

883129

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

6



ESCUELA DE LICENCIATURA
EN TRABAJO SOCIAL

"IN-VIA"

REG. 8831-29

El papel de la Familia
en el Reingreso de Usuarios
A g u d o s .
Hospital Dr. Rafael Serrano en
la Ciudad de Puebla

TRABAJO PROFESIONAL
Que para obtener el Título de:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P r e s e n t a :
Diana Osorio Limón

PUEBLA, PUE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

Dios:

Gracias por enviarme al lugar en el que estoy, por que me haz dado el amor de unos padres, la complicidad de unos hermanos, la experiencia maravillosa de ser madre y la oportunidad de estudiar una hermosa carrera profesional.

A MIS PADRES:

A quienes amo profundamente no solo por el apoyo incondicional que me han dado en esta y todas las etapas de mi vida, los amo por la vida, los valores morales y por la mejor de las herencias que un padre puede dar a un hijo: la educación.

A NADIA:

Quien con el solo hecho de estar a mi lado me ha enseñado la más valiosa de las lecciones desde su llegada a mi vida: el amor...

A MIS HERMANOS:

Rosy, Angélica, Paco, Héctor, Arturo, Fernando por todas las experiencias que vivimos mientras nos divertíamos creciendo, y que compartimos con nuestros primos: Javier, Mónica, Paulina, Karina, Iván, a todos ustedes los quiero y agradezco todos esos momentos especiales en nuestra vida.

A mis abuelitos:

Carmelita. Papi, Mami a quienes no tengo las palabras suficientes para agradecerles la niñez maravillosa que nos dieron... los quiero y extraño.

A Gudelia, por mostrarme lo dulce y amorosa que eres... Te quiero.

A MIS COMPAÑEROS:

Gracias por el apoyo que me brindaron durante nuestros años de estudio, por compartir preocupaciones, anhelos, metas, diversiones y algo en común que todos tenemos: la Licenciatura en Trabajo Social.

A LA ESCUELA DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL:

Que no la forma un edificio frío, es la calidez de nuestras directoras, la experiencia de la Srita. María Auxilio, las enseñanzas de todos y cada uno de nuestros maestros quienes no solo compartieron conocimientos, también nos brindaron su cariño. A todos, gracias por el apoyo que siempre me han brindado y con el cual he logrado terminar mi carrera profesional, siendo para mí, la mejor de las enseñanzas.

GRACIAS A:

*Lic. en T.S. Lourdes Rojas Márquez,
Lic. en T.S. Josefina Rodríguez Tapia,
T.S. Guadalupe Valdés,
T.S. Lidia Santiago,
Dra. Virginia Del Valle Meléndez.
Por haber influido en mi formación profesional.*

Con admiración y respeto.

DIANA OSORIO LIMÓN.

CONTENIDO TEMÁTICO.

CONTENIDO TEMÁTICO	1
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A TRAVÉS DE LOS SIGLOS	6
1.1 FRANCIA	6
1.1.1. SIGLO XVII	6
1.1.2 SIGLO XVIII	7
1.1.3 SIGLO XIX	9
1.1.4 SIGLO XX	11
1.2 ALEMANIA	13
1.2.1 LOS PSIQUISTAS	13
1.2.2 LOS SOMATISTAS	14
1.2.3 LA PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA	14
1.2.4 LA PSIQUIATRÍA DEL CREBRO	14
1.2.5 ESCULA CLÍNICA	15
1.3 MÉXICO	16
1.3.1 LA MEDICINA PRIMITIVA	16
1.3.2 SIGLO XVI	17
1.3.3 SIGLO XIX	20
1.3.4 SIGLO XX	22
1.3.4.1 LA ENSEÑANZA PSIQUIÁTRICA	22
1.3.4.2 FUNDACIONES HOSPITALARIAS	23
1.4 PUEBLA	25
1.4.1 SIGLO XVI	25
1.4.2 SIGLO XIX	26
1.4.3 SIGLO XX	27
CAPITULO II LA POLÍTICA DE SALUD ANTE LAS ENFERMEDADES MENTALES	29
2.1 POLÍTICA DE SALUD DE 1983-2000.	29
2.1.1 MIGUEL DE LA MADRID HURTADO	29
2.1.2 CARLOS SALINAS DE GORTARI	31
2.1.3 ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN	32
2.2 LA POLÍTICA DE SALUD	35
2.3 INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS HUMANOS	45
2.3.1 INFRAESTRUCTURA EN PUEBLA	49
2.3.2 EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO	50

2.3.3	COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN EL ESTADO DE PUEBLA	52
2.4	LOS TRASTORNOS MENTALES EN MÉXICO	66
2.4.1	ENFERMEDADES MENTALES EN MÉXICO	67
2.4.2	ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS	68
2.4.3	TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD	69
2.4.4	TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	70
2.4.5	CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA	71
2.4.6	TRASTORNO DISOCIATIVO	71
2.4.7	ALTERACIONES DE LAS RELACIONES SOCIALES	72
2.4.8	TRASTORNOS ADAPTATIVOS	72
2.4.9	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	72
2.4.10	PROBLEMAS PARA EXPRESAR LA AGRESIVIDAD	73
2.4.11	TRASTORNOS COGNOSCITIVOS	74
	2.4.11.1 DELIRIUM	74
	2.4.11.2 DEMENCIA	75
	2.4.11.3 TRASTORNOS AMNÉSICOS	75
2.4.12	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	76
	2.4.12.1 ANOREXIA NERVIOSA	76
	2.4.12.2 BULIMIA NERVIOSA	76
2.4.13	TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	77
2.4.14	COSTOS DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS	79
CAPÍTULO III ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE CASOS DE USUARIOS AGUDOS DEL HOSPITAL DR. RAFAEL SERRANO		83
3.1	SITUACIÓN ACTUAL DE LOS USUARIOS PSIQUIÁTRICOS AGUDOS DEL HOSPITAL DR. RAFAEL SERRANO	83
3.1.1	METODOLOGÍA	83
3.1.2	SURGIMIENTO DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO EN MÉXICO	93
3.1.3	DERECHOS HUMANOS Y RESPETO A LA DIGNIDAD DE USUARIOS PSIQUIÁTRICOS	94
3.2	TRABAJO SOCIAL Y LA FAMILIA	97
3.3	TRABAJO SOCIAL Y EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	104
3.3.1	ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL	105
3.3.2	ACTIVIDADES DEL PSIQUIATRA	107
3.3.3	ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA PSIQUIÁTRICA	108
CAPÍTULO IV PROPUESTA DE ATENCIÓN PARA LA NO REINCIDENCIA HOSPITALARIA		112
4.1	INTRODUCCIÓN	112

4.2 JUSTIFICACIÓN	112
4.3 OBJETIVOS	114
4.3.1 OBJETIVO GENERAL	114
4.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	114
4.4 METAS	114
4.5 LIMITES	115
4.6 ACTIVIDADES	115
4.7 METODO	115
4.8 RECURSOS	115
4.8.1 HUMANOS	115
CONCLUSIONES	116
GLOSARIO	124
BIBLIOGRAFIA	132
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto pretende analizar los factores familiares, económicos, culturales y religiosos que influyen en el reingreso hospitalario de pacientes psiquiátricos agudos. Lo anterior se realizó a través del estudio diagnóstico de caso, entrevistando a 50 usuarios del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, al igual que a su familia y/o responsable legal. 50% de las entrevistas se realizó a población femenina y 50% a población masculina.

Además se ha hecho una revisión bibliográfica que nos da indicadores de este fenómeno. Así, se procesó esta información, que forman los 4 capítulos de este trabajo, en donde se abordará lo siguiente:

En el capítulo 1, se analizará la atención psiquiátrica a través de los siglos, abordando países que aportaron grandes beneficios a la psiquiatría y al trato más humano de los pacientes psiquiátricos. Los países que se abordarán son: Francia y Alemania en los siglos XVII, XVIII, XIX, XX; México Independiente en los siglos XIX y XX. Así mismo, la evolución psiquiátrica en Puebla.

En el capítulo 2 conoceremos la evolución económica de México, desde 1983 hasta el 2000. Esto con el objetivo de descubrir hasta qué punto ha influido la política económica y social en el reingreso hospitalario de pacientes psiquiátricos agudos. También se abordarán las Políticas de salud en México. Por último, abordaremos los tipos de enfermedades psiquiátricas en nuestro país y el particular en Puebla, mencionando las definiciones de estas; se investigará la situación económica de los pacientes psiquiátricos agudos del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, en las salas 2 y 3 que pertenecen a la población femenina y masculina respectivamente.

En el capítulo 3 se tratará la intervención de Trabajo Social en la atención de pacientes psiquiátricos, conociendo las actividades y funciones que el Trabajador Social debe desempeñar en las Instituciones psiquiátricas. Además, hay que abordar a Trabajo Social y su función con el enfermo mental, Trabajo Social y la familia del enfermo mental, trabajo social y el equipo interdisciplinario.

En el capítulo 4 se realizará una propuesta de atención para la no-reincidencia de usuarios psiquiátricos agudos del hospital Dr. Rafael Serrano, en donde se pondrá especial atención a la familia del usuario y al usuario mismo para brindar apoyo a los pacientes psiquiátricos agudos.

CAPÍTULO I

LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A TRAVÉS DE LOS SIGLOS.

1.1 FRANCIA.

1.1.1 SIGLO XVII.

En algunos países europeos existía un encierro de vagabundos en donde se les otorgaba asistencia, pero al mismo tiempo se les ponía a trabajar " casas de misericordia en España, hospitales generales de Roma, de Venecia, y Zuchthausem en Alemania, Dollhuis de Amsterdam, y WorkHouses en Inglaterra, son otras tantas casas en las que se asistiera a mendigos y vagabundos y en la que a los inválidos se les obligaba a trabajar" (1)

En París se funda el Hospital general en 1656 con el objeto de encerrar a una variada gama de individuos "ancianos, niños, tíficos, los sarnosos, los epilépticos y los enfermos" (2) Sin embargo, no se aceptaba a los que padecían alguna enfermedad venérea ni a los insanos para no contagiar a los demás enfermos ni física ni moralmente. Años más tarde en el reinado de Luis XIV se decretó una ley en donde serán admitidos los insanos pero dentro de los hospitales generales, no se contaba con toda la población de enfermos mentales debido a que se encontraban vagabundeando por las calles, es así que se arrestaron a todos estos.

Durante mucho tiempo, los enfermos mentales constituían una población reprimida y que recibía malos tratos por parte de los ciudadanos y de las autoridades de esa época ya que poco se hacía por el bienestar de esta población.

1 Postel, Jaques/ Quérel, Claude. Historia de la psiquiatría. México 1987. Ed. F.C.E. p. 103
2 Ibidem p. 103

1.1.2 SIGLO XVIII.

En 1767 bajo el reinado de Luis XV se crearon los asilos desplazando a los hospitales generales. Es así como los asilos constituyen un papel importante para el encierro de los indigentes, que a diferencia de los otros en los asilos se les daba tratamiento para la época resultó adecuado para las distintas enfermedad que padecían. Para la hospitalización de mujeres se creó El Salpetriere y para los hombres El Bicetre.

En este siglo nace una corriente en Francia: la filantropía que se caracteriza "por una repugnancia innata a ver sufrir a un semejante (Rousseau)" (3). Este movimiento comenzó bajo el reinado de Luis XV, en donde se contempló también otros aspectos como la miseria, la cual debe ser tomada con mayor cuidado por el rey. "La miseria es hija del estado social, la sociedad debe reparar el mal del que es causa y el gobierno no debe abandonar el cuidado de la asistencia a la caridad pública o privada". (4)

Así, comienza una reorganización hospitalaria, clasificación a los locos en salas especiales y con un tratamiento específico. Es esa época, la clasificación de las enfermedades mentales eran: imbéciles, locos violentos, tranquilos. Más adelante, "en 1765 Charles Lorry clasifica en frenesí. Manía, melancolía, e imbecilidad" (5)

Con el movimiento filantrópico, surgen los asilos terapéuticos creados por los doctores y filósofos Philippe Pinel y Jean Etienne Dominique Esquirol. Estos lugares debían tener

3 Ibidem p. 109.

4 Ibidem p. 109.

5 Ibidem p. 110-111

ciertas características para que los enfermos estuvieran tranquilos. El lugar debía ser sano, limpio, con aire puro y lugares en donde los enfermos pudieran salir a pasear.

Por todas las aportaciones que hizo Philippe Pinel se considera que la psiquiatría moderna comienza con sus reformas. Con las modificaciones que realizó como el liberar a los enfermos de las cadenas con las que eran atados en los hospitales, mayor libertad de salir de sus celdas, entre otras cosas " pero dentro de un orden fijo, estricto y sin perturbaciones externas" (6) con lo anterior, se tuvieron resultados positivos en los pacientes y así "los pacientes ya no eran tan agresivos y su manejo fue más fácil" (7)

El discípulo de Pinel, Jean Etienne Dominique Esquirol continúa con la labor del anterior constituyendo otros hospitales en el país. Dentro de los asilos terapeutas había tres características importantes:

1. "Separación entre sí de las secciones (que aumentaba por los patios centrales que había entre las dos alas reservadas a cada sexo.
2. Existencia de una galería que unía al conjunto de las secciones y daba el asilo unidad y funcionamiento.
3. Disposición original de la sección" (8)

Al mismo tiempo, las instituciones religiosas nuevamente se dedicaron al cuidado de los enfermos mentales prestando su servicio privados, siendo principalmente tres ordenes que se dedicaron a esta labor: El Salvador, San Juan de Dios, Santa María de la Asunción.

6 Dornier, Kaus. Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría. España. 1989. Ed. Taurus p. 201.

7 Ibidem p. 202.

8 Postel, Jaques/ Quétel, Claude. Historia de la psiquiatría. México. 1987. Ed. F.C.E. p. 313.

1.1.3 SIGLO XIX.

Durante la guerra francesa en 1838, expide una ley Louis- Phillippe quien es influido por Pinel y Jean Etienne Dominique Esquirol que protegía a los alienados nombre que se les daba a los enfermos mentales en esa época) y en que "los sanos indigentes serían mantenidos en el sucesivo por cuenta del departamento, con ayuda de la comuna de su procedencia" (9)

En el mandato de Napoleón III, en 1839 que se reglamento el funcionamiento de las instituciones publicas y privadas destinadas al cuidado de los alienados, comenzando el interés por desalojar a los enfermos de aquellos asilos y cárceles viejas, las cuales no contaban con los servicios necesarios para proporcionarles lo que necesitaban. Es en 1857 que esta ley se lleva acabo pero a lo largo del siglo XIX se tuvieron que realizar cambios administrativos renovándola constantemente.

Durante este siglo, nace el somatismo iniciando con Esquirol, cabe hacer mención que no todos los médicos que pertenecían a esta corriente eran psiquiatras. "Para ellos la irracionalidad de la locura era teórica mente una enfermedad que ya se concebía o que se concebiría en el futuro como material y la cuestión de los locos, lo mismo que la de la sociedad, era prácticamente más un asunto de organización material que dedicación del corazón" (10) Dentro de esta corriente destacan los siguientes personajes:

Francisco José Gall, fisiólogo francés, quien desarrolló sus teorías en París y gracias a estas se dio el principio de la neurología, realizando grandes contribuciones a la anatomía del cerebro. "El método de Gall exigía a demás que se profundizase en las particularidades de cada individuo para compararlas con las observaciones craneológicas y llegar así a un

9 *Ibíd*em p. 313.

10 Dornier, Kaus. Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría, España. 1989. Ed. Taurus. p. 220.

diagnóstico de carácter, lo cual contribuye decisivamente a un tratamiento de los locos más individualizados y humano" (11)

Otro representante importante de esta corriente es el médico Broussais, fundador de la escuela psicológica quien consideraba a la locura como una lesión cerebral sin concebir que la locura es por una lesión estructural: "irritación funcional-inflamatoria de órgano del instinto y de la inteligencia, es decir, de un cerebro concebido frenológicamente, antes que derivarse en lesión estructural" (12) Broussais afirmaba que se podía intervenir para prevenir a la locura a través de "procedimientos físicos, morales e intelectuales en la locura y aun en su predisposición hereditaria" (13)

A.L.J. Bayle, médico francés que descubrió a través de seis observaciones que algunas formas de locura eran por causas anatómicas "una inflamación crónica patológica de una membrana cerebral" (14) Realizó una descripción clásica de la demencia paralítica, y fue llamada durante mucho tiempo enfermedad de Bayle, con este médico, el somatismo relativamente concluyo.

Por primera vez se consideran hereditarias algunos padecimientos mentales ya que el psiquiatra Benedic A. Morel, quien describió la demencia precoz y el psiquiatra Magnam, indican que las enfermedades mentales eran por una tendencia degenerativa transmitida por herencia con mayor índice en los pacientes alcohólicos.

11 Ibidem p. 223.

12 Ibidem p. 223.

13 Ibidem p. 223.

14 Postel, Jaques/ Quétel, Claude. Historia de la psiquiatría. México 1987. Ed F.C.E p. 679

1.1.4 EL SIGLO XX.

A partir de 1920 nace una nueva etapa en la psiquiatría, separándose el alienismo de esta, y conectando puentes y alianzas con otras ciencias como la neurología, la medicina, el principio de la psicología y la medicina somática. Esta alianza ha contribuido favorablemente a la atención de enfermos mentales.

Durante este siglo, un personaje importante convoca a los alienistas para que se incorporen a la medicina y salgan de los asilos, esto a través de la revista L'éncéphale. Este personaje es Ballet, además, Kraepelin, Bleuler, son grandes colaboradores de conceptos básicos de la psiquiatría.

Emil Kraepelin, quien tenía la especialización de psiquiatra, escribió "Tratado de Psiquiatría" en 1883, al igual que su obra "Tratado" en 1899 en las cuales se encuentran conceptos como demencia precoz agrupándolas en catatonía hebefrenias y paranoide, además del concepto de psicosis maniaco depresiva. Este personaje, quien fuera propulsor de la moderna clasificación de la patología mental, aunque pertenece al siglo XIX, sus conceptos influyeron para desarrollar a la psiquiatría del siglo XX.

Otro personaje importante de este siglo es el psiquiatra Eugenene Bleule que a través de la observación clínica rigurosa y prolongada de los enfermos en los asilos donde estuvo trabajando realizó la síntesis de una psiquiatría tradicional. Este personaje propuso el término esquizofrenia para sustituir el de demencia precoz.

Antes de la segunda guerra mundial, se desarrollan cuatro tratamientos que contribuyeron a la recuperación de pacientes psiquiátricos: la primera fue la malorioterapia del psiquiatra Jauregg, otra de estas fue el aplicar grandes dosis de insulina con el fin de inducir comas en los pacientes esquizofrénicos, esto es en la década de los años treinta y lo realiza el psiquiatra ManFred Skel. La otra fue en 1936 por el neurólogo Egas Moniz

que era la psicocirugía y por último la terapia electroconvulsiva para los pacientes depresivos en 1938 y fue una aportación del psiquiatra Cerletti Bini.

Terminada la segunda guerra mundial los franceses se dieron cuenta que muchos enfermos mentales fueron muertos con gas e incinerados, otros tantos murieron de hambre. Por este motivo se despertó la preocupación de profesionales involucrados en el área de la psiquiatría como Basivet, Tosquelle, Bnnafé, Chaurand y Franz Fanon que se dedicaron a la reestructuración de los asilos "sobre la comunidad", introducción de relaciones sociales creación de talleres cooperativistas administrados por enfermos, y psicoterapia de grupos, formación profesional de enfermos, etc." (15)

A este movimiento se le llamo psicoterapia institucional. Esta corriente fue positiva para la psiquiatría ya que por primera vez, se involucra a la comunidad para la recuperación de pacientes y estos son capacitados para que se involucren con la comunidad.

1.2. ALEMANIA.

La psiquiatría en este país se divide en varias etapas: los psiquistas, los somatistas, la psiquiatría universitaria, la psiquiatría del cerebro y la escuela clínica. Estas corrientes de pensamiento han influido para la construcción de la psiquiatría en el mundo.

1.2.1 LOS PSIQUISAS.

Los personajes más representativos de esta corriente son J.J Langermann, J. Ch. Reil, médico y anatomista y el médico J. Ch. Heinroth quienes lucharon por que los enfermos mentales recibieran un trato humanista. Por esto, bajo el reinado del rey Guillermo I, " los monarcas construyeron escuelas y talleres para criminales, los asociales y los enfermos mentales. Ya a mediados del siglo XIX se crearon casas para locos, creadas para cuidar melancólicos, cretinos, maniacos y furiosos. Tiempo después estas casas sirven como lugares de investigación científica, y se construyeron hospitales para enfermos mentales" (16)

Entre 1800 y 1899 se crearon varios hospitales públicos en donde estos establecimientos servían para el internamiento permanente y el cuidado de enfermos ya que no tenían curación y otra sección para enfermos que se podían curar permaneciendo poco tiempo hospitalizados.

El tratamiento que se les brindaba en estos hospitales era " trasladar al enfermo psíquico a un medio natural, armonioso e idílico" (17) El objetivo de los hospitales era que el paciente se desarrollara en un medio natural y para esto fueron construidos fuera de las ciudades ya que consideraban a las enfermedades propias del alma.

16 CFR. Ibidem p. 186.

17 Ibidem p. 187.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2.2 LOS SOMATISTAS.

Alemania también es influida por los conceptos de la corriente somática iniciada por Esquirol en Francia en el siglo XIX. Entre los somatistas alemanes encontramos a H. Damerow, K. Fleming y el neurólogo Ch. Roller "que se interesaban, particularmente en las modificaciones corporales observables en los enfermos mentales" (18)

1.2.3 LA PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA.

Esta nació con la psiquiatría clínica moderna con el neurólogo W. Griesinger, quien publicó "Patología y Terapia de las enfermedades psíquicas" (19), viendo a la locura como constituida por diferentes estados cerebrales que formaban un complejo de síntomas. A Griesinger se le considera el fundador de la Neuropsiquiatría.

1.2.4 LA PSIQUIATRÍA DEL CEREBRO.

Esta corriente de pensamiento, "se ocupó esencialmente de las afasias y crearon un esquema de los trastornos psiquiátricos conforme al modelo de aquéllas" (20) es decir, se encargaron de estudiar el trastorno del lenguaje. Esta psiquiatría del cerebro fue representada por el psiquiatra Th. Meynert y el neurólogo y psiquiatra C. Wernicke.

