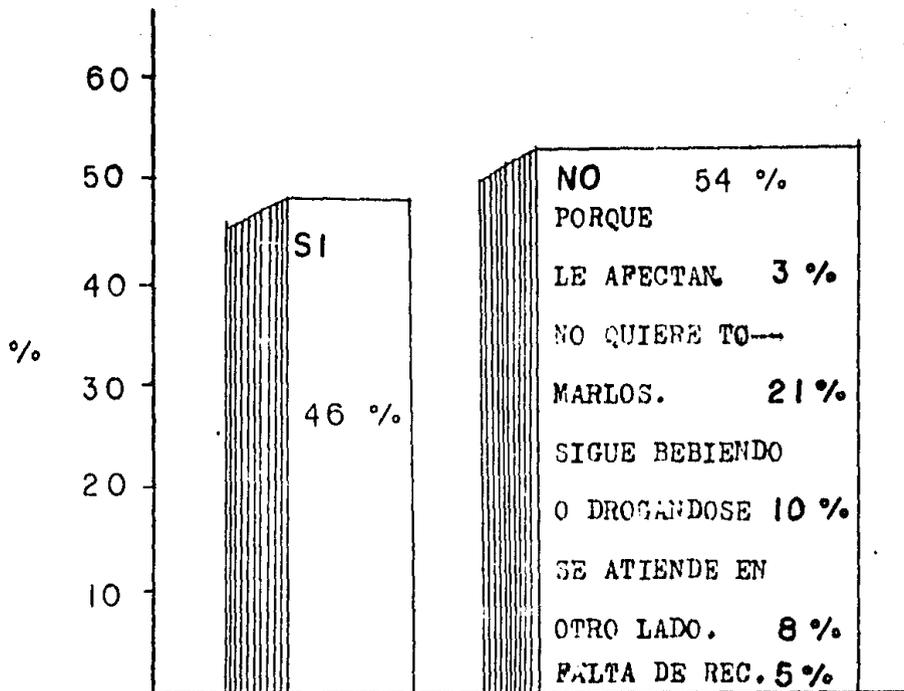
DAN CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD



LO IGNORAN

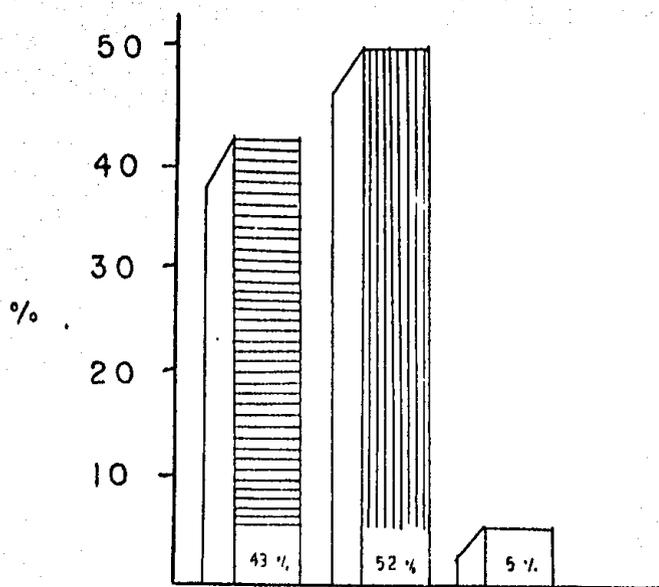
GRAFICA 6

Preg No 7. ¿ El paciente toma sus medicamentos ?



GRAFICA 8

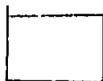
Preg No 8. ¿ Ha variado el comportamiento del paciente ?



POSITIVA



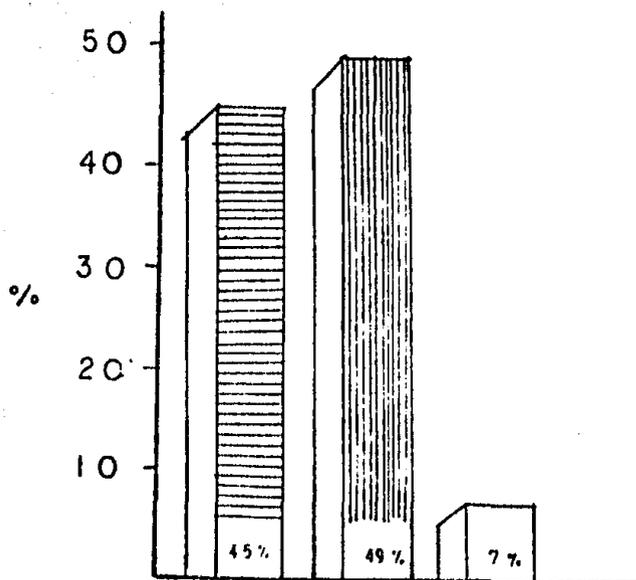
NEGATIVA



ESTABLE

GRAFICA 9

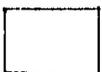
Preg No 9. ¿ Como se siente la familia al regreso del paciente ?



BIEN



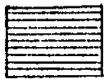
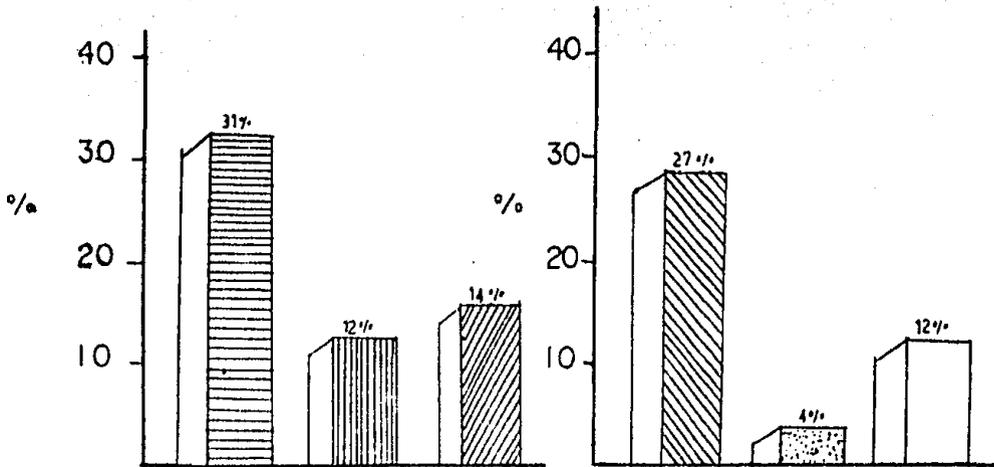
MAL



INDIFERENTE

GRAFICA 10

Preg No 10. ¿ Desearia que el paciente regresara al hospital ?



