

883129



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
"IN-VIA"
REG. 8831-29

INTERVENCIÓN SOCIAL CON FAMILIAS
DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

TESIS

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

Olga Claudia Valiente Vega

PUEBLA PUE.

2005

m 351885



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**INTERVENCIÓN SOCIAL CON FAMILIAS DE PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS.**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Elga Claudia
Valiente Vega

FECHA: 9 Dic 2005

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS

Deseo testimoniar un profundo agradecimiento a toda la gente que me acompañó durante mi carrera profesional, a mis padres porque siempre pienso en ellos en todo lo que hago y porque son los ángeles que iluminan mi vida, los amo. A mis hermanas, Esmeraldas, Alma y Silvia, que tanto dan y significan en mi vida y a toda mi familia.

En general, un reconocimiento a todos los maestros Fernando Sesma Villalpando, Héctor López Romero, Alfredo Martínez del Monte, Lourdes Rojas Márquez y Josefina Rodríguez Tapia; que con sus agudas críticas y útiles sugerencias; sin ellas no hubiera podido aclarar los puntos esenciales de mi tan intrincado argumento.

Deseo también expresar mi agradecimiento a Casa de Salud, y a todo su personal, quienes generosamente me permitieron utilizar fuentes que de otra forma habrían pasado desapercibidas donde se realizó dicha investigación y a mi escuela por el gran apoyo brindado durante mi formación como profesionista y superación en la vida.

A todos ellos, "gracias por sus consejos, críticas, concluir este trabajo y sobre todo por aguantarme sin condiciones".

Puebla, Pue. Noviembre del 2005.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Pág.

CAPÍTULO I.

PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LAS FAMILIAS E INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS.

1.1	Familias e instituciones para enfermos mentales en Francia.....	4
1.2	Integrantes de las familias en los manicomios Ingleses.....	11
1.3	El cuidado de los dementes en Estados Unidos.....	16
1.4	Instituciones psiquiátricas en México y el Estado de Puebla a principios del XVIII, siglo XIX y XX.....	18

CAPÍTULO II.

LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.

2.1	Enfermedades mentales en México.....	29
2.2	Programa de Acción en Salud Mental y los derechos de los pacientes psiquiátricos.....	34
2.3	Las Instituciones de salud mental ante los padecimientos mentales.....	41
2.4	Salud mental y situación económica de las familias con un integrante con padecimiento mental.....	46
2.5	Asistencia para los padecimientos mentales en el Estado de Puebla.....	49

CAPÍTULO III.

ESQUIZOFRENIA, FAMILIA Y TRABAJO SOCIAL.

3.1	La esquizofrenia.....	55
3.2	Factores asociados a la esquizofrenia.....	62
3.3	Familia en atención al enfermo.....	67
3.4	Modelo sistémico de la enfermedad.....	72
3.5	Trabajo social.....	74

CAPITULO IV.

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LAS FAMILIAS CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS.

4.1.	Casa de Salud, Córdoba Olguín.....	81
4.2.	Antecedentes de los pacientes esquizofrénicos.....	83
4.3.	Estructura familiar.....	86
4.4.	Dinámica familiar.....	89
4.5.	Metodología de Trabajo social de casos.....	94

CONCLUSIONES

GLOSARIO

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia humana, la familia ha constituido la unidad básica de la sociedad independientemente de las variaciones que presenta en cuanto a su integración y sus funciones, las cuales necesariamente se transforman de acuerdo a las situaciones que se presenten como es un padecimiento psiquiátrico.

La familia como elemento fundamental en el tratamiento del paciente, suele someterse a un fuerte impacto con alteraciones estructurales y funcionales en la adaptación; carga y culpa durante las fases de la enfermedad, tolerando las regresiones del paciente, angustias, favoreciendo sus progresos y acompañarlo en todas sus vicisitudes.

Las enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con el medio social, padeciendo las familias incertidumbre sobre el padecimiento y prever un posible suicidio en el paciente; donde el trabajador social debe estar preparado para orientar a las familias en la manera en que deben ayudar a su enfermo.

Lo importante de esta investigación es conocer la trascendencia que han tenido y tienen las enfermedades mentales, principalmente la esquizofrenia en la dinámica familiar, como se relacionan sus integrantes, que piensan, si existen acuerdos o desacuerdos referente a la enfermedad; es por ello que este tipo de pacientes suelen alterar el bienestar de sus miembros al pasar por diferentes situaciones debido a los síntomas que presentan, motivo por el cual son hospitalizados en instituciones psiquiátricas.

Para ello el texto está estructurado de la siguiente forma:

En el primer capítulo señala la perspectiva histórica de las familias, situaciones que padecían los enfermos mentales entre los pueblos, hogares y hospitales psiquiátricos, como fueron tratadas las enfermedades mentales por los precursores de la psiquiatría, el surgimiento de tratamientos o métodos terapéuticos a partir del siglo XVIII y XIX en Francia, Inglaterra y Estados Unidos; la influencia europea en las instituciones para los insanos o locos en el México novohispano, los cambios que sufrieron los

enfermos al estar hospitalizados referente al cuidado y métodos; así como también la creación de diferentes hospitales psiquiátricos campestres en el periodo del presidencial del Lic. Gustavo Díaz Ordaz (1965) en diferentes estados de la República Mexicana y principalmente en el Estado de Puebla.

En el segundo capítulo se abordarán los temas de salud mental en México considerado como un problema emergente porque no causan mortalidad entre la población, pero afecta el bienestar de la persona, la morbilidad de los padecimientos mentales que existe en los hospitales, la trascendencia que han tenido a partir de 1995, los derechos que tienen estas personas; las estrategias de asistencia que da el Estado a través de los planes de desarrollo y programas de salud (nacional y estatal) impacto social que han tenido en los periodos presidenciales del Dr. Carlos Salinas, Dr. Ernesto Zedillo y del Lic. Vicente Fox; costos sobre medicamentos, hospitales públicos y privados del estado de Puebla y el tipo de atención que brindan; como también el análisis de los programas de salud mental, modelo hidalgo un proyecto para mejorar los tratamientos y sustituir los hospitales por casas o villas para cada padecimiento.

En el tercer capítulo se dan definiciones, síntomas, tipos de esquizofrenia, causas y efecto que provoca el padecimiento ante la familia; las funciones que esta realiza ante la situación de tener un integrante enfermo, el modelo sistemático de la enfermedad y las actividades que realiza el trabajador social en las instituciones psiquiátricas ante las familias.

En el cuarto y último capítulo, se darán a conocer los resultados de la investigación que se realizó en Casa de Salud del Estado de Puebla, donde se encuestaron a las familias que conviven con enfermos esquizofrénicos y posteriormente el seguimiento a dos casos, el diagnóstico social, llevando a cabo un plan a través del modelo de Trabajo Social de casos individualizado; aportando alternativas para mejorar la dinámica familiar, el cuidado y control del paciente.

CAPÍTULO I
PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LAS FAMILIAS E INSTITUCIONES
PSIQUIÁTRICAS

PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LAS FAMILIAS E INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS.

1.1 Familias e instituciones para enfermos mentales en Francia.

En Francia existieron varios acontecimientos de gran importancia como fueron, la Revolución Francesa -1787-1799-, y las guerras napoleónicas -1804-1815- entre otras causas, "en los siglos XVIII y XIX, Francia mantenía guerras que provocaron hambrunas, epidemias y algunos problemas psicológicos entre los pueblos y familias, donde las personas que tenían trastornos mentales eran consideradas como seres poseídos por el demonio nombrándolos de diferentes maneras, insanos, lunáticos, dementes, orates o locos"¹.

Los padecimientos mentales en su mayoría eran consecuencia de enfermedades ligadas a distintos aspectos como la desnutrición en el período de embarazo causada por el hambre que predominaba en los pueblos parisienses o golpes que sufrían las mujeres de esa época; "muchos de los tontos de los pueblos de Francia padecían de retraso mental o esquizofrenia provocados por traumas del nacimiento a consecuencia de partos prolongados causadas por la mala alimentación".²

Una de las causas predisponente de la locura en las familias era la herencia que adquirían a través de generaciones algún miembro de la familia que padecía alguna deficiencia mental ya sea por parte la madre o del padre; "la herencia fue una de las causas principales de locura en las familias a través de generaciones enteras que provenían de lunáticos ancestros".³

A éstos integrantes que formaban parte de una familia llamados insanos padecían alucinaciones o mostraban alguna conducta extraña se les miró con temor, y eran rechazados por sus parientes que durante años eran las que se encargaron de su cuidado, los cuales fueron recluidos fuera del hogar, en

¹ García Ballester "Locura y sociedad, sociología histórica de la enfermedad mental" Madrid, 1997. Ed. Alianza. p. 168.
² Shorter, Edward, "Historia de la psiquiatría". España, 1999. Ediciones Medicas. p.12 T. I.
³ Ibidem. p. 115.

cuartos y establos sujetándolos o encadenándolos en aquellos lugares sin ningún afecto o cariño fuesen hombres o mujeres de cualquier edad.

Las familias parisienses consideraron a los enfermos mentales como poseídos por tener una conducta diferente a las normas sociales; dándosele gran importancia a los papeles sociales heredados, a las costumbres dictadas por la tradición y por ello se les encerraba encadenándolos y tratándolos como criminales e incluso eran maltratados físicamente y verbalmente por ser diferentes. "Los enfermos mentales eran colgados, encarcelados, torturados y perseguidos de mil maneras por considerarlos como agentes de Satán o seres infrahumanos encadenándolos en especies de perreras e incluso eran arrojados a las prisiones como si fueran criminales o bestias salvajes; se les dejaba deambular casi desnudos, yendo de lugar en lugar como perros locos sujetos a los latigazos".⁴

El psiquiatra Edward Shorter, refiere que la familia comenzó a considerarse a sí misma como una unidad emocional, debido a cambios en los patrones afectivos en la vida familiar donde los enfermos con deficiencia mental eran considerados problemáticos y una molestia en casa. "Antes del siglo XVIII, la familia se basaba más en vínculos de poder y linaje que en los sentimientos; sin embargo, a finales de este siglo el clima sentimental de la familia empezó a cambiar donde las relaciones se volvieron mucho más íntimas, la reunión familiar alrededor de las comidas se convirtió en una ocasión para vivenciar los sentimientos privados donde los familiares con locura no encajaban en éste cuadro de felicidad".⁵

Por otra parte las enfermedades mentales no respetaron condiciones sociales, económicas, sexo y edad; ya que aún las clases privilegiadas -aristócrata- y clérigos, no se escaparon de este trato inhumano y el confinamiento en cuartos, encerrándolos bajo llave -estos lugares eran sótanos- o celdas con calabozos; considerándolos las familias una vergüenza ante la sociedad.

Con los hospitales y clínicas privadas para locos en el siglo XVIII, las familias dejaron en manos de estas instituciones el cuidado de los enfermos mentales ya que para ellos era un sacrificio tolerarlos.

⁴ Coleman, James. "Psicología de la anormalidad y vida moderna". México, 1995. Ed. Trillas. p. 53.

⁵ Ibidem. p. 50.

"Las familias pensaban que las fundaciones de los manicomios era una solución para que el enfermo mental pasara a manos de los cuidadores de las instituciones tanto públicas como privadas y ellas no padecerían más la "vergüenza" de seguirlos cuidando, dándoles de comer sin temor a que se escapen o escuchar los gritos del enfermo".⁶

Aún con la creación de instituciones psiquiátricas, para las familias pobres no cambiarían esta situación, ya que pocas tuvieron la posibilidad de llevar a sus enfermos al hogar donde habitaban o abandonarlos en la calle, por lo que estas se veían obligadas a suspender sus trabajos para dedicarse al cuidado del enfermo, sintiendo temor, o se exasperaban por la conducta del paciente, porque no podían acceder a los "tratamientos o cuidados" que se les daba en los manicomios por falta de dinero; por lo que estas escondían a sus enfermos en los establos o en cuartos aislados donde eran encadenados.

Al igual que las familias de escasos recursos, la clase aristócratas también habían tenido que padecer con el problema de la enfermedad mental; pero con la posibilidad de que podían pagar fuertes cantidades de dinero en casas de reposo privadas permitiéndoles el privilegio de permitir comprar alojamiento; ya sea en estos lugares, y además podían recibirlos en iglesias o también cuidarlos en sus casas.

Las condiciones en los hospitales públicos para dementes dejaron mucho que desear tanto en el cuidado como en las condiciones sanitarias; los cuales recibían a todo tipo de enfermos con conductas anormales que iban en contra de las normas sociales y de la religión; el estado en que se encontraban aquellos lugares eran insalubres y el tratamiento que se les brindaban estaban en manos de los intendentes y no de médicos. "Los comportamientos de ideas persecutorias, o megalomaniacas, estados estáticos, alucinaciones, representaciones obsesivas y fuertes alteraciones de la expresión del rostro como síntomas de enfermedad mental que vagaban en las ciudades o pueblos que probablemente fueron abandonados por los familiares o eran llevados a los hospitales para enfermos mentales donde las condiciones sanitarias eran insalubres".⁷

⁶ Op. cit. Shorter. p. 35.

⁷ Ackerknecht. Erwin. "Breve historia de la psiquiatría". Buenos Aires, 1993. pp. 16-17.

En los manicomios también se hospitalizaban a adolescentes, los cuales eran maltratos físicamente por sus cuidadores teniendo sus funciones motrices deterioradas a consecuencia de las prolongadas sujeciones con cadenas y grilletes. "En 1798 el psiquiatra Antón Muller, al ingresar pacientes de 16 años tenían tan perdido el uso de sus miembros, encontrándose con golpes en la espalda y heridas ensangrentadas, y otros más habían perdido el uso de sus piernas a causa de los grilletes".⁸

Los pacientes con trastornos mentales internados en hospitales por lo general eran mostrados como seres extraños, los cuales se pasaban el tiempo delirando; donde sus conductas anormales era una manera de diversión para el pueblo ya que estos visitaban a los lunáticos; "los asilos de pobres, lugares donde estaban ubicados los enfermos mentales eran sujetados en el suelo con un anillo de hierro, un par de grilletes sobre sus piernas y esposados de las manos; donde a través de las barras de las ventanas eran ridiculizados por el público aventándoles objetos haciéndolos enfadar".⁹

Debido a los malos tratos a que eran sometidos las personas con trastornos mentales en hospitales, el rey de Francia Luis XVI -1658-, "Luis XIV, creó dos grandes hospicios parisienses para enfermos, criminales, vagabundos y enfermos mentales como el Bicetre -1788- para hombre y la Salpêtrière para mujeres, que no pretendían realizar tratamientos. Ambas instituciones eran consideradas como de custodia más que hospitales psiquiátricos, los pacientes eran azotados, atados con cadenas y las condiciones de higiene eran infrahumanas".¹⁰

Otros hospitales o manicomios que tuvo este país para el cuidado de estos trastornados de la mente y que estaban bajo la responsabilidad del Estado y de los clérigos; fueron "el Maison de Charenton -1641-; el manicomio de Sonnenstein, el Sainte-Anne de Paris -1867-; el manicomio Vaucluse -1869-; estas instituciones estuvieron a cargo del Estado, la Iglesia y autoridades locales los cuales se

⁸ Op. cit. Shorter, p.2.

⁹ Ibidem, p. 25.

¹⁰ Op. cit. Coleman, p. 22.

repartieron la responsabilidad de los cuidados psiquiátricos de los manicomios, casas de limosna y prisiones".¹¹

Con la Revolución Francesa, se desarrolló el pensamiento de la filosofía terapéutica en hospitales psiquiátricos; teniendo como antecesor de la psiquiatría a Philippe Pinel, quién, al realizar un experimento para quitarles las cadenas a los enfermos mentales, señaló que estos debían ser tratados con amabilidad y consideración como gente enferma y no como bestias o criminales. "En 1793 Pinel dio la liberación de las cadenas de los locos hospital de Bicetre y en 1795, abolió las cadenas el Salpêtrière, cambiando las cadenas por camisas de fuerza, concluyendo que el manicomio era un lugar donde el tratamiento psicológico podía ser llevado a cabo, separando a los enfermos agudos de los crónicos, cambiando las formas de cuidados".¹²

El psiquiatra Pinel, al cambiar las condiciones en que vivían los enfermos, los modificó para dejarlos pasear por los patios y jardines, mejoró en un momento la calidad de vida de estos pacientes; dejando en el pasado la idea de que las enfermedades mentales eran causadas por algo diabólico. "Pinel al construir nuevas y limpias habitaciones para los pacientes, arregló un salón donde podían realizar diversos juegos sociales, escuchar música y bailar entre ellos y miembros del personal dando origen al nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica y no como algo sobre natural".¹³

Conjuntamente con la ilustración los médicos en el siglo XVIII, desarrollaron teorías psicológicas –teoría moral, por Pinel- sobre las enfermedades mentales, teniendo como instrumentos terapéuticos el chaleco de fuerza que utilizaban los intendentes como tratamientos corporales y sedantes –alcanfor, opio- para calmarlos.

Con la psicoterapia, el médico Pierre Cabis consideraría que el trato con los enfermos mentales debió estar basada en la confianza entre el paciente y el cuidador – teoría moral para aplicar los tratamientos corporales –"1731-1802, surgió la psicoterapia por el médico Pierre Cabis, dando

¹¹ Op. cit. Shorter. pp. 35 y 38.

¹² Op. cit. Shorter. p. 25.

¹³ Ibidem p. 40.

fundamento teórico a la teoría moral, junto con los tratamientos corporales que pueden considerarse como una especie de terapéutica de shock, el antiguo tratamiento por inmersión, aparece la llamada silla de Darwin que consistía en hacer girar al enfermo hasta que le salía sangre por la boca, la nariz y los oídos; también se aplicaban la castración y las curas por hambre, antiguas drogas como la datura y el alcanfor".¹⁴

Con la terapia moral se va humanizando la asistencia hacia los enfermos mentales, basada en ganarse la confianza del paciente a través de actividades ocupacionales. "En el periodo de la Revolución francesa Pinel introduce el tratamiento moral que básicamente consistía en suponer que los problemas mentales derivan de conflictos morales, y animaba al personal de los hospitales a contactar con los problemas de los enfermos a través de actividades ocupacionales, respetando los intereses particulares".¹⁵

Para el médico francés Pinel, los trastornos mentales eran adquiridas por alguna ascendencia, condiciones de vida, emociones o de ingerir sustancias alcohólicas. "Philippe Pinel, consideraba que las enfermedades mentales eran causadas por la herencia, orientaciones sociales defectuosas como educación, el régimen de vida, las llamadas pasiones espasmódicas -cólera, susto-, pasiones debilitantes o depresivas -tristeza, odio, miedo- y los fenómenos físicos como el alcoholismo, la retención de la sangre menstrual o hemorroidal, la fiebre, el puerperio o las lesiones craneales".¹⁶

A principios del siglo XIX, los manicomios fueron remodelados con el propósito de darles un prestigio a las instituciones para poder recluir a otro tipo de pacientes que tendrían la posibilidad o no de pagar por los cuidados terapéuticos; como fueron: "el Sonnenstein -1811- que contaba con sala de billar, jardines, habitaciones de música con pianos para conciertos quincenales, salas de lectura con libros -no novelas francesas, tontas- baños e hidroterapias que tenían la finalidad de dar prestigio a la institución y a la psiquiatría de que con sus métodos podrían mejorar o curar las enfermedades mentales".¹⁷

¹⁴ Op. cit. Shorter. pp. 54-55.

¹⁵ Ibidem. p. 21.

¹⁶ Op. cit. Ackermaknecht p. 61.

¹⁷ Op. cit. Coleman. p. 42.

El psiquiatra Esquirol, discípulo de Pinel, siendo jefe médico del manicomio de Charenton, aceptaba a pacientes públicos y privados, con esto logró darle una reputación a la institución sobre los cuidados de estos enfermos. "En 1825, Esquirol, construyó nuevas y limpias habitaciones para pacientes femeninos, atribuyendo como una influencia saludable en mejorar los índices de curación, para los pacientes privados arregló un salón donde podían realizar diversos juegos sociales, escuchar música, bailar entre ellos y un gran jardín para pasear. Los hombres podían salir del hospital por medio de un permiso terapéutico y las mujeres acompañas por algún familiar o personal que laboraba en el manicomio. Los pacientes públicos también disponían de jardines y realizaban actividades; las mujeres cosían, los hombres practicaban instrucción militar, así este hospital contaría con las condiciones favorables para el tratamiento de los insanos".¹⁸

En las últimas décadas del siglo XIX, autoridades médicas realizaron indagaciones sobre habitantes que padecieran trastornos mentales sobre todo a familias que habitaban en los pueblos parisienses : "en 1870 se realizó una investigación sobre áreas rurales parisienses para detectar las condiciones en que encontraban los enfermos mentales, donde los investigadores apenas podían dar crédito de que una quinta parte de 164 pacientes mentales que habían identificado estaban con sujeciones en casa, la mayoría encerrados en habitaciones y establos en condiciones insalubres, donde los enfermos se revolcaban en sus propias heces y con sus caras cubiertas de moscas".¹⁹

A finales del siglo XIX, Francia contó con 108 manicomios y numerosas casas privadas para dementes; las instituciones públicas se encontraban sobre poblados de pacientes como "el manicomio Sainte-Anne de Paris -1867- que tenía una capacidad para 490 pacientes estaba ocupado por 1,100 y el manicomio Vaucluse -1869-, con capacidad para 500 pacientes y con una sobrepoblación de 1000".²⁰

Con el nacimiento de la psiquiatría, se fortalecieron otros servicios como las casas privadas, mismas que dieron prestigio, esto permitió acumular grandes fortunas a los psiquiatras, ya que la mayoría de los dueños de estas casas eran estos. La idea de Michael Foucault; de que el nacimiento de la

¹⁸ Op. cit. Shorter. pp. 40-41.

¹⁹ Op. cit. Coleman p. 64.

²⁰ Ibidem. pp. 165-170.

psiquiatría ocurrió principalmente en las "casas de locos privadas, la clase media y las familias aristocráticas que voluntariamente pagaban vastas sumas para desembarazarse de pacientes maniacos".²¹

El dramaturgo francés Moliere, explicó que el manejo mental por medio de la medicina psicológica a través de palabras, sonidos, cartas y talismanes era una forma de terapia moral para el enfermo evitando las sangrías y enemas para tranquilizarlos basándose en la confianza para curar o mejorar la enfermedad.