18 Ibidem p. 189.

19 CFR. Ibidem p. 190.

20 CFR. Ibidem p. 190.

1.2.5 ESCUELA CLÍNICA.

Sus principales precursores fueron: el psiquiatra Snell, quien indica que además de la manía y la melancolía existe un tercera enfermedad. El psiquiatra K. Kahlbaum, clasifica a la catatonía como enfermedad. E. Hecker y E. Kraepelin quien tuvo una formación en psiquiatría, anatomía del cerebro y psicofisiología. Esta escuela mantuvo gran interés por investigar la evolución de las enfermedades mediante la observación del conjunto de su curso.

Este último fundó y se encarga en 1922 el Instituto de Investigaciones Psíquicas y realiza un manual de psiquiatría en 1927 culminando con esto el desarrollo de la psiquiatría alemana. En esta escuela " trataron de aislar los tipos de enfermedad mediante la observación del conjunto de su curso" (21) Así, se distinguen los tipos de enfermedad de acuerdo a las características observables de cada una de estas.

21 Ibidem p. 191.

1.3. MÉXICO.

En México, la medicina ha evolucionado más lentamente que en otras partes del mundo como en Francia o Alemania. Estos países han sido influyentes en nuestro país, sin embargo México se ha caracterizado por la mezcla de culturas prehispánicas con europeas. En época prehispánica, antes de la llegada de los españoles, se tenían ciertos tratamientos a base de la medicina herbolaria y cuando llegan los españoles se les impone de alguna forma sus tratamientos; con esto se hizo una fusión de culturas que hasta la fecha perdura.

1.3.1 LA MEDICINA PRIMITIVA.

La medicina practicada en el México antiguo fue empírica y mágica, a esta se le consideraba como un oficio que se transmitía de generación en generación. Los médicos prehispánicos se basaron en la observación, el estudio y la experimentación para explicar los fenómenos que se les presentaba.

Para toda enfermedad los médicos prehispánicos tenían su teoría de lo que la provocaba. "A la locura se le atribuía a que el enfermo había tomado tolatzín o toloache y distinguían dos formas de locura tlahuillicayotl ó locura grave y xolopiyotl ó locura discreta, a la epilepsia la llamaban huapahualiztli y al temblor viuxcayotl" (22)

Cuando llegan los españoles a tierras aztecas su conquista dentro de la medicina se transmite a través de " los sentimientos cristianos de piedad, caridad, abnegación y amor al prójimo" (23) en donde no existía un tratamiento específico para cada enfermedad y sólo era asistido por caridad o abandonado a su suerte.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

22 Hayward, John A. Historia de la medicina, México. 1998. Ed. F.C.E. p. 5
23 Ibidem p. 261

1.3.2 SIGLO XVI.

Durante el Virreinato, la medicina era ejercida por cualquier persona que estuviere preparada o no. En 1525, los Ayuntamientos de cada población, retomando el caso de la capital novo hispana dictaminaron que solamente las personas que demostraran su capacidad podían ejercer la disposición médica.

"El primer hospital en América fue el hospital de la Purísima Concepción ó Nuestra Señora, después fue llamado Hospital del Marques ú Hospital de Jesús de Nazareno actualmente llamado Hospital de Jesús. Aquí se atendían a indios y españoles. Este hospital se edificó a petición de Hernán Cortés como un acto de beneficencia, esto en 1524." (24)

Durante todo el Virreinato, se construyeron hospitales a lo largo de la Nueva España, debido a varias epidemias como la viruela, el sarampión, la peste, la lepra que atacaban a la población nativa provocando en ellos destrucción y muerte, por lo que se construyen varios hospitales en la época de la colonia.

Algunos hospitales mexicanos albergaban a indios y españoles, pero otros solo a los europeos. Podemos mencionar a los siguientes hospitales en Puebla de esa época: de Huaxtepec, de San Lázaro, la Santísima, El Amor de Dios ó de la Bupas, San Cosme y San Damián.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Podemos señalar que se comenzaba a dar una preocupación de parte de las autoridades virreinales, en dotar a la población que padecía enfermedades mentales de un lugar donde se albergaran a estas personas, siendo el primero fundado en la capital para mediados del siglo XVI. "El primer hospital en albergar a enfermos mentales fue San Hipólito en 1567, fundado por Fray Bernardino de Alvarez que junto con su congregación Hermanos de la caridad, construyeron varios hospitales a lo largo del camino México Veracruz" (25) Algunos de estos hospitales fueron: Hospital de Santa Veracruz, Hospital Nuestra Sra. De Belem, Hospital Santa Fe, Hospital de San Pablo.

Fray Bernardino De Alvarez fundó la orden religiosa "Hermanos de la Caridad en 1589" (26) fue un personaje importante de la atención psiquiátrica mexicana ya que se preocupó por los enfermos mentales, quienes recibieron un trato humano en los lugares que fundó, ahí se les albergaba, se les alimentaba y cuidada. Algunos podían trabajar, pero no recibían tratamiento alguno.

Otra aportación importante fue la de José Sayago quien era carpintero y al igual que Fray Bernardino de Alvarez recogió a las pobres locas y las albergó en su casa. Pero no tenían ningún respaldo económico por lo que entregó su obra a una orden religiosa trasladando a las mujeres a un lugar más adecuado.

25 Martínez Marañón, Ricardo. El servicio hospitalario en Puebla. México 1986. Ed. HUP. p. 161.

26 *Ibidem* p. 55

Posteriormente, se hace cargo la congregación del Divino Salvador, instalando a las mujeres en un hospital ubicado en la calle de Canoa, esto en 1700. A este hospital se le denominó del Divino Salvador pero era mejor conocido como Canoa, que a mediados del siglo XIX fue considerado como modelo a los demás hospitales debido a que para la época, tenía una excelente atención a las enfermas. "Este hospital desaparece cuando se edifica el Hospital de la Castañeda en 1910 trasladando a las enfermas a este hospital." (27)

1.3.2 SIGLO XIX.

Durante este siglo, los médicos mexicanos se preocupan por conocer los avances médicos en el mundo. "En 1833 cuando, fue abolida la vieja universidad Real y Pontifica, se crea un nuevo plan de enseñanza para el país en el cual la medicina será impartida por un Establecimiento de Ciencias Médicas, inspirado en planes de estudio importados de Francia". (28)

Ejemplo de lo anterior es el Dr. Martínez del Río quien fue uno de los grandes impartidores de la medicina francesa, durante su vida realizó varios viajes por toda Europa y fue influido por los conceptos de Pinel. El Dr. Martínez de Río escribió "Establecimiento privado para la cura de locos en Vanues" (29) Con este escrito dio a conocer a los médicos mexicanos el concepto de enfermedad mental que tenían en Europa.

Algunos médicos mexicanos se preocupan por que la psiquiatría evolucione, tenemos el caso del "Dr. Labastida, director del Hospital de San Hipólito en aquella época, que en 1880 se ocupa por el problema social del alcoholismo; Dr. Luis Garrone y Peón se distinguieron por estudiar a los enfermos mentales; el Dr. Demetrio Mejía que en 1878 publica 2 tipos de histeria en hombres" (30)

Otro ejemplo de la iniciativa de los médicos mexicanos por publicar artículos de utilidad para el psiquiatría es el Dr. José Olvera que en 1870 se preocupó por los enfermos mentales reos" (31) por esto publica algunos artículos donde orienta a los médicos en caso de peritaje legal protegiendo con esto a los enfermos mentales privados de su libertad.

28 CFR. Somolinos, German. Historia de la psiquiatría en México. México. 1976. Ed. SEP. P. 134.

29 *Ibidem* p. 128

30 *Ibidem* p. 130-131

31 *Ibidem* p. 132

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La medicina mexicana no evoluciona en ese tiempo tanto como en Europa y sus aportaciones a la psiquiatría son escasas. El médico mexicano es altamente influido por los franceses y es hasta finales el siglo XIX y principios del siglo XX que la psiquiatría en México surge como especialidad de la medicina.

Durante los últimos 20 años de este siglo, algunos médicos como "Don Miguel Alvarado quien fuera Director del Hospital del Divino Salvador, publica un estudio sobre la epilepsia y posteriormente junto con el enfermero Ramírez Moreno impartieron clases en la Escuela de Medicina en unas clases llamadas de perfeccionamiento en donde se estudiaban algunas enfermedades mentales. Al igual que los doctores Juan Navarro, Luis Garione y Peón Contreras, quienes se distinguieron por estudiar las enfermedades mentales"(32)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3.3 SIGLO XX

1.3.3.1 LA ENSEÑANZA PSIQUIÁTRICA.

Durante este siglo, surgen personajes muy importantes para que la psiquiatría mexicana evolucione y se nota una preocupación por estos médicos para asociarse y prepararse para el beneficio de los enfermos psiquiátricos. Además de que surgen nuevas materias y escuelas para que la psiquiatría sea una rama especial de la medicina.

En 1920 la enseñanza de la psiquiatría en nuestro país cobró algún impulso con el Dr. José Meza Gutiérrez, quien impartió un curso en el sexto año de la carrera de medicina, con una materia no sujeta a examen, posteriormente esta asignatura se hizo obligatoria. A partir de 1924 los médicos pusieron un gran interés a la neurología, mejorando con esto la atención de las enfermedades mentales.

En la década de 1930, los médicos preocupados por establecer una normatividad para la enseñanza y la investigación dentro de la psiquiatría, fundan primero la "Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, en 1956 nacen dos instituciones dedicadas al psicoanálisis: Asociación Psicoanalítica Mexicana y la Sociedad Mexicana de Psicoanálisis; en 1966 se crea la Asociación Psiquiátrica Mexicana" (33)

Durante algunos años no se crean otras asociaciones, hasta " 1973 se crea el Consejo Mexicano de Psiquiatría con el objetivo principal de certificar quiénes han tenido un adiestramiento adecuado" (34) Actualmente la especialización de psiquiatría se imparte en diferentes universidades de la República Mexicana como: la Universidad Autónoma de México, Hospital Central Militar, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía,

33 CFR. Tegui, María Guillermo Javier. La psiquiatría en América Latina. Buenos Aires. 1990 Ed. Losada p. 144-146

34 CFR. *Ibidem* p. 146

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León y Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

1.3.3.2 FUNDACIONES HOSPITALARIAS.

Una obra importante de la psiquiatría en este siglo es la fundación del Manicomio General inaugurándose el 1° de septiembre de 1910. Este hospital se fundó en la ciudad de México, en la antigua hacienda de la Castañeda, nombre con el que también se le conoció. Aquí se alojaron a los enfermos mentales de otros hospitales que desaparecieron, como el Canoa y San Hipólito. En este manicomio se alojaban a enfermos mentales de ambos sexos y de bajos recursos económico.

"Entre 1912 y 1915 se construye el Hospital de Corozal en donde se unen la granja y el asilo de dementes beneficiándose a 525 pacientes" (35) En 1946 por primera vez se crea la Institución Psiquiátrica del Seguro Social al mismo tiempo que se funda un hospital psiquiátrico moderno por el Psiquiatra Samuel Ramírez Moreno siendo el Director de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1965 comienza una operación llamada La Castañeda teniendo como objetivo proteger las necesidades de la atención psiquiátrica sustituyendo el Manicomio General y se inició la construcción de otros hospitales en algunos estados de la República Mexicana como:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Hospital Fray Bernardino de Alvarez, en México D.F.
- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en México, D.F.
- Hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, en el D.F.
- Hospital Psiquiátrico Dr. José Sayago.
- Hospital Psiquiátrico Adolfo M. Nieto, en el estado de México.
- Hospital Granja La Salud Tlacolteot en el Estado de México
- Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, en Puebla.
- Hospital Fernando Ocaranza, en Hidalgo.
- Hospital Campestre Cruz del Norte en Hermosillo, Sonora.
- Hospital Granja Cruz del Sur , en Mantecón, Oaxaca.
- Hospital Granja Villa Hermosa.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1.4 PUEBLA

1.4.1 SIGLO XVI

El primer hospital fundado en esta ciudad fue "el Hospitalito ó San Juan de Letrán ó Nuestra Señora de la Limpia Concepción en 1538" (36) con este comienza la atención a pacientes con requerimientos médicos. Posteriormente bajo la orden de los Dominicos en 1563 se funda el Hospital de San Pablo ó de Los Indios dejando de funcionar a mediados del siglo XVII convirtiéndose en convento. "En 1563 se ocupa el Hospital de San Cosme y San Damián para las víctimas de la peste de ese año, después fue derribado por falta de recursos económicos, en 1581 se convirtió en hospicio para finalmente construirse la Iglesia de la Merced" (37)

Para el siglo XVI, se construyeron varios hospitales improvisados en casas particulares con la finalidad de atender a las víctimas de epidemias. Tenemos así que "en 1634, hubo una gran epidemia, y en el Barrio del Alto, en casas particulares se improvisan dos hospitales, solo se menciona el nombre de uno de ellos: Fray Sebastián de Aparicio. La orden de los Juaninos fundó el Hospital de San Juan de Dios ú Hospital de puebla, en el año de 1629 en donde solamente se atendían a hombres, Posteriormente fue cárcel" (38)

El primer hospital en albergar a enfermos mentales es impulsado por Fray Bernardino de Alvarez que sirvió para atender a los enfermos convalecientes del Hospital Nuestra Sra. Amor de Dios, "se funda en 1567 bajo la orden Hermanos de la Caridad viendo que nadie se ocupaba de los alienados y atrasados mentales, decide dedicar a ellos su fundación hospitalaria San Hipólito ó San Roque." (39)

36 Martínez Marañón, Ricardo. El servicio hospitalario en Puebla. 1531-1934. México. 1986 Ed. HUP. p. 31

37 *Ibidem* p. 41-42.

38 *Ibidem* p. 42.

39 *Ibidem* p. 53

Este hospital albergaba tanto a hombres como a mujeres hasta 1869 que se trasladó a los hombres al Ex Convento de Santa Rosa.

1.4.2 SIGLO XIX.

En los albores del 1800, las epidemias continuaron atacando a la población de esa época, así, en "1812 hubo una epidemia de tifo que atacó a la población fundándose el Hospital de San Francisco Javier bajo la orden religiosa de los Jesuitas" (40)

Unas de los primeros hospitales especializados fueron los que fundaron "en 1873 Don Luis Haro y Tamariz se preocupa por que hubiera un lugar especial para mujeres que dieran a luz fundándose la Casa de la Maternidad. El 5 de agosto de 1877, el Dr. Samuel Morales Pereyra y el Sr. Miguel Vargas fundaron un hospital para niños que funcionó hasta 1917 para después reincorporarse al Hospital General". (41) Estas dos fundaciones fueron las primeras en atención especializada para mujeres y niños.

Uno de los hospitales selectivos de la época es "la Sociedad Española de Beneficencia, inaugura en 1890 un sanatorio para atender a los españoles, en la actual 12 oriente 1407 trasladándose en Avenida 10 poniente 1900 en el año de 1909" (42) Este hospital ha perdurado hasta esta época, siendo uno de los más prestigiosos de Puebla.

40 Ibídem p. 39

41 Ibídem p. 195

42 Ibídem p. 196.

1.4.3 SIGLO XX.

Entre 1901 y 1902 se construye el Hospital del Corazón de Jesús para atender a enfermos reos. La segunda fundación psiquiátrica en Puebla fue fundada en 1910 bajo la orden de los Juaninos construyéndose en Cholula con el nombre de Nuestra Señora de Guadalupe "siendo el primer Director Facultativo del nuevo establecimiento el Dr. Rafael Serrano"(43) En 1917, debido a la Revolución, se decide mandar a los enfermos con su familia y se reciben nuevamente en 1920 y desde entonces esta institución brinda los servicios de consulta y hospitalización.

El 23 de julio de 1920, siendo Gobernador de Estado de Puebla, el General Rafael Ávila Camacho, un convento antiguo se condiciona para que funcione como hospital psiquiátrico para mujeres " teniendo capacidad para 110 enfermas, siendo dependiente de la Beneficencia Pública" (44)

En esta misma década, el Hospital General del Estado de Puebla Venustiano Carranza, actualmente Hospital Universitario, adapta dos pabellones para enfermos mentales del sexo masculino, que eran los que trasladaron al Ex Convento de Santa Rosa "pero no se tenía la atención necesaria ya que solamente un psiquiatra realizaba rondas ocasionales y una enfermera que laboraba de 8:00 a 3:00 hrs. Solamente había unos celadores que permanecían las 24 hrs. del día"(45). En 1945 es fundado el Hospital Nuestra

43 Rojas Márquez, María de Lourdes. El Trabajo Social ante los reingresos en un hospital psiquiátrico. México, 1981 p. 55.

44 Ibidem p. 51

45 CFR. Ibidem p. 56

Sra. De Lourdes en Cholula, para mujeres. Esta Institución es privada y es cuidada por la Orden de las Josefinas.

Posteriormente se construyó junto con otros hospitales campestres en la "Operación Castañeda", el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano bajo el Gobierno del Presidente Gustavo Díaz Ordaz ubicado en el Km 7.5 de la carretera a Valsequillo en la antigua Hacienda el Batán (que significa nido de víboras) para enfermos psiquiátricos de ambos sexos.

Las actividades de este hospital iniciaron el 17 de abril de 1967, contando con 210 empleados para los servicios generales, desde que inició se contó con médicos residente y con pasantes de medicina de servicio social.

El 6 de julio de 1967, se inicia el traslado de pacientes del Manicomio General La Castañeda a este hospital, llegando el 29 de noviembre de 1967 los últimos pacientes. El 1° de diciembre de 1982 queda oficialmente inaugurado este hospital, por el Lic. Gustavo Díaz Ordaz y en febrero de 1983 se lleva a cabo la entrega simbólica de este hospital.

Este hospital lleva el nombre del Dr. Rafael Serrano quien fue originario del Estado de Puebla, escribió varios artículos relacionados con la psiquiatría, fue profesor y director del Colegio del Estado, así como también fue Director de la Escuela Normal y de los Manicomios San Roque y el de Cholula. También obtuvo la Palma de Oro en psiquiatría por las aportaciones científicas y el trato humanista a los pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II LA POLÍTICA DE SALUD ANTE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN MÉXICO.

2.1 POLÍTICA DE SALUD DE 1983- 2000.

2.1.1 MIGUEL DE LA MADRID HURTADO

Las carencias de servicios de asistencia social, se reflejan en la desnutrición, en la falta de oportunidad educativa, laboral y de recreación para las personas discapacitadas física y mentalmente, por este motivo, en el periodo presidencial de 1983-1989, del gobierno de Miguel De La Madrid, propuso en materia de salud que esta mejore, no solamente como resultado automático del crecimiento económico, sino que se adoptaran los medios que hicieran posible la presentación de este servicio a toda la población con los niveles de calidad deseados.

De acuerdo con lo anterior, en este periodo presidencial, "se descentralizaron 19 hospitales pertenecientes a la red federal y 8 unidades psiquiátricas" (46) la descentralización y las transformaciones que se hicieron como parte de las reformas del sector salud, fueron parte de una estrategia para privatizar los servicios públicos de salud.

La descentralización de estas instituciones, se hicieron por que "los esfuerzos desarrollados para disminuir los daños y riesgos que afectan la salud de la población, se han visto limitados particularmente por la ausencia de una entidad rectora que coordina las acciones de las instituciones públicas asistenciales y de seguridad social, así como las que realizan los sectores privado y social." (47)

46 Plan Nacional de Desarrollo. 1983-1988 Poder Ejecutivo Federal, México S.H.C.P. p. 245

47 *Ibíd*em p. 243.

El propósito de la política social en materia de salud en el sexenio de Miguel de La Madrid, va dirigido hacia la prevención, capacitación e información a la población en general para que esta se responsabilice de su salud y acuda a las instituciones destinadas a prestar este servicio para que se atienda oportunamente, logrando una cobertura nacional de estos servicios que garanticen un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país, además con la prevención se mejore el nivel de salud de la población particularmente de los sectores urbanos y rezagados con especial preocupación a los grupos vulnerables.

Esta política social es muy general, no pone énfasis en programas específicos que atiendan a la población que padece alguna enfermedad mental, ya que aunque se puede informar a la población sobre estos padecimientos, las enfermedades mentales no son enfermedades que se puedan prevenir como las enfermedades crónico degenerativas, o las enfermedades de transmisión sexual, es así que llegamos a la conclusión de que en este período de 1983-1988 de Miguel de la Madrid Hurtado no se le presta la atención necesaria a este rubro.

2.1.2 CARLOS SALINAS DE GORTARI.

En el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, se consideraba que "la salud no es sólo la ausencia de enfermedades, sino de un estado de completo bienestar físico y mental y esta descansa en las interacciones económicas, sociales y culturales, que componen el bienestar social" (48). Entonces podemos afirmar que las personas que padecen alguna enfermedad mental además de que le falta la salud, no tienen la oportunidad de ser económicamente activas.

Durante este periodo presidencial de 1989-1995, al igual que en el periodo del gobierno anterior se propone como acciones específicas prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física de los individuos, pero no mencionan programas específicos o propuestas adecuadas para ayudar a la población que está enferma mentalmente.

Para que toda la población se beneficie con el bienestar social de la salud, se tiene la asistencia y seguridad social y con esto se incorpore a los individuos a una vida digna y equilibrada en lo económico y social, principalmente menores en estado de abandono, desamparados y minusválidos.

El Plan Nacional de Desarrollo de 1989-1995, indica que la mayoría de los mexicanos tiene acceso a las instituciones de salud a través de la seguridad social. Con esta se atiende al trabajador y a su familia, lográndose el crecimiento regulado de la población. Este Gobierno reconoce que hay zonas marginadas tanto en zonas urbanas y rurales que no cuentan con los servicios de salud. En este periodo presidencial se notan muchas carencias en la política de salud, solo se reconoce que no toda la población, sobretodo la menos favorecida carece de los servicios de salud.

2.1.3 ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN.

El objetivo del programa de Ernesto Zedillo es promover un sistema de salud y seguridad social que proteja a la población de acuerdo a sus necesidades, procurando salud y asistencia para todos tanto en áreas rurales y marginadas de la ciudad, creando centros de salud, ampliar la cobertura de servicios a comunidades alejadas, crear hospitales de 2° y 3° nivel, capacitar a la población.