PARA QUE SE CURE



SIGUE IGUAL



ENCASO DE RECAIDA



YA ESTA MEJOR



NO LE DIERON ATENCION ADECUADA

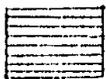
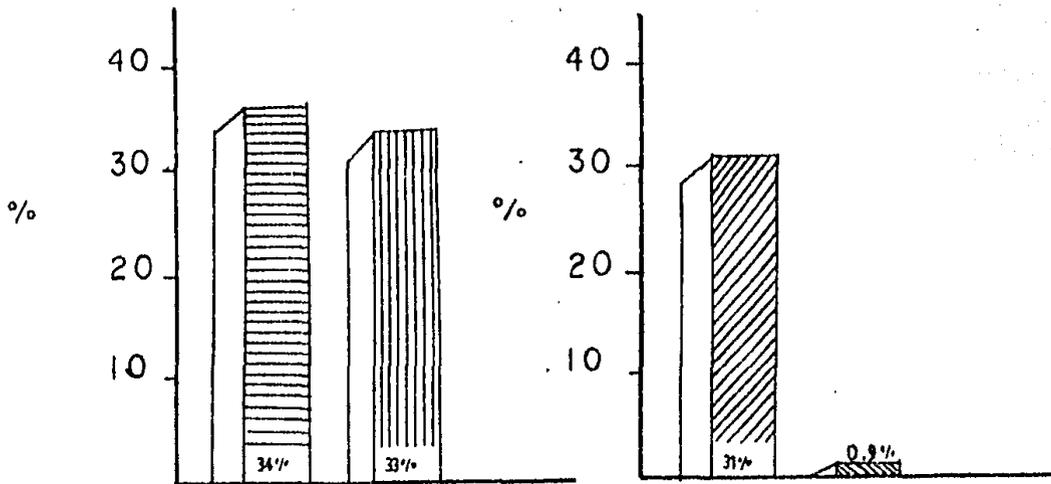


NO OBTUVO MEJORIA

ANEXOS

GRAFICA 11

Preg No 11. ¿ Influyen las atenciones de ustedes en el paciente ?



ATIENDE A SUS CONSEJOS



PROPORCIONAN DOLE AYUDA MEJORARA



NO HACE CASO DE LO QUE LE DICEN

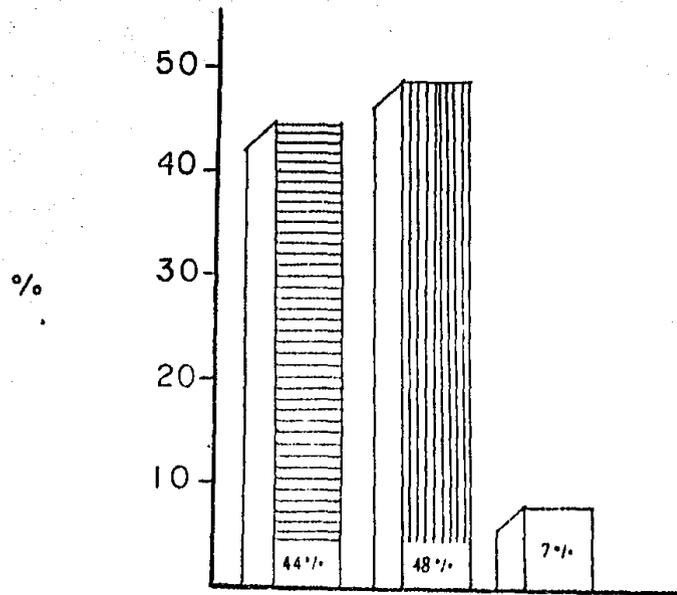


ES SOBREPOTEGIDO

2a Parte Paciente.

GRAFICA 12

Preg No 1. ¿ A qué se dedica ?



TRABAJA



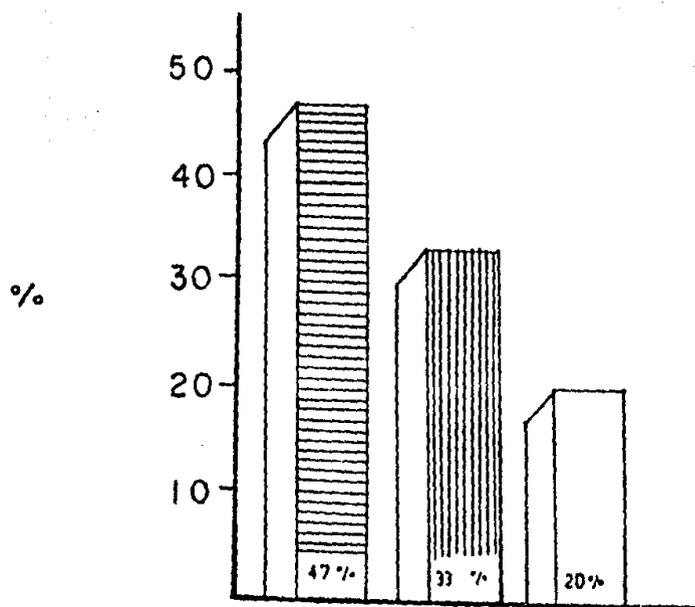
NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD



ACTIVIDADES EN EL HOGAR

GRAFICA 13

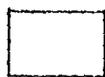
Preg No 2. ¿ Como se lleva con su familia ?



