

2 6  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



EL ENFERMO DE LEPROSA COMO PROBLEMA SOCIAL,  
Y LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL



T E S S  
ESCUELA NACIONAL DE  
- TRABAJO SOCIAL - I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL  
P R E S E N T A  
ERENDIRA CERECER CORRALES

MEXICO, D. F.

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

	Pág
CAPITULO I	8
I.1. LA LEPROA COMO ENFERMEDAD	9
I.1.1. Antecedentes	10
I.1.2. Clasificación de la lepra	14
I.1.3. Epidemiología y control	16
I.1.4. Causas Ambientales, Sociales, Culturales y Económicas	22
I.2. LA LEPROA COMO PROBLEMA SOCIAL	28
I.2.1. La actitud del paciente consigo mismo	29
I.2.2. Actitud de la familia con el enfermo de lepra	34
I.2.3. Actitud de la sociedad con el enfermo de lepra	35
I.2.4. Rechazo de las instituciones públicos ante la canalización de los casos.	37
CAPITULO II	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCION	41
2.2. OBJETIVOS	49
2.3. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO	51
2.4. ASOCIACION MEXICANA DE ACCION CONTRA LA LEPROA	61
2.5. PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LOS ENFERMOS DE LEPROA	65
2.6. DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL CON LOS ENFERMOS DE LEPROA	

2.7. COORDINACION CON EL GRUPO MULTIDISCIPLINARIO

2.8. PREVENION Y CONTROL DEL ENFERMO DE LEPROSA

CAPITULO III

78

ESTUDIO SOCIAL

(Aspectos Sociales de 176 enfermos)

3.1. PROCESO DE INVESTIGACION

3.2. RESULTADOS

3.3. COMENTARIOS

CAPITULO IV

86

IV. LA EDUCACION SOCIAL EN LA SOLUCION DE LA  
PROBLEMATICA DEL ENFERMO DE LEPROSA Y LA -  
PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL

CONCLUSIONES GENERALES

SUGERENCIAS

ANEXOS

GLOSARIO DE TERMINOS

BIBLIOGRAFIA

101

## I N T R O D U C C I O N

El contenido de esta tesis, se realizó con el fin de dar una orientación sobre lepra, para que a través de ésta, el personal médico y paramédico, etc., conozca más sobre tal padecimiento, tratando de lograr desaparecer un poco la idea errónea que se tiene sobre esta enfermedad.

El rechazo y prejuicio han sido, desde hace unos años, uno de los problemas sociales más graves en los enfermos de lepra, ya que eran excluidos de todo medio social, por miedo al contagio.

Son muchos aún los casos de enfermos de lepra que se aíslan y se esconden, negándose a sí mismos el derecho a las relaciones humanas a las que todo hombre debe tener acceso.

Son rechazados y humillados por los falsos conceptos que se tienen de la lepra pues se sigue pensando, que el padecimiento es como un castigo divino y extremadamente contagioso. Esto producirá un ser temeroso, deprimido y angustiado al que se debe de manejar con cuidado para que en lugar de huir se acerque a recibir tratamiento integral.

La función principal del Trabajo Social en la rehabilitación del enfermo de lepra, es integrarlo socialmente - para que sea considerado como un ser humano que siente, actúa, y es capaz de tomar decisiones por sí solo; orientarlo y motivarlo para que sea una persona útil en beneficio de su familia y de la sociedad.

La lucha contra la lepra ha pasado por muchas etapas en el curso de los siglos. Fue primitiva y bárbara; daban muerte a los enfermos a pedradas y más tarde gracias al -- cristianismo evolucionó hacia formas menos salvajes de protección a la comunidad.

Este terror legendario hacia la lepra motivó durante siglos que estos enfermos fueran apartados de la sociedad, obligatoriamente reclusos y marginados totalmente de sus actividades laborales y sociales. Este rechazo social, esta separación forzosa, fue en aquella etapa precientífica de la lepra una forma de prevención de todos los pueblos, basada en el temor y el concepto que se tenía de la gran - contagiosidad de esta enfermedad.

En el siglo XIX se inicia el conocimiento y estudio científico de la lepra. Danielssen, que creía que era enfermedad hereditaria y preconizaba el aislamiento de los - enfermos, siendo las leyes noruegas de la época, de la misma opinión sobre la preferencia de internar al enfermo en-

un establecimiento para su aislamiento.

En la conferencia de Berlin, en 1907, siguiendo los criterios de Hansen sobre la contagiosidad de la lepra, se aconsejó al aislamiento como el mejor método de evitar la propagación de la enfermedad, junto con la notificación -- obligatoria de los casos y su vigilancia.

En la conferencia de Bergen, en 1909, se ratifican los anteriores acuerdos, insistiéndose en el aislamiento, notificaciones, exámenes de convivientes, separación y observación de los hijos de los enfermos, después de los resultados satisfactorios conseguidos con estos métodos en Noruega, Alemania, Irlanda y se preconiza también la investigación de la forma de transmisión y la necesidad de conseguir un tratamiento específico.

En el congreso de El Cairo, en 1938, al conocerse la existencia de casos abiertos, infectantes y de casos cerrados o negativos, las medidas preventivas se diferencian para los dos tipos aislamiento para los primeros y tratamiento ambulatorio de los negativos.

Se insiste en el control de los niños y en la educación sanitaria.

En el congreso de La Habana, en 1949, la profilaxis, se basa, en tres formas: el sanatorio, el dispensario, el-

preventorio y la educación sanitaria del público, mediante propaganda que haga desterrar, la idea de su incurabilidad y la ventaja de un examen médico precoz y periódico de los convivientes, prohibiendo la publicidad literaria o cinematográfica, que continúe considerada la lepra como una enfermedad bíblica y terrible.

En el Congreso de Madrid, en 1953, se aceptan los siguientes postulados: educación y propaganda sanitaria, protección de BCG y control de los convivientes; tratamiento-ambulatorio en dispensarios de los lepromatosos débilmente, indeterminados y tuberculoides; aislamiento selectivo en sanatorio de los contagiosos y separación de los niños en preventorios; investigación científica y asistencia social.

Las mismas tendencias en profilaxis se mantienen en el Congreso de Tokio en 1958.

Por desgracia se inventaron las leproserías, hospitales, cárceles, donde por mucho tiempo se intentó el aislamiento obligatorio de los pacientes unido a una asistencia médica más o menos precaria. Todavía en este siglo, - E.E.U.U. en Filipinas imitado después por Brasil, establecieron en gran escala la segregación obligatoria, con el resultado de que 25 años más tarde, se tuvo que confesar el fracaso.



Se gastó mucho dinero, la lepra y el prejuicio aumentaron en vez de disminuir, al no poder cerrar las leproserías, en vista de los múltiples intereses creados, entonces se empezó a recurrir como complemento a los dispensarios y preventorios. De los dispensarios se tienen diferentes juicios según los países y en cuanto al preventorio, hay casi unanimidad, es decir, que causa problemas que los que resuelven.

Los esfuerzos oficiales para la profilaxis de la lepra en México, se iniciaron en 1930 con González Urueña, - quien logró que se estableciera servicio federal basado en un reglamento que resultó muy drástico e impracticablemente y en el establecimiento de algunos dispensarios en las zonas endémicas y en las ciudades de México y Guadalajara. En 1939 se inauguró una leprosería con 400 camas, la cual decayó progresivamente hasta quedar como un simple estorbo, nunca se llevó a la práctica la segregación obligatoria.

Dentro del gran mérito del pionero, la obra de González Urueña tuvo el inconveniente de no haber presentado -- atención a la formación de los prólogos, indispensables naturalmente para el desarrollo de una labor útil.

Esta campaña fue casi abandonada por los organismos oficiales y en 1950-1960 el peso del trabajo lo llevaron -

casi únicamente los Centros Dermatológicos de México y Guadalajara.

Desde 1940 los leprólogos mexicanos se opusieron contra las leproserías y sus reglamentos, considerándolos "paradojas", practicando el manejo natural y el tratamiento ambulatorio como único camino por una solución futura. Durante años se había insistido en la necesidad de que se diera atención a este problema, creciente en nuestro país, sin ser escuchado por las autoridades; entonces se dedicaron a formar conciencia en nuevas generaciones de médicos, los cuales al pasar por la cátedra de dermatología, recibían una educación elemental en leprología y siempre se esperaba que se hiciera más en el futuro.

Y lo que se hizo fue integrar a otros profesionistas en el manejo del paciente Hanseniano para lograr no sólo su curación física, sino integral y aún su rehabilitación total.

Fue por ello que al tener oportunidad de trabajar en equipo multidisciplinario con estos enfermos, surgió en mí la inquietud de estudiar su problemática social a fin de que a través de su análisis cuidadoso puedan plantearse soluciones a la misma a fin de que a corto plazo, cumplir con la meta de curación integral, y a largo plazo y con el

esfuerzo coordinado de todos aquellos que se interesen en el problema de la lepra, lograr la erradicación de este -- mal en nuestro país, para que se convierta en historia.

Pido al jurado su benevolencia para juzgar este trabajo, producto de un esfuerzo motivado por mi profunda vocación de Trabajador Social.

## C A P I T U L O I

## CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA

## I.1.- LA LEPRO COMO ENFERMEDAD

- I.1.1.- Antecedentes
- I.1.2.- Clasificación de la lepra
- I.1.3.- Epidemiología y control
- I.1.4.- Causas Ambientales, Sociales, Culturales y Económicas.

## I.2.- LA LEPRO PROBLEMA SOCIAL.

- I.2.1.- La actitud del paciente consigo mismo
- I.2.2.- Actitud de la familia con el enfermo de lepra.
- I.2.3.- Actitud de la sociedad con el enfermo de lepra.
- I.2.4.- Rechazo de las instituciones públicas ante la canalización de los casos ;

## I.1.- LA LEPRA COMO ENFERMEDAD

Al iniciar este trabajo se considera necesario determinar de manera clara y precisa qué es la lepra, sus orígenes, y toda aquella información que facilite la comprensión del problema, a fin de ubicar en el estudio del mismo, a los interesados en él; es por eso que a continuación se hará un breve análisis de lo que es esta enfermedad, sus antecedentes y otros datos que se consideran importantes, para el estudio del tema.

### DEFINICION.

"La lepra es una enfermedad crónica causada por el *Mycobacterium lepra* que ataca aparentemente, de manera principal, la piel y los nervios periféricos, aunque en su forma maligna es de hecho una enfermedad general".

### SINONIMIA.

Agotería, Categoría, Cocobay. Elefanciásis de los Arabes, Gafedad, Kushta, Ladrerie, La Enfermedad, Lai, Leontaisa, Mal de Enfermedad de Hansen, Mal de San Antonio, Mal de San Lázaro, Mal Rojo de Cayena, Satiriásis, etc.

## I.1.1.- ANTECEDENTES

"En Egipto, los primeros datos que se encuentran son alrededor del año 4600 A.C., durante la primera dinastía - en el reinado de Hesepti, la consideraban un padecimiento raro; en la Biblia, en el Antiguo Testamento, se menciona la palabra "saarath" que fue traducida al griego por los septantes con el término lepra que significa escama, se considera que el saarath tenía más sentido religioso que médico. (1)

En la India, el Rig Veda Sanhita de Antreya (1400 - A.C.) y en los escritos de Charaka y Susruta Samhita (siglo VII A.C.), la "Kushta" o lepra era considerada como una enfermedad hereditaria por lo que los hijos de enfermos de lepra eran considerados forzosamente leprosos.

Los primeros en acuñar la palabra "Elefanciasis" como sinónimo fueron Celso y Escriboniano el Largo, en los tiempos de César Augusto. En Italia era desconocida y se piensa que fue llevada por los soldados de Pompeyo a su retorno de Egipto.

Después de la Colonización Romana se disemina por Europa, y es llevada a España y Portugal en los siglos V y VI, D.C. por los soldados romanos, acentuándose su inciden

(1) González, Urueña Jesús. La Lepra en México, 1941, Pág.

cia después de la caída del Imperio Romano (siglo XII y -- VIII). La endemia máxima se registró en los siglos VII, - XIII y IX aumentando también el número de leproserías; se afirma que en París existían cincuenta y nueve y en Normandía doscientos dieciocho en las que se encontraba un número no mayor de doce pacientes en cada una.

La primera leprosería fue fundada en España en el año de 1037 por Ruy Díaz de Vivar, en Valencia. En el año de 1472 los reyes católicos crearon los Alcaldes de la lepra quienes tenían a su cargo la vigilancia hiénica de la enfermedad. En el siglo XIV se inicia el descenso del padecimiento en Europa Central y Occidental, así como en Alemania, Países Bajos, Gran Bretaña, España, Francia y Portugal.

En América, varios autores aseguran que no existía; se cree que llegó con los conquistadores hispanos y los colonizadores portugueses en el siglo XVI. En los Estados Unidos de Norteamérica, las Antillas y Sudamérica, influyó el gran aporte de esclavos de Africa, aunado a estos la -- inmigración y comercio chino.

En la actualidad, la enfermedad predomina en países tropicales y subtropicales y no existe en países desarrollados.

En México se señalan dos posibilidades en cuanto a su origen la primera en el sentido de que es autóctona, - apoyada en el hecho de que Moctezuma tenía en su palacio, - un hospital anexo para los enfermos de lepra (netlatiloyan) y posteriormente Hernán Cortés estableció, poco después de su llegada, un hospital en la Tlaxpana en 1521 (Hospital - de San Lázaro), primera leprosería que Nuño de Guzmán de-- rribó. No se comprende pues, que ésta existiera y hubiera pasado inadvertido el hecho por relatores de la historia de México como Hernán Cortés y Bernal Díaz del Castillo -- que describen en cambio con todo detalle el albinismo en - los indios de Yucatán que el Emperador Moctezuma albergaba en una de sus casas.

Según parece, en la Nueva España existía la sífilis- que los españoles llevaron a España, por lo que posiblemente la confundieron con la lepra.

Luis E. Guerrero en su "Topographical Distribution - of Leprosy Filipins" asegura que la lepra fue llevada de - la India al Archipiélago Malayo y de ahí introducida a las Filipinas por lo que durante la colonización se importaron de allí a México muchos casos por el litoral del Pacífico, sobre todo el foco endémico de Sinaloa y a lo largo del ca- mino que seguían las peregrinaciones filipinas por los es- tados de Colima, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, Querétaro,



y Distrito Federal. Sin embargo parece ser que el foco peninsular de Yucatán y Campeche fue importado de Cuba, intensamente afectada de la enfermedad.

El Dr. Pedro López fundó el segundo hospital de San Lázaro en 1572 y en 1721 lo tomaron a su cargo los religiosos Juaninos, quienes continuaron su obra por casi un siglo.

En 1837 a 1842 es director de dicho hospital el Dr. Ladislao de la Pascua, médico y posteriormente sacerdote católico a quien se debe la primera publicación de importancia dentro de la leprología mexicana: "Apuntes sobre la Elefanciasis de los Griegos". En 1862 fue director el Dr. Rafael Lucio quien antes con el Dr. Ignacio Alvarado publicaron su "Opúsculo sobre el Mal de San Lázaro o Elefanciasis de los Griegos", en 1852.

El hospital de San Lázaro fue definitivamente clausurado el 12 de agosto de 1862 y los enfermos fueron trasladados al Hospital de San Pablo (hoy Hospital Juárez), en donde estuvieron hasta 1915 y de ahí al Hospital General, Pabellón 27-B hasta 1938, caracterizándose estos por el estado deplorable en el que se encontraban.

En 1938 al clausurar el Pabellón 27-B del Hospital General, los hombres pasan al Lazareto de Tlalpan y las mu

eres a la casa "Hogar Esperanza", y a partir de diciembre de 1939 todos estos pacientes son trasladados a la carretera México-Puebla en el caso de la antigua hacienda de Zoquiapan, leprosería que no debiera existir, ya que está en contra de nuestro concepto actual de control y manejo de los enfermos.

El Centro Dermatológico Pascua inaugurado el 2 de enero de 1937, bajo la dirección del profesor Fernando Latapi inició una nueva época para los enfermos de lepra. En 1955, con fundamento en las nuevas ideas de la leprología mexicana es derogado el anacrónico reglamento antileproso y sustituido por uno nuevo, acorde con las ideas modernas, con lo que desaparece la segregación obligatoria que ha sido uno de los mayores aprobios de la medicina, cambiándose así el nombre de los dispensarios antileproso por el de Centros Dermatológicos. (2)

#### I.1.2.- Clasificación.

En 1953 en el Congreso Internacional de Lepra en Madrid, se clasificó ésta basándose en características clínicas, bacteriológicas, inmunológicas e histopatológicas, -- manteniéndose el concepto de polaridad; se reconocieron --

---

(2) Altamirano, García María L. Dra. Dermatología, Leprología y Micología, pág. 14, 15, 16.

dos tipos fundamentales: Lepromatoso y Tuberculoide, y dos grupos de Casos Indeterminados y Dimorfos o "Bordeline". (hoja 1).

Se considera el tipo lepromatoso como progresivo o contagioso a largo plazo, entendiéndose una convivencia íntima y prolongada con un enfermo bacilífero. Sin embargo, el tipo tuberculoide es lo opuesto, este tipo siempre será "benigno", curándose sólo y no contagioso.

El grupo de casos indeterminados está constituido por los pacientes que empiezan a tener manifestaciones del padecimiento, en otras palabras es forma de inicio de la lepra. Por desgracia el mayor número de estos pacientes evolucionará hacia el polo lepromatoso.

El otro grupo constituido por los casos dimorfos son casos que pueden venir de un caso indeterminado, y que solamente están de paso por esta etapa dimorfa, con el tiempo por desgracia evoluciona su mayoría a lepromatosa. Se caracterizan por tener una mezcla de características tanto de lepra lepromatosa como de lepra tuberculoide, cuando alguna de estas características se acentúan indicarán hacia que polo se dirige el paciente.

#### CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD.

- Zonas anestésicas en la piel (piel dormida).

- Nódulos rojizos en la piel.
- Alopecia de cejas, pestañas y caída de vello corporal.
- Reabsorción del tabique nasal.
- Pérdida de la vista en algunos pacientes.
- Mutilaciones de manos y pies (mano en garra y mano del predicador).

### I.1.3.- EPIDEMIOLOGIA DE LEPROA.

La epidemiología es la ciencia que estudia la distribución de la enfermedad y la búsqueda de los factores determinantes de la distribución encontrada; al efecto toman en cuenta cantidad de los enfermos de áreas con enfermedad (espacio); así como el tiempo de incubación, o de primer caso, siguiendo en el, "tiempo" a cada uno de ellos según edad, sexo, raza, etc. y determinan las causas probables y seguras que determinan la enfermedad.