Según el programa de reformas del sector salud 1995-2000, con las modificaciones que se realizaron se pretendía que no solo se resolviera los problemas que enfrenta el sector salud, sino que además se sentaran las bases para una reorganización que en el mediano plazo permitiría optimizar la infraestructura, introduciendo incentivos y ejerciendo mayor eficiencia en el gasto federal asignado.

"En 1995, la población usuaria de los servicios de salud ascendió a 63.2 millones de personas, 2.4 por ciento más que en 1996. De esta cifra, el 94.1 por ciento fueron atendidas por cuatro instituciones públicas conforme a la siguiente distribución: el IMSS, con 24.4 millones; la Secretaría de Salud, con 18.3 millones; el IMSS- Solidaridad, con 10.8 millones; y el I.S.S.S.T.E, con 6 millones." (49) Esto indica que el IMSS es la institución médica con mayor número de usuarios y la Secretaría de Salud ocupa el segundo lugar. Para 1997, los servicios públicos de salud y los de seguridad social cubren a más de 85 millones de mexicanos. De esta población, 65.2 millones recibieron servicios en el año que abarca el 4°. Informe de gobierno de Ernesto Zedillo, 3% más que el año anterior.

De acuerdo con el penúltimo informe presentado en este sexenio, "en los 5 años de gobierno de Ernesto Zedillo se incorporaron a los servicios de salud a más de 16 millones de mexicanos, se construyeron 156 hospitales y 2 806 clínicas y centros de salud, lo que equivale a más de un hospital cada dos semanas y casi dos unidades médicas por día." (50)

Para 1999 el fortalecimiento de los servicios de salud permitió otorgar al Sector Salud casi 400 millones de servicios entre consultas y estudios de diagnóstico, lo que representa que los servicios públicos de salud atienden a más de 1.6 millones de mexicanos por día laborable. La atención hospitalaria generará 4.1 millones de egresos hospitalarios, 2.9% más que en 1998.

Para incrementar la cobertura con servicios de calidad a lo largo y ancho del país, para 1999 se contó con 17 634 unidades médicas: 13 929 corresponden a instituciones que atienden a población abierta y 3 705 a población derecho habiente. Con relación a 1998 se observa un incremento de 503 unidades.

En el sexto informe de Gobierno de Ernesto Zedillo, a través del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se definieron cuatro estrategias:

1. Ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población abierta.
2. Descentralizar la operación de estos servicios a las entidades federativas.
3. Mejorar la calidad de los servicios y
4. Modernizar los mecanismos de provisión de los servicios de salud.

Para el gobierno del Presidente Zedillo, se contempló un gasto programable del sector público en salud que registró un incremento en términos reales de 19.1%, al pasar de 36 114 millones de pesos a 134 844 millones. En este sexenio, se nota un incremento en las cifras para mejorar los servicios de salud, pero en materia de salud mental no se mencionan acciones específicas que mejoren la calidad y cantidad de los servicios de salud psiquiátrico.

Es necesario mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud, buscando la vinculación con otros sectores y la participación de la comunidad en la atención primaria (son todas aquellas acciones que se desarrollan directamente en la comunidad y no son de especialidad), mejorando la eficiencia en la prestación de los servicios médicos en clínicas y hospitales, desarrollando esquemas para incrementar la utilización de la capacidad instalada.

Es hasta este sexenio que se contempla la creación de hospitales de segundo y tercer nivel (recordemos que los hospitales psiquiátricos se consideran de tercer nivel) y atender a las áreas marginadas y rurales en materia de salud.

2.2 LA POLÍTICA DE SALUD ANTE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

Presentando el panorama general de los servicios de salud en los tres gobiernos presidenciales incluidos de 1983 a 2000, ahora se mencionará la política de salud en unidades médico-psiquiátrico, para esto primeramente se indica que es la salud mental, es un elemento fundamental que influye constantemente, en las actividades escolares, laborales y familiares de los seres humanos. La falta de salud mental requiere el apoyo del gobierno, de la familia y de la comunidad en general. Por eso, los servicios hospitalarios que otorga el gobierno van a la par con las familias, comunidades y la sociedad en general en el tratamiento y manejo de estos enfermos.

El objetivo primordial con respecto a la salud mental es promover ésta en la población y reducir los efectos sociales (como el abandono y maltrato a las personas que la padecen), producto de los trastornos psiquiátricos y de la conducta. Para llevar a cabo los programas de salud mental es necesario unificar los criterios y contenidos de las acciones preventivas, así como la atención de la salud mental en las unidades de primer y segundo nivel. Es necesario fortalecer la atención de la salud mental promoviendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en las instituciones psiquiátricas.

Para la detección oportuna de enfermedades mentales, es necesario la promoción de la participación de la sociedad y los medios de comunicación a través de programas educativos que fomenten la salud mental y propicien la identificación temprana y el tratamiento oportuno.

Es importante garantizar el respeto a los derechos de los pacientes con enfermedades mentales, internados en unidades hospitalarias; mejorando las condiciones materiales y la calidad de la atención provista de los servicios de salud mental.

Necesariamente, antes de mencionar cuáles son los servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrico, indicar cuándo la hospitalización en un paciente psiquiátrico es oportuna. "La hospitalización puede indicarse cuando los pacientes están demasiado enfermos para cuidarse por sí mismos o representan serios peligros para sí mismos u otros; cuando se requieren observación y procedimientos diagnósticos, o se necesitan tratamientos específicos" (51)

Una vez indicada la hospitalización de un paciente psiquiátrico por un especialista, existe una normatividad para el manejo de estos pacientes en los hospitales. "La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrico" (52) propone:

La principal característica de cambio, es la tendencia que hay hacia la reincorporación social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo a su vez la implementación de programas extrahospitalarios, comunitarios, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos y especialmente la prevención desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de dicha enfermedad.

51 Tierney, Jr, Lawrence M. Mc Pheel Stephen. Ppadakis, Maxine A. Schoerd Steven A. Diagnóstico clínico y tratamiento México. 1994 n Ed. Manual Moderno p. 849.

52 Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico - psiquiátrica. México, 1994

Esta norma tiene como objetivo: uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las unidades que presentan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionara en forma integral, con calidad y calidez.

Las actividades inherentes de los servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátricas deben ser:

- Preventivas
- Curativas
- De rehabilitación
- Enseñanza y capacitación
- Investigación científica.

Para ofrecer una atención médica de calidad a los usuarios, las unidades que presten servicios de atención médico-psiquiátrica deben cumplir con los elementos siguientes:

- Equipo e instalaciones propias para desarrollar sus funciones
- Recursos humanos suficientes en número y capacidad
- Procedimientos para que en la unidad exista un ambiente cordial, técnicamente eficiente y las condiciones propias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral médico-psiquiátrica.
- Instalaciones y personal para la prestación de servicios en urgencias, consulta externa y rehabilitación psicosocial
- Recursos para la atención médica de otras enfermedades coincidentes con la enfermedad mental y en su caso referencia oportuna al nivel de atención requerida intra o extra hospitalario

- Reglamento interno
- Manuales técnico-administrativos

Las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria deben contar según sea el caso y considerando sus características, con las instalaciones específicas necesarias para proporcionar atención a los usuarios de acuerdo a lo siguiente: con episodio agudo, de larga evolución, hombres, mujeres, niños, adolescentes, adultos.

El Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, presta sus servicios de hospitalización a usuarios de ambos sexos, mayores de edad y con episodios crónicos y agudos. Por otra parte cuenta con el servicio de consulta externa para población femenina y masculina, niños, adolescentes y adultos.

El ingreso de los usuarios a las unidades que prestan servicios de hospitalización médico-psiquiátrico podrá ser:

Voluntario: requiere la solicitud del usuario y la indicación del médico a cargo del servicio de admisión de la unidad ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o responsable legal.

Involuntario: se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos que requieran atención urgente o que represente un peligro grave o inmediato para sí mismo o para lo demás. Se requiere la indicación del psiquiatra, solicitud de un familiar responsable, o representante legal ambos por escrito. En caso de extrema urgencia el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del

servicio de admisión de la unidad hospitalaria. En cuanto a las condiciones del usuario lo permita deberá de ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso la condición cambie y sea un ingreso voluntario.

Obligatorio: se llevará a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente siempre y cuando el paciente le amerite de acuerdo con el examen médico-psiquiátrico.

La unidad hospitalaria que es el objeto de estudio de este trabajo, recibe a los usuarios que acuden al servicio de hospitalización, de acuerdo a esta norma cuenta con todas la formas de ingresos, predominando el ingreso involuntario, en donde un familiar y/o responsable legal firman el ingreso de su paciente.

Con relación al egreso del usuario de los servicios de hospitalización podrá ser:

- Curación
- Haberse cumplido los objetivos de hospitalización
- Mejoría
- Traslado a otra institución
- A solicitud del usuario con excepción de los casos de ingresos involuntarios y obligatorios
- Por abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica (Fuga)
- Defunción.

Las unidades que prestan servicio de atención hospitalaria médico-psiquiátrica deberán mantener un programa de atención integral que comprenda los siguientes aspectos:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Tratamiento médico psicosocial, de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos.
- El aislamiento del enfermo solo se aplicará de manera excepcional, para proteger la salud, la integridad del propio enfermo y de quienes lo atienden y rodean, de acuerdo con el criterio del médico responsable. El paciente bajo este tipo de medida quedara al cuidado y vigilancia de personal calificado en todo momento.
- Confidencialidad en el manejo del diagnóstico y de la información
- Alimentación con características higiénicas, nutritivas y dietéticas adecuadas.
- Ambiente y acciones que promuevan la participación activa del usuario en su tratamiento
- Relación del personal con los usuarios basada en el respeto a su persona, a sus derechos civiles, humanos y a sus pertenencias.
- El personal que labora en las unidades para la prestación de servicios médicos psiquiátricos, tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguridad de los usuarios.
- Proporcionar servicio de quejas y sugerencias para usuarios y familiares, que garantice el que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las peticiones.
- Promover la participación de la familia y la comunidad en le proceso de la atención a los usuarios.
- Promover la integración de los comités hospitalarios siguientes: ética y vigilancia, auditoria medica, mortalidad, infección intra hospitalaria, garantía de la calidad de la atención.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Las actividades preventivas que se llevan a cabo en los espacios intra y extra hospitalarios se efectuarán en los siguientes servicios:

- Consulta externa y hospitalización
- Educación para la salud mental
- Promoción de la salud mental
- Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad, familiares de los pacientes, y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren.
- Información y educación a los usuarios, familiares acerca de las características de la enfermedad y la participación de todos en el programa de tratamiento y rehabilitación

Las actividades curativas se llevarán a cabo en los servicios siguientes: consulta externa, urgencias, hospitalización continua, parcial en sus diferentes modalidades.

El proceso curativo en el servicio de consulta externa, se llevará a cabo a través de las acciones siguientes:

- Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente
- Apertura de expediente clínico y elaboración de la historia clínica
- Estudio psicológico
- Estudio psicosocial
- Examen de laboratorios y gabinete
- Establecimiento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento
- Referencia en su caso a otra unidad de salud para su manejo

Las actividades curativas en el servicio de urgencias, se llevaran a cabo a través de las siguientes acciones:

- Valoración clínica del caso
- Manejo del estado crítico
- Apertura del expediente clínico y nota inicial
- Hospitalización
- Envío a consulta externa por referirlo si el caso lo amerite a otra unidad de salud.

Actividades curativas en los servicios de hospitalización continua, el ingreso y egreso de usuarios, se llevaran acabo en las siguientes acciones:

- Ingreso
- Examen clínico
- Elaboración de nota de ingreso e historia clínica
- Realización de exámenes indispensables y pertinentes (laboratorio y gabinete)
- Revisión del caso por el medico responsable y el equipo interdisciplinario
- Establecimiento de los diagnósticos probables, el pronostico y el plan terapéutico
- Elaboración de la nota de revisión
- Visita medica diaria
- Egreso
- Valoración del estado clínico

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Referencia a un programa terapéutico o de rehabilitación psicosocial en caso necesario.
- Concertación de la cita del usuario al servicio de consulta externa
- Elaboración de la nota clínica de egreso, informando el plan de egreso al usuario, a sus familiares o su responsable legal.

Cualquiera que sea la causa del egreso del usuario, este tiene derecho a continuar recibiendo la atención que requiere, de acuerdo con los principios científicos y éticos de la práctica médica social.

Las actividades de rehabilitación se desarrollan en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz las cuales comprenderán:

- Diseña, ejecutar, dar seguimiento y evaluar los programas para la rehabilitación física y mental, que incluyan el desarrollo de la coordinación psicomotriz gruesa y fina, así como la prevención y atención de deformidades físicas a cada paciente; la conciencia de su cuerpo, del espacio y el desarrollo de sus sentidos, que lo posibiliten para la elaboración de trabajos manuales, participación en actividades deportivas y de auto cuidado.
- Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la promoción y mantenimiento vínculos socio-afectivos entre los pacientes, el personal de la institución, los familiares, la comunidad y amistades del usuario, que promueva la

reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales.

- Diseñar, promover, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del paciente a la vida productiva.

El hospital debe estar vinculado y promover el desarrollo de programas en la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productividad laboral y social mediante su atención en los centros comunitarios de salud mental, centros de día, casas de medio camino y los demás servicios extrahospitalarios.

En nuestro país, las personas que sufren enfermedades mentales severas se encuentran entre las más desvalidas de la sociedad, están desamparadas y no reciben un tratamiento equivalente al que reciben los pacientes no psiquiátricos.

Tan solo, la infraestructura hospitalaria que atiende a pacientes psiquiátricos es mínima en comparación a otros hospitales. En Puebla solo existe un hospital perteneciente a Secretaría de Salud con costos mínimos de hospitalización y consulta externa. Los otros tres hospitales privados tienen un alto costo que la mayoría de los usuarios no podría pagar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3 INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS HUMANOS.

En la recuperación del paciente, el hospital representa un papel primordial. Este debe ser adecuado en su estructura y el personal debe estar ampliamente capacitado en el manejo de pacientes psiquiátricos. Sin embargo, en México, "en los hospitales y granjas no cuentan con el personal capacitado en relación con el número de pacientes y en varios de ellos los programas de rehabilitación y seguimiento son débiles: debido a no permanecer internados el tiempo necesario para su tratamiento dentro de la institución; además, no acuden a consultas de control, no continuando con el tratamiento indicado." (53)

En la ciudad de México la Secretaría de Salud cuenta con 40 unidades hospitalarias en atención a enfermos mentales, de las cuales, 9 se mencionaban en el cuadro 1; y con otras 19 en el resto del país, reuniendo 4 400 camas. Además, se cuenta con otras instituciones públicas y privadas que cuentan con 3 300 camas que no son suficientes para proporcionar atención adecuada a los habitantes que la necesitan.

HOSPITALES DE LA "OPERACIÓN CASTAÑEDA"

CUADRO 1

NOMBRE	TIPO DE PACIENTES	UBICACIÓN
Fray a Bernardino de Álvarez	Agudos ambos sexos	México D.F.
Dr. Samuel Ramírez Moreno	Crónicos masculinos proceso judicial	México D.F.
José Sayago	Crónicos femeninos proceso judicial	México D.F.
Cruz de norte	Crónicos ambos sexos	Hermosillo, Sonora.
La Salud Tlazolteotl	Masculinos	Estado de México
Cruz del sur	Ambos sexos	Mantecón, Oaxaca
Villa Hermosa	Ambos sexos	Villa Hermosa, Tabasco
Fernando Ocaranza	Crónicos ambos sexos	San Miguel Eyalcol, Hidalgo
Dr. Rafael Serrano	Ambos sexos	Puebla, Pue.

FUENTE: Rojas Márquez, María de Lourdes. El Trabajo Social ante los reingresos en un hospital psiquiátrico. México, 1981.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Recordemos que en el año de 1965, se inicia la operación llamada "La Castañeda" para sustituir al Manicomio General que se encontraba en el D.F. y surge debido a la sobrepoblación de este último.

Esta operación consistió en la construcción de varios hospitales ubicados en distintas partes de la República Mexicana. Estos hospitales pertenecen a la Secretaría de Salud y están destinados a diferentes poblaciones de pacientes psiquiátricos.

Otros hospitales de carácter público en el D.F. y otros Estados de la República Mexicana son los mencionados en los cuadros 2 y 3. Estos pertenecen a diferentes instituciones como: la Secretaría de Salubridad, el IMSS, ISSSTE, UNAM, DIF, Gobiernos del Estado en que están ubicados, etc.

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL DISTRITO FEDERAL

CUADRO 2

NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO
Casa de Protección Social No. 4 Cuernavaca	Canal Nacional s/n esq. Calzada del hueso Col. Villa Quietud	
Centro de Psiquiatría Social y Salud Mental	Prof. División del Norte s/n esq. Av. México.	5 41-16-77/ 541-12-24
Centro Comunitario de Salud Mental	Dr. Enrique González Mtz. No. 13 Col. Sta. Ma. La Rivera	5 41-47-49/541-12-24
Clinica 10, IMSS	Calzada Tlalpan 931, Col Niños Héroes de Chapultepec	579-61-22/579-61-30
Clinica de Salud Mental	Facultad de Medicina UNAM	623-21-28 y 29
Clinica de Neurología y Psiquiatría ISSSTE	Prof. Guerrero 346 Unidad Nonoalco Tlatelolco	597-97-59/583-68-95
Hospital Central Militar	Av. Ejército Nacional s/n	557-31-00/557-9-55
Hospital Psiquiátrico IMSS I	Av. San Fdo. 201, Tlalpan	606-83-23/606-84-95
Hospital psiquiátrico San Juan de Aragón	Calz. San Juan de Aragón 311 Col San Pedro El Chico	577-44-19/577-72-92
Instituto Mexicano de Psiquiatría	Calz. México-Xochimilco 101 14370	655-33-79/655-79-99

FUENTE: Azua Vite Dora Luz. El trabajo social en el servicio de psiquiatría del centro hospitalario 20 de noviembre I.S.S.T.E. Ed. SEP México 1992.

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS EN LOS ESTADOS

CUADRO 3

NOMBRE	ENTIDAD FEDERATIVA	DIRECCIÓN	ORDEN
Centro de Neuropsiquiatría	Aguascalientes	Km. 4 2 Carretera a la Cantera	Público Secretaría de Salud
Instituto de Salud Mental Mexicali	Baja California	Río Papaloapan y calle 11 Fracc. Nuevo Mexicali	Público DIF
Baja California Sur	Baja California Sur	Km. 11.5 Carretera al Norte, Ejido Chametta	Público Secretaría de Salud
Juan Ma. De Salvatierra	Baja California Sur	Nicolás Bravo y Lic. Verdad, Centro	Público Secretaría de Salud
Dr. Juan Campo	Campeche	Carretera Campeche-Hampolol Km. 26 5 San Fco. Koben	Público Gobierno del Estado
Hospital Psiquiátrico de Saltillo	Coahuila	Madero 1251, Esq. Murguía, Col. Centro	Público Secretaría de Salud
Parras de la Fuente	Coahuila	Nicolás Bravo 1, Esq. Matamoros, Parras de la Fuente, Coah.	Público Secretaría de Salud
Ixtlahuacan	Colima	Calle Zaragoza s/ n	Público Secretaría de Salud
San Agustín	Chiapas	Km.8.5 Carretera Tuxtla Gutiérrez-Villa Flores	Público DIF
Hospital psiquiátrico de Chihuahua	Chihuahua	Km. 6.5 Carretera Cuauhtémoc	Público Secretaría de Salud
Hospital Civil Libertad	Chihuahua	I. Alatorre 870 Col. Chareña	Público Secretaría de Salud
Dr. Manuel Valle Bueno	Durango	Poblado Conocido 20 de Noviembre	Público Secretaría de Salud
De la Laguna	Durango	Boulevard Miguel Alemán No. 905 Pte.	Privado
San Pedro del Monte	Guanajuato	Carretera Antigua a San Fco. Del Rincón	Público Secretaría de Salud
Hospital Psiquiátrico de Jalisco	Jalisco	Km. 17.5 Antigua carretera a Chapala	Público Secretaría de Salud
Hospital Civil	Jalisco	Calle Hospital No. 278	
San Juan de Dios	Jalisco	Av. Laureles No. 55	Privado
Dr. José Torres	Michoacán	Luis Pasteur s/n Col. Ocolusen	Público Secretaría de Salud
Comunidad terapéutica	Michoacán	Km. 6.5 Carretera a Salamanca	Público DIF
Nuestra Sra. De la Salud	Michoacán	Zaragoza No. 276 Col. Centro	Privado
Clinica Tapia	Michoacán	Col. Nueva Chapultepec	Privado
Clinica Cuernavaca	Morelos		
Centro Terapéutico	Nayarit	Boulevard Tepic-Jalisco No. 346 Col. Miravalles	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Monterrey	Nuevo León	Col Buenos Aires	Público Secretaría de Salud
De Especialidad No 22	Nuevo León	Rayones No. 965. Topo Chico	Público IMSS
Vicente Chico Sein	San Luis Potosí	K. 8.5 Carretera a Matehuala Antigua Camino de Golg	Público Gobierno del Estado
Dr. Carlos Nava Muñoz	Sonora	Km. 6.5 Carretera Mezquitil del Oro	Público Secretaría de Salud
De Tampico	Tamaulipas	Av. Ejército Mexicano No. 1403	Público Secretaría de Salud
San Roque	Tamaulipas	Ocampo No. 2917	Privado
Dr. Víctor M Concha Vázquez	Veracruz	Sur 23 s/n, Plaza de la Concordia	Público Secretaría de Salud
Dr. Miguel Dorantes Meza	Veracruz	Calle Dr. Miguel Dorante Meza S/n	Público Secretaría de Salud
Instituto Psiquiátrico Veracruzano	Veracruz	Av. Urano Lotes 3 y 4 Col Granjas Los Pinos	Privado
Cittaltépetl	Veracruz	Norte 38 No. 270	Privado
De Yucatán	Yucatán	Calle 59 x 116 Col Fco. I. Madero	Público Gobierno del Estado
Sanatorio Santa Fé	Zacatecas		Privado

FUENTE: Azua Vite Dora Luz. El trabajo social en el servicio de psiquiatría del centro hospitalario 20 de noviembre I.S.S.S.T.E. Ed. SEP México 1992.