1.2 Integrantes de las familias en los manicomios Ingleses.

En Inglaterra durante el siglo XVIII las familias tuvieron el control y cuidado del enfermo que padecía locura; estos fueron señalados como una vergüenza ante el pueblo inglés, por lo tanto no enviaban al paciente al manicomio; sino que permanecían escondidos y si empezaban a gritar o a molestar se les castigaba con no darles de comer o simplemente se les azotaba; otros enfermos con el mismo padecimiento que no tenían parientes estarían bajo custodia de la autoridad del lugar. "La tutela del alineado recaía generalmente en la familia y las autoridades se ocupaban únicamente de aquellos a los que consideraban demasiado peligrosos para tenerlos en casa o no tenían a nadie que los cuidara, evitando que vagaran por los caminos de los pueblos ingleses".²²

También existían familias donde los integrantes con padecimientos mentales eran encerrados o maltratados físicamente en malas condiciones sanitarias; por lo que algunos de estos trastomados fueron recluidos en los manicomios de éste país como; "el Santa María de Bethlehem -1547-; mejor conocido como Bedlam; a partir de este surgieron el Bethel en Norwich -1713-; el hospital de Santa Luke -1751-, el manicomio West Riding de Yorkshire en Wakefield -1818-, el manicomio de Middlesex, en Londres -1838- el manicomio Hanwell, y el Calney Hatch utilizando la terapia moral y el régimen ocupacional".²³

²¹ Op. cit. Shorter. p. 17

²² García Ballester Luis. "Locura y sociedad, sociología histórica de la enfermedad mental". Madrid, 1997. Ed. Alianza, p. 167.

²³ Op. cit. Shorter. pp. 36-37 y 65.

A demás existieron casas para asistir a los enfermos trastomados de la mente que formaban parte de familias que gozaban de buena posición económica y podían pagar asistencia particular, más tarde llamadas clínicas privadas de los nervios, donde confinaban principalmente a mujeres para recibir ayuda y posteriormente regresar a sus casas –aliviadas-, "estos lugares eran casas de médicos que ofrecían comodidades y tenían capacidad para cuatrocientos o quinientos pacientes, donde ofrecían custodia pero no terapias a las mujeres que sufrían un trastomo mental pasajero, recibía una operación del caño de agua –forzando una entrada dentro de la boca a través de la barrera de los dientes- eran devueltas a sus casas sin un solo diente delantero en ninguna mandíbula".²⁴

En su mayoría las Instituciones públicas o privadas para dementes, fueron consideradas por las familias inglesas como cárceles donde se les maltrataba con sus métodos terapéuticos, sujeciones, celdas de aislamiento consideradas como ilegales, donde los habitantes de las ciudades y aldeas prevaleciendo

A finales del siglo XIX, los manicomios reflejaron importantes ingresos de personas alcohólicas y con abuso de drogas que presentaban delirios o alucinaciones, en instituciones para enfermos mentales públicos como privados. "Entre 1874 y 1894, en las diversas unidades del manicomio Real de Edimburgo, los alcohólicos formaban el 15 o 20% de todas las admisiones de hombres -el porcentaje de mujeres era menor-; donde las clínicas privadas se dedicaban a curar a los alcohólicos ricos que surgían por todos lados convirtiéndose en un problema psiquiátrico".²⁵

En los hospitales para dementes en la ciudad de Londres, se presentaba otra problemática, esta fue la sobrepoblación principalmente de alcohólicos; "en 1891, los manicomios, como el Colney Hatch, tuvieron una capacidad de 2200 pacientes y el Hanwell, 2600; además existieron numerosas instituciones para alcohólicos, adictos a la morfina y epilépticos; tal es el caso que entre 1801-1900, el alcoholismo fue considerado como enfermedad mental".²⁶

²⁴ Op. cit. Coleman. p. 135.

²⁵ Portillo, Garnica. "Nacimiento y evolución de la psiquiatría". México, 1995. p. 72.

²⁶ Op. cit. Shorter. pp. 34-35.

El psiquiatra James Coleman, menciona que durante el siglo XVIII el dominio de las interpretaciones seculares sobre la locura por parte de las clases gobernantes, tomó cuerpo de establecimiento de instituciones privadas dedicadas al tratamiento de los locos y posteriormente al movimiento asilar. Antes de la revolución inglesa la concepción de la locura entre la gente ordinaria consistía en una mezcla de religión, magia y pensamiento científico.

También en éste país se aplicó el tratamiento moral, método desarrollado por el psiquiatra francés Pinel, utilizando terapias ocupacionales como carpintería, bordado entre otros. "Uno de los precursores de la psiquiatría inglesa fue William Charles Ellis que creó el tratamiento moral y el régimen ocupacional que consistía en la atención afectuosa hacia el enfermo y en algún tipo de trabajo de utilidad diario".²⁷

La vida psicológica, los problemas afectivos, entre otras causas provocaron que los miembros enfermos de locura de las familias, no se les demostró afecto de cariño o una formación ante las personas que se encontraban a su alrededor, sino sólo recibían reproches y tal vez maltratos físicos. "La educación defectuosa puede tener fuertes repercusiones en la génesis de la locura; por tanto, todo tratamiento deberá orientarse a educar nuevamente al enfermo mediante el trabajo y las buenas relaciones humanas; por lo que sostiene separar al paciente de su familia, porque cuando llega a la crisis psíquica, la relación familiar se agrava".²⁸

En los manicomios ingleses se dieron tratamientos físicos y de psicoterapia para los enfermos, organizando representaciones teatrales con el fin de estimular el sentido visual de los pacientes; además los pacientes varones podían tener a su disposición a mujeres con moralidad dudosa. El trabajo en un manicomio con fines terapéuticos era un arte y una ciencia, porque a través de ellos experimentaban e investigaban las reacciones que tuviera el paciente. "Las enfermedades mentales menores como la ansiedad, depresión y conductas obsesivas compulsivas conocidas como trastornos neuróticos; fueron

²⁷ Op. cit. Portillo, p. 55.

²⁸ Op. cit. Shorter, p. 84.

asignadas al médico de la familia o a otras especialidades como la neurología por considerarse enfermedades nerviosas y no psiquiátricas".²⁹

En Inglaterra, la organización del manicomio terapéutico, hizo que la manifestación de las enfermedades mentales dependían del ambiente que los rodeaba, "la locura procedía de la irritación de los nervios porque consideraban que el paciente y sus habitaciones se debían mantenerse limpias, dieta ligera y pasatiempos; sobre todo las clínicas psiquiátricas privadas que deberían de servir como un tipo de casas de reposo".³⁰

A finales del siglo XVIII, el médico florentino Vincencio Chiarugini desarrolló el concepto del manicomio terapéutico explicando: "la noción de la locura era curable a través de tratamientos terapéuticos de la medicina tradicional que consistían en sangrías, purgas y administración de eméticos y a los pacientes que se resistían tenazmente a estos métodos se usaba el azote, la privación de alimentos y las cadenas".³¹

Para el siglo XIX el internamiento de insanos pasaría a ser considerado como acto terapéutico destinado a curar al enfermo, donde la locura ya no sería sujeto de sí misma; sino se convertirá en objeto de la psiquiatría para investigaciones ya que elaborarían un conocimiento de los síntomas que presenta el enfermo.

Los médicos, diagnosticaban la sintomatología en los pacientes jóvenes como esquizofrenia por presentar alucinaciones auditivas o visuales y si esta no obtuvo algún tratamiento tendía a la cronicidad y con el tiempo se convertiría en demencia. "En 1800 los psiquiatras Haslam -Inglaterra- y Pinel -Francia- detectaron una nueva enfermedad que se presentaba como psicosis en adultos jóvenes y progresaba hacia la locura crónica; tal enfermedad fue llamada demencia donde no había pérdida de inteligencia, sino delirios crónicos y alucinaciones acompañadas de trastornos del pensamiento".³²

²⁹ Op. Cit Shorter. p 22.

³⁰ Ibidem. p. 18.

³¹ Ibidem p. 35.

³² Ibidem p. 65.

La enfermedad mental como la esquizofrenia tiende a afectar al paciente en el desarrollo de relacionarse con las personas que lo rodean, padeciendo un lenguaje y pensamiento desorganizado; "la esquizofrenia es una enfermedad del desarrollo del cerebro comenzando quizás en el útero o en un trauma del nacimiento provocando incapacidad en la persona para enfrentarse con las relaciones humanas u organizar sus pensamientos de forma exitosa; representa enfermedades mezcladas, a veces con algo genético y con trastornos psicóticos".³³

Algunas enfermedades como la esquizofrenia, psicosis por consumo de alcohol y principalmente la neurosífilis causada por una enfermedad venérea como la sífilis que no era tratada médicamente, las personas que tuvieron estos padecimientos sobrepoblaron instituciones psiquiátricas. "La enfermedad psiquiátrica que incremento el ingreso de pacientes en los manicomios ingleses durante el siglo XIX, fue la neurosífilis; con la infiltración de la sífilis en el sistema nervioso provocando dolores de abdomen seguidos por demencia y parálisis con convulsiones terminales, la psicosis alcohólica y la esquizofrenia".³⁴

Los hospitales comenzaron a verse saturados con pacientes que presentaron cuadros de enfermedades psiquiátricas que fueron atribuidas a causas sociales debido a los acontecimientos bélicos de la primera Guerra Mundial. "Durante la primera Guerra Mundial -1914-1918- los manicomios se habían convertido en un depósito de enfermos dementes y de inadaptados sociales - criminales".³⁵

Los médicos que trataron estas enfermedades consideraron a los insanos como niños con fuerza y capacidad de hacer daño a toda persona que se le acercara; por lo que deberían estar bajo tratamiento a través de la terapia moral que consistía obtener la confianza del paciente para que tomara sus medicamentos y así podrían controlarlo y posteriormente incorporarlo a la unidad familiar.

³³ Op. Cit. Shorter. p. 61.

³⁴ Ibidem. p. 54.

³⁵ Op. cit. Portillo. p. 33.

El médico al tener la autoridad del manicomio y la confianza de los familiares, decidiría conforme a la mejoría o conducta del paciente los ingresos o egresos, respondiendo por su conducta; ya que se consideraba a la familia incapaz de cuidar debidamente a sus enfermos y provocarles recaídas.

1.3. El cuidado de los dementes en Estados Unidos.

En Estados Unidos, las personas que padecieron algún trastorno mental fueron considerados sujetos de investigación para los médicos; desarrollándose las ideas de que el cerebro era la base de la enfermedad. "La causa de la locura se halla localizada de forma primaria en los vasos sanguíneos del cerebro y depende de las causas mórbidas y acciones irregulares que siguen a otras enfermedades arteriales".³⁶

Durante el siglo XVIII, se fundaron hospitales asistenciales para las familias de escasos recursos económicos y para aquellas personas con enfermedades mentales que no contaban con familiares y deambulaban por las calles y llevados por autoridades a las celdas de los manicomios que fueron semejantes a una cárcel; estos yacían sobre paja, otros extremadamente fieros y lunáticos; pero casi todos se encontraron parcial o totalmente desnudos.

Los lugares donde se fundaron instituciones para enfermos mentales son: "el de Pensylvania - 1752- por una sociedad religiosa, en Williamsburgo, Virginia, -1773- y el de Nueva York, -1796-, que al igual que en Europa, estaban acondicionados por celdas o cuartos en sótanos -diez pies cuadrados- donde los pacientes de nuevo ingreso debían tener la cabeza rasurada, usar camisas de fuerza, hacer dietas de poca alimentación y tomar purgantes. Si estas reglas no servían para calmar a los pacientes más difíciles y excitados, se tomaban otras más severas, como la privación total de comida, la prisión solitaria, los baños de agua fría y otros métodos de tortura similares".³⁷

Los tratamientos hacia los enfermos mentales que se tuvieron en este país americano, por lo tanto el éxito que alcanzaron los experimentos del médico francés Pinel y del inglés Tuke revolucionaron

³⁶ Op. cit. Shorter p. 250.

³⁷ Ibidem. p. 45.

los métodos de tratamientos de los hospitales mentales haciéndolos más humanitarios a través de terapia moral donde "los locos empezaron a ser considerados como gente normal que perdió la razón debido a que estuvieron expuestos a tensiones psicológicas y sociales severas".³⁸

Algunos manicomios fueron destinados para pacientes crónicos, donde los médicos abandonarían cualquier pretensión de curar al enfermo, para darlo de alta a consecuencia del aumento de ingresos de pacientes a los hospitales; "en el siglo XIX, tuvieron origen hospitales estatales como el de Spring Grove en Maryland, Easton, Kentucky -1824-, el de Maniatan -1825- y Willard de la Ciudad de Nueva York -1869-, debido a las demandas de ingresos".³⁹

En algunas instituciones psiquiátricas públicas, fueron desapareciendo a consecuencia del trato inhumano que se les dio a los enfermos mentales manteniéndolos enjaulados y encadenados. "En 1840 varios manicomios públicos americanos comenzaron a desaparecer los gritos de los deprimidos como fue en el hospital estatal de Georgia".⁴⁰

De este modo ambos lados del Atlántico, la psiquiatría comenzó con las fundaciones de los hospitales para enfermos mentales -instituciones de custodia- que tenían la función de confinar individuos harapientos que fuesen peligrosos para si mismos y una molestia para la sociedad. "Para 1880 la mayoría de los manicomios públicos abandonarían cualquier esfuerzo terapéutico debido al alto índice de ingresos descrita como la caída desde la rehabilitación a la decadencia".⁴¹

El cuidado de los enfermos mentales al igual que en otros países como Francia e Inglaterra recaía en primer lugar en los familiares, esta decidió tener a su enfermo en casa o buscar cuidado en el exterior. "El período de 1843 a 1900 concluyó según estudiosos de la psiquiatría de los manicomios americanos las familias continuaron dominando todo el proceso".⁴² Sin embargo por el número de

³⁸ Op. cit. Coleman, p. 53.

³⁹ Op. cit. Shorter, pp. 35 y 46.

⁴⁰ Op. cit. Coleman, p. 45.

⁴¹ Op. cit. Shorter, p. 146.

⁴² Ibidem p. 46.

pacientes manicomiales que se incrementaron, los parientes debieron decidir en algún momento enviar a los pacientes al manicomio.

También se crearon sanatorios privados para aquellas familias que tenían los medios económicos de cubrir los gastos que generaba el enfermo con padecimientos nerviosos y enfermedades mentales como depresión, manía, esquizofrenia y la neurosífilis.

A inicios del siglo XX, en éste país americano, los enfermos mentales sobrepasaron la capacidad de los hospitales adoptando tratamiento terapéuticos par su rehabilitación y así poder egresar pacientes por mejoría; posteriormente aparecieron métodos terapéuticos para la rehabilitación del paciente. "En 1904 había 150.000 pacientes en los hospitales de los estadounidenses debió al consumo de alcohol, y en 1930 surgieron los modelos Europeos como los tratamientos del sueño prolongado, el shock insulínico que consistía en administrar insulina provocando mejoría y posteriormente hipoglucemia y en 1938 surgió el shock eléctrico que se aplicó a los esquizofrénicos"⁴³

1.4 Instituciones psiquiátricas en México y el Estado de Puebla a principios del XVIII, siglo XIX y XX.

Desde el siglo XVI se iniciaron las edificaciones de hospitales dirigidas por la Iglesia y grupos de laicos en la Nueva España, considerándolos lugares de beneficencia, asistencia y caridad, estas auxiliaban a los enfermos y personas que carecían de sustento familiar, el concepto de hospital "era una casa donde se recibía a todos los necesitados; por lo tanto en ocasiones eran hospitales de pobres, en otras hospederías para peregrinos, orfanatos u hospicios y asilos para enfermos a excepción de los leprosos, bobulosos o sífilíticos y locos"⁴⁴.

La locura fue interpretada por las familias y la Iglesia como una trasgresión religiosa con pérdida de la razón ya que se consideraba al enfermo mental un ser vinculado al más allá para la salvación de su

⁴³ Op. cit. Shorter p. 127.

⁴⁴ Muriel, Josefina "Hospitales de la Nueva España", Fundaciones del siglo XVI. México, 1990, p. 35. T. I.

alma; por ello "el insensato carecía de conciencia necesaria para pecar e incurrir en un delito y que debían ser privados de los sacramentos, a excepción del bautismo".⁴⁵

Estos enfermos también fueron considerados por la sociedad como delincuentes, como consecuencia de la ebriedad esto les provocó alucinaciones tanto auditivas como visuales; además los médicos en esos años, identificaron a la locura "como pérdida de la razón y daño cerebral, pero admitieron las interpretaciones religiosas para identificar a los locos en un tribunal, atribuyéndolos a un desequilibrio humoral en el cuerpo -calor, frío, sequedad y humedad- que dañaban determinados órganos, en particular el cerebro".⁴⁶

A principios del siglo XVIII, ya había surgido el interés de varias personalidades de la Nueva España como Fray Bernardino Álvarez y José Sáyo, los cuales fundaron instituciones en beneficio de la salud mental, donde el cuidado de los dementes era importante ya que se dieron cuenta de que estaban mal alimentados y semidesnudos, y que además deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles. "México contaba con instituciones para enfermos mentales como el Hospital de San Hipólito, fundado por un soldado español en 1567, -el primero de su clase en la América colonial-, la Santísima Trinidad o San Pedro -1577-, le secundó el hospital del Divino Salvador para mujeres dementes en 1687 en la ciudad de México. En otras ciudades se fundaron hospitales como San Roque en Puebla -1592- considerado como manicomio; el de Belén, en Guadalajara -1794-, Santa Cruz de Oaxtepec, Morelos; Santa María de la Consolación, Guerrero; el de Santa María de Belém de Perote; la Concepción de Jalapa y el de San Martín de Veracruz; todos ellos a cargo de los franciscanos los cuales reunieron cantidad de enfermos lisiados, deformes, de sífilis -excepto leprosos-".⁴⁷

Fray Bernardino Álvarez, fundó en el siglo XV el hospital de San Hipólito, el cual se encontraba en la capital de la Nueva España, esta fue una construcción especial para estos enfermos, la cual estuvo constituido por "secciones separadas para hombres y mujeres que paseaban por huertas, patios, comiendo y durmiendo en salas comunes; a los enfermos furiosos o agresivos, durante sus ataques eran

⁴⁵ Sacristán, María Cristina. "Locura y disidencia en el México ilustrado 1760-1810". México, 1995. pp. 25-26.

⁴⁶ Op. cit. Muriel, T.I. p. 13.

⁴⁷ Muriel, T.I. pp. 188-197, T.II. pp. 108, 111, 114-118.

recluidos en jaulas para que no se dañasen a sí mismos y a los demás. En este hospital además de recibir comida y sustento, se les proporcionaba material para que realizaran labores sencillas dependiendo de las posibilidades de éstos para realizarlas".⁴⁸

En el citado nosocomio fueron ingresados pacientes de diferentes ciudades y algunos de ellos no aceptados por el alto índice de capacidad en esta institución; ya que los familiares abandonarían a sus enfermos en las calles de la ciudad. "En el hospital de San Hipólito, tenía un carácter nacional donde se concentraban los enfermos mentales de todo el país que difícilmente había lugar. El resultado de ello era que numerosas mujeres pobres, con razón perdida y abandonadas por sus familias, vagaban por la ciudad, hambrientas, andrajosas, sufriendo el abuso de los malvados, la burla y el desprecio de los demás".⁴⁹

En San Hipólito la asistencia a los "furiosos" se redujo a encerrarlos en jaulas y aprisionarlos con bretes que tenían formas de brazaletes de hierro, mientras a los más tranquilos se les permitía la vida en comunidad. Algunas mujeres del Divino Salvador cosían, bordaban e hilaban algodón para vestir "con más decencia que las otras" y comprar sus cigarrillos, sin que el trabajo se le atribuyeran propiedades terapéuticas.

Las remodelaciones del hospital de San Hipólito, se dieron a través de las necesidades de los enfermos como las condiciones insalubres, la ventilación en los dormitorios, y sobre todo la demanda de ingresos de pacientes de diferentes lugares. "El hospital de San Hipólito fue reedificado entre 1774 y 1776, porque sus celdas eran estrechas, sin ventilación, luz más propias para agravar que para aliviar a los enfermos de lugares aledaños".⁵⁰

En los hospitales para enfermos mentales no se hizo ningún tipo de distinción; ya que lo mismo se admitían clérigos que segregares, a los enfermos cuerdos se les confesaba, mientras los congregantes enseñaban el catecismo; ya que los locos contaron con el apoyo de benefactores Jesuitas

⁴⁸ Op. cit. Muriel, T. I. p. 48.

⁴⁹ Op. cit. Muriel, T. II. Fundaciones de los siglos XVII y XVIII México, 1990 p. 109.

⁵⁰ Ibidem. p. 87.

y Congregaciones Marianas; unos de los pasajes que vivieron en este hospital fue cuando "el virrey, conde de Baños con sus propias manos servía la vienda -comida- a los enfermos, besando el pan antes de dárselos y si el enfermo era sacerdote hincado y de rodillas besándole la mano le daba el pan"⁵¹

Para el control de los enfermos de algunas familias que vivieron en las afueras de las ciudades utilizaron la botánica indígena como el peyote, gordolobo entre otras plantas medicinales e incluso extraños ritos con animales -empleo de brujería en la Santa Inquisición- para calmar las conductas o dolores del insano.

Los hospitales dispusieron de pabellones especiales para los insanos separándolos del resto de los enfermos, mezclando el espíritu de la caridad, sentimientos de culpa y los intentos de redimir pecados propios consolando el dolor ajeno.