MAL



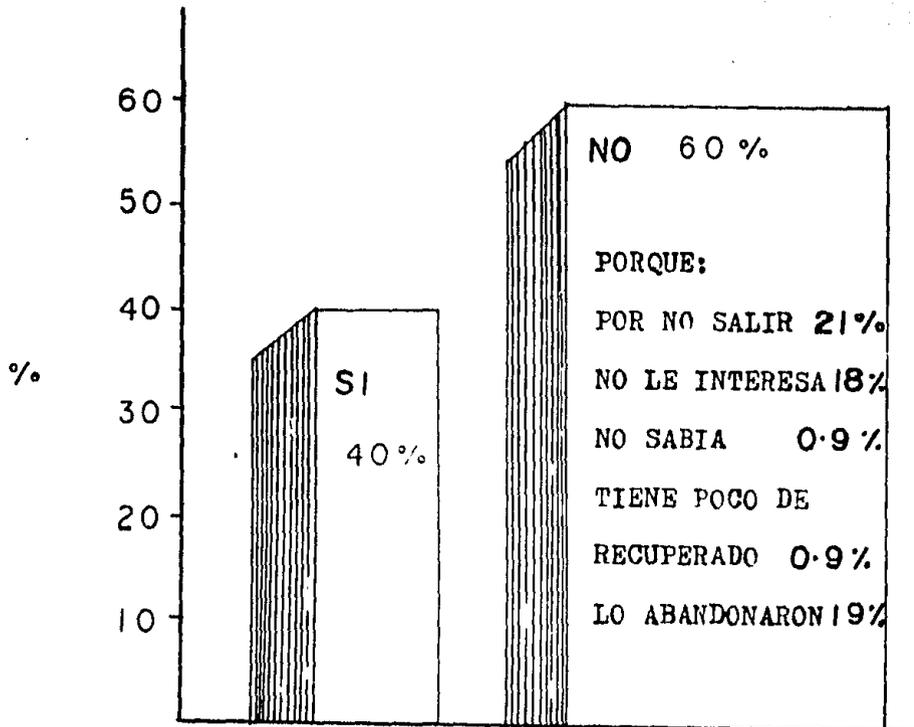
BIEN



REGULAR

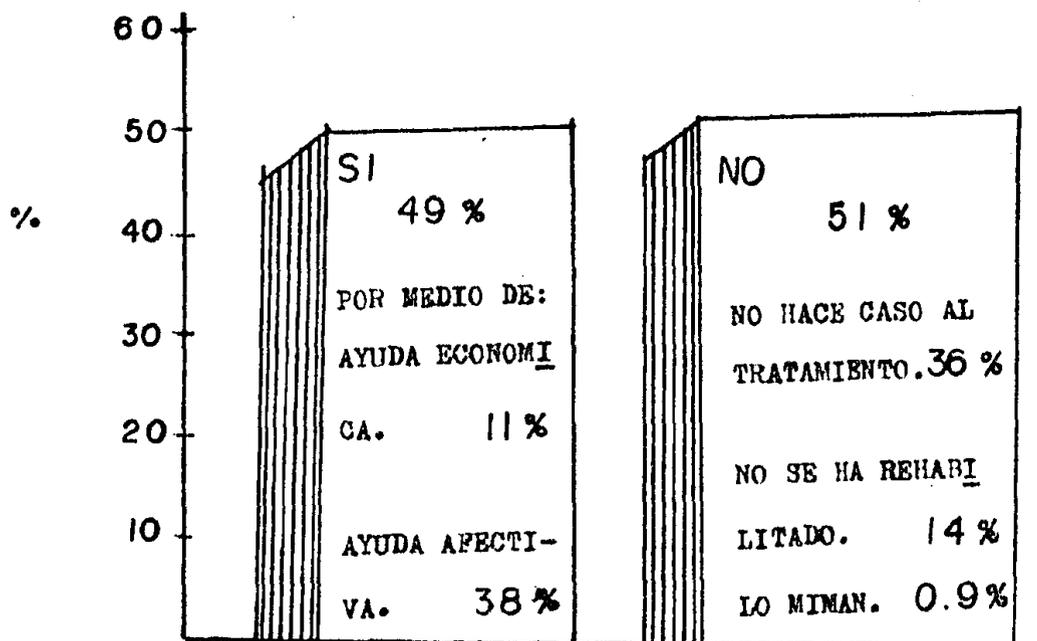
GRAFICA 14

Preg No 3. ¿ Mantiene alguna relación afectiva con otra persona ?



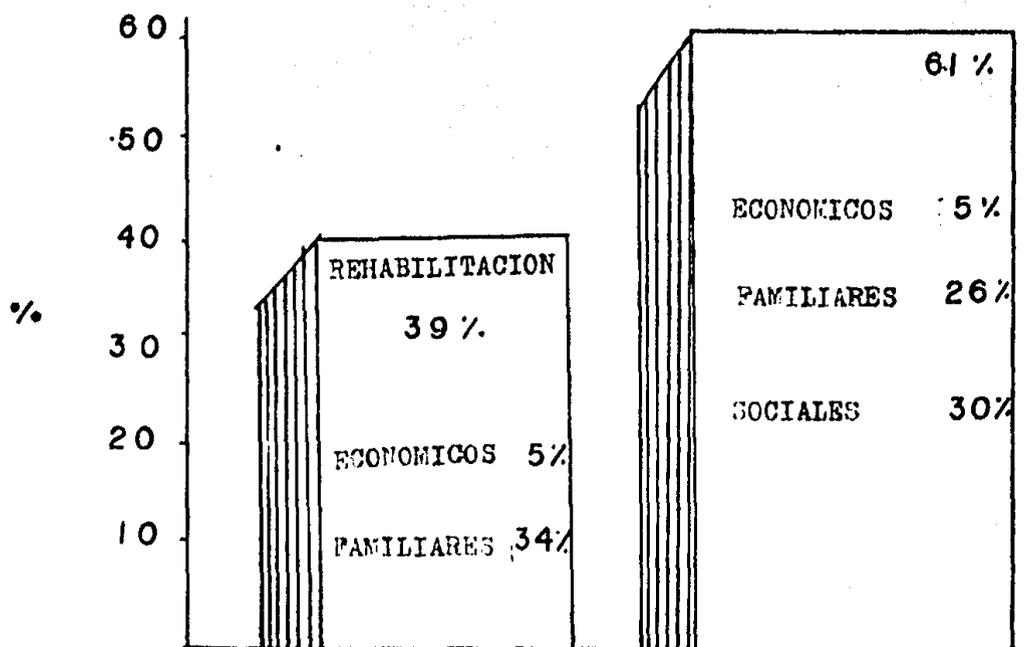
GRAFICA 15

Preg No 4. ¿ Ha contribuido su familia a su reha
bilitación ?