"En los hospitales psiquiátricos de todo el país en la Secretaría de Salud, solamente trabajan 159 psiquiatras, 180 médicos generales, 1 283 enfermeras y auxiliares de enfermería, 121 psicólogos, 140 trabajadoras sociales, personal administrativo y de servicio, siendo un total de 4 075 empleados" (54) Esto nos muestra que el personal capacitado es mínimo para atender los hospitales psiquiátricos en México.

Puede decirse que estos enfermos constituyen una minoría discriminada del campo de la salud pública, discriminación que se expresa en el hecho de que el presupuesto que se destina a su cuidado es mucho menor que el que se destina al cuidado médico de otros enfermos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.1 INFRAESTRUCTURA EN PUEBLA

En Puebla los hospitales, que brindan atención a pacientes psiquiátricos son 4, 3 de ellos son privados y solamente uno es público que depende de la Secretaría de Salud que en general, cuenta con 1 195 camas censables, 345 de estas camas pertenecen al hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano. En los hospitales privados existe un total de 300 camas, así que en total, Puebla cuenta con 780 camas censables destinadas a la atención de pacientes psiquiátricos. Estas camas se distribuyen de la siguiente manera:

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS EN PUEBLA.

CUADRO 4.

NOMBRE	DOMICILIO	NO. DE CAMAS
Sanatorio Ntra. Sra. Guadalupe	Cholula, Puebla	210
Casa de Salud Mental		50
Casa de Salud	Almolonga 80 Col, La Paz, Puebla	40
TOTAL DE CAMAS		300

FUENTE: Arellano Mendoza, M. De Fátima Funciones de Trabajo Social en el área psiquiátrica, Puebla, 1992. Ed. SEP p. 61.

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS EN PUEBLA.

CUADRO 5

NOMBRE	DOMICILIO	NO. DE CAMAS.
Dr. Rafael Serrano	Carretera al Batán Km. 7.5	345

FUENTE: Información obtenida en el Hospital Dr. Rafael Serrano. Agosto 2000.

2.3.2 EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO.

El objetivo del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano es: "Promover la salud mental de la población y reducir los problemas relacionados con los trastornos psicosociales, psiquiátricos y neurológicos, incluyendo los provocados por el abuso de alcohol y otras drogas," mediante la prevención, el tratamiento y la rehabilitación." (55) Aunque se ha observado que la promoción a la población en general no se lleva a cabo en forma regular. El tratamiento y la rehabilitación se dan mediante la hospitalización y las consultas externas en este hospital.

Los servicios que otorga este hospital se basan en la Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SS 2 1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de noviembre de 1995.

Este hospital cuenta con el servicio de consulta externa, hospitalización y clínica del sueño. Para el año 2000, en consulta externa se atiende aproximadamente 900 consultas mensuales dentro de los turnos matutino y vespertino. Estas consultas atienden a usuarios que acuden por primera vez a esta institución. Algunos requieren de hospitalización y los demás acuden posteriormente a consultas subsecuentes.

El servicio de hospitalización cuenta con 5 salas: 2 para usuarios agudos y 3 para usuarios crónicos. Para el 2000, se encuentran aproximadamente los siguientes usuarios:

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

CUADRO 6

SALA	SERVICIO	USUARIOS
1	Crónicas mujeres	74
2	Agudas mujeres	25
3	Agudos hombres	41
4	Crónicas mujeres	71
5	Crónicos hombres	90
Unidad médica	Ambos	4
TOTAL		305

FUENTE: Información obtenida en las estadísticas del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

En 1998, en el Estado de Puebla, la Secretaría de Salud contaba con 1 195 camas censables en sus diferentes hospitales. De estas camas, 345 se destinaron a los enfermos mentales del hospital Dr. Rafael Serrano ocupándose para el año 2000, como se puede observar en el cuadro 6, un total de 305 camas.

Cabe señalar que en las salas 2 y 3, que están destinadas a pacientes agudos mujeres y hombres respectivamente, el número de camas ocupadas es variable, esto es debido a que estos usuarios se encuentran hospitalizados por pocos días debido a que son hospitalizados únicamente por estar en su fase aguda y una vez controlada esta, pueden regresar con su familia.

En cuanto a los recursos humanos, la Secretaría de Salud cuenta con 1 704 médicos y en donde quince médicos psiquiatras trabajan en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, distribuyéndose en cinco turnos: (matutino vespertino, nocturno A, nocturno B y jornada acumulada); 2 013 trabajadores sociales, trabajando nueve de ellas en el hospital Dr. Rafael Serrano, distribuyéndose de la siguiente manera: seis en turno matutino quienes tienen a su cargo la consulta externa y se dividen una por pabellón, una en el turno vespertino, una en paidopisquitría y una en jornada acumulada (fines de semana y días festivos).

2.3.3 COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN EL ESTADO DE PUEBLA.

Anteriormente se ha mencionado que en Puebla solamente existe un hospital público y tres privados, a continuación se presentará un análisis de los costos de consulta externa y hospitalización de estas cuatro unidades hospitalarias.

COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA EN HOSPITALES PRIVADOS.

CUADRO 7

HOSPITAL	COSTO DE CONSULTA EXTERNA	COSTO DE HOSPITALIZACIÓN
Nuestra Sra. De Guadalupe	\$ 300.00 mensuales	\$ 6 000.00 mensuales
Clínica de Salud Mental	\$ 300.00 mensuales	\$ 100.00 diarios
Estancia Armonía	Hospital de día \$ 100.00 diarios	

FUENTE: Información obtenida del personal del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA DR. RAFAEL SERRANO.

CUADRO 8

SERVICIO	NIVEL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE
CONSULTA EXTERNA	1	\$ 5.00	\$ 4.00
	2	\$ 9.00	\$ 8.00
	3	\$ 16.00	\$ 12.00
	4	\$ 28.00	\$ 22.00
	5	\$ 51.00	\$ 40.00
	6	\$ 84.00	\$ 71.00
HOSPITALIZACIÓN MENSUAL	1	\$ 183.00	
	2	\$ 338.00	
	3	\$ 650.00	
	4	\$ 873.00	
	5	\$ 1168.00	

FUENTE: Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

El costo de hospitalización más bajo en el hospital Dr. Rafael Serrano es de \$183.00 mensuales y el más elevado de \$3 142.00 mensuales. en cambio, en los hospitales privados de Puebla, los costos de hospitalización son de \$6 000.00 mensuales en el hospital Nuestra Señora de Guadalupe y en la clínica de salud mental es de \$100.00 diarios.

Esto nos indica que las cuotas de hospitalización en el Dr. Rafael Serrano son simbólicas y están al alcance de los usuarios que acuden a dicho hospital, ya que de 50 usuarios entrevistados, 34% paga \$338.00 mensuales y solamente un 4% paga \$1 168.00 mensuales. Sin embargo, muchos de estos usuarios son de bajos recursos económicos, ya que 30% gana menos del salario mínimo, 20% percibe el salario mínimo y les resulta difícil pagar las cuotas de hospitalización. Las consultas de control en el hospital Dr. Rafael Serrano, la más elevada son de \$84.00 la primer consulta y \$71.00 las consultas subsiguientes, en cambio en el hospital Nuestra Sra. De Guadalupe, la consulta es de \$300.00 al igual que en la clínica de salud mental.

Una vez presentados los costos de los cuatro nosocomios que brindan atención a personas con algún padecimiento psiquiátrico, analizaremos la economía de los 50 usuarios entrevistados en el Dr. Rafael Serrano. De acuerdo a los resultados de dichas entrevistas, podemos mencionar que la situación económica es precaria y que aún cuando las cuotas de hospitalización en dicho hospital son bajas, hay dos factores determinantes para que los usuarios no acudan a consulta de control, y no se administre el medicamento como lo indica el Psiquiatra, con lo que el reingreso de estos pacientes al hospital ocurre con mayor frecuencia. Estos factores son la situación económica y la procedencia de los usuarios. A continuación se muestran los siguientes cuadros y gráficas ilustrando lo anteriormente expuesto.

ECONOMÍA DE USUARIOS AGUDOS DEL HOSPITAL DR. RAFAEL SERRANO.

SALARIO DE FAMILIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS.

CUADRO 9

SALARIO	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
Sin salario	1	2%	1	0
Menos del SM.	18	36%	11	7
Salario mínimo	16	32%	7	9
Más del SM.	7	14%	2	5
2-3 SM	2	4%	0	2
4-5 SM.	4	8%	4	0
No contestó	2	4%	0	2
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Información obtenida basada en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano

SALARIO DE FAMILIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS.

GRAFICA 1



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El salario de las personas entrevistadas, no se puede especificar si es de su familia, de la paciente o de ambos, ya que esta se obtuvo mediante los ingresos de todas las personas que trabajan en esa familia. Así encontramos que la situación económica, de los 50 familiares entrevistados de usuarios del hospital, es precaria, ya que 2% no percibe ningún salario, 18 usuarios que representa el 36% del total de la población gana menos del salario mínimo, 32% percibe el salario mínimo que son 7 usuarios del pabellón 3 y 9 usuarios del pabellón 2, 14% ó 7 usuarios gana un poca más del salario mínimo, 2 usuarios que representan 4% percibe de 2 a 3 veces el salario mínimo. Solamente 8% que son 4 usuarios masculinos ganan de 4 a 5 salarios mínimos, 4% del total de la población no respondió a esta pregunta. (Gráfica 1)

TIPO DE PROPIEDAD DE LA VIVIENDA DONDE HABITA.

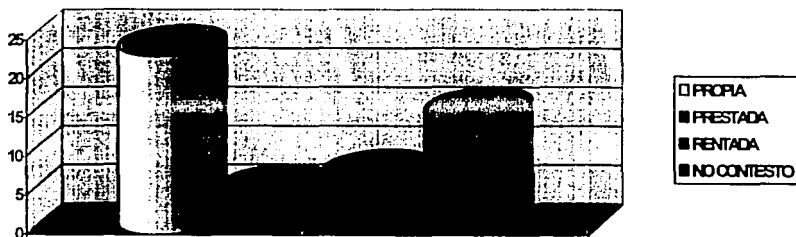
CUADRO 10

VIVIENDA ES:	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
PROPIA	27	54%	13	14
PRESTADA	7	14%	5	2
RENTADA	11	22%	7	4
NO CONTESTÓ	5	10%	0	5
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

TIPO DE PROPIEDAD DE LA VIVIENDA DONDE HABITA.

GRAFICA 2



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

Un reflejo de la situación económica de las personas es el lugar en donde habitan, el tipo de propiedad y el tipo de construcción, de los usuarios entrevistados, por esto que se toma en cuenta el tipo de propiedad de la vivienda donde habitan, así podemos observar que 54% que son 27 usuarios, la casa en donde habitan es propia, 22% renta la casa y 14% que representa a 7 personas su vivienda es prestada. (Gráfica 2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPOS DE VIVIENDA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS

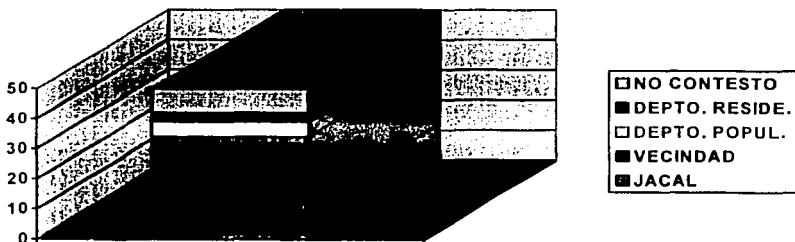
CUADRO 11

TIPO	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
JACAL	14	28%	10	4
VECINDAD	25	50%	10	15
DEPTO. POPULAR	5	10%	2	3
DEPTO. RESIDEN.	3	6%	2	1
NO CONTESTÓ	3	6%	1	2
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

TIPOS DE VIVIENDA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS

GRAFICA 3



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

Aunque como se apreció en la gráfica anterior, la mayoría de los usuarios tiene casa propia, 14 personas entrevistadas que representan un 28% vive en jacal ó cuartos improvisados, 25 usuarios que es el 50% de los entrevistados en vecindad, 10% vive en departamento popular que son 5 personas. Solamente 3 que es un 6% vive en departamento residencial. (Gráfica 3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDENCIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS

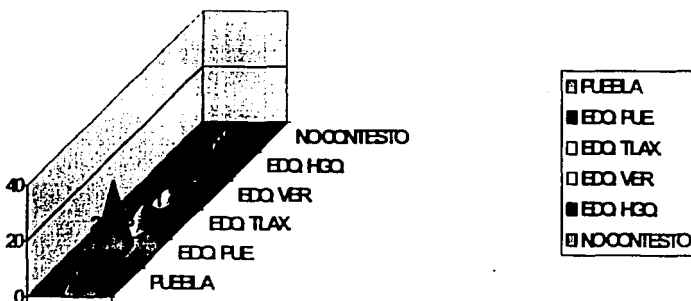
CUADRO 12

PROCEDENCIA	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
CD. PUEBLA	13	26%	3	10
EDO. PUEBLA	27	54%	17	10
EDO. TLAX	7	14%	3	4
EDO. VER.	1	2%	1	0
EDO. HGO.	1	2%	0	1
NO CONTESTÓ	1	2%	1	0
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

PROCEDENCIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS

GRAFICA 4



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Además de que el factor económico influye para que el usuario no acuda a consultas de control, otro factor determinante es la procedencia del usuario debido a que 54% que son 27 usuarios proviene del Estado de Puebla, 14% que son 7 entrevistados del Estado de Tlaxcala, 13 usuarios que son el 26% de la ciudad de Puebla, 2% del Estado de Veracruz y 2% del Estado de Hidalgo. (Gráfica 4) Los usuarios que acuden al Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano y son de otros Estados de la República Mexicana son debido a que, de acuerdo al área geográfica de este hospital y la ubicación de otros hospitales públicos, el Dr. Rafael Serrano es el más cercano a su lugar de origen.

CUOTA DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS

CUADRO 13

CUOTA	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
EXENTO	7	14%	4	3
NIVEL 1	9	18%	3	6
NIVEL 2	17	34%	9	8
NIVEL 3	8	16%	4	4
NIVEL 4	7	14%	4	3
NIVEL 5	2	4%	0	2
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

CUOTA DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS

GRAFICA 5



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las cuotas de recuperación que pagan los responsables legales entrevistados en el hospital Dr. Rafael Serrano son por niveles. Para conocer el nivel que va a pagar, se realiza un estudio socioeconómico por parte del Departamento de Trabajo Social. De acuerdo a este, se determina el nivel de cuota de recuperación o el exento de pago de del usuario. Las cuotas de recuperación, de acuerdo a las entrevistas realizadas se distribuyen de la siguiente manera: 7 usuarios que representan el 14% está exento de pagar la cuota de recuperación, 6 usuarias femeninas y 3 usuarios masculinos que son el 18% del total de la población paga el nivel 1 que es de \$183.00, 34%, o sea, 17 usuarios paga \$338.00 ó nivel 2, 4 usuarios de pabellón 2 y 4 usuarios del pabellón 3 quienes forman un 16% tiene el nivel 3 que son de \$650.00, 7 usuarios en total que es el 14% corresponde al nivel 4 de \$873.00, solo 4% paga \$1 168.00 que corresponde al nivel 5 siendo 2 usuarios. El costo de hospitalización mencionado es mensual (Gráfica 5)

ACUDE A CONSULTAS DE CONTROL

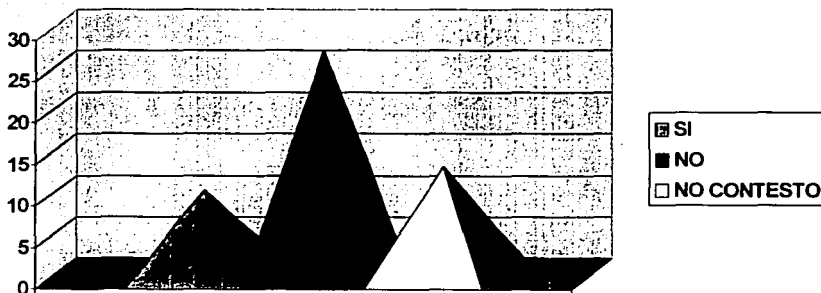
CUADRO 14

ACUDEN CONSULTAS	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
SI	15	30%	9	6
NO	30	60%	12	18
NO CONTESTÓ	5	10%	4	1
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

ACUDE A CONSULTAS DE CONTROL

GRAFICA 6



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

TESIS CON
CALLA DE ORIGEN

Que el usuario acuda a consultas de control y tome el medicamento está íntimamente ligado a que el usuario se recupere favorablemente, es por eso importante conocer si las personas entrevistadas realizan estas indicaciones y se obtuvieron los siguientes resultados: un 60% de los pacientes que son 12 usuarios masculinos y 18 femeninos que hacen el total de 60 no acuden a consultas y de los cuales 40% no toma el medicamento. 15 de los pacientes entrevistados que forma un 30% acude a consultas de control, solamente el 14% acepta que toma el medicamento y 19 usuarios que es 38% del total de la población entrevistada indicó que ocasionalmente el medicamento. (Gráfica 6)

¿EL PACIENTE TOMA EL MEDICAMENTO COMO SE LO INDICÓ EL ESPECIALISTA?

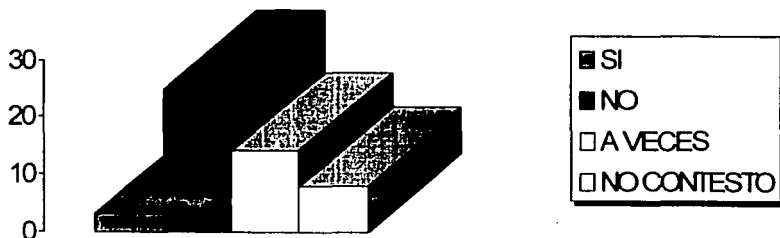
CUADRO 15

MEDICAMENTO	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
SI	7	14%	5	2
NO	20	40%	10	10
A VECES	19	38%	7	12
NO CONTESTÓ	4	8%	3	1
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

¿EL PACIENTE TOMA EL MEDICAMENTO COMO SE LO INDICÓ EL ESPECIALISTA?

GRAFICA 7



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Debido a los bajos recursos económicos de los pacientes, muchos un 60% de los pacientes que son 12 usuarios masculinos y 18 femeninos que hacen el total de 60 no acuden a consultas y de los cuales 40% no toma el medicamento. 15 de los pacientes entrevistados que forma un 30% acude a consultas de control, solamente el 14% acepta que toma el medicamento y 19 usuarios que es 38% del total de la población entrevistada indicó que ocasionalmente el medicamento. (Gráfica 7)

2.4 LOS TRASTORNOS MENTALES EN MÉXICO.

Para ahondar en este tema, es necesario conocer una definición de trastornos psiquiátricos, que "son deterioros funcionales que pueden resultar de alteraciones de uno o más de los siguientes factores interrelacionados:

- 1) Función biológica. Los trastornos psiquiátricos de origen biológico pueden ser secundarios a enfermedades físicamente identificables o causadas por alteraciones bioquímicas del cerebro.
- 2) Adaptación psicodinámica, que implica aberraciones intrapsíquicas y suele tratarse con un enfoque psicoterapéutico.
- 3) La conducta aprendida, que es parte de los mecanismos patógenos en todos los trastornos psiquiátricos. La paternidad o el entrenamiento apropiado consisten en gran parte en utilizar prácticas conductuales adecuadas, compensar la conducta correcta y castigar la incorrecta. Los trastornos de la personalidad son ejemplos del fracaso para aprender e incorporar patrones de conductas aceptables al ambiente social.
- 4) Factores vitales en el equilibrio mental del individuo. Hay una influencia étnica constantemente cambiante que determina cuáles son los estereotipos de conducta que se tolerarán o se considerarán desviaciones". (56)

En 1992 la Organización Mundial de la Salud indica que en el mundo hay más de 40 millones de personas que en algún momento de su vida han sufrido padecimientos mentales severos, incrementándose más en personas que dependen de las drogas, trastornos orgánicos, retraso mental y trastornos del sistema nervioso. "En México es posible que el 1% del total de la población padezca en forma severa alguna enfermedad mental y el 10% de los individuos lo esté en un momento de su vida. Las enfermedades psicóticas se encuentran entre 10 y 14 por mil habitantes en la población mayor de 14 años, 12 de cada mil personas sufren retraso mental incluyendo 75% de los casos leves lo que hacen un total de 850 000 personas aproximadamente. Los hospitales psiquiátricos cubren una población de 62 230 000 habitantes en 26 estados de la República" (57)

En México, la proporción más elevada de enfermos corresponde a la psicosis, esquizofrenias y psicosis afectivas, seguidas de los desordenes que son consecuencia de los daños cerebrales. Algunos padecimientos marcados por Miguel Maltrajk K en un estudio realizado en la República Mexicana en 1987, son los siguientes:

2.4.1 ENFERMEDADES MENTALES EN MÉXICO.

CUADRO 16

TIPO DE ENFERMEDAD	No. PERSONAS QUE PADECEN POR 1 000 HAB.
ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS	80 DE CADA 1 000 EN EL CAMPO 123 DE CADA 1 000 EN ÁREA METROPOLITANA
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	26 DE CADA 1 000 HABITANTES
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	14 DE CADA 1 000 HABITANTES

CONTINUA...	
NEUROSIS OBSESIVA	13 DE CADA 1 000 HABITANTES
TRASTORNOS DISOCIATIVOS	10 DE CADA 1 000 HABITANTES
PSICOSIS AFECTIVA	8 DE CADA 1 000 HABITANTES

FUENTE: Maltajk K. Miguel Las enfermedades psiquiátricas en la República Mexicana, México 1987 p. 113

A continuación, se mencionarán algunas características de las enfermedades mentales más comunes en la República Mexicana:

2.4.2 ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.

Estas enfermedades se producen como consecuencia de superar la ansiedad, por lo tanto los factores de estrés desencadenantes puede ser una experiencia muy intensa o un hecho relativamente banal. "Las personas que padecen enfermedades psicosomáticas son las que experimentan síntomas físicos sin detectar ningún desarreglo orgánico" (58)

En ocasiones, las enfermedades psicosomáticas se deben a una acumulación de hechos aparentemente poco interesantes. Otros trastornos relacionados a esta enfermedad son: El trastorno somatomorfo que se caracteriza por la "presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por trastorno mental. Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas físicos no son intencionados" (59) Algunos trastornos asociados a este, son: hipocondría, trastorno de

58 CFR. Wincarz Stuard Gail/ Sundeen, Sandra Enfermería psiquiátrica España 1992 ED. Interamericana p. 161
59 DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

conversión, trastorno dismórfico corporal, trastorno de dolor somático, trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado.

