

30
24'



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“Reintegración del Paciente Psiquiátrico al Medio Familiar y Laboral”

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A N

López Fernández Rosalba

Rosales Pérez Imelda

MEXICO, D.F.

NOVIEMBRE 1990



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.

INTRODUCCION.

CAPITULO 1. Antecedentes de la Psiquiatría y el Trabajo Social Psiquiátrico en México.

| | |
|--|----|
| 1.1. Origen de la Psiquiatría en México. | 4 |
| 1.2. Creación de Hospitales para Enfermos Mentales . . . | 13 |
| 1.3. Antecedentes del Trabajo Social Psiquiátrico. . . . | 16 |
| 1.4. Integración de Equipos Interdisciplinarios para Atender en Forma Integral al Paciente Psiquiátrico. | 21 |

CAPITULO 2. Origen y Desarrollo del Hospital Psiquiátrico "San Fernando".

| | |
|--|----|
| 2.1. Creación del Hospital Psiquiátrico "San Fernando".. | 24 |
| 2.2. Organigrama de la Institución. | 27 |
| 2.3. Funciones que Realiza cada Departamento | 29 |
| 2.4. Servicios que presta tanto al paciente como a su familia. | 51 |

CAPITULO 3. Importancia del Núcleo Familiar en la Recuperación del Paciente.

| | |
|---|----|
| 3.1. Importancia de la Familia en la Vida del Hombre.. | 57 |
| 3.2. Relación Interpersonal en el Núcleo Familiar. . . . | 61 |
| 3.3. Importancia de la Comunicación entre los Miembros de la Familia | 62 |
| 3.4. Participación de los Miembros de la Familia en la Recuperación del Paciente. | 63 |

CAPITULO 4. El Trabajo en la Vida del Hombre.

| | |
|---|----|
| 4.1. Papel del Trabajo en la Vida del Hombre | 69 |
| 4.2. Capacidad del Hombre en Desarrollo de Diversas - Actividades | 73 |
| 4.3. Las Relaciones Humanas en el Medio Laboral | 74 |
| 4.4. Importancia de la Actividad Laboral en el - Paciente Psiquiátrico | 83 |

CAPITULO 5. El Papel del Trabajador Social en la Integración del Paciente Psiquiátrico.

| | |
|--|----|
| 5.1. Funciones y Actividades que Realiza el Trabajador Social | 87 |
| 5.2. Tratamiento que Realiza con el Núcleo Familiar - desde la Internación del Paciente hasta su Egreso del Hospital | 90 |
| 5.3. Trámites y Acciones que Realiza en cuanto al - Aspecto Laboral del Paciente | 91 |

CAPITULO 6. Investigación para Conocer las Relaciones Familiares y Laborales del Paciente.

| | |
|---|----|
| 6.1. Selección del Tema | 94 |
| 6.2. Planteamiento General del Problema | 94 |
| 6.2.1 Justificación e Importancia | 94 |
| 6.2.2 Establecimiento de Objetivos | 95 |
| 6.3. Hipótesis | 96 |
| 6.4. Métodos y Técnicas de Investigación | 96 |
| 6.5. Nivel que Pretende Alcanzar la Investigación | 97 |
| 6.6. Utilidad de la Investigación | 97 |

| | |
|---|-----|
| 6.7. Población | 98 |
| 6.8. Recopilación de la Información | 98 |
| 6.9. Interpretación de Datos y Contrastación de Hipótesis | 101 |
| | |
| CAPITULO 7. "Programa Alternativo a Realizar por el Departamento de Trabajo Social en el - Hospital Psiquiátrico 'San Fernando' " . . | 112 |
| | |
| Conclusiones | 120 |
| | |
| Anexos | 121 |
| | |
| Bibliografía | 175 |

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

La presente investigación destaca la importancia de las Relaciones Humanas y la Comunicación tanto en el ámbito familiar como laboral para la recuperación del paciente psiquiátrico.

Fue realizada en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" - del I.M.S.S. como una inquietud que nació al conocer los resultados de una investigación previa, así como también, encontrar la causa del alto número de reingresos y contrastar o disprobar el siguiente enunciado: "Si las relaciones familiares y laborales son favorables para el paciente psiquiátrico al ser egresado del hospital, entonces será más rápida su reintegración a tales núcleos".

El trabajo está integrado por siete capítulos: en el Primer Capítulo se realiza un análisis histórico sobre la Psiquiatría y el Trabajo Social Psiquiátrico en el País; posteriormente nos ubicamos en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" haciendo una descripción general desde su creación hasta la actualidad, de su estructura física, organización y de los servicios que presta a los derechohabientes; ya que esta unidad fue la que nos brindó el apoyo y las facilidades a las instalaciones y a los documentos para la realización de la presente Tesis.

Los dos siguientes capítulos centran la importancia que tienen las relaciones interpersonales positivas en el núcleo familiar y laboral para la recuperación del paciente psiquiátrico.- Se presenta una reseña sobre la evolución del hombre y la influencia que ha tenido el trabajo en él.

El Capítulo 5 define las funciones, actividades, trámites y acciones que realiza el Trabajador Social en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" en beneficio del paciente.

Enseguida se explica la Metodología empleada en la investigación de Campo para obtener la información necesaria y poder comprobar o disprobar la hipótesis.

Finalmente se plantea un Programa Alternativo a realizar -- por el Departamento de Trabajo Social en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando", en apoyo al paciente y su familia y así, contribuir a su recuperación e integración tanto al medio familiar como laboral.

- CAPITULO 1 -

ANTECEDENTES DE LA PSIQUIATRIA Y EL TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO
EN MEXICO

- 1.1. Origen de la Psiquiatría en México.
- 1.2. Creación de Hospitales para Enfermos Mentales.
- 1.3. Antecedentes del Trabajo Social Psiquiátrico.
- 1.4. Integración de Equipos Interdisciplinarios para Atender -
en Forma Integral al Paciente Psiquiátrico.

- CAPITULO 1 -

ANTECEDENTES DE LA PSIQUIATRIA Y EL TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO EN MEXICO.

El objeto del capítulo es presentar una crónica del origen y desarrollo de la Psiquiatría en México, así como conocer la creación de los primeros hospitales que atendieron enfermos mentales. Otro de los puntos importantes es exponer los antecedentes del Trabajo Social Psiquiátrico y reafirmar que forma parte fundamental de los Equipos de Salud (interdisciplinario) de la Institución para la atención integral del paciente psiquiátrico.

1.1 ORIGEN DE LA PSIQUIATRIA EN MEXICO.

El desarrollo de la Psiquiatría en México está íntimamente ligado al desarrollo histórico del país. El México actual es el resultado de la fusión de diversas corrientes culturales, primordialmente la indígena y la española.

Con la finalidad de bosquejar el desarrollo de la especialidad dentro del contexto histórico-social, se dividió la información en cuatro partes: la prehispánica, la Epoca de la Colonia, el México Independiente y la época actual.

La Epoca Prehispánica. En Mesoamérica de la cultura que se tiene conocimiento por su civilización es de la azteca. El hombre del Imperio azteca vivía en un mundo mágico religioso regido por principios dualistas: el nacimiento y la muerte, el bien y el mal, el día y la noche.

Su cultura alcanzó altos niveles de desarrollo socioeconómico y el manejo armónico, aunque austero de sus normas de vida y

sus preceptos ético-religiosos, los adoptaron adecuadamente a su habitat y a un equilibrio mental poco usual en el mundo moderno. En este marco floreció una Psiquiatría y Psicoterapia de alta evolución, controlada por personas que formaban un grupo especial entre los médicos y de los sabios llamados Tixcuitiani o teixtemani. Estos eran entrenados por varios años en el Calmecac, templo dedicado a la diosa "Tlazolteotl", deidad comedora de "inmundicias morales".

El Calmecac y los sabios constituían una institución de la más alta jerarquía intelectual y moral, de donde eran escogidos para dirigir las obras de mayor relevancia e importancia dentro de la estructura social.

Los teixtemanis sabían conocer y describir a los enfermos - maniacos, esquizoides, histéricos, depresivos y psicópatas.

Tenían varias técnicas de psicoterapia, una de ellas muy famosas para los deleites, faltas y culpas de origen sexual que se llamaba "Neyclmelahualiztli", que quiere decir "técnicas para transformar los corazones". Esta forma de psicoterapia en ocasiones y ante casos especiales, se mezclaba con la práctica del "Oleliuhqui", que era como el narcoanálisis: se le preparaba al paciente una pócima con infusión de beleños, peyote y hongos alucinantes y después de beberla, como decía el fraile Ate-nango Don Hernando Ruíz de Alarcón "soltaban la lengua, decían cosas muy peores y dizque después se confortaban con tal hechicería".

Se consideraba a las enfermedades como un castigo por deso-

bediencia a los dioses, el tratamiento se dirigía, a proporcionar favores de la deidad ofendida, ingería entonces sustancias mágicas como el peyote, el divino "Teonacatl" y el "tlapatl". - Con ellos se obtenía una identificación introyectiva, se inviste con los poderes divinos de los dioses y logra conocer las cosas ocultas.

Entre los medicamentos que empleaban para los pacientes neuro-psiquiátricos, se manejaba el jugo de las hojas "Tlatlameligtalli" en los cuadros delirantes. Si el trastorno era depresivo se administraba una infusión de "Malinalli y Tlacolli". En casos de excitación nerviosa y probablemente en las neurosis usaban el jugo de "Iztahuitl".

Para las epilepsias describían, entre otras yerbas, jugo de retoños de "Tlatlacuaye" y raíz de "tepopotic".

Durante las crisis convulsivas, los médicos recomendaban rociar la cara del paciente con un cocimiento de raíz de "micahuitli".

La medicina azteca era naturista, es decir, hacían uso de las plantas para combatir las enfermedades; en esta forma tuvieron conocimiento de la marihuana, los hongos alucinógenos, el peyote y posteriormente el descubrimiento del pulque, plantas que consumían en su forma natural, desconociendo sus efectos secundarios. El consumo de la marihuana fumada e ingerida en forma de té, les producía hiperactividad y en esta forma eran capaces de correr por relevos de México a Veracruz en busca de sal y pescado fresco, para ser presentado ante su emperador, -

así mismo los guerreros del imperio azteca bajo la influencia de estas drogas tenían espíritu-combativo, para dominar a otros pueblos, ser capaces de levantar grandes pesos de piedra y arena para construir sus ciudades, templos y pirámides, de no ingerirlas se sentían hipoactivos e incapaces de realizar actividad alguna, por eso para ellos la marihuana era una "hierva santa".

Los sacerdotes del imperio, también hacían uso del peyote y los hongos alucinógenos, para ser capaces de elaborar y desarrollar todo un ceremonial mágico-religioso y ser creídos por el pueblo. También ya se había descubierto una droga social para los aztecas que aunque estaba controlado y reglamentado su consumo, era importante su demanda, esta droga era el pulque, por lo que la drogadicción era una causa de enfermedad mental entre ellos.

Hay que considerar los recursos alimenticios de los pueblos de esa época, su alimentación era básicamente de: maíz, chile, verduras o diferentes variedades de vegetales, el consumo de carne era esporádico y no tenían una dieta balanceada, por lo que prevalecía la desnutrición, segunda causa de enfermedad. El imperio azteca, así como las demás culturas tenían una forma de organización social de nobles, sacerdotes, plebeyos y esclavos; predisponiendo problemas de tipo social, político, económico y cultural, siendo el medio ambiente causa importante de enfermedad de tipo social. Estas causas de enfermedad mental y la fusión entre ellas, dió por resultado las causas por Herencia o Genéticas. Por lo que se puede deducir a través de estudios an-

tropológicos efectuados y tomando en consideración las costumbres étnicas, en la era prehispánica, las causas predisponentes de enfermedad mental fueron:

- Drogadicción - El Medio Ambiente
- Desnutrición - Problemas de tipo Social, Político-
- Herencia y Genética. y cultural.

La Epoca de la Colonia. Durante la Colonia existieron dos tendencias al parecer opuestas; una dirigida hacia lo racional y otra hacia lo místico. La preocupación del médico, era deslindar si el padecimiento es natural o prenatal. Ha de distinguirse entre la locura y el maleficio, entre epilepsia y posesión demoniaca, para establecer la terapéutica apropiada, en caso del reporte del médico y en otro del curandero o sacerdote. No se han encontrado datos fidedignos suficientes sobre los métodos curativos del médico colonial en los trastornos neuropsiquiátricos.

Es en el año de 1576 cuando se crea la Cátedra Prima de Medicina en la ciudad de México por la primera Universidad de América siendo titular Don Juan de la Fuente. Tuvieron que trascurrir 3318 años para que se estableciera en la Real y Pontificia Universidad de México la cátedra de Psiquiatría dirigida por el Dr. Peón Contreras.

Es también en México donde se funda el primer hospital para enfermos mentales en el Continente.

Bernardino Alvarez Herrera puso su riqueza y esfuerzo para la atención de enfermos. Es el mismo Bernardino quien construye

unos cuartos, donde aloja convalescientes, seniles y débiles mentales, ampliando después la atención para aquellos enfermos con desórdenes mentales. Bernardino continuó su obra durante 17 años y el 12 de agosto de 1514 a los 70 años muere el iniciador de la Psiquiatría en México.

En el siglo XVIII se tuvo que re-edificar el edificio, en una institución dedicada en exclusiva al albergue y atención de los enfermos mentales tanto psicóticos como retrasados. El 20 de enero de 1777 se hizo el traslado de los enfermos al nuevo edificio. En 1793 la institución quedó definitivamente terminada tal y como es hoy.

La institución de más prestigio fue siempre el Hospital de San Hipólito daba atención a todo el país, Centroamérica y Cuba.

Otro de los pioneros de la atención psiquiátrica en México fue Don José Sayago, quien atendió en su casa a una enferma mental. Corría el año de 1687 cuando el Arzobispo Francisco Aguilar y Seijas, viendo con simpatía esta obra, sufragó los gastos para la atención de hasta 66 enfermas. Posteriormente, este hospital pasó a manos de la Congregación del Divino Salvador, la cual para 1700, quedó organizada como "El Hospital del Divino Salvador" para enfermos mentales.

El México Independiente. Después de 1821, al consumarse la Independencia de México, y posteriormente durante la Reforma, por disposiciones legales al suprimirse las órdenes religiosas-hospitalarias de San Hipólito y del Divino Salvador, pasaron a depender del ayuntamiento de la Ciudad de México y sus bienes a

ser propiedad del Gobierno de México. En 1877 es creada la Dirección de Beneficencia Pública que se hizo cargo de ellos.

No obstante de la labor desarrollada por estas instituciones, siempre existió la necesidad de contar con otras en el interior de la República, y eso hizo que desde fines del siglo XVIII, en el antiguo Hospital de Belem, de Guadalajara, se atendieran algunos enfermos mentales. Posteriormente en el año de 1860 contó con una sección psiquiátrica.

En el mismo año en la ciudad de Monterrey, también el Hospital Civil organizó una sección para el tratamiento de enfermos mentales. En 1896, en el Estado de Veracruz, se creó en Orizaba el Manicomio Estatal, institución que sigue atendiendo hasta la fecha a cerca de 100 pacientes. A principios de este siglo en la Ciudad de Mérida se creó el Hospital Neuropsiquiátrico "Leandro León Ayala" que sigue atendiendo pacientes de aquella región.

En Zapopan, Jalisco se fundó en 1905 un hospital atendido por religiosas y en San Pedro Tlaquepaque se inauguró en 1909 una institución privada para enfermos mentales, por esa época se funda en la ciudad de México el primer sanatorio neuropsiquiátrico privado. El Dr. Rafael Lavista su fundador, lo había destinado a cirugía, pero presionado por las necesidades sociales lo dedicó a enfermos mentales y nerviosos.

La atención hospitalaria a principios de este siglo dejaba mucho que desear, por ello, los médicos Juan Peón Valle y Enrique O. Aragón tomaron la iniciativa de fundar un gran hospital.

Y en el año de 1908 el gobierno compró la Hacienda de la Castañeda, en Mixcoac, D.F., y construyó el Manicomio General, que se inauguró en septiembre de 1910, trasladándose, ahí a los enfermos del Hospital de San Hipólito y del Divino Salvador, asegurando así alojamiento para aproximadamente mil enfermos.

En su época fue una institución acorde con el adelanto médico de entonces. Sin embargo la confirmación de que enfermo que ingresaba a la institución ahí se quedaba, hizo que pronto aumentara la población de enfermos y en proporción inversa, se descuidara su atención por la imposibilidad física y de personal adiestrado, a grado tal que la beneficencia pública tenía convicción de que no había recursos médicos alguno sino exclusivamente era un asilo para "locos".

El manicomio cumplió con una misión social extraordinaria, y a pesar del número desproporcionado de enfermos que requerían de servicios hospitalarios y sus facilidades físicas de equipo, y sobre todo de personal, empezó a hacer muy difícil su labor, contó siempre con la simpatía de la sociedad, pues se caracterizó por no negar asilo a todo enfermo que necesitara sus servicios.

El número de pacientes aumentó hasta contar con 3000; esta institución fue la cuna donde se formaron los primeros especialistas en Psiquiatría. En total el Hospital albergó unos 75 mil pacientes desde su fundación.

La Epoca Actual. En el año de 1942, bajo el impulso de los médicos Leopoldo Salazar Viniegra y Manuel Guevara Oropeza, se

fundó el Hospital Granja para enfermos mentales pacíficos en San Pedro del Monte, en los alrededores de León, Guanajuato. Esta institución funciona hasta la fecha y atiende 400 pacientes varones.

A partir de 1947, la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó un Departamento de Higiene Mental y Neuropsiquiatría. Bajo la dirección del Dr. Samuel Ramírez Moreno, se hizo el primer intento de coordinar los esfuerzos de todo el país en esta área.

En 1948, en Guadalajara se inauguró otra granja de recuperación para enfermos mentales "La Esperanza". En el mismo año fueron creadas la Granja de Morelia y la Casa de Salud Mental de Monterrey, para enfermos de escasos recursos. En 1950 se abrió un manicomio custodial en la Ciudad de Hermosillo Sonora y otro en la Capital de Chihuahua.

Se establecieron "Consultorios Neuropsiquiátricos" en dos hospitales generales. En el año de 1951 se transformó este Departamento en "Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental", bajo la Dirección del Dr. Velazco Suárez y comenzó a ejercer su acción en todo el país. En este período se colaboró activamente con la Federación Mundial de la Salud, celebrándose en México en 1952 el Congreso Internacional. En los años de 1953 y 54 incrementaron la acción preventiva de las enfermedades mentales estableciéndose Centro de Higiene Mental en los Centros de Salud.

Estos servicios trabajaron fundamentalmente como clínicas de conducta atendiendo oportunamente los problemas de la infan

cia.

A partir de 1959 inició el período más fecundo de realizaciones en la atención de los pacientes psiquiátricos en el país. Durante 50 años desde la creación del manicomio, no se había aumentado el número de camas para atender a los enfermos mentales, ni se había llevado a cabo otra ampliación significativa. Durante este año con una población de 33 millones, se tenía solamente 6500 camas para pacientes psiquiátricos, de las cuales 5000 correspondían a la Asistencia Oficial y el resto a la Asistencia Privada. Se elaboró el primer censo nacional de morbilidad neuropsiquiátrica en la República encontrando que había 154 000 psicóticos, 150 000 infantes con graves trastornos de la conducta, 162 000 neuróticos y 192 000 pacientes con alcoholismo. Aunado a estas cifras 257 000 epilépticos, dieron un total de - - 1 418 000 enfermos que necesitaban de atención especializada.

1.2 CREACION DE HOSPITALES PARA ENFERMOS MENTALES.

En orden cronológico se crearon las siguientes Instituciones:

- Hospital de "San Hipólito", fundado en la capital de la Nueva España por Bernardino Alvarez en 1597, junto a la ermita de San Hipólito en el antiguo Paseo del Perdón (Av. Hidalgo-107) dedicada a la atención de enfermos mentales del sexo masculino.
- Hospital del "Divino Salvador" y posteriormente el Hospital-Real del Divino Salvador, fundado por José Sáyago de 1680 a 1700, en la calle de Canoa (Donceles No.34), dedicada a la -

atención de mujeres dementes.

- Hospital Psiquiátrico la Castañeda, fundado en 1910 con capacidad para más de mil enfermos.
- Hospital Granja Bernardino Alvarez en Tlalpan, D.F., en febrero de 1960, con 100 camas.
- Hospital Granja de Salud, Zoquiapan, Estado de México, marzo de 1961, con capacidad para 450 enfermos.
- Hospital Granja para enfermos mentales en Villahermosa, Tabasco, junio de 1962, con 100 camas.
- Hospital Campestre José Sáyo, en Tepexpan, Estado de México, noviembre de 1962 con capacidad de 650 pacientes.
- Hospital Granja Cruz del Sur, en Oaxaca, agosto de 1963 con 200 camas.
- Escuela Granja Fray Bernardino Alvarez, para adolescentes débiles mentales, con cupo para 120 alumnos, Tlalpan D.F. en octubre de 1960.
- Instituto Nacional de Neurología, en Tlalpan, D.F., el 28 de febrero de 1964, con capacidad para 130 camas, con la Unidad para Investigaciones Cerebrales y dotado del más moderno equipo quirúrgico y de investigación constituyendo el cerebro más avanzado en el país y Latinoamérica para la atención y el tratamiento de los enfermos neurológicos y psiquiátricos, destinado también a la docencia y a la investigación en el campo de las Ciencias Neurológicas y Psiquiátricas.
- Hospital Campestre Cruz del Norte, en Hermosillo, Sonora, en enero de 1965, con capacidad para 200 camas.

- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, para enfermos agudos. Con cupo para 630 enfermos. Ocupa un edificio de tipo vertical de 10 pisos de altura y ha sido planeado para que constituya el corazón del sistema hospitalario de este tipo.
- Este nosocomio consta de servicios de consulta externa, salones para terapia ocupacional, departamentos de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, sección de terapia intensiva con 24 camas, para padecimientos intercurrentes médico quirúrgicos y consultorios: dental, oftalmológico, odontológico y de varias especialidades.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Tiene cuatro funciones diferentes dentro de una Unidad Asistencial:
 - a) Da alojamiento permanente a niños que profundamente alterados, deben ser internados en forma custodial.
 - b) Sección de internamiento de 32 camas para enfermos agudos que ameriten estancias breves.
 - c) Consulta externa por médicos y psicólogos.
 - d) Guardería para pre-escolares que no ameriten hospitalización pero requieren asistir durante un período de tiempo más o menos largo a la consulta externa. Para docencia se dispone una aula para 60 personas.
- Hospital Campestre. Los hospitales campestres modificaron el sistema manicomial o carcelario que durante muchos años había sido característico de los hospitales psiquiátricos. Los nuevos establecimientos tienen puertas abiertas para que

el enfermo mental encuentre una nueva motivación para su vida en su propio ambiente. Dentro del sistema se han construido tres hospitales de este tipo el Dr. Rafael Serrano, ubicado en la Capital de Puebla, "Dr. Samuel Ramírez Moreno", en Tláhuac, D.F., y el "Dr. Adolfo Nieto", cada uno de estos hospitales cuenta con 520 camas.

- Hospital Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", su objetivo es instalar en forma adecuada a los enfermos mentales crónicos, se planeó y construyó esta Unidad, adaptando parcialmente el casco de la antigua Hacienda de San Miguel Eyecalco, en Tizayuca, Hidalgo.

Este Hospital tiene la función principal de atender pacientes adultos y adolescentes con muy bajas posibilidades de rehabilitación, lo que supone estancias prolongadas y en ocasiones definitivas.

1.3 ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO.

Para poder hablar de Trabajo Social Psiquiátrico es indispensable hablar de Trabajo Social Médico, este fue formalizado como una nueva disciplina en los Estados Unidos de América en 1905 en el Massachusetts General Hospital y la primera Escuela de Trabajo Social fue establecida en 1918 en Smith College.

En el mismo año se inicia la incorporación del trabajo social a los equipos de salud o terapéuticos, en distintas clínicas de los E.U.A., esta política la adoptaron otros países.

En los comienzos la tarea del trabajador social sólo consistía en comprobar y completar las historias clínicas de los en-

fermos, progresivamente su acción fue extendiéndose hasta participar en la solución de los innumerables problemas planteados - por las enfermedades mentales.

La tarea fue asumiendo gran complejidad y responsabilidad - en los tratamientos, agudizándose la carencia de trabajadores - sociales especializados en Psiquiatría.

Pese a las numerosas Escuelas de Trabajo Social, no existía un curso de especialización en Trabajo Social Psiquiátrico, había la urgencia de formar profesionales en esta disciplina para poder cooperar en un diagnóstico y tratamiento para el enfermo mental.

Es en Norteamérica e Inglaterra donde se comienza a impartir cursos intensivos destinados a especializar Trabajadores Sociales para la labor en Psiquiatría.

El Instituto Nacional de Salud Mental, como organismo normativo, en el año 1967 asumió la responsabilidad de subsanar por lo menos en parte esa deplorable carencia de Trabajadores Sociales especializados, creando el Curso de Trabajo Social Psiquiátrico, con un avanzado programa que cubre una formación teórico-práctica, destinada a profesionales de Trabajo Social. Este curso se desarrolló normalmente durante cuatro años, teniendo gravitación en países extranjeros ya que el total de sesenta y - - ocho egresados, los hubo de Paraguay y Brasil.

En 1971 el Instituto Nacional de Salud Mental decide que el Curso (unos de los pocos en el mundo y el único en Latinoamérica) se suprimió ante el asombro de todos los profesionales.

Habiéndose comprobado que los trastornos mentales muchas veces son influenciados, de modo decisivo, por el medio en donde vive el enfermo, por sus circunstancias vitales, por la dinámica de las relaciones interpersonales, importa de muy especial manera descubrir e instrumentar los recursos aptos para actuar sobre esos factores, contrarrestándolos cuando son negativos y propiciarlos cuando son positivos. Asistidos por las Ciencias de la conducta, del comportamiento social, por el conocimiento de las estructuras de la sociedad, el Trabajador Social contribuye al éxito de tan importante labor.

Con la incorporación del Trabajo Social a la Psiquiatría, se ha ganado experiencia en el trabajo interdisciplinario a nivel de intramuro, y también se extendió el área de su influencia terapéutica y preventiva a sectores de la comunidad que le eran inalcanzables.

Una acción de salud no puede entenderse sino está referida a las necesidades y capacidades del individuo, y el individuo en particular no será entendido sin la referencia de su ambiente y el contexto social en el cual está inmerso.

Años atrás las funciones del Trabajador Social Psiquiátrico estaban limitadas a asistir al psiquiatra en un hospital psiquiátrico recabando datos y antecedentes para la historia de los pacientes y familiares en el momento de su ingreso a éste.

Hoy en día sus funciones son tan diversas como las del psiquiatra que en ocasiones parecen coincidir.

El Trabajo Social Psiquiátrico por lo regular emplea los -

tres métodos de intervención: (1) En una relación individual - con el paciente o con un familiar (Trabajo Social de Casos o Terapia Individual), (2) En relación de grupos pequeños de gente - con la finalidad de intercambiar experiencia (Trabajo Social de Grupos o Psicoterapia de grupo), (3) En una relación con grandes grupos de gente con el objeto de organizar a la comunidad o impartir una educación social.