La iglesia novohispana en el siglo XVIII, consideró que la locura era asunto exclusivo y tratado por la familia; donde el enfermo estaría bajo su tutela y custodia; por otro lado, el loco vagabundo podía ser encerrado por la autoridad encargada de cuidar el orden público sin mediar mayores procedimientos. "La identificación de locura por familiares y vecinos de los locos a partir del delirio religioso -consistía en creer que el demonio hacía maldades o se sentían como un ser divino-no sólo facilitaba a la Inquisición la tarea de descubrir el estado mental de los acusados, sino que otorgaba a la parentela y el vecindario cierta legitimidad para hacerse cargo de su asistencia y custodia. El hospital no se limitaría a remediar la carencia de una familia o de una red social, teniendo como función la institución proteger a la sociedad del peligro físico y moral del insensato y castigar su comportamiento depravado".⁵²

A principios del siglo XIX los hospitales para enfermos mentales empezaron a decaer en aspectos higiénicos y alimenticios: "En 1820 los hospitales empezaron a desaparecer por las condiciones deplorables en que se encontraban los enfermos semidesnudos y mal alineados dándoles de comer las sobras de otros hospitales; creándose un grado de mortalidad, para 1846 algunos de los antiguos

⁵¹ Op. cit. Muriel, T. I. p. 55.

⁵² Op. cit. Sacristán, pp. 46-47.

nosocomios se convirtieron en hospitales militares y otros desaparecieron debido a la Independencia de México.⁵³

Los médicos del siglo XIX, fueron influenciados por conceptos y métodos de la escuela francesa para el cuidado y control de los enfermos mentales surgiendo con esto un cambio en este tipo de instituciones. "En 1877, al tomar posesión como presidente constitucional Porfirio Díaz, se inicia la época de la renovación de la Beneficencia; donde la medicina en México se empapó por la influencia francesa para el beneficio de los pobres enfermos llamándose en esa época "las luces del siglo".⁵⁴

En los delitos de orden civil, criminal y religioso en los cuales se vieron involucrados los considerados locos, el insensato pudo quedar registrado en los expedientes de un tribunal como acusado, en calidad de denunciante e incluso de autoinculcado, como sucedía en los delitos de carácter religioso que entrañaban arrepentimiento y el temor del más allá.

Durante el suplicio carcelario, los locos alfabetos escribieron cartas, mientras purgaban su condena en un presidio o en el Hospicio de Pobres, donde algunos enfermos estaban concientes de su locura conocieron los muros de un hospital para dementes y otros fueron sujetos a algún tipo de sentencia, desde una penitencia espiritual hasta el destierro, por esta razón habían sido conocidos con el apelativo de inocentes.

Los médicos que trabajaron en hospitales para enfermos mentales como los de San Hipólito, Divino Salvador, Santísima Trinidad ciudad de México, San Roque en Puebla y Belén en Guadalajara; buscaban aplicar la teoría moral del psiquiatra francés Pinel, basado en la confianza del paciente hacia sus cuidadores para que el enfermo tomara su tratamiento, sin necesidad de someterlo a castigos.

El hospital de la Santísima Trinidad o de San Pedro fue en sus inicios una casa de sacerdotes que cursaban una situación de abandono y miseria; así también para aquellas personas que estaban de paso, y a enfermos que no contaban con el apoyo de familiares; "el hospital de San Pedro, funcionaba

⁵³ Op. cit. Muriel, T. I, p. 56.

⁵⁴ Secretaría de Salud "Historia de la salubridad y asistencia en México", T. II. pp. 45-46.

como hospedería para los foráneos y cuidaba a sacerdotes "jubilados" que por su invalidez y avanzada edad ya no prestaban servicios parroquiales, además de padecer en "crecido número" demencia senil".⁵⁵

Los hospitales se limitaban a otorgar sumado caridad, beneficencia y custodia que era una forma de curación hacia el individuo, para proteger a la sociedad y no como corrección o castigo para el insensato que deambulaba por las instituciones; donde la caridad promovida era la mayor virtud cristiana y para el rico o el pecador un instrumento de redención bajo un orden social aprobado por la Providencia.

Aunque en el México Colonial, los hospitales para dementes contaron con un médico entre su personal y la locura era reconocida como una enfermedad entre la élite, tampoco es posible desprender de esta constatación que los locos fueran tratados terapéuticamente. "Las instituciones para enfermos mentales establecidos en la ciudad de México no tuvieron la dirección de un médico sino hasta el último tercio del siglo XIX, cuando dependieron de la Junta de Beneficencia, pero sólo a finales de este siglo el psiquiatra fue director, sustituyendo al mayordomo o administrador, donde el padre de la orden del convento anexo al hospital tenía la facultad de prescribir algún medicamento a los locos que padecían dolencias ajenas a su estado mental".⁵⁶

Sobre éste mismo tema el historiador Manuel Orozco, comenta que la reconstrucción llevada acabo en San Hipólito "no se le dio la forma conveniente para las necesidades de los pobres locos y era defectuoso, pues consistía en celdas estrechas, sin ventilación y sin luz, más propias para agravar que para aliviar a los enfermos -culpa del atraso de la ciencia en aquella época-".⁵⁷

Para las primeras décadas del siglo XX, constituyen un capítulo interesante de la psiquiatría en México, porque se inaugura el Manicomio General de México y los hospitales particulares de San Juan de Dios en Zapopan, Jalisco, el de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla, por los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios para subsanar la deficiente atención de los enfermos mentales que otorgaba el Estado.

⁵⁵ Op. cit. Muriel, T.II. p. 115.

⁵⁶ Op. cit. Sacristán. p. 83.

⁵⁷ Ibidem. p. 87.

Al desaparecer los hospitales destinados para enfermos mentales debido a los acontecimientos armados por la gestación de la revolución mexicana, los pacientes son ingresados al inaugurado Manicomio General, donde los tratamientos terapéuticos eran semejantes al que se prestaba en otros países como Francia e Inglaterra, manteniéndolos enjaulados y atados en condiciones inhumanas; contribuyendo también a su máxima capacidad de población.

"En 1910 el entonces presidente de la República Mexicana Porfirio Díaz, inauguró el Manicomio General de la Castañeda en la ciudad de México; con la creación de esta institución se pone fin a la inestabilidad de los hospitales psiquiátricos; donde ingresan pacientes que pertenecían al Divino Salvador; para los años revolucionarios hicieron imposible en cualquier avance en materia de beneficencia, todo parecía indicar que el Manicomio de la Castañeda a donde se habían trasladado los enfermos mentales del divino Salvador y San Hipólito, con sus 800 camas, representaba un avance considerable en la atención de enfermedades psiquiátricas. El tiempo demostró lo contrario ya que el hospital se sobre pobló con mil 500 pacientes de ambos sexos".⁵⁸

Al terminar la Revolución Mexicana las instituciones para enfermos mentales se les proporcionaría ayuda de asistencia social, por una asociación no gubernamental; "apenas terminada la etapa armada de la Revolución Mexicana en 1920, se decretó la creación de la Lotería de Beneficencia Pública con la finalidad de ampliar los fondos de la asistencia social".⁵⁹

Para la reintegración social de los pacientes adultos y menores de edad, se implementaron tratamientos que consistían en actividades ocupacionales y talleres de terapia los cuales formarían parte de su rehabilitación. "Para 1929 y 1932, el Dr. Samuel Ramírez Moreno, introdujo al Manicomio General talleres y laboroterapias; así como actividades gimnásticas, recreativas y tratamientos de "choque"; en 1934-1938 a instancia del Dr. Alfonso Milán, director de la Castañeda se construyó en el nosocomio un pabellón para psiquiatría infantil".⁶⁰

⁵⁸ Secretaría de Salud. "Programa de Acción en Salud Mental" México, 2001. p. 25.

⁵⁹ Op. cit. Secretaría de Salud. T. II. p. 48.

⁶⁰ Ibidem. p. 48.

En los años treinta en la sociedad mexicana, persistía el concepto de beneficencia, posteriormente al surgir la institución de la secretaría de Asistencia Pública cambia este término por asistencia donde las personas vulnerables que demandaban algún servicios de salud también se les demandaría ser útiles para su subsistencia y colectividad con el apoyo de la Secretaría de Asistencia Pública.

Siendo presidente de la República Lázaro Cárdenas -1934-1940-, "el 31 de diciembre de 1937, se creó la Secretaría de Asistencia Pública donde se trascendía la caridad cristiana como motor de la asistencia en la sociedad el Estado Mexicano reconoce que debe sustituirse el concepto de beneficencia por asistencia pública en virtud de que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles deben tender a su desarrollo integral, sin limitarse a satisfacer sus necesidades de subsistencia o de tratamiento médico".⁶¹

Durante algunos años de funcionar por separado ambas instituciones que se dedicaban a la asistencia pública, se unen para crear una sola para el desarrollo integral del individuo no solo es física sino también mental; por lo que crean una dirección la cual se haría cargo de la Salud Mental. "En 1943, estando como presidente de la República el Graf. Manuel Ávila Camacho, la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad dan origen en 1959, a la Secretaría de Salubridad y Asistencia del cual surgiría la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental; con la influencia Europea de la promulgación de la constitución de la Organización Mundial de la Salud -OMS, 1946-".⁶²

Ante las malas condiciones sanitarias y funcionamiento deficiente del Manicomio de la Castañeda; se crearon instituciones psiquiátricas en diferentes puntos de la República con el propósito de fomentar la autosuficiencia en las instituciones y del paciente a través cosechas de vegetales, semillas y crianza de animales. "En 1965, el doctor Rafael Moreno Valle, secretario de Salubridad y Asistencia, recibe un reporte en donde se le comunica la situación del hospital psiquiátrico Nacional -Manicomio de la Castañeda-; manifestando sobre el pésimo estado de funcionamiento; en base a esto el presidente de la

⁶¹ Op. cit. Secretaría de Salud. T. II. p 125.

⁶² Op. cit. Secretaría de Salud. T. III. pp. 148-150.

República Lic. Gustavo Díaz Ordaz, quién da origen al proyecto "Operación Castañeda"; con personal capacitado en psiquiatría, psicología, trabajo social y salud pública, el cual dieron origen a los hospitales psiquiátricos campestres como:

- * Hospital Fray Bernardino Álvarez -Distrito Federal-
- * Hospital Granja Dr. Rafael Serrano -Puebla-
- * Hospital Granja Dr. Adolfo M. Nieto. – Guanajuato-
- * Hospital San Miguel Eyecalco -Distrito Federal-
- * Hospital Dr. Juan N. Navarro -Distrito Federal-
- * Hospitales de Día , Integrados a instituciones como Fray Bernardino Álvarez, Dr. Juan Navarro, Instituto Nacional de Neurología⁶³.

Instituciones psiquiátricas en el Estado de Puebla.

Como antecedente en el Estado de Puebla, a partir del siglo XVI existieron instituciones para atender a personas enfermas algunas de ellas a consecuencia de epidemias; como fueron los "hospitales de San Jusepe y San Juan de Letran -1532- especialmente para españoles; Real de San Pedro -1544-, Nuestra Señora de la Concepción -1581- y fue hasta en 1592 cuando el hospital de San Roque, dio atención a personas convalecientes y enfermos mentales de ambos sexos".⁶⁴

El hospital de San Roque, dio alojamiento y tratamiento a personas convalecientes y dementes, donde los pacientes trabajaban la tierra para cosechar y hacer uso para su alimentación diaria; además contaban con el apoyo de congregaciones asistenciales. "El hospital contaba con enfermerías, botica, cuartos especiales para mujeres dementes y huertas de autoconsumo; en el siglo XVII, sirvió como hospedería para los españoles que llegaban a la Nueva España sin autorización del rey y a mediados del siglo XVIII, las congregaciones Marianas ayudaban recaudando ropa, alimentos y medicinas".⁶⁵

⁶³ Op. cit. Secretaría de Salud. T. III. pp. 65-66 y 93-94.

⁶⁴ Op. cit. Muriel, T. I. pp. 99, 105, 236 y 239.

⁶⁵ Ibidem. p. 39.

Durante el siglo XIX, algunos hospitales para dementes desaparecieron a consecuencia de la independencia de México los cuales fueron demolidos por las malas condiciones de higiene que existían en aquellos lugares; tal es el caso del hospital de la Inmaculada Concepción de Jalapa; para "1820 el hospital subsistió a la independencia, pero sin la asistencia de los hermanos de la caridad, prolongándose hasta el segundo tercio de este siglo".⁶⁶

Con el avance del tiempo en el siglo XX, se crearon instituciones pública y privadas para dar atención aquellas personas que padecieron de alguna enfermedad mental a través de consultas, hospitalización y rehabilitación y hasta la fecha siguen funcionando. "El 27 de junio de 1910 se inauguró el Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe, con características de asilo y de hospital siendo una institución privada fundada por los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios en Cholula Puebla".⁶⁷

A partir de los años sesenta surgió otra institución privada con el propósito de dar atención a aquellas personas con padecimientos psiquiátricos y tratamientos de rehabilitación de alcoholismo y adicciones. "El hospital Casa de Salud fundado en 1967, a brindando en el Estado de Puebla atención integral hospitalaria médico psiquiátrica, con personal especializado en psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social; contando con instalaciones adecuadas para estos padecimientos, áreas independientes para hombres y mujeres, sala de terapia, taller, jardines, comedores, central de enfermería, consultorios médicos y área de urgencias".⁶⁸

También se creó un hospital psiquiátrico público para la población con padecimientos mentales y aquellos que vinieran de lugares alejados; dando origen al proyecto de operación Castañeda, a esta institución también se le conoció como el BATAN, "en Puebla, fue inaugurado el 1 de Diciembre de 1967, el hospital Campestre Dr. Rafael Serrano, en el cual se trasladaron pacientes del Manicomio la Castañeda, Fernando Ocaranza, hospital civil y San Roque".⁶⁹

⁶⁶ Op. cit. Muriel, T. I. p. 247.

⁶⁷ Op. cit. Programa de salud mental. p. 25.

⁶⁸ Córdoba. Holguín. "Casa de Salud". Estado de Puebla, folleto 2002.

⁶⁹ Op. cit. Programa de salud mental. p. 25.

CAPÍTULO II
LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.

2.1. Enfermedades mentales en México.

Los padecimientos mentales en México considerados por la Secretaría de Salud como problemas emergentes, porque son enfermedades que no causan gran mortalidad entre la población pero afectan el bienestar de la persona enferma, alterando la dinámica familiar y generando una carga económica no solo para los familiares, sino también para las instituciones psiquiátricas públicas.

Las enfermedades psiquiátricas que afectan a la población mexicana en mayor índice como la esquizofrenia; "en México son pocos los estudios epidemiológicos realizados sobre el tema de las enfermedades mentales, en 1999, el 0.7% de la población urbana adulta padecía esquizofrenia; es decir afectaba de 500 a 700 mil personas; el 32% de los pacientes hospitalizados en un cierto tiempo en hospitales de la Secretaría de Salud tenían este diagnóstico".⁷⁰

Datos obtenidos en el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática señalan que en México, a partir de 1998 hasta el año 2000, las enfermedades mentales han aumentado de manera moderada, algunos desencadenados por desajustes psicosociales, desintegración familiar, analfabetismo, desempleo y mendicidad; tanto en mujeres como en hombres; siendo éste último en mayor número de casos. -cuadro 1-

Cuadro 1.			
Morbilidad de enfermedad mental en los Estados Unidos Mexicanos por género en los años de 1998 - 2000.			
Año	Mujeres	Hombres	Total
1998	7 868	13 146	21 014
1999	8 625	14 392	23 018
2000	8 896	15 092	23 988

Fuente: Anuario de estadísticas y perfil sociodemográfico de los censos de 1998-2000. pp.145, 196 y 201.

⁷⁰ Saavedra Alfredo M. "Nuevo libro de trabajo social" México, 1999, Ed. UNAM p. 47.

En 1999 la morbilidad psiquiátrica en los hospitales de la Secretaría de Salud, reflejó que la esquizofrenia ocupa el mayor índice de la población con trastorno mental, principalmente en el género masculino entre las edades de 15 a 64 años; lo que constata que esta enfermedad y junto con otros padecimientos psiquiátricos tienden a aumentar y considerarse como problema de salud pública debido al consumo de alcohol y sustancias tóxicas; por lo que son causa de morbilidad entre la población. -ver cuadro 2-

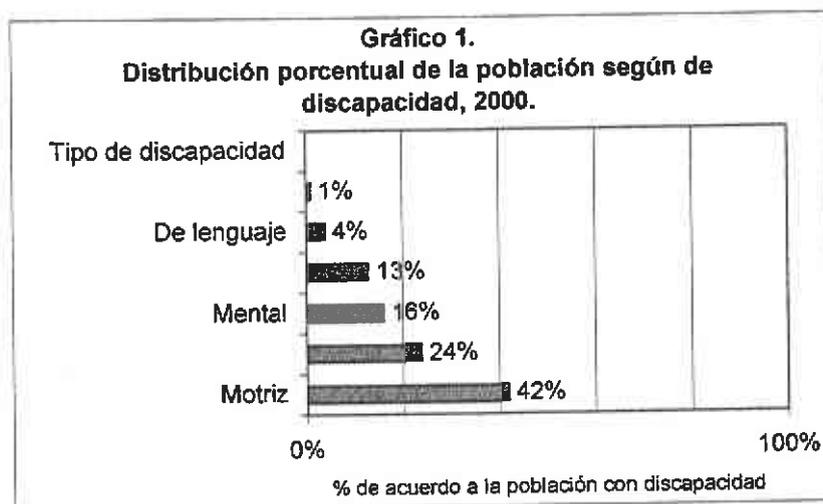
Cuadro 2.			
Morbilidad psiquiátrica en hospitales de la SSA por género y grupo de edad de la población mexicana, 1999.			
Trastornos Mentales	Mujeres 15-64 años	Hombres 15-64 años	Total con edades de 0-14 y 65 y +
Demencias	33	42	208
Dependencia al alcohol	131	1700	1926
Trastorno por alcohol	342	2730	3270
Trastorno por sustancias	303	2771	3157
Esquizofrenia	1707	2644	4443
Trastorno del ánimo	1515	790	2418
Ansiedad	516	192	851
Trastornos secundarios	19	5	33
Retraso mental	226	276	556
Otras causas	1067	1442	2771
Epilepsia	862	998	3272
Parkinson	24	22	113
Total	8745	13612	23018

Fuente: SSA, Anuario Estadístico, 1999, p. 174.

Según las estadísticas de la Secretaría de Salud a nivel nacional, las personas que sufren padecimientos mentales como depresión, trastornos por el alcohol, ansiedad y esquizofrenia entre otras, tienen ideas de suicidio esto se debe a que los pacientes con padecimiento mental se encuentran concientes de la enfermedad y algunos de ellos lo logran quitarse la vida; porque pudieron presentar síntomas depresivos. "el número absoluto de muertes por suicidio registradas anualmente por trastornos

mentales, se ha incrementado 20 veces en las últimas dos décadas, al pasar de menos de 40 a más de 800 por año.⁷¹

El siguiente gráfico muestra que en el año 2000, México contaba con 97 483 412 habitantes "el 1.8% de la población sufre alguna discapacidad, por sexo este porcentaje se distribuye en 53% hombres y 47% mujeres"⁷². la distribución según el tipo de discapacidad en la población como visual, motriz, auditiva entre otras; las cuales tienen limitaciones para realizar actividades en el hogar y sobre todo en el área laboral como en el caso de las enfermedades mentales no les permite tener una superación económica o de formar una familia; ya que en ocasiones dependen de otras personas para su cuidado. - ver gráfico 1-.



Fuente: INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2000, p. 122.

⁷¹ "Programa Nacional de Salud 2001-2006". p. 76.

⁷² INEGI. Censo General de la Población y Vivienda, México. 2000. pp. 22.

La asistencia en la salud mental.

En los Planes Nacionales de Desarrollo de los ex presidentes Carlos Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo Ponce de León en el periodo 1989-2000 y del actual presidente Lic. Vicente Fox –2001-2006, señalan que los trastornos mentales son un tema poco tratado en el sector salud; porque no son transmisibles pero son causantes de pérdida de años de vida saludable en la persona que la sufre y familiares; sin embargo en las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se ha alcanzado la cobertura de este servicio; aunque entre las estrategias de estos planes, se consideró que con la calidad del sector salud y la descentralización de instituciones de especialidades de la ciudad de México, podrán tener acceso las personas de zonas marginadas o rurales.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994; el presidente Dr. Carlos Salinas de Gortari; estableció que la salud descansa en la esfera de interacciones económicas, sociales y culturales; componentes importantes para el bienestar social de los mexicanos teniendo acceso a los servicios de salud. Entre las estrategias incluidas en éste plan de desarrollo se encuentran, "mejorar la calidad de servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema, así como descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud; concediendo prioridad a las zonas marginadas y rurales en la atención primaria. En la prevención y protección de salud se hizo énfasis en las enfermedades infecciosas, infantiles, vacunaciones y la salud reproductiva",⁷³ referente a la salud mental se menciona que serán objeto de programas prioritarios las adicciones y farmacodependencia.

En el periodo presidencial del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, en su Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000; indica que el sector salud sigue siendo un problema para las enfermedades no transmisibles y en particular los trastornos mentales donde los procesos de la enfermedad afectan a las familias sobre todo si carecen de recursos económicos. "En 1995, México, alrededor de diez millones personas carecen de acceso a servicios de salud, prevaleciendo las desigualdades en las regiones rurales y urbanas marginadas, donde problemas de salud relacionados con los cambios en los estilos de vida se traducen en enfermedades cardiovasculares, crónico degenerativas y padecimientos mentales;

⁷³ "Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994" México, pp. 104-105.

padeciendo la familia una serie de procesos para la reproducción social en el desarrollo de sus miembros".⁷⁴

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, del presidente Lic. Vicente Fox Quesada, plantea que la educación y el desarrollo de los mexicanos depende de la salud que posean, siendo las instituciones de este servicio fundamentales en el desarrollo de México; así como las enfermedades crónicas y los traumatismos se están convirtiendo en las principales causas de muerte e incapacidad; entre ellas se encuentran las enfermedades mentales.

En esta última administración, el Plan Nacional de Desarrollo establece que la salud es indispensable para una igualdad de oportunidades junto con la educación y empleo, aunque los retos seguirán siendo semejantes a los planes anteriores. "Los retos y objetivos en atención a la salud son:

- a) Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades,
- b) Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud,
- c) Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público,
- d) Fortalecer el sistema de salud".⁷⁵

El Programa Nacional de Salud 2001- 2006, considera a las enfermedades mentales como un problema emergente ya que cada año se registran más casos de personas con diagnóstico psiquiátrico. "La salud es una inversión para un desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud física y mental de la población; no puede haber progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos".⁷⁶

⁷⁴ "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000". México, pp. 92-93.