2.4.3 TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD.

Este trastorno ocupa el segundo lugar en el cuadro 16, en donde se indica que de cada 26 de 1 000 habitantes padece el trastorno de ansiedad, que es "un sentimiento difuso de aprensión, de naturaleza vaga que aparece asociada a sentimientos de incertidumbre y desamparo. Es una emoción sin causa específica, que se experimenta de forma objetiva y se comunica de forma interpersonal. Otros trastornos relacionados a la ansiedad son: Trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, crisis de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple, trastorno de estrés postraumático" (60)

Algunas teorías que tratan de explicar la ansiedad, son:

- El psicoanálisis, con Freud, Erikson, Adler, Jung, Klein, Horney, Fromm, Richmann y Menniger que indican que la ansiedad "es un conflicto emocional entre dos elementos de la personalidad: el ego y el superego" (61)
- Interpersonal, con Sullivan y Peplau que manifiestan que la ansiedad " surge del miedo a la desaprobación y rechazo de la sociedad. Puede Asociarse a traumas del desarrollo y las personas con baja autoestima están más expuestas a esta." (62)
- Conductista, con Eysenck, Wolpe, Skinner, en donde se dice que la ansiedad surge de la frustración ó el miedo al dolor.
- Estudios sobre las familias. Indican que la ansiedad está presente en el núcleo familiar.

60 CFR Ibidem p. 127

61 Ibidem p. 129

62 CFR. Ibidem p. 128-129.

- Investigaciones biológicas con Freud, Meyer, Kraepelin, Spitzer que afirman " que el cerebro contiene receptores específicos de las benzodiazepinas y se cree que estos receptores ayudan a regular la ansiedad" (63)

2.4.4 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.

El carácter es un estado emocional prolongado que influye sobre la personalidad y la vida del individuo. Se refiere a las emociones más persistentes de cada persona y está relacionado con la afectividad, el estado de ánimo y las emociones. Incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor como lo son: trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, trastorno ciclotímico, trastorno de ánimo debido a enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Las teorías que tratan este trastorno son:

- Factores genéticos.
- Teoría de agresión dirigida hacia adentro que manifiesta que el individuo dirige hacia sí mismo los sentimientos de amargura y agresividad.
- Teoría de la pérdida del objeto. Atribuye la depresión a la separación traumática de los objetos a los que la persona se siente unida.
- Modelo conductista. La causa de la depresión reside más en la falta de refuerzos que en las interacciones del individuo con su entorno.
- Modelo biológico. Describe los cambios químicos que se producen en el organismo durante los estados de depresión.

2.4.5 CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA.

Se denomina conducta autodestructiva a cualquier actividad que conduzca a la muerte si no se interrumpe. La conducta autodestructiva directa son todas las actividades que se realizan en deterioro del bienestar del individuo, incluyendo las formas de comportamiento suicida. Algunas enfermedades relacionadas son: depresión mayor, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno bipolar, incumplimiento del tratamiento médico.

2.4.6 TRASTORNOS DISOCIATIVOS.

La característica esencial consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repetida o gradual, transitoria o crónica.

El concepto de uno mismo no existe en el momento de nacimiento, es una noción adquirida como resultado de las experiencias únicas por las que pasa el individuo: sus experiencias con otras personas y con la realidad de la vida cotidiana. Las alteraciones del concepto de uno mismo "se define como el conjunto de creencias y convicciones que constituyen la idea individual de uno mismo y que determinan sus relaciones con los demás" (64) Algunas enfermedades relacionadas es: trastorno de la personalidad múltiple, trastorno de identidad disociativo, personalidad límite, bulimia nerviosa, trastorno de despersonalización, trastorno de personalidad narcisista, anorexia nerviosa, amnesia psicógena, amnesia disociativa, fuga psicógena, fuga disociativa.

2.4.7 ALTERACIÓN DE LAS RELACIONES SOCIALES.

Los factores desencadenantes pueden ser origen interno o externo, entre las que encontramos la inestabilidad familiar, estrés, separación de los seres queridos, siendo la causa principal de estas la inadaptación social. Las enfermedades relacionadas con estas alteraciones son: Esquizofrenia paranoide, esquizofrenia catatónica, trastornos de la personalidad antisocial, trastorno de la personalidad limite, trastorno de la personalidad dependiente.

2.4.8 TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

La característica esencial es el "desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Se manifiesta a través de una disminución del rendimiento en el trabajo o la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales" (65) Estos trastornos están asociados al aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio.

2.4.9 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

El trastorno de la personalidad " es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto" (66), tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta. Los trastornos de la personalidad, son los siguientes: trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno limite de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad,

65 CFR *Ibidem* p. 296

66 CFR *Ibidem* p. 297

trastorno narcisista de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de la personalidad por dependencia, trastorno obsesivo-compulsivo.

2.4.10 PROBLEMAS PARA EXPRESAR LA AGRESIVIDAD.

La agresividad es un estado de ánimo de resentimiento y enfado que aparece en respuesta al aumento de la ansiedad cuando el individuo percibe una amenaza. El individuo experimenta los sentimientos de agresividad con los distintos grados de intensidad, dependiendo del tipo de acontecimientos que los ha provocado. Algunas enfermedades relacionadas son: alteración de las relaciones sociales, trastorno de la conducta, trastorno de oposición desafiante, trastorno delirante, síndrome de la personalidad orgánico de tipo explosivo, personalidad paranoide.

Existen tres factores de predisposición: biológicos, psicológicos y socioculturales. Dentro de cada factor existen teorías que lo explican.

1. Factores biológicos:

- "Teoría de los instintos que indica que la conducta agresiva resulta de un instinto hereditario.
- Teoría psicosomática. La agresividad es resultado de una respuesta fisiológica a estímulos internos ó ambientales que activan la rama simpática del sistema nervioso autónomo" (67)

2. Factores psicológicos:

- "Teoría de la frustración – agresión. Cuando el individuo se siente frustrado responde con una conducta agresiva" (68)

- Teoría conductista. La agresión es una respuesta aprendida y es reforzada por la comprobación.
 - Teoría existencial. Cuando no se satisface positivamente una necesidad mediante una conducta constructiva, se recurre a una agresiva" (69)
3. Factores socioculturales.
- " Teoría del entorno social. Las normas culturales determinan el empleo de respuestas de reafirmación o de respuestas violentas.
 - Teoría del aprendizaje social. La conducta agresiva aprende como parte del proceso de socialización" (70)

2.4.11 TRASTORNOS COGNOSCITIVOS

Cualquier lesión grave del cerebro puede provocar una alteración de la función cognoscitiva. Las alteraciones cognoscitivas son el resultado de alteraciones biológicas del sistema nervioso central. Algunas enfermedades relacionadas con el trastorno cognoscitivo son:

2.4.11.1 DELIRIUM.

Consiste en una alteración de la conciencia y confusión de las funciones cognoscitivas debido a una alteración de metabolismo cerebral con delirios, ilusiones y/o alucinaciones. Otros diagnósticos relacionados son: Delirium debido a una enfermedad médica, delirium inducido por sustancias, delirium debido a múltiples etiologías.

69 CFR Ibidem p 297

70 CFR. Ibidem p 296

2.4.11.2 DEMENCIA.

Estado mental irreversible, deterioro de memoria a corto y largo plazo de pensamiento abstracto y de la capacidad de juicio, que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías. Algunos diagnósticos relacionados son: Demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia debido a traumatismo craneal, demencia debido a enfermedad de Parkinson, demencia debido a enfermedad de Huntington, demencia debido a enfermedad de dic, demencia debido a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia debido a otras enfermedades médicas, demencia inducida por el consumo persistente de sustancias.

2.4.11.3 TRASTORNOS AMNÉSICOS.

Se caracteriza por una alteración de la memoria que puede ser debido tanto a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica como a la acción persistente de sustancias. Otros trastornos son: trastorno amnésico debido a enfermedad médica, trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.

Existen tres modelos cognoscitivos:

1. "Modelo de asociación. Sostiene que ante un determinado estímulo, el individuo puede reaccionar con diversas respuestas. La respuesta más probable es aquella que ha sido reforzada anteriormente" (71)
2. "Modelo cognoscitivo. Los estímulos se experimentan como signos que crean una necesidad, y que empujan a la persona a buscar una gratificación. La respuesta depende de la percepción personal del entorno" (72)

71 CFR Ibidem. p. 318.

72 CFR. Ibidem. p. 319

3. "Modelo de desarrollo de Piaget. Existen cinco fases: Sensoriomotriz, preparación y organización de operaciones concretas, fase preoperatorio, operaciones concretas y operaciones formales" (73)

2.4.11 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Se caracteriza por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La persona que padece este trastorno sufre de la alteración de la percepción de la forma y del peso corporal. Existen dentro de esta sección dos trastornos específicos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

2.4.11.1 ANOREXIA NERVIOSA.

La característica esencial de la anorexia consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo al normal, en un miedo a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño corporal. Existen sub tipos de anorexia nerviosa: tipo restrictivo y tipo compulsivo / purgativo.

2.1.11.2 BULIMIA NERVIOSA.

Consiste en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso y sus tipos son: tipo purgativo y tipo no purgativo.

2.4.12 TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS.

Este trastorno consiste en la dificultad para resistir un impulso de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. El individuo percibe una sensación de tensión interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento. Otros trastornos relacionados son: trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía.

DIAGNÓSTICO DE USUARIOS AGUDOS ENTREVISTADOS

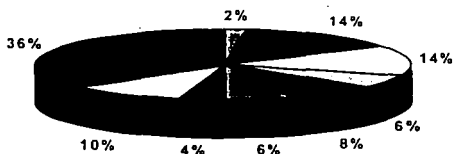
CUADRO 17

DIAGNÓSTICO	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
TRASTORNO MENTAL ORGÁNICO	18	36%	13	5
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	1	2%	0	1
TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO	7	14%	3	4
T. DELIRANTE ORGÁNICO	7	14%	0	7
EPILEPSIA	3	6%	1	2
T. ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD	4	8%	2	2
DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL	3	6%	1	2
T. AFECTIVO ORGÁNICO	2	4%	1	1
ESQUIZOFRENIA	5	10%	4	1
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano

DIAGNÓSTICO DE USUARIOS AGUDOS ENTREVISTADOS

GRAFICA 8



■ TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	■ TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO
□ T. DELIRANTE ORGÁNICO	□ EPILEPSIA
■ T. ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD	■ DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL
■ T. AFECTIVO ORGÁNICO	□ ESQUIZOFRENIA
■ TRSTORNO MENTAL ORGÁNICO	

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano

Para comprender el reintegro a unidades médico psiquiátricas de usuarios agudos, es necesario que conozcamos y analicemos las enfermedades mentales más comunes en México, aunado a esto, es importante conocer con cuántas camas censables cuenta la República Mexicana en sus diferentes hospitales psiquiátricos públicos y privados; prestando especial atención a la ciudad de Puebla que es donde se desarrolla esta investigación. De las 50 entrevistas realizadas en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, en las salas 2 y 3, se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a diagnósticos psiquiátricos: 36% padece Trastorno Mental Orgánico, el 14% Trastorno psicótico agudo, otro 14% trastorno delirante orgánico, la epilepsia la padece un 2%, 8% trastorno orgánico de la personalidad. 2 % trastorno afectivo bipolar. El delirium no inducido por alcohol lo padece un 6%, trastorno afectivo orgánico el 4% de la población tiene este diagnóstico. El 10 % tiene esquizofrenia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.4.14 COSTOS DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS.

Los costos de los medicamentos para estas enfermedades son elevados, lo que impide que las familias puedan proporcionarle una atención integral a sus familiares, aunado a esto, Los medicamentos son difíciles de conseguir ya que pertenecen a los siguientes grupos de medicamentos:

GRUPO I: Medicamentos que sólo pueden adquirirse con receta o permiso especial, expedido por la Secretaría de Salud.

GRUPO II: " Medicamentos que requieren receta médica para su adquisición que deberá retenerse en la Farmacia que la surta y ser registrada en los libros de control. El médico tratante podrá prescribir dos envases primarios del mismo producto como máximo, especificando su contenido. Esta receta tendrá vigencia de 30 días a partir de la fecha de elaboración de la misma.

GRUPO III: Medicamentos que solamente pueden adquirirse con receta médica que se podrá surtir tres veces, la cual debe sellarse y registrarse cada vez en los libros de control. Esta prescripción se deberá retener por el establecimiento que la surta en la tercera ocasión.

GRUPO IV: Medicamentos que para adquirirse requieren receta médica pero que pueden resurtirse tantas veces como lo indique el médico que prescriba.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

GRUPO V: Medicamentos sin receta, autorizados para su venta exclusivamente en farmacias.

GRUPO VI: Medicamentos que para adquirirse no requieren receta médica y que pueden surtirse en otros establecimientos que no sean farmacias* (74)

Los medicamentos que se utilizan para pacientes psiquiátricos del Hospital Dr. Rafael Serrano, son recetados por los especialistas de dicho hospital. Algunos pertenecen al grupo III, IV ó V y aunque con la receta médica expedida por el médico psiquiatra y con los requisitos de la Secretaría de Salud no tiene ningún problema para surtirse, no todas las farmacias la surten, ya que esas deben cumplir con ciertas normas que establece la Secretaría de Salud para obtener un permiso especial y poder venderlas.

74 Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. México, 1997 Ed. Secretaría de Salud. P. 69-70.

COSTOS DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

CUADRO 18

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	LABORATORIO	USO	COSTO
AKINETON	Ampolleta 1 ml.	Knoll	Antiparkinsoniano	\$ 32.00
	30 tabletas			\$ 68.00
	Retad c/ 20 tab			\$ 62.00
ALBORAL	10 ml. c/ 40 tab	Silanes	Anticonvulsivo y Antipsicótico	\$ 87.00
	5 ml. c/ 40 tab			\$ 53.00
HALDOL	6 Ampolleta 1 ml.	Janssen	Antiepiléptico	\$ 198.00
ATEMPERATOR	Solución 40 ml	Amstrom	Antiepiléptico	\$ 116.00
	200 mg. c/100 tab			\$ 290.00
	200 mg. c/ 40 tab			\$ 116.00
ATEMPERATOR	400 mg. c/ 10 tab	Amstrom	Antiepiléptico	\$ 58.00
	400 mg. c/ 20 tab.			\$ 116.00
	500 mg. c/ 20 tab.			\$ 145.00
	L.P. 600 mg			\$ 165.00
	Suspensión 100 ml.			\$ 82.00
ATIVAN	1 mg. c/ 40 tab.	Wyte-Vales	Antipsicótico	\$ 68.85
EKILID	50 mg. c/ 40 cap.	Merrell- Lepetit	Tranquilizante	\$ 46.00
EPAMIN	30 tabletas	Parke-Davis	Antiepiléptico	\$ 50.50
EPIVAL	250 mg. c/ 30 tab.	Roche	Antiepiléptico	\$ 156.90
	500 mg. c/ 30 tab.			\$ 290.60
	Sprinkle c/ 60 cap.			\$ 181.00
EVADINE	10 mg c/ 40 tab	Wyte-Vales	Antidepresivo	\$
	25 mg c/ 40 tab.			\$
	50 mg c/ 40 tab.			\$
HALCIÓN	125 mg. c/ 30 tab.	Upjohn	Hipnótico	\$ 99.00
	25 mg. c/ 30 tab.			\$ 134.00
MELLERIL	100 mg. c/ 40 tab.	Sandoz	Neuroleptico	\$ 188.00
	10 mg. c/ 50 tab.			\$ 47.00
	25 mg. c/ 30 tab.			\$ 57.00
PROZAC	20 mg. c/ 7 tab.		Antidepresivo	\$ 152.70
	20 mg. c/14 tab.			\$ 293.60
	20 mg. c/28 tab.			\$ 582.20
	20 mg. D c/ 14 tab.			\$ 293.60
SINOGAN	25 mg. Amp. c/ 10	Rhone	Antipsicótico	\$ 110.00
	25 mg. c/ 25 comp.			\$ 46.40
TAFIL	25 mg. c/ 30 tab.	Upjohn	Antipsicótico	\$ 81.00
	25 mg. c/ 90 tab.			\$ 174.00
	50 mg. c/ 30 tab.			\$ 102.00
	50 mg. c/ 90 tab.			\$ 229.00
	1 g. c/ 30 tab.			\$ 156.00
	1 g. C/ 90 tab.			\$ 399.00

Continua...

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TEGRETOL	200 mg c/20 comp	Cibageiy	Antiepiléptico	\$ 90.00
	400 mg c/10 comp			\$ 85.00
	L.C. 200 mg			\$ 96.00
	L.C. 400 mg			\$180.00

FUENTE: Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, México, 1997 Ed. Secretaría de Salud

CAPÍTULO III. ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE CASOS DE USUARIOS AGUDOS DEL HOSPITAL DR. RAFAEL SERRANO.

3.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LOS USUARIOS PSIQUIÁTRICOS AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO RAFAEL SERRANO.

3.1.1 METODOLOGÍA.

En este capítulo se analizará la situación de las padecen algún trastorno mental, poniendo especial atención a su situación familiar, laboral e intra hospitalaria, para lo cual comenzaremos por distinguir a un paciente crónico de un agudo. " Un síndrome cerebral agudo quiere decir que el trastorno comenzaba repentinamente, dando como resultado delirio o coma y era irreversible o terminaba en una resolución de los síntomas agudos. Por otra parte, crónico, quería decir que además del lento principio de la demencia, el estado patológico era irreversible o permanente" (75)

Las personas que padecen de alguna enfermedad mental se enfrentan constantemente al rechazo ya sea de la familia ó de la comunidad. No solo los lazos afectivos se ven afectados, también sus actividades escolares y laborales.

Así que dentro del presente trabajo, se pretende investigar hasta qué punto el rechazo que sufren los pacientes por parte de su familia, se refleja en el reingreso hospitalario. Por esto se acudió al Hospital Dr. Rafael Serrano durante los meses de agosto y septiembre del 2000, en donde se registraron un total de 72 reingresos en los pabellones dos y tres que corresponden a mujeres y hombres, respectivamente.

De acuerdo a esta cifra, se tomó como muestra a 50 usuarios, representando el 69.4% de los 72 usuarios registrados como reingresos. Antes de la aplicación de la entrevista, se realizó una prueba de cuestionario a 25 personas para, finalmente aplicarlas a los usuarios de dicho hospital.

Este instrumento consta de dos partes, la primera, destinada a la familia del usuario con el objetivo de conocer aspectos familiares, económicos y antecedentes hospitalarios del usuario y, la segunda, destinada al paciente conociendo aspectos como su vida intra y extra hospitalaria.

Se entrevistaron a 50 pacientes y a sus familiares, siendo el 50% de las entrevistas aplicadas en el pabellón dos, de mujeres y 50% de las entrevistas al pabellón tres, de hombres. Algunos resultados de este estudio son los siguientes:

EDAD DE USUARIOS ENTREVISTADOS.

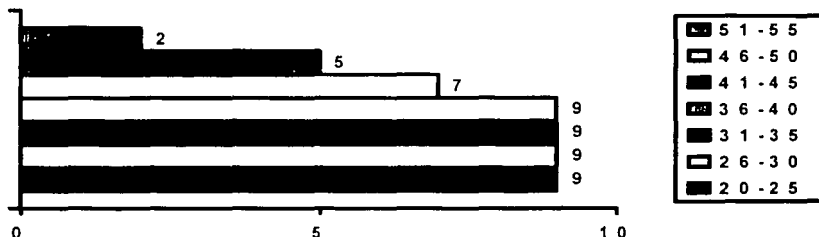
CUADRO 19

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
20-25	9	18%	6	3
26-30	9	18%	6	3
31-35	9	18%	4	5
36-40	9	18%	5	4
41-45	7	14%	2	5
46-50	5	10%	2	3
51-55	2	4%	0	2
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

EDAD DE USUARIOS ENTREVISTADOS.

GRAFICA 9



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

Las edades de los usuarios entrevistados oscilan entre los 20 y 55 años de edad, siendo el porcentaje de la siguiente manera: De 20 a 25 años de edad, la tiene el 18% de la población que son 6 hombres y 3 mujeres, Otras 9 personas que representa el 18% tienen de 26 a 30 años. Las personas que tienen de 31 a 35 años de edad representan el 18%, 5 hombres y 3 mujeres tienen el mismo 18% de la población entre 36 a 40 años de edad. 14%, o sea, 7 usuarios tienen de 41 a 45 años, El 10% tiene de 46 a 50 años de edad que son 5 usuarios entrevistados y solo un 4% tiene de 51 a 55 años. Esto nos indica que la población entrevistada está en edad laboralmente productiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCOLARIDAD DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS

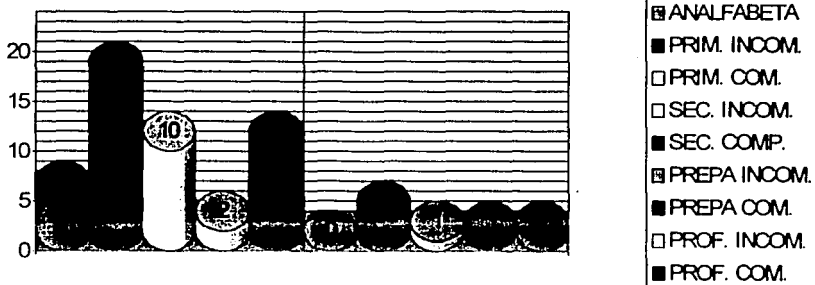
CUADRO 20

ESCOLARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
ANALFABETA	5	10%	3	2
PRIM. INCOM.	17	34%	8	9
PRIM. COMP.	10	20%	6	4
SEC. INCOM.	2	4%	2	0
SEC. COMP.	10	20%	3	7
PREPA COMPL.	3	6%	2	1
PROFE. INCOM.	1	2%	0	1
PROFESIONAL	1	2%	1	0
NO CONTESTÓ	1	2%	0	1
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

GRAFICA 10

ESCOLARIDAD DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas el hospital doctor Rafael Serrano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se observa que un 34% de la población que son 17 usuarios entrevistados cursó solamente una parte de la primaria, un 20% terminó la primaria, 10 usuarios que representan el 20% concluyó la secundaria, 10% que son 5 usuarios entrevistados son analfabetas, un 6% que son 3 personas entrevistadas concluyó la preparatoria ó equivalente, 2 personas que es un 4% cursó parcialmente la secundaria. Solamente 1 persona que representa el 2% cursó la licenciatura pero no la concluyó. Un a persona que es el 2% si terminó una carrera y 1 persona no contestó. La mayor parte de los pacientes no están preparados académicamente debido a su enfermedad mental.