Es en 1948 cuando en el país y por la intervención del Dr. Francisco Núñez Chávez director del Manicomio General es que se implanta el Trabajo Social Psiquiátrico. Son influencia - fue determinante para lograr la colaboración de trabajadores sociales comisionados por el Departamento de Asistencia Social y de manera esporádica, teniendo como tarea dar solución a los - problemas sociales que correspondían a los pacientes, asistiendo los casos urgentes como por ejemplo: cuando una de las aisladas daba a luz y el pequeño tenía que ser trasladado a la casa - cuna, localizar a los familiares de los pacientes cuando era necesario, esta situación prevaleció hasta el año de 1950 en que el Dr. Raúl González Enríquez, encargado del pabellón de hombres, con el apoyo del Director, gestionó la permanencia de dos Trabajadoras Sociales en forma definitiva en el Manicomio General.

Las actividades que desempeñaban eran las siguientes:

- Resolver los problemas que se presentan en el enfermo como: - hacer trámites necesarios para altas, permisos, traslados a otras instituciones, acompañar al paciente que amerite un -

tratamiento especial o estudios de análisis en algún establecimiento; conseguir el importe del pasaje ya que en múltiples ocasiones por ignorancia o por falta de recursos económicos no podía irse el asilado; vigilar la correspondencia que recibía y mandaba el enfermo, para que en un momento dado no fuera a perjudicarlo.

- Localizar familiares cuando el enfermo era remitido de otras instituciones como desconocido, por las diferentes Delegaciones o Estados de la República o a Casas de Protección Social, tramitar ayuda económica o colocar a los familiares que quedaban desamparados, debido a su preparación atendía visitas que acudían a la institución de algunas escuelas con el deseo de conocer la organización del Manicomio General, informaban sobre los síntomas de los enfermos.
- Ocasionalmente contribuían en los grupos de terapia ocupacional, la labor del trabajador social se hacía muy complicada por el alto número de enfermos, puesto que atendían varios pabellones, cerca de 500 pacientes por Trabajadora Social y la labor se encontraba dispersa atendiendo solamente los problemas urgentes.

El Hospital Granja "La Salud" se funda en 1961, en Zoquiapan, Estado de México, con cupo para 400 varones, gracias al entusiasmo del Dr. Manuel Velazco Suárez, Director de Salud Mental y de la Trabajadora Social Margarita Trejo Landy precursora del Trabajo Social Psiquiátrico en el Manicomio General.

En 1964 por iniciativa de la Trabajadora Social Margarita -

Trejo Landy crea el Curso de Trabajo Social Psiquiátrico y empieza a darse orientación a los familiares, ayudas económicas - entre otras actividades.

En 1979 se reconoce por la Universidad Nacional Autónoma de México la especialidad de Trabajo Social Psiquiátrico dentro - del campo médico social.

Previamente se crea el curso de Trabajo Social Psiquiátrico mismo que se imparte hasta la fecha en la Universidad Nacional-Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental, con un plan de estudios de - dos semestres y con las características de aceptación: ser Trabajadora Social Titulada. Merece especial reconocimiento la Sra. Lizbeth Popper quién hasta la fecha coordina dichos cursos.

A partir de 1989 el Instituto Mexicano del Seguro Social - inicia su diplomado en Psiquiatría, dirigido a los Trabajadores Sociales de dicha Institución.

1.4 INTEGRACION DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS PARA ATENDER - DE FORMA INTEGRAL AL PACIENTE PSIQUIATRICO.

Antes que nada se definirá al equipo interdisciplinario como "la integración de las funciones que desarrollan diferentes-técnicas y/o especialistas a través de un Programa Planificado que persigue objetivos concretos". (1)

Dado el enfoque de la Psiquiatría contemporánea, que entiende al enfermo mental dentro de un contexto y no como una abstracción

(1) Francisco Gómez Jara, "Salud Comunitaria, Teoría y Técnica" México 1983, Ed. Nueva Sociología, pág. 333.

ción, se hace imprescindible que la terapia se encare a través de un equipo interdisciplinario y no quede limitada a la única persona del médico psiquiatra.

Al paciente psiquiátrico es necesario tratarlo de una manera "integral", es decir, en todos sus aspectos bio-psico-social, para lograr su recuperación. Por lo que es indispensable la intervención de un Equipo Interdisciplinario en el Hospital Psiquiátrico.

El Equipo de Salud (Interdisciplinario) en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" está conformado por un Psiquiatra es el guía del equipo en el tratamiento, un psicólogo, una enfermera, la Trabajadora Social y un estudiante de la especialidad (residente). La finalidad del equipo es coordinar esfuerzos para administrar un tratamiento psiquiátrico eficaz que ayude a la pronta recuperación del paciente.

- CAPITULO 2 -

ORIGEN Y DESARROLLO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"SAN FERNANDO"

- 2.1. Creación del Hospital Psiquiátrico "San Fernando".
- 2.2. Organigrama de la Institución.
- 2.3. Funciones que realiza cada Departamento.
- 2.4. Servicios que presta tanto al paciente como a la Familia.

- CAPITULO 2 -

ORIGEN Y DESARROLLO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "SAN FERNANDO".

Este capítulo tiene la finalidad de dar a conocer: ¿cuándo se crea?, ¿qué es el Hospital Psiquiátrico "San Fernando", ¿cuáles son los servicios que presta?, ¿quiénes lo conforman?, - - ¿cuáles son las funciones, acciones y actividades que desempeña cada área? para poder brindar la atención integral al paciente-derechohabiente.

Esta Unidad nos brindó el apoyo y las facilidades para poder realizar la presente investigación, fue en ella donde prestamos el servicio social detectando durante el desarrollo de éste diferentes problemas que afectan al paciente psiquiátrico. - Seleccionando uno como el tema principal de nuestra tesis. Por lo que es indispensable dar a conocer la Unidad y situar a los lectores en ella.

2.1 CREACION DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "SAN FERNANDO".

A partir del 10. de mayo de 1981 el Instituto Mexicano del Seguro Social dá por terminada la subrogación que tenía con Sanatorios Privados "Rafael Lavista" y con Hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia: "Fray Bernardino Alvarez" y el Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", - los pacientes pasaron a atenderse en Unidades directas del Instituto y con apoyo del "Sanatorio del Carmen", Único subrogado.

El 10. de abril de 1982, el Hospital "San Fernando" pasa a ser propiedad del Seguro Social y quedó bajo la jurisdicción de la Delegación No. 3 del Sur-Oeste del D.F..

El 12 de abril de 1982, la Jefatura Delegacional de Servicios Médicos propone su utilización como Hospital Psiquiátrico. El 29 de abril del mismo año, la Jefatura de Servicios Médicos de la Subdirección Médica autoriza la utilización del Hospital "San Fernando" como Unidad Hospitalaria para pacientes psiquiátricos.

La remodelación de la Unidad fue a partir del 10. de julio de 1982 y por disposiciones de las Autoridades Delegacionales, se recibió al personal el 18 de octubre del mismo año, inició labores el 10. de noviembre, quedando sin concluir el proyecto de remodelación y según el acta de entrega, dicho proyecto se terminaría en el año siguiente.

Actualmente el Hospital cuenta con: Area Administrativa, Administración Hospitalaria, Hospitalización, Consulta Externa Urgencias, Dietología, Intendencia, Trabajo Social, Control de Prestaciones, Almacén, Ropería y Conservación.

Además se otorga interconsulta de Medicina Interna, Neurología y el Servicio de Encefalografía.

Está contemplado también el Servicio de Investigación y Enseñanza, necesario en todo Hospital.

Ubicación

El Hospital Psiquiátrico "San Fernando" se encuentra ubicado dentro de los límites de la Delegación de Tlalpan, Código Postal 14070, el cual depende del Instituto Mexicano del Seguro Social perteneciente a la Delegación No.3 del Sur-Oeste del D.F..

Tipo.

Su construcción es antigua, en forma vertical, ha tenido varias remodelaciones, cuenta con planta baja y un primer piso - destinado para el Area de Gobierno con una superficie de metros cuadrados en terreno de 4738, construcción 3189, áreas verdes - 1700.

R.F.C. INSTITUTO I.M.S.S. 421231.

Clave Presupuestal: 96563817 2153.

Nivel de Atención.

No se tiene población adscrita, debido a que es una Unidad de concentración con atención médica de Tercer Nivel, proporciona atención psiquiátrica de alta calidad al derechohabiente.

Personas que Integran el Cuerpo de Gobierno.

Director: Dr. Luis José Vargas.

Administrador: Lic. Rosa Monsevais Puente.

Subdirector Médico: Dr. Rogelio Gallegos Cáceres.

Jefatura del Departamento Clínico:

Matutino: Dr. José Luis Alvarez Frutos.

Vespertino: Dr. Gregorio Aramayo.

Nocturno: Dr. Alejandro Mondragón Ruíz y Dr. Mario Mendoza Silva.

Jornada Acumulada: Dr. Miguel Villavicencio Cacildo.

Jefe de Enfermería: Enfra. Carmen Aramayo Pérez.

Jefe de Dietología: Aurora Ortiz Castro.

Control de Prestaciones: Sr. Alejandro Torres Mascal.

Jefe del Departamento de Psicología: Psic. Rosa Ma. Gamboa.

Trabajo Social Médico: Lic.T.S. Bertha Mariana Sánchez Romero.

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación: Dr. Jorge -
Trujillo Hernández.

Jefatura de Conservación y Mantenimiento: Ing. Tomás Gutiérrez-
M.

Intendencia: Sra. Guadalupe Villanueva.

Ropería: Apolinar Gómez J.

Almacén: Sr. José Luis Flores López.

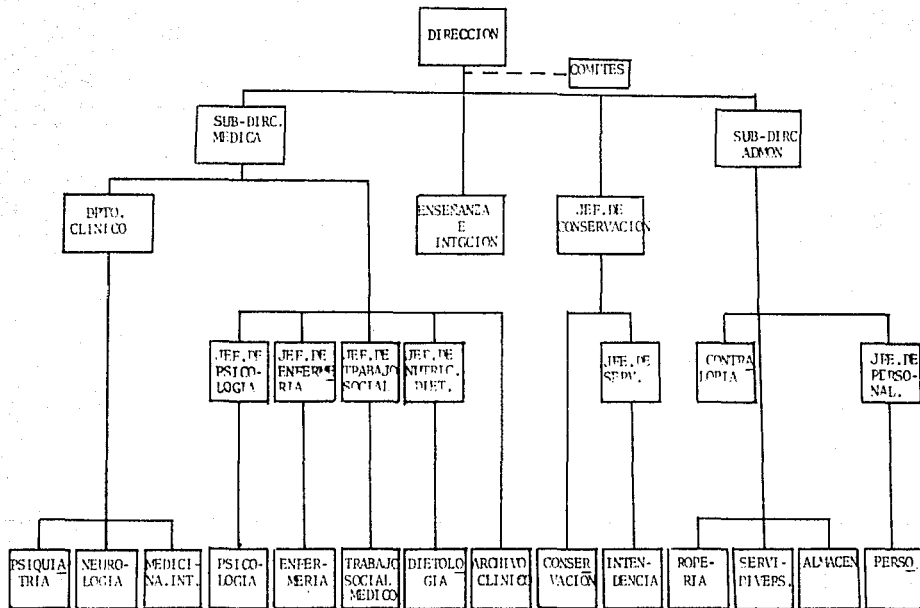
Organización.

A continuación veremos la organización formal de la Unidad -
a través del Organigrama de la Institución, siendo la represen-
tación gráfica de las secciones, departamentos, actividades y -
responsabilidades de cada persona; así como también la jerar- -
quía y la relación que guarda el personal entre sí. Para poder-
brindar al derechohabiente un servicio eficiente.

2.2 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCION.

HOSPITAL PSIQUIATRICO "SAN FERNANDO"

ORGANIGRAMA OPERATIVO



2.3. FUNCIONES QUE REALIZA CADA DEPARTAMENTO

Administración.

Objetivo: Programar las actividades administrativas, del Hospital Psiquiátrico "San Fernando" para el año 1989.

El Departamento se encuentra integrado por:

- 1.- Contraloría.
- 2.- Personal.
- 3.- Conservación y Mantenimiento.
- 4.- Intendencia.
- 5.- Sub-almacén.
- 6.- Dietología
- 7.- Vigilancia.
- 8.- Ropería.
- 9.- Control de Prestaciones.

Recursos y Responsabilidades.

- 1.- Contraloría - Apoyar a la administración, para el cálculo, control del presupuesto y consumo por centros de costos de Unidad.
- 2.- Personal - Participar en el control administrativo del personal, dotación y desarrollo de los recursos humanos.
- 3.- Conservación y Mantenimiento - Conservar en buenas condiciones de funcionamiento de los equipos, instalaciones, in muebles e instrumental.
- 4.- Intendencia - Mantener la Unidad dentro del más alto nivel de limpieza.
- 5.- Sub-almacén - Solicitar, controlar y proporcionar oportuna

mente a las áreas de servicio el material y equipo que se requiere, en perfecto estado y con especificaciones necesarias.

- 6.- Dietología - Programar, adquirir, preparar, distribuir y controlar la alimentación requerida y proporcionar orientación nutricional a los pacientes hospitalizados y al personal.
- 7.- Vigilancia - Proporcionar a la Unidad seguridad y vigilancia las 24 hrs.
- 8.- Ropería - Abastecer, reponer y controlar con eficiencia la ropa de la Unidad de atención médica.
- 9.- Control de Prestaciones - Mantener y controlar los expedientes clínicos de los pacientes que son tratados en la Unidad.

Funciones y Actividades.

Contraloría

Realiza la coordinación con el encargado de Servicio el presupuesto anual.

Analizar con cada Jefe de servicio sus variaciones entre lo real y lo presupuestado.

Supervisar que las dotaciones fijadas de cada servicio sean de acuerdo a sus necesidades reales.

Manejar el fondo fijo comprobando salidas de efectivos mediante vales de caja o facturas.

Personal.

Calcular la fuerza de trabajo.

Integrar al personal de nuevo ingreso a la Unidad.
Solicitar sean cubiertas las plazas vacantes oportunamente.
Cobertura del personal sustituto en ausencias programadas.

Conservación y Mantenimiento.

Supervisar y controlar el servicio, para el adecuado funcionamiento de las instalaciones, inmuebles, equipo mobiliario e instrumental.

Conocer y supervisar el programa preventivo.

Intendencia.

Supervisar y evaluar la limpieza y el asco del hospital.

Sub-almacén.

Verificar cálculo de consumo para su aprobación.

Verificar periodos de reposición y surtido de acuerdo al calendario y dar su aprobación.

Revisar y autorizar requisiciones de reaprovisionamiento.

Supervisar el buen funcionamiento del servicio.

Dietología.

Supervisar el manejo y registro de víveres.

Conocer el importe mensual de inventario de víveres.

Supervisar las solicitudes de estudios bacteriológicos periódicos sobre los alimentos y el personal que lo maneja.

Vigilancia.

Establecer en coordinación con el Jefe de Seguridad, el sistema de Vigilancia de la Unidad.

Elaborar listas de identificación de llaves por áreas de servicio.

Verificar que el personal de vigilancia cumpla con sus funciones.

Ropería.

Verificar el cálculo de dotación de ropa en los servicios.

Revisar y autorizar el control de ropa.

Manejo de canje de ropa.

Servicios Generales.

Autorización del manejo de los equipos asignados para las reproducciones en mimeógrafo y fotocopiado.

A continuación se presentan los Programas llevados en los Departamentos de: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Enseñanza e Investigación con la finalidad de dar a conocer cual es la intervención que tienen en la atención del paciente.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Este servicio que otorga la Unidad se lleva a través de un Programa Anual que presenta la Institución: Hospital Psiquiátrico "San Fernando" del I.M.S.S.

Políticas:

- Aplicar el marco teórico conceptual de integrar los factores biológico-psicológico y social, que permita mediante el método clínico establecer el diagnóstico y el tratamiento oportuno.
- Facilitar el acceso, uso y evaluación de los servicios de psiquiatría y salud mental para que coordinadamente se aplique un modelo de atención preventivo, curativo y rehabilita

rio.

- Fomentar el desarrollo familiar y comunitario mediante la atención primaria de la salud mental.
- Resolver las interurrencias psiquiátricas y psicológicas de otros problemas psicosociales que cursan paralelamente.
- Utilizar las camas destinadas para hospitalización con un grado de optimización, racionalización lógica y profesional que permita al paciente reintegrarse al núcleo familiar para su rehabilitación.
- Evitar con los procedimientos terapéuticos individual y grupal la hospitalización del paciente crónico, buscando de acuerdo al caso el tratamiento externo.

Objetivos Generales del Programa:

- Otorgar el servicio de psiquiatría y salud mental en tercer nivel de atención que nos ocupa, con calidad, oportunidad y alto sentido humano.
- Contribuir a la preservación, restauración y conservación de la salud mental de los derechohabientes.
- Optimizar el recurso existente para la atención psiquiátrica mediante la coordinación de los niveles de atención.
- Fomentar la investigación y capacitación de psiquiatría y salud mental.

Límites:

Geográficos:

Area de influencia de la Delegación No.3 del Sur-Oeste del D.F., Estados de Morelos, Guerrero y partes de los Estados de -

México y Michoacán.

Tiempo:

Del 2 de enero al 31 de diciembre de 1988.

Metas:

- Disminuir en un 10% el promedio de días de estancia en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando".
- Participar en los subprogramas terapéuticos del Hospital Psiquiátrico "San Fernando" siguientes:
 - a) Optimización del Recurso Cama.
 - b) Atención de familias disarmónicas del paciente hospitalizado.
- Participar en los trabajos de Investigación Clínica y Operativa Delegacional.
- Capacitar al 100% los Equipos de Salud, sobre los conocimientos de Psiquiatría y Salud Mental y su aplicación en el tercer nivel de atención.

Procedimientos y Actividades.

Criterios de Referencia de Pacientes:

Técnico Administrativa.

Se brindará atención a pacientes mayores de 16 años de ambos sexos que correspondan al área de influencia del Hospital Psiquiátrico "San Fernando".

Se apegará de acuerdo a los lineamientos de admisión ya establecidos en Manuales de Procedimientos para la oficina de Psiquiatría, en cualquiera de las posibilidades señaladas.

Técnico Médicas:

Serán recibidas para su atención hospitalaria las siguientes entidades clínicas y sindromáticas:

- a) Psicosis Agudas o Crónicas en fase de Agudización.
- b) Síndrome de Agitación Psicomotriz.
- c) Síndrome Maniaco.
- d) Síndrome Depresivo Severo.
- e) Neurosis Graves.
- f) Síndrome Orgánico Cerebral con Psicosis Agudas y Crónicas - Asociadas a Disfunción Orgánica Cerebral.
- g) Psicosis alcohólicas.
- h) Psicosis Tóxicas.
- i) Psicosis Senil y Presenil (únicamente para estudio y derivación a hospitalizaciones de larga estancia, de ser necesario).

Los criterios diagnósticos estarán basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas de la O.M.S. en su Novena Revisión y que para el caso del Hospital Psiquiátrico "San Fernando", se observaron en 1988 en sus diez primeros lugares de atención los siguientes diagnósticos:

- a) Psicosis Orgánica Transitoria.
- b) Trastorno Mental No Psicótico Específico debido a lesión Orgánica Cerebral.
- c) Trastornos Esquizofrénicos.
- d) Trastornos Neuróticos.
- e) Síndrome de Dependencia al alcohol.
- f) Epilepsias.

- g) Psicosis Senil y Presenil.
- h) Trastornos de la Personalidad con Dependencia Grave.
- i) Psicosis por Drogas.
- j) Psicosis Afectivas.
- k) Estado Paranoide Simple.
- l) Psicosis Transitorias por Dependencia a Drogas.
- m) Retraso Mental con Agitación Psicomotriz.

Reducir la estancia hospitalaria de pacientes en un 100% a través de la aplicación del Programa Terapéutico "Optimización de Recurso Cama" en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando".

Programar actividades formales del Equipo de Salud para la capacitación familiar, con la continuación de la "Orientación a Familiares de Pacientes Hospitalizados", actividad que desempeña el Hospital por parte de los equipos tratantes, y que será reforzada con programas complementarios por los Departamentos de Trabajo Social y Psicología.

Introducir como innovación en la actividad de los pacientes y familiares la atención de "familias problema", que por sus actividades no les sea posible acudir de lunes a viernes, citándolos los fines de semana a cargo del Psicólogo asignado específicamente para esta tarea, todo con la finalidad de reorientar al paciente y a su familia a la convivencia social y su rehabilitación.

Establecer el sistema de supervisión, control y evaluación cuantitativa del Programa Local, mediante el registro de actividades las cuales serán informadas mensualmente a la Jefa-

tura Delegacional de Servicio Médico.

Establecer la continuidad de manejo de los pacientes que fueron enviados a Hospital Subrogado de atención de larga estancia o de custodia, que iniciaron su manejo en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando".

Recursos

Hospital Psiquiátrico Regional para atención hospitalaria de casos agudos y sub-agudos.

Supervisión y Control.

Puntos Críticos:

- Elaboración del presente Programa Operativo.
- Sistema de Captura de Diagnóstico (sistema de registro).

Este sera llevado a través de la información mensual contenida en la forma 4-30 (hoja de hospitalización).

- Diagnóstico Situacional:

El Hospital Psiquiátrico "San Fernando" es el primero del I.M.S.S. con la especialidad cumpliendo seis años de haberse inaugurado, por lo que, los diversos parámetros necesarios para medir las funciones tuvieron inicialmente que ser tomadas de otras instituciones y fundamentalmente del extranjero por falta de sistematización que en esta rama se encontró en México. Actualmente los índices generados en el propio hospital ya tienen validez útil y serán la base del presente Diagnóstico Situacional.

El Hospital Psiquiátrico "San Fernando", brinda atención en los Servicios de Hospitalización, consulta externa y Administra

ción continua para pacientes hombres y mujeres.

Pese a las disposiciones vigentes de que el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" atienda solamente a pacientes mujeres de la Delegación No. 3 del sur-oeste del D.F., la Unidad ha resuelto las necesidades de hospitalización de pacientes mujeres de otras Delegaciones del D.F. y además de las Delegaciones Foráneas correspondientes a cada una de ellas (Edos. de Hidalgo, Querétaro, Edo. de México, Morelos y partes de Michoacán). No obstante la sobredemanda de atención a pacientes de este sexo con base en un recurso limitado (32 camas) ha generado lista de espera para hospitalización y diferimiento de esta atención. Como consecuencia de lo anterior en una revisión de los primeros once meses de 1988, se detectó que del total de pacientes atendidos en hospitalización, un 68.95% corresponden a pacientes considerados fuera del área de influencia de la Delegación.

Lo anterior refleja que las necesidades reales de atención de hospitalización psiquiátrica tanto en el Valle de México como en algunos Estados del país, son mayores a los recursos disponibles, y el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" ha logrado cubrir las con eficiencia.

Con relación al promedio de días estancia, de noviembre de 1982 a diciembre de 1986 fue de 25.45 días. En el año de 1987 hasta el mes de noviembre el mismo indicador da un promedio de 23.99 días, lo que indica que las medidas tomadas por la Unidad han logrado un decremento en el indicador equivalente a un 9.42%.

Es de hacer notar que en un trabajo de investigación realizado en esta Unidad sobre los períodos de estancia hospitalaria de otras Unidades Nacionales y Extranjeras de Psiquiatría, se encontró siempre un porcentaje numérico mayor de días de estancia, que lo reportado por la Unidad.

Con relación a los envíos de hospitalización de pacientes crónicos, el Hospital Psiquiátrico "San Fernando", tiene como uno de sus principales objetivos, el elaborar un diagnóstico preciso, utilizando todos los recursos posibles, al mismo tiempo que instalar un tratamiento integral y de acuerdo a la evolución y pronóstico de cada caso, proceder a la derivación de los pacientes que requieran este tipo de atención al hospital de estancia prolongada. Un análisis retrospectivo de las acciones en este sentido, señalan que en el año de 1986 fueron enviados 59 pacientes (media mensual 4.91) y que para los primeros 11 meses del año de 1987, se han enviado 51 pacientes (media mensual - - 4.63).

Estando plenamente conscientes de la importancia del núcleo familiar del paciente psiquiátrico, se instaló desde el principio de labores de la Unidad la atención conjunta del paciente y su familia, con base en la influencia que ella tiene para entender, atender y prevenir en lo posible recaídas del mismo, estas acciones se llevan a cabo por integrantes del equipo interdisciplinario que atienden al paciente.

Este tipo de acciones se implementará con sub-programas por parte de las Jefaturas de Psicología y Trabajo Social.

Referente a los egresos hospitalarios registrados del mes de enero al mes de noviembre de 1987, el promedio mensual es de 89.72 pacientes, indicador muy parecido al obtenido en los años anteriores. Entre algunos de los factores detectados, que tienen marcada influencia negativa en estos promedios cabe señalar la dificultad para enviar a pacientes crónicos al hospital subrogado, por la limitada disponibilidad de camas en el mencionado Hospital, la demora en resultados de estudios de laboratorio y gabinete de segundo y tercer nivel, la demora en la reparación del equipo médico, la falta de apoyo en envíos de familiares de pacientes foráneos en el momento de alta, el pésimo servicio de ambulancias y por último la importante falta de cobertura del personal médico y paramédico en sus ausentismos programados y no programados.

Evaluación.

Logro de Metas:

Número de pacientes por Delegación y Unidad TP.02 y TP.05 - (formas institucionales de registro), se continuará con el envío mensual a la Delegación de este tipo de información por parte de la Jefatura de Trabajo Social de este Hospital.

Resultado de la estrategia para abatir el promedio de días-estancia. Considerados en el cumplimiento del Programa "Optimización del Recurso Cama" implementado ya con anterioridad en este Hospital.

Número de envíos a hospitalización de pacientes crónicos. - Esta captación se reporta mensualmente en información dirigida-

a la Delegación No. 3 del sur-oeste del D.F., como implemento a esta actividad, únicamente se tendrá comunicación directa con el Director del Sanatorio del Carmen en forma mensual por parte de la Jefatura Clínica, sobre los casos enviados al Hospital de Crónicos en el mismo lapso de referencia.

Actividades de Capacitación a Familiares. Esto se lleva a cabo en forma semanal como actividad rutinaria para cada equipo tratante, con citatorios a familiares de pacientes a cargo del equipo interdisciplinario. Como complemento a esta actividad se incluye además de la atención de familias "problema" por un psicólogo asignado a esta actividad.

Registro de cifras sobre incremento o decremento de egresos hospitalarios.

Esta captación se efectúa mensualmente en informes de - - - 430113 (formas de captación institucional) de hospitalización, dirigidas a nivel Delegacional, así también en Carpeta de Información Básica y Cédula de Autoevaluación (en lo sucesivo en la Evaluación de Calidad de la Atención en Unidades Médicas Hospitalarias del I.M.S.S., Cédula de Registro).

Departamento de Psicología.

Programa Anual del Departamento de Psicología:

Objetivos a Corto Plazo:

- Observar en forma detallada todos y cada uno de los pacientes del hospital.
- Conocer ampliamente y en forma detallada cada uno de los casos ubicados.

- Observar la interrelación existente entre la familia y el enfermo.