⁷⁵ "Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006" México p. 45.

⁷⁶ Op. cit. Programa Nacional de Salud 2001-2006 p. 17.

2.2. Programa de Acción en Salud Mental y los derechos del paciente psiquiátrico.

En el año 2000, la Secretaría de Salud en coordinación con los servicios de Salud Mental – SERSAME-, dieron a conocer el Programa de Acción en Salud Mental, el cual propone un cambio en la atención a los problemas mentales dando a conocer otros para determinados padecimientos que representan la mayor morbilidad e incapacidad personal, laboral y social en la población mexicana. "Dentro del plan se contempla la elaboración de nueve programas específicos en depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de parkinson, atención psicológica en casos de desastres y el Modelo Hidalgo de Atención a la salud mental".⁷⁷

La esquizofrenia es una enfermedad crónica, incurable; pero generalmente controllable cuyo pronóstico varía en relación con, tratamiento oportuno, rehabilitación integral en el paciente y familiares; por lo que en México se considera como un problema de salud pública. "El programa específico de esquizofrenia tiene como finalidad llevar a cabo un control sobre el país a través de la prevención, detección temprana, el manejo oportuno, rehabilitación, y la psicoeducación".⁷⁸

Para una prevención o cuidado de la esquizofrenia pueden existir factores de riesgo como: genéticos, biológicos y ambientales que pueden ser causas de la esquizofrenia "los factores genéticos, - cuando hay antecedentes familiares con esta enfermedad-, ambientales biológicos,- asociados a la desnutrición prenatal y la exposición inconsciente de la madre al consumir drogas o sustancias tóxicas durante el embarazo-, y los ambientales sociales --son causados por el estrés social que pueden desencadenar un episodio psicótico o agresividad hacia las personas que rodean a la persona-; son factores asociados a la esquizofrenia".⁷⁹

⁷⁷ Op. cit. Programa de salud mental, p. 19.

⁷⁸ Servicio de Salud Mental SERSAME. "Programa Específico de Esquizofrenia". México, 2001, p. 22.

⁷⁹ Op. cit. Programa específico de esquizofrenia, pp. 17 y 18.

Dicho programa también toma como punto de partida la misión propuesta por el Consejo Nacional Contra las Adicciones a través del órgano descentralizado de los servicios de salud mental en congruencia con los planteamientos del Plan Nacional de desarrollo y del programa nacional de salud del período 2000-2006; para promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la política nacional en materia de formación y desarrollo de recursos humanos, investigación, prevención y tratamiento para la atención de los problemas de salud mental y el control de las adicciones, a fin de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social.

Contando con recursos humanos para la salud mental a través de la formación de psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería en éste servicio; donde la prevención se desarrolla por medio de la difusión de pláticas sobre estos padecimientos en centros de salud, centros de salud con módulo de salud mental, centros comunitarios de salud mental -CECOSAM-, centros integrales de salud mental -CISAME- y unidades hospitalarias del IMSS e ISSSTE; y el tratamiento basado en la hospitalización de tipo ambulatorio.

Otro de los programas específicos es el Modelo Hidalgo de atención en Salud Mental, es un proyecto a seguir para mejorar el tratamiento psiquiátrico en todos los estados como en Puebla, Tabasco, Campeche, Veracruz entre otros; esta institución fue creado "el 21 de noviembre del 2000, en Pachuca Hidalgo, inaugurándose la Villa Ocaranza y dos casas de medio camino ocupadas voluntariamente y de forma gratuita usuarios que están dados de alta con el mismo padecimiento cerrando así definitivamente las puertas del Hospital Psiquiátrico Ocaranza, para dar paso al nuevo rostro de la salud mental en México".⁸⁰

Este modelo contempla la creación de nuevas estructuras de atención basadas en el respeto a los derechos de los usuarios, recibiendo una atención integral médico-psiquiátrica con calidad y calidez, éste ofrece una red de servicios con distintas alternativas de prevención, hospitalización y reintegración social en el área de salud mental.

⁸⁰ Op. cit. Programa de salud mental. p. 70.

La propuesta de éste plan es cambiar las condiciones de los viejos hospitales donde no se mezclen enfermos con diferentes padecimientos en una sola infraestructura y crear programas en colaboración con hospitales públicos y privados. "La intención de ampliar la cobertura de este modelo en donde se sustituyan los viejos hospitales psiquiátricos para pacientes con la misma enfermedad por villas, creando así una serie de programas de reintegración social, con un enfoque integral al incluir servicios de salud mental en los hospitales generales a través de estrategias de acción preventiva en el primer nivel, hospitalización y hasta la reintegración social".⁸¹

La reintegración social de usuarios dados de alta, son características de éste modelo basado en programas comunitarios, tales como casas de medio camino, residencias comunitarias, departamentos independientes, residencia para adultos mayores, talleres protegidos, cooperativas mixtas y clubes sociales. Estos lugares es una comunidad exclusiva para personas que padecen de sus facultades mentales que no cuentan con medios económicos y familiares, permitiéndoles llevar una vida digna y autosuficiente.

Una de las metas de éste proyecto es atender los problemas de salud mental, donde los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, "la secretaría de salud en el año 2001, estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana sufrirá en el curso de su vida de algún trastorno mental: 4 millones de adultos presentarán estos trastornos; en unos años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud".⁸²

En cuestión de leyes el derecho a la protección de la salud es considerado como derecho autónomo, estipulado en el artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; donde se establece que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud donde la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios del sector salud".⁸³

⁸¹ Op. cit. Programa de salud mental. p. 77.

⁸² Op. cit. Programa de esquizofrenia. p. 173.

⁸³ "Diario Oficial de la Federación", 3 de Febrero de 1995. p. 12.

Como derecho público, los Estados deben de proteger convenientemente la salud de los ciudadanos, mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios. En la Ley General de Salud, los artículos que hacen referencia al derecho y protección de salud mental son:

En el artículo 2, refiere al derecho a la protección de la salud con las finalidades en: "el bienestar físico y mental del hombre que contribuyan al desarrollo social, la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana, el disfrute de los servicios de este sector y asistencia social que satisfagan las necesidades de la población".⁸⁴

En el artículo 3 en sus fracciones que preceptúan que es materia de salubridad general, la salud mental, atención médica preferentemente en beneficio de grupos vulnerables la promoción y formación de recursos humanos para la salud, educación, prevención y control de los padecimientos mentales en el hombre,"artículo 3, en sus fracciones:

- II. La atención médica preferentemente en beneficio a grupos vulnerables.
- VI. La salud mental.
- VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares de la salud.
- XI. La educación para la salud.
- XIII. La prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
- XVI. La prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes".⁸⁵

El artículo 7, señala que el ámbito federal corresponde a la Secretaría de Salud establecer y conducir la política nacional en materia de salud, servicios médicos y salubridad general relativo al saneamiento del ambiente coordinando los programas como el de salud mental, de adicciones, depresión, esquizofrenia entre otros.

⁸⁴ Cámara de diputados de H. Congreso de la Unión. "Ley General de Salud" México, 2001. Poder legislativo federal. Art. 2.

⁸⁵ Ibidem. Art. 3.

En el artículo 72, se establece que la prevención de enfermedades mentales tiene carácter prioritario, basándose en el conocimiento de factores que afectan la salud mental de la persona, las causas de con alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control; así como otras aspectos relacionados a la salud mental.

La preservación de los derechos del paciente psiquiátrico establecidos por la comisión nacional de los derechos humanos, es brindarles el trato humano a nivel familiar, social e institucional; así como a los miembros de la familia bajo el rubro de derechos, deberes y obligaciones establecidas en las normas jurídicas que regulan y protegen a esta unidad social. - cuadro 3-

Cuadro 3. Derechos de los pacientes psiquiátricos y de la familia.	
Pacientes psiquiátricos	Familia
<ul style="list-style-type: none"> - El respeto, protección y tratamiento médico especializado - Internamiento en hospitales -voluntario o involuntario- gravedad de la enfermedad- - Garantizar las condiciones de vida - Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental - Acceso a los recursos clínicos de laboratorio y de gabinete para un diagnóstico certero y oportuno - Medicación prescrita por un especialista autorizado - Protección contra la explotación, abuso o trato degradante 	<ul style="list-style-type: none"> - Todo miembro de una familia, en su carácter de ser humano debe ser respetado como tal y sus derechos son los mismos que tiene cualquier individuo.
<ul style="list-style-type: none"> - La información proporcionada por los enfermos o familiares sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad - Negarse a participar como sujeto de investigación - Atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica - Tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social por medio de programas de terapia, ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial - Alimentación balanceada de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida con utensilios decorosos - Recibir asistencia religiosa si así lo desean - Gozar de permisos terapéuticos 	
	<ul style="list-style-type: none"> - La Constitución Política Mexicana establece como principales derechos, deberes y obligaciones de la familia: - La igualdad del hombre y la mujer ante la ley; - La protección de la organización y desarrollo del grupo familiar; - Disfrutar una vivienda digna y decorosa; - Deber de los padres de satisfacer las necesidades básicas de los hijos, así como garantizar su salud física y mental.

Fuente: Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos y Familia en México. C.N.D.H. México, 1995, pp 6-14.

En cuestión laboral, la Ley Federal de trabajo hace referencia que cuando una persona empieza a padecer síntomas psiquiátricos como la depresión leve o el estrés, estas pueden estar bajo tratamiento

permitiéndoles laborar en una actividad que les cause remuneración sin riesgo de recaída, donde "la incapacidad laboral puede ser temporal para el trabajador con sueldo pagado cuando la enfermedad no constituya un riesgo de trabajo físico".⁸⁶

En lo penal, el artículo 15 del Código Penal Federal, reformado por el Decreto en 1998 hace referencia a los enfermos mentales, estableciendo que son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal, si el inculpado, en éste caso una persona que padece de sus facultades mentales, al cometer una infracción o delito que le impida comprender el carácter ilícito, a excepción en que el propio sujeto activo haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente.

Lo anterior origina que las personas con padecimiento mental, permanezcan reclusos en los penales comunes para los sentenciados normales y que hasta después de que ha concluido el tiempo de internamiento, se pongan a disposición de la autoridad sanitaria, lo cual afecta su tratamiento, ya que las instituciones de prevención y readaptación social no cuentan con suficientes servicios especializados para el manejo de estos casos; así como la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia. "La ley general artículo 76, establece que la secretaría de salud establecerá las normas oficiales entre las autoridades sanitarias judiciales, administrativas y otras según corresponda para la atención de los enfermos mentales en los reclusorios".⁸⁷

En el caso de que una persona que padece de sus facultades mentales se encuentre reclusa en un Centro de Readaptación Social, las actividades que realiza el trabajador social en el área penitenciaria son:

- a) "Obtener el bienestar del recluso, en lo que refiere a consultas médicas, psiquiátricas, higiénicas, alimentación, indumentaria y buen trato.
- b) Establecer nexos con los familiares del reo procurando visitas y medicamentos psiquiátricos si lo requiere el enfermo.

⁸⁶ Ley Federal de Trabajo, México, 2001, Art. 42, F.II, p. 84.

⁸⁷ Op. cit. Ley general de salud Art. 76.

c) Investigar la situación jurídica del reo en lo que se refiere a su traslado a una institución psiquiátrica si amerita, libertad vigilada o definitiva, ayudándolo a que se le faciliten los trámites legales".⁸⁸

El régimen jurídico de la salud mental en México tiene un lugar preponderante en el ámbito social, ya que recientemente han tomado importancia los aspectos económicos, técnicos, asistenciales, jurídicos y humanos. "Actualmente la legislación nacional en materia de salud mental pretende dar a conocer programas eficientes de prevención y tratamientos de los padecimientos mentales; la preservación de los derechos humanos y dignidad de los usuarios de los servicios de salud mental".⁸⁹

⁸⁸ Op.cit. Saavedra p. 35.

⁸⁹ Op. cit. Programa de salud mental p. 135.

2.3. Las instituciones de salud ante los padecimientos mentales.

El sector salud cuenta con instituciones especializadas en tratamientos psiquiátricos, áreas de atención especial dentro de algunos institutos –IMSS, ISSSTE-, hospitales generales de los Estados para el manejo agudo de las enfermedades psicológicas, donde se deben llevar a cabo los programas de prevención, atención y rehabilitación del enfermo mental, con personal capacitado para estas actividades y tratamiento. “El Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS- cuenta con servicios de psiquiatría y salud mental en hospitales psiquiátricos y hospitales generales de zona, así como en las unidades de medicina familiar. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado –ISSSTE- cuenta con servicios de salud mental en hospitales regionales y algunas de sus clínicas”.⁹⁰

En el territorio mexicano se encuentran dispersos hospitales públicos, particulares e instituciones para derechohabientes que brindan el servicio de psiquiatría para la población con padecimientos mentales; “las instituciones con recursos para otorgar servicio de hospitalización psiquiátrica en el país son 58 unidades de las cuales 35 son establecimientos públicos, 4 dependen del Instituto Mexicano del Seguro Social y el resto son instituciones del sector privado. Estas unidades se encuentran distribuidas en 25 entidades federativas, aun cuando sus esquemas de organización y servicios son muy diversos, todas tienen la misma razón social”.⁹¹

Los hospitales psiquiátricos públicos dependientes de la Secretaría de Salud son en total 28, distribuidos en las diferentes entidades federativas, concentrados en el Distrito Federal, Estado de México, Jalisco y Nuevo León y donde no existen éste tipo de instituciones en los estados de Quintana Roo y Zacatecas lo que da como resultado una falta de equidad en la distribución de servicios especializados; afectando a las familias de otros estados de bajos ingresos por los gastos del viaje; tener la opción de llevar al enfermo a instituciones donde atienden a personas con seguridad social o de carácter privado para aquellas que pueden pagar por los servicios teniendo mejores condiciones en infraestructura. —cuadro 4—

⁹⁰ Op. cit. Programa de salud mental. p. 61.

⁹¹ Ibidem p. 66.

**Cuadro 4.
Instituciones psiquiátricas de México**

Entidad Federativa	Nombre	Sector	Total de Instituciones
Aguascalientes	-Centro de Neuropsiquiatría	Público	1
Baja California	-Instituto de Salud Mental de Mexicali	Público	1
Baja California Sur	-Hospital Psiquiátrico de Chamela	Público	1
Campeche	-Hospital Psiquiátrico Dr. Juan Campo	Público	1
Coahuila	-Centro Estatal de Salud Mental -Hospital Psiquiátrico Parras de la Fuente	Público Público	2
Colima	Hospital Psiquiátrico Iztlahuacán	Público	1
Chihuahua	-Hospital Psiquiátrico de Chihuahua -Hospital Psiquiátrico Civil Libertad	Público Público	2
Distrito Federal	-Instituto Mexicano de Psiquiatría -Instituto Nacional de Neurología -Instituto Nacional de Salud Mental -Hospital de psiquiatría No. 10 -Hospital Regional de Psiquiatría de Morelos -Hospital Psiquiátrico para Enfermos Adultos Fray Bernardino Álvarez -Hospital Psiquiátrico Infantil N. Navarro -Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno -Sanatorio de México S.A. de C.V.	Público Público Público Público Público Público Público Privado	9
Durango	-Hospital Psiquiátrico Dr. Valle Bueno -Centro Psiquiátrico de la Laguna	Público Público	2
Guangxi	-Hospital Psiquiátrico de León (G.R.E.M.P.)	Público	1
Hidalgo	-Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental	Público	1
Jalisco	-Hospital Psiquiátrico de Jalisco -Centro del Boque, A.C. (Comunidad Terapéutica) -Clínica Campo Renacimiento A.C. (Alcoholismo y Drogadicción) -Clínica para el Desarrollo Humano -Hospital Fundación Psiquiátrica San Camilo, A.C. -Sanatorios de México, S.A. de C.V. -Unidad de Orientación y Psicodiagnóstico	Privado Privado Privado	7
Estado de México	-Hospital Psiquiátrico C. José Sayago -Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto -Hospital Psiquiátrico Granja	Público Público Público	3
Michoacán	-Hospital Psiquiátrico Dr. José Torres Orozco	Público	1
Nuevo León	-Hospital Regional de Psiquiatría -Hospital Psiquiátrico de Monterrey -Centro de Rehabilitación de Psicología y Geriatría -Clínica y Comunidad Terapéutica -Dispensario San Antonio, A.B.P. (Neuropsiquiatría) -Hospital Psiquiátrico de Monterrey, S.A. de C.V.	Público Público Público Privado	6
Oaxaca	-Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur	Público	1
Puebla	-Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano -Sanatorio Nuestra Señora De Guadalupe, S.A. de C.V. -Casa de Salud, S.A. de C.V.	Público Privado Privado	3
Querétaro	-Clínica Neurológica de Querétaro		1
San Luis Potosí	-Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Newman Peña		1
Sinaloa	-Hospital Psiquiátrico de Sinaloa Dr. Alfonso Milán Maldonado	Público	1
Sonora	-Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte -Instituto de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz -Unidad de Desintoxicación (SS. Alcoholismo y Drogadicción)	Público Público Público	3
Tabasco	-Hospital Psiquiátrico de Villahermosa	Público	1
Tamaulipas	-Hospital Psiquiátrico de Tampico -Clínica Villa del Ángel	Público Privado	2
Veracruz	-Hospital Psiquiátrico Dr. Victor M. Concha -Centro de Neurodiagnóstico, S.A. de C.V. Hospital de Coatzacoalcos -Clínica Campestre Citatépeti, S.A. De C.V. -Instituto Psiquiátrico Veracruzano	Público Privado Privado Privado	4
Yucatán	-Hospital Psiquiátrico de Yucatán -Instituto Neuropsiquiátrico de Yucatán	Público	2

Fuente: Servicios de Salud Mental, SSA, 2001. p. 66.

La Secretaría de Salud en coordinación con hospitales particulares e instituciones que proporcionan servicios de psiquiatría llevarán a cabo los programas de salud mental para la prevención o tratamiento de las deficiencias mentales. "El instituto mexicano del seguro social –IMSS– y el instituto de seguridad y servicios sociales para los trabajadores del estado –ISSSTE–, promoverán convenios y acuerdos con la Secretaría de Salud e instituciones privadas para la detección primaria, tratamiento, rehabilitación de pacientes y familiares".⁹²

En 1999 la Secretaría de Salud, en diferentes entidades nacionales se registraron egresos de pacientes con diferentes trastornos mentales en hospitales psiquiátricos por mejoría porque estuvieron bajo tratamiento médico y de rehabilitación para poder incorporarse al núcleo familiar, como es el caso del padecimiento de esquizofrenia teniendo un alto índice en el género masculino que en el femenino. - cuadro 5-

Cuadro 5.
Egresos hospitalarios por tipo de trastorno mental y del comportamiento en 1999, México.

Tipo de trastorno mental	Hombres	Mujeres	Total	%
1. Demencia	94	84	178	0.91
2. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	2893	377	3270	16.68
3. Síndrome de dependencia al alcohol	1781	145	1926	9.83
4. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	2828	329	3157	16.10
5. Esquizofrenia	2688	1755	4443	22.66
6. Depresión	823	1595	2418	12.33
7. Trastornos neuróticos relacionados con el estrés	258	593	851	4.34
8. Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	6	27	33	0.17
9. Retraso mental	311	245	556	2.84
10. Las demás causas	1588	1183	2771	14.14
Total	13270	6333	19603	100.00

Fuente: Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud y los Servicios de salud en los estados, 1999, p. 46.

⁹² Op. cit. Programa de salud mental, p. 25.

Por lo anterior, el número de profesionistas en el área psiquiátrica no son suficientes para atender satisfactoriamente las necesidades de la población que padece dichas enfermedades mentales; esto no es solo en las instituciones, sino también es más evidente en las poblaciones alejadas de los centros urbanos, los cuales concentran los especialistas en la atención de salud mental: psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales. "El número de profesionales que se encuentran disponibles para la atención de trastornos mentales es un total de 2 300 médicos psiquiatras en el país, aproximadamente menos de la mitad están certificados, por lo que se cuenta con 2 psiquiatras, .05 trabajadores sociales psiquiátricos y sólo .04 enfermeras psiquiátricas por cada 100 000 habitantes".⁹³

En México como en otros países de Latinoamérica, la esquizofrenia independientemente de los factores biológicos —genéticos— asociados a ella, se vincula de manera significativa a los problemas relacionados con la pobreza, como la desnutrición, la mala atención del parto, la desinformación y la inequidad en el acceso a los servicios de salud. "Los factores ambientales biológicos son aquellos asociados a traumatismos obstétricos, desnutrición prenatal, incompatibilidad a RH o grupo sanguíneo y la exposición de sustancias tóxicas en la etapa perinatal".⁹⁴

En las instituciones del sector salud, médicos generales o familiares percibían que los pacientes durante las consultas, padecían de síntomas psiquiátricos. "Los resultados de un año de trabajo 1999-2000, mostraron que de 33 624 consultas médicas generales, 5 793 -17%- estuvieron relacionadas con problemas de salud mental. De estas últimas, en el 37% se diagnosticaron reacciones de adaptación -incluidas todas las reacciones depresivas ante padecimientos crónicos y crisis por eventos de la vida-".⁹⁵

Para los efectos del derecho a la protección de la salud mental como un servicio básico en la Secretaría de Salud, con disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales dirigidos a los grupos vulnerables; la atención dirigida a las personas con enfermedades mentales comprende hospitalización, rehabilitación psiquiátrica con tendencia a la reinserción social interviniendo para esto el

⁹³ Op. cit. Programa de salud mental. p. 63.

⁹⁴ Op. cit. Programa específico de esquizofrenia. p. 7.

⁹⁵ Op. cit. Programa de acción en salud mental. p.115.

equipo multidisciplinario –psiquiatra, psicólogo, trabajador social entre otros-, para la continuidad de los tratamientos como son los hospitales de día y servicio de consulta externa.