ESTADO CIVIL DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS.

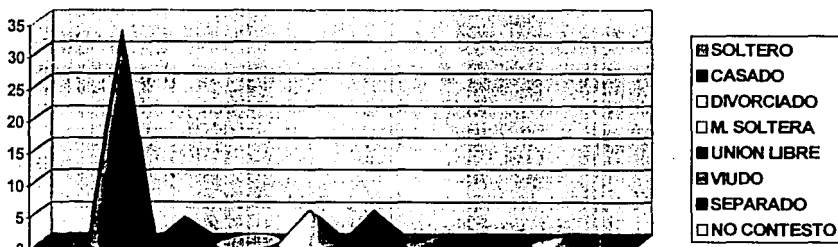
CUADRO 21

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
SOLTERO	33	66%	22	11
CASADO	4	8%	0	4
MADRE SOLTERA	5	10%	0	5
UNIÓN LIBRE	5	10%	3	2
VIUDO	1	2%	0	1
SEPARADO	1	2%	0	1
NO CONTESTÓ	1	2%	0	1
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Información basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

ESTADO CIVIL PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS

GRAFICA 11



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas el hospital doctor Rafael Serrano.

El estado civil de los usuarios entrevistados es el siguiente: 34 personas entrevistadas que representa el 68% es soltero, esto nos indica que la mayoría de los usuarios viven con su familia de origen 8% ó 4 personas entrevistadas son casados, 5 usuarias entrevistadas que representa un 10% del total de la población es madre soltera, 10% de la población vive en unión libre. Solamente 2% es viudo, 2% separado y 2% no contestó.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¿EL PACIENTE TRABAJA?

CUADRO 22

¿TRABAJA?	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
SI	26	56%	13	13
NO	20	30%	8	12
NO CONTESTÓ	4	14%	4	0
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas el hospital Dr. Rafael Serrano.

¿EL PACIENTE TRABAJA?

GRAFICA 12



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas el hospital doctor Rafael Serrano.

Es muy difícil que los pacientes trabajen primeramente por lo difícil que resulta encontrarlo y posteriormente porque el paciente se le trata como una persona inválida y éste se acostumbra a este trato. Además, si se encuentra el trabajo resulta muy difícil mantenerlo. En este estudio, se observa un 52% de pacientes que son 13 hombres y 13 mujeres trabaja esporádicamente 40% no trabaja que son 12 mujeres y 8 hombres y 8% de la población no respondió a esta pregunta que son 4 usuarios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿EN QUÉ TRABAJA?

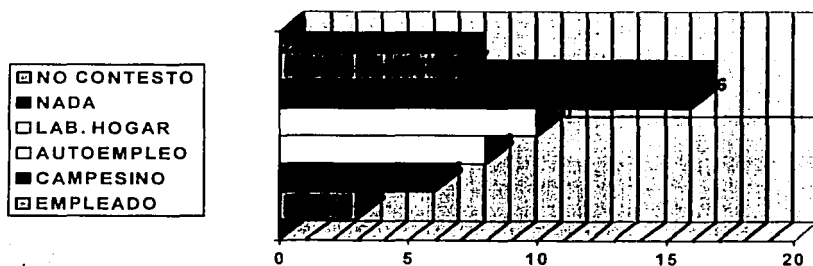
CUADRO 23

¿EN QUÉ?	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
EMPLEADO	4	8%	2	2
CAMPESINO	8	16%	7	1
AUTOEMPLEO	11	22%	6	5
LAB. HOGAR	7	14%	0	7
NADA	12	36%	8	10
NO CONTESTÓ	2	4%	2	0
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas el hospital doctor Rafael Serrano.

¿EN QUE TRABAJA?

GRAFICA 13



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas el Hospital doctor Rafael Serrano.

De los usuarios que trabajan, 14% se dedican a trabajar en casas siendo 7 mujeres las que se dedican a esta actividad, 22%, que son 11 usuarios son autoempleados, 16% que son 7 hombres y 1 mujer son campesinos y solamente 2 mujeres y 2 hombres que representan el 8% son empleados. Como se observó en la gráfica 14 y 15, un alto porcentaje de los usuarios entrevistados no trabajan, esto se debe a que generalmente sus

¿EL PACIENTE QUE HACE EN SUS RATOS LIBRES?

CUADRO 24

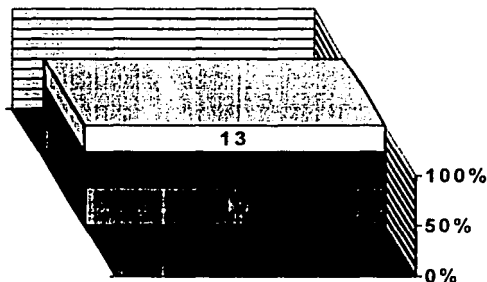
RATOS LIBRES	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
LABOR. HOGAR	19	38%	1	18
NADA	18	36%	15	3
NO CONTESTÓ	13	26%	9	4
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración n basándose en las encuestas realizadas el Hospital doctor Rafael Serrano.

Gráfica 14

¿EL PACIENTE QUE HACE EN SUS RATOS LIBRES?

▣ LABORES DEL HOGAR ■ NADA □ NO CONTESTO



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas el hospital doctor Rafael Serrano.

Las actividades de los usuarios son importantes para su recuperación, por esto se considera importante conocer lo que hacen en sus hogares cuando no se encuentran hospitalizados. Se observa que los usuarios en sus ratos libres el 38% ayudan a los quehaceres del hogar, 34% no hace nada y 26% no respondió.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si el padecer una enfermedad mental tiene consecuencias negativas para la persona, pues es muy difícil el admitir que es un enfermo mental, el ser internado en una institución psiquiátrica resulta caótico, el paciente queda segregado por la sociedad durante la hospitalización.

Por otra parte, ambientarse a la institución es difícil, ya que están establecidos horarios y actividades que debe desempeñar el paciente. Así se olvidan de sus anteriores actividades y habilidades sociales, aprendiendo a ambientarse a la vida hospitalaria.

Para que el enfermo mental se recupere dentro de sus posibilidades, el apoyo social representa un importante papel. El paciente necesita alguien en quien confiar, sentir el apoyo de familiares y amigos.

3.1.2 SURGIMIENTO DEL TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO EN MÉXICO.

El Trabajo Social Psiquiátrico surge en nuestro país en "1948 en el Hospital La Castañeda en la ciudad de México. La tarea de Trabajo Social en esta institución era el dar fichas y recibir pases de visita para los pacientes" (76).

Posteriormente en 1966 en el Hospital Infantil Juan N. Navarro ubicado en la ciudad de México, las trabajadoras sociales orientaban y daban información a la familia, investigaban los recursos económicos y para el trato y manejo del paciente en su hogar. Esto lo realizaban de acuerdo al Plan General de Salud Mental.

En la ciudad de México, "en 1974 en la clínica Neuropsiquiátrica San Rafael la única trabajadora social que laboraba en esta institución se encargaba de la programación y actividades. En la Ciudad de Puebla, en el Hospital Civil, actualmente Hospital Universitario, en 1965 había dos trabajadoras sociales para la realización de estudios socioeconómicos y valorización económica de los pacientes, incluyendo a los del pabellón de psiquiatría. Además debían localizar a la familia al dar de alta al paciente " (77)

Desde la inauguración del Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano en 1967, Trabajo Social ha estado presente siendo 6 las personas que laboraban en este departamento, continuando con este servicio hasta la fecha.

En el Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe, "en Cholula Puebla es hasta 1975 que por primera vez se cuenta con un equipo de estudiantes de la Escuela de Trabajo Social para que posteriormente, esta profesión forme parte del equipo interdisciplinario de esta institución" (78).

76 Bernal, Hernández Elsy Evelin. Estudio de la comunidad del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano. Puebla, 1989 Ed. SEP p. 16

77 Rojas Marquez, Lourdes El trabajo social ante los reingresos en un hospital psiquiátrico México 1981, Ed. SEP p. 12

78 CFR. Ibídem p. 72

3.1.3 DERECHOS HUMANOS Y DE RESPETO A LA DIGNIDAD DE LOS USUARIOS.

Todos los hombres y mujeres por la simple razón de ser personas, tenemos derechos humanos que nos protegen , pero además, las personas que padecen algún trastorno mental tienen derechos humanos específicos.

"De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, dentro de cada unidad de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, el usuario tiene derecho a: " (79)

1. - Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.
2. - No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
3. - A su ingreso al hospital se le debe informar, a él y a su representante legal, de las normas que rige el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de quienes serán los miembros del personal de salud, médicos, trabajadora social y enfermera.
4. -Un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
5. - Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.

6. - Recibir alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. Asimismo recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios si así lo desea.
7. - Tener acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario.
8. - Recibir información veraz, concreta, respetuosa, en lenguaje comprensible para él y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respeto a sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.
9. - Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.
10. - Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley y que ello se registre en el expediente clínico del paciente.
11. - Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.
12. - Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.
13. - Ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante y en caso de denunciar por sí o a través de su representante legal cualquier abuso físico, psicológico o moral que se cometa en su contra.
14. - Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución, enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Tener acceso a los servicios

telefónicos, así como leer la prensa, escuchar radio y ver televisión, de conformidad con las indicaciones del médico tratante.

15. - Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar si ello no interfiere con el tratamiento.

16. - Gozar de los permisos terapéuticos para visitar a sus familiares, de acuerdo con el criterio médico.

17. - Recibir asistencia religiosa, si así lo desea.

18. - Obtener la autorización del médico tratante o de un profesional autorizado, para salir de la unidad y relacionarse con su pareja.

3.2 TRABAJO SOCIAL Y LA FAMILIA.

En la recuperación del paciente, la familia es un factor importante en el buen o mal tratamiento del enfermo mental. Por este motivo, es fundamental conocer la dinámica familiar de los enfermos mentales del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

"La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas del desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales" (80) Cuando un miembro de la familia tiene una enfermedad psiquiátrica, el desarrollo de esta es un tanto distinto debido a que la familia no acepta la enfermedad y se tienen sentimientos de culpa.

El Dr. Ramón de la Fuente en su libro *Psicología Médica* identifica algunas etapas que la familia tiene cuando algún miembro de esta sufre una enfermedad grave o incapacitante. Estas etapas son:

"Inicialmente la familia no reconoce la gravedad del problema. Después en forma gradual o súbita adquiere conciencia de que se trata de una enfermedad de consecuencias graves y hay cambios en la conducta de la familia hacia la persona enferma y hace ajustes para contender con la situación" (81) Estos cambios de conducta pueden ser de apoyo ó de rechazo hacia el paciente, influyendo directamente en el tratamiento de este.

Por lo anterior, es de suma importancia que en cuanto el enfermo mental sea evaluado por un especialista, discutir con un familiar responsable todas las dudas que se tengan sobre la enfermedad y el tratamiento.

80 Framo, James. *La Familia de origen y psicoterapia*. p 39

81 De La Fuente, Ramón. *Psicología médica*, 1996. Ed. F.C.E. p. 162.

Esta plática entre especialista y familia debe ser del todo franca y honesta para que la familia además de informada, debe estar consciente de la enfermedad para que apoye al paciente y para que todos los miembros de la familia asimilen positivamente la realidad.

Joel Elizur y Salvador Minuchin en su obra "La locura y las instituciones" afirman que "la internación siempre brinda un alivio sumamente necesario para los miembros de la familia que se sienten sobrecargados y desmoralizados. Desgraciadamente, las tensiones tienden a reaparecer cuando se le da de alta al paciente. El tratamiento con medicamentos ayuda, pero no soluciona estos problemas que los pacientes y sus familias tienen que afrontar en su medio natural" (82)

Una vez que el paciente se encuentra en su hogar después del alta hospitalaria, es necesario que el paciente sea observado periódicamente por el especialista y que el tratamiento medicinal continúe en casa. En el presente estudio se observa que el 54% de pacientes no acude a consultas de control después del alta hospitalaria, el 18% solamente algunas veces tomó el medicamento adecuadamente como lo recetó el especialista, el 50% admite que no toma el medicamento.

Obviamente el resultado anterior nos indica el por qué existe un alto índice de reingresos hospitalarios y esto está íntimamente ligado con el apoyo que la familia le da al paciente y a su tratamiento.

Por lo anteriormente expuesto es necesario que el Trabajador Social se involucre no solamente con las actividades dentro del hospital, sino que salga a realizar visitas domiciliarias, vigilando que la familia se integre en el tratamiento. Es importante que la familia completa reciba una terapia familiar para que esta asimile el proceso de la enfermedad.

Ejemplo de lo anterior, es el trabajo con la familia de pacientes esquizofrénicos que realizaron Fallon, Boyd y McGill en el año de 1984.

"El paquete terapéutico incluía terapia familiar con énfasis sobre el comportamiento, educación, entrenamiento para pacientes y familias en las técnicas para resolver problemas, medicación, asesoramiento para la rehabilitación, intervención durante la crisis y otras formas de ayuda que pueden ser integradas dentro de un enfoque basado en la comunidad. Este trabajo fue considerado eficaz en diferentes medidas, incluso la necesidad de internación, funcionamiento de los pacientes en la comunidad y su liberación de síntomas de invalidez" (83)

Pero Joel Elizur y Salvador Minuchinn consideran que en México "la mayoría de los hospitales no tienen ningún interés en la intervención directa de la familia. No tienen personal especializado para trabajar con ella y no están organizados para ese trabajo" (84) Esto es negativo para el proceso de recuperación del paciente, siendo necesario que las instituciones psiquiátricas de México tomen modelos de atención de otros países para tratar a la familia.

Para esto sería necesario reestructurar las funciones del trabajador social psiquiátrico, y aunque se han establecido ciertas funciones dedicadas a la familia de pacientes psiquiátricos agudos, la práctica es un tanto distinta.

A continuación, se mostrarán tres gráficas que ilustran el tipo de familia de los usuarios entrevistados, así como quién funge como responsable legal.

83 *Ibidem* p. 139

84 *Ibidem* p. 133

PARENTESCO DEL RESPONSABLE LEGAL DE USUARIOS AGUDOS.

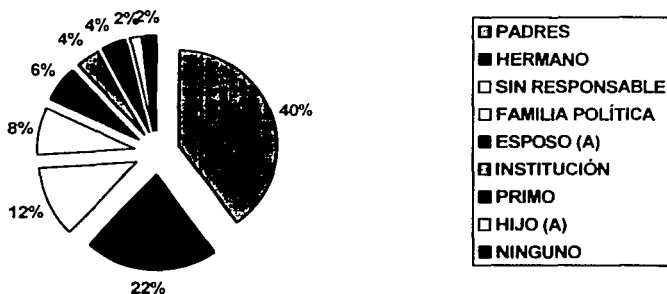
CUADRO 25

PARENTESCO	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
PADRES	20	40%	10	10
HERMANO(A)	11	22%	6	5
S/ RESPONSABLE	6	12%	0	6
FAM. POLÍTICA	4	8%	1	3
ESPOSO(A)	3	6%	2	1
INSTITUCIÓN	2	4%	1	1
PRIMO	2	4%	0	2
HIJO (A)	1	2%	0	1
NINGUNO	1	2%	0	1
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano

PARENTESCO DEL RESPONSABLE LEGAL DE USUARIOS AGUDOS

GRAFICA 15



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En esta tabla se puede observar que el 40% de los usuarios agudos que son 20, tienen como responsable legal a sus padres, 11 usuarios que representa un 22% algún hermano funge como responsable, el 12% del total de la población, que son 6 usuarios no tiene responsable legal. El 8% que son 4 usuarios tiene como responsable algún familiar político, solamente 3 usuarios que representa el 6% tiene como responsable a su esposo(a), 4% una institución se ha hecho responsable del usuario, un 2% un hijo ó hija del usuario. Esto nos indica que en su mayoría, los pacientes cuentan con un respaldo familiar al ingresar al hospital.

TIPO DE FAMILIA DE USUARIOS AGUDOS.

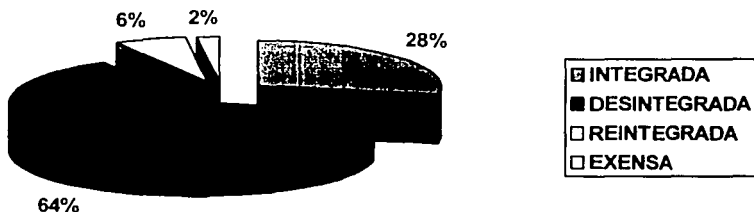
CUADRO 26

TIPO	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
INTEGRADA	14	22%	8	6
DESINTEGRADA	32	68%	13	19
REINTEGRADA	3	6%	3	0
EXTENSA	1	2%	1	0
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

TIPO DE FAMILIA DE USUARIOS AGUDOS.

GRAFICA 16



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

La familia juega un papel primordial en este estudio, por lo que se investigó qué tipo de familia tiene el responsable legal, obteniendo los siguientes resultados: 32 entrevistados que representa 68% del total de la población, la familia está desintegrada, 14 usuarios que es un 28%, la familia está integrada, 6% de las familias se han reintegrado y solo 2% de las familias son extensas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA DE USUARIOS AGUDOS.

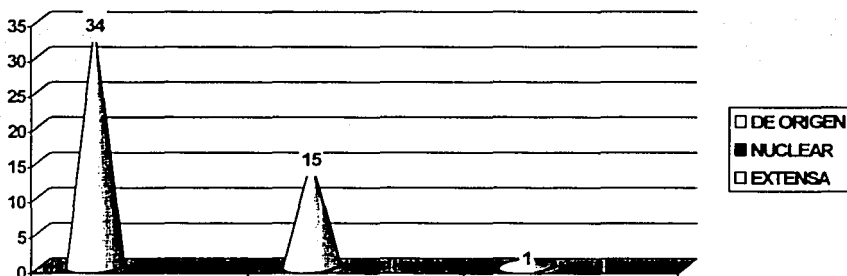
CUADRO 27

FAMILIA	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
DE ORIGEN	34	78%	21	13
NUCLEAR	15	30%	4	11
EXTENSA	1	2%	0	1
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

FAMILIA DE USUARIOS AGUDOS.

GRAFICA 17



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

En el presente trabajo, se aprecian varios aspectos de la familia de los usuarios psiquiátricos agudos del hospital Dr. Rafael Serrano. La mayoría de los usuarios, que son 34 representa el 78% viven con su familia de origen, 30. % vive con su familia nuclear siendo 4 hombres y 11 mujeres.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.3 TRABAJO SOCIAL Y EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

Este equipo debe estar formado por el psiquiatra, la enfermera psiquiatra, el psicólogo y el trabajador social quienes deben coordinarse para la realización de planes y programas en beneficio de los usuarios, familia y la comunidad para prevenir, informar, orientar sobre las enfermedades mentales y su tratamiento.

El equipo de trabajo en salud mental requiere ser concebido desde una doble perspectiva: una que considere al individuo y a las organizaciones de la comunidad como integrantes naturales de él y otra que haga referencia al equipo técnico encargado de conducir las acciones destinadas a cumplir con los objetivos de esta área de la salud.

Este equipo es importante por que permite abordar la realidad del campo de la salud mental desde diferentes perspectivas, ya que cada profesionista por si solo no podría contribuir eficientemente para resolver los problemas a los que se enfrenta. Pero, todos en su conjunto intercambian conocimientos, experiencias profesionales y personales lo que ayuda a trabajar para realizar los objetivos planteados desde diferentes enfoques profesionales, a continuación se mencionaran las actividades que debe desempeñar cada departamento del área de la salud mental:

3.3.1 ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL.

El Trabajo Social psiquiátrico "persigue la rehabilitación ó reestructuración de la personalidad del paciente y la profilaxis psicosocial, que tiende a evitar los desajustes humanos" (85) Para lograr esto, es necesario tener bien definidas las funciones y actividades que el Trabajador Social debe desempeña en las instituciones psiquiátricas.

Las funciones que debe desempeñar Trabajo Social en una unidad psiquiátrica se debe de dividir en varias etapas:

1. Pre-Hospitalización. Son aquellas actividades que se realizan durante la consulta externa del paciente. Aquí se debe informar y orientar a la familia y al paciente sobre el tratamiento que tendrá durante la hospitalización, para esto es importante tener una "relación con el paciente y los familiares del mismo para obtener información como antecedentes de la enfermedad a fin de facilitar el diagnóstico. Esta función dentro del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano se realiza al entrevistar por primera vez y en entrevistas subsecuentes, cuando se acuda a consultas de control a los familiares y al paciente" (86)

2. Elaboración de estudio socioeconómico e historia social. Se reúnen los datos del paciente acerca de sus antecedentes familiares, escolares, laborales, económicos y la evolución de la enfermedad.

3. Hospitalización. El Trabajador Social debe estar pendiente de la familia, que el usuario ser visitado. Si el usuario requiere de atención hospitalaria de otra especialización, el Trabajador Social debe canalizarlo a otra institución para que sea atendido, informando a los familiares de estas inter consultas.

85. Castellanoa Maria C. Manual de Trabajo Social. México. 1992. Ed. La Prensa Médica Mexicana

86. Arando Estrada, Mónica Funciones de trabajo social en el campo psiquiátrico. México 1982 p. 33

4. Alta psiquiátrica. Debe informar a la familia la mejora del usuario orientándolos sobre la importancia que tiene el seguir con el tratamiento y acudir a consultas de control.