Objetivo a Mediano Plazo:

- Registrar cada uno de los pacientes en su visita familiar, con sus notas adicionales de mejoría o deterioro.
- Observar la mejoría o deterioro de la interrelación de la familia con el paciente.
- Clasificar los acontecimientos que determinen el deterioro o mejoría de la relación paciente-familia.

Metas:

- Evitar recaídas por la mala relación o rechazo de los familiares.
- Evitar reingresos por descuido familiar, con respecto al suministro de medicamento.
- Debido a que los pacientes son de tipo psiquiátrico no se podrá lograr una cura al 100%, sin embargo, con el adiestramiento de los familiares puede lograrse un decremento en el porcentaje de reingresos.

Límites:

Duración: Del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1988.

Espacio: Salas de espera, cubículos, consultorios y áreas de hospitalización.

Universo de Trabajo: Enfermos y sus familiares.

Organización:

El responsable del Programa, será el Dr. Luis J. Vargas --
Elias, Director de la Unidad, quien delegará la responsabilidad

en los Jefes del Departamento Clínico y Jefe del Departamento de Psicología con la coordinación del Subdirector Médico.

Recursos Humanos:

Médicos Psiquiatras, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, - -
Asistentes Médicas y Psicólogas.

Recursos Técnicos:

Pruebas psicométricas y Técnicas Psicoterapéuticas de familia y de grupo.

Actividades:

- Observación de la visita familiar.
- Aplicación de pruebas psicológicas.
- Entrevistas Psicológicas
- Evaluación.
- Diagnóstico y Tratamiento Psicológico.

Control:

A través de un reporte mensual que se integrará al reporte global del programa.

Evaluación:

Debido a que es un Programa Piloto, se valorará al término de éste; a través de la documentación institucional (notas de expedientes, libretas de citas, 4-30-6 forma de captación institucional y el registro de consulta externa).

Departamento de Trabajo Social

Programa Anual de Trabajo Social 1988 del Hospital Psiquiátrico

"San Fernando" I.M.S.S.

Objetivo:

Promover la reintegración del paciente al medio familiar para evitar recaídas ocasionales por la inadecuada relación genérica que la familia establece con él, al omitir acciones indispensables en el tratamiento.

Metas:

Informar al 100% de los familiares de pacientes que egresan del hospital sobre las medidas a seguir para evitar recaídas en los pacientes.

Límites:

Tiempo: Del 10. de enero al 31 de diciembre de 1988

Espacio: Salas de Espera y Cubículos de Trabajo Social.

Universo de Trabajo: Familiares responsables y/o cercanos de los pacientes que egresan del Hospital.

Organización:

El responsable del Programa es el Dr. Luis J. Vargas Elias, Director de la Unidad, quien delegará la responsabilidad en los Jefes de Departamento Clínico y la Jefe de Trabajo Social Médico, con la coordinación del Subdirector Médico.

Recursos Humanos:

Jefe de Trabajo Social Médico, Trabajadoras Sociales y Asistentes Médicas de los tres turnos.

Recursos de Apoyo:

Material de escritorio y equipos audiovisuales.

Actividades:

De la Jefe de Trabajo Social:

- La elaboración, difusión y puesta en marcha del Programa.

- Coordinación de actividades para el otorgamiento de las pláticas de orientación a base de la formación de grupos, previa invitación para participar en los mismos.
- Supervisar la elaboración de crónicas grupales en cada sesión.
- Realizar la correspondiente evaluación mensual.

De las Trabajadoras Sociales:

- Invitar, formar y organizar los grupos de familiares para el otorgamiento de las pláticas de orientación.
- Elaborar la crónica correspondiente.
- Elaborar el informe mensual de actividades, que se entregará a la Dirección del Hospital.

Control:

Este se llevará a cabo a través de la elaboración de las crónicas y el reporte correspondiente de las actividades que se entregará a la Dirección.

Evaluación:

Esta se efectuará mensualmente de acuerdo a las sesiones. Se ampliará información en el Capítulo 5 sobre el tema.

Departamento de Enfermería

Programa General de Enfermería:

Políticas.

- Otorgar a los derechohabientes atención de enfermería integral, libre de riesgo, oportuna y con sentido humanitario.
- Propiciar la satisfacción del derechohabiente y sus familiares, por la atención de enfermería otorgada.

- Alcanzar el rendimiento de las actividades del Servicio de -
Enfermería con alta calidad y considerar al recurso humano -
como elemento esencial para otorgarlo.
- Contribuir a la formación y desarrollo de recursos humanos-
para la salud.
- Impulsar el autodesarrollo del personal mediante la satisfac-
ción del mismo en el trabajo.
- Fomentar las investigaciones que coadyuven a elevar la cali-
dad de atención que se otorga al derechohabiente y la optimi-
zación de los recursos humanos, técnicos y físicos existen--
tes.
- Utilizar racionalmente los recursos humanos, técnicos y fisi-
cos asignados a enfermería.
- Coadyuvar al desarrollo de los Programas de Educación para -
la salud.

Asignación de Actividades por Puesto:

Jefa de Enfermeras.

- Participar en su caso, en tratamientos medicoquirúrgicos es-
pecíficos.
- Verificar y evaluar que la atención que proporcione enferme-
ría esté libre de riesgos y sea continua, oportuna y humana.

Enseñanza.

- Detectar las necesidades de capacitación y adiestramiento -
del personal de enfermería del Hospital.
- Determinar y jerarquizar los Programas de Capacitación y - -
Adiestramiento que deben impartirse al personal de enferme--

ría, en coordinación con el Jefe de División o el Departamento de Enseñanza e Investigación.

- Asignar al personal de subjefas de enfermería la elaboración, impartición y el desarrollo de los Programas de Capacitación y Adiestramiento de su área de trabajo.
- Asistir a juntas, cursos, conferencias y reuniones de trabajo que les indique su jefe inmediato para efectos del mejor desempeño del puesto y para su superación personal.

De Investigación:

- Programar, en coordinación con la División o Jefatura de Enseñanza e Investigación, las investigaciones que debe realizar el Servicio de Enfermería.
- Dirigir los Programas de Investigación del servicio encaminados a mejorar y optimizar la calidad de atención de enfermería con base en los recursos y condiciones de trabajo existentes.

Técnico-Administrativa:

- Implantar las normas y programas institucionales, y verificar su cumplimiento.
- Dirigir y participar en la elaboración del Diagnóstico Situacional del Servicio.
- Elaborar el Programa General de Trabajo basado en el Diagnóstico Situacional de Enfermería y del Hospital.
- Organizar, dirigir y controlar el desarrollo del Programa General de Trabajo.
- Analizar periódicamente las necesidades de los servicios pa-

ra determinar el número y tipo de recursos humanos, materiales y físicos acordes con la demanda de atención.

- Organizar, dirigir y controlar los recursos humanos para obtener mayor rendimiento y satisfacción de los mismos en el trabajo.
- Coordinar el funcionamiento del Servicio de Enfermería con el de otro Departamento y Servicio de la Unidad para la atención de los pacientes.
- Establecer mecanismos de información y comunicación con el personal de enfermería para difundir normas, procedimientos y actividades de enfermería.
- Propiciar la participación del personal de enfermería en la validación de normas, procedimientos y actividades de enfermería implantados en la Unidad.
- Analizar las quejas de los pacientes y familiares en relación con el Servicio de Enfermería; así mismo generar y aplicar las opciones de solución conducentes.
- Dirigir y participar en las evaluaciones periódicas al personal de enfermería.
- Evaluar periódicamente la aplicación y operatividad de normas y procedimientos; informar del resultado a su Jefe inmediato y proponer las modificaciones pertinentes.
- Valorar periódicamente el rendimiento de los Servicios de Enfermería de acuerdo con los Programas establecidos.
- Analizar la información obtenida en las evaluaciones periódicas y tomar las decisiones conducentes, de acuerdo con los

resultados.

- Promover y dirigir reuniones de trabajo con el personal de servicio.
- Acudir a las reuniones de trabajo que indique su Jefe.
- Asesorar a las autoridades en relación con las situaciones específicas del Servicio de Enfermería.
- Comunicar al personal de propio servicio los resultados de las actividades realizadas y el avance del Programa.
- Establecer mecanismos para estimular e involucrar al personal de enfermería en el logro de los objetivos.

Departamento de Enseñanza e Investigación.

Objetivo:

Satisfacer las demandas de atención integral de Salud Mental a la población derechohabiente y sus beneficiarios en el proceso de salud-enfermedad en sus diversos niveles de prevención, mediante la difusión de los conocimientos requeridos, habilidades necesarias y actitudes humanistas.

Metas:

Difusión de conocimientos requeridos para la atención integral del derechohabiente y sus beneficiarios por parte de los Equipos de Salud Mental al 100% del personal Médico y Paramédico, correspondiente al Hospital Psiquiátrico "San Fernando", en el plazo de un año 1988.

Vinculación con los diversos niveles de atención médica con la finalidad de abatir en lo posible las demandas y el diferimiento de hospitalización de la población de pacientes corres-

pondientes a la Delegación No. 3 del sur-oeste del D.F.

Actividades:

- Programación continua de cursos de Adiestramiento en Servicio, en las áreas de Psiquiatría (Hospitalización y Consulta Externa) para los médicos familiares de la Delegación No. 3 del sur-oeste del D.F.
- Asesoría permanente de los Servicios de Salud Mental a los Médicos Familiares de la Delegación que lo solicite.
- Dinámicas de integración grupal a los trabajadores del I.M.-S.S. en todas las Unidades que presten servicio a los derechohabientes en la Delegación No. 3 del sur-oeste del D.F., bajo la coordinación programada de los Servicios de Salud Mental.
- Continuación de cursos monográficos, adiestramiento en servicio, capacitación continua, mínimos de capacitación, trabajos de investigación de los Equipos Médicos y Paramédicos del Hospital Psiquiátrico "San Fernando".

Recursos Humanos.

Doce Médicos Psiquiatras, un Médico Neurólogo, un Médico Internista, seis Psicólogos y seis Trabajadoras Sociales.

Recursos Físicos:

92 camas de hospitalización, un auditorio con 112 butacas, dos aulas con 24 lugares cada una.

Recursos Materiales:

Papelera e impresos requeridos para las diversas actividades programadas.

Evaluación.

A través de un informe mensual que se integrará al reporte-Global de Programa Operativo de la Unidad.

2.4 SERVICIOS QUE PRESTA TANTO AL PACIENTE COMO A LA FAMILIA

En el punto anterior se definió ampliamente el Servicio que presta cada Departamento o Area al paciente y a su familia por lo que es innecesario mencionarlo.

Se considera de suma importancia hacer una breve descripción de las áreas físicas de la Unidad, para tratar de ubicarlos en la misma. La Unidad cuenta con dos plantas:

PLANTA ALTA.

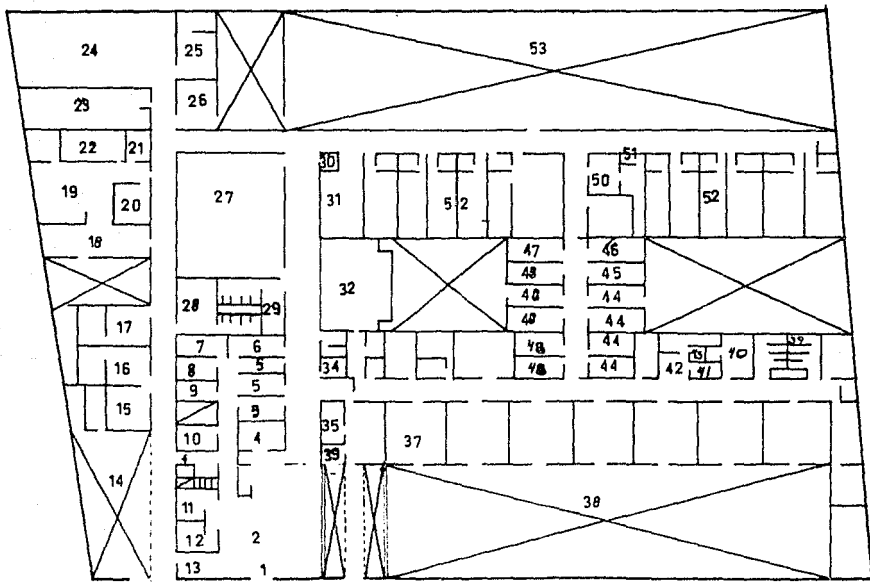
1. Conmutador
2. Administración
3. Secretarías
4. Dirección
5. Baño
6. Secretarías y fotocopiado
7. Subdirección
8. Enseñanza - Biblioteca
9. Jefatura de Enfermería
10. Botiquín
11. Personal
12. Baño

PLANTA BAJA

1. Entrada Principal
2. Sala de Espera

3. Admisión, Informes, Consulta Externa y Urgencias.
4. Archivo
5. Consulta Externa
6. Electroencefalograma - Neurología
7. Cubículo de Trabajo Social
8. Sala de Juntas de Trabajo Social
9. Cubículo de Trabajo Social
10. Jefatura de Trabajo Social
11. Baños de Mujeres
12. Baños de Hombres
13. Vigilancia
14. Garage
15. Ropería
16. Vestidores de Hombres
17. Vestidores de Mujeres
18. Comedor del personal
19. Cocina
20. Jefatura de Dietología
21. Dietología
22. Despensa
23. Almacén General
24. Máquina
25. Talleres
26. Jefatura de Mantenimiento
27. Auditorio
28. Vestidores de Enfermería

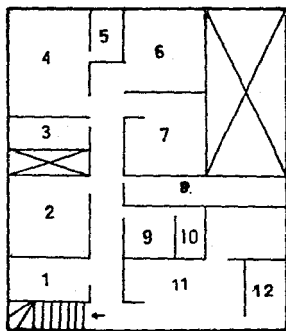
29. Residencia Médica
30. Delegación Sindical
31. Estancia
32. Comedor de Internos
33. Aula
34. Voluntarias
35. Urgencias
36. Baño
37. Hospitalización de Hombres
38. Jardines Hombres
39. Baños
40. Zona de Aislamiento Hombres
41. Ropería
42. Central de Enfermeras Hombres
43. Baño
44. Consultorio de Psicología
45. Jefatura del Departamento Clínico
46. Jefatura del Departamento de Psicología
47. Medicina Interna
48. Consultorios de Psiquiatría
49. Zona de Aislamiento Mujeres
50. Medicina Interna
51. Baño
52. Hospitalización Mujeres
53. Jardines Mujeres.



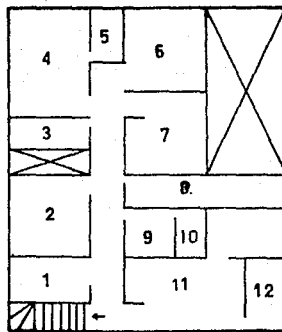
51

PLANTA BAJA

HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN FERNANDO



PLANTA ALTA



PLANTA ALTA

- CAPITULO 3 -

IMPORTANCIA DEL NUCLEO FAMILIAR EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE

- 3.1. Importancia de la Familia en la Vida del Hombre.
- 3.2. Relaciones Interpersonales en el Núcleo Familiar.
- 3.3. Importancia de la Comunicación entre los Miembros de la Familia.
- 3.4. Participación de los Miembros de la Familia en la Recuperación del Paciente.

- CAPITULO 3 -

IMPORTANCIA DEL NUCLEO FAMILIAR EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE

3.1 IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA VIDA DEL HOMBRE.

El hombre por naturaleza es un ser social, que necesitan de los demás para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Para lo cual se mueve en varios grupos sociales como pueden ser: la familia, la vecindad, el equipo deportivo, el trabajo, la escuela, etc.. De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para obtener satisfactores, ya que desde que nace depende de ella para sobrevivir, crecer y desarrollarse.

A través de la historia la familia ha jugado un papel muy importante en la vida del hombre, aún cuando se han observado ciertas variaciones en la estructura y las funciones, dependiendo de los distintos tipos de familia determinadas históricamente.

"Existen dos tipos de organización familiar: la familia conyugal (es la integración de los cónyuges), y la familia consanguínea (unida por lazos de sangre). Cuando la familia se configura en torno al padre recibe el nombre de 'patriarcal' y cuando lo hace en torno a la madre 'matriarcal' " (1)

Primeramente al hablar de familia se tiene en mente hablar de matrimonio. El matrimonio no se debe llevar a cabo, sobre la

(1) Becerra Ledesma Rosa Ma. Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico. Ed. ECRO, Argentina, 1972, pág. 25

idea de la temporalidad, sino en el deseo de una relación permanente, donde los seres que se unen adquieren conciencia de su función, identidad y responsabilidad que adquieren.

Es indispensable considerar en toda relación humana, el amor resulta necesariamente de un desarrollo compartido, convivido, donde las necesidades emocionales, afectivas y sociales forman una estrecha red de vínculos y hacen posible la satisfacción de las necesidades cotidianas a niveles biológicos, mentales y sociales. Si los cónyuges no están conscientes de esto, la familia estará destinada al fracaso y a constituir un núcleo en potencia de patología emocional y social.

Ackerman dice que para que una familia tenga éxito como institución porque: "comprende una sociedad donde se intercambian valores, esencialmente humanos (amor, bienes materiales). Cuando los hijos nacen dependen totalmente de los padres en cuanto a:

- 1.- Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida, protección ante los peligros externos, funciones que se desempeñan mejor bajo condiciones de unidad y cooperación.
- 2.- Provisión de unión social, que es la matriz de los efectos de las relaciones familiares.
- 3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar, este vínculo de identidad proporciona la integridad y las fuerzas psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.

- 4.- El moldeamiento de las funciones sexuales, preparador del camino para la maduración y relación sexual.
- 5.- La ejercitación para integrarse en papeles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- 6.- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

La familia descrita en los puntos anteriores, se convierte en la unidad primordial como experiencia y desarrollo del adulto y del niño y para éste, será el núcleo donde contemple sus primeros triunfos y fracasos y encuentre su primer intento de sociabilización.

El crecimiento y desarrollo físico, emocional y social de los hijos, está en el principio, condicionado por la sanidad del matrimonio que los cónyuges hayan formado y regulado, acorde con las circunstancias que propicien la realización personal de los mismos, más la consecución de ideales que les proporcionen bienestar y maduración emocional particular y como grupo. Procurar el desarrollo es, originalmente, un trabajo en conjunto del matrimonio y después, de la familia y del medio social en el que convive.

Cada individuo nace con un potencial genético que podrá ejercitar en la medida que el medio se lo permita. El éxito o fracaso del desarrollo físico, emocional, intelectual y social, dependerá primordialmente del estímulo que reciben de los padres y del ambiente que éstos y la comunidad le ofrezcan. Excepción de esta regla son casos que por alteraciones genéticas, --

trastornos orgánicos perinatales y otras enfermedades, durante el período neonatal o primera infancia, condicionen fallas orgánicas o de las facultades intelectivas propicien desaceleración, detención o al menos desventaja definitiva en los procesos de desarrollo humano.

Sin embargo los potenciales genéticos en muchos de estos casos podrán recuperarse parcialmente gracias a formas adecuadas de tratamiento". (2)

La madre juega un papel muy importante en el desarrollo y crecimiento del niño, ya que a partir de la atención, cuidados y vivencias diarias que tiene con él, va a propiciar que se coordine el sistema neuromotor con el desarrollo intelectual y emocional. Además a medida que el niño crece, va a pedir información de todas las dudas que lo rodean según las etapas, por lo que se aconseja que la información proporcionada sea veraz y en lenguaje accesible para él.

Es por eso que la madre sea una figura indispensable en los primeros ocho años de vida del niño, posteriormente el padre será determinante en generar estímulos constructivos y emocionales, condición que logrará a través del contacto físico y emocional especialmente en el sexo masculino, donde la identificación es la función básica para su desarrollo, desde este momento hasta su adolescencia.

El padre proporciona seguridad al niño y propicia el proce-

(2) Dulango Gutiérrez Enrique. La Familia medio Propiciador o -inhibidor para el crecimiento y desarrollo humano. pág.33

so de autoafirmación; si el niño no tiene seguridad y control paterno, se sentirá abandonado e inseguro. Repercutiendo notablemente en etapas posteriores, dando lugar a conductas patológicas.

3.2 RELACIONES INTERPERSONALES EN EL NUCLEO FAMILIAR.

Las relaciones interpersonales en el núcleo familiar varían notablemente dependiendo del momento histórico que se viva, los roles de los integrantes de la familia son diferentes. Es indig pensable mencionar algunos tipos de familias y las funciones asignadas a los integrantes.

La familia tradicional, el padre es el centro donde gira la actividad económica y social. Da el marco de referencia de los valores filosóficos, morales y religiosos para la mujer y los hijos, además de acuerdo a su ocupación y a los ingresos que percibe, determina la posición social a la que pertenecen.

La madre en cambio representa el centro afectivo, es la encargada de dar seguridad emocional a los integrantes de la familia y de distribuir los ingresos en los gastos familiares.

Es importante considerar los constantes cambios que sufre la sociedad, surgiendo para sus integrantes nuevas necesidades, implicando cambios de vida y por lo tanto de funciones dentro de la estructura social repercutiendo en la familia. Siendo este el caso de la mujer ya que cada día se integra más al área laboral.

Es entonces cuando la mujer juega tres papeles importantes:

En primer lugar se encuentra el rol de la esposa, madre, --

donde su obligación es cuidar y atender al marido y la formación de los hijos.

Un segundo papel es el de esposa-compañera, en él busca fortalecer con su presencia el papel social de su marido; debe compartir diversiones con él y afirmar la personalidad de éste - - siendo objeto de admiración.

Finalmente se encuentra el papel de colaboradora, al dedicar una parte del día a un trabajo remunerado fuera del hogar, donde obtiene ingresos que contribuyen al gasto familiar.

La mujer en este caso obtiene una posición igualitaria con el hombre, ya que los dos deciden sobre los cambios que se tienen que realizar, los gastos que hay que hacer y la educación - que requieran sus hijos.

Estas funciones que puede realizar la mujer estarán determinados por las condiciones de la familia y por el ciclo vital en que se encuentre, siendo el principal objetivo para ella, conservar la integridad de su familia.

3.3 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION ENTRE LOS MENORES DE LA FAMILIA.

La comunicación entre los miembros de la familia es la base para la armonía de ésta, siendo su propósito principal propiciar la interrelación de éstos. Cuando existe una comunicación-deficiente entre los miembros de la familia se desarrollan patologías.

Por lo que a continuación se presentan cuatro tipos de familia según Jackson tomando como base criterios de adaptación y -

comunicación. La adaptación se clasifica en "estable" o "inestable", y la comunicación en "satisfactoria" o "insatisfactoria", de lo cual resulta:

1. La familia de adaptación estable y comunicación satisfactoria, da la familia emocionalmente sana y madura.
2. Familia de adaptación inestable y comunicación satisfactoria, es la familia productora de neurosis.
3. Familia de adaptación estable y comunicación insatisfactoria;
4. Familia de adaptación inestable y comunicación insatisfactoria.

Estos tipos darán familias productores de psicosis, especialmente esquizofrénicas y psicopatías.

En las familias normales, se encargarán las crisis en grupo; cada miembro acepta un papel para hacer frente a la crisis y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias. Cada miembro conoce las fuerzas positivas y las debilidades de los otros. Cada miembro da apoyo a los otros pero también lo pide. Hay igualdad en el nivel humano, que permite el cambio cuando necesita funcionar de una manera satisfactoria.

3.4 PARTICIPACION DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE.

Los familiares podrán contribuir a la recuperación del paciente psiquiátrico siempre y cuando consideren lo siguiente:

"La familia debe identificar sus problemas de una manera clara, los miembros no deben dudar en expresar verbalmente su

inconformidad o incomodidad cuando una situación difícil llega. Se dicen mutuamente lo que uno quiere y lo que el otro no quiere y están dispuestos a negociar o hasta comprometerse en una batalla que tenga por meta eludir el callejón sin salida.

Al final de esta batalla, habrá necesariamente uno que gana y otro que pierde, pero los miembros estarán contentos si pueden prolongar una relación profundamente satisfactoria.

Expresión de sentimientos:

- a) Ternura. En una familia normal, los sentimientos positivos son expresados de manera libre. Esto incluye la ternura, el amor y el deseo de ternura y de amor.
- b) Cólera. Cuando en una familia estalla la cólera y las frustraciones de la vida cotidiana invaden el ambiente familiar, los miembros permiten la expresión libre de los sentimientos de rabia y desacuerdo. Tienen la convicción de que nadie será destruido por un pleito temporal.
- c) Depresión. Toda familia tiene períodos de depresión, sea después de la muerte de alguien o de la partida de un miembro, alrededor de la histerectomía de mamá o cuando el padre tiene algún fracaso en los negocios; o cuando incluso un hijo no ha tenido éxito en sus ambiciones. El grado de salud o patología en una familia puede verse según como enfrenten los períodos depresivos. Si expresan libremente la depresión, lloran juntos y se confortan mutuamente,

la depresión es resuelta con el tiempo y la unidad familiar es reforzada después de la crisis.

- d) Incertidumbre. Existen muchas situaciones en la vida que son ambiguas y donde la imperfección humana aparece.

Una familia normal tolera esas situaciones, - así como los errores que un miembro comete y puede trabajar de una manera unida para resolver las consecuencias de esos errores. Una familia normal tolera también la incertidumbre de situaciones que no están claramente definidas.

- e) Individualidad y Dependencia. Los miembros de una familia normal están comprometidos unos con otros, pero no hasta el punto de una dependencia absoluta. Aceptan una dependencia parcial y mutua para la satisfacción de algunas necesidades; fundamentalmente una familia normal reconoce que cada miembro es un individuo con necesidades, pensamientos y sentimientos diferentes. Se dan apoyo empático pero nadie sacrifica ni impone su individualidad, salvo si la familia decide que eso es temporalmente necesario para resolver una crisis.

En una familia normal, un individuo no se sacrifica totalmente por otro; los mártires y los dictadores se originan en familias patológicas y producen familias patológicas.

La disolución como meta. En un cierto nivel, el objetivo de una familia normal es disolverse. La finalidad de los padres es

perder la presencia constante de los hijos, en vista de que se convertirán en individuos de sus propios puntos de vista ante la vida y formarán nuevas familias de las que serán las cabezas. Los padres se prepararán poco a poco a la separación de los hijos a medida que crecen.

Comunicación. Si se examina la dinámica familiar desde el punto de vista de la comunicación entre los miembros, se verá que todas las familias tienen mensajes no verbales, secretos que se guardan, también de los que la familia no habla y momentos en que las personas no comprenden los mensajes de otros.

Si en los momentos de calma los mensajes entre los miembros de la familia son claros y directos, pero en los momentos de crisis, cuando todos los miembros están amenazados, los mensajes se hacen enmascarados o desplazantes, la familia está funcionando de una manera patológica, porque justamente es en los momentos de crisis, de frustración y de angustia cuando resulta necesario que los mensajes entre los miembros de la familia sean claros y directos.

Funciones o Papeles Familiares. En una familia normal el comportamiento según las funciones tradicionales están bien definidos. Un padre decide cuáles son sus responsabilidades, las ejecuta y no espera que otro miembro de la familia, sea su mujer o sus hijos, asuman las características de su función o papel para permitirle ser otra cosa diferente del padre de familia. Así sucede con los demás miembros de la familia (madre e hijos), todos cumplen con su función. Pero algunas veces la me-

por manera de funcionar para una familia, es aceptar un cambio temporal de papeles.