#### DISTRIBUCION GEOGRAFICA.

Los datos sobre la prevalencia de la lepra en la mayor parte de los países son de poco fiar, ni la detección ni la notificación de los casos son suficientemente satisfactorios (O.M.S. 1980). Los continentes más afectados -- son el Africano y el Asiático, los casos estimados por re-

giones según la Organización Mundial de la Salud son:

AFRICA	3,509,000
AMERICA	344,700
ASIA SUDORIENTAL	4,510,000
EUROPA	25,000
MEDITERRANEO ORIENTAL	<u>2,000,000</u>
	10,388,700

#### EPIDEMIOLOGIA EN MEXICO

En México los focos principales son: Foco Occidental, que comprende los estados de Sinaloa, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Guerrero y Estado de México; el foco Nororiental o del Noroeste incluye los estados de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas; el foco peninsular Campeche y Yucatán.

Se considera que en México hay de 60,000 enfermos de lepra. La prevalencia en México es de 0.22 que corresponde a un país de endemia media.

La lepra es una enfermedad infecciosa y el estudio epidemiológico nos lleva a considerar varios factores:

El bacilo de Hansen, el Huésped y el Medio Ambiente.

**BACILO:**

Pertenece al género de *Mycobacterium*, su patogenicidad es baja y no se ha podido cultivar hasta el momento actual, se encuentra en experimentación la inoculación a animales, sobre el armadillo. El bacilo de Hansen se manifiesta en dos formas clínicas, bacteriológica e inmunológicamente diferentes.

**HUESPED:**

Es un factor importante la cadena epidemiológica en la lepra y la forma de producir el contagio, ya que éste se produce por una exposición íntima y prolongada con un enfermo bacilífero de lepra; se considera el humano como la fuente de infección más importante, aunque últimamente se han encontrado en la India, artrópodos relacionados con la transmisión de la lepra, sin embargo, los hallazgos no son epidemiológicamente significativos.

**TRATAMIENTO DE LA LEPRAS**

Antes del año 1941 no existía ningún medicamento para la lepra los casos tuberculoides se curaban solos, espontáneamente y los casos que hoy se llaman lepromatosos, vivían una muerte lenta y eran empeorados por el aceite de chaumoogra, con el que pretendían curarla. De hecho, la

terapéutica se reducía al tratamiento general, sistomético y psicoterápico, incluyendo esto último la promesa de un medicamento que curaría en el futuro la enfermedad.

#### RADICAL SULFONICO.

En 1941, Fraget, en el Sanatorio de Carville, E.U.A. empleó por primera vez el Promin, una sulfona compleja, la cual por vía intravenosa resultó bien tolerada y demostró mejoría clínica. La sulfona se empezó a usar en otras partes del mundo, aunque en pequeña escala a causa del precio-elevado, y vino la confirmación unánime por fin, la lepra era curable. El radical sulfónico, la sulfona madre, o --diaminodifenilsulfona, (DDS), había sido descubierta desde 1908 por From y Witmann, probado en estreptococis y tuberculosis en animales, pero había sido desechado por demasiado tóxico. Floch y Lowe, casi al mismo tiempo, tuvieron el mérito en 1948 de demostrar que la DDS era perfectamente capaz de ser empleada sin mayores inconvenientes y que todo era cuestión de dosis.

Más tarde, las dosis primeras señaladas, de 100 a 300 mg. diarios fueron reducidas a 25 y a 100 mg. especialmente en México con lo cual la toxicidad es nula y la actividad se sigue conservando.

Actualmente, hay acuerdo unánime en que la DDS es el medicamento de elección para el tratamiento de la lepra, -- por una actividad bien demostrada y por su precio bajo. Se administra por vía oral en comprimidos de 100 mg. de los - cuales se da la cuarta parte al principio, diariamente; -- después la mitad y a veces todo el comprimido. (Ver fotografias).

Actualmente los especialistas prefieren no pasar de 50 mg. y obtienen muy buenos resultados, especialmente, -- por la menor incidencia de reacción leprosa. La reacción - se presenta en algunos pacientes, en mal estado general, - escalofrío, etc.

El efecto de las sulfonas sobre la lepra lepromatosa ya no se discute; la mejoría es relativamente rápida y se llega, aunque lentamente, a la curación clínica: regresión clínica e histológica de las lesiones con baciloscopia negativa. El medicamento es bacteriostático y, si se suspende, se arriesga la aparición de recaídas. De hecho se sigue empleando indefinidamente, lo cual, no tiene mayor inconveniente en vista del bajo costo, su inocuidad y la facilidad de administración. Es impresionante la mejoría de los casos avanzados, pero más importante la detección de - los casos indeterminados, los cuales ya no se vuelven le--promatosos, con las consecuencias favorables para el <sup>A</sup>individuo y la colectividad los casos tuberculoides se curan -



espontáneamente pero a veces reciben el tratamiento para -- acelerar la curación. En ocasiones, en estos casos, las sulfonas resultan nocivas al empeorar las secuelas neuríticas por el mecanismo de la paradoja terapéutica.

Los efectos colaterales propiamente dichos de las sulfonas no existen, ya que la endemia que antes se producía ha desaparecido con las dosis actuales y de hecho, por fortuna no hay dermatitis sulfónica y otras manifestaciones de intolerancia o sensibilización.

La reacción leprosa es el escollo verdadero en el manejo terapéutico del enfermo hanseniano. En vista de -- ello, lo que se debe procurar, es evitar la reacción hasta donde sea posible, sobre todo al principio cuando se está conquistando la confianza del enfermo. Esto se consigue, en cierto modo con las dosis bajas de 25 mg.; inicialmente y sólo más tarde llegan a 50 a 100 mg. se conocen casos lepromatosos, que durante varios años han tomado 25 mg. diariamente y jamás han tenido reacción leprosa. Se dice que la negativización bacteriológica es más lenta pero más segura. En los últimos congresos internacionales se ha confirmado que es mejor tratar a muchos casos con dosis bajas, y pocos con dosis altas, estos también desde el punto de vista sanitario.

Es durante la reacción leprosa cuando más se pone a prueba la habilidad del médico ya que ésta tiene tratamiento específico y multitud de drogas la mejoran o no. El médico no aconseja en absoluto los cortiscosteroides en la reacción leprosa. (3)

Es el médico mismo, su paciencia y la confianza que le tenga el paciente, son insustituibles y hay veces que es la psicoterapia corriente la que mejor resultado da.

La talidomida es el medicamento que se utiliza y se recomienda para la reacción leprosa del paciente, pero se deberá de tener el debido cuidado para el uso de este medicamento.

#### I.1.4.- CAUSAS AMBIENTALES SOCIALES, CULTURALES Y ECONOMICAS.

La Lepra en el mundo actual.

El descubrimiento científico en reacción a la lepra se produce en 1873 cuando Gerhard, A. Hansen, médico noruego, descubre el bacilo causal, de ahí que a la lepra se le da también el nombre de enfermedad de Hansen.

Más adelante se diferencian dos tipos (contagiosa y-

---

(3) Latapí Fernando, Dr. Breve Información para el Médico-General. Dermatología Clínica. Págs. 18, 19, 20.

no contagiosa), que han de llamarse lepromatosa y tuberculoide respectivamente, clasificación que permite al enfermo pasar de un aislamiento físico (en leproserías) a un -- aislamiento quimioterápico, es decir, someterse a un tratamiento ambulatorio pero conviviendo con sus familiares; -- además de tener el avance de la enfermedad, se consigue - evitar las deformaciones.

Según los expertos de la materia y con la suma de to dos los factores se puede afirmar entonces que la lepra es UNA ENFERMEDAD CURABLE, NO HEREDITARIA Y DIFÍCILMENTE CONTAGIOSA, O MEJOR DICHO LA MENOS CONTAGIOSA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES: el 40% de los pacientes presenta la forma tuberculoide que es la forma no contagiosa. Pero el prejuicio generalizado y la ignorancia sobre este tema, hacen que la mayoría de los pacientes sean considerados todavía como contagiosos (forma lepromatosa), lo que dificulta que los enfermos desarrollen una vida normal.

Esta contradicción entre la realidad de la enfermedad y la actitud que la gente adopta frente a ella, constituye uno de los aspectos a dilucidar a lo largo de este -- trabajo.

En cuanto a su distribución en el mundo actual, podemos decir que en las sociedades con elevado nivel de desa-

rollo, la lepra o enfermedad de Hansen, es hoy día menos frecuente que las enfermedades cardio-vasculares, el cáncer o los accidentes en general, sin embargo, existen en todo el mundo unos 20 millones de enfermos distribuidos -- muy desigualmente entre los diferentes países.

Se observa, que los porcentajes más altos se localizan en las sociedades subdesarrolladas o en vías de desarrollo con un predominio agrícola, bajo nivel tecnológico, altos índices de analfabetismo, y lo que es más importante, problemas de nutrición ligados a falta de higiene y malas condiciones de vida como ocurre en Asia (particularmente en la India) y en Africa, si bien similares circunstancias también puede encontrarse en América Central y del Sur, y en menor grado en Europa, donde España es el país con mayor porcentaje de enfermos de lepra.

Es importante tener en cuenta esta distribución ya -- no sólo desde el punto de vista geográfico, sino también -- desde el punto de vista cultural, por cuanto los enfermos pertenecen a estas sociedades, cada una de ellas con una -- estructura social particular e historia y valores que le -- son propios, lo que también condiciona una cierta relación entre sus miembros y las instituciones que la forman.

Según una encuesta realizada a escala universal por --

la Organización Mundial de la Salud en 1970 (L.M. Berche--lli y V. Martínez) la lepra se halla difundida en los cinco continentes, aunque con una distribución muy desigual - según las zonas.

Estas diferencias están condicionadas por la antigüedad de la endemia, y el tipo de manifestaciones climáticas, socio-económicas, políticas, etc. Asimismo, se ha de tener en cuenta la gran diferencia entre los casos realmente registrados y los supuestos casos.

El número total de casos "censados" en 1924 en todos los países, fue de 2'887,481 y en 1970, hubo un aumento de 500,000 pacientes sobre la encuesta anterior realizada en 1965. Los casos "estimados" alcanzaron la cifra de - - - 10'407,200 con la siguiente distribución:

AFRICA	3'509,000
AMERICA	344,700
ASIA	6'471,400
EUROPA	49,300
OCEANIA	32,800

La proporción de casos lepromatosos (forma grave) es baja en el Africa tropical; alrededor del 10% más elevada en Asia; 27% en Birmania; 35% en Tailandia; y generalmente

grande en América, más del 40%. En los países de Europa - en donde la endemia persiste, se registra una acusada proporción de casos lepromatosos: en Grecia el 30%, en España el 60%, en Portugal el 72%, en Oceanía del 19 al 45% de casos lepromatosos y del 26 al 74% de casos tuberculoides, - forma benigna, no contagiosa.

Los especialistas de la materia señalan un hecho curioso; las formas lepromatosas son mucho menos frecuentes que las tuberculoides, decreciendo estas últimas cuando la endemia se ha producido en los últimos siglos. Podría deducirse que la lepra se extingue adoptando las formas menos graves, como si a través de las numerosas generaciones en contacto con la enfermedad se fuese adquiriendo una resistencia natural, aunque el número de casos totales, es mayor.

#### OTROS FACTORES.

Edad.- La lepra aparece en la mayoría de los casos en la infancia y juventud.

Sexo.- Se presenta más en el sexo masculino, en una proporción de tres a uno.

Raza.- Se presenta en cualquier raza.

Clima.- Se presenta más en zonas tropicales y sub---

tropicales, húmedas y cálidas, esto se debe a circunstancias como el subdesarrollo e higiene deficientes.

Factores genéticos.- Se piensa que en ciertos factores genéticos intervienen en la susceptibilidad a la infección.

Factores socio-económicos.- Intervienen en el desarrollo de la enfermedad, pues se ha observado que los países más afectados son los países subdesarrollados con problemas de mala alimentación, higiene deficiente y promiscuidad; así tenemos tres factores importantes que son la miseria, la ignorancia y el prejuicio que es la sombra obscura que ha acompañado a la lepra a través de la historia.

El estudio epidemiológico en el enfermo de lepra es de vital importancia, lo debe investigar el médico, estudiando el caso detallado:

1) La fuente de infección.- Quien transmitió el padecimiento al paciente estudiado.

2) El foco de infección.- Lugar donde contrajo la enfermedad.

3) Casos colaterales.- Enfermos de lepra que viven en la misma fuente que el caso estudiado.

4) Casos consecuentes.- Casos de lepra que provienen del caso estudiado.

5) Contactos.- Personas que viven con los enfermos-bacilíferos y que tienen posibilidad de contraer la enfermedad.

## I.2.- LA LEPROA COMO PROBLEMA SOCIAL

MANEJO DEL ENFERMO.- Se dice que en la práctica de la medicina general, el diagnóstico y el tratamiento no son todo en el manejo de las personas enfermas de lepra; esto se viene a corroborar ya que el entorno está cargado de prejuicios, lo que dificulta la aceptación no solo de la enfermedad, sino también del tratamiento médico, por lo que es importante y necesario referirse, así sea brevemente a las diversas circunstancias y momentos de la relación médico-enfermo.

DESCUBRIMIENTOS DE CASOS.- Desde esta primera etapa hay que tener en cuenta la manera de actuar. NO es posible "una consulta de lepra" ni establecer un dispensario "antileproso", ya que sólo se producirá alarma sin obtener resultado alguno. La consulta para enfermedades de la piel es la mejor manera de lograr que el enfermo hanseniano se acerque al médico sin recelo.

Además, se debe recordar que las actividades drásti-



cas se han desterrado definitivamente y se han sustituido por medidas persuasivas.

COMUNICACION DEL DIAGNOSTICO.- El enfermo de lepra que va a consulta generalmente ya sabe lo que padece, pero teme pronunciar la palabra y el médico de cierta experiencia se puede entender con él, sin usar el término lepra. Cada caso y situación son naturalmente diferentes, pero -- aquí más que en otras circunstancias, el médico debe ser -- discreto y no comunicar el diagnóstico a familiares y mu-- cho menos a extraños, lo cual puede traer daños irrepara-- bles. Con frecuencia llegan al Centro Dermatológico Pas-- cua, pacientes con un aspecto agobiado por la noticia que-- les han dado. Por ejemplo: "A usted lo van a internar, no puede seguir en casa". Esta mal manejo por personas que -- no saben lo que hacen, retrasa toda la labor médica, sani-- taria y social relacionada con la lepra. De ahí la impor-- tancia de la participación del Trabajador Social, de cuya-- actuación hablaremos en los siguientes capítulos.

#### I.2.1.- ACTITUD DEL PACIENTE CONSIGO MISMO.

Los primeros síntomas comienzan con la percepción -- por parte del individuo de que algo va mal, y que se ha -- producido algún cambio corporal; en algunos casos aparecen

zonas de insensibilidad, y una erupción en la piel. El paciente puede negar o aceptar la enfermedad, pasando así a intentar una automedicación.

Si el paciente tiene la sospecha de que la enferme--dad que padece es lepra, ya sea porque conoce sus caracte--rísticas o por alguna otra razón, la posibilidad de rechazar la enfermedad es bastante grande, teniendo en cuenta - los prejuicios que aún existen sobre esta enfermedad. Po--drá aceptar conscientemente que tiene alguna afección cutá--nea, pero no lepra; actitud que es frecuente entre la gen--te de un determinado nivel cultural.

Según el Dr. F.A. "José puede evitar la consulta por temor al rechazo de la familia, amigos o trabajo; es posi--ble entonces, como resultado de esta actitud que:

- a).- El paciente se vea privado de los beneficios de un diagnóstico precoz.
- b).- El paciente contribuya a la propagación de la - enfermedad.

El paciente puede proseguir con la automedicación, - pero cuando los síntomas empeoran ratificará su enfermedad frente a sus amigos y parientes, quienes intentarán obli--garlo a solicitar una ayuda profesional. Aunque en su fa-

milia sea considerado como un enfermo, lo será luego dentro de la sociedad, en cuanto el médico confirme su diagnóstico. En este punto la ayuda familiar es de suma importancia para el paciente.

Entre los deberes y obligaciones de estos pacientes, se cuenta con el deseo de curarse pronto, buscar ayuda técnica apropiada y colaborar activamente en el proceso de curación. La aceptación o no de este estado, variará de acuerdo a su situación de clase, tal como se ha visto anteriormente, por cuanto en general los individuos pertenecientes a los estatus inferiores manifestarán una cierta resistencia a recurrir al médico cuando aparecen los primeros síntomas.

El elemento cultural también puede modificar el significado de la enfermedad, por cuanto las creencias relacionadas con la invalidez, deformación física y muerte, son elementos culturales que hacen que el paciente acepte o no su padecimiento.

La asistencia médica históricamente, el estigma relacionado con la lepra puede motivar que el paciente descuide su enfermedad por temor a ser rechazado por la sociedad en que vive, junto con las presiones del grupo familiar, el grupo laboral y la cultura de considerar también los

factores psicológicos entre ello el miedo y la ansiedad.

Según los estudios de Moulum, el momento más importante en el tratamiento del enfermo de lepra es el de la tensión inicial cuando el paciente se identifica como tal, con todo lo que implica.

También existirá una gran diferencia entre los que se encuentran hospitalizados y los que reciben su tratamiento ambulatorio que al percatarse de la desigualdad de oportunidades se sentirán también más deprimidos, que los que están institucionalizados y encuentran por ello una mayor "autoaceptación".

Cuando el paciente decide continuar el tratamiento puede surgir una serie de dificultades, entre ellas la dependencia respecto al médico, lo que le podrá parecer un regreso a su infancia. A ello se añade el shock que para él y su familia significa el conocimiento de su enfermedad y del estado en que se encuentra.

#### RECUPERACION Y REHABILITACION.

Cuando la enfermedad de la lepra ha llegado a ocasionar deformaciones físicas, la repercusión total es rara, salvo en el caso de la lepra tuberculoide, pues se trata de una enfermedad crónica en la que el tratamiento es casi-

vitalicio. La rehabilitación puede permitirle asumir nuevamente sus roles habituales; según Moulum en el momento - estudiado antes citado, otro momento importante en el tratamiento, determinante de una gran tensión psicológica, es aquel que se incorporará nuevamente a su trabajo. (Ver hoja 2).

Cuando el paciente permanece en el hospital, en general las estancias son cortas y el tratamiento se centra en la curación de los aspectos corporales de la enfermedad. - La separación de su familia y el hecho de que se le despoje de sus pertenencias, la incertidumbre del paciente frente a la sensación de pérdida de identidad, puede motivar - una regresión parcial y la adopción de conductas regresivas o infantiles, la hospitalización puede alterar las relaciones sociales con los demás. Cuando un adulto enferma, alguien le tiene que reemplazar en ser el que gana dinero, si se trata de la mujer y ésta se ocupa del hogar, ha de - ser reemplazada también, y si se trata de un niño también - requiere de atención especial por parte de los padres. A veces surgen conflictos entre la institución y la familia, cuando el hospital asume roles que corresponden a la familia.

Una vez superados estos temores, el paciente tiene - la sensación de que se ocupa de él.