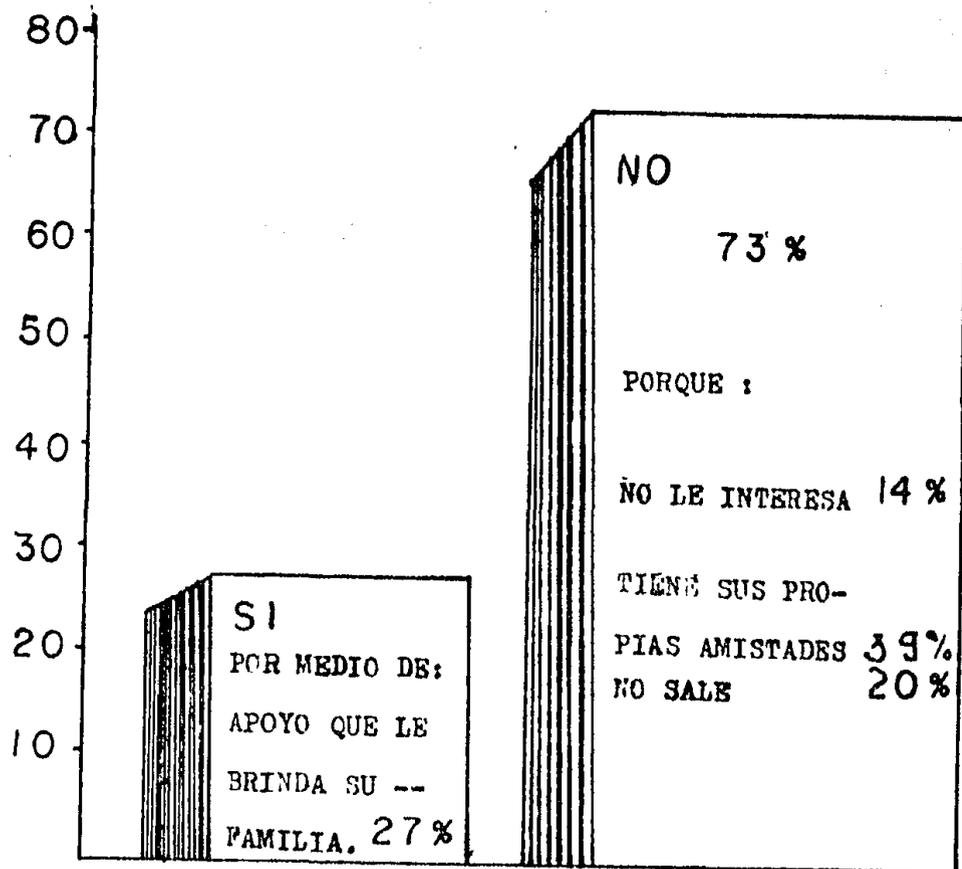
GRAFICA 16

Preg No 5. ¿ Qué factores considera que han contribuido a su rehabilitacion o a la cronicidad de la enfermedad ?



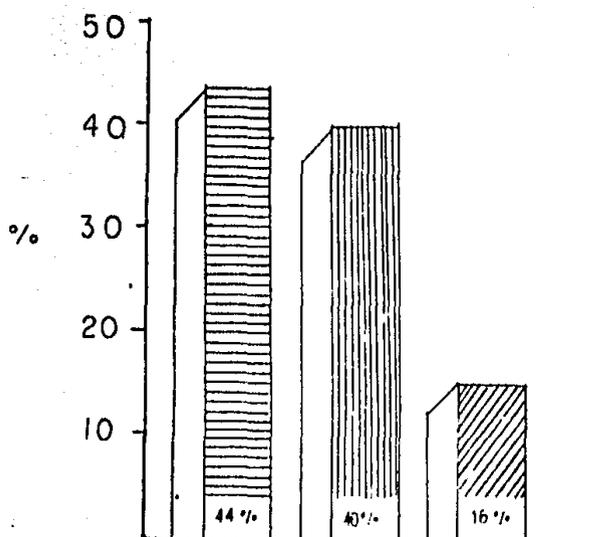
GRAFICA 17

Preg No 6. ¿ Al salir del hospital logró reintegrarse a su medio ambiente con ayuda de su familia ?



GRAFICA 18

Preg No 7. ¿ Como ha sido la actitud de su familia con usted ?



EL COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA AL REGRESO DEL ENFERMO ES EL MISMO (REGULAR)



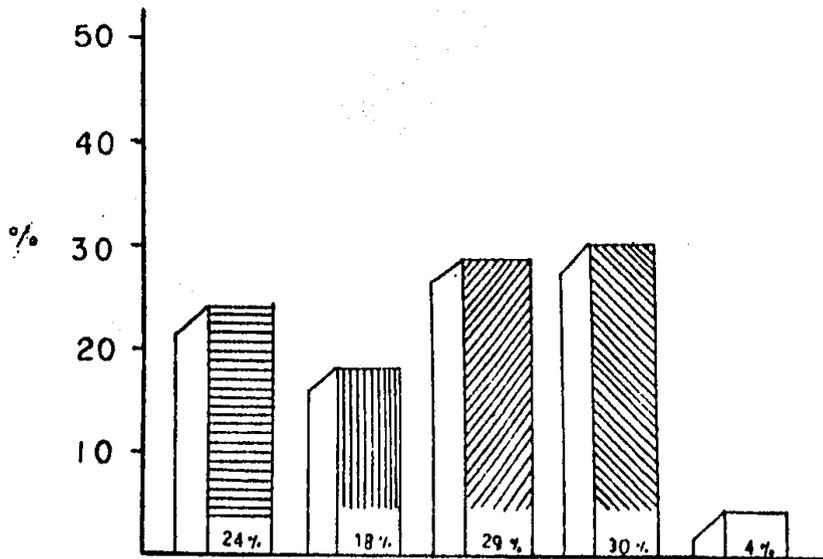
EL TRATO DE LA FAMILIA CON EL ENFERMO MEJORA



LA ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL ENFERMO HA EMPEORADO

GRAFICA 19

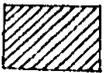
Preg No 8. ¿ Considera que se ha rehabilitado ?