Límites y Rebelión. Con mensajes verbales y no verbales, cada miembro marca límites y zonas de libertad al otro y si quieren que la relación continúe, aceptarán esos límites y zonas de libertad, o negociarán abiertamente sus modificaciones.

Satisfacción. Para evaluar si una familia es normal o patológica, se debe considerar el grado de satisfacción que los miembros de esta familia encuentran unos a otros y si, la manera de funcionar de la familia no los pone en conflicto grave con la sociedad". (3)

(3) Dulanto, Ibid, pág. 56

- CAPITULO 4 -

EL TRABAJO EN LA VIDA DEL HOMBRE

- 4.1. El Papel del Trabajo en la Vida del Hombre.
- 4.2. Capacidad del Hombre en el Desarrollo de Diversas Actividades.
- 4.3. Las Relaciones Humanas en el Medio Laboral.
- 4.4. Importancia de la Actividad Laboral en el Paciente Psiquiátrico.

- CAPITULO 4 -

EL TRABAJO EN LA VIDA DEL HOMBRE.

En el Capítulo se hace un análisis histórico sobre la importancia del trabajo en la evolución del hombre, recalcando al trabajo como una necesidad básica para el hombre, mientras realice alguna actividad laboral podrá desarrollar sus capacidades, habilidades; relacionarse con las personas (compañeros y jefes), satisfacer sus necesidades. Y en el caso de los pacientes psiquiátricos: sentirse útil y demostrar a él y a la gente que no ha perdido sus aptitudes para desempeñar de nuevo su actividad laboral a pesar de haber estado inactivo durante algún tiempo.

4.1 EL PAPEL DEL TRABAJO EN LA VIDA DEL HOMBRE.

"El trabajo es la condición básica y fundamental en toda vida humana". (1)

Hace millones de años vivía una raza de monos increíblemente desarrollada, por las diversas actividades que tuvieron que hacer su cuerpo sufrió modificaciones: empezaron a adoptar una posición erecta, primeramente como una norma luego se convirtió en una necesidad; ocasionado una división de funciones entre las manos y los pies, con esto las manos fueron utilizadas para sostener y recoger alimentos. La mano se independizaba y adquiría cada vez más destreza y habilidad acrecentándose de generación a generación. Así la mano se beneficiaba, ocurriendo lo mismo con varias partes del cuerpo.

(1) Engels F. "El Papel del Trabajo en la Transformación del Mono en Hombre", Moscú 1979 Ed. Progreso pág. 3

Tuvieron que pasar millones de años para adaptarse al desarrollo y las transformaciones que sufrían nuestros antepasados en su cuerpo.

Otro aspecto de suma importancia para el desarrollo del hombre fue la necesidad de comunicarse, por lo que crea el lenguaje. El trabajo y el lenguaje fueron los principales estímulos para que el cerebro se transformara en un cerebro humano y con ésto, los sentidos se agilizaron.

Mientras tanto la naturaleza también sufría cambios, la explotación rapaz llevada a cabo por los animales, los obligaba a adaptarse a alimentos que no eran habituales, cambiando la composición de la sangre y modificando aún más la constitución física del hombre.

El trabajo se diversificaba y se perfeccionaba, el hombre - cada día realizaba nuevas actividades; por lo que Engels afirma: "el trabajo ha creado al hombre" (2)

A la caza y la ganadería se sumó la agricultura y más tarde el hilado, el tejido, la alfarería, el trabajo de metales y la navegación; aparecieron los oficios, las artes y las ciencias.

El hombre tuvo que organizarse, de las tribus nacieron los Estados y las Naciones.

El rápido progreso se atribuyó al desarrollo del cerebro, - el hombre podía explicar sus actos por medio de su pensamiento y entender lo que pasaba alrededor de él.

La civilización que se venía dando, dió origen a la Revolu-

(2) *Ibid.*

ción Industrial, los obreros corrían más riesgos, haciéndose necesario dictar disposiciones para proteger a los trabajadores.

La preocupación crece y la Organización Mundial del Trabajo manifiesta que el objeto de la medicina del trabajo es: "Promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones, prevenir - protegerles en su empleo contra los riesgos resultantes por la presencia de agentes perjudiciales, colocar al trabajador en un empleo conveniente a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas, y en suma, adaptar al trabajo al hombre a su trabajo". (3)

En México se han creado lineamientos que protegen y amparan al trabajador como es: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, La Ley Federal del Trabajo, la Ley del Seguro Social, etc..

Entre los artículos más relevantes podemos mencionar los siguientes:

Ley Federal del Trabajo 1988.

Art. 3o. "El Trabajo es un derecho y un deber social. No es artículo de comercio, exige respeto para las libertades y de dignidad de quien lo presta y debe efectuarse en condición que se asegure la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia.

No podrán establecerse distinciones entre los trabajadores por motivo de raza, sexo, edad, credo religioso, doctrina polí-

(3) Sánchez Rosado M. "Elementos de Salud Pública", México, 1983 Ed. Francisco Méndez Cervantes. pág.147

tica o condición social". (4)

Art. 4o. "Trabajador es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado.

Para los efectos de esta disposición, se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independientemente el grado de preparación técnica requerida por cada profesión u oficio". (5)

Art. 123 "Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto se promoverá la creación de empleos y la organización social para el trabajo conforme a la Ley". (6)

En la actualidad los sistemas de seguridad social también se han preocupado por la protección de los trabajadores, afirman como principio que las personas que se encuentren vinculadas a otra por relación de trabajo tienen derecho a seguridad social.

La Ley del Seguro Social comprende seguros de: invalidez, vejez, de vida, cesación involuntaria de trabajo, enfermedades y accidentes servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

(4) "Ley Federal del Trabajo", art. 3o. México, 1988 Editores - Mexicanos Unidos S.A. pág.17

(5) "Ley Federal del Trabajo", Art. 8o., 1988 Ed. Mexicanos Unidos S.A. pág.19

(6) "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos" - Art.123, 1987, Ed. Porrúa pág.104

4.2 CAPACIDAD DEL HOMBRE EN EL DESARROLLO DE DIVERSAS ACTIVIDADES.

Se define a las capacidades como: "las cualidades psíquicas de la personalidad que son condición para realizar con éxito determinados tipos de actividad". (7)

El buen desempeño da éxito al desarrollar cualquier actividad, depende de la combinación de capacidades; existen capacidades generales y capacidades especiales. Las primeras son cualidades psíquicas tales como: la inteligencia, la memoria y la observación, encuentran su aplicación en un amplio círculo de actividades; y las segundas se refieren a cualidades psíquicas que tienen significación únicamente en esferas especiales de actividad por ejemplo: la inclinación hacia una materia de estudio (física, matemáticas, etc.).

En el individuo se pueden desarrollar capacidades variadas. Se afirma que las capacidades de las personas son producto de la historia. Las capacidades del hombre se han creado y desarrollado en la actividad que tiene por objeto satisfacer sus necesidades. Las capacidades se crean a medida de la práctica diaria de variadas actividades. Se afirma que la capacidad racional del hombre se ha desarrollado como consecuencia, para poder conocerla, dominarla y comprender la interrelación y dependencias que hay entre los fenómenos del mundo real.

A medida que la humanidad ha creado nuevas actividades han

(7) Smoironov, et.al. Psicología, México, 1982, Ed. Grijalbo - pág. 433.

nacido y desarrollado nuevas capacidades. La división y especialización del trabajo condujeron a la especialización de capacidades humanas.

"El desarrollo de las capacidades depende de un grado decisivo de las condiciones histórico-sociales de la vida del hombre y de las condiciones de la vida material de la sociedad"(8)

Las aptitudes son esenciales para el desarrollo de las capacidades. El hombre nace con aptitudes, es decir, particularidades anatómicas y fisiológicas del organismo, que forman las diferencias innatas de las personas.

Pero para el desarrollo de las capacidades del hombre también es necesario la asimilación y después la utilización de los conocimientos, los hábitos y habilidades elaboradas en curso de la práctica cotidiana.

Para que el hombre tenga éxito en su trabajo no sólo es necesario la capacidad, hay que tener vocación, inclinación o tendencia de la personalidad a ocuparse de una actividad cualquiera.

El desarrollo de las capacidades sin duda alguna se realiza a través de la actividad cotidiana (trabajo).

4.3 LAS RELACIONES HUMANAS EN EL MEDIO LABORAL.

En este tema se hablará de la importancia que tienen las relaciones humanas para el hombre.

Primeramente conceptualizaremos que son las relaciones humanas diciendo que es la interacción entre dos o más personas, es

(8) Smirnov, Ibid. pág.435

decir, es la relación de intercambio entre dos o más hombres mediante el lenguaje, una actitud, una expresión significativa o una acción provocando una respuesta.

Antiguamente la función de las relaciones humanas consistía en unir a los hombres para la ejecución de actos y actividades.

El siguiente cuadro nos describe las principales etapas de Evolución de las Relaciones Humanas. Esta información fue tomada del libro: "Relaciones Humanas y Etica Laboral". (9)

| ETAPAS | CARACTERISTICAS | ACTIVIDADES ECONOMICAS | PROBLEMAS Y BENEFICIOS |
|--|--|---|--|
| Primitiva: Por necesidad de supervivencia, el hombre se une voluntariamente a otros seres humanos. | Formación de grupos humanos: hordas, clanes, tribus. Formación de la Familia. | División del trabajo: caza, ría, pesca, recolección de frutos. Pastoreo y agricultura. | Lucha entre grupos para dominar el territorio propiamente a cada actividad.- Sedentarismo. |
| Esclavista. Los prisioneros de guerra son integrados a la fuerza al grupo, en calidad de esclavos. | División de clases al surgir el concepto de propiedad privada. Creación del Estado monárquico. Casta sacerdotal y guerra. | El trabajo es efectuado por esclavos fundamentalmente, dirigidos por las clases prioritarias. | El esclavo forma parte de las propiedades del amo. En principio se consideraba una "cosa". |
| Feudal. El Rey dá tierras a sus nobles para que cuiden de ellas y las hagan producir entregándole a él parte de lo obtenido. | Clases nobles, sacerdotal y de siervos o villanos. En algunos casos, subsiste la esclavitud. | Explotación de la tierra y ganadería por los siervos-sujetos forzosamente al feudo. Si es necesario son soldados. | No existe la libertad del trabajo y la libertad individual está restringida. |
| Renacentista. Surgen los burgos en una sociedad con mayores libertades.- Desarrollo de la ciencia. | Surge la explotación de artesanas y oficios en forma individual y libre. Se fundan centros de estudios llamados "Universidades". | Variadas. La industria se inicia como empresa familiar. Hombres de la misma actividad crean grupos llamados Gremios o Cofradías. | Producción individual de satisfactores y venta libre. Lucha por el dominio del mercado. - La autoridad del Rey es limitada. |
| Revolución Industrial. - Desarrollo técnico-científico; invención de máquinas transformación de económica radical. | Nace la relación obrero patronal. La doctrina Liberal-convierte al Estado en un "gendarme" que cuida del orden y respeto a la Ley. | Se crea el "proletariado"- y la división del trabajo; incremento de la producción y explotación de obreros. Comienzan a crearse grandes capitales económicos. | Explotación demográfica en ciudades - centros de producción. |

Capitalista. Etapa indivi
dualista. Grandes capita-
les personales y después
consorcios. Empresas tras
nacionales y multinaciona
les.

El Estado es manejado por
los Capitalistas. Estallan
guerras por el dominio eco
nómico del mundo. Nacen -
sindicatos de obreros y pa
trones. Luchas de clases.-
Países dominadores y domi
nados.

Industriales y Agrícolas.
Especialización. Opera--
ciones bancarias interna
cionales. Industria Bélij
ca. Investigación Científ
fica.

Crisis. Paros forzo
sos. Pocos ricos, -
clase media y gran-
des núcleos de miseria.

Guerras Mundiales I
y II. Movimientos o
breros reivindicato
rios. Países tec
nócratas y subdesa
rrollados. Terroris
mo. Crisis graves -
de resonancia mun--
dial.

Las relaciones humanas ayudan al ser humano a adquirir confianza en su actitud para reconocer un problema y tomar decisiones que ayuden a resolverlo, porque nadie puede prever situaciones que deberá enfrentarse en la vida.

Se dan en todos los ámbitos de la vida del hombre en: lo social, el trabajo, el hogar y el matrimonio.

El hombre es un ser social por naturaleza siendo para él indispensable vivir en sociedad por las siguientes razones:

- 1.- Durante su infancia, por ser un ente desvalido que no puede sobrevivir sin el auxilio de los miembros del grupo del que forma parte.
- 2.- Cuando ya puede valerse por sí mismo las ventajas que ofrece la cooperación mutua son de gran utilidad para el hombre.
- 3.- Por instinto innato de supervivencia, le impulsa a unirse a otra persona de sexo opuesto para la procreación y prolongación de la especie.

Una de las necesidades del individuo es el de ubicación a través del proceso de socialización, el individuo llega a integrarse como miembro de un grupo humano, ejercitando las conductas y actitudes propias de dicho grupo humano y del lugar que en él ocupa. El individuo se ajusta al modo de ser del grupo, desde niño imitando a sus integrantes, aprendiendo su conducta hasta lograr la aprobación del grupo social.

La integración del grupo da origen a:

- Usos y costumbres
- Moral

- Religión
- Actividades Económicas
- Ideología y Política
- Civilización y Cultura.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

El individuo siempre forma parte de un grupo ya sea en la escuela, en el trabajo, con sus amigos, etc..

El grupo es un conjunto de personas entre las que se da una interacción psíquica, existen lazos afectivos, intereses y objetivos comunes y una entidad de su existencia como tal.

Para que un grupo exista se requiere:

- Un contacto duradero entre determinadas personas.
- Una interacción entre ellos.
- Intereses y objetivos comunes.
- Una estructura que los miembros reconozcan como necesaria para la continuidad del grupo.

Elementos que constituyen al grupo según John Pfiner:

- a) **Naturalidad:** es la capacidad del hombre como individuo para agruparse, es decir, para integrar un grupo o adherirse a uno existente.
- b) **La interacción:** es el intercambio que se produce en el grupo entre sus miembros.
- c) **Empatía:** es la actitud comprensiva de los miembros hacia el grupo.
- d) **Distancia social:**

1.- Reserva o contención en la interacción social entre individuos pertenecientes a grupos considerados como infe

riores y superiores.

2.- Reserva en las interacciones sociales resultado de diferentes culturas.

3.- Reserva en las relaciones interpersonales debido a factores personales.

- e) Orientación Democrática: es la orientación hábil del individuo para ejercer la autoridad.
- f) Liderazgo: lo ejerce un individuo hacia el grupo para guiarlo y orientarlo en cuanto a los intereses y actividades del grupo.
- g) Presiones del grupo: es la influencia que ejercen algunas personas o un grupo sobre otro, para imponer sus propios objetivos.
- h) Cohesión social y unidad: es la acción de solidaridad entre los miembros del grupo. Es la integración misma del grupo.

Como ya dijimos anteriormente el hombre está inmerso en varios grupos pero el que abordamos es el grupo de trabajo.

El grupo de trabajo es el conjunto formado por dos o más personas que establecen una interacción y relación laboral.

Las características esenciales del Grupo de Trabajo son las siguientes:

- 1.- Reunión de dos o más personas identificables por nombre o tipo.
- 2.- Conciencia de grupo, los miembros se consideran como un grupo existente identificable entre ellos, "una percepción colectiva de unidad".

- 3.- Un sentido de participación en los propósitos, sus miembros tienen el mismo objetivo "modelo", metas o ideales.
- 4.- Dependencia recíproca en la satisfacción de necesidades. - Los miembros necesitan ayudarse mutuamente para lograr los propósitos para cuyo cumplimiento se reunieron en grupo.
- 5.- La comunicación entre los miembros del grupo.
- 6.- Habilidad para actuar en forma unitaria.

A través del trabajo del grupo, el individuo logra satisfacer sus necesidades de tipo primarias y secundarias: el salario, el prestigio y el status constituyen las motivaciones más fuertes y coercitivas en los grupos de trabajo.

De manera que el individuo debe apegarse a los principios - de toda actividad laboral: la composición es la capacidad del hombre para convivir en grupo. Y la estructura de trabajo es la distribución de las tareas entre los miembros del grupo y la - función que desempeña cada uno.

El trabajador debe saber cuales son las funciones de las - personas y de los instrumentos de trabajo y actuar de manera positiva para contar con el apoyo de sus colaboradores en el grupo y afirmarse en su empleo.

Los integrantes de un grupo de trabajo deben aportar:
a) compañerismo, b) Trabajo Activo, c) Respeto a los acuerdos - del grupo y a los roles, d) Aportaciones nuevas para resolver - problemas del grupo.

Entre el grupo de trabajo debe existir una buena comunica- ción para evitar problemas y no se creen resentimientos en él.

En una situación laboral se puede caer en barreras de comunicación, es decir, en factores que impiden y obstaculizan o deforman un mensaje. Las barreras pueden ser:

- Físicas: puede ser la distancia, el ruido, etc..
- Semánticas: cuando no entienden el mensaje.
- Psicológicas: esta constituida por sentimientos y actitudes.
- Fisiológicas: se ocasionan por malformaciones y limitantes funcionales en las personas que intervienen en el proceso.

Otra situación que perjudica a un grupo de trabajo en el desarrollo de sus actividades es el conflicto. El conflicto surge por la necesidad individual de conseguir el reconocimiento de su grupo; es un problema de insatisfacción de un miembro o entre los miembros.

El conflicto se puede dar como:

- Manifestación de crítica a la estructura, es decir, al esquema de puestos.
- Por la relación jerárquica de los puestos, supone la relación de mando y obediencia; jefe - el que manda, subordinado el que obedece.

Las Causas más comunes del conflicto son:

- La falta de definición de tareas en la organización.
"Eso no es de mi incumbencia", "Me mandan cosas que yo no tengo que hacer".
- Falta de determinación del titular del mando.
"Ese no tiene porque mandarme".

- Manifestaciones de grupos formales e informales.

La formación de un sindicato (grupo informal) en la empresa.

Todo conflicto viene a revelar que algo marcha mal en la empresa. La solución debe ser mutua, satisfactoria y aceptable no impuesta.

La cooperación y la estrecha integración del grupo pueden disminuir el conflicto.

4.4 IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.

A partir de los resultados que arrojó la investigación "El Perfil del Paciente Psiquiátrico internado en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" durante 1987" se observó que el paciente psiquiátrico enfrenta diversos problemas familiares y laborales al egresar de la Unidad.

Un aspecto de gran importancia para el paciente psiquiátrico es su incorporación a su vida laboral. Se encontró un elevado número de pacientes que se mantienen inactivos: unos por haber sido pensionados durante ese tiempo, otros fueron despedidos al egresar del hospital, algunos han tenido recaídas en su padecimiento, llegando también a sentirse inseguros para realizar la actividad que desempeñaban abandonando o renunciando a su empleo.

En los temas anteriores hemos visto que el hombre por naturaleza es un ser social y que depende fundamentalmente del trabajo para poder satisfacer sus necesidades biológicas, económicas y sociales. Por lo que la inactividad en el paciente psi-

quiátrico propiciará: la pérdida de sus capacidades para la actividad laboral en que se desempeña y también desencadenará una depresión en él, manifestándose en la pérdida de interés por los asuntos habituales de la vida.

El paciente se siente inútil y para sus familiares viene a ser una "carga" y constantemente se lo dicen llegan a ignorarlo, propician una recaída y a veces a abandonarlo.

Consideramos que la actividad (trabajo) para el paciente le servira de distracción y motivación para poder superar su problemática que presenta (padecimiento o enfermedad). El sentirse útil y el valorar que es importante su recuperación para su familia lo ayudará a la más pronta reintegración a su medio laboral.

El paciente al regresar a su trabajo y sentir que no es rechazado por sus compañeros y por la misma empresa; sino al contrario es aceptado y existe un ambiente de compañerismo y confianza como antes, lo ayudará a salir adelante y a recuperarse lo más pronto posible.

No hay que olvidar que el paciente tiene un rol establecido en su familia (proveedor económico y padre de familia en la mayoría de los casos) por lo que tiene que responsabilizarse de él, y en cuanto más rápido sean su recuperación podrá cumplir con su familia y con su trabajo.

El amor por su trabajo será una de las motivaciones más grande para que el paciente se reintegre a su actividad laboral, así como brindarle la oportunidad de regresar a su trabajo sin

ninguna condicionante.

- CAPITULO 5 -

EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INTEGRACION DEL
PACIENTE PSIQUIATRICO

- 5.1. Funciones y Actividades que realiza el Trabajador Social.
- 5.2. Tratamiento que realiza con el Núcleo Familiar desde la internación del paciente hasta su egreso del Hospital.
- 5.3. Trámites y Acciones que realiza en cuanto al aspecto laboral del paciente.

- CAPITULO 5 -

EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INTEGRACION DEL PACIENTE -
PSIQUIATRICO.

5.1 FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE REALIZA EL TRABAJADOR SOCIAL -
EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "SAN FERNANDO".

En este capítulo se mencionarán las actividades que lleva a cabo el Trabajador Social en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando", desde que ingresa el paciente hasta que es dado de alta del Servicio.

1. ENTREGA DE GUARDIA.

En la libreta de ingreso que existe en el Hospital las asistentes médicas anotan los datos generales de los ingresos que hubo durante la guardia, al igual que el nombre del Médico-Psiquiatra y de la Trabajadora Social que le fue asignado el caso. Es así como la Trabajadora Social se entera de los casos nuevos que le fueron asignados.

2. ENTREVISTA DE INGRESO.

El Trabajador Social cita a los familiares de nuevo ingreso para llevar a cabo la entrevista inicial, para ésto determina día y hora. En dicha entrevista recaba información general relativa a condiciones socio-económicas y psico-sociales de la familia del paciente. Capta problemática de índole administrativa relacionada con la hospitalización del paciente, como puede ser la vigencia de derechos al Servicio del I.M.S.S.

En caso de que la Trabajadora Social detecte la problemática psicosocial familiar que impida su integración a grupo espe-

cífico, se programa entrevistas subsecuentes en forma individual para ofrecer orientación sobre problemas que repercuten notablemente en el núcleo familiar y por lo tanto en la enfermedad del paciente.

Las notas que se recaban de la entrevista de ingreso se registran y anexan al expediente clínico del paciente.

3. ASISTENCIA Y PARTICIPACION A LA ENTREVISTA MEDICA.

El Hospital Psiquiátrico "San Fernando", el equipo interdisciplinario establece un horario de visita a los pacientes, en el que acuden diariamente. Por lo que el Trabajador Social debe estar presente en la visita, con la finalidad de estar al tanto sobre autorización de visitas a familiares o probables altas de la institución, así como traslado a otras Unidades de atención médica. De todo lo observado (conducta) y propuesto, registrar lo en el expediente.

4. ASISTENCIA Y PARTICIPACION EN LA SESION DE REVISION DE CASOS.

La Trabajadora Social asiste a la sesión de revisión de casos, integrándose al equipo de salud. En esta sesión se informa sobre la problemática social detectada en el paciente y proporciona elementos importantes para establecer un diagnóstico. Por lo que debe presentarse un estudio biopsicosocial preparado con anticipación y mecanografiado, integrándose de manera general con los estudios del Psiquiatra, el Psicólogo y la Trabajadora Social.

En dicha sesión el Trabajador Social emite sugerencias de -

acciones referentes a su área que coadyuven al proceso terapéutico y por lo tanto a la recuperación del paciente psiquiátrico.

El estudio general debe ser integrado por el Trabajador Social al expediente clínico del paciente.

5. ASISTENCIA Y PARTICIPACION EN LA ATENCION GRUPAL FAMILIAR.

Un día a la semana se destina por el equipo interdisciplinario para atender a los familiares de sus pacientes y proporcionarles la información sobre el estado de salud y evolución de su paciente hospitalizado. En estas reuniones el Trabajador Social recaba información sobre elementos de conflicto social que interfieren con el proceso terapéutico del paciente.

Obtiene información que permite analizar y esclarecer la situación del paciente tanto en su núcleo familiar como en el área laboral.

De lo anterior realiza una nota de evolución del paciente y la integra al expediente clínico.

6. ASISTENCIA Y PARTICIPACION EN LA REUNION DE PRE-ALTA.

Cuando los pacientes se encuentran de pre-alta se cita a los familiares para darles una orientación sobre el tratamiento médico de su familiar y sobre las situaciones negativas que dificultan su recuperación, así como de la importancia que tiene el que acuda a consulta externa ya sea en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" o a su clínica de adscripción.

7. ASISTENCIA Y PARTICIPACION EN SESION BIBLIOGRAFICA.

Los dos primeros miércoles de cada mes se programa en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando", sesiones bibliográficas -

donde se tratan temas teóricos de interés general para el equipo de salud mental. Dichos temas serán seleccionados en función de problemas concretos de estudio, diagnóstico y/o tratamiento, surgidos durante la atención de la población hospitalizada.

En estas sesiones los integrantes del equipo de salud mental tienen la oportunidad de emitir sus comentarios o sugerencias sobre los temas expuestos y sobre los temas a tratar que serán jerarquizados y programados para su presentación.

8. REGISTRO Y CONTROL DE ACTIVIDADES.

Como se ha venido mencionando en todas las actividades anteriores el Trabajador Social debe registrar en el expediente clínico todas las actividades realizadas con el paciente, su familia y trámites administrativos.

Anexa en carpeta psico-social copia del estudio psico-social de los pacientes y material empleado en la recopilación de datos.

Registrar los resultados de la atención grupal en la forma institucional llamada: Crónica de Grupos.

Finalmente deberá registrar semanalmente el trabajo realizado en hoja de concentración.

5.2 TRATAMIENTO QUE REALIZA CON EL NUCLEO FAMILIAR DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE HASTA SU EGRESO DEL HOSPITAL.

En el Hospital Psiquiátrico "San Fernando", se lleva a cabo la atención grupal familiar de los pacientes, mediante reuniones semanales, siendo el responsable el Trabajador Social en di

chas sesiones, les explica la importancia del tratamiento médico del paciente y de las consultas externas. Además de que se les proporciona información individual sobre la evolución de su paciente.

Cuando el paciente ingresa al hospital en ocasiones se llegan a encontrar casos donde la vigencia de derechos del Servicio del IMSS, no se encuentra autorizada, se le orienta a los familiares sobre los trámites que debe seguir, puede darse el caso que al final terminen pagando los días de hospitalización de su paciente.

Al detectar problemas familiares relevantes que repercuten notablemente en el padecimiento del paciente, se procede a citar en forma constante a los integrantes del núcleo familiar para encausar dichos problemas y orientar a la familia sobre los cambios de actitud que sean necesarios.

Finalmente al ser egresado el paciente del Hospital se lleva a cabo una reunión previa con la familia para indicarle el tratamiento a seguir y la importancia de seguir tomando dicho medicamento tal y como lo indicó el médico tratante, así como acudir puntualmente a sus citas de consulta externa.

5.3 TRAMITES Y ACCIONES QUE REALIZA EN CUANTO AL ASPECTO LABORAL DEL PACIENTE.

Es necesario conocer los trámites y acciones que lleva a cabo el Trabajador Social del Hospital Psiquiátrico "San Fernando", en cuanto al aspecto laboral de los pacientes, aún cuando sean mínimas.