Para aquellos que no tienen hogar, el hospital representa un sustituto de la familia. El médico debe desempeñar bien su labor y brindarle afecto y protección. (4)

#### I.2.2.- ACTITUD DE LA FAMILIA CON EL ENFERMO DE LEPROSA.

Para cualquier individuo, la integración familiar es de suma importancia logrando que la persona tenga una buena salud mental.

En el enfermo de lepra es indispensable el apoyo de la familia para que éste lleve un tratamiento adecuado para su padecimiento. Sin embargo no se pueden obtener buenos resultados en el apoyo al enfermo, por lo general al conocer su diagnóstico son pocas las posibilidades de ser aceptado por su comunidad y familiares.

En muchas ocasiones el paciente trata de ocultar el nombre de su enfermedad, temiendo que su conocimiento provoque el rechazo, siendo una de las causas de abandono al tratamiento.

Las únicas instituciones que se ocupan de los hanseñanos anteriormente eran las leproserías; se considera la

---

(4) E. Kaufman, Alicia. Sociología. Marginación, Prejuicio, Enfermedad. Pág. 85, 86, 87, 107. 104.

leprosería como, lugar de residencia y de trabajo, donde -  
grancantidad de gente se encuentra en la misma situación,-  
aislados de la sociedad durante un considerable período de  
tiempo, comparten su aislamiento, en una rutina diaria.

Actualmente existe en México una institución para la  
hospitalización del enfermo de lepra, llamado Hospital Pe-  
dro López, siendo un lugar en donde los pacientes entran y  
salen libremente, hacen su vida normal, la persona puede -  
trabajar y dormir en distintos sitios y con distinta gente.  
Estos pacientes son hospitalizados por carecer de recursos  
económicos, familia, hogar, y lo que es más importante su-  
mal estado de salud.

El Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, -  
se dedica a la consulta externa de estos pacientes, deri-  
vándolos posteriormente a los diferentes servicios del Hos-  
pital General para la hospitalización, realizándose visi-  
tas periódicas.

### I.2.3.- ACTITUD DE LA SOCIEDAD CON EL ENFERMO DE LEPRA.

A lo largo de aproximadamente 40 años de experiencia  
en el manejo de pacientes con padecimientos de lepra, en el  
Centro Dermatológico Pascua se considera innegable la rele-  
vante importancia del aspecto psicológico-social en el tra-

tamiento de los afectados.

Son muchos aún los casos de enfermos de lepra que se aislan y se esconden negándose a sí mismos; sufriendo el rechazo, los cuentos de embrujamiento y malifícios y muchos de los dolores producidos por una información errónea que han mantenido a la lepra como un tabú. Son muchos aún, los que sienten un involuntario escalofrío y hacen una mueca de terror o repugnancia al escuchar esta palabra....

Es hora ya que esto termine y para ello, sólo existen dos caminos, cambiar el nombre de este padecimiento, o bien quitar al mismo lo que tiene de prejuicio.

La primera solución responde mejor a una realidad social del núcleo en que se desarrolla la gran mayoría de -- nuestros pacientes, ya que por lo general se trata de personas con un nivel educativo bajo; o bien, completamente nulo, a quienes resultará difícil hacer comprender que la lepra no es ya lo que era en otras épocas. Para ello es, y seguirá siendo, una enfermedad incurable y terriblemente contagiosa.

Debemos tomar en cuenta que los enfermos presentan un padecimiento físico, enfrentándose a un problema más serio... la repugnancia y el rechazo por parte de sí mismos hacia la realidad que les ha tocado vivir.



Esto nos producirá un ser temeroso, débil psicológicamente, al que debemos manejar con mucho cuidado, para lograr que nos confíen sus temores y regresen nuevamente, en lugar de huir y destruirse a sí mismos.

En términos generales, desde un punto de vista de -- grupo, la incapacidad de uno o más de sus miembros para -- cumplir con sus deberes y obligaciones, puede tener una serie de consecuencias para el resto del grupo. El enfermo de lepra es víctima involuntaria de lo que sucede y por lo tanto no tiene culpa de la falta de desempeño de sus obligaciones. A este tipo de personas, la sociedad les confiere un papel especial: Se trata del "rol del paciente", -- que es en definitiva un rol social para cuanto la persona tiene derecho y obligaciones. Entre los derechos se cuenta el de "estar excusado de sus deberes normales", se trata de un derecho fundamental por cuanto la persona no pierde su status al dejar de trabajar temporalmente.

#### I.2.4.- RECHAZO DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS ANTE LA CANALIZACION DE LOS CASOS.

La rehabilitación física y psíquica de los enfermos de lepra es un aspecto importante ya que esta enfermedad trae como consecuencias deterioros, invalidez e incapaci--dad provocados por las lesiones padecidas en la forma le--

promatosa o tuberculoide, recayendo en la función laboral-  
así como en lo estético facial.

Lo inicial en el paciente de lepra no es determinar-  
la necesidad de rehabilitación; son más importantes las pa-  
labras del personal médico y paramédico para empezar su re-  
habilitación psíquica y posteriormente ocuparse de lo fisi-  
co.

El paciente acude al médico en etapas en que las le-  
siones y pequeñas incapacidades se han hecho notar y es di-  
fícil contenerlas, o bien abandonan la terapéutica actual-  
y la enfermedad sigue su curso lento e insidioso, dejando-  
secuelas que abarcan diversos aspectos: físico, social, la-  
boral, psíquico y económico.

Lo avanzado de la enfermedad que algunos pacientes -  
presentan y las complicaciones que requieren de tratamien-  
to en otras especialidades, dificultan su canalización a -  
otras instituciones por desconocimiento del personal médico  
y paramédico de lo que es el padecimiento y sus posibilida-  
des de rehabilitación, lo que a veces ocasiona rechazo de-  
la institución, en cuyo caso es recomendable tratar el - -  
asunto con cautela.

REQUISITOS NECESARIOS PARA LA HOSPITALIZACION DE UN PACIENTE EN INSTITUCIONES PUBLICAS.

- a) Que el médico tratante del Centro lo autorice.
- b) Que se tenga un lugar (cama) para la hospitalización hablando con el jefe de servicio, para su -- aceptación.
- c) Que el trabajador social lleve en forma escrita - el diagnóstico.
- d) Estar pendientes que el paciente cuente con el medicamento (sulfona, talidomida, etc.) para el tratamiento de la lepra, durante su estancia en el - hospital.

## CAPITULO II

### CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA

- 2.1.- Antecedentes de la Institución
- 2.2.- Objetivos
- 2.3.- Organización y Funcionamiento
- 2.4.- Asociación Mexicana de Acción contra la Lepra
- 2.5.- Participación del Trabajador Social con los Enfermos de Lepra
- 2.6.- Departamento de Trabajo Social
- 2.7.- Coordinación con el Grupo Multidisciplinario
- 2.8.- Prevención y Control del Enfermo de Lepra

## 2.1.- ANTECEDENTES DE LA INSTITUCION

El actual Centro Dermatológico fue construido en las calles de Dr. Barragán García y Salvador García Diego No.- 21 en la Colonia Doctores, ya que los enfermos de lepra -- eran atendidos en el primer Dispensario "Dr. Rafael Lucio" que estaba ubicado en las calles de Chopo, sin embargo era insuficiente para dar atención a este tipo de enfermos de los cuales un gran número provenía de la antigua colonia - Buenos Aires (hoy colonia Doctores) la que formaba uno más de los cinturones de miseria que como todas las grandes -- ciudades tiene México, que al igual que muchos tendría que desaparecer. Con esto evitar la diseminación por diferentes partes de la ciudad de cada uno de los pacientes ya -- que en otra forma hubiese sido laborioso poderlos atender y controlar (279 enfermos y 482 familiares).

El Centro Dermatológico Pascua fue inaugurado el 2 - de enero de 1937 con el nombre de dispensario Dr. Ladislao de la Pascua; siendo destinado exclusivamente a la aten- -- ción de los enfermos de lepra, se le designó con el nombre del Dr. Pascua para honrar la memoria de tan distinguido - leprólogo al que se considera también el fundador del ac-- tual Hospital Juárez. El Centro fue el número 17 entre -

los 21 que fundó el Servicio Federal de "Profilaxis de la Lepra" a cargo del Dr. González Uru~~u~~ña.

En el año de 1948 el Centro cambió el nombre de "Dispensario Dr. Ladislao de la Pascua", por el de "Centro Dermatológico Pascua", tratando así de quitar el falaz tabú - que para la gente significa la palabra lepra.

Los primeros años de su funcionamiento fueron difíciles y aún amargos para el Dr. Fernando Latapí quien fue -- nombrado Director del Centro por el Dr. González Uru~~u~~ña; - pues había enfermos avanzados y falta de comprensión por - parte de las autoridades superiores, haciéndose esto más - complicado al renunciar el Dr. González U. al servicio de - la lepra en septiembre del mismo año de 1937.

El personal que laboró en los primeros años era escaso, el Director Dr. Fernando Latapí además de dar consulta hacía visitas domiciliarias y sustituía al personal del laboratorio. El personal se integraba por: el Dr. José Perchez Franco, médico auxiliar; una administradora, cuatro - enfermeras, una mecanógrafa, un peluquero, un chofer y un conserje, siendo estos dos últimos hansenianos; ayudaban - un grupo de enfermeras de lepra, quienes formaban el departamento clínico.

El dispensario empezó a adquirir un criterio propio-

sobre la lepra aún cuando había quienes decían que muchas de las cosas que ahí se hacían estaban equivocadas.

El Dr. Fernando Latapí empezó a formar un grupo de médicos entre ellos el Dr. Juventino González, quien cubría la consulta y es el que vió mayor número de enfermos.

Posteriormente este último integró la Escuela de Dermatología en la cual se registraron grandes médicos como el Dr. Barba Rubio quien actualmente es el Director del Dermatológico de Guadalajara y tantos otros, no sólo de la República Mexicana, sino de diferentes países.

Desde sus inicios el Centro contó con un edificio -- adecuado, dotado de todos los adelantos clínicos, construidos con los mejores materiales.

El proyecto y dirección estuvieron a cargo del arquitecto mexicano Sr. José Villagrán.

Contando con los siguientes servicios:

- Oficina del Médico
- Cuarto de vestidores para enfermeras
- Almacén de preparación de medicinas
- Sala de espera para familiares
- Sala de espera para enfermos
- Sala de reconocimiento
- Sala de curaciones

- Sala de fisioterapia
- Laboratorio
- Comedor para enfermos y oficina anexa
- Baños y sanitarios
- Vestidores para médicos y enfermeras
- Cuarto de desinfección
- Habitación del conserje

Conforme fue creciendo el número de enfermos se hizo necesario añadir la planta alta del edificio donde quedarían instalados nuevos laboratorios, el departamento social, almacenes, etc.

En 1953, la Sra. Clemencia de Latapí hizo posible que el Banco de México otorgará fondos económicos para la construcción de un Laboratorio de Micología y con la orientación de la Srita. Anna María Lara (Técnico en Laboratorio en aquel tiempo) logró su diseño y para el año de 1955 empezó a trabajar formalmente.

El laboratorio de histopatología fue construido a base de donativos y se equipó con dinero de la Asociación Mexicana de Acción contra la Lepra, bajo la orientación del Dr. Chávez.

En 1959 la O.M.S. comisionó al eminente leprólogo -- Lauro de Souza Lima para estudiar el problema de la lepra-



en México. Después de algunos meses de permanencia activa, rindió un informe, amplio, minucioso y sincero, el cual -- fue dado a conocer al gobierno y a los leprólogos mexica-- nos con los cuales trabajó en estrecha cooperación. Señaló la importancia del problema, la necesidad de resolverlo y la existencia de elementos clínicos para iniciar un programa efectivo. Subrayó las deficiencias de la oficina -- central y destacó el hecho, de que los centros de México y Guadalajara eran en realidad los encargados de la campaña; y recalcó el importante papel de la A.M.A.L.A.C., institución privada fundada en 1948 para ayudar a la lucha contra la lepra en todo el país.

Afortunadamente a principios de 1960 el Dr. José Alvarez A. Secretario de la S.S.A. decidió poner en marcha -- un programa para el control de las Enfermedades Crónicas -- de la Piel y encargó su organización y dirección al Dr. La tapí tal vez por su experiencia como leprólogo con 25 - - años; esa responsabilidad fue aceptada y compartida con -- los doctores José Barba Rubio, Amado Saul y Gloria Pérez -- Suárez, también Dermatoleprólogos de amplia experiencia.

Esta determinación que sería histórica se basó en el conocimiento de la situación:

- La epidemia no es grave, pero es importante y tiende a crecer.

- Se cuenta con recursos suficientes.
- Se adiestrará debidamente al personal.
- Se actuará a base de movilidad y penetración.
- Se espera el control de los focos en plazos razonables.

#### A.- Bases actuales.

Hay que reconocer que las bases actuales en la lucha contra la lepra, ya aceptadas internacionalmente, fueron - en su mayoría anticipadas por la Escuela Mexicana de Leprología, la cual ha considerado a la lepra con un enfoque diferente y nuevo.

#### 1.- La Lepra

Enfermedad semejante a otras

Poco transmisible

Principio en la infancia

Curable

Corticoide No

#### 2.- Su control

Leproserías NO

Leyes Drásticas NO

Manejo Natural, o sea lo habitual en todas las enfermedades transmisibles.

El Leprólogo debe ser Dermatólogo.

Como ya se mencionó, la mayor parte de estas ideas, -- primero combatidas, han sido progresivamente incorporadas a las resoluciones y recomendaciones internacionales.

A propósito de los sistemas de lucha, se recordará -- que, de acuerdo a la terminología en uso; en lepra como en tuberculoide, no se puede pretender la erradicación, o sea la desaparición total en un lapso predeterminado, sino el control y reducción progresiva de la morbilidad hasta que deje de ser un problema de salud.

Desafortunadamente, de hecho, pocos países aplican -- las citadas resoluciones por ejemplo, en América solamente México, Cuba, Venezuela y Paraguay, mientras que hay otros como Brasil, Argentina y Perú, en los cuales sigue la segregación forzosa casi absoluta como único medio de supuesto control.

#### B.- Programas Modernos.

En las últimas reuniones internacionales se aceptó -- como se ha mencionado que el aislamiento ha fracasado que no hay vacunación preventiva específica, ni se ha confirmado la utilidad del BCG, ni de la quimioprofilaxis y que -- por lo tanto, toda la profilaxis se basa en el tratamiento bacilíferos, el cual para que sea efectivo, debe de ser --

aplicado al mayor número de pacientes lepromatosos de modo prolongado y adecuado, sin cambiar su vida habitual.

Al quedar excluidos el aislamiento obligatorio y las leyes drásticas especiales, un programa moderno se basa en el buen funcionamiento de centros fijos y unidades móviles, con personal médico especialmente adiestrado, que controle de modo efectivo todos los focos de la endemia, fomente la coordinación con las instituciones oficiales y privadas y tenga como meta futura, la integración, cuando sea posible, con los servicios generales de salud.

Ya se indicó la necesidad de obtener atención hospitalaria en cualquier establecimiento médico y no hay que olvidar la importancia de la lepra como problema social, - (vivienda, alimentación, trabajo, etc.) ni la necesidad de impulsar la educación sobre lepra y la lucha contra el prejuicio.

La justificación del programa actual contra la lepra se basa en que el número de enfermos registrados va en - - aumento.

## II.- Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

Este Centro está ubicado en Vertiz 464, esq. Avenida Central en la Colonia Doctores. Atendiendo a todas las --

personas con problemas dermatológicos y en especial al enfermo de lepra.

1.- Objetivos:

1.- Mediato: Abatir las cifras de morbilidad y mortalidad e incapacitaciones por la lepra y otros padecimientos dermatológico en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

2.- Inmediatos:

2.1.- Consolidar la integración de este programa con las actividades rutinarias de salud pública en los centros de salud situados en el área del Centro Dermatológico Dr. Ladislao Pascua.

2.2.- Controlar el 100% de los enfermos registrados, determinando las incapacidades físicas debidas a la enfermedad.

2.3.- Controlar un mínimo de 80% de los contactos.

2.4.- Proseguir la búsqueda de enfermos de lepra, tomando como indicador un mínimo de 90 casos nuevos por año.

2.5.- Detectar y controlar otros padecimientos dermatológicos con el radio de acción del Centro Dr. Pascua y definir el programa epidemiológico de estos.

### III.- Límites:

3.1.- De espacio.- Existe el Centro Dermatológico - Dr. Ladislao de la Pascua así como el servicio de Dermatología de la S.S.A. (hospitalización) para todo el Distrito Federal y Estado de México.

3.2.- De tiempo.- Por tiempo indefinido.

3.3.- Universo de Trabajo.- México, D.F. y Estados - de la República.

3.4.- Precisión.- Búsqueda del Bacilo de Hansen.

### IV.- Actividades:

4.1.- Búsqueda sistemática e intensiva de casos mediante: consulta dermatológica, exámenes periódico de los contactos y encuestas en grupos organizados, especialmente en aquellas que demuestran mayor incidencia de la enfermedad.

4.2- Tratamiento de todos los enfermos fundamentalmente ambulatorio y gratuito.

- Pruebas diagnósticas; clínicas y de laboratorio.

- Estudio de los datos existentes en el archivo nacional de lepra.

- Investigación epidemiológica de los casos descu-

biertos a fin de conseguir información sobre los focos de infección.

- Verificación de las notificaciones hechas por autoridades, médico u otras personas de responsabilidad.

- Cursos especiales de dermatología para médico y enfermeras que trabajan en el programa.

- Cursos intensivos de dermatología para médicos de las dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

- Becas para la información en Salud Pública de personal técnico ejecutivo del programa.

- Enseñanza de las cátedras de dermatología en las facultades de medicina para mayor conocimiento del problema clínico de la lepra para futuros médicos.

- Asesoría constante y coordinación de labores.

- Canalización de los casos que requieren de atención especializada hacia los centros adecuados.

- Trabajo Social de los Casos.

- Control de los enfermos potencialmente contagiosos.

V.- Organización. (Ver hoja # 3)

El Centro Dermatológico depende de la Región III de-

la Dirección General de la Salud Pública en el D.F. de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y está a cargo de un director, quien delega autoridad para los efectos de la ejecución de su programa:

1.- En la subdirección médica que cubre con personal en los turnos matutinos y vespertino, de los que dependen:

a).- Consulta externa para el tratamiento de planes de rehabilitación para los asistentes.

b).- Dermatología.

c).- Enfermería.

d).- Trabajo Social

e).- Laboratorios

f).- Cirugía

g).- Especialidades como son las diferencias clínicas.

h).- Estudios y enseñanza

i).- Estadística.

2.- La Administración que depende también de la Dirección, tiene bajo su mando:

a).- Recursos humanos

b).- Contabilidad y caja



- c).- Archivo
- d).- U.Q.I.Q.
- e).- Intendencia
- f).- Transporte
- g).- Mantenimiento.

3.- El Departamento de Trabajo Social se divide en tres secciones:

1a. Intramural.- Se da atención a todo caso que lo requiera, así como pláticas sobre trabajo social en lepra a los diferentes grupos de pasantes de medicina, enfermería y trabajo social.