En el reglamento interno de la Secretaría de Salud entre sus disposiciones se encuentran formular y promover políticas a través de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas estupefacientes inhalantes que puedan causar alteraciones mentales, las acciones que desarrollan los hospitales psiquiátricos se basa en la atención a las enfermedades mentales, rehabilitación en la organización y supervisión que tengan estas instituciones y las de promover actividades educativas, tal como lo establece algunas disposiciones: .

- “Formular y promover la política nacional de atención a los problemas de adicciones y salud mental.
- Coordinar las acciones que desarrollan los hospitales psiquiátricos y unidades especializadas.
- Promover actividades de información, orientación y sensibilización que cuadyuven a la prevención de problemas de salud”.⁹⁶

⁹⁶ Op. cit. Programa de acción en salud mental. pp. 91-92.

2.4 Salud mental y situación económica de las familias con un integrante con padecimiento mental.

Los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los mayores problemas de salud mental pública. "Estos trastornos afectan a 15 millones de mexicanos, son frecuentes en las distintas sociedades y culturas; creando un alto nivel de discapacidad causando sufrimiento a las personas que los padecen, así la aflicción de amigos y familiares, mientras la mayoría de las sociedades demuestran simpatía y un cierto nivel de asistencia a los que padecen discapacidad física, las actitudes hacia los enfermos mentales crean rechazo".⁸⁷

La vulnerabilidad social radica en que la condición de las familias principalmente a menores de edad y a los adultos en plenitud, género, origen étnico o limitaciones físicas producen mayores riesgo en su salud, en su integridad física, mental o moral y en su desarrollo como personas plenas, que al hacerse presentes en determinados grupos los convierte en vulnerables. Debido a la pobreza y la exclusión social como resultado de las fallas estructurales de la sociedad que marginan a las personas, sustrayéndoles oportunidades para una vida mejor para su acceso a la justicia y el disfrute de sus derechos sociales.

Una de las causas fundamentales de los problemas de salud física y mental es la pobreza, desigualdad, calidad y servicio del sector salud; ya que las personas que tienen un trabajo estable cuentan con seguridad social que les permite tener al familiar enfermo con apoyo referente al medicamento y hospitalización. "La pobreza como reflejo de la mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a servicios educativos y salud, repercute directamente en la salud mental del individuo, impactando en las condiciones de vida de la familia y sociedad".⁸⁸

En el año 2000, el costo de los antipsicóticos atípicos a dosis terapéutica, varía de tres a quince salarios mínimos -\$107.00 a \$535.00- lo que impide, a la mayoría de los pacientes y a sus familias el

⁸⁷ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación Sectorial de Salud Mental "Trastornos mentales y del comportamiento", México, 1999, p.15

⁸⁸ Op. cit. Programa de acción en salud mental, p. 36.

acceso a este tipo de medicamentos, teniendo que continuar el manejo con los antipsicóticos típicos que producen más efectos secundarios y con ello el abandono del tratamiento en muchos de ellos. -cuadro 6-

CUADRO 6. Precios de medicamentos para padecimientos mentales en el año 2000.		
Tipos de Fármacos	Psicofármacos comerciales y genéricos	Precios
Ansiolíticos ansiedad	amitriptilina, perfenazina, diazepam (adepsique), trifluoperazina (flupazine) o perfenacina (leptosique), sulpirida (pontride), o clozapina (clopsine).	\$ 87.00 a \$290.00
Antidepresivos depresión	Impramina (talpramin), amitriptilina (anapsique), mofluxctina (fluoxac)	\$152.00 a \$582.00
Antipsicóticos esquizofrenia	Haloperidol (haliperil), perfenacina (leptosique), trifluoperacina (flupazine), clozapina (clopsine) y sulpirida.	\$ 68.00 a \$399.00
Anticonvulsivos epilepsia	Clonazepam (kriadex).	\$ 87.00 a \$290.00
Hipnóticos	Medicamentos para el control del sueño.	\$ 99.00 a \$134.00

Fuente: Farcofa de los Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud, y Estadísticas sociodemográficas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, 2000 p.22, y costos por vía telefónica a farmacias de prestigio.

En México en el año 2000, el gasto total en salud pública para atender a los 97 483 000 habitantes; es insuficiente y aún más para los padecimientos psiquiátricos donde el bajo presupuesto se refleja directamente en el nivel de calidad de los servicios –infraestructura, atención de medicamentos, alimentación etc. “El gasto nacional mexicano asciende a 117 mil millones de pesos, se destina un gasto aproximado de solo mil millones para la salud mental, lo que equivale al 0.85%, cifra que es insuficiente de acuerdo a estándares internacionales”⁹⁹

En cuanto a recursos financieros del gasto total el Sector Salud asigna el 0.85% en salud mental para atender al población abierta; por lo que en la mayoría de casos los familiares solventan gastos de medicamentos, consultas y otros servicios médicos alternos a la psiquiatría. “Se indica que el 52% de los gastos totales en salud se cubren directamente con recursos del bolsillo de las familias; mientras que en los países desarrollados alcanza el 3%; siendo que el Banco Mundial calcula que los padecimientos

⁹⁹ Op. cit. Programa de acción en salud mental p. 60

psiquiátricos y neurológicos contribuyen con el 12% del costo total; pero el presupuesto que se destina en México para la atención en salud mental es de 0.85%, cifra que es insuficiente, ya que la organización mundial de la salud OMS considera que debe de ser de un 10% del gasto total".¹⁰⁰

En algunas instituciones existen tratamientos psicoterapéuticos que posibilitan la rehabilitación integral del enfermo permitiéndole incorporarse a la sociedad con el apoyo de la familia, donde el trabajador social les explica de las ventajas del manejo de hospital de día, que consiste en permanecer hospitalizado en el día y por las tardes convivir con sus familiares, la experiencia obtenida es satisfactoria ya que puede disminuir el número de recaídas.

En el programa específico de esquizofrenia, hace mención que los pacientes con este padecimiento tienen una mayor mortalidad debido a las adicciones que presentan principalmente en hombres. "Los paciente esquizofrénicos principalmente hombres tienen una morbi-mortalidad más alta que las mujeres porque están sujetos al aumento de abuso de sustancias, tabaco y alcohol, que condicionan padecimientos cardiovasculares, cerebro vasculares, oncológicos, hepáticas, gastrointestinales, neumológicas y otras".¹⁰¹

Los conocimientos clínicos y terapéuticos acerca de los trastornos mentales, no han tenido el impacto esperado, porque no han podido beneficiar a las poblaciones con problemas de salud mental que lo necesitan, debido a la centralización de las instituciones psiquiátricas en las capitales de los Estados, gastos de medicamentos dentro y fuera de los hospitales, consultas, estudios de laboratorio entre otros, esto ha hecho que algunos trastornos que reflejen alteraciones en las funciones cerebrales, como la atención -trastorno por déficit de atención- el estado de ánimo -depresión-, la memoria -demencia-, pensamiento y conducta -esquizofrenia-, entre otras, se hayan incrementado de manera considerable por el abandono de los tratamientos.

La Secretaría de Salud a dado a conocer medicamentos psicofarmacológicos eficaces que se pueden otorgar gratuitamente a los familiares de los pacientes de escasos recursos, "entre los

¹⁰⁰ Op. cit. Programa de acción en salud mental. p. 24.

¹⁰¹ Op. cit. Programa de salud mental. p. 16.

medicamentos que se encuentran en los hospitales psiquiátricos como el epamin, sinogan, tegretol entre otros que con la medicación adecuada pueden tener menos efectos secundarios como sequedad de la boca, temblores, espasmos musculares, entumecimiento, entre otros; ofreciendo una mejor calidad de vida del paciente y de sus familiares".¹⁰²

Por medio de esta y en coordinación con el equipo multidisciplinario entre ellos, el trabajador social podrá realizar parte de las investigaciones a través de seguimiento de casos donde los pacientes que son capaces de llevar una vida normal puedan reintegrarse con sus familiares. "En estudios de seguimiento prolongado de algunos casos se ha encontrado que un 11% de los pacientes deben permanecer hospitalizados en forma continua, un 33% presentan síntomas residuales importantes pero son capaces de vivir en su comunidad y un 56% llevan una vida normal aunque ocasionalmente tienen que tomar medicamentos antipsicóticos".¹⁰³

Como en todo padecimiento agudo o crónico, la familia suele ser un apoyo económico, moral y de contratiempos emocionales principalmente cuando se inicia el padecimiento, es diagnosticado y el cuidado que éste adquiere. "En las enfermedades graves o accidentes, los allegados se sienten angustiados, tristes y a menudo desesperados; en el caso del inicio de la esquizofrenia donde la familia se siente abrumada".¹⁰⁴

2.5 Asistencia para los padecimientos mentales en el Estado de Puebla.

En el año 2000, el Estado de Puebla contaba con una población total 5,076 686; donde el 2% sufría de alguna discapacidad: motriz, auditiva, visual y mental con 12,113 personas de ambos sexos desde las edades de 4 a 70 años o más, mostrando en el gráfico un alto índice en la población masculina principalmente entre los 15 y 19 años con padecimientos psiquiátricos como esquizofrenia, depresión,

¹⁰² Op. cit. Programa de salud mental p. 157.

¹⁰³ Op. cit. Rolland. p. 27.

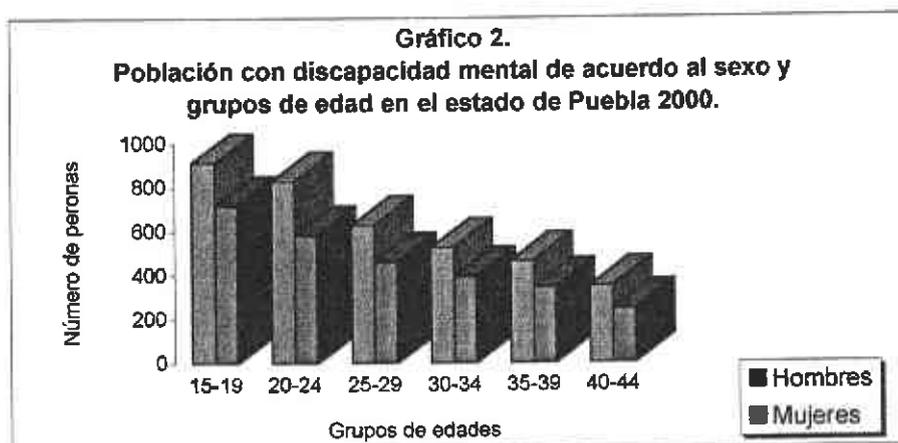
¹⁰⁴ Op. cit. Mercado Robles. p. 17.

demencias y trastornos relacionados con el alcohol o sustancias tóxicas o drogas entre otras. -ver cuadro 7 y gráfico 2-

Cuadro 7
Población según el tipo de discapacidad en el Estado de Puebla, 2000.

Tipo de Discapacidad	Número de Habitantes	Porcentaje %
Motriz	35 710	40%
Auditiva	14 582	16%
Del lenguaje	5 402	5%
Visual	22 218	24%
Mental	12 113	14%
Otra	508	0.3%
No especificada	281	0.7%
Total	90 814	100%

Fuente: INEGI, Estados Unidos Mexicanos, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Tomo II. México, 2001. pp. 889-690.



Fuente: Anuario estadístico 2000, Secretaría de Salud y Servicios de Salud en las Entidades Federativas. México, 2002 pp. 689-690.

De acuerdo a las estadísticas del XII Censo General de Población y vivienda del 2000, en el área de consulta externas en establecimientos de primer nivel que brindan el servicio de psiquiatría se registran un total de 14,742 personas y de éstas 3,029 son de primera vez; por lo que estas se elevarían al tomar en cuenta los datos de instituciones especializadas en el área psiquiátrica tanto particulares como públicas; por lo que aumentaría dicha cifra. -ver cuadro 8-

Cuadro 8	
Consultas de Salud mental en el 2000.	
Primera vez	3,029
Subsecuentes	11,713
Total	14,742

Fuente: INEGI, Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Tomo II. México, 2001. p. 513.

Por tanto el Programa Sectorial de Salud y Alimentación 1999-2005 de dicho estado; establece que "una persona enferma sin acceso a servicios de salud tarda más en curarse o no se cura, su vida familiar se trastorna, no puede reincorporarse a sus actividades productivas y se precipita en una dinámica de empobrecimiento que no tiene fin; deja de generar ingresos a la vez que debe enfrentar su tratamiento".¹⁰⁵

En el Plan Estatal de Desarrollo 1999-2005, estando como gobernador constitucional del Estado de Puebla C. Melquiádes Morales Flores; hace mención que más de la mitad del gasto en la salud proviene directamente del bolsillo de la población; familias con bajos salarios que ven a sus seres queridos sufrir de enfermedad por falta de ingresos económicos, no tienen acceso médico; donde los programas de Salud, promueven que la salud mental permita a la persona el logro de una vida con equidad en la promoción, conservación y recuperación de dicha enfermedad.

En lo jurídico, el código de defensa social del Estado de Puebla; reformado a partir de 1994, el artículo 57, hace referencia a los enfermos mentales que hayan cometido algún delito será internado en instituciones psiquiátricas: El artículo 61, refiere que la autoridad judicial o ministerial, podrá entregar dichos enfermos a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, adquiriendo éstos la responsabilidad ante terceros por los daños que causen, así como la obligación de tratarlos y vigilarlos.

Ante la situación que enfrentan las familias poblanas al tener un integrante con padecimientos psiquiátricos; el Estado de Puebla, cuenta con tres hospitales psiquiátricos para brindar servicio a la población en general; uno pertenece al sector público y 2 privados, teniendo en común dar atención

¹⁰⁵ Op. cit. Programa de salud mental p. 75.

integral hospitalaria médica-psiquiátrica aquellas personas que sufren de padecimientos mentales y adicciones, teniendo la opción de que las familias otorguen a sus enfermos la atención de acuerdo a sus posibilidades económicas.

En la institución pública, los precios de las consultas y hospitalizaciones se manejan a través de cuotas de recuperación por medio de un estudio o ficha socioeconómica aplicada por el departamento de trabajo social que van desde exento de pago hasta niveles de 1 a 6, dependiendo del diagnóstico social de la trabajadora social y en los hospitales particulares los precios de las hospitalizaciones se manejan de acuerdo a los estudios de laboratorio que solicite el médico tratante y a las comodidades que se tiene en las habitaciones como lavandería, baño individual con regadera y televisión por cable, o si es cuarto compartido, teniendo las familias de elegir de acuerdo a sus ingresos económicos.

En el caso de Casa de salud -institución de estudio-, además de ser un hospital privado, atiende a pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS- y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado -ISSSTE-, que les permite a las familias tener a sus enfermos sin preocuparse de gastos de hospitalización donde les proporcionan medicamentos y estudios que se requieren teniendo habitaciones compartidas.-ver cuadro 9-

CUADRO 9. INSTITUCIONES DEL ESTADO DE PUEBLA 2002.			
Institución	Tipo de institución	Precios de consultas y hospitalización	
Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano	Público	Primera vez \$35.00 a \$106.00 Subsecuente \$25.00 a \$89.00	\$1100.00 a \$3959.00 mensuales
Casa de Salud Córdoba Holguín	Privado	\$250.00 a \$300.00	\$7500.00 a \$12000.00 mensuales
Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe	Privado	\$300.00	\$8000.00 mensuales

Fuente: Folletos y entrevistas de instituciones del Estado de Puebla, 2002.

Las estadísticas sociodemográficas el salario mínimo en el 2002, es de \$38.30 -pesos diarios-; lo que equivale a uno \$1149.00 o hasta 5 salarios de \$ 5745.00 mensuales o de acuerdo a la estratificación socioeconómica de las familias en la sociedad poblana que tienen a un integrante enfermo con

padecimientos psiquiátricos, reflejan la diversidad de condiciones en el hogar y el servicio de salud como son:

- **Familias de estrato marginados y subproletarios;** en éste núcleo social por carecer de recursos económicos y saneamiento pueden tener un riesgo mayor de padecer alguna enfermedad y no ser detectable para su tratamiento; "son aquellas ubicadas en las zonas marginales urbanas que sobreviven en un ambiente hostil, donde la inseguridad e inconsistencia de su trabajo se refleja en todos los aspectos de su vida familiar, las viviendas de uno a dos cuartos, sin drenaje, agua entubada, con piso de tierra, techos, paredes de cartón u otros materiales sólidos".¹⁰⁶
- **Familias de estrato populares;** en éstos hogares el tener un padecimiento puede portar ayuda al tratamiento por contar con seguridad social; "éstas son dependientes en su actividad económica, cuentan con un trabajo que puede ser estable, principalmente en fábricas, se tiene seguridad social básica, sin embargo, la dependencia de las condiciones económicas y sociales son limitadas".¹⁰⁷
- **Familias de estratos medios;** regularmente participan en la actividad económica con empleos de tipo profesional o subprofesional, son empleados de oficinas públicas o privadas, viven en casas rentadas o multifamiliares y llegan a tener hasta servicio doméstico en casa.
- **Familias de estratos elitarios de dominio;** en su mayoría acceden a los servicios de salud privada; "son las que tienen un nivel de alto consumo, son dueños de tierras, fábricas, empresarios y propietarios de 2 o más autos y residencias".¹⁰⁸

La mayoría de las familias poblanas han sido afectadas por siempre a consecuencia de la economía nacional, el bajo salario, aumento de precio en los productos básicos, falta de oportunidades de trabajo, educación y por la falta de cultura sobre los padecimientos mentales; por lo que algunas personas no asisten a estas instituciones o cuando lo hacen es porque está presente la enfermedad.

¹⁰⁶ Brazelton Berry, T. "Las crisis familiares y su superación". México, 1996. Ed. Paidós p 107.

¹⁰⁷ Ibidem pp. 127-128

¹⁰⁸ Op. cit. Brazelton Berry p 129.

CAPÍTULO III
ESQUIZOFRENIA, FAMILIA Y TRABAJO SOCIAL

ESQUIZOFRENIA, FAMILIA Y TRABAJO SOCIAL.

3.1. La esquizofrenia

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias ocasionando en aquellas personas que la sufren perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales con tendencia a evolucionar hacia lo crónico, por lo que solo puede ser controlada a través de medicamentos y rehabilitación. "La Asociación Americana de Psiquiátrica -APA-, en el manual de diagnósticos de las enfermedades mentales DSM-IV ha sufrido varias modificaciones a partir de 1968 para obtener un diagnóstico más descriptivo; estableciendo que la esquizofrenia presenta síntomas positivos -ideas delirantes y alucinaciones- y negativos -restricción afectiva, pensamiento y comportamiento- no existiendo un tratamiento curativo en la actualidad, lográndose únicamente una disminución en los síntomas con el uso de antipsicóticos -medicamento para éste trastorno-".¹⁰⁹

La esquizofrenia, es un desorden cerebral que deteriora la capacidad en el enfermo para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con las personas que lo rodean; es una enfermedad crónica, como la epilepsia, diabetes o muchas otras dolencias de larga evolución que no afecta por igual a todos los pacientes. "La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica crónica, caracterizada por disociación de trastornos en la esfera afectiva y capacidad de comunicación; se considera controlable en la mayoría de los casos, más no curable, cuya detección y atención oportuna repercute en el impacto que el padecimiento genera al paciente en su sociedad".¹¹⁰

Es un trastorno severo del cerebro que hace difícil, para la persona que la sufre, distinguir entre lo real e imaginario; ya que no pueden pensar lógicamente o tener reacciones emocionales normales comportándose de manera extraña ante situaciones sociales -fiestas, reuniones-. "La esquizofrenia es una alteración que persiste durante seis meses e incluye síntomas en fase activa de cuando menos un mes, caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje y conductual, con

¹⁰⁹ Op. cit. Programa específico de esquizofrenia. p. 23.

¹¹⁰ Colodron Antonio. "Las esquizofrenias". Madrid, 1997. Ed. Siglo XXI, p. 22.

múltiples procesos cognoscitivos, características psicóticas durante episodios determinados y tendencia hacia la cronicidad".¹¹¹

Este padecimiento es degenerativo porque afecta el pensamiento, lenguaje, afectividad y percepción de la persona, cuya inatención produce severa incapacidad en la edad más productiva del ser humano -trabajo, escuela-; sufriendo las consecuencias de este padecimiento la familia y amigos, debido a la necesidad de asistencia del enfermo. "Las esquizofrenias son un grupo de desórdenes psicóticos que se caracterizan por las enormes distorsiones de la realidad, el alejamiento de interacción social, fragmentación de la percepción, del pensamiento emoción".¹¹²

Inicio de la enfermedad

En el manual de diagnóstico de trastornos mentales DMS-IV de la Asociación Americana de la Psiquiátrica -APA-, indica que el inicio de síntomas en la esquizofrenia no suelen ser los mismos en cada paciente, pueden cambiar de un día a otro, en horas que puede dificultar el diagnóstico del médico; este padecimiento lleva al enfermo a una disminución del rendimiento en los estudios, trabajo, el trato con las personas que lo rodean y a la desatención de cuidados personales como vestimenta, alimentación, higiene personal entre otras. "Al principio de la enfermedad, puede presentarse un cambio notable en el comportamiento del paciente con disminución de su capacidad de trabajo, pensamiento, actitudes, distanciamiento de amigos y familiares, desarrollando ideas delirantes y alucinaciones que hacen necesario un tratamiento antipsicótico".¹¹³

El comienzo de ésta enfermedad puede ser aguda, porque puede comenzar en cualquier momento con una crisis delirante, estado maníaco, depresivo o un estado confuso surgiendo de manera progresiva. "La edad de inicio promedio es en los hombres entre los 15 y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 35 años, no obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surja antes de los 10 años o después de los 50 años".¹¹⁴

¹¹¹ Pichot. (Et. Al). " Manual de diagnóstico de los trastornos mentales", DMS-IV. España, 1996. Ed. Masson. p. 244.

¹¹² Op. cit. Coleman. p. 397.

¹¹³ Ibidem. p. 28.

¹¹⁴ Ibidem. p. 38.