5. Atención post-institucional. El Trabajador Social debe continuar observando que el usuario lleve a cabo el tratamiento y si fue efectivo este. Para esto, es necesario supervisar al paciente y a su familia después de que haya sido dado de alta en el Hospital. Lo anterior prácticamente no se realiza y esto pudiera ser por diversos factores, uno de ellos es el lugar de origen y residencia de los pacientes, ya que en las entrevistas realizadas, el 52% de los pacientes provienen del Estado de Puebla, el 18% en la Ciudad de Puebla, el 16% en el Estado de Tlaxcala y el 14% de otros estados de la República Mexicana. Esto es una barrera para la realización de visitas domiciliarias al 100% de la población ya que los recursos humanos y económicos del hospital no son suficientes.

3.3.2 ACTIVIDADES DEL PSIQUIATRA.

De acuerdo al Artículo 19, de la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, las actividades del psiquiatra dentro del hospital, son las siguientes:

- Recibe al enfermo y a su acompañante.
- Verifica datos personales del enfermo.
- Entrevista al acompañante para recabar información.
- Explora el estado físico y mental del enfermo.
- Elabora historia clínica.
- Establece diagnóstico.
- Solicita, en caso necesario exámenes de laboratorio y gabinete.
- Solicita, en caso necesario, estudios psicológicos y sociales.
- Determina procedimientos terapéuticos.
- Orienta y da consejo terapéutico.
- Da psicoterapia.
- Da farmacoterapia.
- En caso necesario, refiere al servicio de hospitalización continua, parcial o a otra unidad de salud.
- Indica fecha de la próxima cita.

3.3.3 ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA PSIQUIÁTRICA.

El Artículo 19, de la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, marca las actividades que debe desempeñar la enfermera psiquiatra dentro del hospital.

- Recibe al enfermo con acompañante.
- Verifica datos personales del enfermo.
- Prepara física y psicológicamente al enfermo para que reciba la consulta.
- Toma signos vitales al enfermo.
- Anota los datos en el expediente clínico.
- Introduce al enfermo y a su acompañante al consultorio del psiquiatra y entrega expediente.

El Equipo interdisciplinario del campo de la salud debe tener un buen trato a los usuarios, para que su estancia hospitalaria sea lo más benéfica posible. Una vez conocidas las actividades de cada departamento se preguntó a los usuarios cómo considera el servicio que brinda trabajo Social, enfermería y el personal médico y se obtuvo el siguiente resultado:

El 68% considera al servicio de Trabajo Social como eficiente, atento, informa a la familia del estado del usuario, por lo que se considera que el servicio es bueno, el 23% no respondió y 6% considera que en algunas ocasiones no se les informa como es debido por lo que se considera regular el servicio. A enfermería 62% la considera bueno por su eficiencia, 24% no respondió, 12% lo considera regular por no informara a la familia y 2% lo considera como poco amable por lo que se califica como malo. Siguiendo con la misma línea pero ahora con el personal médico, 60% considera bueno por eficiente, atenta e informar, 24% no respondió, 14% lo considera por los mismos motivos que en enfermería por lo que se califica como regular y 2% considera el servicio como malo.

Por lo que se puede afirmar de acuerdo a los resultados de las entrevistas a los usuarios que es bueno el servicio que brinda el equipo interdisciplinario al usuario del Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

¿CÓMO CONSIDERAS EL SERVICIO QUE TE BRINDA EL PERSONAL DE T.S.?

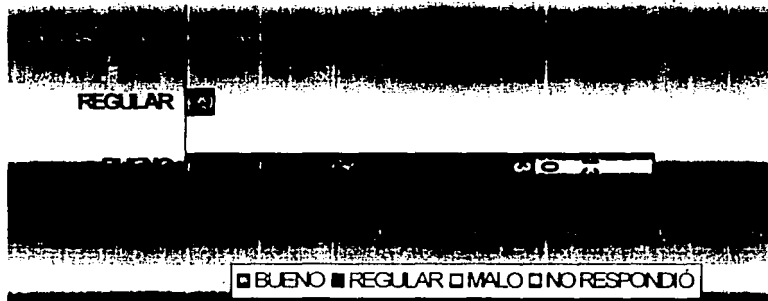
CUADRO 28

TRABAJO SOCIAL	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
BUENO	34	68%	17	17
RÉGULAR	3	6%	3	1
MALO	0	0%	0	0
NO RESPONDIÓ	13	23%	7	6
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

¿CÓMO CONSIDERAS EL SERVICIO QUE TE BRINDA EL PERSONAL DE T.S.?

GRAFICA 18



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿CÓMO CONSIDERAS EL SERVICIO QUE TE BRINDA EL PERSONAL MÉDICO?

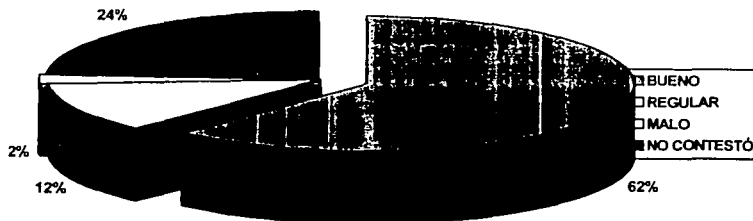
CUADRO 29

MEDICO	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
BUENO	31	62%	17	14
REGULAR	6	12%	4	6
MALO	1	2%	0	1
NO CONTESTÓ	12	24%	7	5
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

¿CÓMO CONSIDERAS EL SERVICIO QUE TE BRINDA EL PERSONAL MÉDICO?

GRAFICA 19



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿CÓMO CONSIDERAS EL SERVICIO QUE TE BRINDA ENFERMERÍA?

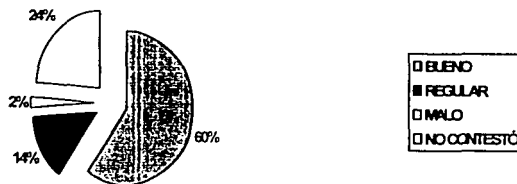
CUADRO 30

ENFERMERÍA	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
BUENO	30	60%	17	13
REGULAR	7	14%	4	3
MALO	1	2%	0	1
NO CONTESTÓ	12	24%	7	5
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano

¿CÓMO CONSIDERAS EL SERVICIO QUE TE BRINDA ENFERMERÍA?

GRAFICA 20



FUENTE: Elaboración basándose en las encuestas realizadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE ATENCIÓN PARA LA NO REINCIDENCIA HOSPITALARIA

4.1 INTRODUCCIÓN.

A través de la historia, se han observado diferentes formas de tratar a las personas que padecen enfermedades mentales. Muchas de estas han sido de miedo, rechazo, abandono y maltrato de la familia y la sociedad de las personas que la padecen. Por otra parte, los especialistas han buscado el tratamiento adecuado para erradicar este tipo de padecimientos, algunos de estos han sido crueles y no han tenido éxito. Actualmente existen tratamientos paliativos que si bien, no curan por completo la enfermedad, sí la controlan, pero es necesario que el medicamento sea tomado constantemente, pero este es muy caro y no está al alcance de todos los bolsillos.

Por esto, es importante aprender a vivir con personas que padecen enfermedades mentales sin que estos reciban malos tratos ni se oculten. Hay que reincorporarlos a la sociedad, a la familia, a la vida escolar y laboral que esté al alcance de sus capacidades.

4.2 JUSTIFICACIÓN.

Esta propuesta surge de la necesidad de reducir los reingresos hospitalarios y, retomando la Norma Oficial NOM 025-SSA2-1994. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico- psiquiátrico, citada en este trabajo, que tiene como objetivo primordial promover la salud mental entre la población y reducir los efectos sociales, tales como el reingreso hospitalario.

Esta norma establece que las actividades preventivas se llevarán a cabo en consulta externa y hospitalización de unidades médico psiquiátricas, y serán la educación y promoción de la salud mental y la detección y manejo oportuno de casos en la comunidad y

la familia de los pacientes y personas relacionadas con ellos para preste atención para que conozcan las características de las enfermedades y participen en el tratamiento y rehabilitación del usuario.

Esta propuestase realizará para que la reincidencia de pacientes psiquiátricos agudos sea menor, debido a que se ha observado que es constante en usuarios del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano en las salas 2 y 3. El movimiento hospitalario para el año 2000 fue:

MOVIMIENTOS HOSPITALARIOS DEL AÑO 2000.

CUADRO 31

PERIODO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV
INGRESOS	4	23	23	23	13	25	27	34	27	23
REINGRESOS	8	26	26	25	25	27	25	22	25	15
EGRESOS	6	52	52	37	37	46	42	40	65	63

Fuente: Información obtenida en el Hospital Dr. Rafael Serrano.

Durante el proceso de investigación, se puso de manifiesto que los principales factores de reincidencia son los familiares, los económicos, los culturales y la falta de actividad de los usuarios dentro y fuera del hospital. Es por eso importante dar alternativas de solución para que los índices de reingresos bajen.

Este programa no solo beneficiará a los usuarios, también al hospital ya que las cuotas de hospitalización no son suficientes para cubrir los medicamentos, comida, etc., que genera un usuario al mes.

4.3 OBJETIVOS:

4.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Fomentar una cultura de no rechazo a pacientes psiquiátricos a familiares y a la sociedad en general para que los usuarios se reincorporen a la vida familiar, social y laboral.

4.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Incorporar talleres ocupacionales para capacitación laboral.
- Realizar pláticas a familias de usuarios, a escuelas y comunidades para crear una nueva cultura de no rechazo a personas con enfermedades mentales.
- Realizar pláticas a escuelas y comunidades sobre las enfermedades psiquiátricas.
- Promocionar los servicios que otorga el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de consulta externa para la oportuna intervención y evitar los ingresos continuos al servicio de hospitalización.

4.4 METAS

- Incorporando dos talleres de capacitación laboral: uno para población femenina y el otro para usuarios masculinos.
- Informando a las familias de los usuarios la importancia de un buen tratamiento y el acudir a consultas de control.
- Orientando a escuelas y comunidades sobre las enfermedades mentales.

4.5 LIMITES:

5.5.1 ESPACIO: Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

5.5.2 UNIVERSO DE TRABAJO: Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

4.6 ACTIVIDADES.

4.6.1 Realizar una consulta a usuarios hospitalizados en las salas dos y tres del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano para conocer qué tipo de terapia ocupacional le gustaría recibir.

4.6.2 Buscar a la persona adecuada para impartir estos talleres.

4.6.3 Realizar estos talleres diariamente a una hora específica

4.6.4 Buscar información adecuada para que esta sea la base impartir pláticas a la familia de usuarios, a las escuelas y comunidades de la ciudad de Puebla.

4.6.5 Dar una plática diaria a las familias que acuden al hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

4.7 MÉTODO: Trabajo Social de Grupos.

4.7.1 TÉCNICAS: Entrevistas, visitas domiciliarias, visitas institucionales, información de primera y segunda mano.

4.8 RECURSOS:

4.8.1 HUMANOS:

CONCLUSIONES.

Se ha observado que la reincidencia psiquiátrica en el pabellón dos y tres del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano es continua, por eso es importante analizar los factores que influyen en esto. Primeramente, el proceso de investigación, se realizó en dos fases: teórica y práctica.

En la parte teórica, se realizó una revisión bibliográfica, tomando en cuenta la historia, las políticas económicas y aspectos importantes de la familia, así:

- En el aspecto histórico, se observó la evolución a la atención de personas que padecen algún trastorno mental a lo largo de la historia, Algunos médicos y humanistas, que se han preocupado por el cuidado y la atención hacia estas personas. También mencionamos los avances que la ciencia ha tenido para "curar" estos padecimientos.
- En el aspecto económico, se analizó las políticas de salud en México durante tres periodos presidenciales de Miguel de La Madrid, Carlos Salinas de Gortari y de Ernesto Zedillo Ponce de León, percatándonos de que en comparación de otras necesidades del país en cuanto a salud se refiere, la salud mental es un rubro poco atendido por los gobiernos de nuestro país.
- En el aspecto familiar analizamos en un capítulo la tarea de Trabajo Social psiquiátrico y cómo se involucra con el usuario, la familia y el equipo de salud mental.

En la parte práctica, se realizaron 50 entrevistas a usuarios y a su familia en las salas dos y tres, en donde entre otras cosas, se cuestionaron los siguientes aspectos:

- **Situación económica** (salario de familia, cuota de hospitalización, procedencia de usuarios, tipo de propiedad, tipo de vivienda).
- **Situación hospitalaria** (acude a consultas de control, toma de medicamento, diagnóstico médico, número de reingresos hospitalarios)
- **Características personales** (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, actividades)
- **Situación familiar** (familia, tipo de familia, parentesco del responsable legal).

Con estas preguntas se abarcaron aspectos importantes para la comprobación de la hipótesis. Estas entrevistas nos arrojaron los siguientes resultados:

En la **situación económica**, se observa que 7 usuarios que representan el 14% está exento de pagar la cuota de recuperación, 6 usuarias femeninas y 3 usuarios masculinos que son el 18% del total de la población paga el nivel 1 que es de \$183.00, 34%, o sea, 17 usuarios paga \$338.00 ó nivel 2, 4 usuarios de pabellón 2 y 4 usuarios del pabellón 3 quienes forman un 16% tiene el nivel 3 que son de \$650.00, 7 usuarios en total que es el 14% corresponde al nivel 4 de \$873.00, solo 4% paga \$1 168.00 que corresponde al nivel 5 esto es un reflejo del salario que perciben las familias de los usuarios, ya que 2% no percibe ningún salario, 18 usuarios que representa el 36% del total de la población gana menos del salario mínimo, 32% percibe el salario mínimo que son 7 usuarios del pabellón 3 y 9 usuarios del pabellón 2, 14% ó 7 usuarios gana un poca más del salario mínimo, 2 usuarios que representan 4% percibe de 2 a 3 veces el salario mínimo. Solamente 8% que

son 4 usuarios masculinos ganan de 4 a 5 salarios mínimos, 4% del total de la población no respondió a esta pregunta.

Otro aspecto económico importante es la casa en donde habitan, siendo un 54% que son 27 usuarios, es propiedad de la familia la casa en donde viven, 22% renta la casa y 14% que representa a 7 personas su vivienda es prestada. El tipo de vivienda de estas personas es en un 28% que vive en jacal ó cuartos improvisados, 25 usuarios que es el 50% de los entrevistados en vecindad, 10% vive en departamento popular que son 5 personas. Solamente 3 que es un 6% vive en departamento residencial.

En la **situación hospitalaria**, se percibe que en cuanto a diagnósticos psiquiátricos, de las 50 entrevistas realizadas en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, en las salas 2 y 3, se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a diagnósticos psiquiátricos: 36% padece Trastorno Mental Orgánico, el 14% Trastorno psicótico agudo, otro 14% trastorno delirante orgánico, la epilepsia la padece un 2%, 8% trastorno orgánico de la personalidad. 2 % trastorno afectivo bipolar. El delirium no inducido por alcohol lo padece un 6%, trastorno afectivo orgánico el 4% de la población tiene este diagnóstico. El 10 % tiene esquizofrenia. La cultura también es importante para que la familia rechace o acepte la enfermedad del paciente.

En un estudio realizado por Isabel Lagarringa Attias en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino de Alvarez, se preguntó a los familiares de usuarios cuál consideraban la causa de la enfermedad de este. En primer lugar contestaron que por nervios, después que hablan cometido un error y estaban pagando por este. Otros debían la enfermedad a

poderes mágico religiosos. Por eso es necesario fomentar una cultura a toda la sociedad para el no rechazo de personas que padecen alguna enfermedad física o mental.

Un aspecto muy significativo que ha mostrado la comprobación de la hipótesis planteada es el que las personas entrevistadas acuden a consultas de control los usuarios y que tomen el medicamento adecuadamente, pues un 60% de los pacientes que son 12 usuarios masculinos y 18 femeninos no acuden a consultas y de los cuales 40% no toma el medicamento. 15 de los pacientes entrevistados que forma un 30% acude a consultas de control, solamente el 14% acepta que toma el medicamento y 19 usuarios que es 38% del total de la población entrevistada indicó que ocasionalmente el medicamento.

Por otra parte, las **características personales** de los usuarios son las siguientes: Las edades de los usuarios entrevistados oscilan entre los 20 y 55 años de edad, siendo el porcentaje de la siguiente manera: De 20 a 25 años de edad, la tiene el 18% de la población que son 6 hombres y 3 mujeres, Otras 9 personas que representa el 18% tienen de 26 a 30 años. Las personas que tienen de 31 a 35 años de edad representan el 18%, 5 hombres y 3 mujeres tienen el mismo 18% de la población entre 36 a 40 años de edad. 14%, o sea, 7 usuarios tiene de 41 a 45 años, El 10 % tiene de 46 a 50 años de edad que son 5 usuarios entrevistados y solo un 4% tiene de 51 a 55 años. Esto nos indica que la población entrevistada está en edad laboralmente productiva.

Un 34% de la población que son 17 usuarios entrevistados cursó solamente una parte de la primaria, un 20% terminó la primaria, 10 usuarios que representan el 20% concluyó la secundaria. 10% que son 5 usuarios entrevistados son analfabetas, un 6% que

son 3 personas entrevistadas concluyó la preparatoria ó equivalente. 2 personas que es un 4% cursó parcialmente la secundaria. Solamente 1 persona que representa el 2% cursó la licenciatura pero no la concluyó. Un a persona que es el 2% sí terminó una carrera y 1 persona no contestó.

El estado civil de los usuarios entrevistados es el siguiente: 34 personas entrevistadas que representa el 68% es soltero, esto nos indica que la mayoría de los usuarios viven con su familia de origen 8% ó 4 personas entrevistadas son casadas, 5 usuarias entrevistadas que representa un 10% del total de la población es madre soltera, 10% de la población vive en unión libre. Solamente 2% es viudo, 2% separado y 2% no contestó.

En este estudio, se observa que el 52% de pacientes que son 13 hombres y 13 mujeres trabaja esporádicamente 40% no trabaja que son 12 mujeres y 8 hombres y 8% de la población no respondió a esta pregunta que son 4 usuarios. De los usuarios que trabajan, 14% se dedican a trabajar en casas siendo 7 mujeres las que se dedican a esta actividad, 22%, que son 11 usuarios son autoempleados, 16% que son 7 hombres y 1 mujer son campesinos y solamente 2 mujeres y 2 hombres que representan el 8% son empleados. Se observa que los usuarios en sus ratos libres el 38% ayudan a los quehaceres del hogar, 34% no hace nada y 26% no respondió.

La **situación familiar** de los entrevistados es, el 40% de los usuarios agudos que son 20, tienen como responsable legal a sus padres, 11 usuarios que representa un 22% algún hermano funge como responsable, el 12% del total de la población, que son 6 usuarios no tiene responsable legal. El 8% que son 4 usuarios tiene como responsable

algún familiar político, solamente 3 usuarios que representa el 6% tiene como responsable a su esposo(a). 4% una institución se ha hecho responsable del usuario, un 2% un hijo ó hija del usuario. Esto nos indica que en su mayoría, los pacientes cuentan con un respaldo familiar al ingresar al hospital.

La familia juega un papel primordial en este estudio, por lo que se investigó qué tipo de familia tiene el responsable legal, obteniendo los siguientes resultados: 32 entrevistados que representa 68% del total de la población, la familia está desintegrada, 14 usuarios que es un 28%, la familia está integrada, 6% de las familias se han reintegrado y solo 2% de las familias son extensas. Por otra parte el 78% viven con su familia de origen, 30 % vive con su familia nuclear siendo 4 hombres y 11 mujeres.

Como se observó en los casos anteriores, es de vital importancia el apoyo moral, económico y emocional de la familia hacia el paciente. Es necesario sensibilizarlos para que apoyen al usuario. Pero es necesario también comprender que la familia pasa por un periodo de rechazo a la enfermedad y hay que contribuir para que la acepte y aprenda a vivir con ella a través de terapia familiar y que la familia completa reciba terapia familiar con el psiquiatra que atiende al usuario.

Con esto, podemos afirmar que " *LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS QUE HAN SIDO HOSPITALIZADOS, REINGRESAN SI NO CUENTAN CON RECURSOS ECONÓMICOS Ó APOYO AFECTIVO POR PARTE DE SU FAMILIA*".

Por último, se muestra el número de reingresos que se presentó con los usuarios entrevistados, para completar el panorama general de la investigación presentada.

REINGRESOS DE USUARIOS ENTREVISTADOS

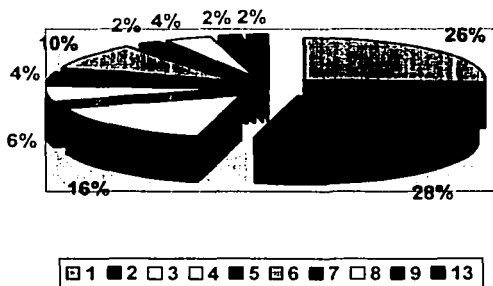
CUADRO 32

REINGRESOS	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
1	13	26%	11	2
2	14	28%	4	10
3	8	16%	5	3
4	3	6%	0	3
5	2	4%	1	1
6	5	10%	2	3
7	1	2%	1	0
8	2	4%	0	2
9	1	2%	0	1
13	1	2%	1	0
TOTAL	50	100%	25	25

FUENTE: Elaboración basándose en entrevistas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

REINGRESOS DE USUARIOS ENTREVISTADOS

GRAFICA 21



FUENTE: Elaboración basándose en entrevistas realizadas en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

Los reingresos registrados por los usuarios entrevistados son los siguientes: un 26% solamente ha reingresado una vez, 28% ha regresado al hospital dos veces, 16% tres, 6% ha registrado un reingreso de 4 ocasiones, 4% en 5 ocasiones. Solamente 2% ha vuelto al hospital 7 veces, 4% en 8 ocasiones, solamente un 2% ha registrado 9 reingresos, y el número más alto de reingresos ha sido 13, siendo un 2% de la población entrevistada que lo registró.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO.

AFASIAS. Trastorno de lenguaje que se producen por la lesión de ciertas regiones de la corteza cerebral.

ALIENADOS. Término dado por Pinel para definir a los trastornos mentales, en el sentido de que el enfermo se ha hecho extraño a sí mismo.

AMNESIA PSICÓGENA. El individuo abandona el hogar de manera repentina e inesperada y olvida completamente su pasado.

ANOREXIA NERVIOSA. Miedo intenso de verse obeso incluso cuando el peso esté por debajo de lo normal. Esta puede ser:

TIPO PURGATIVO. El individuo se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

TIPO RESTRICTIVO. El individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.