SE SIENTE REHABILITADO



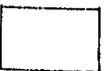
NO HA TERMINADO EL TRATAMIENTO (ACUDE A CONSULTA EXTERNA)



NO LE INTERESA



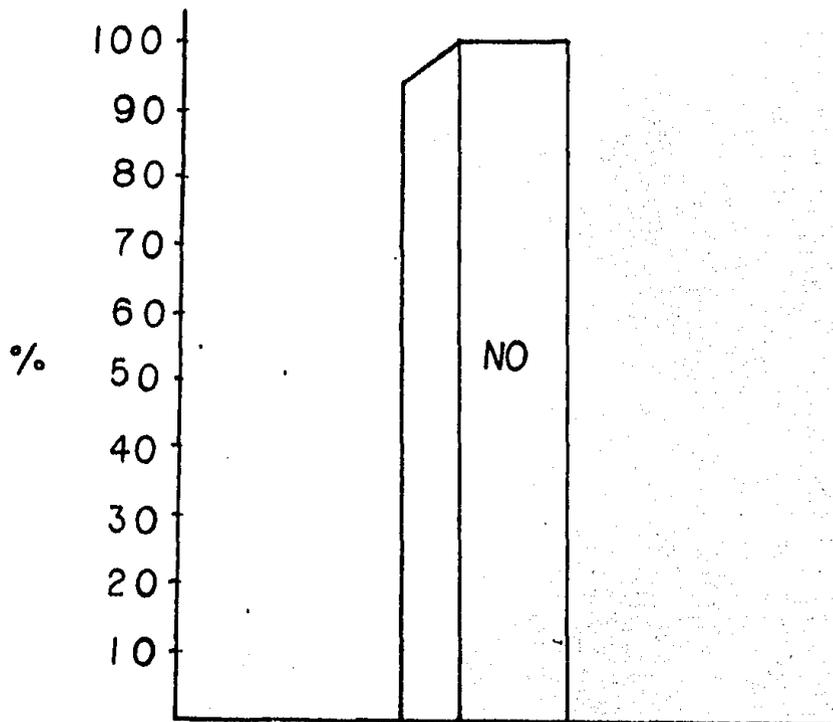
VOLVIO A RECAER



LO IGNORA SIN AGREGAR RESPUESTA

GRAFICA 20

Preg No 9. ¿ Ha recibido el apoyo de Trabajo Social para que continúe con su rehabilitación ?



ANEXO II

Los servicios de salud mental, higiene mental y psiquiatría dentro del sector salud, son los siguientes:

SECRETARIA DE SALUD

Centros de Higiene Mental

1er Nivel

- " San Francisco Culhuacan ", Av Taxqueña, Esq Calle de ----
la Salud. San Francisco Culhuacan, México 21, D.F. Tel ----
5 44 07 25.
- " Dr Gustavo A. Rovirosa Pérez ", Av. San Gabriel No 517. --
Esq. San Alberto. Santa Ursula Coapa, México 22, D.F. ----
Tel 6 77 35 77.
- " Dra Margarita Chorne Salazar ", División del Norte 2986,
México 21, D.F., Tel 5 44 16 49.
- " Mixcoac ", Rembradt 32, México 19, D.F., Tel 5 63 37 53
Delegación Benito Juárez.

- " Portales ", Calzada San Simon No. 94, México 13, D.F. TEL: 5-39-05-92.
- " Dr. Atanasio Garza Rios ", Dr.Vértiz y Dr.Erazo, Col.Doc-
tores, México 7, D.F. Tel: 5-88-66-97.
- " Dr. D mingo Orvañanos ", Esq. Libertad y Comonfort, México
2 D.F. Tel: 5-26-13-59 y 526-03-95.
- " Soledad Orozco de Avila Camacho ", Juventino Rosas Esq. -
Tetrazzini. Tel: 5-83-01-70, Colonia Exhipodromo de Peralvi
llo.
- " Dr. José Ma. Rodriguez ", Calzada San Antonio Abad, No. -
350, México 8, D.F. Tel: 5-19-62-90. Col. Asturias.
- " Beatriz Velaso de Aleman ", Eduardo Molina Esq. Peluque--
ros Col. 20 de Noviembre, México 2, D.F.Deleg. Venustiano -
Carranza Tel: 7-95-44-87.
- " Dr. Juan Duque de Estrada ", 170 Oriente No. 154 Col. Moc
tezuma 2a. Sección Tel: 5-71-25-72.
- " Dr. Manuel Cardenas de la Vega ", 5 de febrero y Victoria
la Villa Col. Martín Carrera Tel: 5-77-10-49.
- " San Pedro Zacatenco ", Av. Ticoman No. 323, Ejido San Pe-
dro Zacatenco Tel: 7-54-22-05.
- " Dr. Rafael Ramirez Suarez ", Av. Montevideo y 17 de Mayo.
San Bartolo Atepehuacan Tel: 7-45-08-92.
- " México-España ", Mariano Escobedo No. 148, Tacubaya, Méxi
co 17 Tel: 5-45-07-21.