Los síntomas de la esquizofrenia son básicamente de dos tipos: positivos y negativos, estos calificativos no significan que sean buenos o malos. "Los positivos consisten en aquellas cosas que el paciente hace o experimenta como los delirios, alucinaciones y conductas extravagantes; y negativos son aquellas cosas que el paciente deja de hacer como pensar con lógica, experimentar sentimientos hacia las personas, cosas, y tener voluntad para realizar actividades; los cuales pueden estar presentes de 1 a 6 meses".¹¹⁵

Hay signos premonitores que llaman la atención de los familiares que conviven con el enfermo esquizofrénico como lo indica el psiquiatra Cabrera Fomeiro, donde los mismos síntomas pueden preceder el comienzo de la enfermedad o recaída que son:

- "Cambios bruscos de comportamiento.
- Negligencia en los cuidados personales, de higiene, vestimenta o alimentación.
- Apatía.
- Insomnio y actividad nocturna durante noches seguidas; retraimiento en el lecho durante el día.
- Estallidos de cólera, afán de destrucción y animosidad hacia los familiares.
- Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.
- Pérdida rápida de peso.
- Risa pueril o exagerada.
- Mirada fija, inexpresiva.
- Ideas delirantes extravagantes -por ejemplo, la persona cree que es Napoleón-.
- Alucinaciones auditivas -estas personas suelen escuchar una voz o 2 o más conversando entre sí-, visuales, táctiles, olfativas o gustativas.
- Grave deterioro en la evaluación de la realidad -entre la realidad e imaginario-.
- Depresión e ideación suicida".¹¹⁶

¹¹⁵ Cabrera, Fomeiro. "La esquizofrenia en las familias". Barcelona, 1996. Ed. Fearfes. p 27.

¹¹⁶ Ibidem. pp. 29-30.

Síntomas de la enfermedad

El paciente también puede presentar los siguientes síntomas, alteraciones secundarias a hiperactividad del sistema como taquicardia, hipertensión arterial, pupilas dilatadas, palidez generalizada, alteraciones motoras propias del catatónico o gesticulaciones propias del hebefrénico. Estos pacientes además de presentar las enfermedades físicas antes mencionadas también tienen una alta comorbilidad -existencia de dos enfermedades en un individuo- como trastornos obsesivo compulsivo, depresión, abuso de sustancias y suicidio.

El psiquiatra Max Geiser en su libro "Esquizofrenia, una información para familiares", menciona que el paciente atraviesa por varios acontecimientos al inicio de la enfermedad como:

- a) "Cambios del comportamiento: el paciente deja de interesarse o motivarse, evita el contacto con otras personas, se retrae encerrándose en sí mismo; de noche suele estar activo y durante el día permanece acostado, variando su estado de ánimo; en momentos puede estar irritable, alegre o tiende a deprimirse.
- b) Trastorno del razonamiento y delirios: el pensar se vuelve poco ilógico, tiene ideas fijas de las que no se podrá disuadir con argumentos racionales -pensamiento autístico-; puede tener delirios de ser perseguido o espiado, perdiendo toda confianza en sus cuidadores e incluso familiares.
- c) Alucinaciones y miedo: la excitación de los sentidos en ojos, oídos, nariz, piel y lengua provocan trastornos en el cerebro por lo que el paciente oye, ve, huele o siente cosas que realmente no existen perdiendo la confianza en sí mismo y sintiendo miedo".¹¹⁷

Algunas estrategias mencionadas por el psiquiatra Carol Anderson, que pueden ayudar a reducir la estigmatización y mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, son las siguientes:

- Aumentar el desarrollo y el uso de fármacos que controlen los síntomas, y al mismo tiempo reduzcan los efectos secundarios estigmatizantes.

¹¹⁷ Op. cit. Cabrera Fomelo pp. 16-17.

- Iniciar actividades educativas en la comunidad dirigidas a cambiar actitudes.
 - Mejorar la psicoeducación de los pacientes y sus familiares sobre formas de vivir con la enfermedad.
- Promover acciones legales y sociales para reducir la discriminación.

Tal discriminación limita la cantidad de recursos disponibles para el tratamiento del trastorno, la disponibilidad de vivienda, las oportunidades de empleo y las relaciones sociales, problema que, a su vez, aumentan aún más la estigmatización asociada a la enfermedad. El rechazo hacia estas personas enfermas con esquizofrenia puede también tener una repercusión negativa en la evolución y recuperación de la propia enfermedad; finalmente, no sólo afecta a aquellos que padecen el trastorno, sino también a sus familiares y a los cuidadores.

Otras características son:

- "afecto inapropiado -risa, en ausencia de estímulos apropiados-,
- alteración del sueño -dormir durante el día y presentar actividad o intranquilidad por la noche-,
- falta de interés en la comida,
- alteraciones en la marcha, balanceo,
- distracción, confusión, desorientación,
- falta de conciencia de su enfermedad,
- comportamientos raros, posturas raras.
- pobreza del habla, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad, pérdida del interés o del placer en actividades que antes de la enfermedad se disfrutaban".¹¹⁸

Tipos de esquizofrenia

Los síntomas positivos como los negativos, suelen variar a lo largo de la enfermedad pudiendo predominar unos al principio y otros al cabo de unos años; el que predominen unos u otros es lo que determina el tipo de esquizofrenia. La clasificación en el DSM-III de la Asociación Psiquiátrica Internacional,

¹¹⁸ Op.cit. Coleman (EL AI) p. 406.

enlista cinco tipos formales de esquizofrenia: la indiferenciada, paranoide, catatónica, desorganizada o hebefrénica y residual.

"Tipo indiferenciado. Patrón en el que se encuentra una mezcla de perplejidad, de confusión, torbellinos emocionales, delirios, excitación de autismo, depresión y miedo; el paciente presenta un proceso de quiebra psicótica para convertirse en esquizofrénico.

Tipo paranoide. Cuadro de síntomas dominado por delirios absurdos, ilógicos y variables acompañados por alucinaciones vividas, con el resultado del desajuste de los juicios críticos y con una conducta práctica, impredecible y en ocasiones hasta peligrosa.

Tipo catatónico. A menudo se caracteriza por periodos alternados de aislamiento existe pérdida repentina de toda animación y una tendencia a permanecer estático por horas o días en una posición estereotipada o a un cambio repentino de excitación en la que el individuo puede hablar o girar incoherentemente, pasearse con rapidez y observar conductas desinhibidas, impulsivas, frenéticas que puede ser peligroso.

Tipo desorganizado o hebefrénico. Normalmente se presenta en edades de la adolescencia presentando una desintegración más severa de la personalidad. La distorsión emocional se manifiesta mediante risas y tonterías inapropiadas, en gestos peculiares y conductas extrañas que son frecuentemente obscenas.

Tipo residual. Indicaciones leves de esquizofrenia que muestran los individuos en remisión después de que sufrieron un episodio esquizofrénico".¹¹⁹

En los diferentes tipos de esquizofrenia, se considera que la esquizofrenia hebefrénica y simple son los que tienen peor pronóstico; en cambio la paranoide, catatónica y el episodio esquizofrénico agudo tienen una mejor predicción; aunque en su mayoría el paciente presenta agresividad hacia el mismo o hacia las personas que lo cuidan. "Esta enfermedad, puede tener un inicio súbito teniendo mejor pronóstico que los que presentan un inicio lento y progresivo; entre más temprano en la vida se

¹¹⁹ Op.cit. Coleman (Et. Al) p. 406.

presenten síntomas psicóticos más malo es el pronóstico; además, cuando han seguido un curso episódico, estos tienden a espaciarse o a desaparecer después de los 40 años de edad".¹²⁰

Las esquizofrenias es un padecimiento en que los familiares deben de tomar precauciones en el momento que se presenten los síntomas ya que las alucinaciones pueden tener un pronóstico fatal. "En las fases agudas de las esquizofrenias, la excitación de los sentidos en ojos, oídos, nariz, piel y lengua, provocan trastornos en el cerebro, por lo que el paciente oye, ve, huele o siente cosas que realmente no existen. El paciente identifica como conocido al extraño, oye voces que le ordenan hacer cosas, ve monstruos o siente bichos sobre su cuerpo".¹²¹

El papel que juegan los integrantes del hogar en la atención al enfermo ha sido siempre un importante soporte en los cuidados y rehabilitación de éste; sin embargo, cuando un miembro de la familia enferma la vida normal de ésta se verá afectada; donde puede ser difícil encontrar la forma adecuada de actuar con el allegado y los efectos abrumadores de la esquizofrenia –estrés, tristeza, agresión- que tiene sobre la familia. "La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso; así como también de la enfermedad y la salud".¹²²

¹²⁰ Geiser. Med Max. "Esquizofrenia", Una información para familiares. Madrid, 1995. p. 27.

¹²¹ Ibidem. p. 17.

¹²² Mercado. Robles. "Familia, Salud y Sociedad". México 1995. Ed. Colección fin de milenio. p. 35.

3.2. Factores asociados a la esquizofrenia.

Existen indicios que pueden desencadenar la esquizofrenia como son los factores genéticos, ambientales biológicos, sociales y trastornos asociados al consumir un alto grado de alcohol o sustancias tóxicas que pueden provocar dicha enfermedad.

En los factores genéticos, los familiares de pacientes esquizofrénicos tienen mayor probabilidad de padecer esta enfermedad, donde el riesgo es progresivamente mayor entre más cercano es el parentesco, por ejemplo: si ambos progenitores biológicos sufren la enfermedad el riesgo de que el hijo la tenga es de un 35%, esto ocurre si aun el hijo es criado por adultos que no sean los padres ni que tengan la enfermedad. En el caso de los gemelos idénticos –monocigotos- el riesgo aumenta de un 48-50%, disminuyendo éste padecimiento de acuerdo al lazo consanguíneo que se tenga y de 1% en la población general. "El psiquiatra Gottesman, establece el riesgo de sufrir el padecimiento de acuerdo al parentesco que se tenga con un esquizofrénico".¹²³ –cuadro 1-

Cuadro 1. Riesgo genético en esquizofrenia.	
Familiar con esquizofrenia	Riesgo de padecer la enfermedad
Gemelo monocigoto -idéntico-	48%
Gemelo dicigótico -fraternal-	18%
Ambos padres	35%
Un padre	12%
Hermano	12%
Tíos o primos	4%
Población en general	1%

Fuente: Secretaría de Salud. Programa específico de esquizofrenia. México. 2001. pp. 14.

Los factores ambientales biológicos son aquellos que pueden precipitar episodios de esquizofrenia a través de una mala nutrición durante el embarazo o complicaciones durante el parto

¹²³ Op. cit. Programa específico de esquizofrenia. p.13

aumentan el riesgo de que el niño desarrolle éste padecimiento más tarde en su vida. "El traumatismo obstétrico, eleva el riesgo de que el niño pueda presentar esquizofrenia, que años más tarde se manifestará con la sintomatología de esta enfermedad; otros factores que tienen el riesgo de padecer esquizofrenia es la infección viral, desnutrición y la exposición a sustancias tóxicas en la etapa prenatal".¹²⁴

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar la esquizofrenia; el principal es el genético; los familiares de primer y segundo grado tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad; siguiéndoles individuos que tuvieron alteraciones durante la etapa prenatal desde la preclampsia 9% hasta una infección viral 2%. -cuadro 2-

Cuadro 2. Factores de riesgo ambientales biológicos	
Situación ambiental biológica	Riesgo
Preclampsia	9%
Trauma obstétrico	7%
Incompatibilidad Rh o grupo sanguíneo	3%
Desnutrición en -2do. Trimestre prenatal-	2%
Infección viral materna -2do. Trimestre-	2%

Fuente: Secretaría de Salud. Programa específico de esquizofrenia. México, 2001. pp. 15.

Los factores ambientales sociales: estos pueden ser ocasionados a través del estrés social en personas con nivel socioeconómico bajo y los hijos de inmigrantes, pueden ser un grupo de riesgo para desarrollar el padecimiento. Para el psiquiatra Gottsman, este tipo de factor no se han asociado como una causa de esquizofrenia, pero si como desencadenante de un primer episodio y de recaída.

La esquizofrenia se puede presentar asociada a los trastornos relacionados con el alcohol y sustancias tóxicas o psicotrópicas. "Del 30 al 40 % de los esquizofrénicos presentan problemas de abuso de alcohol; el 50% en tabaquismo, 10 al 15% es dependiente a la cocaína; 20% a la marihuana, también

¹²⁴ Op. cit. Programa específico de esquizofrenia p. 13.

se incluye el abuso de nicotina, muy frecuente en estos pacientes. Las drogas y el alcohol permiten reducir los niveles de ansiedad y depresión provocados por la esquizofrenia".¹²⁵

Los trastornos obsesivo compulsivo, depresión, abuso de sustancias y el suicidio, presentan una mayor comorbilidad en la esquizofrenia. "Un 25% de pacientes diagnosticados como esquizofrenia presentan síntomas obsesivo compulsivo, un 10% depresión, que se presenta en cualquier fase de la enfermedad, principalmente en pacientes con nivel sociocultural elevado, el 25% tienen intentos de suicidio y el 10% lo consuma, generalmente en el género masculino".¹²⁶

Tratamientos terapéuticos.

La esquizofrenia es tratada comúnmente con medicamentos antipsicóticos o neurolépticos para controlar que pensamientos y emociones se mezclen o alteren con alucinaciones. "Los antipsicóticos, ayudan a controlar los síntomas positivos -alucinaciones, ideas delirantes, confusión-, regulando funciones normales del individuo como el movimiento, las emociones, la conducta y el apetito, causando menos efectos secundarios -sequedad de la boca, estreñimiento, vista borrosa, somnolencia, disfunción sexual o disminución del deseo sexual, cambios en la menstruación y aumento de peso-".¹²⁷

También pueden padecer problemas musculares que incluyen inquietud, entumecimiento, temblores, espasmos musculares y en ocasiones un padecimiento que se llama discinesia tardía. "La discinesia tardía es un trastorno motor que causa movimientos incontrolables de la cara y a veces, sacudidas o retorcimiento de otras partes del cuerpo; por lo general, este padecimiento aparece después de varios años de tomar medicamentos antipsicóticos y se ve con más frecuencia en adultos mayores".¹²⁸

Debido a la complejidad de la esquizofrenia y a la calidad individual de los síntomas no existe una medicación que produzca los mismos resultados en todas las personas. "La medicación ideal para una persona puede no ser la mejor selección para otra a pesar de que los medicamentos antipsicóticos de los

¹²⁵ Carol. Anderson. (Et. Al.) "Esquizofrenia y familia". Argentina, 2000. Ed. Amonorttu. p. 165.

¹²⁶ Op. cit. Programa específico de esquizofrenia. p. 16.

¹²⁷ Op. cit. Colodron. p. 218.

¹²⁸ Ibidem. p. 75.

cuales no curan la enfermedad; pero pueden reducir las alucinaciones y las ideas delirantes ayudando a la persona a recuperar el control sobre la realidad, reduciendo el riesgo de recaídas y cuando estas ocurren las hace menos severa".¹²⁹

Las perspectivas para los pacientes con esquizofrenia han mejorado notablemente gracias al desarrollo de varios medicamentos e intervenciones psicosociales basado en tres niveles de prevención que se han establecido para todas las enfermedades que consiste en:

- a) "eliminar los síntomas una vez que se han presentado
- b) prevenir la aparición de nuevas crisis y
- c) rehabilitar al paciente para favorecer un mejor funcionamiento global".¹³⁰

También éste padecimiento puede ser controlado a través de tratamientos como son:

Farmacoterapia: —► -se da a través de medicamentos bajo supervisión médica.

Grupos de apoyo: —► -se maneja con personas que tienen situaciones o problemas en común.

Psicoterapia grupal: —► -se trabaja con pacientes para el entrenamiento en habilidades sociales permitiendo la rehabilitación social y laboral

Terapia familiar: —► -es aplicada en forma conjunta a la psicoeducación, contribuyendo a prevenir recaídas a través de pláticas informativas, capacitándolos para una mejor solución a sus problemas, mejorando la comunicación, y expandiendo las redes sociales.

Otro tratamiento terapéutico es el electrochoque o terapia electroconvulsiva son: "descargas eléctricas de 140 a 460 voltios, por medio de dos electrodos colocados el área frontal a la altura de la sien entre el ojo y el oído; aplicando un bloqueador muscular para que no se convulsione todo el cuerpo y evitar la ruptura de vértebras o de cualquier hueso".¹³¹

¹²⁹ Wegner. A. M. "El proceso de curar en familia" Argentina, 1991. Ed. Kargieman. p. 25.

¹³⁰ Geiser Max. M. "Esquizofrenia, una información para familiares", Madrid, 1998. Ed. Amafe. pp. 45-46.

¹³¹ Ruiz Flores. (Et al). "Psiquiatría, esquizofrenia". México, 2002. Ed. Intersistemas S.A. de C.V. T. V. p. 25.

Según médicos psiquiatras la terapia electroconvulsiva se deben de aplicar a pacientes con esquizofrenia que hayan tenido intentos de suicidio, estado cataónico, síntomas positivos -delirios, alucinaciones o conductas extravagantes-. "Los consensos expertos indican que es necesario aplicar entre 15 a 25 sesiones de terapias electroconvulsivas para alcanzar un efecto antipsicótico en el caso de que el enfermo sufra:

- 1.- Un episodio depresivo con alto riesgo suicida.
- 2.- Episodio catatónico.
- 3.- Episodio con predominio de síntomas positivos con refractariedad a tratamiento farmacológico".¹³²

¹³² Op. cit. Programa específico de esquizofrenia. p 35.

3.3. La familia en atención al enfermo.

La familia forma parte de un sistema dinámico sufriendo transformaciones en las relaciones de pareja, situación económica, roles; así como los efectos psicológicos como cambios emocionales y de personalidad entre los miembros. "La familia es un sistema formado por personas relacionadas biológica y afectivamente, que viven en un mismo lugar común, persistiendo en el tiempo, donde la sociedad es la que moldea el funcionamiento para lograr su mayor utilidad".¹³³

También la familia es considerada como el núcleo de la sociedad que forma sistemas de interrelaciones durables, transmitiendo cultura, cumpliendo varias funciones necesarias a la sociedad como educar, proteger, proveer la maduración emocional y social de los hijos; donde los padres conllevan el carácter, actitudes, valores, creencias y aspiraciones que circulan en los diferentes estratos sociales.

Existen dos tipos de familias en las diversas sociedades como son:

- 1.- Familia nuclear, formada por padre, madre e hijos, donde ésta formación es transitoria porque crece cuando nacen los hijos, disminuye cuando éstos se casan creando sus propios hogares y desaparece cuando muere la pareja de casados. "Llamada también familia elemental, simple o básica, es aquella constituida por el hombre, la mujer y los hijos socialmente reconocidos".¹³⁴
- 2.- Familia de origen incluye más de una unidad nuclear, es decir que en ella hay varias generaciones: abuelos, nietos, hijos que pueden ser casados o solteros. "Hace referencia al conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales o afines de una familia nuclear".¹³⁵

Existen diferentes formas de vinculación y convivencia en la mayoría de las personas que suelen vivir parte de su vida en:

- a) **Familia compuesta**, en la cual puede haber poligamia o poliandria; en la primera el hombre es esposo y padre de varias familias nucleares y la segunda la mujer es esposa de varios hombres.

¹³³ Guinsberg, Enrique. "Sociedad, salud y enfermedad mental". México, 1996. Ed. Plaza Valdés. p. 133.

¹³⁴ Ander- Egg, Ezequiel. (Et. Al). "Diccionario del Trabajo Social" Argentina, 1995. Ed. Lumen. p. 128.

¹³⁵ Ibidem. p. 128.

"Grupo formado por familias nucleares o por parte de éstas; por ejemplo, un hogar poliginico constituido por un hombre y los hijos de sus esposas; o bien una familia formada por viudas/ os, o divorciadas/ os que tiene hijos y contraen nuevas nupcias".¹³⁶

- b) **Familia sustituta**, es cuando una familia acoge a una persona, en la cual la familia natural está de acuerdo; esto se da cuando "ambos progenitores están en situaciones de crisis provocadas por divorcios, hospitalización, enfermedad física o mental, estancias cortas en la cárcel o circunstancias de tratamiento de drogadicción o psiquiátrico".¹³⁷

También estas familias pueden ser funcionales que son aquellas capaces de mantener un balance en sus niveles de cohesión, adaptación y comunicación que pueden ser demasiado cohesivas, rígidas o flexibles ante cualquier situación o solamente se consideran disfuncionales que no aceptan todo lo anterior.

El desarrollo de Integración social puede variar de acuerdo a la cultura en donde conviva el enfermo psiquiátrico como en el caso de la ciudad donde el ambiente suele ser caótico en comparación con el medio rural donde la población suele ser ignorante sobre el trato hacia las personas con trastornos mentales. "El entorno cultural tiene gran importancia en la determinación de muchos aspectos del estilo de vida y las características que adoptará el paciente; en el proceso de socialización es a veces placentero o un camino doloroso que adquieren atributos sociales y de personalidad mínimos deseables por la comunidad".¹³⁸

Existen además diferentes puntos de vista referente a la familia como: biológico, que es la unidad de procreación para la continuación de la especie; psicológico, refiere a la protección emocional y afectiva; social, es la que establece las relaciones sociales con otras familias en sociedad; económico, es la unidad de producción, consumo a través de la reproducción de la fuerza de trabajo, y culturalmente es donde se adquieren los valores, destreza y conocimiento.

¹³⁶ Op. cit. Ander- Egg, p. 128.

¹³⁷ Ibidem, p. 129.

¹³⁸ Herbert Martín. "Psicología de Trabajo Social". Madrid, 1997, p. 325.

Funciones de la familia

Las diferentes funciones que desempeña la familia dentro y fuera del núcleo familiar como la económica -proveerlos en alimentación, salud, educación, trabajo-; protección -social, psicológica y personal de sus miembros-; afectiva -emocional-; educativa o socializadora, -fisiológicas básicas, aprendizaje de valores, roles etc; y de asignación de estatus.