Primeramente el Trabajador Social se encarga de checar la fecha en que fue expedida la primera incapacidad y el día en que termina. Esto se lo comunica al médico tratante que lleva el caso y le proporciona los siguientes datos: lugar donde trabaja, fecha que cubre la incapacidad y cuando se le tiene que dar más incapacidad; con la finalidad de que se cubran todos los días de hospitalización del paciente y no tenga problemas administrativos en su trabajo.

Al recabar datos sobre el lugar donde trabaja y la actividad que realiza, se ha dado en ocasiones que sea la causa o que afecten estos aspectos seriamente a la enfermedad del paciente y se procede a hablar con los familiares para que vean la forma de que cambie de trabajo o de actividad.

Cabe mencionar que se hace hasta lo imposible por no recurrir a la empresa, ya que en la mayoría de los casos, se perjudica al paciente; debido a que los dueños de la empresa al enterarse de su padecimiento psiquiátrico, lo primero que hacen es despedirlo u orillarlos a que ellos mismos renuncien.

- 93 -

- CAPITULO 6 -

INVESTIGACION PARA CONOCER LAS RELACIONES LABORALES Y
FAMILIARES DEL PACIENTE

- CAPITULO 6 -

INVESTIGACION PARA CONOCER LAS RELACIONES FAMILIARES Y LABORA--
LES DEL PACIENTE PSIQUIATRICO.

6.1 Selección del Tema.

"Reintegración del Paciente Psiquiátrico al Medio Familiar-
y Laboral".

6.2 Planteamiento General del Problema.

¿Cómo se dan las relaciones familiares y laborales del pa--
ciente psiquiátrico al ser egresado del Hospital?

6.2.1 Justificación e Importancia.

A partir de la investigación "El Perfil del Paciente Psi-
quiátrico internado en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando",
se encontró que un gran porcentaje de éstos, tienen problemas -
familiares, siendo muy frecuentes la desintegración o desarmo--
nía familiar. Por lo que al egresar el paciente del hospital se
encuentra solo y sin apoyo de algún miembro de la familia, lle-
gando en ocasiones a ser abandonado en la Institución.

También sucede que el paciente es integrado a un núcleo fa-
miliar donde existen grandes conflictos (emocionales, económi--
cos, de relación, de comunicación, etc.) y que en lugar de pro-
piciar su recuperación o mejoramiento, originan que recaiga en
su padecimiento y presente nuevas crisis.

Considerando por lo anterior necesario que el Trabajador So-
cial se de cuenta de las condiciones en que se encuentra el me-
dio familiar del paciente y así, poder tratar con los familia--
res los problemas que le afectan y afectarán al enfermo al ser

egresado del hospital; de la misma manera sensibilizar a sus parientes cercanos sobre la importancia que tienen en su recuperación y en su tratamiento. Con todo esto se tratará de evitar el abandono del paciente por parte de sus familiares, por ser ellos quienes pueden y deben atenderlos y cuidarlos.

Otro aspecto al que fue encaminada la investigación es la incorporación del enfermo psiquiátrico a su vida laboral, debido a que en resultados anteriores se encontró un alto porcentaje de pacientes inactivos ya sea por: falta de empleo, ser pensionados, amas de casa, entre otros; por consecuencia no pueden aportar ingresos a su hogar y es catalogado por sus familiares como una "carga", siendo rechazados. Desencadenando continuas recaídas en su padecimiento. Por otro lado al estar de "ocioso" va perdiendo sus capacidades y habilidades para desarrollar diversas actividades siendo así más difícil su reintegración a su medio.

Es evidente que el paciente enfrenta diversos problemas en su trabajo por lo que es necesario conocerlos para poder intervenir eficazmente y disminuir tal problemática. También se pretende averiguar si la actividad laboral que desempeña ha servido como "terapia" parte fundamental para su recuperación.

El Trabajador Social al conocer la problemática del paciente podrá proponer diversas acciones que tiendan a disminuir ésta, con ayuda del equipo de salud del Hospital Psiquiátrico "San Fernando".

6.2.2. Establecimiento de Objetivos.

Objetivo General:

Determinar la influencia de las relaciones familiares y laborales en la recuperación del paciente psiquiátrico.

Objetivos específicos:

- Conocer las relaciones familiares del paciente psiquiátrico.
- Conocer las relaciones laborales del paciente psiquiátrico.

6.3 Hipótesis.

"Si las relaciones familiares y laborales son favorables para el paciente psiquiátrico al ser egresado del hospital entonces será más rápida su reintegración a tales núcleos".

6.4 Métodos y Técnicas de Investigación.

Lo primero que se hizo fue detectar todos los pacientes que son trabajadores asegurados y se encuentran denominados en su número de afiliación con 1M (masculino asegurado) y 1F (femenino asegurada), siendo 335 casos.

En segundo lugar se eliminó los que proceden de los Estados de la República (foráneos) 72 casos). Posteriormente se hizo lo mismo con 123 casos que vivían en los alrededores del D.F., y se apartaron también 80 casos por ser jubilados, pensionados y aquellos que tienen seguro facultativo; quedando un Universo de Trabajo de 60 casos.

Finalmente se realizaron visitas domiciliarias a los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" que al ser egresados de la Institución se incorporaron a su vida la

boral. En las visitas domiciliarias se realizó la entrevista para averiguar todo lo concerniente a las relaciones familiares, esta información fue recavada a través del familiograma (ver anexo). Se aplicó también un cuestionario que contenía preguntas necesarias para obtener los datos referentes a la actividad laboral y a las relaciones que se establecen en él. (ver anexo).

Al final de cada familiograma se realizó el Diagnóstico Social de cada caso. (ver anexo).

6.5 Nivel que Pretende Alcanzar la Investigación.

En la investigación realizada se describe ampliamente al paciente, las relaciones familiares y laborales que éste tuvo - que afrontar al egresar del hospital.

También nos permitió corroborar la hipótesis planteada al principio de la investigación, explicar cada caso y de esta manera plantear un Programa Alternativo para poder prevenir posibles recaídas del paciente. Y propiciar su pronta reintegración al núcleo familiar y laboral.

6.6 Utilidad de la Investigación.

Esta investigación sirvió primeramente para sondear que tipo de problemas enfrenta el paciente cuando egresa del hospital; así como detectar las fallas que se dieron en la institución. Y poder colaborar de manera directa con él y con su familia, mediante la intervención del Departamento de Trabajo Social con un Programa en el que su objetivo principal es apoyar al paciente y a su familia propiciando su pronta reintegración a su medio familiar y laboral.

6.7 Población.

La población está integrada por los pacientes asegurados - que en su número de afiliación se identifican con 1M para los - hombres y 1F para las mujeres internadas en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" durante 1988, que viven en el D.F. y al - ser egresado del hospital se halla integrado a su actividad la- boral.

6.8 Recopilación de la Información.

La información documental fue recolectada de libros, revis- tas, folletos, manuales y planos.

En cuanto a la investigación de campo se utilizaron las si- guientes técnicas: la visita domiciliaria y con ella la observa- ción directa y la entrevista.

Visita Domiciliaria: acudir al lugar de residencia del pa- ciente, con la finalidad de observar y entrevistar a éstos en - su núcleo familiar y en su medio ambiente.

Observación Directa: es la captación a través del sentido - de la vista las conductas manifestadas, las relaciones existen- tes y el modo de vida.

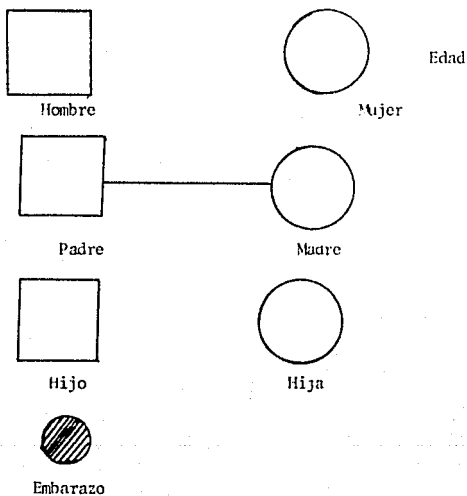
Entrevista: es el diálogo directo que se estableció con la familia y el paciente con el objeto de recolectar la informa- - ción necesaria.

Los instrumentos fueron el cuestionario y el familiograma. (ver anexos).

Cuestionario: serie de preguntas-escritas que tienen la fi- nalidad de recabar la información requerida.

Familiograma: es la representación gráfica resumida de la estructura, la composición, el ciclo vital en que se encuentran las familias, su dinámica y la clasificación de ésta. Permite sintetizar las investigaciones y facilita la realización de un diagnóstico integral de cada caso detectado.

La simbología que se utilizó fue obtenida de la Revista de Trabajo Social No.3 de la E.N.T.S. (1) siendo la siguiente:



Marcando el tiempo
de gestación.

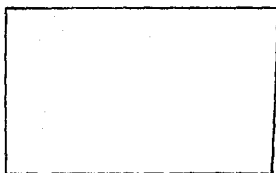


Paciente Mótivo de Estudio



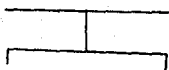
Muerte

Marcando la Edad
en que fallece y
tiempo.



Familiares bajo el mismo techo

Lineas de Parentesco

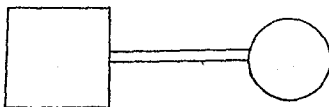


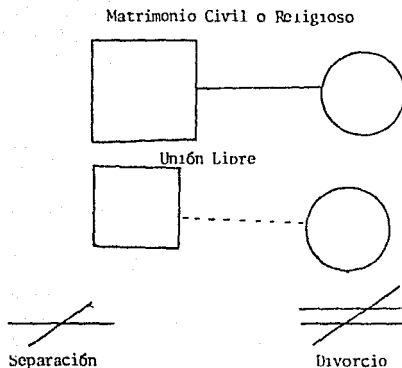
Unión

Descendencia

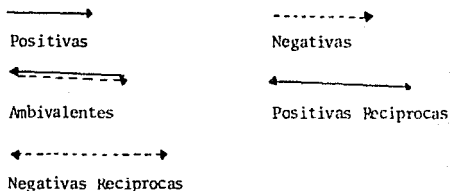
Tipos de Unión en las Parejas

Matrimonio Civil y Religioso





Simbolos para Registrar Relaciones Interpersonales



(Ver anexos).

6.9 Interpretación de Datos y Contrastación de la Hipótesis.

En la primera gráfica se muestra el Universo General de los pacientes hospitalizados que son catalogados como 1M y 1F (trabajador y trabajadora asegurada), siendo estos 335 casos. De ésto se observa que el 21.49% (72 casos) es canalizado por algunos de los Estados de la República (foráneos), el 36.71% (123 -

casos) corresponden a los que viven en la periferia del D.F., - el 23.80% (80 casos) están integrados por los pensionados, jubilados y los que cuentan con seguro facultativo. Finalmente el 17.91% (60 casos) es considerado como el Universo de Trabajo - porque cumple con las variables de control. (Gráfica A, anexo 2)

En la siguiente gráfica se especifican los resultados obtenidos en la Investigación de Campo de manera general: el 36.66% (22 casos) no se localizaron ya sea porque no se encontraban en el domicilio o porque no se dió la dirección exacta por parte del paciente o de sus familiares, dando lugar a confusión; el 30% (18 casos) fue entrevistado y proporcionaron la información requerida. El 15% (9 casos) resultó ser cambio de domicilio; el 5% (3 casos), el 1.6% (1 caso) corresponde a pacientes hospitalizados en el Sanatorio del Carmen (Psiquiátrico de Larga Estancia), y por último el 1.6% (1 caso) que se encuentra privado de su libertad en el Reclusorio Oriente. (Gráfica B anexo 2)

En la siguiente gráfica se señala el sexo de los pacientes de 18 casos que son el 100%, el 50% (9 casos) son de sexo femenino y el otro 50% (9 casos) son masculino. Nos muestra que los padecimientos psiquiátricos se desarrollan de igual manera en los hombres como en las mujeres. (Gráfica C)

La gráfica nos muestra que el 11.1% (2 casos) son pacientes que oscilan entre los 21 y 25 años; el 16.6% (3 casos) corresponden a los pacientes que se encuentran entre los 26 y 30 años; el 11.1% (2 casos) son pacientes de 31 a 35 años, el 16.6% (3 casos) son de 36 a 40 años. El 33.3% (6 casos) fueron pacientes

de 41 a 45 años, el 5.5% (1 caso) corresponde a los que estan - entre los 46 y 50 años; finalmente, el 5.5% de los 56 a los 60- años. Se observa que el índice más alto son pacientes de 41 a - 45 años, considerados en edad madura (adulta), en la que las - responsabilidades y presiones son de todo tipo: económicas, de- relación, laborales, familiares, entre otras; o también las ex- periencias vividas han sido negativas y frustrantes.

Esta gráfica indica el Estado Civil de los pacientes: el - 22.2% (4 casos) son solteros, el 44.4% (8 casos) se encuentran- casados; el 22.2% (4 casos) viven separados y por último 11.1 % (2 casos) están divorciados. Es evidente que el indicador más- alto está formado por pacientes casados, siendo alarmante ya - que ellos son la base de la familia que forman (rol de padres). (Gráfica E)

La presente gráfica indica el papel que desempeña el pacien- te en su familia: el 44.4% (8 casos) son padres, el 33.3% (6 ca- sos) corresponden a madres, el 16.6% (3 casos) fueron hijos y - el 5.5% (1 caso) son hermano. El mayor rubro lo componen pacien- tes que desempeñan un papel de mucha importancia para su fami- lia, siendo jefes de familia y el proveedor económico de ésta.- (Gráfica F)

En la siguiente gráfica se observa el grado de escolaridad- con que cuentan los pacientes: el 5.5% (1 caso) son los de pri- maria completa, el 16.6% (3 casos) corresponden a los de secun- daria incompleta, el 11.1% (2 casos) cuentan con secundaria ter- minada. El 22.2% (4 casos) tienen Carrera comercial, el 22.2% -

(4 casos) carrera técnica; el 5.5% (1 caso) preparatoria incompleta. El 5.5% (1 caso) no terminó su carrera profesional y finalmente el 11.1% (2 casos) son profesionistas. Es observable que la mayoría de los pacientes cuentan con una educación media superior, es decir, tienen una preparación y la opción a mejores oportunidades (ascender de puesto, cambiar de trabajo y la posibilidad de tener una visión más amplia para enfrentar problemas, así como para encontrar soluciones reales a éstos). (Gráfica G)

Esta gráfica nos revela la actividad laboral a la que se dedica el paciente: sin ocupación el 22.2% (4 casos), el 5.5% (1 caso) es dueño de su empresa, el 5.5% (1 caso) lo compone profesionista "anestesiólogo", el 5.5% (1 caso) es contador, el 11.1% (2 casos) laboran como enfermeras, el 5.5% (1 caso) es jefe de Departamento "empleado administrativo", el 5.5% (1 caso) es operadora de TELEMEX. El 11.1% se emplea como secretaria, el 5.5% (1 caso) es mecánico, el 5.5% (1 caso) es agente de ventas, el 5.5% (1 caso) está en mantenimiento, el 5.5% es mesero y por último el 5.5% (1 caso) en intendencia. Esta gráfica nos muestra que la mayoría de los pacientes se encuentran en la población económicamente activa, y que a pesar de su padecimiento siguen siendo personas productivas. Esto quiere decir que han podido reintegrarse a su actividad laboral. (Gráfica H)

La siguiente gráfica refiere los diagnósticos de egreso de los pacientes (por cualquier duda ver la gráfica I): con Trastornos Mentales Esp. No Psiq. debido a L.O.C. son el 27.7% (5-

casos), el 22.2% corresponden a Psicosis Afectivas (4 casos), - el 16.6% (3 casos) al Síndrome de Dependencia al Alcohol, el 11.1% (2 casos) tiene Psicosis Orgánica Crónica. El 5.5% (1 caso) Trastornos Esquisofrénicos, el 5.5% (1 caso a Psicosis Orgánica Transitorias; el 5.5% (1 caso) corresponde a Dependencia a Drogas, finalmente el 5.5% a Trastornos Neuróticos. (Gráfica I)

Las siguientes gráficas refieren la información obtenida a través del cuestionario, en el que, el principal objetivo fue - conocer las relaciones familiares y laborales del paciente. De la gráfica 1 a la 19 se realizó el análisis siguiente. Debido - al estado civil de cuatro pacientes (solteros), algunas gráficas se ven afectadas en el Universo de Trabajo el 100% serán 14 casos.

Es difícil detectar en un primer acercamiento lo que pasa - con las relaciones familiares que se establecen entre los miembros de una familia, por lo que de alguna manera se tuvieron - que realizar preguntas repetitivas para obtener una información más veraz.

Con los resultados obtenidos en las gráficas consideramos - que las relaciones en estas familias se encuentran alteradas debido a la enfermedad del paciente principalmente; a causa de su enfermedad es difícil que permita y propicie el acercamiento y el diálogo entre él y los miembros de la familia, por otra parte el rechazo y el resentimiento de ellos (familia) es otro motivo del deterioro de las relaciones. Pero también se halló que el ritmo de vida de la ciudad dificultan la relación y la comu-

nicación familiar; la falta de tiempo por las diversas actividades que realizan los miembros de ésta, la diferencia de horarios ocasionan no poder reunirse ni verse durante el día y en la noche en algunos casos la fatiga y la falta de interés es otro factor.

De acuerdo con las gráficas 14 de los casos formaron pareja pudiendo observar que entre ellos existen más graves problemas de comunicación y relación humana, existiendo 6 fracasos (separaciones) lo que ha provocado la desorganización y desintegración familiar. Los 8 casados tienen problemas habituales que han podido suavizarse y superarse porque alguna o las dos partes (cónyuges) estuvo dispuesta a colaborar para que la parejasea unida.

Los 4 solteros comparten su vida con familiares cercanos, con ellos no se observó grandes problemas de relación pero sí de comunicación debido a las ocupaciones y la falta de tiempo entre ellos.

Consideramos que las relaciones humanas y la comunicación humana es la causa de la mayoría de los trastornos emocionales y mentales en gran número de pacientes psiquiátricos independientemente de su diagnóstico y tratamiento.

Las siguientes gráficas nos muestra las relaciones que mantuvo el enfermo al egresar del hospital e integrarse a su trabajo, a continuación se hace un análisis de los resultados obtenidos: 12 pacientes regresaron a su actividad laboral, haciéndolos "sentir bien", ya que les agrada y forma parte importante -

en su vida; sienten la necesidad de demostrarse y demostrar a los demás que su capacidad y habilidad no han disminuido y pueden ocupar su puesto que tenían antes.

En cuanto a las relaciones laborales fueron las mismas no se les dió ninguna consideración, tuvieron las mismas oportunidades que los demás, entre sus compañeros se dió al principio un poco la desconfianza, pero después contó con el apoyo de todos para integrarse de nuevo a su puesto.

En cuanto llevar una relación social fuera de las horas de trabajo el paciente se aparta, no asiste a reuniones, ni a fiestas, manteniendo solo una relación de trabajo. Con lo anterior podemos afirmar que el trabajo es parte de la recuperación del paciente si existe un ambiente positivo (confianza, respeto, seguridad, respeto, amistad y apoyo), propiciara la integración en el menor tiempo posible; los problemas que puedan existir en su trabajo le afectan al ex-paciente provocándole inseguridad y posibles recaídas.

Un resultado sobresaliente fue encontrar que siete casos (50%) trabajan en el I.M.S.S. siendo la Institución con el índice más alto, esto se atribuye a la magnitud de la empresa y por otra parte al paternalismo de ésta para con sus empleados.

De los 14 casos que actualmente trabajan solo 1 caso tiene contrato eventual y los demás gozan de contrato de base; dos pacientes logran ascender de puesto al egresar del hospital.

Otro aspecto que se sondeó en la investigación fue el aspecto económico, ya que de él se pueden desprender problemas y pre

siones que afectan el equilibrio mental del paciente; siendo considerado por el 77.7% como suficiente para cubrir sus necesidades básicas.

Hablar de los 4 pacientes que se encuentran sin trabajo es por estar pensionados o desempleados, la empresa al darse cuenta de la enfermedad del paciente los retiraron de su actividad-laboral.

Actualmente en su trabajo el 71.4% (10 casos) gozan de salud y bienestar, el 21.4% (3 casos) gozan de salud pero se sienten inseguros y el 7.14% (1 caso) se encuentra deprimido.

En cuanto al estado de salud actual se encontró que el 11.1% (2 casos están incapacitados por: recaída en el padecimiento y por embarazo), el 11.2% (2 casos) ingieren bebidas alcohólicas, con 66.7% (12 casos) se encuentran con bienestar físico y mental; finalmente el 11.1% (2 casos) están irritables y alterados.

Como pudimos observar la enfermedad mental que presenta el paciente va ser uno de los motivos de las posibles recaídas, - así como también, será el no haber llevado su tratamiento como lo dispuso el médico.

CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS.

El objeto de estudio fue realizar una medición para comprobar o disprobar la hipótesis: "Si las relaciones familiares y laborales son favorables para el paciente psiquiátrico al ser - egresado del hospital, entonces será más rápida su reintegración a tales núcleos". Para lo cual se planearon y prepararon -

las técnicas e instrumentos a utilizar. Una vez seleccionado el Universo de Trabajo y conocido cada caso, a través de la lectura del expediente clínico se prosiguió a separar y agrupar los casos por colonias y lugares cercanos, para evitar la pérdida de tiempo y agilizar las localizaciones y los desplazamientos a cada vivienda.

Se planeó cada visita domiciliaria para poder entrevistar al paciente en su medio ambiente, en su lugar de residencia, con su familia, para conocer el medio familiar, social y económico; y detectar los problemas que presenta la dinámica familiar.

Primeramente se estableció relación con el paciente, si se podía se reunían a los miembros de la familia para que formaran parte de la conversación. La entrevista al principio giró en torno a la información general del paciente y a las relaciones familiares, posteriormente se obtuvo la información relacionada a su actividad laboral, relaciones interpersonales en su medio laboral y de su estado de salud actual, captándose mediante el afamiliograma y el cuestionario.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El padecimiento psiquiátrico no escoge sexo, nivel educativo, ni posición social, ya que se encontró una igualdad en número de casos en hombres y mujeres; en cuanto al nivel educativo se observó la existencia de un nivel educativo medio superior, no siendo causa del padecimiento la ignorancia. Los resultados arrojaron que el paciente tanto puede ser obrero-empleado como

patrón.

En cuanto a las relaciones familiares se dislumbró que si al regresar el paciente a su núcleo familiar encuentra apoyo, comprensión y hay disposición de su parte logra recuperarse e integrarse más rápidamente a su familia. Siendo ellos la base para poderse integrar de la misma forma a su actividad laboral. Sin dejar de contemplar la importancia que tienen las relaciones favorables que pueda encontrar en la empresa en su reincorporación.

- CAPITULO 7 -

"PROGRAMA ALTERNATIVO A REALIZAR POR EL DEPARTAMENTO
DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO 'SAN
FERNANDO' " .

- CAPITULO 7 -

"PROGRAMA ALTERNATIVO A REALIZAR POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO 'SAN FERNANDO' "

SITUACION ACTUAL.

En la investigación realizada en 1989 se detectaron varios problemas a los que se enfrenta el paciente psiquiátrico una vez que ha egresado del hospital como son: despido injustificado de su trabajo, rechazo familiar, falta de apoyo de parte del núcleo familiar, falta de confianza en sí mismo, depresión, recaídas e ignorancia sobre otras instituciones que tienen la especialidad de Psiquiatría y que les pueden proporcionar el servicio, aún cuando ya no sean asegurados. Se hace necesario la intervención del Trabajador Social de una manera directa constante y de compromiso, tanto en el núcleo familiar como en el área laboral si fuera necesario.

Es así como se propone el presente programa alternativo, que tiene la intención de contribuir a disminuir los problemas anteriormente especificados, proporcionando orientación, apoyo y educación social a los integrantes de la familia, al paciente y al área laboral.

POLITICAS

Son las que el Instituto Mexicano del Seguro Social y el mismo Hospital tienen establecidas para todos los derechohabientes que requieren el servicio de Psiquiatría.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Sensibilizar al núcleo familiar y laboral de las causas que originaron el padecimiento en el enfermo psiquiátrico y proponer de manera conjunta alternativas de solución que conlleven a la reintegración del paciente a tales núcleos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Fomentar la reflexión de la familia sobre la influencia que ejerce sobre el paciente.
- Sensibilizar al núcleo familiar de la importancia de apoyar al paciente.
- Encaminar al núcleo familiar a la búsqueda de soluciones a los problemas que tiene.
- Orientar a los familiares sobre los cuidados que debe tener con el paciente.
- Fomentar la reflexión del paciente sobre las causas que originaron su padecimiento.
- Encaminar al paciente a determinar alternativas de solución a los conflictos que vive.
- Sensibilizar al paciente sobre la importancia que tiene el continuar con su tratamiento médico y acudir oportunamente a su consulta externa.
- Informar al medio laboral sobre la importancia que tiene la reintegración del paciente psiquiátrico a su actividad laboral.
- Fomentar y resaltar la importancia de la reintegración del paciente a su actividad laboral.

METAS.

- Lograr que el 100% de los pacientes dados de alta del Hospital Psiquiátrico "San Fernando", reciban orientación por parte del Trabajador Social.
- Orientar al 100% de las familias del paciente psiquiátrico - sobre los cambios de actitud y cuidados que deben tenerle.
- Informar sobre la situación de un enfermo psiquiátrico a las áreas laborales, de por lo menos de los pacientes que presenten problemas en su reincorporación.

LIMITES.

ESPACIO: Hospital Psiquiátrico "San Fernando".

TIEMPO: 6 meses.

UNIVERSO: Todos los pacientes asegurados identificados 1M y 1F- (asegurado masculino y asegurada femenina), su familia y aquellos lugares de trabajo donde existen problemas al regreso del paciente.

ACTIVIDADES.

- Establecer comunicación constante con los pacientes a fin de conocer su situación familiar y laboral.
- Reunirse una vez a la semana con las familias de los pacientes internados en el hospital.
- Dar pláticas informativas sobre las causas que pueden originar padecimientos mentales.
- Informar a los familiares sobre instituciones públicas y privadas a las que pueden acudir en caso de ya no ser asegurado.
- Llevar a cabo sesiones grupales de integrantes de la familia del paciente donde comenten sus experiencias y problemas que

tienen principalmente con él (la) paciente.

- Detectar los principales problemas que se dan en las familias y tratar de unificar para la búsqueda de alternativas de solución.
- Realizar pláticas informales con los pacientes, con temas referentes a la importancia de su núcleo familiar y el papel que juegan cada uno de los integrantes.
- Detectar las áreas laborales de los pacientes que presenten problemas al ser dados de alta.
- Realizar visitas a las empresas de los pacientes con problemas laborales, para informarles de su padecimiento.

ORGANIZACION

La responsable del programa será la Jefe de Trabajo Social-Médico del Hospital Psiquiátrico "San Fernando". Estando a su cargo 8 Trabajadoras Sociales y 8 Asistentes Médicas.