ATENCIÓN INTEGRAL MEDICO PSIQUIÁTRICO. Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud mental.

ATENCIÓN PRIMER NIVEL. Son todas aquellas acciones que se desarrollan directamente en la comunidad y no son especializadas.

ATENCIÓN SEGUNDO NIVEL. Lo constituye el hospital general, en donde se da hospitalización a las áreas más importantes de la salud.

ATENCION TERCER NIVEL. En esta se encuentran los hospitales de especialidades.

BULIMIA NERVIOSA. Episodios recurrentes de consumo compulsivo de alimentos en períodos cortos, autoinduciéndose el vómito, empleo de laxantes o dietas rígorosas para contrarrestar los efectos del consumo de alimentos. Esta puede ser:

TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO. El individuo recurre a atracones ó a purgas.

TIPO NO PURGATIVO. El individuo recurre al ayuno, ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

CATATONIA. Alterna entre la completa inmovilidad física y frenesí demoníaco, en donde permanecen horas, días inmóviles, y de pronto se excita terriblemente y ataca todo aquel que se encuentra a su alrededor.

CICLOTIMIA. Existe una historia de hipomanía durante dos años en la cual se han registrado numerosos episodios en los que el individuo se ha mostrado anormalmente animado, expansivo o irritable y que no cumplen los criterios de los episodios maníacos.

CLEPTOMANÍA. Dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico.

COMPULSIÓN. Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión, el objetivo es la prevención o reducción de malestar de algún acontecimiento o situación negativa.

DELIRIUM. Es la alteración de la conciencia, con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención con cambio de las funciones cognoscitivas.

DEMENCIA. Es el deterioro de memoria a corto y largo plazo de pensamiento abstracto y de la capacidad de juicio.

DEPRESIÓN MAYOR. La existencia de síntomas como mínimo durante un periodo de dos semanas en el que el individuo se encuentra deprimido. Estos síntomas son los siguientes: Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución de interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer régimen ó aumento de peso, insomnio ó hipersomnia, agitación ó enlentecimiento

psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa excesivos ó de inutilidad, disminución de la capacidad de pensar, ó concentrarse, ó indecisión; pensamientos recurrentes a la muerte.

DESPERSONALIZACIÓN. El individuo puede considerar su conducta y sus procesos mentales como ajenos a él.

DISTIMIA. Historia de depresión durante dos años sin que lleguen a cumplir todos los criterios para clasificar como depresión mayor.

ESQUIZOFRENIA. Grupo de psicopatías que comienzan en la pubertad o en la adolescencia y tienen en común la ruptura de las relaciones del sujeto con el mundo exterior.

Exagerado de su valor personal, requiere una atención constante e intenta aprovecharse de los demás para conseguir sus objetivos.

FAMILIA. Personas emparentadas entre sí.

FAMILIA DE ORIGEN.

FOBIA SOCIAL. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en los que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.

FUGA DISOCIATIVA. Consiste en viajes repentinos o inesperados lejos del hogar o trabajo, con incapacidad para recordar el pasado; confusión sobre la identidad personal.

FUGA PSICÓGENA. El individuo abandona el hogar de manera repentina e inesperada y olvida completamente su pasado.

HEBEFRENIA. El paciente retrocede hasta la conducta infantil, se torna incoherente y cae en excesos d risas repentinas e insensatas.

HIPOCONDRIA. Miedo o creencia de que se tiene una enfermedad.

HISTERIA. Se aplica indistintamente para designar una perturbación puramente psíquica caracterizada por manifestaciones diversas.

HOSPITAL DE DÍA. El paciente participa en el medio hospitalario durante el día, o pasan varias horas del día en el hospital, cinco o seis días a la semana.

JUEGO PATOLÓGICO. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente.

MANIA. Excitación nerviosa con o sin delirio.

MANIACO DEPRESIVO. Además de los periodos de depresión y normalidad, este desorden bipolar del temperamento incluye otra fase emocional, la manía apacible da el aspecto de ser activo y muy confiado, cuando entra en fase aguda este canta y habla sin cesar estrellándose contra las paredes.

MELANCOLÍA. Alteración del funcionamiento intelectual.

NEUROSIS. Alteraciones más restringidas y de menor profundidad con conservación relativa del sentido de realidad y con conciencia de enfermedad.

OBSECIÓN. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan ansiedad ó malestar significativos que no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real y la persona intenta ignorar, suprimir o neutralizarlos con otros pensamientos o actos, reconociendo que son producto de su mente.

PARANOIA. Su comportamiento ilógico tiene en realidad una razón ya que padece delirios de grandeza, de persecución o de erotismo.

PERSONALIDAD LIMITE. Estado de ánimo inestable, problemas de relaciones interpersonales y la autoimagen son los signos más evidentes. Se observa falta de identidad, amenazas de suicidio y actos destructivos.

PERSONALIDAD MÚLTIPLE. En un individuo conviven dos o más personalidades distintas. (cada una de estas personalidades domina la conducta del individuo de forma periódica).

PIROMANÍA. Provocación deliberada e intencionada de un incendio en más de una ocasión.

PSICOSIS. Enfermedad psíquica grave caracterizada por la pérdida del contacto con lo real, causa de la inadaptación social del sujeto y su necesidad de hospitalización.

PSICOSIS AFECTIVA. Psicosis maniaco-depresiva.

PSICOSIS MANIACODEPRESIVAS. Dada por Kraepelin que comprenden las alteraciones mentales de carácter periódico y naturaleza predominantemente afectiva.

SOMATISMO. Considera toda neurosis o psicosis como de origen físico u orgánico.

TRASTORNO AMNÉSICO. Es el deterioro de la memoria manifestándose por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años.

TRASTORNO BIPOLAR. Se ha producido un episodio maniaco que ha durado como mínimo una semana y durante el cual en estado de ánimo del paciente ha estado anormalmente elevado, expansivo o irritable.

TRASTORNO CORPORAL DISMÓRFICO. Preocupación por un defecto físico que la persona imagina tener pero es inexistente.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan más de seis meses y que al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

TRASTORNO DE CONVERSIÓN. Síntomas físicos de enfermedad sin que exista un trastorno orgánico subyacente.

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser observado externo de sus propios procesos mentales o del cuerpo. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.

TRASTORNO DE DOLOR SOMÁTICO. Dolor sin ningún trastorno orgánico.

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA. Persistencia de dos o más identidades ó estados de personalidad que controlan recurrentemente el comportamiento del individuo, con incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario y no es debido a efectos fisiológicos directos de una sustancia.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA. El individuo tiene un sentido

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA. Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empiezan al inicio de la edad adulta.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN. Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta.

TRASTORNO DELIRANTE. Ideas delirantes no extrañas, de por lo menos un mes de duración.

TRASTORNO DEPRESIVO. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN. Historia de múltiples síntomas físicos como: síntomas dolorosos (cuatro zonas del cuerpo), síntomas gastrointestinales (dos síntomas), un

síntoma sexual, síntoma pseudoneurológico, que empieza antes de los 30 años y persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca deterioro significativo social y laboral.

TRASTORNO DISTÍMICO. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días; manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO. Un periodo continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, con ideas delirantes o alucinaciones durante al menos dos semanas.

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta.

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD. Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta.

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD. Un patrón general de grandiosidad, una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta.

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD. Un patrón general de grandiosidad, una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionamiento y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que representan una pérdida de tiempo o interfieren con la rutina diaria del individuo. Se empieza en el principio de la edad adulta.

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS. Alucinaciones o ideas delirantes, que se compruebe que son causadas por el consumo de sustancias a través de estudios de laboratorio.

TRICOMANIA. Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente que da lugar a una pérdida perceptible del pelo.

UNIDAD DE ATENCION MEDICO PSIQUIATRICO. Los establecimientos de salud que disponen de camas y cuya función esencial en la atención integral de usuario que padezca un trastorno mental.

USUARIO. Es toda aquella persona que requiere y obtenga servicios de atención médica psiquiátrico.

BIBLIOGRAFÍA

- * A. Hayward, John. Historia de la Medicina. México 1988. ED. F.C.E. pp.304.
- * Anderson Carol. Familia guía practica. Argentina 1990. ED. Amorrutu pp.301
- * Barquin Manuel. Historia de la Medicina: La medicina en el Virreinato de la Nueva España. México 1998. ED. Méndez. Pp. 400.
- * Berestein Isidoro. Familia y enfermedad Mental. Argentina 1988. ED. Paidos. Pp.185.
- * Cabrillo, Francisco. Matrimonio, Familia y Economía. México 1996. ED. Minerva pp.335
- * Calderón Narvaéz Guillermo. Salud Mental Comunitaria: Un nuevo enfoque de la Psiquiatría. México 1991. Ed. Trillas. pp. 350.
- * Castellanos C. María. Manual de Trabajo Social. México 1992. ED. Prensa Médica Mexicana. pp.190.
- * Cazanave Eliane/ Tapie Isoard. Psiquiatría. México 1993 ED. Interamericana. Pp.1021.
- * Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos. México 1995.
- * De la Fuente Ramón. Psicología Médica: Evolución Histórica de los conceptos Médico - psicológicos. México 1996. ED. F.C.E. pp. 350.
- * DMS IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- * Diario Oficial de la Federación. Órgano del gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Programa del sector Salud 1995-2000. Marzo 1996 pp. 64.
- * Elizur Joel/ Minuchin Salvador. La locura y las instituciones. España 1992. ED. Gedisa pp.274.
- * Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos México, 1997. Ed. Secretaría de Salud.

- * Fernández Espinoza, Gustavo. Programa de trabajo del Hospital Dr. Rafael Serrano. México, 1999.
- * Flores y Troncoso Francisco de Asís. Historia de la Medicina en México. México 1982. Ed. IMSS pp.350.
- * Framo, James L. Familia de origen y psicoterapia. México, 1990. Pp. 156
- * García González José. La psiquiatría en la España de Fin de Siglo. España 1998. ED. Díaz – Santos. Pp. 450
- * Gordon Hamilton. Teoría y práctica de Trabajo Social de Casos. México 1992. ED. La prensa médica mexicana. pp. 333.
- * Henry P. Bernald. Ch. Bisset. Tratado de Psiquiatría. España 1990. ED. Masson. Pp. 1100.
- * Ingalls, Robert P. Retraso Mental: La nueva perspectiva. México 1993. ED. Manual Moderno. Pp. 456.
- * Jacques Postel / Quetél Claude. Historia de la psiquiatría. México 1987. ED. F.C.E. pp.791.
- * Kaplan Harold/ Sadock Benjamin. Tratado de psiquiatría. Barcelona 1989. ED. Salvat pp.2050.
- * Klaus Doner. Ciudadanos y Locos: Historia Social de la Psiquiatría. España 1989. ED. Taurus. pp. 442.
- * Koupernik Cyrille. Vistazos sobre la psiquiatría. México 1991. ED. La prensa médica mexicana. Pp. 102
- * Lain Entralgo Pedro. Historia Universal de la Medicina. España 1985. ED. Salvat. Pp.507.

- * Ley General de Salud: Ley de Salud para el D.F. y Disposiciones Complementarias. México 1997. ED. Porrúa.
- * López Caballero Alfonso. Análisis de Casos. España 1997. ED. Mensajero. Pp. 80.
- * López Ibor J.M. Evolución y Desarrollo: Debilidad Mental. México 1992. ED. Seix Barral. Pp.50
- * Marela Mejía Héctor Fernández. Norma oficial Mexicana NOM 025 SSA2 1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- * Marcos Silvia. Manicomios y prisiones. México 1981. ED. Fontamara pp.277.
- * Maria' tegui Guillermo Javier. La Psiquiatría en América Latina. Buenos Aires 1990. ED. Losada. Pp. 229
- * Martínez Marañón Ricardo. El servicio Hospitalario en Puebla: Las Instituciones modernas siglos XIX Y XX. Puebla 1989. HUP. Pp. 171
- * Monreal José Luis. Trastornos del Desarrollo: Enfermedades Mentales. México 1990. ED. Océano. Pp. 108.
- * Muriel Josefina. Hospitales de la Nueva España. Fundaciones del siglo XXI. México 1990. ED. UNAM. Pp.358
- * Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico – psiquiátrica. México, 1994.
- * Philip Solomon/ Vernón D. Patch. Manual de Psiquiatría: Historia de la Psiquiatría. México 1980. ED. Manual Moderno. Pp. 466.
- * Plan Nacional de Desarrollo. 1983-1988 Poder Ejecutivo Federal, México S.H.C.P. p.
- * Plan Nacional de Desarrollo 1988-1995 Poder Ejecutivo Federal, México S.H.C.P. p
- * Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000. Poder Ejecutivo Federal, México S.H.C.P. p

- * Quinto Informe de Gobierno Ernesto Zedillo Ponce de León. México 1999. S.H.C.P
- * Ríos Fernando Luis. Manual de Psicología Preventiva. España 1994. ED. Siglo XXI Pp.581.
- * Robles de Fabre Teresa. La familia del enfermo crónico. México 1990. ED. CEMIC. Pp 188.
- * Rowan Wilson John. La mente: Mentes tensas y trastornadas. México 1992. ED. Ámsterdam. pp. 250.
- * Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia 1992 1º. Congreso de Salud Mental Salud Mental y el 3er. Milenio. México 1992. ED. Federación Mexicana de Sociedades pro-Salud Mental. Pp. 422
- * Soberon Guillermo/Kumate Jesus. Especialidades Medicas en México. México 1989. ED. F.C.E pp.482.
- * Somainos German. Historia de la psiquiatría en México. México 1987. ED. SEP. pp.131.
- * Tierney, Jr, Lawrence M. Mc Pheel Stephen. Ppadakis, Maxine A. Schoerd Steven A. Diagnóstico clínico y tratamiento. México. 1994 n Ed. Manual Moderno p. 849.
- *Vidal Guillermo/ Alarcon Renato/ Et.al. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría Buenos Aires 1995. ED. Médica Panamericana. Pp. 800.
- * Wincarz Stuard Gail/ Sundeen, Sandra Enfermería psiquiátrica España 1992 ED. Interamericana Pp.

TESIS.

- * Aranda Estrada Mónica/ Carmona Cruz Evelin. Funciones de Trabajo Social en el campo psiquiátrico. México 1982. ED. SEP. pp.130.

- * Arellano Mendoza Marly de Fatima. Funciones de Trabajo Social en el área psiquiátrica. Puebla 1992. ED. SEP. pp. 61.
- * Azua Vite Dora Luz. El trabajo social en el servicio de psiquiatría del centro hospitalario 20 de noviembre I.S.S.S.T.E en la ciudad de México. Puebla 1992. ED. SEP. pp.87.
- * Bernal Hernandez Elsy Evelin. Estudio de la comunidad del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano. Puebla. 1989. Pp.39.
- * Méndez Gómez María Elizabeth. La readaptación de los pacientes con enfermedades mentales al medio ambiente social, con el apoyo de la trabajadora social en el hospital psiquiátrico de Tampico. Tampico 1983. ED. SEP. pp.83.
- * Navarrete Castro Raymundo / Olivarez Zavaleta Silvia. Causas familiares de la indigencia del enfermo mental asistido en el modulo de protección social de la delegación Gustavo A. Madero y la alternativa de trabajo social. México 1990. Pp.150.
- * Rojas Márquez, María de Lourdes. El Trabajo Social ante los reingresos en un hospital psiquiátrico. México, 1981 Pp.
- * Walkup Mentado Silvia Guadalupe. El derecho de la familia. Cuernavaca Morelos 1992. ED. UNAM pp. 250.

REVISTAS

- * Chávez Jorge. La familia del tercer milenio. México 1992 Medico Moderno Vol. 3
- * Carnica, Rodrigo. Tratamientos somáticos en psiquiatría. México Sep- Oct. 1989. Vol. 30 No. 2 ED. UNAM.
- * Castañeda González, Carlos J. Modelos alternativos de atención, rehabilitación y trabajo comunitario en el hospital psiquiátrico moderno. México Oct. 1993 No. 3 Revista de Trabajo Social.

- *Cordera Campos, Rolando. Política social: en el ajuste y más allá México. Julio 1996 Vol. 46 No. 7 BNC.
- * Lyons / Petrucelli. Historia de la medicina. Junio 1983 ED: Doyma Vol. 19.
- *Ortega García Laura. Metodología del Trabajo Social Enero – Marzo 1996 ED: UNAM Vol. 12
- *Rosas Maria. Los servicios de salud en México: una radiografía, México OCT 1996 Vol. 27 Revista de Trabajo Social.
- *Sánchez Báez José Juan La entrevista psiquiátrica modificada: estudio de confiabilidad. México Jul. 1989. Vol. 31 No. 2 Salud Pública Mexicana.
- *Valencia Collazos Marcela. 18 meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia. Noviembre 1994. Vol. 6 Salud Pública Mexicana.

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

CUADROS:

1 Hospitales de la "Operación Castañeda"	45
2 Hospitales psiquiátricos en el Distrito Federal	46
3 Hospitales psiquiátricos públicos en los Estados	47
4 Hospitales psiquiátricos privados en Puebla	49
5 Hospitales psiquiátricos públicos en Puebla	49
6 Servicio de hospitalización	51
7 Costos de hospitalización y consulta externa en hospitales privados	52
8 Costos de hospitalización y consulta externa en el Dr. Rafael Serrano	52
9 Salario de familias de pacientes psiquiátricos agudos	54
10 Tipo de propiedad de la vivienda donde habitan	56
11 Tipo de vivienda de pacientes psiquiátricos agudos	57
12 Procedencia de pacientes psiquiátricos agudos	58
13 Cuota de hospitalización de pacientes psiquiátricos agudos	60
14 Acude a consultas de control	62
15 ¿El paciente toma el medicamento como se lo indicó el especialista?	64
16 Enfermedades mentales en México	67
17 Diagnóstico de usuarios entrevistados	77
18 Costos de medicamentos utilizados por pacientes psiquiátricos	81
19 Edad de los usuarios entrevistados	84
20 Escolaridad de los pacientes psiquiátricos agudos	86
21 Estado civil de los pacientes psiquiátricos agudos	88
22 ¿El paciente trabaja?	89
23 ¿En qué trabaja?	90
24 ¿El paciente qué hace en sus ratos libres?	91
25 Parentesco del responsable legal	100
26 Tipo de familia de usuarios agudos	102
27 Familia de usuarios agudos	103
28 ¿Cómo consideras el servicio que te brinda el personal de T.S?	109
29 ¿Cómo consideras el servicio que te brinda el personal médico?	110
30 ¿Cómo consideras el servicio que te brinda el personal de enfermería?	111
31 Movimientos hospitalarios del año 2000	113
32 Reingresos de usuarios entrevistados	122

GRÁFICAS

1 Salario de familias de pacientes psiquiátricos agudos	54
2 Tipo de propiedad de la vivienda donde habitan	56
3 Tipo de vivienda de pacientes psiquiátricos agudos	57
4 Procedencia de pacientes psiquiátricos agudos	58
5 Cuota de hospitalización de pacientes psiquiátricos agudos	60
6 Acude a consultas de control	62
7 ¿El paciente toma el medicamento como se lo indicó el especialista?	64

8 Diagnóstico de usuarios entrevistados	78
9 Edad de los usuarios entrevistados	85
10 Escolaridad de los pacientes psiquiátricos agudos	86
11 Estado civil de los pacientes psiquiátricos agudos	88
12 ¿El paciente trabaja?	89
13 ¿En qué trabaja?	90
14 ¿El paciente qué hace en sus ratos libres?	91
15 Parentesco del responsable legal	100
16 Tipo de familia de usuarios agudos	102
17 Familia de usuarios agudos	103
18 ¿Cómo consideras el servicio que te brinda el personal de T.S?	109
19 ¿Cómo consideras el servicio que te brinda el personal médico?	110
20 ¿Cómo consideras el servicio que te brinda el personal de enfermería?	111
21 Reingresos de usuarios entrevistados	123

ENTREVISTAS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS.

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Exp. _____ Edad _____ Religión _____

Procedencia _____

Responsable legal _____

Estado civil _____ Escolaridad _____

Cuota de hospitalización _____

Entrevistado _____

Parentesco _____

1. FAMILIA

a) De origen () b) Nuclear ()

1.1. Tipo de familia:

a) integrada () b) desintegrada () c) reintegrada c)extensa ()

1.2 Integración familiar

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESOS

1.3 FAMILIOGRAMA**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1.4 ¿Cuál es su diagnóstico médico? _____

1.5 ¿Cuándo fue la primera vez que ingresó al Hospital psiquiátrico? _____

1.6 ¿Cuántas veces ha reingresado al hospital? _____

NO. DE REINGRESOS	FECHA DE REINGRESO	FECHA DE EGRESO	MOTIVO

1.7 Una vez que ha sido dado de alta ¿acude a consultas de control?

- a) Sí ()
- b) No ()

1.8 ¿Por qué motivo? _____

1.9 ¿Toma el medicamento adecuadamente como lo indicó el especialista?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) A veces ()

1.10 ¿Por qué motivo? _____

II NIVEL ECONÓMICO

2.1 ¿Cuánto percibe de salario?

- a) Sin salario ()
- b) Menos del salario mínimo ()
- c) Salario mínimo ()
- d) Más del salario mínimo ()
- e) 2 a 3 veces el salario mínimo ()
- f) 4 a 5 veces el salario mínimo ()

III. VIVIENDA.

3.1 Tipo de vivienda

- a) Sin vivienda ()
- b) jacal/choza ()
- c) Vecindad/ cuartos improvisados ()
- d) Casa/ departamento popular ()
- e) Casa/ departamento residencial ()

**TESIS CON
CLA DE ORIGEN**

3.2 La casa en donde habitan es:

- a) Propia
- b) Prestada ()
- c) Rentada ()

IV PACIENTE

4.1 ¿TRABAJAS?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) A veces ()

4.2 ¿En qué trabajas? _____

4.3 ¿Qué haces en tus ratos libres? _____

4.4 ¿Cómo consideras el servicio que te brinda el personal de Trabajo Social?

- a) Bueno ()
- b) Malo ()
- c) Regular ()

4.5 ¿Cómo consideras el servicio que te brinda el personal médico?

- a) Bueno ()
- b) Malo ()
- c) Regular ()

4.6 ¿Cómo consideras e que te brinda el personal de enfermería?

- a) Bueno ()
- b) Malo ()
- c) Regular ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**