- " Dr. Angel Brioso Vasconcelos ", Benjamín Hill No. 14 Tacu baya, Tel: 5-15-27-99.
- " Dr. Manuel de E contraía ", Frontera No. 15 Villa Alvaro - Obregón, México 20 Tel: 5-48-25-98.
- " Dr. José Zozaya ", Corregidora No. 135, Esq. Plutarco E-- lias Calles, México 8, D.F. Tel; 6-50-26-91-.
- " Agrícola Oriental ", Av. Sur 16 Esq. Oriente 245, Col. A- grícola O iental, Tel: 5-58-12-68.
- " Dr. Rafael Carrillo ", Ayuntamiento No. 143, Iztapalapa - Tel: 5-82-97-74.
- " Dr. Galo Soberon y Parra ", Calzada Camarones No. 485, -- Azcapotzalco, México 16. D.F. Tel: 5-61-22-12.
- " Guajimalpa ", Av. Juárez Esq. Callejón Juárez, Tel: - --- 2-04-42 y 2-04-41 Lada 9-15-81.
- " Xochimilco ", Pino Esq. Callejón No. 2 México 23, D.F. - - Tel: 6-79-91-48.
- " San Pedro Martír", Elizalde No. 28.
- " Dr. José Castro Villagrama, Tel: 5-73-10-58.
- G. Dr. Carlos J. Castañeda González, Centro Comunitario de- Salud Mental.
- Dr. Enrique Gonzalez Martínez No. 131, Sta. Ma. la Ribera,- México D.F. Tel: 5-41-12-24-.

- Hospital Psiquiátrico Infantil, " Juan N Navarro ", Calzada San Buenaventura s/n. Tlalpan, México 22, D.F.
- Hospital Psiquiátrico para adultos, " Fray Bernardino Alvarez", Calzada San Buenaventura s/n. Tlalpan, México 22, D.F. Tel: 5-73-15-00.

Hospitales Psiquiátricos para enfermos crónicos:

- Campestre " Cruz del Norte ", Apartado Postal No. 621. Hermosillo Sonora Tel: 91 621 6 42 00.
- Campestre " José Sagayo ", Km. 33.5 Carr. México-Pirámides. Tepexpan Edo. de Méx. Tel: 7-87-00-88.
- Campestre " Dr. Samuel Ramírez Moreno ", Km. 6 Carr. México Puebla Sta. Catarina Tláhuac.
- Hospital Campestre " Dr. Fernando Ocaranza", Km. 63 Carr. México-Pachuca. San Miguel Eyecalco Hidalgo.
- C. Dr. José Antonio Nuñez Izquierdo, Campestre "Dr. Rafael Serrano " Km. 7.5 Carr. Puebla-Valsequillo. El Batán Puebla Tel: 91 22 4.
- C. Dr. Carlos Tejeda Ruiz, Hospital Granja " La salud ", Km. 33.5 Carr. México- Puebla, Zoquiapan Edo. de Méx. Tlaxo- lleotl. Tel: 91 597.
- C. Dr. Juventino Muñoz Pacheco, Hospital Granja "Cruz del Sur ", Apartado Postal No. 244, Reyes Mantecon Oaxaca. Tel: 91 951.

- C. Dr. Enrique Omar Guajardo Reyes, Hospital Granja "Villahermosa", Apartado Postal No. 189, Villahermosa, Tabasco --
Tel: 91 931.
- C. Dr. Ulises Iturbe Guerra, Hospital Campestre "Dr. Adolfo M. Nieto ", Km. 33 Carr. México-Pirámides Tepexpan Edo.de -
México. Tel: 91 595. 7 00 03.

3er. Nivel

- " Hospital de Dia", anexo al Hospital " Pray Bernardino Alvarez." Tlalpan s/n.

II.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
(D.I.F.)

1er. Nivel

- Instituto Nacional de Salud Mental, Periférico Sur.

Segundo y Tercer Nivel son canalizados a Secretaría de - -
Salud.

III.- Instituto de Seguridad Social para servicio de Trabajado-
res del Estado (I.S.S.S.T.E.)

1er. Nivel.

- Clínica de Neuropsiquiatría Juárez, Prolongación Jalapa s/n
Z.P. 7 Tel: 584-40-07.
- Clínica de Salud Mental Tlatelolco, Guerrero 346, Z.P. 3 ---
tel: 583-68-95-.

Segundo y tercer nivel son canalizados a Secretaría de ---
Salud.

IV.- Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S)

1er Nivel

- Hospital " La Raza "
- Clínica Núm 29. Av. 510 No 100. Z.P. 14 Tel 6 50 20 55.
- Clínica Núm 27. Lázaro Cárdenas No 445. Z.P. 3
Tel : 5 97 63 00.

2o Nivel

- Hospital Psiquiátrico s/n San Juan de Aragón No 311
Z.P. 14. Area Hombres tel: 5 77 60 43
- Hospital Psiquiátrico Clínica No 10 Tlalpan No 931 Area -
Mujeres.

No existe servicio en tercer nivel.

ANEXO III

Es importante que la trabajadora Social elabore una historia social o un estudio psico-social completo, el cual servirá, para detectar problemas que en la elaboración de la historia -- clínica no hayan expresado ni el paciente ni su familia y que -- van a aportar al médico u otros profesionistas afines, datos importantes para el tratamiento integral del paciente. (Este estudio debe de realizarse consciente del Marco Teórico que lo fundamenta a saber: Antropología, Sociología, Teoría Psicoanalítica del Modelo Clínico Normativo).

Los puntos a tratar en el estudio social completo van enfocados al desarrollo biopsicosocial del paciente, se toma como -- base la actitud y circunstancias que prevalecieron antes de la, gestación del paciente prenatal, neonatal y natal.

I.- FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Apellido paterno, materno y nombre completo.

Edad.

Fecha de entrevista: El día en que la trabajadora Social -- realice la primera entrevista y en caso de ameritar subse--cuentes mencionar las fechas correspondientes

Fecha de visita a domicilio: En caso de ser necesario.

Nombre y Domicilio del Responsable legal.

Fuentes de Información: Mencionar las características del -- entrevistado, parentesco, actitud durante la entrevista y --

opinión de la trabajadora social en relación con las manifestaciones y actitudes observadas.