FINANCIAMIENTO

Los gastos serán cubiertos con el presupuesto que autorice el IMSS al Departamento de Trabajo Social.

SUPERVISION

La supervisión se realizará por la Jefe de Trabajo Social-mediante:

- Reuniones semanales para comentar sobre algún caso en especial y así como también las acciones realizadas por cada una de las Trabajadoras Sociales durante la semana y planear las de la próxima.
- Revisión semanal de las notas de cada Trabajadora Social.

- Análisis del Informe Mensual.
- Análisis del Informe de Productividad (Informe institucional donde se contabilizan las acciones realizadas en el mes).

EVALUACION

Se realizará a partir del análisis semanal y mensual de las acciones realizadas con cada paciente que tienen a su cargo la Trabajadora Social, contrastándose con los objetivos y las metas fijadas en el programa.

La evaluación se hará cuantitativa y cualitativa. La cuantitativa será a través del informe de productividad y la cualitativa a partir del análisis del informe (sobre las acciones realizadas a cada paciente y sobre los cambios de actitud observados en los pacientes y su familia).

Al finalizar el programa se realizará un análisis global de los resultados de los seis meses. Este se realizará en conjunto con la Jefe de Trabajo Social, las Trabajadoras Sociales y los Directivos del Hospital Psiquiátrico "San Fernando".

C R O N O G R A M A D E A C T I V I D A D E S

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | PROCEDIMIENTO | FUNCION | TECNICA | EVALUACION |
|---|--|---|---|-------------------|----------------------------|
| 1. Platicar con los pacientes. | - Detectar los principales problemas familiares que afectan al paciente. | Programar entrevistas informales con cada uno de los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando", enfocados principalmente a conocer los problemas familiares y laborales que presentan. | Investigación | Entrevista | Participación |
| | | | | INSTRUMENTOS | |
| | | | | Diario de campo. | |
| 2. Sesiones Grupales con los familiares. | - Fomentar la flexión de la familia sobre la influencia que ejercen hacia el paciente. | Reunir a los integrantes de las familias de los pacientes con la finalidad de intercambiar y exponer: experiencias y problemas surgidos en su núcleo familiar y principalmente con el paciente. | Promoción. Orientación Coordinación | Exposición | Asistencia y Participación |
| | | | | INSTRUMENTOS | |
| | | | | Crónica de Grupo. | |
| 3. Informar a la familia sobre los cuidados y apoyo que debe brindar al paciente. | - Orientar a la familia sobre la importancia de apoyar al paciente y de que continúe tomando su medicamento. | Llevar a cabo pláticas informales con los familiares donde se resalte la importancia de no suspender el tratamiento médico y de que se sienta apoyado por parte de su familia. Estas pláticas serán antes de haber egresado del Hospital. | Educación Social. | Exposición | Asistencia y Participación |
| | | | | INSTRUMENTOS | |
| | | | | Diario de Campo. | |

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | PROCEDIMIENTO | FUNCION | TECNICA | EVALUACION |
|---|---|--|--|---|---|
| 4. Formación de Archivo. | - Detectar los organismos públicos y privados donde presta sus servicios el paciente. | Recabar información del expediente sobre: domicilio, nombre de la empresa donde laboran los pacientes. | Investigación Organización Clasificación | Investigación de campo (recolección de información). INSTRUMENTOS Ficha de Datos Generales. | No. de Casos Registrados. |
| 5. Programas y llevar a cabo visitas al lugar donde trabajan los pacientes. | - Lograr que el paciente al ser egresado del hospital se reintegre a su área laboral. | Establar comunicación directa con los jefes del personal de las empresas donde trabajan los pacientes y explicar la importancia que tiene la reintegración del paciente a su trabajo, para su recuperación. | Educación Social. | Entrevista INSTRUMENTOS Diario de Campo. | No. de Casos (cuantitativa) Análisis de la Entrevista. (cualitativa) |
| 6. Controlar las citas de Consulta Externa y la Asistencia a las mismas. | - Lograr que el paciente acuda a Consulta Externa al Hospital en el día y hora fijados. | Una vez que se hallan detectado los casos que no acuden a Consulta Externa proceder a realizar llamadas telefónicas o visitas domiciliarias para conocer los motivos por los que ha dejado de asistir a su Consulta con el psiquiatra. Tratar de convencerlos y resaltar la importancia de acudir a su consulta. | Investigación Promoción. Orientación. | Entrevista Informal. Visita Domiciliaria. Observación INSTRUMENTOS Diario de Campo. | Asistencia del paciente a su Consulta Externa. (cuantitativa) |

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | PROCEDIMIENTO | FUNCION | TECNICA | EVALUACION |
|---------------------------------------|---|--|------------------|---|---|
| 7. Seguimiento de Caso. | - Conocer la situación actual del paciente en cuanto al aspecto familiar, la boral y del Estado de Salud. | Cada 6 meses llevar a cabo visitas domiciliarias o llamada telefónica para saber en que condiciones se encuentra el paciente en la recuperación y la reintegración a su núcleo familiar y laboral. | Investigación | Visita Domiciliaria. Observación Entrevista INSTRUMENTOS Diario de Campo. | Análisis de la visita. (cualitativa) No.de Visitas (cuantitativa). |
| 8. Realización de Notas Informativas. | - Llevar un control por escrito de las acciones realizadas con el paciente y su familia. | En cada uno de los expedientes clínicos de los pacientes registrar las acciones realizadas tanto con él, con su familia y su área laboral. | Sistematización. | Registro de las actividades. (invs. de campo). INSTRUMENTOS Diario de Campo. Expediente. | Revisión de las notas del expediente. |
| 9. Evaluación de Casos. | - Evaluar las acciones realizadas. | Cada mes evaluar los resultados de las acciones realizadas. | Evaluación | INSTRUMENTOS Informe: productividad. | Análisis: Cuantitativo Cualitativo |
| 10. Evaluación Global. | - Evaluar los Resultados obtenidos. | Evaluar el programa constatando los resultados obtenidos con los objetivos. | Evaluación. | INSTRUMENTOS Informes Mensuales. | Evaluación General. Análisis cuantitativo y cualitativo de los informes mensuales. |

C O N C L U S I O N E S

- La finalidad del equipo interdisciplinario debe ser administrar un tratamiento integral y eficaz a través del esfuerzo coordinado, que no solamente involucre al paciente psiquiátrico sino que contemple en el mismo nivel de importancia a la familia como parte de éste.
- El tratamiento medicamentoso del paciente es tan relevante como el tratamiento social que brinda el Lic en Trabajo Social.
- Es necesario que el Trabajador Social salga de la institución y conozca el entorno familiar y laboral en que se encuentra el paciente.
- Las relaciones familiares y laborales que encuentre el paciente a su regreso repercuten notablemente en su recuperación.
- El seguimiento de caso de la Trabajadora Social es de suma importancia para el paciente psiquiátrico.
- La colaboración que el Trabajador Social presta al Psiquiatra es fundamental para un diagnóstico y tratamiento preciso.
- Es preocupante la situación que presenta el Trabajador Social en la Institución, burocratizándose y olvidándose de su compromiso social que tiene con su objeto de estudio.
- El Trabajador Social es apático y no participa en investigaciones ni se preocupa por actualizarse o especializarse.
- Existe la necesidad de la especialización del Trabajador Social en Psiquiatría para que pueda brindar una atención adecuada al paciente y a su familia.

A N E X O 1

CUESTIONARIO

Hospital Psiquiátrico "San Fernando"

Relaciones Familiares.

1.- Convive usted con su familia?

Si () No ()

2.- Conversa ud. con su esposa?

Si () No ()

3.- ¿Platica ud. con sus hijos?

Si () No ()

4.- ¿Platica ud. con sus padres ?

Si () No ()

5.- ¿Platica ud. con sus hermanos ?

Si () No ()

6.- ¿Convive ud. con sus familiares ?

Si () No ()

7.- ¿Se reúne la familia a platicar sobre lo acontecido en el día ?

Si () No ()

8.- ¿Quién toma las decisiones en el hogar ?

Todos () Paciente () Padres () Esposa-o ()

Hermanos () Hijos ()

9.- ¿Participa ud. con su opinión ?

Si () No ()

10.- ¿Cuando usted toma una decisión lo apoya su familia?

Si () No ()

- 11.- ¿ Su familia está de acuerdo con lo que hace o dice ?
Si () No ()
- 12.- ¿ Cómo se lleva con su padres ?
Bien () Regular () Mal ()
- 13.- ¿ Cómo se lleva con sus hermanos ?
Bien () Regular () Mal ()
- 14.- ¿ Cómo se lleva con su esposa (o)?
Bien () Regular () Mal ()
- 15.- ¿ Cómo se lleva con sus hijos ?
Bien () Regular () Mal ()
- 16.- ¿ Cuando se enferma o le pasa algo su familia se preocupa-
por usted?
Si () No ()
- 17.- ¿ Cuando existe algún problema o hecho, le platican o le -
piden su punto de vista ?
Su esposa Si () No ()
Sus Hijos Si () No ()
Sus Padres Si () No ()
Sus Hermanos Si () No ()
- 18.- ¿Cumple ud. con sus obligaciones en el hogar ?
Si () No ()
- 19.- ¿Cómo se sintió después de haber sido dado de alta en el -
hospital con su familia? _
_
_

Relaciones Laborales.

- 20.- ¿ Después de haber egresado del hospital regresó a su actividad laboral ?
Si () No ()
- 21.- ¿ Trabaja Actualmente ?
Si () No ()
- 22.- ¿ En dónde trabaja ? _
- 23.- ¿Cuál es su puesto ? _
- 24.- ¿ Le gusta su Trabajo ?
Si () No ()
- 25.- ¿ Cómo se lleva con sus compañeros ?
Bien () Regular () Mal ()
- 26.- ¿ Cómo se lleva con su jefe ?
Bien () Regular () Mal ()
- 27.- ¿ Tiene amigos en su trabajo ?
Si () No ()
- 28.- ¿ Va a reuniones con sus compañeros ?
Si () No ()
- 29.- ¿ Platica ud. con su jefe ?
Si () No ()
- 30.- ¿ En las reuniones de trabajo participa ud. con su opinión?
Si () No ()
- 31.- ¿ Toman en cuenta su opinión ?
Si () No ()
- 32.- ¿Cuentan con ud. para organizar alguna fiesta, reunión o - evento?
Si () No ()

33.- ¿ Cuando hay algún problema en el trabajo, todos ayudan a resolverlo?

Si () No ()

34.- Tiene ud. contrato eventual o de planta _

35.- ¿ Le tienen algunas consideraciones en su trabajo ?

Si () No ()

36.- ¿ Cómo lo tratan sus compañeros ?

Bien () Regular () Mal ()

37.- ¿ Cumple ud. con sus obligaciones en el trabajo ?

Si () No ()

38.- ¿ Cómo se sintió en su trabajo después de haber egresado del hospital? _

39.- ¿ Las relaciones fueron las mismas con sus compañeros ?

Si () No ()

40.- ¿ Las relaciones fueron las mismas de antes con su jefe?

Si () No ()

41.- ¿ Considera ud. que es más eficiente que antes de que se enfermara o tiene la misma productividad ?

Si () No ()

42.- ¿ Ha tenido algún ascenso o descenso en su trabajo después de haber salido del hospital ?

Si () No ()

43.- ¿ Considera que sus ingresos económicos son ?

Suficientes () Insuficientes ()

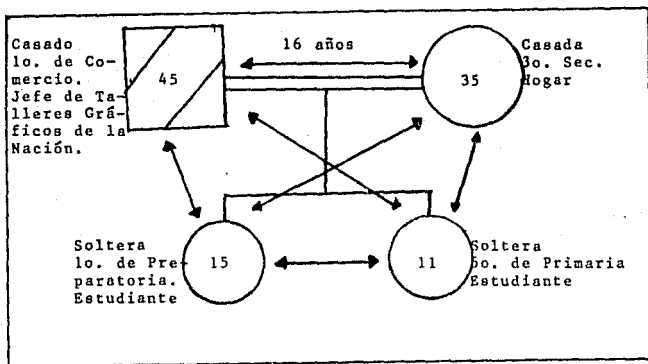
44.- ¿ Cómo se siente actualmente en su trabajo? _ _

_ _

45.- ¿ Cómo se encuentra de salud ? _ _

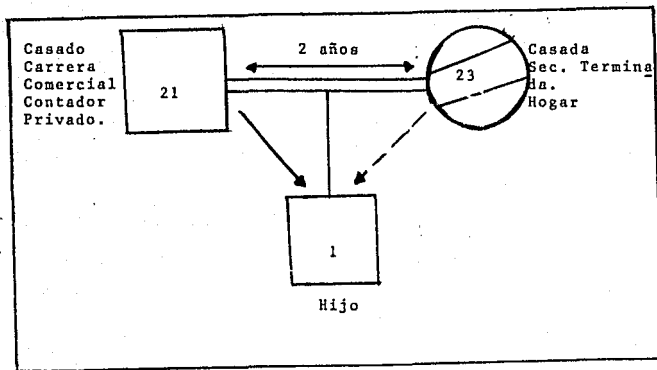
_ _

CASO 1



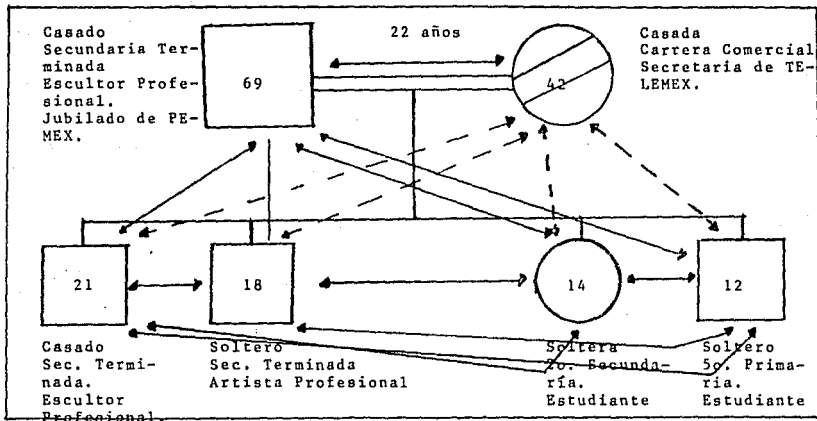
Paciente que forma parte de una familia nuclear, tradicional (en cuanto a roles), las normas y valores son moderados; la comunicación es directa y las relaciones familiares entre los miembros de la familia aparentemente son positivas. La enfermedad del paciente (alcoholismo) es la causa de los problemas que llegan a existir entre la pareja. Actualmente el paciente trabaja como Jefe en Talleres Gráficos de la Nación, pertenecen a un nivel socio-económico medio. Al parecer el paciente cuenta con el apoyo y la cooperación de su familia. Su diagnóstico de Egreso: "Intoxicación Alcohólica. Bebedor de Tipo Episódico".

CASO 2



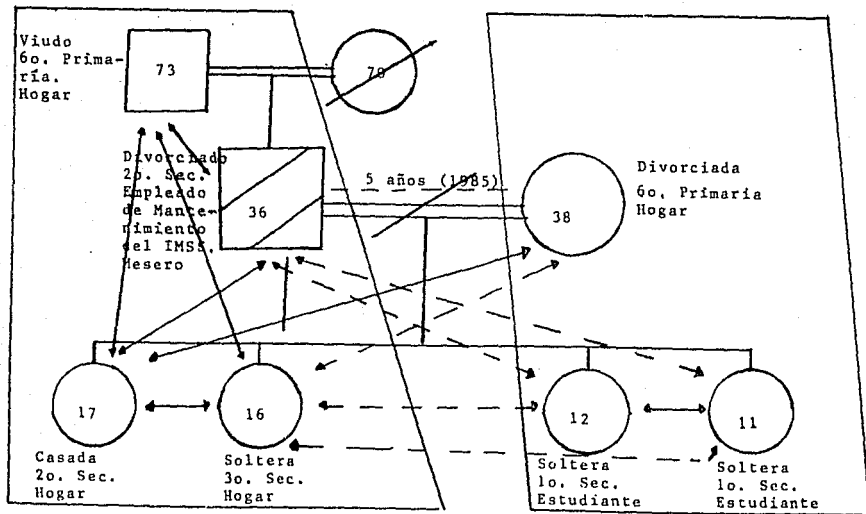
paciente que forma parte de una familia nuclear, moderna-actual. La comunicación que se establece es indirecta, con normas y valores moderados. Pertenecen a un nivel socioeconómico medio. El problema principal de esta familia es que el paciente no se responsabiliza de su hogar y de su hijo (rol). Las relaciones familiares son inarmónicas por lo anterior. Diagnóstico de Egreso: "Síndrome Orgánico Cerebral de Tipo Confusional Asoc. a Post-Parto.

CASO 3



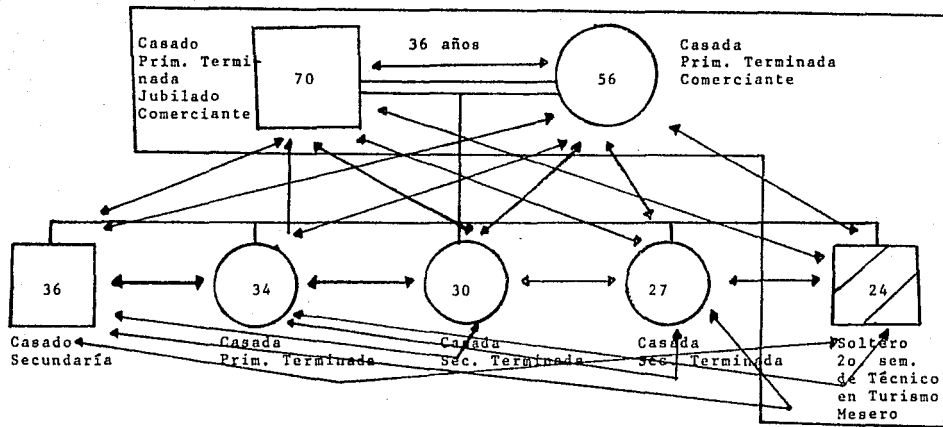
Forma parte de una familia tradicional, nuclear, sus normas y valores son rígidos, al parecer la comunicación es directa pero las relaciones familiares entre la paciente y los hijos es negativa debido a su padecimiento y a su trabajo, abandonando sus roles. En últimas fechas la dinámica familiar se encuentra alterada por la recaída de la paciente (encontrándose incapacitada). La paciente cuenta con el apoyo de su familia pero principalmente la cooperación de su esposo. Diagnóstico de Egreso: "Depresión Reactiva Severa".

CASO 4



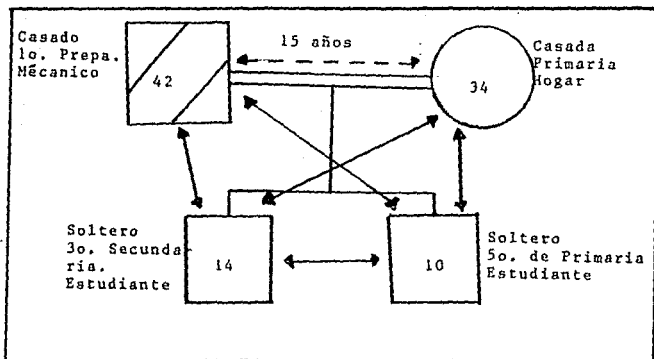
Paciente que forma parte de una familia desintegrada por la separación de su esposa desde hace 5 años, la esposa se fué con dos hijas y el paciente se quedó con una, ya que la otra es casada. Actualmente la familia esta integrada por el paciente, su padre y su hija. Es una familia tradicionalista, la comunicación es directa, las normas y valores son rígidos, el nivel socioeconómico al que pertenece es medio. La recuperación del paciente se ha dado a partir del apoyo de su padre e hija; en su trabajo formo un grupo de A.A. Diagnóstico de Egreso: "Síndrome de Abstinencia Etilica, Tipo Adicto, Alcohólico".

CASO 5



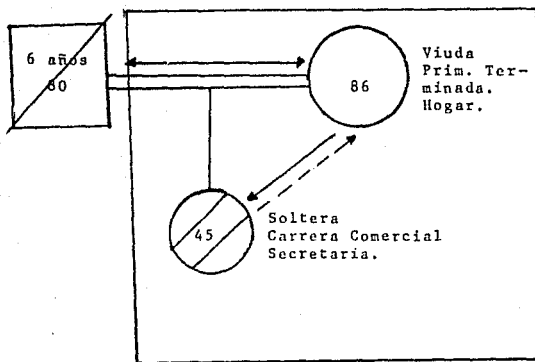
Forma parte de una familia nuclear compuesta actualmente del padre, la madre y el paciente, es una familia tradicional, las normas y valores son rígidas, la comunicación entre los miembros es mínima debido a sus ocupaciones; las relaciones familiares son aparentemente positivas. La familia se encuentra en una etapa de disolución, el nivel económico es medio. El paciente cuenta con el apoyo de sus padres. Su diagnóstico de egreso: "Síndrome Orgánico Cerebral".

CASO 6



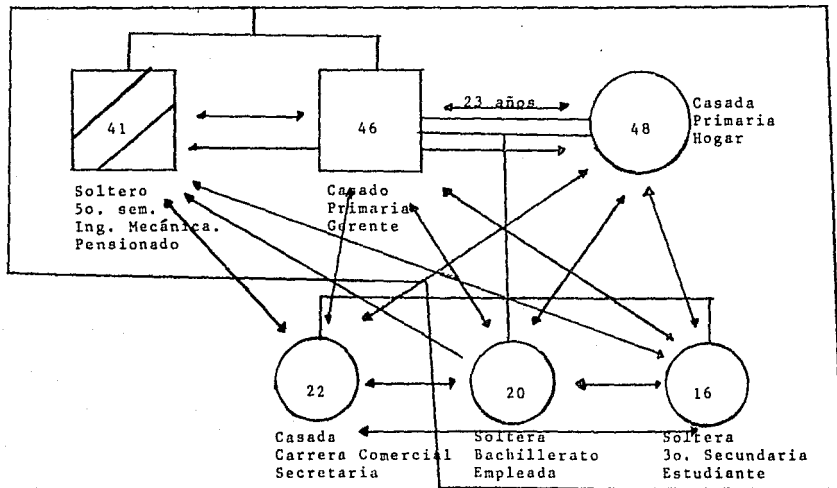
A partir de la recuperación del paciente la familia nuclear de que forma parte es armónica, moderna-actual, con comunicación directa, las normas y valores son moderados, el nivel económico al que pertenecen es medio. Las relaciones familiares son satisfactorias, el apoyo por parte de los integrantes de la familia ha sido positivo y ha permitido su reintegración al núcleo familiar y laboral. En el trabajo ha obtenido ascensos. Diagnóstico de Egreso; "Psicosis Orgánica Tipo Paranoide. Alcoholismo Prob. D.O.C."

CASO 7



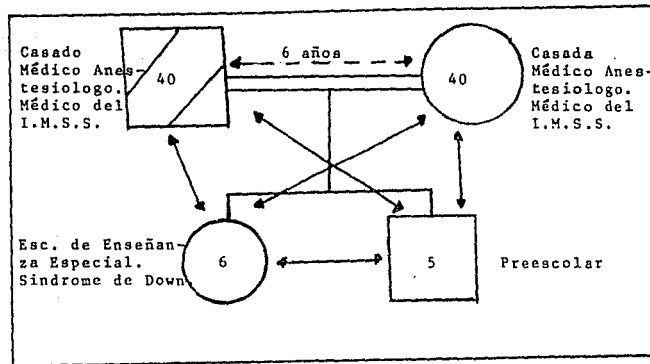
La familia nuclear de la paciente esta formada por su madre y ella, es una familia tradicional, las normas y valores son rígidos; la comunicación es directa y las relaciones familiares son ambivalentes debido a la enfermedad de la paciente y a la edad de la madre, existiendo frecuentes problemas entre ellas. El nivel económico en que viven es bajo. El diagnóstico de Egreso: "Psicosis Maniaco Depresiva, Monopolar Maniaca".

CASO 8



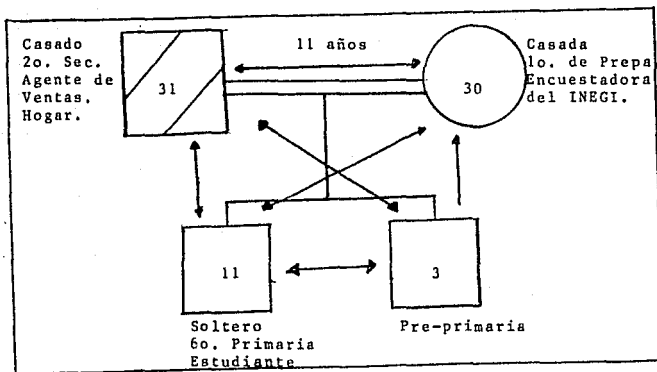
Paciente masculino de 41 años de edad, soltero, con escolaridad de 5o. sem. de Ing. Mecánica, pensionado actualmente. Forma parte de una familia extensa, tradicional, con comunicación directa, normas y valores moderados, pertenece a un nivel socioeconómico medio. Actualmente las relaciones interpersonales del paciente son favorables, por lo que se ha recuperado satisfactoriamente y piensa volver a estudiar. El diagnóstico de Egreso: "Esquizofrenia Paranoide Crónica con exacerbación aguda".

CASO 9



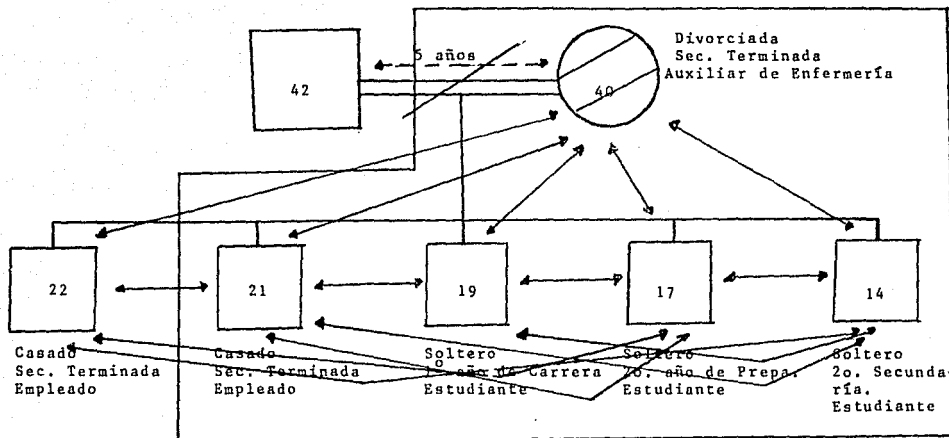
Forma parte de una familia que esta a punto de desintegrarse por trámites de divorcio debido a los problemas que ocasiona su padecimiento con su pareja; las relaciones familiares entre la pareja son negativas y la comunicación es mínima. Las relaciones entre sus hijos al parecer son positivas pero debido a su actividad laboral (trabaja en las noches) los ve poco y durante el día se duerme. El nivel económico en el que se desenvuelve es medio. El paciente no cuenta con el apoyo ni la cooperación de su esposa. El diagnóstico de Egreso: "Famcodependencia".