2a. Relaciones Públicas.- Se realizan reuniones periódicas con el consejo consultivo (Asociación Mexicana de Acción Contra la Lepra) institución de ayuda para los enfermos de lepra.

3a. Extramural.- La visita domiciliaria se lleva a cabo con los médicos del Centro, para la revisión de los contactos, a los familiares del paciente, de reconquista, visita médica y visita hospitalaria.

Por otra parte cada año se visitan empresas para solicitar donativos en coordinación con la Asociación Mexicana de Acción Contra la Lepra.

Las funciones básicas del Centro Dermatológico Dr. -  
Ladislao de la Pascua son las siguientes:

- Proporcionar consulta médica y vespertina a perso-  
nas con enfermedades de la piel.

- Diagnosticar la enfermedad de la lepra, así como -  
todos los padecimientos de la piel.

- Recibir información de los Centros de Salud del -  
D.F. sobre los casos que manejan y que ameritan consulta -  
especializada.

- Estudiar enfermos procedentes de cualquier entidad  
federativa, canalizándola luego a la institución especiali-  
zada que les corresponda, para su control.

- Proporcionar medicamentos a los enfermos de Hansen.

- Planear la rehabilitación física, mental y social-  
de los enfermos de Hansen.

- Impartir enseñanza de lepra y sobre dermatología a  
médicos, enfermeras y trabajadoras sociales.

- Investigación por brigadas nuevos casos.

- Interrelaciones con Instituciones afines.

El Centro Dermatológico, está en coordinación con -  
los Centros de Salud con los Distritos Sanitarios y otras-

instituciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia dentro del país; y a ellos son canalizados los pacientes con sospecha de lepra que requieren tratamiento especial, - asimismo, se mantiene en comunicación con el Hospital de Zoquiapan llamado "Pedro López" ubicado en el Km. de la carretera México-Puebla, en donde éstas permanecen voluntariamente.

Funcionograma:

a) Director - 1 -

- 1.- Se encarga con el Administrador de elaborar el presupuesto programático.
- 2.- Vigila el cumplimiento de los programas operativos.
- 3.- Organiza y evalúa las actividades de la institución.
- 4.- Trámites al personal y procura que se cumplan las indicaciones de la superioridad.
- 5.- Procura que los departamentos del Centro, atiendan a los pacientes con eficacia y cortesía.

b) Subdirectores - 2 -

- 1.- Sustituye en su respectivo turno a la Directora,

en casos de ausencia.

- 2.- Apoyan en sus respectivos turnos que se cumplan los programas operativos.
- 3.- Controlan la organización de las consultas.
- 4.- Cuando es necesario, participan en el gobierno administrativo del Centro.

c) Administrador - 1 -

- 1.- Se ocupa del control administrativo del Centro.
- 2.- Participa en la elaboración del presupuesto programático.
- 3.- Controla que cada departamento cumpla e informe de la función que le fue encomendada.
- 4.- Se ocupa del pago quincenal, tanto del personal de base, como de los que perciben honorarios con cargo a subsidio y cuotas de recuperación.
- 5.- Desde el 21 de enero de 1984, es responsable de la recaudación y manejo de los recursos financieros.

d) Dermatología

- 1.- Los dermatólogos, se ocupan de la atención integral del paciente de lepra, en el Centro como en

la propia casa del enfermo.

- 2.- Revisan y vigilan a los contactos de los hanse--nianos.

e) Enfermería - 19 enfermeras -

- 1.- Son responsables del traslado del expediente clínico.
- 2.- Asisten a los médicos en la consulta.
- 3.- Se encargan de las curaciones de los enfermos de lepra y de algunos de piel que lo requieran.
- 4.- Se encargan de esterilizar, guardar y conservar el instrumental necesario para la atención de -- los enfermos.
- 5.- Participan en la atención domiciliaria de los pacientes.

f) Trabajo Social - 5 Trabajadoras Sociales.

- 1.- Apoyan al Dermatoleprólogo, estudiando y resol--viendo hasta donde es posible, los problemas que desde el punto de vista social, plantean los en--fermos de lepra y de piel.
- 2.- Intervienen en la reconquista de los pacientes - de lepra que por una u otra circunstancia, han - abandonado el tratamiento.

3.- Determinan qué enfermos de lepra por sus condiciones económicas precarias es necesario:

a) Otorgarles despensas, las cuales se encargan de adquirir y repartir una vez al mes.

b) Pagarles pasaje y hospedaje a los pacientes foráneos.

g) Laboratorios

1.- Existen tres, uno general, otro de micología y otro de histopatología y sirven de apoyo a la labor médica.

h) Cirugía - 1 Médico Cirujano -

1.- Realiza intervenciones de cirugía dermatológica que no requieren anestesia general, ni hospitalización.

i) Especialidades

1.- Apoya al Dermatoleprólogo en la atención de los pacientes.

j) Estudio y Enseñanza

El Centro interviene activamente en la formación de Dermatoleprólogos y en la enseñanza médica continua de médicos generales, estudiantes de medicina, enfer

meras y trabajadoras sociales.

k) Estadísticas - 1 encargada -

- 1.- Controla el manejo de permisos, licencias, etc.
- 2.- Controla la plantilla y los expedientes del personal.
- 3.- Elabora los informes correspondientes.

l) Archivo Clínico

- 1.- Integra y conserva el expediente clínico

m) Jefe de Mantenimiento

- 1.- Vigila al personal que cubre servicios fuera y dentro del centro, cuidando que se efectúe un aseo cuidadoso por el personal de intendencia y en trabajos especializados en plomería, carpintería, pintura, lavado y planchado de ropa, etc.

Fluxograma.

Daremos una breve información de como llega el enfermo al Centro y los pasos que se deben de seguir para una adecuada atención del mismo.

El horario de consulta en esta Institución es de lunes a sábado de 7:00 A.M. a 12 A.M. en el turno matutino,-

y de 12:00 P.M. a 16:00 P.M. en el turno vespertino, entregándose 180 fichas diarias de primera vez.

Los pacientes asisten a este Centro como ya se mencionó, por presentar una enfermedad en la piel, atendiendo se un promedio de 500 enfermos diarios por ser esta Institución un Centro de Asistencia Social, incluyendo subsecuentes y de primera vez.

El enfermo al tener su ficha de consulta, pasa a una preconsulta, en uno de los ocho consultorios con los que se cuenta, para ver si amerita algún otro servicio especializado como son: cirugía, odontología, medicina interna, oftalmología, o alguna de las diferentes clínicas. Posteriormente el paciente es pasado al departamento de archivo en donde se toman datos para su expediente clínico, pagando una cuota simbólica de \$40.00 algunos pacientes son exentos de este pago debido a su situación económica, pasando posteriormente al consultorio que le corresponda.

Los pacientes atendidos en este Centro, regresan en determinado tiempo dependiendo de la fecha en que le dé cita el médico que lo atiende. Se llama paciente subsecuente a todo aquel que viene por segunda vez a consulta.



2.4.- LA ASOCIACION MEXICANA DE ACCION CONTRA LA  
LEPRA ASOCIACION CIVIL (A.M.A.L.A.C.).

La Asociación Mexicana de Acción Contra la Lepra, es una Asociación Civil que fué fundada en el año de 1948 por iniciativa del Dr. Fernando Latapí siendo una institución netamente privada, dicha Asociación, tiene como objeto principal el de luchar contra la lepra en todo el país.

La A.M.A.L.A.C. tiene como sede el Centro Dermatológico Pascua y se ha interesado en cooperar y ayudar, dentro de sus recursos con el programa, para el control de las enfermedades crónicas de la piel, colaborando en varios tópicos como es el tratamiento de los enfermos de lepra, y en diversos aspectos sociales, de los mismos.

Existen tres categorías de socios:

- 1.- Socios Fundadores (50 personas)
- 2.- Socios Activos (25 personas)
- 3.- Socios Cooperantes ( 6 personas)

Los ingresos de la A.M.A.L.A.C. se adquieren a base de donativos, no contando con ningún subsidio oficial.

La Asociación Mexicana de Acción Contra la Lepra ex-

presa lo siguiente en su acta constitutiva:

El Artículo III dice: "La Asociación que es preponderante de estudio se propone:

- 1.- Coadyuvar al estudio integral de la leprología - como disciplina médica y social; y contribuir a la divulgación de los conceptos actuales sobre la lepra, y los sistemas de lucha contra ella, - como el mejor medio de ir haciendo desaparecer - los prejuicios centrales existentes.
- 2.- Explicar ampliamente el problema de la lepra en el país a fin de despertar entre todos los grupos sociales la conciencia de esta situación y el deseo de colaborar en la acción contra esta enfermedad por los medios adecuados.
- 3.- Fomentar los sentimientos de simpatía, solidaridad y trato natural hacia el enfermo de Lepra, tratando así de acabar con la tradición y anacrónica actitud de temor, conmiseración y persecución.
- 4.- Luchar contra la idea arraigada, pero errónea, de considerar a la lepra como enfermedad muy contagiosa y siempre incurable, tratando de hacer del dominio público, el conocimiento actual de -

los dos tipos del padecimiento, uno benigno y nada peligroso; y el otro maligno con tendencias a seguir avanzando, siendo transmisible pero sólo-para los que vivan íntimamente y por tiempo pro-longado con el enfermo.

- 5.- Inspirar a los enfermos confianza en su mejora- y curación, lo que es posible gracias a los tra-tamientos actuales bien aplicados y para ello, - atraerlos hacia Instituciones encargadas de aten-ción mediante una amistad, adecuada y persuasiva.

#### Objetivos Sociales de A.M.A.L.A.C.

- A). Asistencia personal (acercamiento amistoso, inte-rés en sus problemas).
- B). Asistencia Moral (Psicoterapia, pláticas a gru-pos, religión, deportes, distracciones, etc).
- C). Asistencia Educativa (Instrucción elemental o --complementaria, enseñanzas de oficios de enferme-ría, etc., educación especial sobre la enferme--dad).
- D). Asistencia Material (mejor habitación, ropa, etc. reincorporación social de casos benignos no in--fectados, o de curados clínicamente).

- E). Asistencia Jurídica (indispensable en muchas circunstancias de la vida del enfermo de lepra).
- F). Asistencia Familiar (ayuda a familiares, débiles sociales, hogares sustitutos, etc.).
- G). Asistencia Médica (corporación o establecimiento de instituciones médicas especializadas en luchar para que cada mexicano enfermo de lepra obtenga el beneficio de los tratamientos curativos actuales que son al mismo tiempo la mejor profilaxis).

La A.M.A.L.A.C. desempeña un papel importante, pues brinda toda clase de ayuda económica a los pacientes de lepra que lo necesitan, lo cual debe ser comprobado por el trabajador social, quien conoce los diversos problemas que éstos presentan, ya sean del Distrito Federal o de cualquier parte de la República Mexicana.

Cuando los pacientes son foráneos y requieren de estudios médicos complementarios, o no pueden solventar los gastos de hospedaje, la A.M.A.L.A.C. paga, o bien les proporciona préstamo por determinada cantidad, y posteriormente lo pagan según sean sus ingresos económicos para determinar la necesidad de que se les proporcione.

También da su aporte económico para la realización de brigadas que se efectúan en el Dermatológico cada seis meses.

Una de las metas de la A.M.A.L.A.C. ha sido fomentar e impulsar las actividades científicas y académicas tales como las sesiones mensuales y fundación de la revista mexicana, no sólo al país, sino también al extranjero.

En 1956 apareció la primera revista de Dermatología, el primer número fué escrito por el Dr. Fernando Latapí y realizado junto con la Dra. Obdulia Rodríguez.

La revista es enviada a 94 países de todo el mundo, instituciones médicas, bibliotecas y dermatólogos de la república mexicana.

La biblioteca con la que cuenta actualmente el Centro, la formó la Sra. Clemencia de Latapí a través del intercambio de libros y revistas con varios países del mundo. De esta forma la asociación obtiene 300 revistas en casi todos los idiomas.

## 2.5.- DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Antecedentes.- El Departamento de Trabajo Social ha pasado por diversas etapas en un principio, la enfermera -

Guadalupe Calderón, de una manera provisional empezó a desempeñar la función de trabajadora social pero después de algún tiempo su lugar quedó vacante; y al darse cuenta de la necesidad de contar con una trabajadora social, por iniciativa de la Dra. Esperanza Oteo desde 1943 se fundó de manera formal el departamento de trabajo social durante -- tres años. La Dra. Oteo desempeñó con ahinco el cargo de trabajadora social, por lo que al terminarse este período y quedar vacío este lugar, varios médicos que pasaron por el servicio de Dermatología y algunos de los cuales hoy -- son catedráticos de la materia en el Centro (Dra. Concepción Estrada, Dra. Martínez de Escandón, Dr. José Castañeda, Dra. Obdulia Rodríguez, etc.) realizaron trabajo social, compaginándolo con sus actividades de trabajo.

En el año de 1952 el Dr. Fernando Latapí visitó la Orden de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul para ver si era posible que una de ellas desempeñara el -- cargo de trabajadora social, función que aceptó Sor Catalina Montejo, quien abandonó hasta el año de 1967 el Dermatológico quedando en su lugar Sor Luisa Agoitia.

A partir de 1967 el Centro Dermatológico fué atendido por trabajadoras sociales y hermanas de la caridad y -- fué hasta 1981 cuando el departamento quedó a cargo de las trabajadoras sociales y hermanas de la caridad y fué hasta

1981 cuando el departamento quedó a cargo de las trabajadoras sociales actuales, con las que cuenta hasta la fecha.

### Organización y Funcionamiento

El personal de trabajo social, está integrado por -- cinco trabajadoras sociales, de las cuales, tres trabajan en el turno matutino de 8 a 15 hrs. de lunes a sábados; y dos en el turno vespertino de 13 a 19 hrs. y sábados de 8- a 13 hrs.

El trabajo social debe de procurar que la medicina - no pierda su aspecto humano atendiendo al hombre como ser humano y no como un simple "caso", especialmente el paciente de lepra, ya que es éste uno de los enfermos más rechazados hoy en día, necesitando de nuestro apoyo y comprensión para su rehabilitación a su entorno social.

El trabajador social debe de conocer las necesidades y circunstancias que rodean al paciente y la repercusión - que estos factores tienen sobre su enfermedad.

Es necesario que se lleve a cabo un programa de trabajo social que pueda ser aplicado en cualquier Centro de Salud-Dermatológico, en donde sean tratados los enfermos - de lepra.

### Objetivos Inmediatos:

- Lograr que el enfermo de lepra, acepte de la mejor forma su padecimiento, apoyándolo y orientándolo, para que no abandone su tratamiento.
- Procurar que al conocer el paciente el nombre de su enfermedad, se le explique de forma clara y sencilla lo que es su padecimiento, tratando de disminuir el impacto del prejuicio.
- Crear en el paciente una opinión favorable respecto al médico y al tratamiento, que sea constante y que asista a sus consultas.
- Preparar al paciente cuando requiera de algún cambio: operación, hospitalización, etc.
- Dar importancia a la familia del enfermo, estando al pendiente de la revisión periódica de los contactos (convivientes).

### Objetivo Mediato:

- Lograr que el paciente de lepra sea tratado como cualquier otro enfermo.
- Dar a conocer o difundir el padecimiento de la lepra, a través de una educación adecuada, a nivel de profesio--



tas de la salud, y público en general.

- Llegar a la formación de trabajadores sociales que participen en la rehabilitación social del enfermo de lepra, en diferentes Instituciones del Sector Salud.

Límites:

De Espacio: El Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, así como el Servicio de Dermatología de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Hospitalización) para el Distrito Federal y Estado de México.

De tiempo: Indefinido

Universo de Trabajo: México Distrito Federal y Estados de la república.

Funciones y Actividades:

1.- Orientación e Información.- Se orienta a los pacientes del Centro, para cualquier asunto relacionado con salud.

- Orientar sobre los medicamentos que no se encuentra en el cuadro básico del Centro.
- Orientar todo lo relacionado con las diferentes Instituciones del Sector Salud, para el --

tratamiento de cualquier enfermedad.

2.- Entrevista a los pacientes de lepra, así como a los enfermos de las diferentes clínicas como son: Tumores, Ampollas, Colagenopatías para:

- Solicitar una visita domiciliaria desde el -- punto de vista médico y social.
- Hacer conciencia en los pacientes para que si gan su tratamiento a determinar.
- Por ayuda económica o en especie.
- Para exento de pago de los diferentes servi-- cios del Centro.

3.- Visita Domiciliaria y Hospitalaria con el Equipo de Salud.

La realiza un médico, una enfermera y un trabaja dor social llevándose a cabo por diferentes moti vos:

- Visita Domiciliaria para presentación del ca- so en la Mesa Leprológica Médico-Social.
- Visita Domiciliaria para reconquista de los - casos.
- Visita Domiciliaria por revisión de contactos.

- Visita Domiciliaria por reacción leprosa.
  - Trámites Administrativos, relacionados con la visita domiciliaria.
  - Trámite de vehículo.
  - Revisar expedientes de pacientes para ver si requieren de algún medicamento para su tratamiento, checar que se cuente con el material necesario para la exploración médica.
  - Realizar informe de la visita y sus resultados.
  - Canalizar los casos a los diferentes servicios médicos.
- 4.- Participar en la rehabilitación de los enfermos de lepra en la compra de zapatos ortopédicos, lentes, vendas, etc.
- 5.- Reintegrar a tratamiento médico a pacientes foráneos a través de cartas, telegramas, telefonemas, etc.
- Revisión periódica de los expedientes, cada seis meses con el objeto de ver el ausentismo de los mismos.
  - Envío de cartas o telegramas para saber si están controlados en otros Centros de Salud de cualquier estado de la República.

- Envío del medicamento según el caso lo requiera, cuando en el lugar donde sea controlado el paciente no lo tenga.

6.- Establecer coordinación con la Asociación Mexicana de Acción Contra la Lepra, A. C.

Para ayudar a los pacientes de lepra con los pagos de:

- Hospedaje en los casos de los pacientes foráneos.
- Pasajes a los diferentes estados de la república.
- Medicamentos cuando el Centro no cuente con ellos.
- Estudios médicos fuera del Centro.
- Zapatos ortopédicos, lentes.
- Despensa Mensual a los pacientes que están incapacitados para trabajar.
- Gastos anuales para la fiesta de reyes, hijos de los pacientes, con el objeto de la revisión de los contactos, ropa, dulces, juguetes, etc.

7.- Participación en "Comandos" o brigadas médicas.

- Organizar con los médicos de base y residentes a los diferentes estados de la república, como-

son: Nayarit, Michoacán, Guerrero, Baja California, Guanajuato, etc., con el fin de detectar nuevos casos de lepra, a través de la consulta dermatológica.

- Realizar los estudios socio-económicos de los nuevos casos detectados y establecer una relación directa con el paciente, tratando de orientarlo para un mejor tratamiento.
- Presentar una información sobre el trabajo realizado durante el comando, al personal del Centro Dermatológico.