Diagnóstico Médico: Mencionar en forma global el Diagnóstico con el que ingresa el enfermo.

Motivo del estudio: La razón por la que la trabajadora social realiza el estudio, el Médico que lo solicita u otras motivaciones.

Trabajadora Social: El nombre completo de la misma.

II.- DATOS PERSONALES

1. Desarrollo del enfermo.

- A) Actitud de los padres durante el desarrollo prenatal, neonatal y natal.
- B) Desarrollo de la niñez, abarcando los aspectos de escolaridad, interrelación familiar y extrafamiliar, actitudes especiales observadas y desenvolvimiento general.
- C) Desarrollo de su adolescencia abarcando los aspectos anteriores, haciendo hincapié en su capacidad intelectual, adaptación al medio escolar, relaciones con amistades de ambos sexos, pandillerismo, actividades recreativas (deportes que practica y otras actividades que el enfermo realice con gusto).
- D) Actividades generales de su vida de adulto.

III.- INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE SU ENFERMEDAD Y DESPUES DEL PRINCIPIO DE LA MISMA.

- A) Notificar si durante el principio de la enfermedad de el paciente, existieron conflictos de índole familiar o separación de los miembros y conflictos en general, motivados por su enfermedad, problemas económicos, enfermedad de algún otro miembro de la familia.
- B) Opinión sobre el padecimiento del enfermo, actitud -- de la familia hacia el principio y evolución del mismo.

IV.- HISTORIA LABORAL.

- A) Mencionar desde que edad trabaja, el tipo de ocupación que durante su vida ha desarrollado, salarios percibidos, opinión personal de sus trabajos, satisfacciones, recibidas, conflictos con sus autoridades de trabajo, etc.

V.- RELACIONES CONYUGALES.

- A) Mencionar en forma general la historia de su matrimonio, relaciones de noviazgo con el actual cónyuge, opinión -- del matrimonio y del respectivo cónyuge.
- B) Vida sexual: Educación sexual, hábitos, actitudes de -- los padres, amistades e interrelaciones encaminadas a, este tema.

VI.- DATOS FAMILIARES.

- A) Composición Familiar:

Padre: edad, nombre completo, escolaridad, ocupación, estado de salud, rasgos de personalidad, carácter, - educación, actitudes habituales y actitud hacia el - enfermo.

Madre: mismos aspectos.

Hermanos: calificar a cada uno de ellos con los mismos aspectos.

Cónyuge: Mismos Aspectos.

Hijos: Mismos aspectos.

- B) Mencionar las relaciones en general, conflictos internos, situaciones especiales y desenvolvimiento en general.
- C) Influencia de la familia en la formación de la personalidad del enfermo.

VII.- CONDICIONES DEL HOGAR.

- A) Localización del mismo, características de la colonia tipo de vivienda, mobiliario, hábitos de higiene y aseo en general, promiscuidad, etc.

VIII.- DATOS ECONOMICOS

- A) Ingreso económico de cada uno de los integrantes de, la familia que trabajan.
- B) Egreso y Distribución.
- C) Actitud del enfermo en su economía, su distribución, hábitos de ahorro, regalos, valor que da a las pertenencias, etc.

IX.- DIAGNOSTICO SOCIAL.

- A) Conclusiones desglosadas de los datos más importantes, obtenidos en el desarrollo de la historia social, mencionarlos en forma concreta a fin de dar la mayor utilidad y facilitar a los médicos tratantes.

X.- PLAN SOCIAL.

- A) La trabajadora social dará su opinión sobre el caso -- así como las medidas para un futuro tratamiento desde, el punto de vista socioeconómico y familiar.

XI.- PRONOSTICO.

- A) El trabajador social dará en este punto las expectativas de éxito.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman W, Nathan " Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares ", Editorial Paidós, 1971.
- Ackerman W, Nathan " Familia y Conflicto Mental ", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1972.
- Ackerman W, Nathan " Psicoterapia de la familia neurótica ", Edición Horme, Editorial Paidós, 1969.
- Alfaro, Ibor " La Psiquiatría de Hoy ", Editorial Toray S.A. --- Barcelona España, 1975.
- Alvarez, Antonio " Las relaciones humanas ", Editorial Humanistas, Buenos Aires, 1975.
- Asociación Argentina de Psiquiatría Social " Psiquiatría Social " Centro Editorial de America Latina, 1967.
- Ausubel F, David " Familia y Sexualidad ", Editorial Paidós, --- 1977.
- Becerra Ledezma, Rosa Ma " Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico ", Editorial Eco, Buenos Aires, 1977.
- Bender, L " Trastornos Mentales y Emocionales ", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1965.
- Berenstein, Isidoro " Familia y Enfermedad Mental ", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1976.

- Bertocci, A " Psicología de la Personalidad ", Editorial Paidós
Buenos Aires, 1976.
- Bosch García, Carlos " La técnica de investigación documental "
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México
1974.
- Boszormenyi-Nagy, Ivan " Terapia Familiar Intensiva ", Edito --
rial Trillas, México, 1976.
- Brussel A, James " Psiquiatría al alcance de todos ", Editorial
C.E.C.S.A., 1979.
- Caballeiro Goas, Manuel " Temas Psiquiátricos ", Editorial Paz -
Montalvo, Madrid, 1966.
- Centros de Salud y Formación " Reunión sobre Investigación y En-
señanza ", Buenos Aires, 1977.
- C H de Vittorioso, Lidia " Trabajo Médico Social ", Editorial -
Humanitas, 1969.
- Carrol, Helbert " Dinámica de la Higiene Mental ", Continental,
México, 1972.
- De la Fuente Muñiz, Ramón " Psicología Médica ", Fondo de Cultu-
ra Económica, 1959.
- Díaz Guerrero, Rogelio " Hacia una teoría historico-biopsicoso-
ciocultural del comportamiento humano ", Edito---
rial Trillas, Mexico, 1972.
- Disertori, Beppino " Psiquiatría Social ", Editorial Ateneo, ---