CASO 10



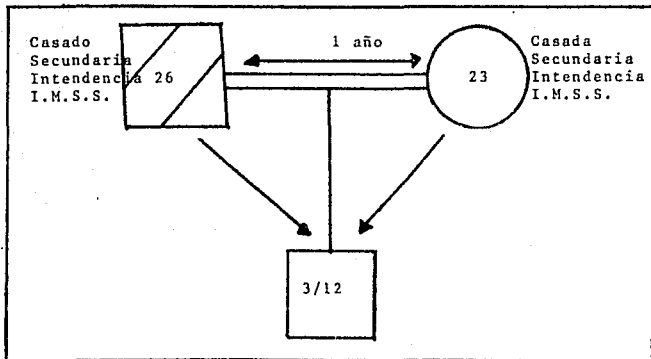
Paciente que integra una familia nuclear moderna-actual, con comunicación enmascarada, normas y valores moderados. Pertenecen a un nivel económico bajo. Las relaciones con su esposa son negativas, debido a la desconfianza que siente ella por él, lo hace "menos". Con sus hijos las relaciones son favorables. El paciente se encarga del hogar. No se ha recuperado de su padecimiento debido a su inseguridad y falta de confianza, ya que al egresar del hospital e integrarse a su actividad laboral fué despedido. Actualmente no se encuentra a gusto con el trabajo que realiza. Continúa con la sintomatología de su padecimiento, no acude a consulta por no estar actualmente asegurado y desconocer a que institución psiquiátrica puede acudir. Diagnóstico de Egreso: "Intento Suicida Tipo Impulsivo de baja letalidad, Trastorno Mental Psicótico".

CASO 11



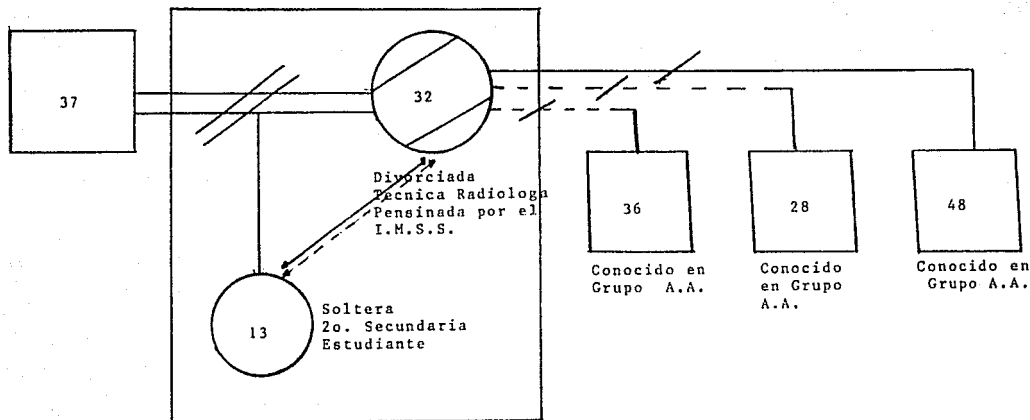
Paciente que forma parte de una familia nuclear desintegrada debido a la separación de su esposo y desorganizada ya que la jefe de familia es la paciente y no cumple con su rol, la familia es de tipo moderna-actual, las normas y valores son moderados: la comunicación es directa y las relaciones familiares aparentemente son positivas. La familia actualmente se encuentra en una etapa de desarrollo-disolución, pertenece a un nivel económico medio. Diagnóstico de Egreso de la paciente: "Neurosis de Ansiedad, Farmacodependencia al Diazepan".

CASO 12



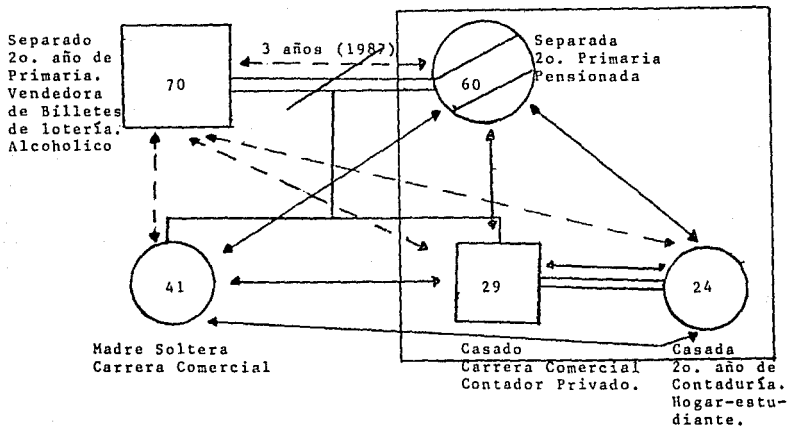
Forma parte de una familia nuclear, moderna-actual, con comunicación directa, normas y valores moderados. Pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Las relaciones familiares son aparentemente positivas, ya que el paciente sigue ingiriendo bebidas alcohólicas (motivo por el cual ingresa a la Unidad), además constantemente falta en su trabajo, su esposa encubre sus faltas. Diagnóstico de Egreso: "Síndrome de Supresión Etilica. Alcoholismo".

CASO 13



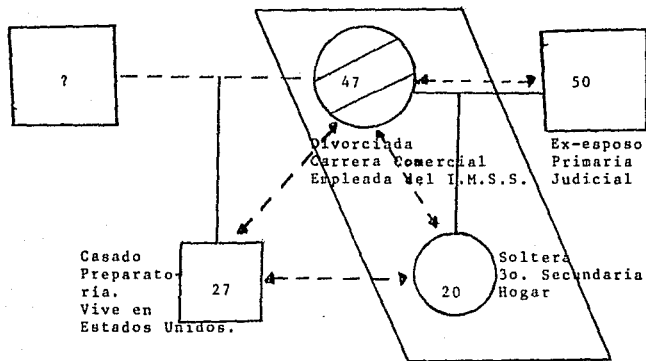
Familia nuclear que esta formada por la paciente (madre) y su hija, las normas y valores son blandos y la comunicación es enmascarada. La paciente ha tenido cuatro uniones con parejas conocidas en el Grupo de AA del que forma parte, debido a su enfermedad han sido inestables. Las relaciones con su hija son ambivalentes a causa de la paciente, existiendo constantes problemas entre ellas. El medio económico en que viven es bajo. El diagnóstico de Egreso es: "Psicosis Orgánica Asociada a D.O.C. secundaria a Alcoholismo de Tipo Adicto. Farmacodependencia MÚltiple".

CASO 14



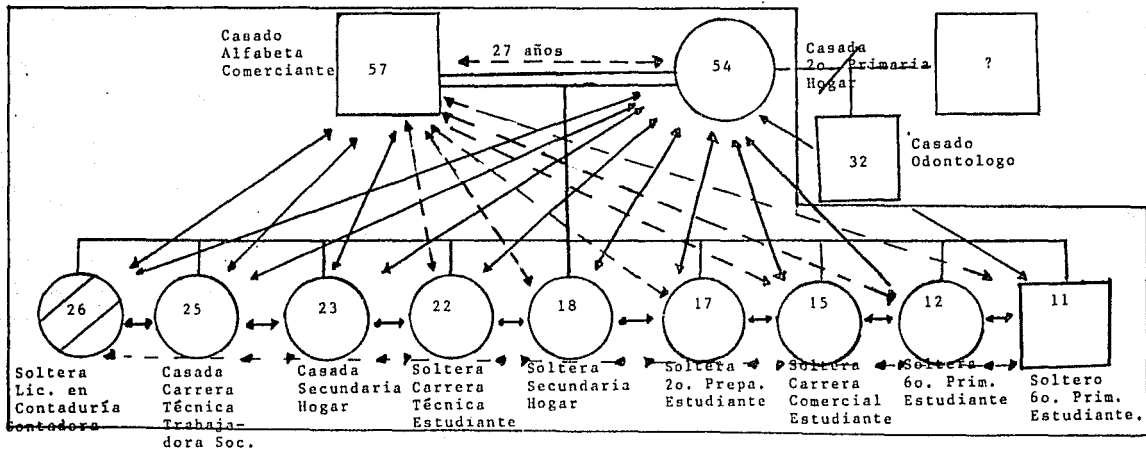
Paciente que forma parte de una familia desintegrada debido al alcoholismo de su esposo. Actualmente vive con la familia de su hijo menor, la cual es moderna-actual, la comunicación es directa, normas y valores moderados, pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Las relaciones familiares al parecer son favorables, por lo que la paciente se ha recuperado satisfactoriamente. Diagnóstico de Egreso: "Trastorno Depresivo Mayor, recurrente - Asoc. a D.O.C.".

CASO 15



Paciente que forma parte de una familia nuclear con su hija, siendo las normas y valores blandos, la comunicación entre ellas es nula y las relaciones son negativas. La hija de la paciente vive con ella, por miedo y por que la paciente tiende al intento suicida. Las relaciones con su hijo son nulas debido a que vive en el extranjero y por estar enojado con la paciente. El nivel socioeconómico en que vive es bajo. La familia esta desintegrada y desorganizada debido a la enfermedad de la paciente. El diagnóstico de Egreso: "Reacción Adaptativa. Reacción Depresiva breve. Intento Suicida de baja Letalidad".

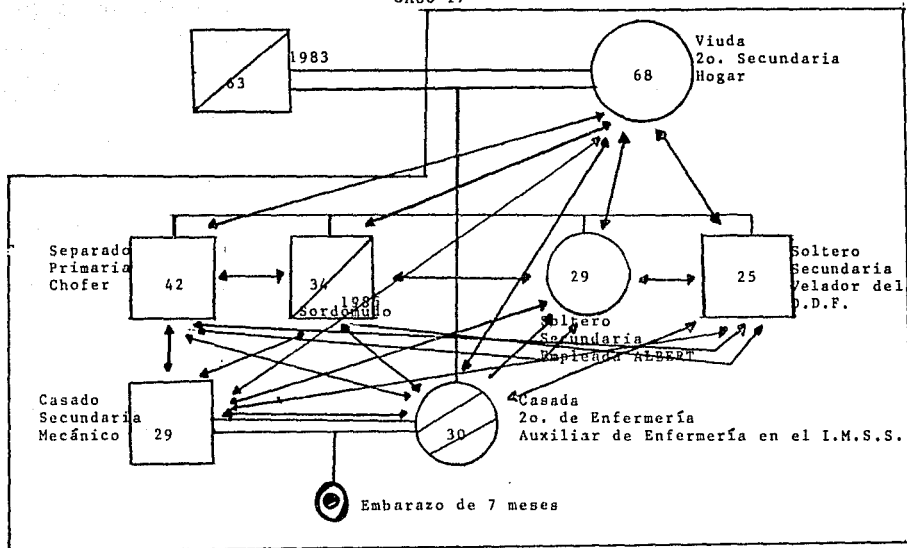
CASO 16



- 142 -

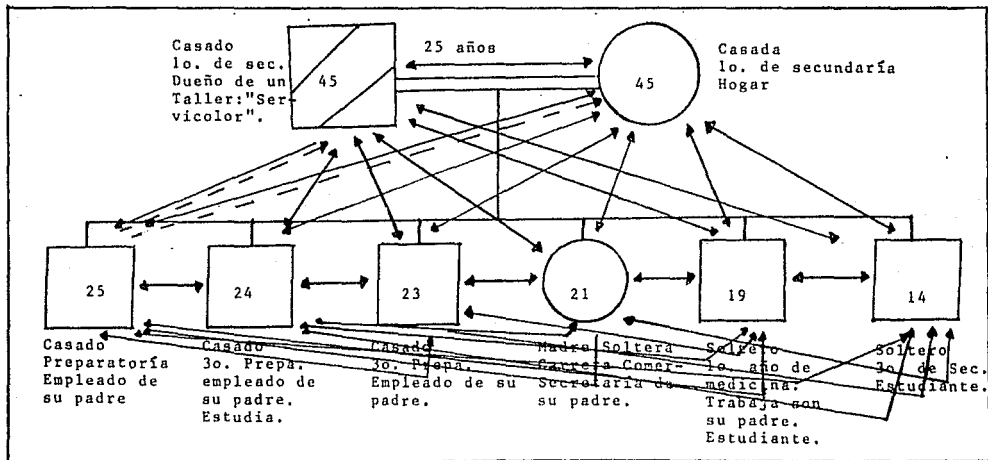
Paciente femenina de 26 años de edad, con escolaridad de Lic. en Contaduría, soltera de ocupación contadora en el I.M.S.S.. Forma parte de una familia extensa, tradicional, con comunicación indirecta, normas y valores rígidos. Pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Las relaciones familiares son favorables para ella sólo de parte de los padres, ya que con sus hermanos es negativa. Debido a que la paciente es fácilmente irritable "no comenta de sus cosas y trata de ignorar su padecimiento. Nadie le puede recordar que estuvo en el Hospital Psiquiátrico". Las relaciones laborales al parecer son favorables. Actualmente la paciente no acude a consulta médica para continuar con su tratamiento. Diagnóstico de Egreso: "Psicosis Orgánica Paranoide, D.O.C."

CASO 17



Paciente que forma parte de una familia extensa por vivir la paciente con su esposo y la familia de origen; las normas y valores son rígidos, la comunicación es directa y las relaciones entre los miembros al parecer son positivas, pero gobierna el matriarcado por parte de la madre de la paciente. Su nivel socioeconómico es medio. Actualmente la paciente se encuentra incapacitada por cursar el séptimo mes de embarazo. Cuanta con el apoyo y la cooperación por parte de su familia. Diagnóstico de Egreso: "Síndrome Depresivo Ansioso. Intento Suicida de baja letalidad".

CASO 18

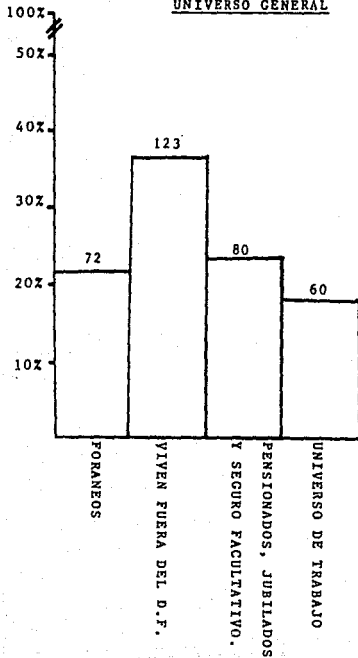


- 144 -

Paciente que forma parte de una familia nuclear, en período de extensión, tradicional, la comunicación es directa, normas y valores moderados, pertenecen a un nivel socioeconómico medio alto. Las relaciones familiares son positivas en la mayoría de los miembros, solamente con uno de los hijos (mayor) tuvo un disgusto que propició la recaída del paciente. En cuanto al trabajo el paciente menciona sentirse a gusto, aun cuando persisten algunos problemas con el personal y los clientes, que tiene que enfrentar y ocasionan que se sienta presionado. Su familia actualmente lo apoya y orienta en los problemas que se le presentan. Diagnóstico de Egreso: "Estado Confusional Prob. Sec. s Proceso Disociativo D.O.C.".

A N E X O 2

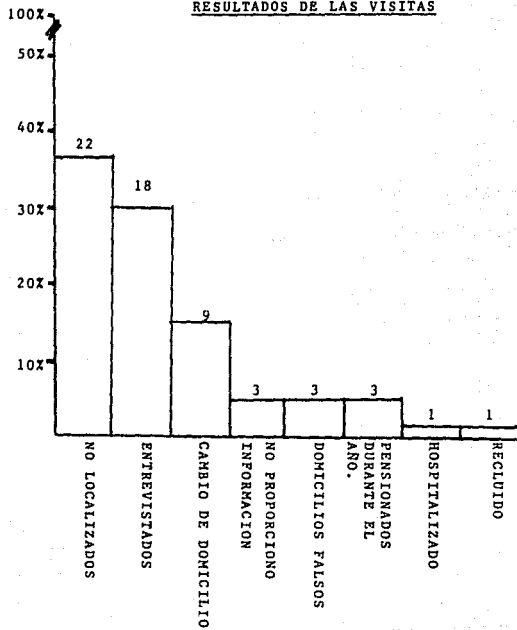
GRAFICA A
UNIVERSO GENERAL

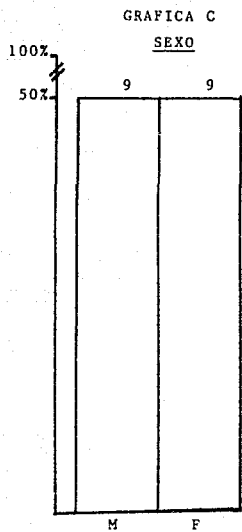


CASOS:335

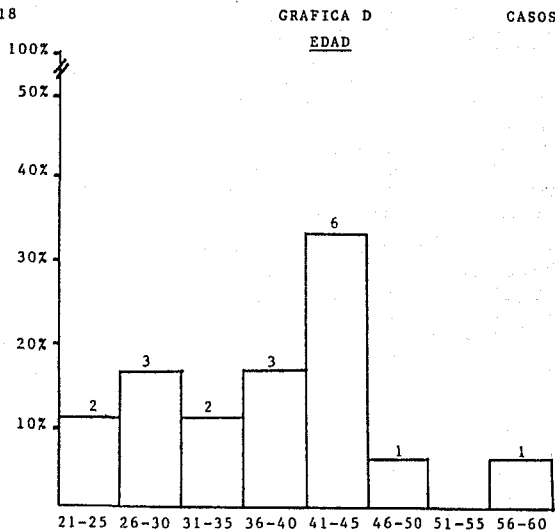
GRAFICA B
RESULTADOS DE LAS VISITAS

CASOS:60





CASOS: 18

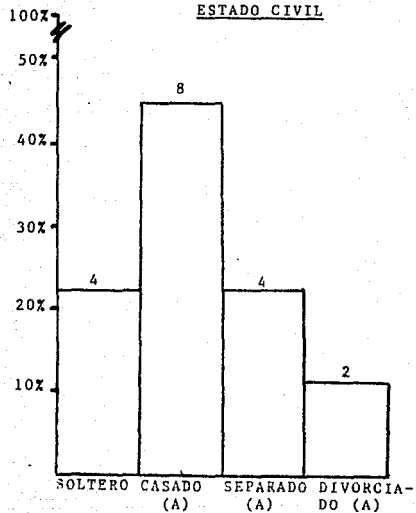


CASOS: 18

GRAFICA E

CASOS: 18

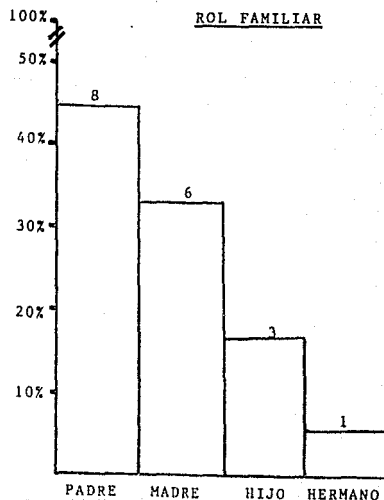
ESTADO CIVIL



GRAFICA F

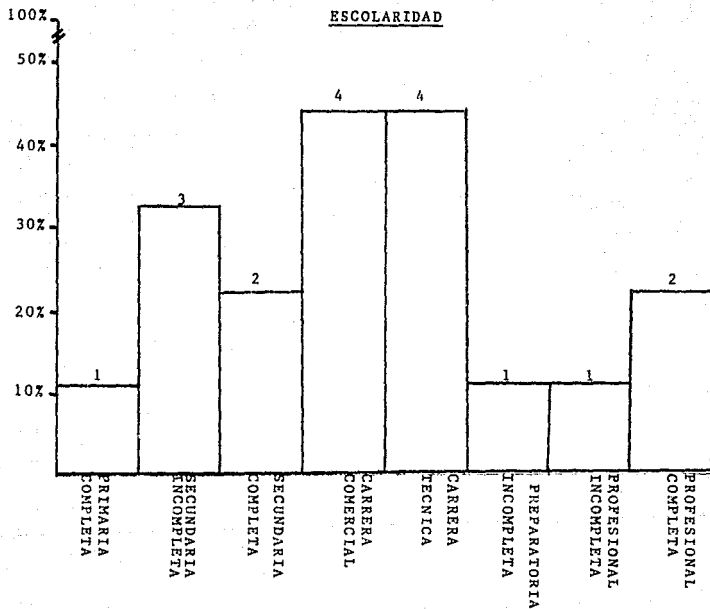
CASOS: 18

ROL FAMILIAR



GRAFICA G

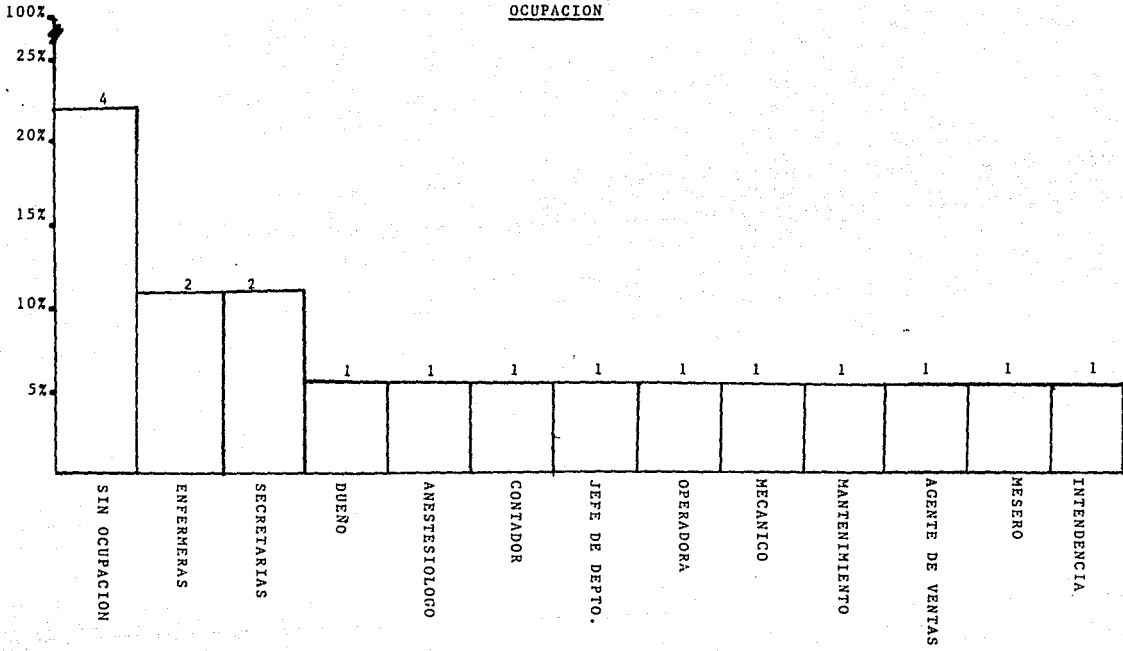
CASOS: 18



GRAFICA H

CASOS:18

OCUPACION



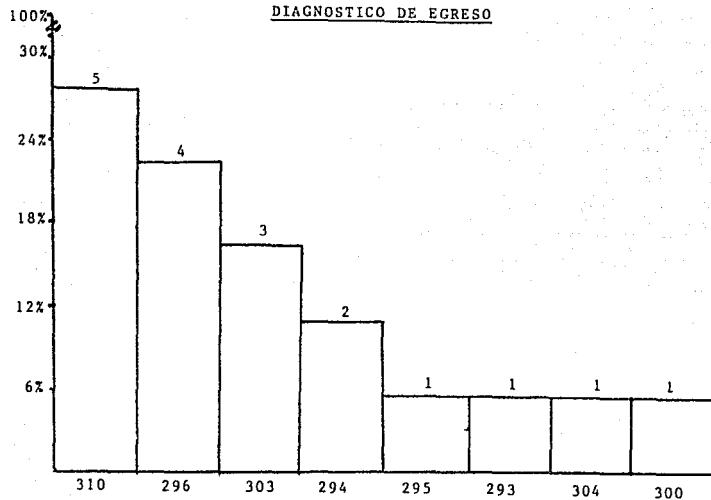
DIAGNOSTICO DE EGRESO

| DX. DE EGRESO DE LOS PACIENTES | FRECUENCIA | % |
|--|------------|-------|
| (310) TRASTORNOS MENTALES ESP. NO PSIC. DEBIDOS A L.O.C. | 5 | 27,7% |
| (296) PSICOSIS AFECTIVAS | 4 | 22.2% |
| (303) SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL | 3 | 16.6% |
| (294) OTRAS PSICOSIS ORGANICAS CRONICAS | 2 | 11.1% |
| (295) TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS | 1 | 5.5% |
| (293) PSICOSIS ORGANICAS TRANSITORIAS | 1 | 5.5% |
| (304) DEPENDENCIA DE DROGAS | 1 | 5.5% |
| (300) TRASTORNOS NEUROTICOS | 1 | 5.5% |
| T O T A L | 18 | 100% |

GRAFICA I

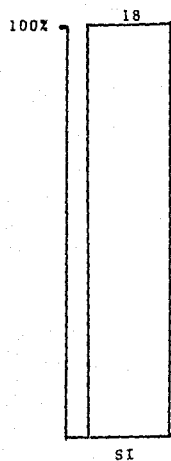
CASOS: 18

DIAGNOSTICO DE EGRESO



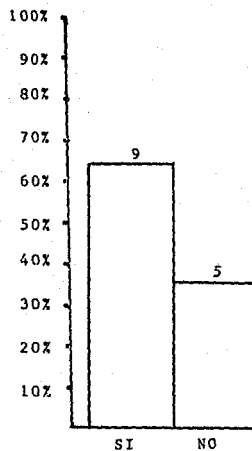
GRAFICA 1

CASOS:18

CONVIVE CON SI FAMILIA

GRAFICA 2

CASOS:14*

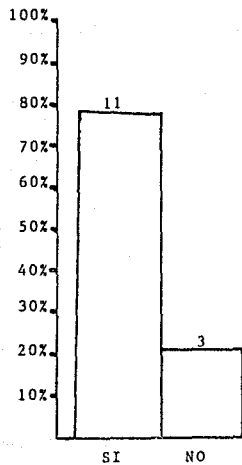
CONVIVE CON SU ESPOSO (A)

* 4 SOLTEROS

GRAFICA 3

CASOS: 14*

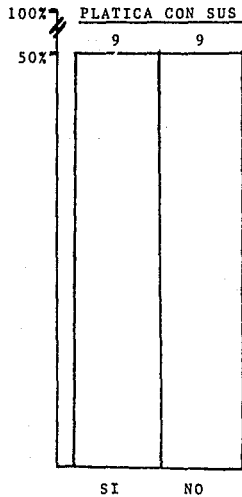
PLATICA CON SUS HIJOS



GRAFICA 4

CASOS: 18

PLATICA CON SUS PADRES

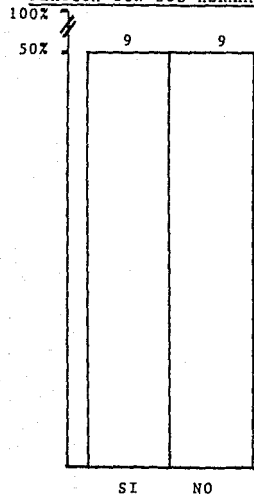


* 4 SOLTEROS

GRAFICA 5

CASOS: 18

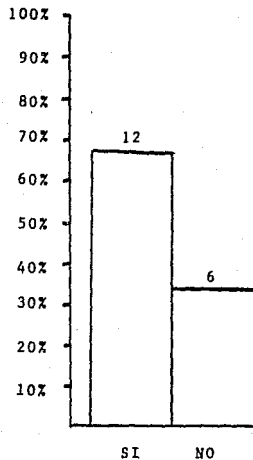
PLATICA CON SUS HERMANOS



GRAFICA 6

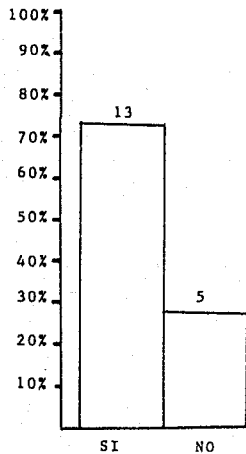
CASOS: 18

CONVIVE CON SUS FAMILIARES



GRAFICA 7

LA FAMILIA SE REUNE A PLATICAR
DE LO ACONTECIDO EN EL DIA.