8.- Información mensual de los datos obtenidos de las actividades realizadas durante el mes, al departamento de estadísticas, así como a la región tres de la S.S.A. con copia de los estudios y visitas realizadas.

El estudio socio económico que se lleva a cabo en el Centro, es con el objeto de conocer al paciente desde el punto de vista social, cultural, económico y médico para formarnos una idea de las circunstancias en las que vive el paciente. Dicho estudio consta de los siguientes datos:

- Ficha de Identificación

- 1.- Nombre
- 2.- Edad
- 3.- Lugar de Origen
- 4.- Estado Civil
- 5.- Escolaridad
- 6.- Procedencia
- 7.- Médico Tratante

Identificación del Paciente.- Son aquellas caracterís ticas físicas que una idea general, sobre los diferentes - problemas de salud que pueda tener, así como darnos una -- idea sobre su nivel social, a través de la observación - - (vestimenta, etc.).

Se considera de importancia el aspecto psicológico pa ra saber como es su carácter, inteligencia, hábitos, etc.

Estructura Familiar.- Todos aquellos datos familiares, antecedentes de varias generaciones, para saber si existe- o existió un focode contagio para los integrantes de la fa milia.

Datos de Salud.- Como su nombre lo indica, es todo lo relacionado al padecimiento del enfermo, así como el de -- los integrantes de la familia.

Los antecedentes de salud que pueden ser útiles para el médico y para el expediente.

**Situación Económica.**- En este punto se indaga la ocupación, salario y todo lo relacionado a los gastos familiares que tienen estos pacientes. Los datos son tomados, no con el objeto de ver cuanto serán sus gastos de los diferentes servicios por los que requiera el paciente todos los exámenes son gratuitos como son: exámenes de laboratorio, rayos X, oftalmología, medicina interna, dental, psiquiatría, etc.

**Relaciones Intra y Extrafamiliares.**- Conocemos como son sus relaciones familiares, así como el de sus vecinos.

**Datos de Vivienda.**- Tipo de vivienda, servicios públicos con los que cuenta, y el material de construcción.

**Alimentación.**- Ver si la alimentación tanto de la familia, como la del paciente es suficiente en calidad y cantidad.

**Diagnóstico Social.**- De acuerdo al estudio realizado, se hace el diagnóstico social, tomando los aspectos más importantes como son: datos familiares, situación económica, y lo más importante, la clasificación social.

**Tratamiento Social.**- Qué se hará con el paciente y el

tratamiento social que se deba seguir.

En 1949 la Dra. Obdulia Rodríguez R. directora actual de este Centro, clasificó el diagnóstico social de la siguiente forma:

El estudio personal, familiar y social del enfermo de lepra comprende los siguientes inicios: Descripción del paciente (sexo, edad, raza, particularidades físicas, modo de manifestarse la enfermedad, indumentaria, nivel social, estado de ánimo, etc.), principales rasgos psicológicos, - (inteligencia, conducta, carácter, hábitos, etc.) ilustración, capacitación y trabajo actual. Condición económica, (ingresos resultantes, habitación, situación, tipo, etc.).

Clasificación Social.- La clasificación social al contrario de la clase es independiente del medio en que nace y depende más del individuo mismo, puesto que se toma en cuenta tanto su situación económica y su ilustración y capacitación, como su conducta, no en general, sino con respecto a la enfermedad que nos ocupa.

De acuerdo con esto se clasificaron en normales y débiles sociales, los primeros como se comprende son aquéllos cuyos recursos económicos, ilustración y capacitación, son suficientes y su conducta es buena; los segundos en cambio, son casos en los que una o las cuatro condiciones-



antes citadas falta y así se les subdivide en débiles sociales, a, ab, abc. Se considera débil social a; al individuo con ilustración, capacitación y buena conducta pero en mala situación económica; ab el caso con buena conducta pero en mala situación económica, carente de ilustración e incapacitado y por último débil social abc, al que además de no tener recursos económicos, carece de ilustración, capacitación y buena conducta". (5)

---

(5) Rodríguez, Rodríguez Obdulia Dra. La Lepra y los Niños. Págs.

## C A P I T U L O    I I I

CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA

### III. ESTUDIO SOCIAL

(Aspectos sociales de 176 enfermos)

3.1.- Proceso de Investigación

3.2.- Resultados

3.3.- Comentarios

Aspectos Sociales de los enfermos de Lepra 1981-1982.  
Estudios realizados en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

Para tener una idea clara acerca de la problemática social y de su magnitud en los enfermos de lepra, es necesario un estudio detallado de estos casos, con el objetivo principal de conocer al enfermo de lepra desde un punto de vista integral correspondiendo al profesional en Trabajo Social analizar el aspecto social, investigar su ocupación, alimentación, nivel cultural, situación económica, etc. para de esta forma conocer más a fondo el medio ambiente familiar en el que vive. Es por eso que a continuación se presenta un análisis de los casos atendidos en el Centro Dermatológico durante los años 1981-1982.

Los datos recabados fueron tomados del Departamento de Trabajo Social y complementados con información obtenida de los expedientes manejados por el archivo del mismo Centro Dermatológico revisándose los expedientes de cada caso obtenido del total de enfermos bajo control del Centro, -- durante los años 1981-1982.

De los 92 pacientes reportados en el año de 1981, só lo se tomaron en cuenta 86, por falta de datos, de estos -

pertenecen al sexo femenino 37 y al masculino 49. En el año de 1982 se estudiaron 90 casos de los cuales 42 corresponden al sexo femenino y 48 al sexo masculino. (Ver Anexo # 1).

Edad.- La lepra es una enfermedad que se presenta en todo nivel social y en toda edad.

Durante el año 1981 en el Centro Dermatológico, de acuerdo a la investigación realizada se pueda observar (Cuadro 2) que los pacientes registrados en un 41% se encuentran entre los 40 a 59 años de edad; siguiendo con un 14% de 60 a 79 años; con un 6% de 0 a 19 años, y sólo el 1% de 80 años y más.

En el año de 1982 un 50% son pacientes que tienen entre los 20 a 39 años de edad; con un 27% de 60 a 79 años; y con un 3% entre los 0 y 19 años. (Ver Anexo # 2).

Clasificación de la Enfermedad.- Como ya se mencionó anteriormente esta enfermedad tiene su propia clasificación, para determinar de acuerdo a los estudios médicos, a que grupo o tipo deba de permanecer.

En 1981 podemos observar, (Ver Anexo # 3), que un 45% de estos pacientes tienen el diagnóstico de Lepra Lepromatosa Nodular; con un 19% se encuentran los de Lepra Lepromatosa Difusa; con un 17% los de Lepra Tuberculoide;

un 10% con Lepra Indeterminados y el 9% con Lepra Caso Dimorfo.

En 1982 comparado con 1981 se puede ver que los enfermos con el diagnóstico de Lepra Lepromatosa Nodular fue mayor que en 1981, siguiendo con un 15% los de Lepra Lepromatosa Difusa, con un 12% los de Lepra Tuberculoide, con un 9% los de Lepra Caso Indeterminado, y por último Lepra-Caso Dimorfo con un 7%.

Estado Civil.- El estado civil del paciente es otro dato importante que debemos recabar, ya que esto nos da una idea del tipo de responsabilidades y grado de convivencia al que se enfrenta el enfermo. Encontramos que en 1981 un 73% de los pacientes son casados, el 18% son solteros, el 8% son viudos y el 1% divorciados.

En el año de 1982 un 70% son casados, el 18% son solteros, el 9% viudos, y el 3% son divorciados. (Ver Anexo # 4).

Escolaridad y Nivel Educativo.- La falta de instrucción ha sido hasta la fecha una de las principales causas de todos los males que aquejan a nuestro país. Siendo aún más notorio en estos pacientes, que además de no tener un buen nivel educativo, sufren rechazo y prejuicio de la sociedad.

Sus remuneraciones son bajas, los trabajos pesados, para su condición física; y por lo tanto, su alimentación y condiciones de vida se ven disminuida.

El cuadro nos muestra un gran predominio de analfabetismo, ya que el 58% de los casos durante el año de 1981, no saben leer y escribir y el 42% son analfabetas.

En 1982 se observa que un 60% son analfabetas y un 40% son alfabetas. (Ver Anexo # 5).

Ocupación.- Uno de los factores de importancia para todo ser humano es la ocupación que desempeñan, dependiendo del nivel educacional para obtener un salario remunerador para el sostenimiento de sus familias.

Encontramos que en 1981 un 25% se dedican a la agricultura; un 18% a servicios; 16% los que trabajan en la construcción; con un 12%, los pacientes que se dedican al comercio con un 6%; y un 4% los de transportes.

En 1982 un 22% se dedicaron a la agricultura; un 21% a la construcción; un 18% a los servicios; un 24% se dedican al comercio; un 6% a la industria, un 6% trabajan en el área de transporte. (Ver Anexo # 6).

Ingreso Mensual.- Como ya se mencionó, el nivel educativo tiene una influencia determinante sobre la capacidad

para obtener un ingreso. Si la educación es deficiente, - consecuentemente los ingresos serán por lo general bajos.- (Ver Anexo # 7).

Capacitación para el trabajo.- El enfermo de lepra puede presentar incapacidades físicas para realizar algún trabajo (Cuadro Núm. 8). En 1981 encontramos que un 78% - están incapacitados para trabajar, mientras que en 1982 el índice bajo a un 70%.

En 1981 un 22% se encuentran incapacitados para el - trabajo, en 1982 un 30%. Entendiéndose que debido al mal estado general de estos pacientes, les es imposible sentir se con ánimos de hacer algo, aunado a esto la desnutrición que en muchos casos presentan (Ver Anexo # 8).

Vivienda.- La vivienda o el hogar es el lugar en -- donde el individuo pasa los momentos más agradables de su vida con los integrantes de familia. Sin embargo no se - puede decir en el caso de estos pacientes, debido a la pro miscuidad y hacinamiento en el que vive. La mayoría de es tos cuentan con casa p ropia (63% y un 37% son rentadas).- (Ver Anexo # 9).

Alimentación.- La alimentación es cada día más defi ciente en calidad y cantidad y más aún para toda persona - que presente una enfermedad, su alimentación debe ser com-

pleta, para la recuperación total de su padecimiento. Sin embargo se basa en frijol, tortillas, chile, refrescos, -- siendo ésta inadecuada.

Condiciones Higiénicas.- Las condiciones higiénicas personales del paciente son parte importante del tratamiento; sin embargo dadas las condiciones de vida descrita anteriormente, no se ha logrado alcanzar un nivel deseado en este campo.

En 1981 tenemos que un 38% lo ocupan los pacientes - que tienen malas condiciones de higien, un 34% las que tienen regulares y un 28% buenas condiciones de higiene, un - 20% regulares y un 18% buenas.

Se consideran buenas condiciones de higiene aquellas viviendas que cuentan con buena limpieza general, y ventilación. Condiciones regulares aquellas que tienen buena-- higien y ventilación y malas en las que existe promiscuidad y hacinamiento. (Ver Anexo # 10).

Clasificación Social.- La clasificación social se - determina de acuerdo a los factores sociales, como son: la ocupación, nivel cultural, situación económica, etc. en general aquellas características que le permitan desarrollar se adecuadamente con el medio en que se desenvuelve.

En 1981 tenemos que un 67% son débiles sociales, y -



un 33% son normales socialmente hablando. En 1982 tenemos que un 70% son débiles sociales y un 30% son normales sociales deduciéndose que debido al nivel educacional de estos pacientes no pueden tener una ocupación y un salario para cumplir las necesidades básicas, al que todo ser humano tiene derecho. (Ver Anexo # 11).

Se considera Normal Social a aquellas familias que tienen buena situación económica, buena ilustración y buena conducta.

Débil Social a aquellas que les falta alguna de estas tres condiciones, antes mencionadas.

Relaciones Familiares.- El convivio a diario con la familia del paciente es de gran utilidad, para el estado general de ánimo del enfermo, dependiendo en gran parte de ella para que sea constante en su tratamiento.

En 1981 se puede observar (Ver Anexo # 12) que en un 47% tienen relaciones aparentemente buenas en la familia; mientras que en 1982 fue de un 55%. Con un 42% en 1981 con regulares y en 1982 con un 34%. Malas con un 11% en 1981 y en 10% en 1982.

De los pacientes registrados en este estudio, tenemos que sólo un 32% conocen su diagnóstico, mientras que un 68% lo desconocen. (Ver Anexo # 13).

C A P I T U L O    I V

CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA

IV.- LA EDUCACION SOCIAL EN LA SOLUCION DE LA PROBLEMATICA  
DEL ENFERMO DE LEPRO Y LA PARTICIPACION DEL TRABAJA--  
DOR SOCIAL.

La Educación Social como alternativa para coadyuvar a la sociedad originada por el desconocimiento de esta enfermedad.

De acuerdo al estudio realizado sobre el aspecto social de los enfermos de lepra del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, se considera de importancia la Educación Social en la Solución de la problemática del enfermo de lepra, como ya se mencionó anteriormente, estos enfermos son rechazados por la ignorancia que existe acerca de la enfermedad, lo que dificulta de manera importante el tratamiento del paciente y los intentos de erradicación de este padecimiento, es por eso y tomando en cuenta que una de las funciones del Trabajador Social en el Centro Dermatológico es modificar las creencias de los pacientes en relación con la lepra un cambio de actitud que permite que participen de manera activa en su tratamiento: se ha considerado la posibilidad de que el trabajador se auxilie en la educación social para dar a conocer a estas personas todo lo relacionado con la lepra, a través de procedimientos pedagógicos y la aplicación de técnicas de educación para la salud. Entendidas como las tareas educativas destinadas a dar a conocer el problema y adoptar las medidas médicas

co preventivas que conocemos, para producir el cambio ante actitudes nocivas.

Concientizar a la población y cambiar la idea errónea que se tiene sobre la lepra, y organizar, preparar y encauzar a los individuos para lograr un cambio social, es otro de los objetivos de la educación social.

El Trabajador Social a través de la función educadora ayuda a las personas a superar sus estados de insuficiencia en lo subjetivo, procurando cambiar sus estructuras mentales sujetos a estos factores; para lo cual utiliza instrumental técnico, que le permita lograr una participación adecuada por medio de decisiones "conscientes", que lo llevan a sentir una necesidad, la de pasar a la acción con sus consecuentes estrategias y técnicas.

En Trabajo Social, se puede actuar a dos niveles:

a) Micro-Nivel que se refiere a comunidades específicas, grupos menores y grupos familiares y con la aplicación de diferentes procedimientos pedagógicos en un contacto cara a cara.

b) Macro-Nivel, enfocados a una o más ciudades o países, que practica la educación a través de la comunicación masiva: medios radiales, televisión, revistas y otros.

La primera alternativa permite producir cambios en -

la estructura mental a nivel más profundo, al mismo tiempo que obtener conciencia de los cambios requeridos, y las causas generadoras del problema social. Se puede obtener resultados positivos si el trabajo social utiliza la educación social de manera crítica, reflexiva y objetiva, es decir con el (Consciente-Lógico).

En caso contrario, se utiliza con la intención de manejar los mecanismos de sugestión, procurando cambios en la estructura mental, tratando de impactar en los mecanismos emocionales subconscientes, a modo de desencadenar comportamientos deseados, sin que pasen por el control de la crítica racional del sujeto, es decir con el (Subconsciente-emotivo).

La acción educativa del trabajador social, es intencionada, porque pretende lograr cambio de conducta en los pacientes de lepra y la sociedad que los rodea, valiéndose de ciertos procedimientos técnicos y herramientas pedagógicas, para producir el aprendizaje o respuestas educativas de estas personas, y lograr los objetivos de Trabajo Social por un lado; y la satisfacción de los intereses generales y específicos de los grupos con quienes se trabaja.

El trabajador social en la educación social, puede utilizar una o más técnicas pedagógicas, en las que la dinámica de grupos, juega un papel de primer orden utilizando

do los medios audio-visuales, que refuercen el mensaje educativo.

Entre las técnicas que se utilizan encontramos:

A) Técnicas Expositivas: Cursos, Cursillos, Charlas, Conferencias.

B) Técnicas Expositivas y de Discusión: Mesa redonda, Foros, Discusión, Análisis de textos, lecturas, láminas, diagramas, escalas, etc. Phillips 66, trabajo de comisiones.

C) Métodos Psico-Sociales: Paulo Freire utiliza estas técnicas en cada uno de estos grupos para conocer la enfermedad de la lepra el tratamiento a seguir, así como quitar un poco el prejuicio hacía estos enfermos.

Técnicas de Discusión.- A través de la presentación de mesas leprologicas médico-sociales se logrará tener una solución a la problemática que presentan estos pacientes, considerando de importancia el aspecto médico social.

El Departamento de Trabajo Social dará orientación a toda persona que lo solicite, así como llevar a cabo la entrevista dirigida y sistemática, logrando motivar a los enfermos para que sigan su tratamiento.

El trabajador social a través de procedimientos peda

gógicos y las técnicas mencionadas anteriormente logrará - conductas en las personas, en las áreas del conocer, hacer y valorar.

Analizando detenidamente la problemática que presenta este tipo de pacientes, tanto en sí mismos, como con su familia y en la sociedad, se considera la convivencia de que el trabajador social aplique, la educación social, con sus técnicas e instrumentos a través de programas enfocados a las personas que padecen la enfermedad y sus familiares y de manera más amplia a la sociedad en general, independientemente de que conviva o no con el enfermo de lepra, para que en cualquier momento, tendría la posibilidad de tener relación con este tipo de pacientes.

Pero no es éste el único campo en el que se puede desempeñar el trabajador social para promover el cambio de actitud. A continuación se plantean otras acciones complementarias.

#### Campo Asistencial:

##### Atención al Caso-Familia

Atender a la problemática social que presenta el paciente, así como las alteraciones psico-sociales que se dan en su núcleo familiar.

- Encauzar al paciente y su familia hacia la mejor -- aceptación de sus circunstancias y hacia una rehabilita- - ción integral.

- Atender la problemática laboral que presente el pa- ciente cuando ésta se deba a factores sobre los cuales se- pueda influir, tales como: tramitación, incapacidades, - - constancias, canalización a centros de capacitación, propi- ciar que el paciente adquiriera habilidades para manejar los instrumentos que se requieran en su trabajo, etc.

Campo Docente:

- Enseñar al personal que labore con el paciente, los conceptos reales del padecimiento, cuando éstos estén ente- rados del mismo y presenten un rechazo hacia el paciente.

- Orientar y educar a los contactos del paciente so- bre el padecimiento, la forma de tratamiento y control y - las medidas higiénico-preventivas que deben tenerse.

- Participar en programas de formación de recursos hu- manos profesionales y técnicos para que sean capaces de en- tender, trabajar y tratar adecuadamente al enfermo de le- -pra y a su familia, y para que colaboren en la erradica- - ción del problema.



Campo de Investigación:

- Realizar investigaciones sociales que permitan identificar condicionantes y determinantes sociales de los focos de infección, así como identificar las causas de la actitud de los pacientes, familiares y núcleo social inmediato ante el padecimiento.