El comportamiento de los miembros de una unidad social, "La familia es combinación compleja de actos, sentimientos, pensamientos, es en todo sentido el producto de la evolución, unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto en el interior como exterior. En sus relaciones externas deben adaptarse a las costumbres, normas morales prevalecientes, conexiones con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas".¹³⁹

Los familiares al ajustarse a la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros como; sentimientos de amor, lealtad, que deben prevalecer y mantenerse en armonía familiar, donde la tensiones y conflictos, pueden surgir odio amenazando la integridad familiar "Los cambios adaptativos -alguna enfermedad- de la estructura familiar están determinados por su organización interna como por su posición externa en la comunidad; por lo común se reconoce que la trama de las relaciones familiares puede estar influenciada en amplia variedad de formas, sea por un ambiente social amistoso, protector, hostil o peligroso; que impone peligros como la desintegración de la unidad familiar".¹⁴⁰

Cuando un integrante padece de esquizofrenia, produce temor, vergüenza, sentimientos de culpabilidad, aislamiento, amargura, desesperación, negando la enfermedad; donde los hermanos se sienten desatendidos, los cónyuges se pelean, lo que puede llevar a la separación. "En el caso de un matrimonio es más frecuente que los maridos se separen de las mujeres enfermas; sin embargo en el

¹³⁹ Pérez Contreras, Monserrat. "Derechos de los padres y de los hijos". México, 2002. Ed. Cámara de diputados, UNAM. p.37.

¹⁴⁰ Op. cit. Herber. p. 39.

caso inverso, las esposas aguantan fielmente y con ejemplar paciencia al esposo esquizofrénico, que se vuelve generalmente tiránico y exigente durante la enfermedad".¹⁴¹

La esquizofrenia como enfermedad mental puede ocasionar en los familiares, insomnio, repliegue social o dar inicio a adicciones –pastillas, bebidas alcohólicas, tabaco o sustancias alucinógenas-, "en el núcleo familiar suele llegar al abuso del alcohol o somníferos; es frecuente que los sentimientos hacia los enfermos se oscilen entre el cariño y la preocupación, sentir rabia, odio o rechazo, sobre todo cuando el comportamiento del enfermo debido a la enfermedad, éste se vuelve agresivo, incivilizado, vulgar, despótico e inaguantable".¹⁴²

La situación del familiar responsable, tiende a no responder a sus angustias, se desligan de las mismas, o no creen en la situación que atraviesa el familiar afrontando solo los traslados a alguna institución, gastos, tiempo, factores emocionales entre otras. "Al convivir con un paciente que se va agravando día a día y depende totalmente de quien lo cuida, generando una presión constante en el psique del familiar responsable".¹⁴³

La familia al someterse a un fuerte impacto con alteraciones estructurales y funcionales en la adaptación, carga y culpa cuando existe entre sus miembros con el padecimiento de esquizofrenia; el papel que puede tener esta unidad social en el curso de la enfermedad, pronóstico, incapacitación, fases de la enfermedad, en las recaídas del paciente, angustias, favoreciendo sus progresos y acompañarlo en todas sus vicisitudes.

El psiquiatra Duvini, menciona que existen modificaciones en el hogar cuando los integrantes se enfrentan el impacto de una enfermedad degenerativa provocadas por:

1. "Alteraciones estructurales

- a) se desarrollan en las familias cualificaciones y exclusiones emocionales
- b) adherencias a patrones rígidos:

¹⁴¹ Op. cit. Herber p. 17.

¹⁴² Op. cit. Mercado Robles. pp. 18-19.

¹⁴³ Duvini Osvaldo. (Et. Al). "Hospital de día, Metodología de inserción social". Argentina, 2000. Ed, Espacio, p. 107.

- falta de flexibilidad en la fase crónica de la enfermedad,
- patrones rígidos entre el cuidador primario familiar y el resto de la familia,
- sobreprotección del enfermo

c) aislamiento social

d) cambios estructurales en los roles familiares y en el poder

e) las necesidades de la familia se someten a las del paciente

f) el problema del cuidador primario.

2.- Alteraciones en el ciclo evolutivo normativo:

a) compatibilizar la tarea evolutiva con la atención a la enfermedad

b) respuestas de celos en momentos centripetos y de incompatibilidad en momentos centrifugos

c) los patrones de respuesta de la fase aguda son difíciles de cambiar.

3.-Alteraciones de la respuesta emocional:

a) sentimientos de contrariedad, culpa resentimiento e impotencia,

b) malas experiencias con parte del sistema médico,

c) duelo por la salud y funciones de pérdidas".¹⁴⁴

Los principales valores que deben existir en una familia dependen de la función que cada miembro desempeña en el hogar, por ejemplo: los padres tienen diferentes responsabilidades como el de trabajar para satisfacer las necesidades básicas y los hijos por su parte el deber de estudiar y de acuerdo a sus posibilidades ayudar en las tareas propias de la casa. -cuadro 3-

Afecto	Amor	Aprendizaje	Ayuda
Comunicación	Comprensión	Convivencia	Confianza
Cooperación	Diálogo	Fidelidad	Igualdad
Libertad	Respeto	Responsabilidad	Solidaridad

Fuente: Comisión Nacional de Derechos Humanos. "Familia en México" México, 2002. p. 21.

¹⁴⁴ Op. cit. Duvini pp. 172-173.

3.4. Modelo sistémico de la enfermedad.

El modelo de la teoría sistémica propuesto por los médicos estadounidense Summers y Brotherson (1984) permite la comprensión, adaptación y ajuste familiar, basándose en los factores estresantes que provoca la enfermedad mental. "Las familias se someten a repetidos ciclos de ajuste - crisis-, adaptación en respuesta a las transiciones normativas del ciclo de vida y los cambios que produce una enfermedad".¹⁴⁵

La teoría sistémica de la familia destaca la interacción, el contexto social, comportamiento individual, demandas psicosociales de la situación desde la perspectiva de función o disfunción en relación con el enfermo y familiares.

Este modelo se basa en cuatro componentes básicos interviniendo la interacción, estructura, función y ciclo vital familiar ante una enfermedad crónica, donde cada integrante se adapta a través de los cambios que experimentan bajo esta situación manteniendo la interacción constate de la comunicación:

- 1.- Pautas estructurales organizativas de la familia.
- 2.- Procesos de comunicación.
- 3.- Pautas multigeneracionales y ciclo de vida familiar.
- 4.- Sistemas de creencias de la familia –por ejemplo visión del mundo-.

En las pautas organizativas en el hogar del enfermo, se refiere a la adaptabilidad o flexibilidad; son necesarios para que los integrantes se adapten a cambios internos y externos a lo largo la enfermedad; en el caso de las familias rígidas, el funcionamiento pueden presentar problemas para afrontar cambios de roles en los integrantes que exige la enfermedad mental. "Las familias deben encontrar un equilibrio entre la necesidad de proximidad, conexión y el respeto por la separación y las diferencias individuales de los integrantes de la familia".¹⁴⁶

¹⁴⁵ Op. cit. Duvini, p. 31.

¹⁴⁶ Ibidem, p. 99.

En los procesos de comunicación, el psiquiatra Rolland, establece que debe haber una comunicación afectiva, transmitiendo información, opiniones o sentimientos, marcando el tono de la relación -ordenar- entre los participantes de la comunicación; teniendo en cuenta la posición jerárquica de status o autoridad en esa relación. "En toda comunicación cada participante busca definir la índole de su relación; estabilizando el proceso de definición de los roles de cuidado del enfermo por medio de acuerdos mutuos o reglas familiares".¹⁴⁷

En las pautas multigeracionales, comprende la organización de la familia extensa o nuclear, relaciones -alianzas, rupturas, conflictos y sentimientos-, datos demográficos -edades, fechas de nacimiento o de muerte, causas, ocupación, nivel de educación, religión y origen étnico-.

La dinámica familiar es una mezcla de sentimientos compartidos donde cada uno de los miembros de una familia se apoyan se apoyan, representando diferente rol familiar como el flexible, rígido, caótico -es cuando el rol de autoridad es ambivalente en momentos rígidos y en otros flexible-, *laisser faire* - no hay un patrones de control conductual ni afectivo-.

¹⁴⁷ Op. cit. Rolland p. 105.

3.5. Trabajo Social.

El Trabajo Social se considera como un arte ya que investiga los problemas sociales y del individuo mismo, analizando los datos proporcionados por familiares o algún representante legal para realizar un diagnóstico social y a la vez se considera una ciencia porque se basa en los conocimientos proporcionados por las ciencias biológicas, psicológicas económicas y sociales empleando procedimientos científicos entre ellos y el suyo propio. "El trabajo social es la ciencia y el arte de aliviar, curar o prevenir en la medida de las posibilidades actuales, los problemas sociales que afectan a la sociedad y en particular al individuo".¹⁴⁸

El trabajador social, brinda su servicio en el primer nivel de atención del sector salud como Casas o Centros de Salud donde se otorga asistencia a toda persona en general a través recurriendo a la labor de la prevención de enfermedades mentales mediante pláticas, referente a los síntomas y la detección oportuna para que no evolucione el padecimiento. "Primer nivel: es para dar atención preventiva, curativa y de rehabilitación prestadas por el Centro de Salud y unidad móvil".¹⁴⁹

En el tercer nivel es donde se otorgan servicios de especialización y el trabajador social psiquiátrico persigue la rehabilitación o reestructuración de la personalidad del paciente para obtener o mantener un trabajo, sostener relaciones estables y constructivas dentro de la comunidad, para determinadas normas de vida o formar un hogar, donde los familiares deben estar preparado para afrontar esta situación. "El tercer nivel está basado en la alta investigación de enfermedades en hospitales e institutos de especialidades".¹⁵⁰

En una institución psiquiátrica el trabajador social a través de la entrevista, es quién tiene el primer contacto con los familiares del paciente, conociendo los factores de riesgo que pudieron haber intervenido en el proceso de la enfermedad; donde son orientados para solicitar apoyo médico mediante consultas, terapias u hospitalización. Este debe conocer sobre el manejo de la enfermedad,

¹⁴⁸ Gómez Jara. Francisco. (El. Al). "Trabajo Social y Crisis". México, 1996. Ed. Nueva sociología. p. 71.

¹⁴⁹ Op. cit. Programa de salud mental. p. 27.

¹⁵⁰ Ibidem. p. 27.

asegurándose que efectivamente se trata de un enfermo mental, con dictamen médico; efectuándose un estudio médico social para determinar la posible cooperación de acuerdo con su nivel económico; facilitando los trámites para lograr la internación del enfermo y sobre todo establecer nexos con los familiares informándoles acerca de las condiciones del enfermo -gravedad, traslados o decesos-.

A través de la ayuda profesional los familiares y el paciente aceptarán la enfermedad como un proceso largo donde recibirán orientación sobre el manejo y control del enfermo para obtener tranquilidad en el hogar. "El paciente se verá ayudado si reconoce y acepta la responsabilidad de la familia en el logro de su propio bienestar; la familia también aprenderá que no hay medicinas mágicas y que es a través de múltiples factores que se obtiene un grado óptimo de bienestar".¹⁵¹

El trabajador social en éste tipo de Instituciones se encarga de investigar sobre los problemas socioeconómicos de la familia del usuario, orientarlos sobre los tratamientos de determinados trastornos mentales así como la rehabilitación misma del paciente; entre algunas actividades que se realizan son:

1. "Asegurarse de que efectivamente se trata de un enfermo mental, con dictamen, autorización médica y consentimiento de la familia para ser internado o por orden de las autoridades.
2. Estudio médico social de las condiciones de la familia para determinar la posible cooperación de acuerdo con el nivel económico.
3. Facilidades de trámites para la internación o alta clínica del enfermo o en su caso permisos terapéuticos .
4. Vigilar el bienestar físico y moral del enfermo -buen trato, atención médica, curaciones, inyecciones alimentación, comodidad e higiene-.
5. Realizar notas de evolución del paciente y entrevistas.
6. Indicaciones médico higiénicas y de salud mental.
7. Procurar las visitas reglamentarias de las familias y la ayuda al enfermo por medio de obsequios, golosinas etc.
8. Informar a la familia acerca de las condiciones del enfermo -gravedad, traslados, deseos .

¹⁵¹ Op. cit. Wegner. p. 38

9. Fomentar labores manuales de readaptación, entretenimientos, distracciones, reuniones sociales entre otras.
10. Siempre que sea posible en caso de mejoría o curación se le debe integrar al hogar.
11. Realizar visitas domiciliarias para conocer la situación socioeconómica de las familias
12. Establecer una red con instituciones para solicitar apoyo.
- 13.-Efectuar paseos recreativos y culturales para aquellos pacientes que han tenido un buen comportamiento y que hayan tenido una mejoría en su evolución médica.
- 14.- Realizar dinámicas grupales para obtener mejores relaciones entre los pacientes".¹⁵²

La organización del personal de los hospitales psiquiátricos públicos, el trabajador social se hace cargo de los trámites de hospitalización del paciente en el periodo de admisión ya que en una institución privada el psiquiatra es quién asume la responsabilidad médico-legal del ingreso.

En el período de admisión –ingreso o reingreso-, el trabajador social aclara conceptos con los familiares del paciente con la finalidad de que acepte su hospitalización a través de atenciones intangibles –son aquellos temas relacionados con el paciente que no deben tocarse- para despejar las dudas de éste, generalmente centradas en las preguntas clásicas de ¿Dónde estoy?, ¿cómo es esto?, ¿qué van a hacerme?, ¿qué debo hacer yo? y ¿cuánto tiempo voy a estar aquí?. Para calmar su ansiedad se darán por el trabajador social respuestas sensatas a sus preguntas, tratándole de ofrecerle seguridad y encauzado favorablemente sus sentimientos de duda temor u hostilidad.

Las atenciones tangibles, durante éste periodo, pueden variar de acuerdo a la institución pública o privada, como es la hoja de responsabilidades de hospitalización donde se compromete el familiar o responsable legal a cumplir los siguientes artículos:

- I.- "El familiar y/o responsable del paciente deberá visitarlo como mínimo dos veces por mes o según indicaciones del médico en la institución debiendo registrar la visita en el departamento de trabajo social

¹⁵² Op. cit. Saavedra Alfredo pp. 266-267.

- II.- El familiar y/o responsable deberá presentarse en la institución, cuando reciba un citatorio por correspondencia o vía telefónica.
- III.- Cuando el paciente sea dado de alta médica de la institución deberá aceptarlo y recibirlo.
- IV.- El familiar y/o responsable aceptará el traslado del paciente a otro hospital, cuando un padecimiento agregado requiera de estudios de gabinete, cirugía y/o manejo en otra unidad médica.
- V.- El familiar y/o responsable deberá pagar con puntualidad, la cuota signada por la hospitalización de su paciente.
- VI.- El paciente a su internamiento no deberá aportar objetos de valor ni dinero en efectivo ya que el hospital no se hará responsable de la pérdida de los mismos.
- VII.- En caso de fallecimiento del paciente, el familiar y/o responsable tendrá que presentarse en un término no mayor de 48 horas, posterior a la notificación que efectuará el trabajador social responsable del pabellón o en turno y en caso de no presentarse, se procederá a donar el cadáver en base a los artículos que establece la ley general de salud.
- VIII.- En caso de fuga del paciente, el hospital no adquiere responsabilidad por ser un hospital abierto, ni por lo que pueda ocurrirle fuera del mismo, en cuanto a su integridad física.
- IX.- En caso de no cumplir con los requisitos señalados con anterioridad, se procederá al extemamiento de su paciente por irresponsabilidad familiar, -enviándolo solo a su domicilio y/o llevándolo personalmente por el trabajador social; si reside el familiar en lugar circunvecino a la ciudad de Puebla o en su defecto a la persona de referencia".¹⁶³

Por lo anterior, el familiar o responsable legal debe proporcionar datos personal de él y dos personas que lo conozcan y estén en capacidad de dar informes de la persona que firme la hoja de responsabilidades y las solicitudes de admisión obligatoria -el familiar solicita el ingreso del paciente- y la involuntaria -el responsable autoriza para que el médico tratante establezca el tratamiento que considere conveniente- donde la internación es indicada por el médico; asegurando la autorización de los familiares a través de los trámites efectuados por el trabajador social.

¹⁶³ Reglamento interno de hospitalización del Hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano". México, 2002. Estado de Puebla.

Por medio de la entrevista, el trabajador social elabora un diagnóstico social elemento esencial para tomar en cuenta la trascendencia de las condiciones ambientales reuniendo los datos concretos que desencadenaron la enfermedad en el paciente; "diagnóstico social es una forma de culminar una investigación aplicada a la realización de determinadas acciones sociales".¹⁵⁴

En las instituciones públicas, cuando un paciente ingresa o reingresa para hospitalización el trabajador social asume responsabilidades como:

- Colaborar con el psiquiatra para contactar instituciones para pacientes que soliciten consultas externas, suministro de medicinas o contactar a los familiares.
- Lleva acabo el trabajo social de caso o grupo, en un trato directo con el paciente suele ir desarrollando en éste confianza, estímulo y seguridad; relacionado con sentimientos, actitudes y conflictos del paciente y el medio ambiente.

El alta clínica del paciente es el que se da por mejoría clínica, pero también hay egresos hospitalarios que pueden darse por: "traslado a otra institución, a solicitud del usuario o familiares, por fuga o abandono del servicio, a disposición de la autoridad legal o defunción; el cual debe ser autorizado por el médico tratante, trabajador social, responsable de caja donde consta que se pago la cuota y del familiar o responsable legal".¹⁵⁵

Tal vez algunos de los pacientes que egresan de los hospitales es porque no concluyeron su tratamiento psiquiátrico o el trabajador social debe investigar el ambiente donde se desarrolla el usuario. "Muchos de los pacientes dados de alta del hospital recaen en su enfermedad porque no se consideran los conflictos inherentes a su reincorporación al medio social, que puede no estar preparado para recibirlo, ni él para incorporarse".¹⁵⁶

¹⁵⁴ Op. cit. Ander- Egg. Ezequiel. (Et. Al). pp.128-129.

¹⁵⁵ Reglamento interno del hospital psiquiátrico de Puebla Rafael Serrano.

¹⁵⁶ Castellanos, María. "Manual de trabajo social". México, 1993. Ed. La prensa médica. pp. 77-78.

Para el trabajador social es importante fomentar labores manuales de readaptación, entretenimiento, distracciones y reuniones sociales; ya que frecuentemente se interna al paciente para estabilizar la medicación, evitar que se lastime a una tercera persona o a él mismo, protegerlo de las ideas suicidas u homicidas, proveerle de los cuidados básicos, alimento, higiene, reducir el nivel de estrés y ayudarlo a estructurar sus actividades diarias, la duración dependerá de la gravedad del padecimiento y de la disponibilidad de recursos para el tratamiento ambulatorio.

CAPÍTULO IV
INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LAS FAMILIAS CON
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS.

4.1. Casa de salud, Córdoba Olgüín.

Casa de Salud Córdoba Olgüín, es una institución privada que da atención psiquiátrica desde 1967, ubicada en calle Almolonga No.80 colonia La Paz, en la ciudad de Puebla; brinda atención hospitalaria integral médico-psiquiátrica a personas con padecimientos mentales y adicciones a través de los siguientes servicios:

- Hospitalización parcial, de fin de semana y continua.
- Tratamiento y rehabilitación de alcoholismo y adicciones.
- Psicoterapia individual, de grupo y familiar.
- Actividades físicas, musicoterapia y tai-chi.
- Actividades recreativas y de esparcimiento.

Las instalaciones constan de consultorios, sala de espera, recepción, urgencias, farmacia y área de hospitalización: integrada por tres pisos; del lado izquierdo se encuentran los hombres y del derecho las mujeres, ambos lugares son independientes; en la planta baja cuentan con comedor y televisión, sala de terapia, jardín, cancha de básquetbol, consultorio médico y un cuarto de aislado (para pacientes agresivos), en el primer y segundo piso se encuentran los cuartos compartidos con baño y regadera; el tercer piso están los cuartos premier y la central de enfermería.

La institución cuenta con personal especializado en psiquiatría, psicología, educación física, enfermería, trabajo social y seguridad privada; tiene capacidad para 80 pacientes —45 en el área de hombres y 35 en mujeres; para otorgar atención privada, -los costos se manejan de acuerdo a las posibilidades de las familias- y tiene la subrogación del Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS- y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado -ISSSTE-.

El cuadro 1 muestra los padecimientos detectados en la población total de la institución como esquizofrenias, adicciones a sustancias psicotrópicas, depresiones, trastornos del estrés, entre otros;

donde las edades de los pacientes fueron de 18 a 60 años permaneciendo hospitalizados de uno a 3 meses o con reingresos esporádicos.

Cuadro 1.
Padecimientos y adicciones en Casa de Salud.

Padecimientos y adicciones	Hombres	Mujeres	Total
Demencia	3	1	4
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	5	3	8
Depresión	5	13	18
Trastornos neuróticos y del estrés	3	9	12
Retraso mental	1	1	2
Adicciones a sustancias psicotropicas	10	3	13
Esquizofrenia	15	2	17
Otras	3	3	6
Total	45	35	80

Fuente: Expedientes clínicos de Casa de Salud, Córdoba Oigüín, Puebla, Pue. 2004.

El estudio se llevó a cabo en Casa de Salud, en el área de varones con capacidad de 45 hombres, de los cuales 15 con diagnóstico de esquizofrenia, siendo éste el padecimiento más frecuente, donde la edad de los pacientes abarcó un rango de 25 a 45 años.

La metodología utilizada por el trabajador social fue la investigación a través de la técnica de la entrevista, observación y como instrumentos: el diario de campo, un cuestionario de 18 preguntas aplicada a familiares de los pacientes, dos evaluaciones a 15 pacientes con esquizofrenia para detectar las dificultades que presentan en la comunicación y lenguaje; y en base a éste resultado se le dio seguimiento a dos casos con el propósito de brindar atención integral al paciente y a su familia a través de un plan de acción.

4.2. Antecedentes de los pacientes esquizofrénicos

La esquizofrenia es una enfermedad mental que provoca en la persona deterioro en el pensamiento, emociones, comportamiento, causando perturbación en las relaciones laborales, sociales y principalmente familiares ya sea por la falta de comunicación, adaptación a la vida cotidiana de los integrantes de la familia.

De los 15 casos presentados se puede deducir que la edad del paciente con esquizofrenia oscilan entre los 25 y 30 años como lo muestra el cuadro 2.

Edad	Número de pacientes
25 a 30 años	6
31 a 35 años	3
36 a 40 años	4
41 a 45 años	2
Total	15

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Olguín, Puebla, Pue. 2004.

En los expedientes clínicos de estos pacientes se encontró que han tenido de cuatro o más de siete reingresos en diferentes instituciones psiquiátricas públicas y privadas como en México D.F., el hospital Fray Bernardino Álvarez y en el estado de Puebla el hospital Dr. Rafael Serrano y el Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe.