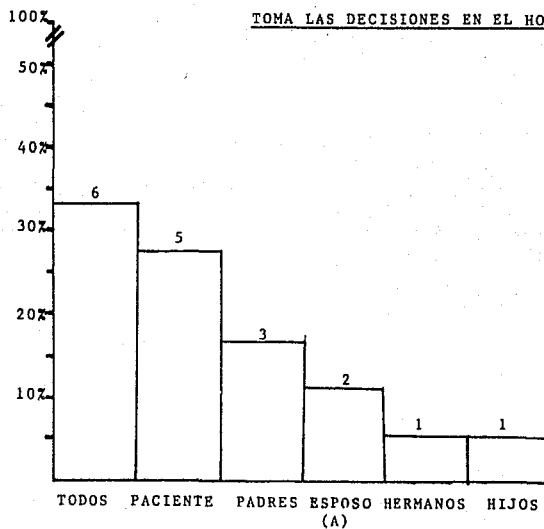


CASOS: 18

GRAFICA 8

CASOS:18

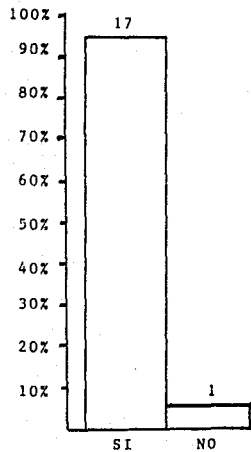
TOMA LAS DECISIONES EN EL HOGAR



GRAFICA 9

CASOS:18

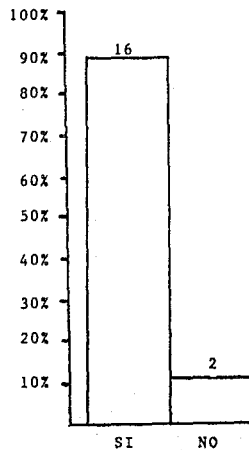
PARTICIPA EL PACIENTE CON SU OPINION



GRAFICA 10

CASOS: 18

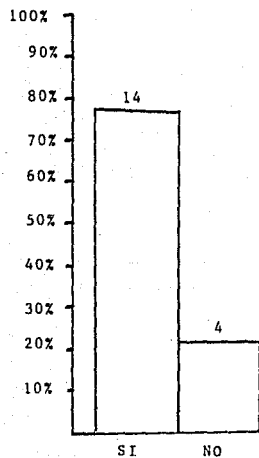
LA FAMILIA APOYA LAS DECISIONES DEL PACIENTE



GRAFICA 11

CASOS: 18

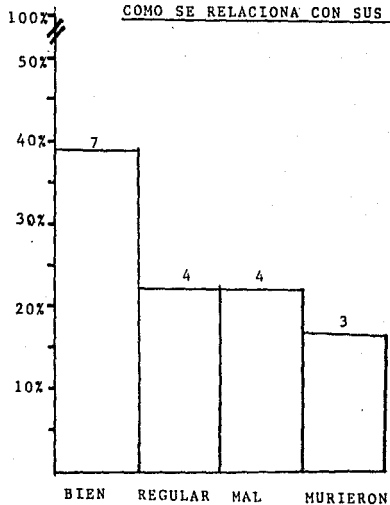
SU FAMILIA ESTA DE ACUERDO CON LO QUE HACE



GRAFICA 12

CASOS: 18

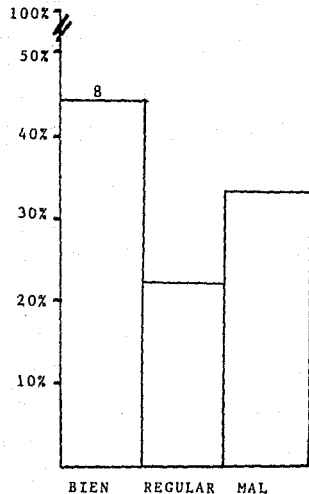
COMO SE RELACIONA CON SUS PADRES



GRAFICA 13

CASOS:18

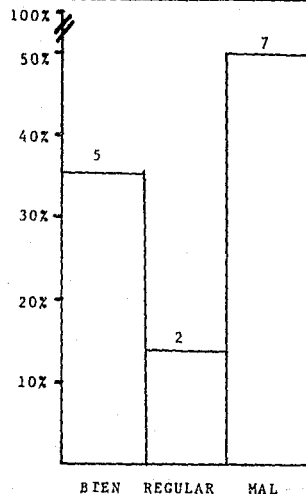
COMO ES LA RELACION CON SUS HERMANOS



GRAFICA 14

CASOS:14*

COMO ES LA RELACION CON SU ESPOSO (A)

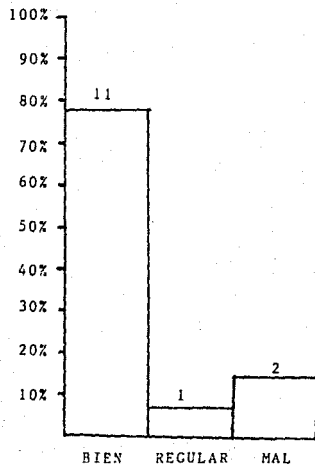


* 4 SOLTEROS

GRAFICA 15

CASOS: 14*

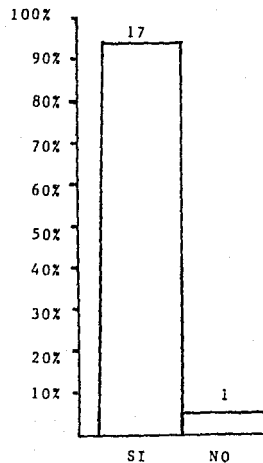
COMO ES LA RELACION CON SUS HIJOS



GRAFICA 16

CASOS: 18

LA FAMILIA SE PREOCUPA CUANDO SE ENFERMA

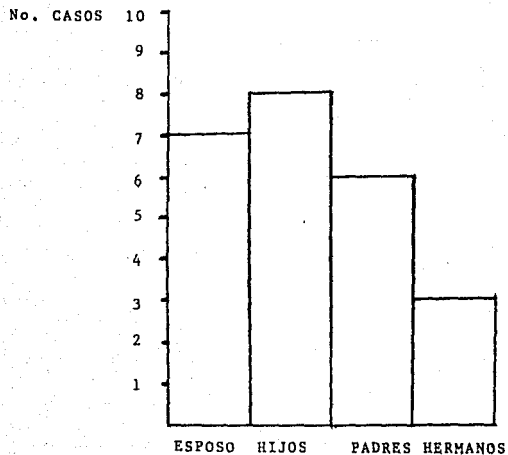


*4 SOLTEROS

GRAFICA 17

CASOS: 18

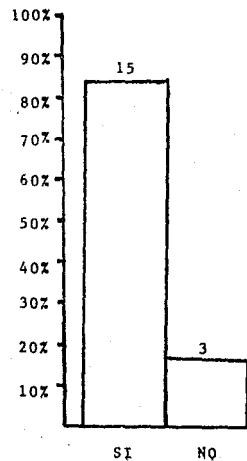
LE PIDEN OPINION AL PACIENTE



GRAFICA 18

CASOS: 18

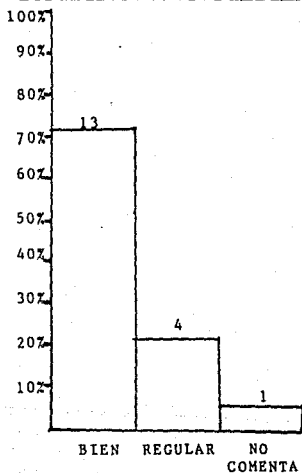
CUMPLE CON SUS OBLIGACIONES EN EL HOGAR



GRAFICA 19

CASOS: 18

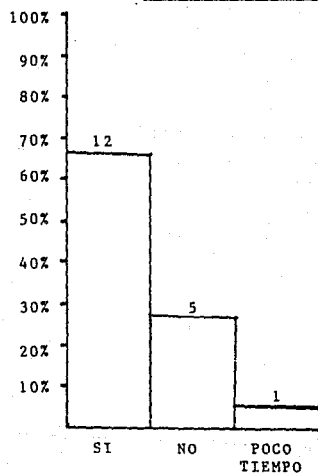
COMO SE SENTIO DESPUES DE HABER SIDO DADO DE ALTA
DEL HOSPITAL CON SU FAMILIA



GRAFICA 20

CASOS: 18

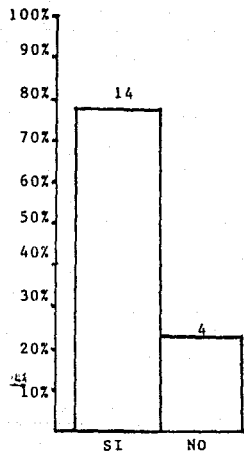
REGRESO A SU ACTIVIDAD LABORAL DESPUES DE SER
EGRESO DEL HOSPITAL



GRAFICA 21

CASOS:18

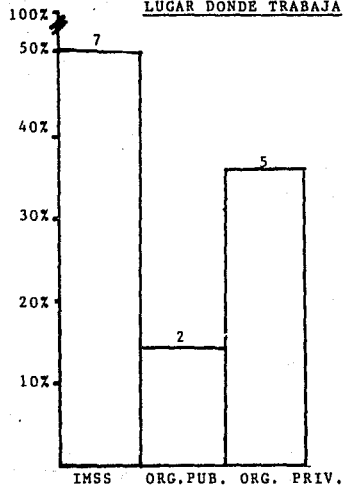
TRABAJA ACTUALMENTE



GRAFICA 22

CASOS:14*

LUGAR DONDE TRABAJA

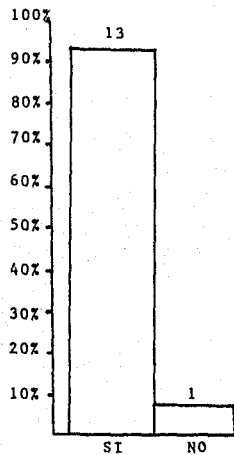


*4 NO TRABAJAN

GRÁFICA 23

CASOS: 14

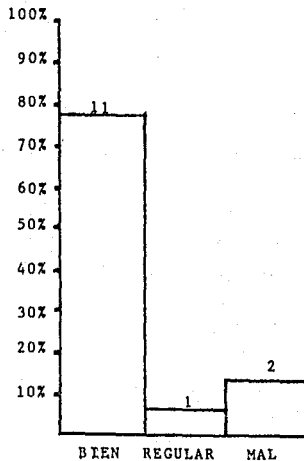
LE GUSTA SU TRABAJO



GRÁFICA 24

CASOS: 14

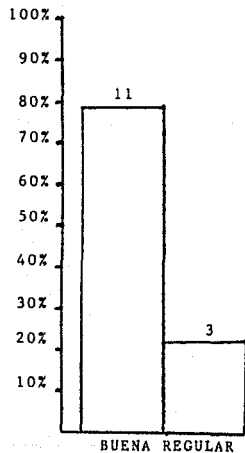
COMO ES LA RELACION CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO



GRAFICA 25

CASOS: 14

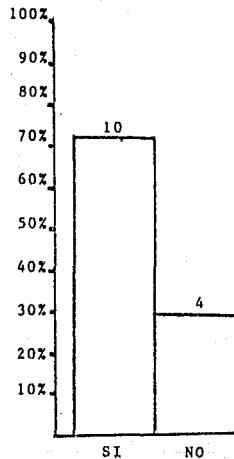
COMO ES LA RELACION CON SU JEFE



GRAFICA 26

CASOS: 14

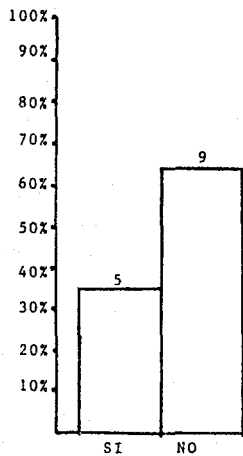
TIENE AMIGOS EN SU TRABAJO



GRAFICA 27

CASOS: 14

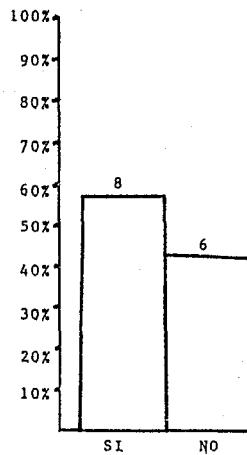
ASISTE A REUNIONES CON SUS AMIGOS



GRAFICA 28

CASOS: 14

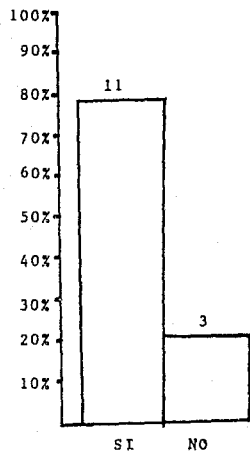
PLATICA CON SU JEFE



GRAFICA 29

CASOS: 14

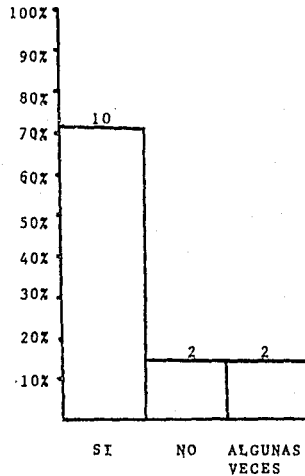
EN LAS REUNIONES DE TRABAJO PARTICIPA CON SU OPINION



GRAFICA 30

CASOS: 14

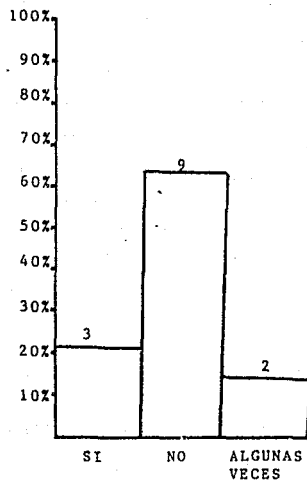
TOMAN EN CUENTA SU OPINION



GRAFICA 31

CASOS: 14

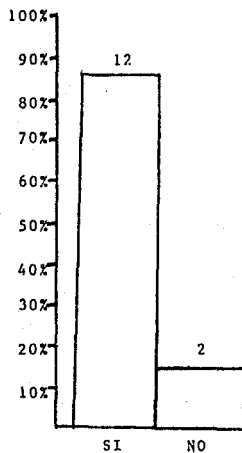
CUENTAN CON EL PACIENTE PARA ORGANIZAR ALGUNA FIESTA O REUNION



GRAFICA 32

CASOS: 14

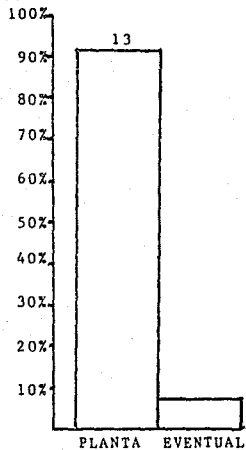
TODOS AYUDAN A RESOLVER LOS PROBLEMAS EN EL TRABAJO



GRAFICA 33

CASOS: 14

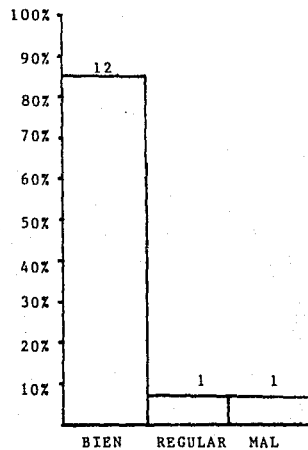
TIPO DE CONTRATO



GRAFICA 34

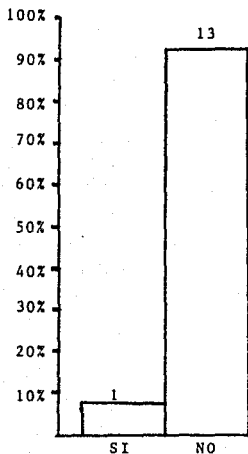
CASOS: 14

COMO LO TRATAN SUS COMPAÑEROS EN EL TRABAJO



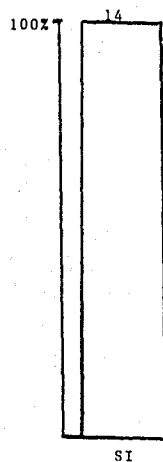
GRAFICA 35

CASOS: 14

LE TIENEN ALGUNAS CONSIDERACIONES EN SU TRABAJO

GRAFICA 36

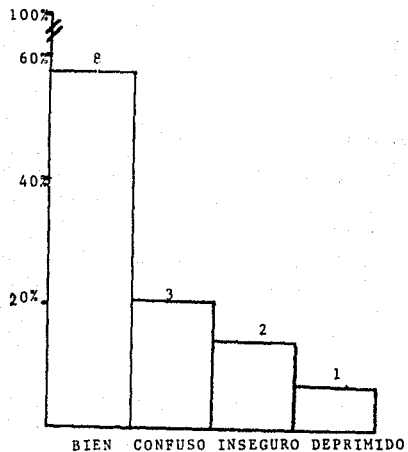
CASOS: 14

CUMPLE CON SUS OBLIGACIONES EN EL TRABAJO

GRAFICA 37

CASOS:14

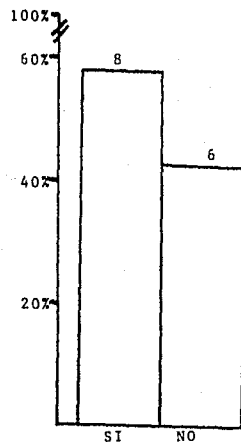
COMO SE SENTIO EN SU TRABAJO DESPUES DE HABER
EGRESADO DEL HOSPITAL



GRAFICA 38

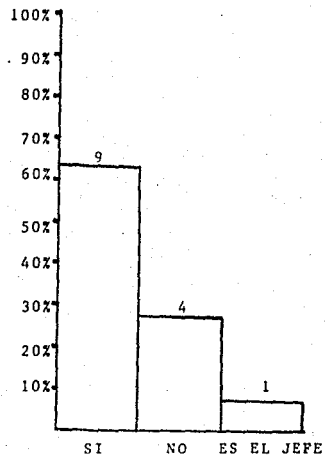
CASOS:14

LAS RELACIONES FUERON LAS MISMAS CON SUS COMPAÑEROS



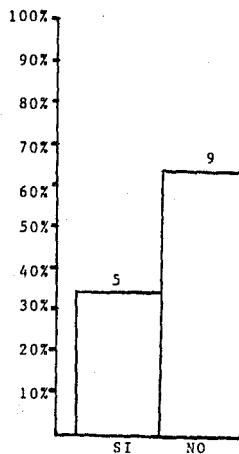
GRAFICA 39

CASOS: 14

LAS RELACIONES CON SU JEFE FUERON LAS MISMAS

GRAFICA 40

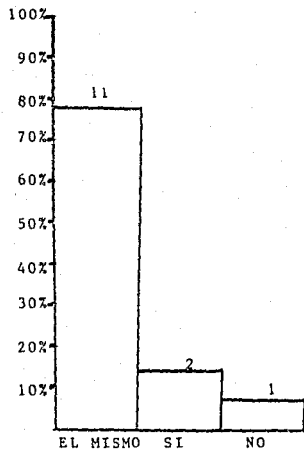
CASOS: 14

ES MAS EFICIENTE EN SU TRABAJO QUE ANTES DE ENFERMARSE

GRAFICA 41

CASOS: 14

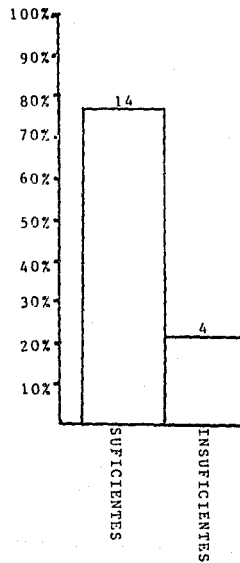
DESPUES DE HABER SALIDO DEL HOSPITAL FUE ASCENDIDO



GRAFICA 42

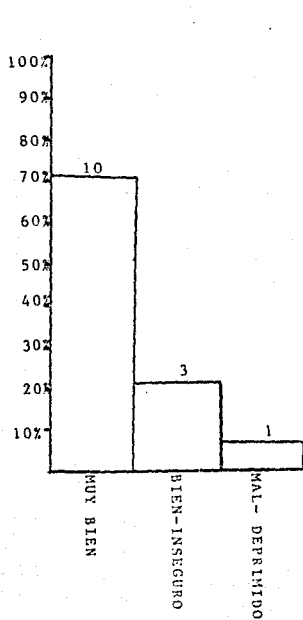
CASOS: 18

LOS INGRESOS ECONOMICOS SE CONSIDERAN
POR LA FAMILIA



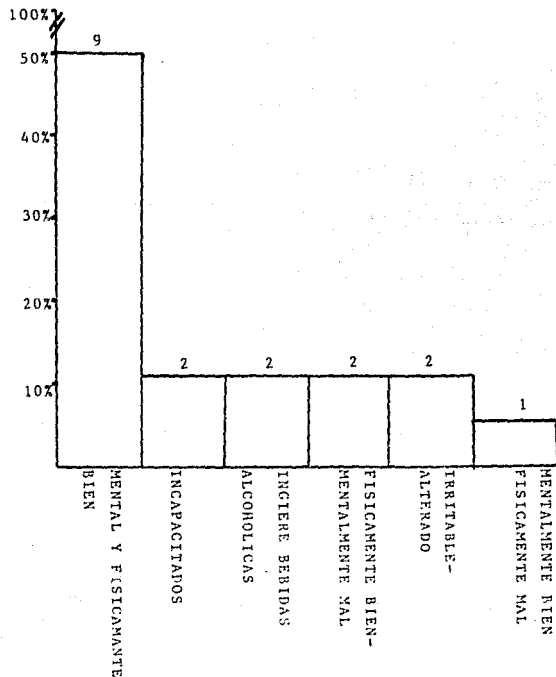
GRAFICA 43

CASOS: 14

COMO SE SIENTE ACTUALMENTE EN SU TRABAJO

GRAFICA 44

CASOS: 18

ESTADO DE SALUD ACTUAL

BIBLIOGRAFIA

1. Alistair Manro M.D. et.al.
Psiquiatría para Trabajadores Sociales
Ed. C.E.C.S.A., México 1975, 287p.
2. Berger M., Miltón.
Como Trabajar con Pacientes. Guía para Trabajar a las Perso
nas que llamamos Enfermos Mentales.
Ed. Concepto, México 1979, 249 p.
3. Berestein I.
Familia y Enfermedad Mental.
Ed. Paidós, México 1976, 185p.
4. Castellanos C. Mari.
Manual de Trabajo Social.
Ed. Prensa Médica Mexicana, México 1984, 220p.
5. Díazguajardo H.
Relaciones Humanas y Etica Laboral.
Ed. Guajardo, México 1983, 188p.
6. Dulanto Gutiérrez Enrique.
La Familia, Medio Propiciador o Inhibidor para el Crecimien
to y Desarrollo Humano.
Ed. Hospital Infantil de México, México 1984, 210p.
7. Engels, Federico.
El Papel del Trabajo en la Transformación del Mono en Hombre.
Ed. Quinto Sol, 4a. edición, México 1984, 25p.
8. ENTS - UNAM
Revista de Trabajo Social No.30
Abril-Junio 1987, 68p.

9. ENTS - UNAM

Revista de Trabajo Social No.32
Octubre-Diciembre 1987, 70p.

10. ENTS - UNAM

Revista de Trabajo Social No.37
Enero - Marzo 1989, 84p.

11. ENTS - UNAM

Guía General para: la elaboración de tesis y la presenta- -
ción del examen profesional, 25p.

12. Ezequiel Ander-Egg.

Diccionario de Trabajo Social.
Ed. ECRO, ILPH, Argentina 1974, 284p.

13. Gomezjara A. Francisco.

Sociología
Ed. Nueva Sología, México 1986, 472p.

14. Gomezjara Francisco.

Salud Comunitaria, Teoría y Técnica.
Ed. Porrúa, México 1983, 310p.

15. Hamilton Gordon.

Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casos.
Ed. La Prensa Mexicana, 2a. Edición, México 1980, 335p.

16. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Manual de Procedimiento para Trabajo Social.
Ed. I.M.S.S., México 1988, 69p.

17. Departamento de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico -
"San Fernando".
Programa General de Trabajo Social del Hospital Psiquiátri-
co "San Fernando".
Ed. I.M.S.S., México 1988, 150p.
18. Leñero Luis.
La Familia.
Ed. ANUIES, México 1970, 135p.
19. Leñero Luis.
Investigación de la Familia en México
Ed. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, 2a. Edición,
México 1971, 359p.
20. Ley Federal del Trabajo.
Editores Unidos Mexicanos.
México 1988, 366p.
21. Nathan W. Ackerman.
Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares.
Ed. Hormé, Argentina 1974, 430p.
22. Philips Salomon, et.al.
Tratado de Psiquiatría.
Ed. Manual Moderno, México 1972, 416p.
23. Richmond Ed. Mary.
Caso Social Individual.
Ed. Humanitas, Argentina 1970, 142p.
24. Saavedra. M. Alfredo, Dr.
Nuevo Libro de Trabajo Social.
Ed. Copyright., México 1977, 267p.

25. Sánchez Azcona, Jorge.
Familia y Sociedad.
Ed. Cuadernos Joaquín Mortis, 3a.Edición, México 1970, 98p.
26. Sánchez Rosado, Manuel.
Elementos de Salud Pública.
Ed. Francisco Méndez Cercantes, México 1983, 312p.
27. Satir, Virginia.
Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar.
Ed. PAX-México, México 1980, 226p.
28. Secretaría de Salud.
Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Salud.
Ed. Sub-Secretaría de Servicios de Salud, México 1987, 56p.
29. Secretaría de Salud.
Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Atención
de Atención Médica de Hospitales Psiquiátricos.
Ed. Sub-Secretaría de Servicios de Salud. México 1987.
30. Smirnov Leontiev, et.al.
Psicología.
Ed. Grijalbo S.A., México 1982, 571p.
31. Walter A. Friedlander.
Dinámica de Trabajo Social.
Ed. PAX-México, México 1981, 607p.
32. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Ed. Porrúa, 82a. edición, México 1987, 126p.