Campo de Promoción:

- Establecer coordinación con los líderes formales e informales de las comunidades cercanas a estos focos de infección, para realizar campañas educativas, preventivas sobre este padecimiento.

- Coordinarse con los representantes de la elaboración y transmisión de mensajes a través de medios masivos de comunicación, para que colaboren a favor de la educación en salud de la población a quien se dirigen, y eviten desvirtuar la imagen del enfermo de lepra.

### Conclusiones Generales

- La lepra es una enfermedad curable, perfectamente controlable en la actualidad.
- El principal problema en estos pacientes es el rechazo y prejuicio que tiene nuestra sociedad hacia esta enfermedad.
- El enfermo de lepra es un ser humano con derecho a ser tratado con ecuanimidad, por lo tanto debe de ser tratado como tal.
- La rehabilitación física y psíquica depende del grupo de trabajo como son: médicos, trabajadores sociales y enfermeras.
- Es necesario Centros Dermatológicos en el Distrito Federal y en todo el país principalmente en las zonas de prevalencia de la lepra.

### Conclusiones de la Investigación

- Un alto porcentaje de los pacientes pertenecen a una situación económica baja.
- La mayoría de estas familias son extensas y desorganizadas.
- El núcleo familiar es el principal apoyo para la rehabilitación social de estos pacientes.

- Un alto índice de estos enfermos desconocen su diagnóstico.
- La mayoría de las viviendas de estos enfermos se encuentran en malas condiciones de higiene.

### Sugerencias

- El conocimiento de la lepra debe ser difundida a través - de los medios masivos de comunicación para la aceptación- de la sociedad, como un padecimiento no contagioso.
- Que el trabajador social haga seguimiento adecuado del ca- so, para ayudar al paciente a mejorar su situación cultu- ral, económica y social.
- Que el trabajador social sea la persona indicada para sa- ber en qué momento debe de dar a conocer el diagnóstico.
- Se considera recomendable implementar programas de educa- ción social enfocados a la sociedad y a los familiares de los pacientes, para lograr su aceptación.
- Que el departamento de trabajo social sea el encargado de llevar a cabo dichos programas.
- Pugnar porque la Secretaría de Salubridad y Asistencia se interese por ejecutar programas enfocados a la enfermedad de lepra con mayor amplitud.
- Crear Centros Dermatológicos en el Distrito Federal, en - el país según las necesidades, divididos en sectores, pa- ra que atienda un mayor número de enfermos.
- Propiciar que la participación del Trabajador Social se - dé en el sentido propuesto anteriormente y que en las es-

cuelas formativas incluyan materias en las que el alumno obtenga elementos de información suficiente para no tener prejuicios para laborar con enfermos como éstos.

- Integrar al equipo de salud a psicólogos para que apoyen al psiquiatra en la atención de la salud mental del paciente y su familia.

## Glosario de Términos

Talidomida.- Medicamento útil en el tratamiento de la reacción leprosa, pero que tiene el gran inconveniente de producir malformaciones congénitas - si se administra a mujeres que están embarazadas.

Factores Psicológicos.- Son los aspectos de tipo mental que determinan una actitud.

Enfermedad Crónica.- Padecimiento que dura meses o años.

Estético Facial.- Lo estético es lo relacionado con la belleza, por lo que estético facial sería la buena apariencia de la cara.

Reacción Leprosa.- Solamente se presenta en algunos enfermos con lepra lepromatosa y consiste en un estado agudo de fiebre y mal estado general con agravamientos de las lesiones dérmicas existentes y aparición de otras, es un estado de urgencia dentro de la evolución crónica de la enfermedad.

Baciloscopia.. Examen de laboratorio por medio del cual se puede saber la presencia y cantidad de bacilos en un paciente.

Inocuidad.- Que no hace daño.

Secuelas Neuríticas.- Son las alteraciones que quedan en los nervios.

Dermatitis Sulfónica.- Reacción sulfona a las sulfas.

Corticosteroides.- Medicamento derivado de la cortisona que tiene acción anti inflamatoria pero que tiene serios efectos secundarios.

Psicoterapia.- Es el tratamiento médico encaminado a resolver problemas mentales.

Terapéutico.- Se dice a todas las medidas encaminadas a curar a un enfermo.

Tratamiento Sintomático.- Se dice a los medicamentos encaminados a quitar sólo las molestias pero que no curan, quitar el dolor pero no la infección.

Radical Sulfónico.- Es una estructura química común a todas las sulfas.

Sulfona.- Nombre común que se le da a la diamino difenil sulfona.

Segregación Obligatoria.- Separación del paciente de su entorno familiar y social de forma obligatoria.

Enfermo Bacilífero.- Enfermo con lepra lepromatosa que generalmente son pacientes que presentan múltiples bacilos.

Inoculación a Animales.- Inyectar bacilos a un animal con el objeto de que éstos crezcan.

Aceite de Chalmogra.- Aceite extraído de una planta del mismo nombre, que se usó inyectado como tratamiento contra la lepra, fué muy usado, pero no sirvió de nada.

Bacilo de Hansen.- Es el *Mycobacterium leprae* agente causal de la lepra.

Contactos.- Se dice contactos a las personas que se encuentran en un entorno familiar o social de un enfermo de lepra bacilífero. A.M.A.L.A.C. A.C.- Asociación Mexicana de Acción Contra la Lepra.



## Bibliografía

- Altamirano, García Marfa de Lourdes Dra.  
Dermatología, Leprología y Micología  
Tesis de Posgrado  
México D. F. 1982
  
- Meneses Tapia Mónica  
El Enfermo de Hansen en el Centro Dermatológico  
1963
  
- Boletín  
Organización Mundial de la Salud de la Oficina  
Sanitaria Panamericana  
Vol. LXXX. No. 4 1976
  
- Davey  
Manual de Lepra  
Educación y Adaptación al Español  
Magali Giner 1978
  
- II Congreso, México  
Lepra-Sociología  
Jalisco 1963

- Educación Sanitaria y Rehabilitación Social en el enfermo de lepra  
VIII Congreso de Leprología  
Rio de Janeiro 1963
  
- Gallardo, Clark María Angélica T.S.  
Metodología para el Trabajo Social "Teoría-Práctica"  
Monterrey, Nuevo León Marzo 1972
  
- González, Urueña Jesús  
La Lepra en México  
Editorial El Ateneo  
México 1972
  
- E. Kaufman, Alicia Sociología  
Marginación, Prejuicio, Enfermedad  
Una Investigación Sociológica sobre lepra.  
Barcelona, pág. 85, 86, 87, 104, 107 1981
  
- Latapí Fernando Dr.  
Breve Información para el Médico General Dermatología Clínica  
2a. Edición de J. L. Cortés,  
México, D. F. 1972
  
- Maisonneuve, Jean  
Psicología Social

Paidós

Biblioteca del hombre contemporáneo

- Relato

Nosotros los Leprosos

Editorial Talls

México, D. F. 1942

- Rodríguez, Rodríguez Obdulia, Dra.

La Lepra y los Niños

Tesis Recepcional

México, D. F. U.N.A.M. 1949

- Zaragoza, Gómez Francisco Javier

Lepra-Psicología

Pasado, Presente y Futuro del Sanatorio

Dr. Pedro López en la lucha contra la lepra en México

1965

- Borix Lima Alex

Contribución a la epistemología del Trabajo Social

Edit. Humanitas

Buenos Aires

Castro Guevar Alejandro Dr.

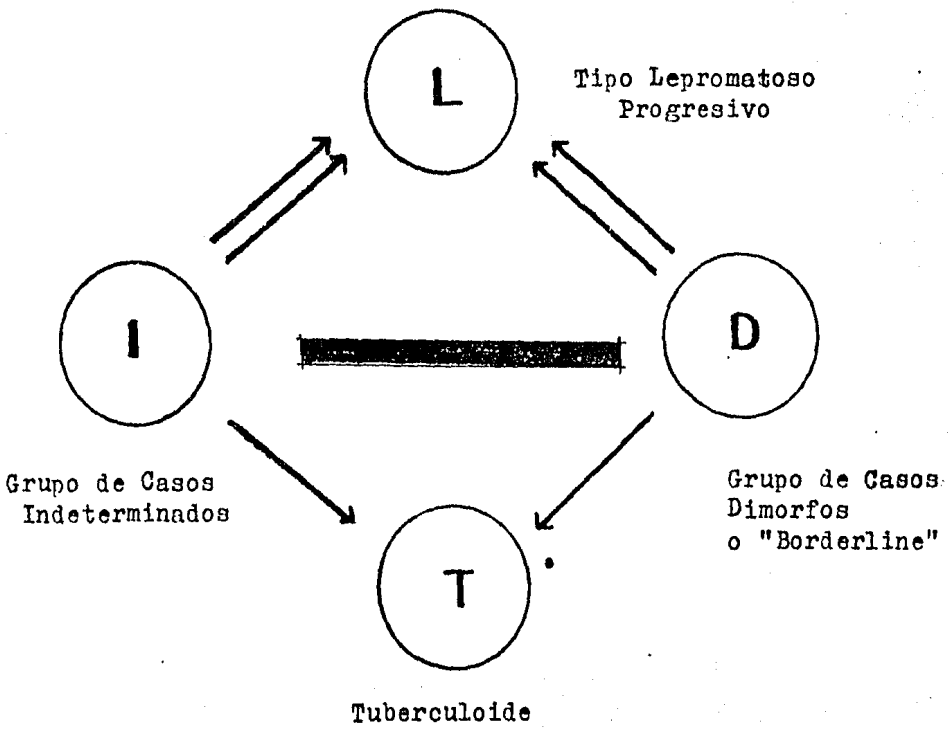
Medicina y la Salud Pública

México, D. F.

- Borix Lima Alex  
Contribución a la epistemología del Trabajo Social  
Edit. Humanitas  
Buenos Aires
  
- Castro Guevara Alejandro Dr.  
Medicina y la Salud Pública  
México, D. F.
  
- H. Victorioso Lidia C.  
Trabajo Médico Social  
Editorial Humanitas  
México, D. F.
  
- Métodos de Epidemiología  
Prensa Med. Mexicana  
1a. Edición Española  
1965

I.I.2.- Clasificación de la Lepra

VI Congreso Internacional de la Lepra  
Madrid (1953)

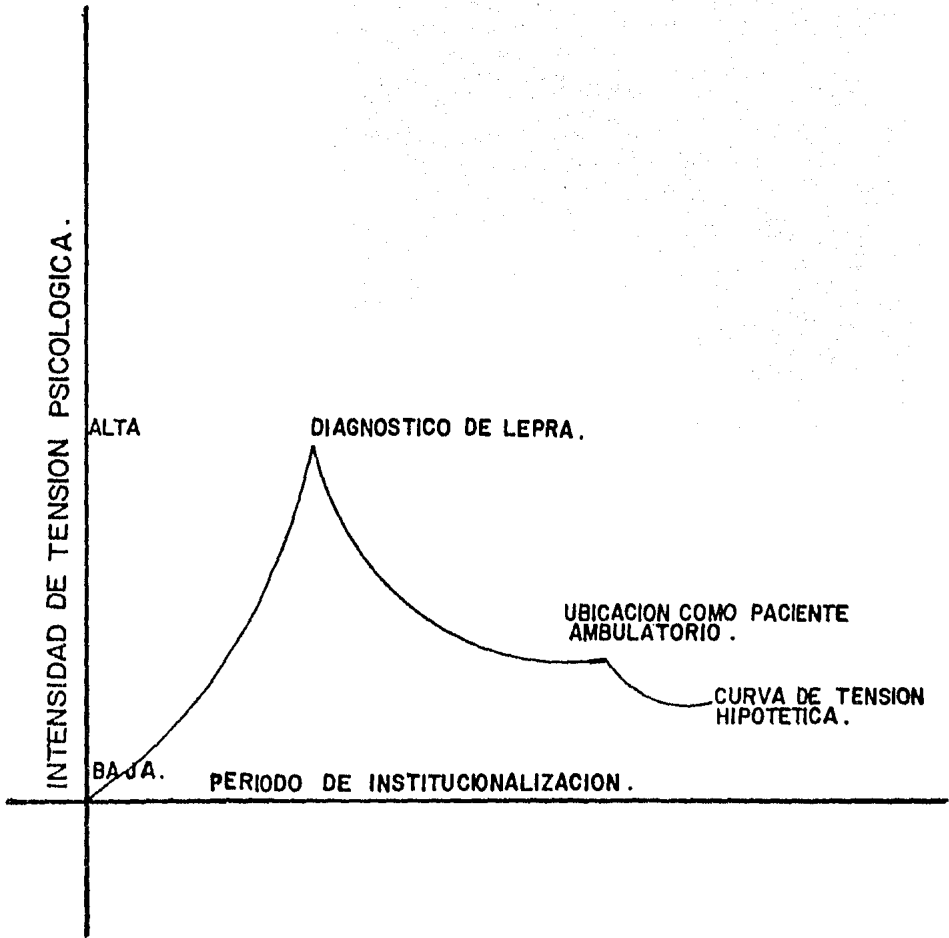




ANTES DEL TRATAMIENTO

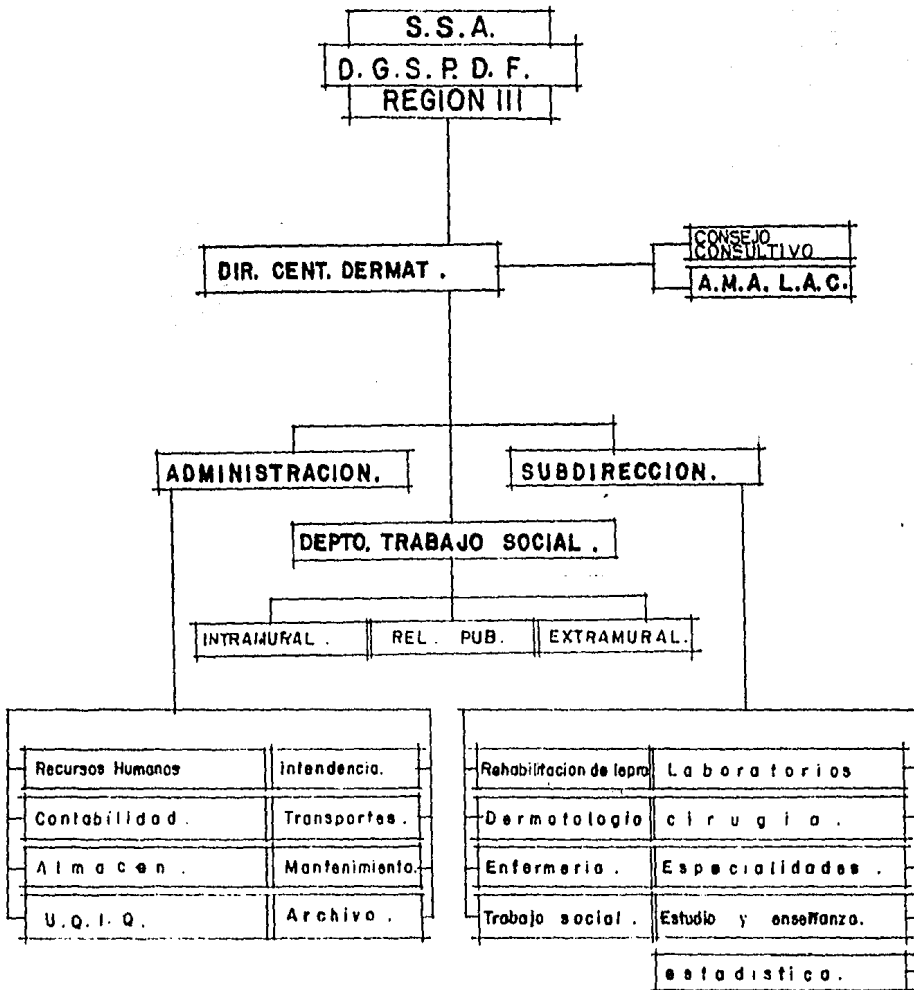


DESPUES DEL TRATAMIENTO



. DIAGRAMA DE ORGANIZACION .

CENTRO DERMATOLOGICO DR . LADISLAO DE LA PASCUA .

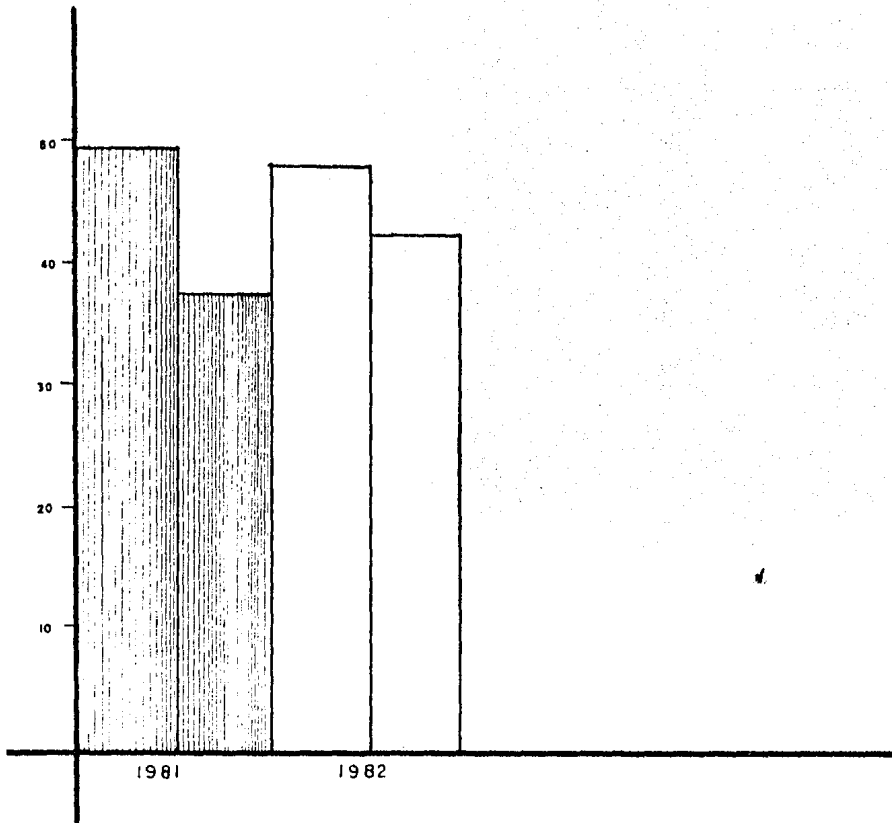




## ANEXO NUM. 1

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.  
Casos de Lepra, bajo control que forman parte de  
esta tesis.