- Buenos Aires, 1974.
- Ey, Henri " Tratado de Psiquiatría ", Editorial Toray Masson, -
Barcelona, 1971.
- Fingermann " Relaciones Humanas ", Editorial Humanitas , Buenos
Aires, 1971.
- Franz, Alexander " Psiquiatría Dinámica ", Editorial Paidós, --
Buenos Aires, 1971.
- F Vasquez, Raúl " Trabajo Social y Psiquiatría ", Editorial Tri
llas, México, 1979.
- Grimson W, R " Nuevas Perspectivas en Salud Mental ", Editorial
Nueva Visión, Buenos Aires, 1973.
- Hofling K, Charles " Tratado de Psiquiatría ", Editorial Intera
mericana, México, 1974.
- Jahoda, Marie " Psicología y Salud Mental ", Editorial Humani--
tas, Buenos Aires, 1967.
- Kolb, Lawrence " Psiquiatría Clínica Moderna ", La Prensa Médi-
ca Mexicana, México, 1978.
- Maxwell, Jones " Psiquiatría Social ", Editorial Escuela, Buenos
Aires, 1966.
- Gesell, Arnold " Las relaciones interpersonales del niño de 5 a
16 años ", Editorial Paidós, Buenos Aires, ---
1960.
- Lopez Ibor , J. J " Los problemas de las enfermedades mentales"
Editorial labor, Madrid Barcelona, 1961.

- Morata " Psicología del Trabajo ", Editorial Labor Madrid, 1970
- Munro, Alistair " Psiquiatría para Trabajadores Sociales ", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1970.
- Mayer Gross, Slater " Psiquiatría Clínica ", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974, Tomos I y II.
- Pardinas, Felipe " Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales, Siglo XXI editores S.A., - México, 1977.
- Percival, M " Las relaciones familiares ", Editorial Paidós, -- Impreso en Argentina, 1965.
- Pichon Riviere, Enrique " El Proceso Grupal del Psicoanálisis a la Psicología Social ", Editorial Nueva Visión, 1975.
- Porot, Antoine " Diccionario de Psiquiatría ", Editorial Labor S.A., España. 1977, Tomo I y II.
- Ramírez, Santiago " El mexicano psicología de sus motivaciones " Editorial Grijalbo, México, 1977.
- Rojas Soriano, Raúl " Guía para realizar Investigaciones Sociales ", Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1980.
- Rolle, Kurt " Manual para Médicos y Estudiantes ", Editorial -- Alhambra S.A, Madrid Barcelona-México.
- Saleme Jalili, Jacobo " Apuntes de Salud Mental de V Semestre, -

UNAM ENTS, México, Octubre 79-Abril 80.

Segatore, Luigi " Diccionario Médico ", Editor Teide, Barcelona 1975.

Soberón Acevedo, Guillermo " Hacia un Sistema Nacional de Sa --
lud ", UNAM, México, 1983.

Tecla, Alfredo " Teoría Métodos y Técnicas en la Investigación
Social ", Ediciones de Cultura Popular, Méxi-
co, 1977.

San Martín, Hernán " Salud y Enfermedad ", Ediciones Fournier, -
La Prensa Médica Mexicana, México, 1977.

Wenintein, Luis " salud mental y proceso de cambio ideológico -
de trabajo en prevención primaria ", Editori-
al Ecro, Buenos Aires 1975.

Whitaker, Carl " Psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos -
crónicos, escuela, Buenos Aires, 1975.

Vallejo Nagera, J, J " Introducción a la Psiquiatría ", Edito--
rial Científico Médica, Barcelona, 1971.

REVISTAS

De la Fuente Muñiz, Ramón " La prevención y la intervención ---
temprana de los desórdenes mentales ", Revis-
ta de Salud Mental, Instituto Mexicano de Psi-
quiatria, México 1980, Vol 3, Año 3, Núm 3.

De la Fuente Muñiz, Ramón " La Salud en México ", Revista de --

- Salud Mental, México, Agosto 1977, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Campillo, Carlos " Salud Mental ", Revista de Salud Mental, Vol 2, Año 2, Núm 4, Diciembre de 1979.
- Del Rio Lugo, Norma " Hospital de Día, un nuevo concepto de -- atención psiquiátrica, Revista de Salud Mental, Vol 5, Año 5, Núm 3, Otoño 82. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Knobel, Mauricio " Encuentro Nacional de Programación de Salud-Mental ", Revista Argentina de Psicología, - Nueva Visión, Año 2, Núm 9.
- Morales, Carolina " Los servicio de salud mental en el Valle de México, Revista de Salud Mental, Vol 4, --- Año 4, Núm 2, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México 1981.
- Salud Pública de México " Educación para la Salud ", Epoca VI, - Vol XXIV, Núm 1, Enero-Febrero 1982, ----- Secretaria de Salud.
- Pucheu R, Carlos " Conceptos y Alternativas para la Rehabilitación del enfermo mental ", Revista de Salud Mental, Vol 4, Año 4 Núm 3, México 1981, -- Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Facultad de Medicina " Trabajo Social Psiquiátrico ", Revista -

de Salud Mental, Vol 1, Año 1, Núm 4, 1978,
Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Valero CH, Aida " Metodología de Trabajo Social ", Revista de -
Trabajo Social ", Núm 9-10, Enero de 1983, --
UNAM ENTS.

TESIS

Corral Leyva, Blanca " La Trabajadora Social ante el Problema -
Psiquiátrico ", Instituto Marillac, Escuela -
de Trabajo Social, México, 1977.

Quiñones, Silvia " La Trabajadora Social como colaboradora del
tratamiento de los enfermos psiquiátricos ",
UNAM ENTS, 1966.

FUENTES INFORMATIVAS

- Hospital Psiquiátrico Infantil " Juan N Navarro ".
- Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez ".
- Instituto de Salud Mental (D. I. F).
- Dirección General de Salud Mental (Secretaría de Salud).
- Dr Pucheu Regis, Carlos Conferencia de los factores psicosociales y culturales de la farmacodependencia, 20 de Oct 72.