AÑO	1981	1982	TOTAL
MASC	49	48	97
FEM	37	42	79
TOTAL	86	90	176



 1981 MASC. 49, FEM. 37.

 1982 MASC. 48, FEM. 42.

**ANEXO N.º I (GRAFICA I).**

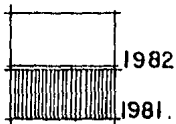
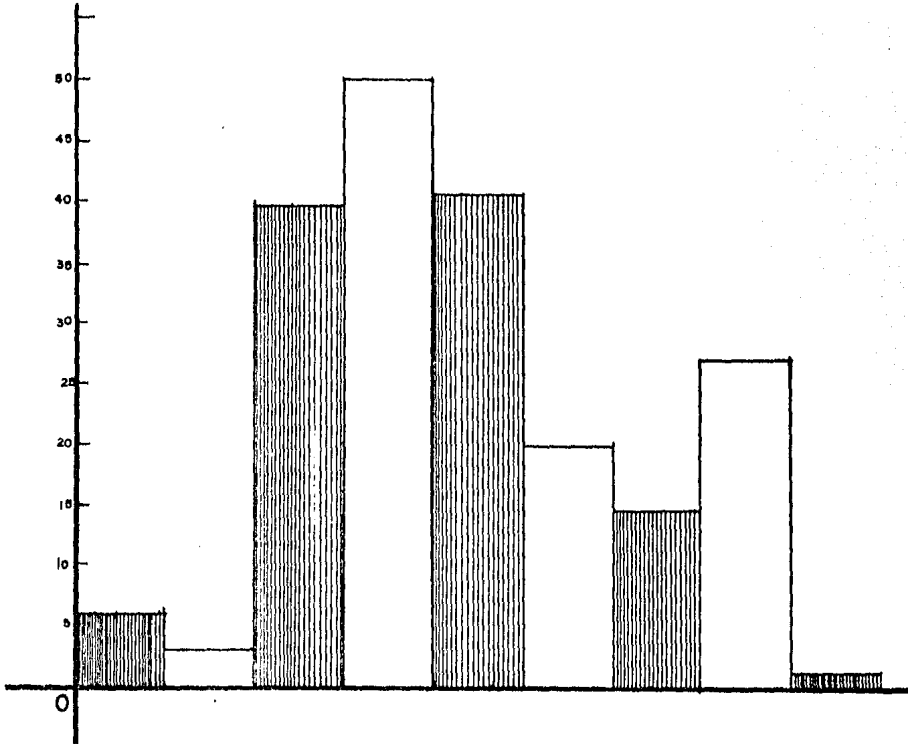
**CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA.**

## ANEXO NUM. 2

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua  
Frecuencia de Casos según grupos por edades

EIDADES	1 9 8 1		1 9 8 2	
	Núm.	%	Núm.	%
0 - 19	5	5.81	3	3.33
20 - 39	33	38.37	45	50
40 - 59	35	40.70	18	20
60 - 79	12	13.96	24	26.67
80 y +	1	1.16	0	0
TOTAL	86	100%	90	100%

## E D A D E S . .



1981.

1982.

80 y+ - 1%

0-19 - 3%

0-19 - 6%

20-39 - 50%

20-39 - 39%

40-59 - 20%

40-59 - 41%

60-79 - 27%

60-79 - 14%

GRAFICA N° 2 (ANEXO N° 2)

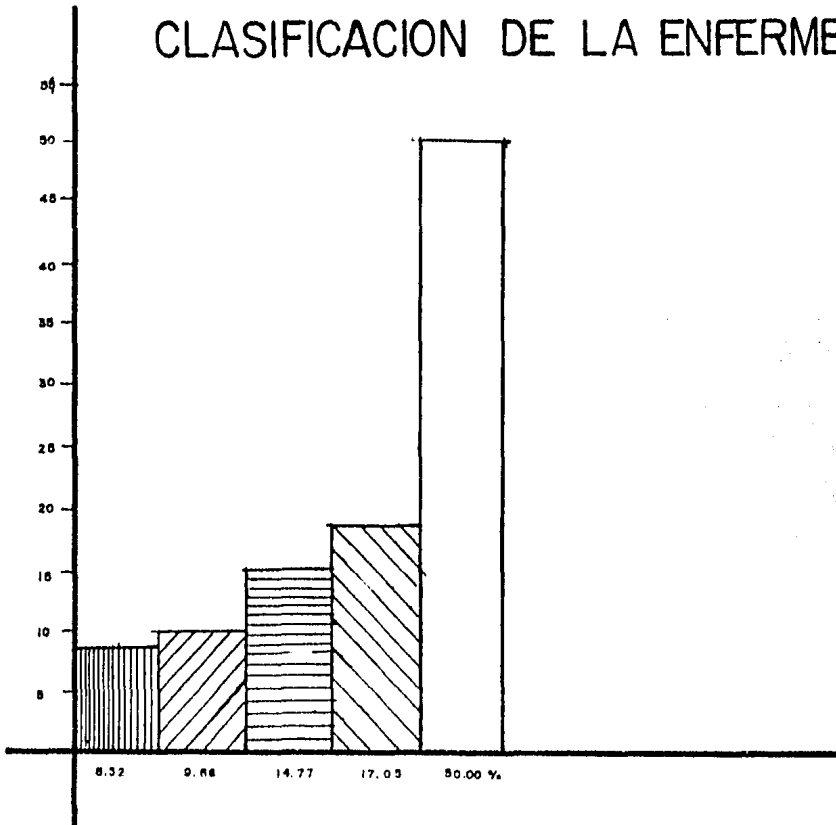
CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA .

## ANEXO NUM. 3

Centro Dermatológico Dr Ladislao de la Pascua  
Relación Porcentual de los Casos de Lepra dentro del estudio.

CLASIFICACION CASOS	Núm.	%
LEPRA LEPROMATOSA NODULAR	88	50.00
LEPRA LEPROMATOSA DIFUSA	30	17.05
LEPRA INDETERMINADO	17	9.66
LEPRA DIMORFA	15	8.52
LEPRA TUBERCULOIDE	26	14.77
T O T A L	176	100

## CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD.



LEPRA DIMORFA 8.52 %.

LEPRA GPO. INDETERMINADO 9.66

LEPRA TUBERCULOIDE 14.77

LEPRA LEPROMATOSA DIFUSA 17.05

LEPRA LEPROMATOSA NODULAR 50.00

ANEXO N.º 3 (GRAFICA 3).

CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA. (1981-1982).

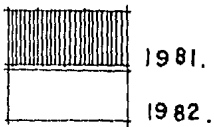
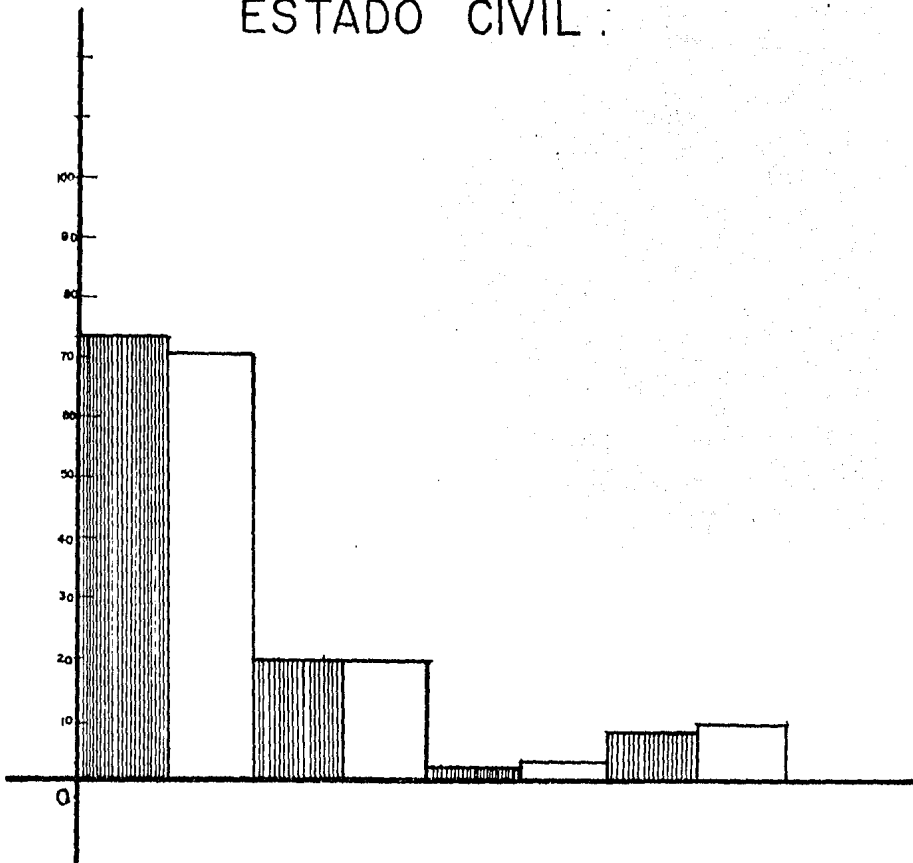
## ANEXO NUM. 4

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua

Estado Civil

	1981		1982		Núm. Abs.	%
	Núm.	%	Núm	%		
CASADOS	62	73	63	70	125	71
SOLTEROS	16	18	16	18	32	18
DIVORCIADOS	1	1	3	3	4	2
VIUDOS	7	8	8	9	15	9
TOTAL	86	100	90	100	176	100

## ESTADO CIVIL :



1981		1982 .	
CASADOS	73 %	CASADOS	70 %
SOLTEROS	18 %	SOLTEROS	18 %
DIVORCIADOS	1 %	DIVORCIADOS	3 %
VIUDOS	8 %	VIUDOS	9 %

GRAFICA N.º 4 (ANEXO N.º 4)

CENTRO DERMATOLÓGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA .

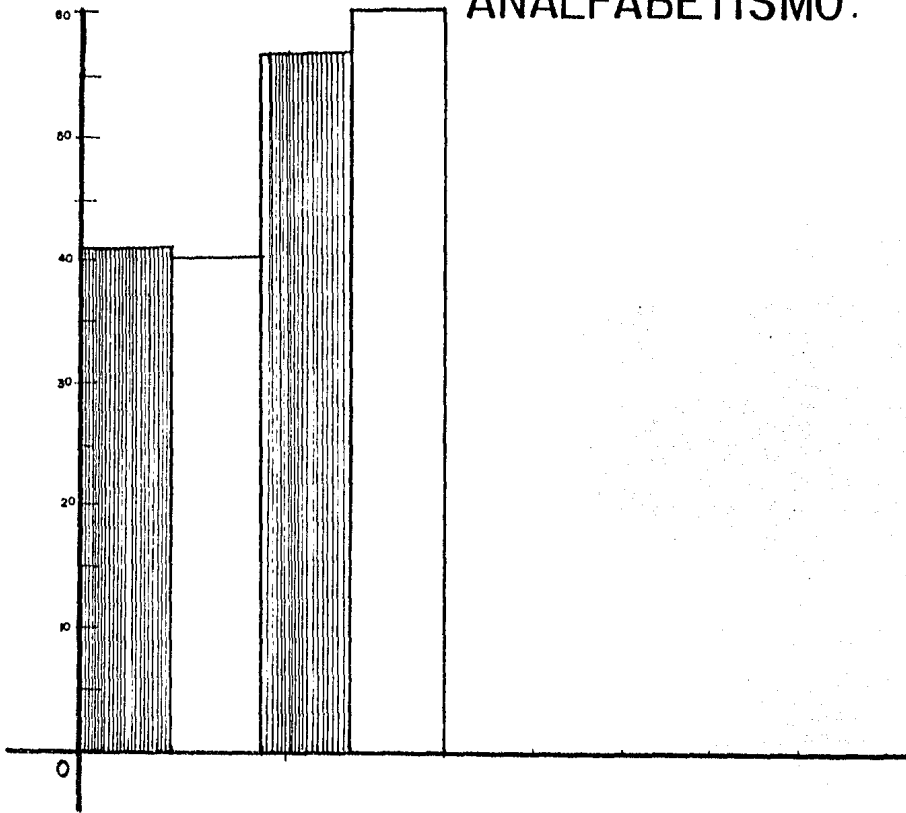


## ANEXO No. 5

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua  
Analfabetismo

AÑOS	NUM. ABS.	%
1981	73	41.50
1982	103	58.50
TOTAL	176	100

# ANALFABETISMO.



1981. POB. ALFABETA 42%, POB. ANALFABETA 58%.

1982. POB. ALFABETA 40%, POB. ANALFABETA 60%.

**ANEXO. No 5**

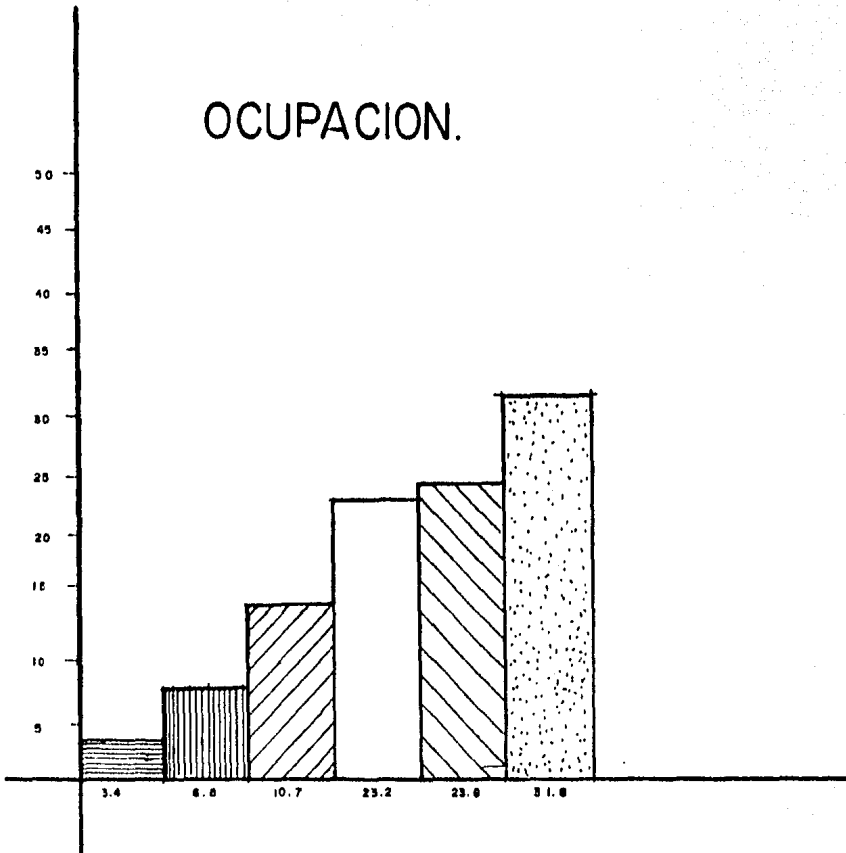
CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA .

## ANEXO NUM. 6

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua  
Ocupación

RAMA DE ACTIVIDADES	NUM. ABSOLUTOS	%
AGRICULTURA	42	23.8
INDUSTRIA	12	6.8
COMERCIO	19	10.7
TRANSPORTES	6	3.4
SERVICIOS	41	23.2
CONSTRUCCION	56	31.8
T O T A L	176	

## OCUPACION.



TRANSPORTE	3.4
INDUSTRIA	6.8
COMERCIO	10.7
SERVICIO	23.2
AGRICULTURA	23.8
CONSTRUCCION	31.8

ANEXO. N.º 6 (GRAFICA 6).

CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA.

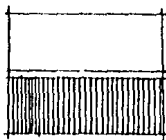
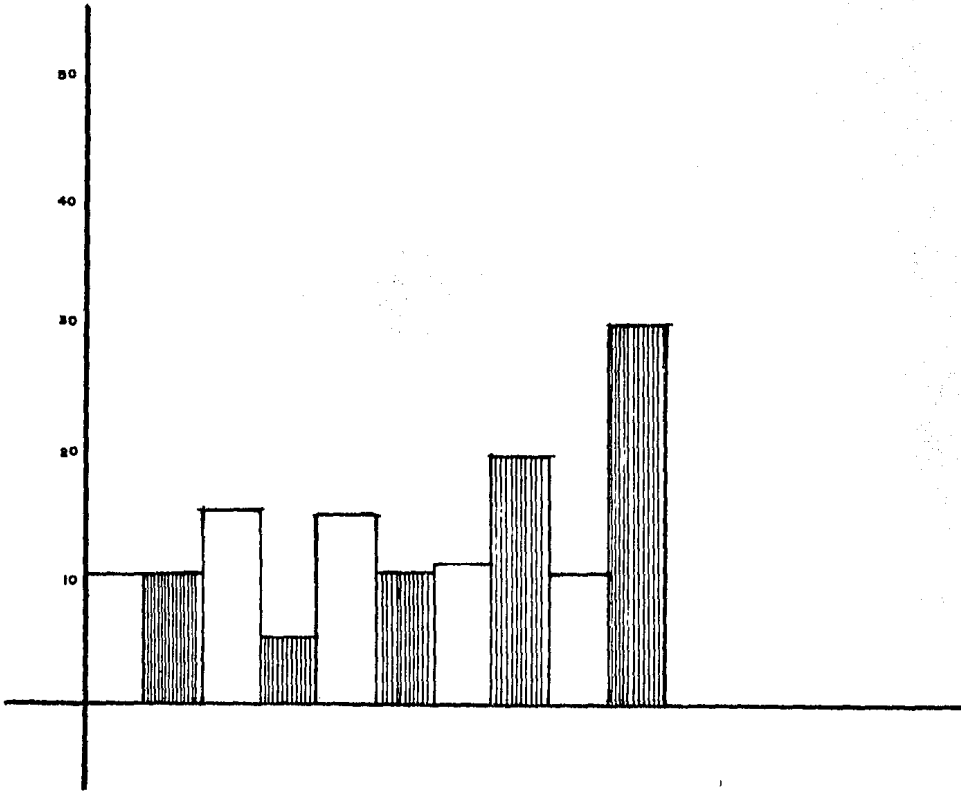
## ANEXO NUM. 7

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua

Ingreso Mensual

(PESO-MEXICANO)	1981		1982	
	Núm.	%	Núm.	%
0 - 0	9	10 .	9	10
\$1000 - \$ 2000	13	15	5	5
\$3000 - \$ 5000	12	14	9	10
\$6000 - \$ 7000	9	11	18	20
\$8000 - \$11000	9	10	27	30
SIN DATOS	34	40	22	25
T O T A L	86	100	90	100

# INGRESO MENSUAL.



1981

1982

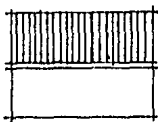
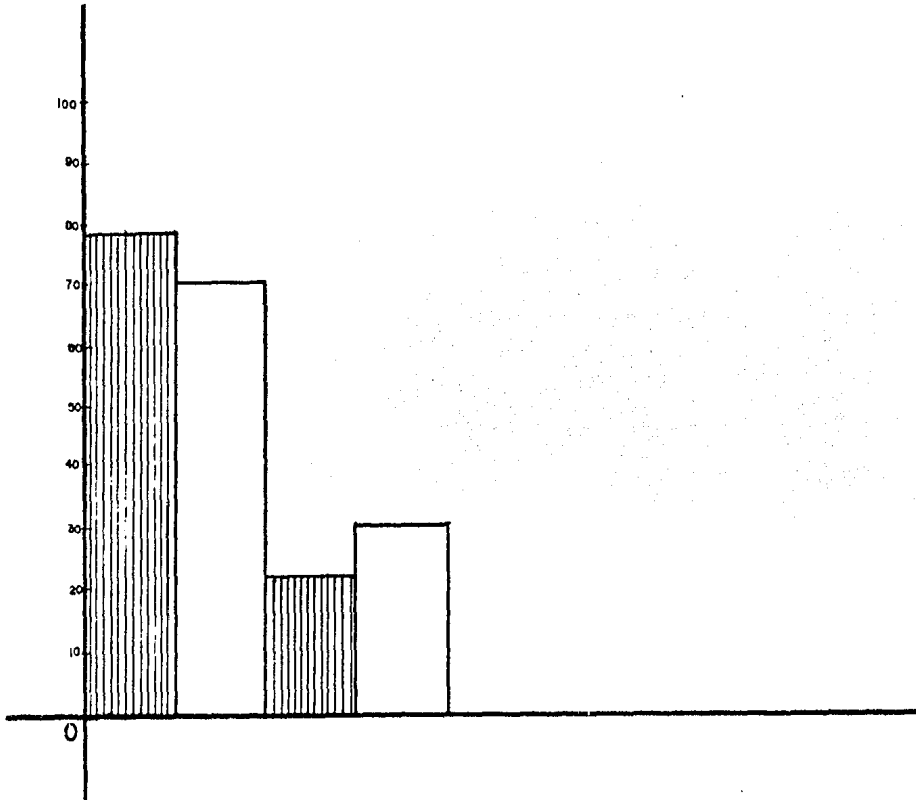
1981		1982	
\$ 1000 - 2000	15%	\$ 1000 - 2000	5%
3000 - 5000	4%	3000 - 5000	10%
6000 - 7000	11%	6000 - 7000	20%
8000 - 11000	10%	8000 - 11000	30%
SIN DATOS	40%	SIN DATOS	25%
0 - 0	10%	0 - 0	10%

## ANEXO NUM. 8

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua  
Capacitación para el Trabajo

	1981		1982		TOTAL	%
	núm.	%	núm.	%		
CAPACITADOS	67	78	63	70	130	74
INCAPACITADOS	19	22	27	30	46	26
T O T A L	86	100	90	100	176	100

## INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO.



1981. CAPACITADOS 78%, INCAPACITADOS 22 %

1982. CAPACITADOS 70%, INCAPACITADOS 30 %

GRAFICA. N.º 8 ( ANEXO N.º 8 ).

CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA.

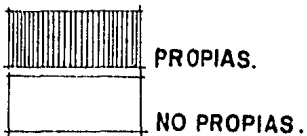
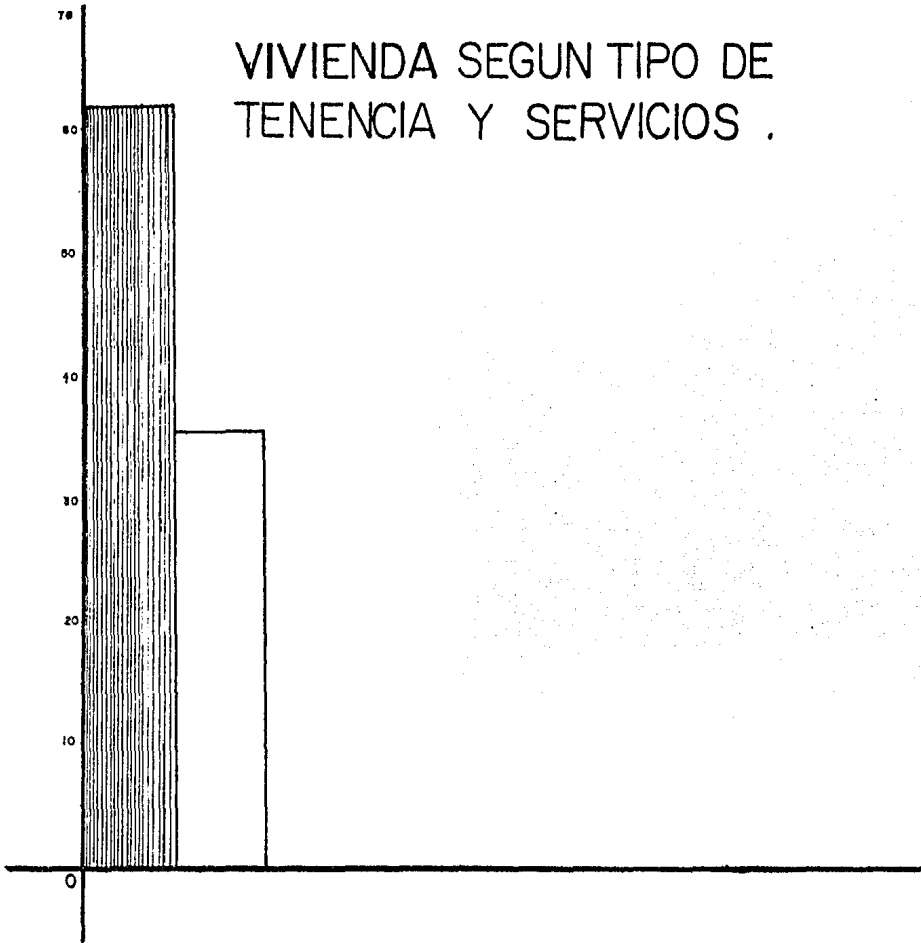


## ANEXO NUM. 9

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua  
Vivienda según Tipo de Tenencia.

TENENCIA	NUM. X FAMILIAS	%
PROPIAS	111	63
NO PROPIAS	65	37
T O T A L	176	100

# VIVIENDA SEGUN TIPO DE TENENCIA Y SERVICIOS .



ANEXO N.º 9

CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA. (1981-82).

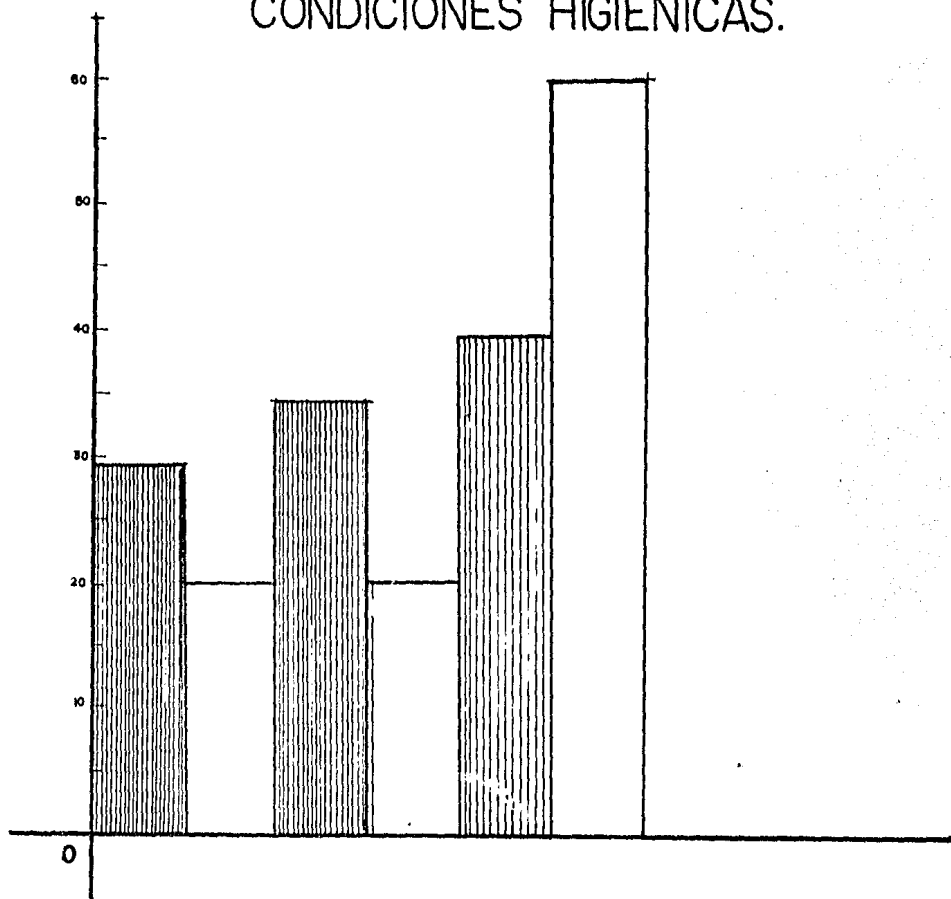
## ANEXO NUM. 10

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua

## Condiciones Higiénicas

	1981	1982
BUENAS	28	18
REGULARES	34	20
MALAS	38	60
TOTAL	100	100

## CONDICIONES HIGIENICAS.



1981. BUENAS 28%, REGULARES 34%, MALAS 38 %

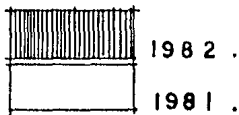
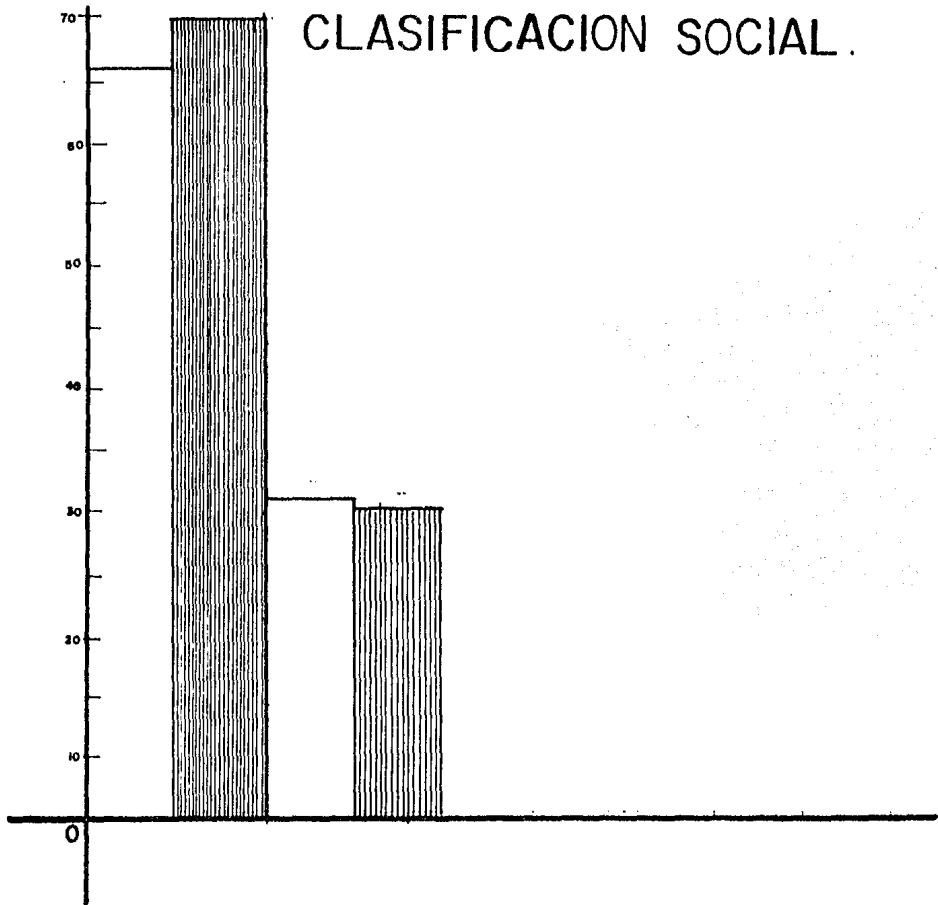
1982. BUENAS 20%, REGULARES 20%, MALAS 60 %

## ANEXO NUM. 11

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua

## Clasificación Social

	1981		1982		TOTAL
	núm.	%	núm.	%	
DEBIL SOCIAL	58	67	63	70	110
NORMAL SOCIAL	28	33	27	30	57
TOTAL	86	100	90	100	176



1981 .  
DEBIL SOCIAL. — 67%  
NORMAL SOCIAL. — 33%

1982 .  
DEBIL SOCIAL — 70 %  
NORMAL SOCIAL — 30 %

GRAFICA N° II ( ANEXO N° II )

CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA .

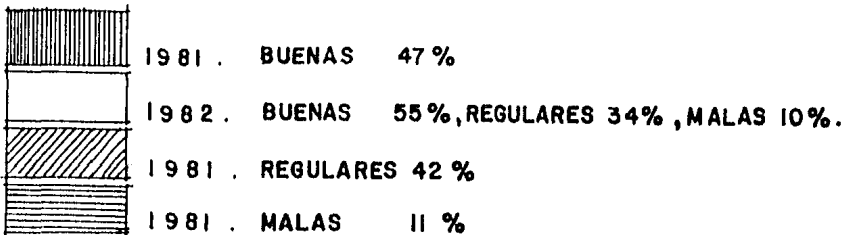
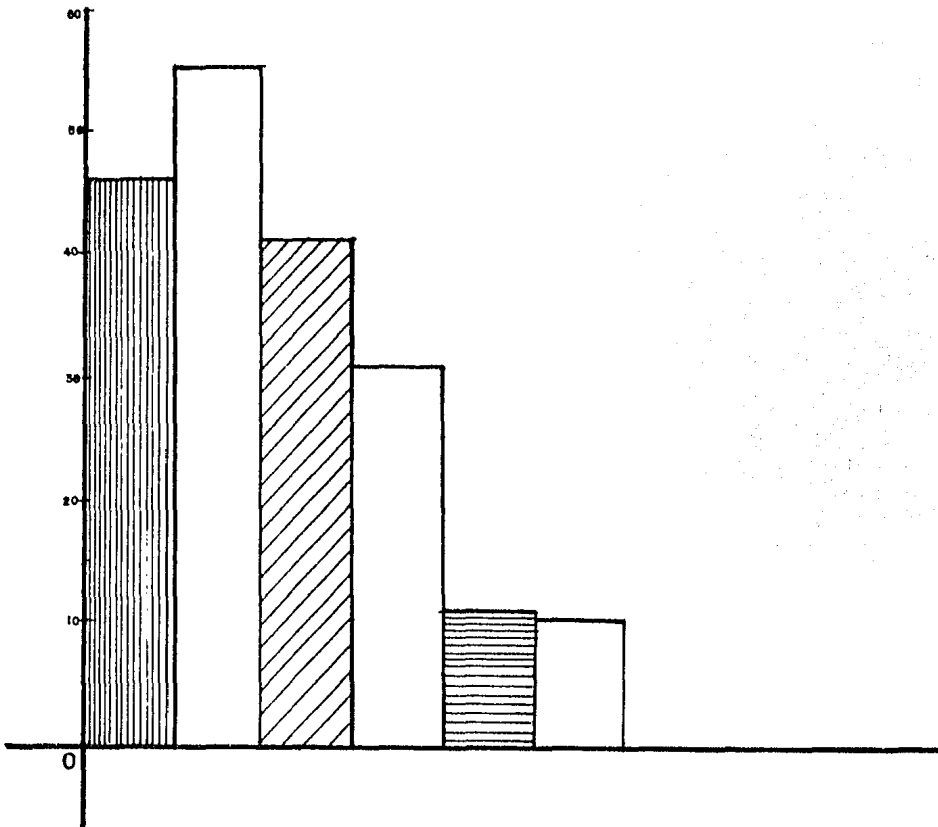
## ANEXO NUM. 12

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua

## Relaciones Familiares

	1981		1982		TOTAL
	núm.	%	núm.	%	
BUENAS	40	47	50	55	90
REGULARES	37	42	31	34	68
MALAS	9	11	9	10	18
TOTAL	86	100	90	100	176

## RELACIONES FAMILIARES.



GRAFICA N.º 12 (ANEXO N.º 12).

CENTRO DERMATOLOGICO DR . LADISLAO DE LA PASCUA.



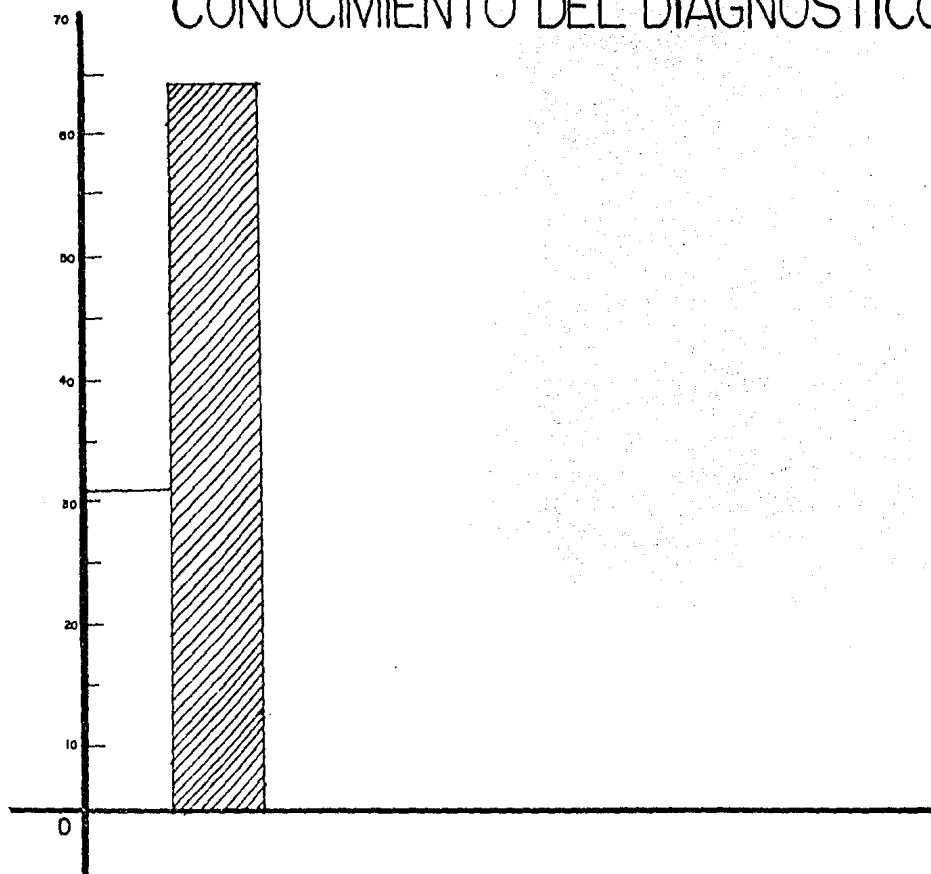
## ANEXO NUM. 13

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua

Conocimiento del Diagnóstico

CONOCEN	NUM. 56	% 32
DESCONOCEN	120	68
T O T A L	176	100

## CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO.



32 % CONOCEN .

68 % DESCONOCEN .

ANEXO N° 13