De estos casos, 5 son pacientes particulares y 10 derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS- de estos últimos dos están sujetos a proceso legal; uno por herir a su concubina con arma blanca -cuchillo- y otro por estar involucrado en la venta de drogas, por lo tanto son supervisados mensualmente por la autoridad.-cuadro 3-

Pacientes hospitalizados		Pacientes que cuentan con proceso legal
Particular	5	0
Derecho habiente	10	2
Total	15	2

Fuente: Datos obtenidos de expedientes clínicos y encuestas realizadas a familiares en Casa de Salud, Córdoba Oguín, Puebla, Pue. 2004.

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia provienen del Estado de México y Puebla; municipios de Izúcar de Matamoros y Tehuacán, los cuales son visitados semanalmente o cada 15 días por sus familiares y amigos durante el tiempo que permanecen hospitalizados.

De estos pacientes 8 son solteros, 4 casados que por referencia de los familiares en ocasiones tienden a agredir física y verbalmente a la esposa e hijos; los que se encuentran en unión libre tienen una relación caótica ya que algunas veces tienden a ser agresivos y a la vez aislados con su pareja, los divorciados o viudos son indiferentes con las personas que los rodean. —cuadro 4—

Estado civil	Número de pacientes
Casados	4
Divorciados	1
Solteros	8
Viudos	1
Unión libre	1
Total	15

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Oguín, Puebla, Pue. 2004.

La escolaridad que predomina entre ellos es la secundaria, 4 cuentan con primaria y 3 poseen la profesión de contador público, ingeniero químico e ingeniero en sistemas computacionales; cabe mencionar que los pacientes derechohabientes cuentan con el nivel escolar básico, mientras los

pacientes particulares tienen el nivel superior y algunos de ellos se encontraban laborando en una empresa. -ver cuadro 5-

Cuadro 5. Escolaridad en los pacientes.	
Escolaridades	Número de pacientes
Primaria	4
Secundaria	6
Preparatoria	2
Carrera técnica	2
Carrera profesional	2
Total	15

Fuente: Resultado de la encuesta aplicada en Casa de Salud, Córdova Oguín.

La mayoría de estos pacientes han estado bajo tratamiento médico en el hospital por periodos esporádicos de dos a cuatro meses concientes de los síntomas que presenta la esquizofrenia, ya que el tiempo que llevan con la enfermedad va de 1 a 17 años.

Uno de los motivos de hospitalización en los pacientes es el intento de suicidio que es provocado cuando presentan depresión síntoma de la esquizofrenia; donde 4 han intentado quitarse la vida con instrumentos punzocortantes, cuerdas o pastillas en dos o tres ocasiones; según datos proporcionados por familiares el motivo ha sido porque la esposa lo engaña, no se siente comprendido por la familia o falta de interés hacia la vida.

De estos casos a 5 pacientes se les han aplicado electrochoque o terapias electroconvulsivas para disminuir síntomas al presentar episodios depresivos con alto riesgo suicida y otros por que no han respondido al tratamiento de diversos medicamentos con predominio de alucinaciones, delirios y conductas extravagantes - síntomas negativos- como lo muestra el cuadro 6-

Cuadro 6.0 Pacientes con intento de suicidio		
Paciente	Con intento de suicidio	Que han recibido electrochoque
Particular	1	3
Derecho habiente	3	2
Total	4	5

Fuente: Resultado de la encuesta aplicada en Casa de Salud, Córdova Oiguir.

De los pacientes en estudio, 4 se dedicaban a comercios formales de materias primas, misceláneas, venta de nieves o ropa, 1 laboraba como ayudante de mecánica y 11 se dedicaban a ayudar en las actividades del hogar como lavar trastes y asear las camas.

4.3. Estructura familiar.

En los 15 casos se detectó que 9 pacientes viven con sus familias de origen, donde conviven cuñados, sobrinos o tíos que por referencia del familiar suele haber dificultades en el hogar dando como resultado agresiones o reproches que repercuten en el enfermo; y 6 viven una familia nuclear, existiendo mayor preocupación el de proveerlos en sus necesidades básicas y desarrollo social lo que reduce los conflictos en el hogar.

Estos hogares están conformados de 2 a 7 integrantes por familia; lo que permite al paciente estar bajo la supervisión de algún familiar, aún si el enfermo se encuentra viviendo fuera del núcleo familiar.

En lo que se refiere al estado civil de los familiares, treinta personas son casadas, veintitrés son solteros y dentro de éste rubro quince son menores de edad. -cuadro 7-

Cuadro 7. Estado civil de los familiares.	
Estado civil	Número de integrantes
Soltero	27
Casados	23
Divorciados	2
Viudos	5
Unión libre	10
Madre Soltera	5
Total	72

Fuente: Resultado de la encuesta aplicada en el hospital Córdoba Oiguin.

De acuerdo a estos casos las edades que prevalecen en los integrantes de las familia son de 21 a 41 años principalmente en mujeres. -cuadro 8-

Cuadro 8. Edades de los integrantes en las familias.			
Número de integrantes	Número de familias		
	Masculino	Femenino	Total
1 a 10 años	4	5	9
11 a 20 años	4	5	9
21 a 30 años	7	9	16
31 a 40 años	6	7	13
41 a 50 años	9	8	17
51 a 60 años	3	2	5
61 años o más	2	1	3
Total	35	37	72

Fuente: Resultado de la encuesta aplicada en el hospital Córdoba Oiguin.

La escolaridad que tienen los integrantes de las familias predominan los estudios de preparatoria, seguida por una carrera técnica o profesional; indicando un nivel cultural medio superior principalmente en el género masculino, permitiéndoles comprender la enfermedad del paciente. -cuadro 9-

Cuadro 9. Escolaridad de los integrantes en las familias.			
Escolaridad	Número de integrantes		
	Masculino	Femenino	Total
Preescolar	3	2	5
Primaria	3	5	8
Secundaria	9	7	16
Preparatoria	12	10	22
Carrera técnica	4	5	9
Carrera profesional	8	4	12
Total	39	33	72

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Olguín, Puebla, Pue. 2004.

La mayoría de las familias de los pacientes son empleados del IMSS, lo que les permite ser derechohabientes de esta institución donde trabajan como intendentes, mantenimiento, enfermería y en actividades administrativas entre otros, e incluso algunos tienen comercios, consultorios médicos o dentales. -cuadro 10-

Cuadro 10. Ocupación de los integrantes en las familias.			
Ocupación	Número de integrantes		
	Masculino	Femenino	Total
Desempleado	5	2	7
Comerciante	3	1	4
Empleado	11	7	18
Labores del hogar	0	16	16
Estudiante	13	9	22
Otros	3	2	5
Total	35	37	72

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Olguín, Puebla, Pue. 2004.

Respecto a los ingresos de cada familia; no se obtuvo un dato exacto; pero de acuerdo a la ocupación de cada integrante se pudo detectar que reciben de tres a más de seis salarios mínimos, lo que les permite solventar los gastos del hogar y del paciente; lo anterior indica que lo económico no es una dificultad para que el enfermo se encuentre en su hogar, sino de relaciones interpersonales, ya que 5 de ellos son subrogados del Seguro Social.

4.4. Dinámica familiar.

Es difícil mantener una relación positiva entre los miembros que viven en el mismo hogar y sobre todo si algunos de ellos padece de una deficiencia mental, por lo que tres mantienen una relación positiva donde los conflictos son solucionados al momento, 10 familias llevan una relación que no es buena ni mala, y 2 sobrellevan una relación negativa existiendo dificultades constantemente.

Las relaciones de apoyo principalmente la dan entre los padres, los hermanos y los hijos hacia el enfermo, como lo muestra el gráfico 11.

Relaciones de apoyo	Número de familias
Entre los padres	4
Papá – hijo (a)	3
Mamá – hijo (a)	2
Entre hermanos	3
Otros	2
Ninguno	1
Total	15

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Oguin, Puebla, Pue 2004.

La comunicación entre los miembros de las familias, por medio de palabras, gestos o conductas, 10 familias abordaban abiertamente temas que involucran a los integrantes como acuerdos o desacuerdos referentes a los problemas que se presentan en el diario vivir, cinco de ellas manifiestan

ambivalencia en el diálogo con palabras que pueden herir o ayudar a los demás y por lo regular entran en conflicto.

De los 15 casos, el familiar que se lleva mejor con el paciente son los padres seguido por los hermanos y finalmente con la esposa, hijos u otros parientes. -cuadro 12-

Cuadro 12. Familiar que se lleva mejor con el paciente.	
Familiar del paciente	Número de integrantes en las Familias
Padres	5
Esposa	2
Hijo (a)	2
Hermanos (as)	4
Otros	2
Ninguno	0
Total	15

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Olgüín, Puebla, Pue. 2004.

Los conflictos en el núcleo familiar se dan principalmente entre el paciente y un familiar, existiendo también dificultades conyugales al igual que entre hermanos tal como lo muestra el cuadro 13.

Cuadro 13. Integrantes de las familias en conflicto		
Conflictos	Número de integrantes	Porcentaje %
Entre los padres	2	13%
Papá -hijo /a	3	20%
Mamá - hijo /a	1	7%
Entre hermanos	3	20%
Paciente y un familiar	4	26%
Otros	1	7%
Ninguno	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Olgüín, Puebla, Pue. 2004.

La situación de la enfermedad para algunos integrantes de las familias de los enfermos en su mayoría hermanos -33%- y a otros familiares como sobrinos, tíos, primos que se encuentran viviendo en el mismo hogar son afectados emocionalmente al grado de que no son visitados por sus amigos de manera que al verse impedidos de realizar ciertas actividades, sienten tristeza o experimentan el estrés asociado a la convivencia con el enfermo. -cuadro 14-

Cuadro 14.
Integrante de la familia afectado emocionalmente por la enfermedad

Integrante de la familia	Número de integrantes	Porcentaje %
Padres	1	7%
Esposa	2	13%
Hijo/ a	2	13%
Hermanos/ as	5	33%
Otros	4	27%
Ninguno	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Oigüin, Puebla, Pue. 2004.

Otro de los factores que intervienen en las relaciones familiares son las adicciones en los pacientes y los integrantes provocado en ellos dependencia; como el consumo de tabaco, siguiéndole las drogas una de la más utilizada es la marihuana, solventes inhalables o cocaína y por último el alcohol. - cuadro 15-

Cuadro 15.
Adicciones en el ambiente familiar

Adicciones	Paciente	Familiar
Alcohol	4	3
Tabaco	8	5
Drogas	2	1
Ninguna	1	6
Total	15	15

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Oigüin, Puebla, Pue. 2004.

Las responsabilidades para el cuidado y control del paciente en el hogar recaen en los padres donde cuatro de ellos refieren que en ocasiones se ven obligados a pasar más tiempo en casa aislándose de sus amistades y evitan reuniones a las solían asistir cuando el paciente se encuentra en el hogar por que no lo pueden dejar solo ante el riesgo de que pueda salir o causarse alguna herida. – cuadro 16-

Cuadro 16. Familiar que cuida y controla al paciente.	
Familiar del paciente	Número de integrantes en las familias
Padres	4
Esposa	3
Hijo (a)	2
Hermanos (as)	3
Otros	1
Ninguno	2
Total	15

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Olgüín, Puebla, Pue. 2004.

El cuadro siguiente, responde a una categorización efectuada en base a las respuestas dadas por los familiares ante la pregunta: ¿Qué es y qué significa para cada participante actualmente el paciente?; teniendo como resultado que para la mitad de ellos es mejor estar en un hospital por un tiempo prolongado para no tener conflictos en el hogar. –cuadro 17-

Cuadro 17. Significado para el familiar del paciente esquizofrénico.	
Significado del paciente	Número de familias
Ser que necesita ayuda	5
Es un enfermo y una carga para las familias	2
Es un familiar y es responsabilidad de la familia	1
Integrante que debe ser hospitalizado	7
Total	15

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Olgüín, Puebla, Pue. 2004.

El tiempo libre que practican los miembros de la familia dentro o fuera del domicilio en compañía del paciente es ver la televisión, platicar temas relacionados con la familia, jugar, pasear o ir al cine, por lo menos un vez al mes; mientras en otras no lo practican, porque los integrantes trabajan o simplemente no tienen tiempo como lo muestra el cuadro 18.

Cuadro 18. Familias que practican un pasatiempo con el paciente.	
Tipo de pasatiempo	Número de integrantes en las Familias
Pasear	2
Jugar	1
Platicar	2
Ver televisión	3
Otros	3
Ninguno	4
Total	15

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Oquín, Puebla, Pue 2004.

Como dato de importancia cabe mencionar que el género femenino predomina en el cuidado del enfermo por ser ellas quienes se encuentran el mayor tiempo en casa y quienes presencian cuando el paciente se encuentra en crisis y control de sus medicamentos. —cuadro 19—

Cuadro 19. Sexo que predomina en el cuidado del enfermo		
Sexo de la persona que cuida al paciente	Número	Porcentaje %
Femenino	11	73
Masculino	4	27
Total	15	100

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Oquín, Puebla, Pue. 2004.

En cuadro 20 muestra las conductas de los pacientes al asistir a eventos sociales como fiestas o reuniones fuera del domicilio; presentando ansiedad, por tanto algunos de los familiares refieren que suelen exponerse ante una posición incómoda o tal vez de rechazo por otras personas.

Cuadro 20. Conductas que presentan los pacientes en un evento social.	
Tipo de conducta	Número de pacientes
Ansiedad y aislamiento social	6
Conductas suicidas	1
Adicciones	2
Agresividad	3
Graves alteraciones en la comunicación	3
Total	15

Fuente: Encuesta realizada a familiares en Casa de Salud, Córdoba Olgún, Puebla, Pue. 2004.

De las familias en estudio, 8 se encuentra un integrante enfermo de diabetes mellitus, insuficiencia renal, presión arterial y con discapacidad motriz; pero en 3 de ellas existe antecedente de padecimientos psiquiátricos –depresión o algún tipo de trastorno mental; por lo que han tenido la experiencia en el cuidado de éste tipo de enfermo.

4.5 Metodología de Trabajo Social de casos.

En Casa de Salud Córdoba Olgún se presentaron diversos casos que por su esencia requieren ser atendidos de manera específica; donde la familia juega un papel determinante para la rehabilitación del paciente con esquizofrenia; es por ello que se le dio seguimiento a un caso a través de entrevistas, creando un plan de acción social para la reestructuración de las relaciones familiares con el paciente.

Seguimiento de caso:

Estudio social

Paciente que se encuentra hospitalizado en el servicio de psiquiatría de sexo masculino, 28 años, soltero, con fecha de nacimiento el 19 de octubre de 1976, originario de la ciudad de Puebla; escolaridad, cuarto semestre de administración de empresas, religión católica, desempleado con diagnóstico médico de esquizofrenia.

Motivo de hospitalización:

El paciente es llevado a consulta de psiquiatría por el padre y hermano, quienes refieren que anteriormente ya había sido atendido en Casa de Salud hace cuatro años por problemas de conducta y consumo de sustancias tóxicas, mostrando mejoría; pero aproximadamente tres meses antes de ser hospitalizado en dicha institución, empezó a dejar de tomar sus medicamentos, reincidiendo en su padecimiento presentando conducta inadecuadas, alucinaciones auditivas, insomnio, descuido en su arreglo personal, e intento de suicidio con pastillas, mostrando ocasionalmente agresión física y verbal hacia los familiares.

Como antecedentes personales cabe mencionar que el paciente proviene de familia de origen, siendo el segundo de tres hermanos; durante el embarazo refiere la madre que en el tercer mes de gestación presentó síntomas de aborto, el nacimiento fue a través de forcé, su desarrollo psicomotriz aparentemente normal, al año caminó, a los 2 años empezó a hablar.

En cuanto a su educación inició su vida escolar a los 3 años en el preescolar, en la primaria y secundaria, obtenía calificaciones de 9 y 10 sin problemas de conducta, lo describen como un niño muy juguetón, practicaba el fútbol; en el periodo del bachillerato empezaba a aislarse de sus amigos; al ingresar a la universidad en el tercer semestre de su carrera empieza a presentar anomalías de conducta tanto en su vestimenta como de actitudes, abandonando sus estudios de administración de empresas al diagnosticarle esquizofrenia.

Antecedentes familiares

Padre de 54 años, perteneció a una familia de origen, legalmente constituida por ambos padres y 5 hijos, de nivel económico medio; laborando como ingeniero en una empresa por más de 25 años y retirándose a los 50 años; ya que se describe como una persona satisfecha de lo que ha realizado; actualmente se dedica a administrar su negocio de vinos y licores.

Madre de 52 años, formó parte de una familia extensa, creció bajo la tutela de sus abuelos paternos, al lado de su hermana mayor, describiendo su niñez como triste debido a que era objeto de agresiones físicas y verbales por parte de sus tíos; actualmente padece de diabetes mellitus y se dedica a labores del hogar.

Al contraer matrimonio religioso y por el civil procrean 3 hijos varones, el segundo quién es el paciente y a la edad 21 años fallece su hijo menor en un accidente automovilístico; esto trae como consecuencia inestabilidad en la vida de la familia y principalmente en el paciente al sentirse culpable por la muerte de su hermano, ya que iba en compañía de él.

Como antecedente de algún padecimiento psiquiátrico por parte de la rama materna se tiene que sufrieron de depresión y un suicidio y por parte del padre se desconoce.

Dinámica familiar

Familia integrada por 7 miembros de los cuales 3 son menores de edad, la relación de pareja de los padres la refieren como estable con algunas dificultades debido a que el carácter de la nuera (esposa del hijo mayor) es difícil, ya que a raíz de la muerte de su hijo menor hace 8 años, se fueron a vivir con ellos, manteniendo una relación caótica entre el paciente y la esposa del hermano.

La autoridad es manejada por el padre de manera flexible, pero que en ocasiones es manipulada por el hijo mayor; permitiéndole al paciente no respetar las decisiones de dicha autoridad y muestra agresión hacia su hermano y a su esposa (cuñada).

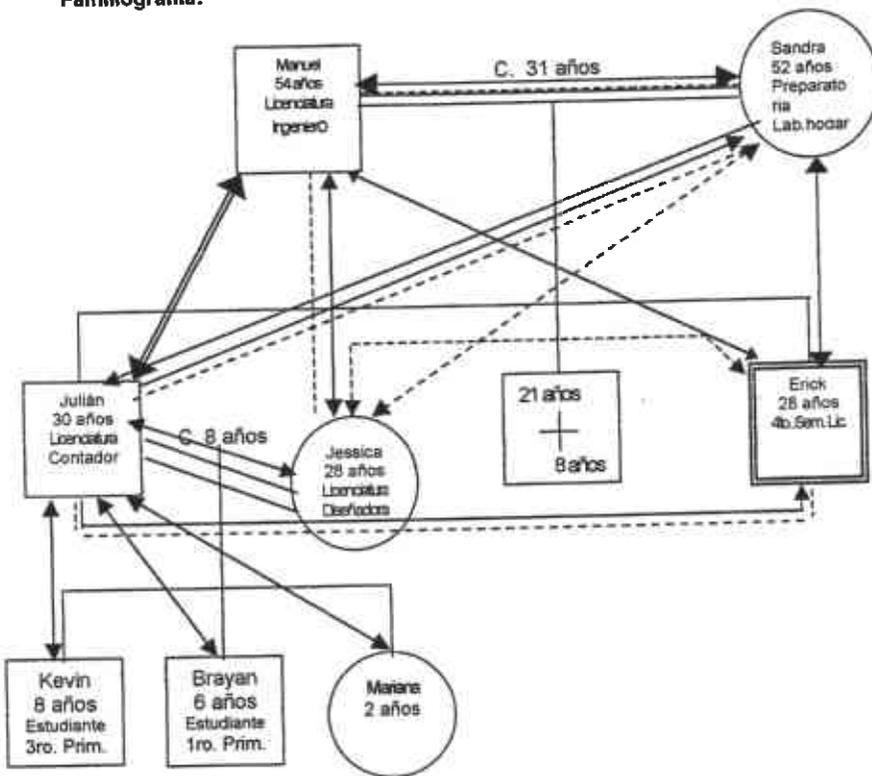
Las normas y límites también son dirigidos por los mismos integrantes (padre e hijo mayor) ya que ambos son padres de sus respectivas familias, algunas veces el paciente impone sus decisiones y pasando por alto las de su hermano recayendo por lo general en conflictos. A pesar de ello, los padres se muestran complacientes con él, sin controlarle horarios de entrada y salida del hogar, pero cuando se encuentra en casa está bajo la supervisión de alguno de los padres.

En cuanto a la expresión de afectos por parte de los padres se da con abrazos, palabras y caricias hacia el paciente a quién se le da consejos constantemente, lo cual se ha intensificado a raíz de su último intento de suicidio.

Las llamadas de atención hacia el paciente las lleva a cabo el padre con castigos el de no permitirle salir fuera de casa, no ver televisión o en ocasiones a que le ayude en el negocio. En cuanto a la relación entre hermanos se describe ambivalente y en ocasiones con algunos pleitos, ya que el paciente no respeta sus pertenencias provocando en la cuñada desagrado recayendo en conflictos; la comunicación se da manera verbal, directa e incongruente.

En lo que respecta a la relación del hermano mayor, se muestra enérgico con sus hijos el de no tener contacto con su tío (el paciente) y a la esposa de minimizar los problemas con su hermano y padres.

Famliograma:



Simbología:

Masculino	
Femenino	
Muerte	
Paciente en estudio	

Relaciones interpersonales:

Positiva	
Negativa	
Ambivalente	
Alianza	

Antecedentes mórbidos

Por referencia de los padres, el paciente a los 20 años, sufrió un accidente automovilístico falleciendo su hermano y a partir de ese acontecimiento empezó con dolores de cabeza detectándole migraña y posteriormente surgieron alucinaciones, tendía aislarse, fallas graves en la memoria, ideas expresivas de muerte motivo por el cual empezó a tomar bebidas alcohólicas cada tercer día y a demás presentaba problemas de adicción a la cocaína; por lo que fue internado en un anexo de alcohólicos anónimos por un mes; estos acontecimientos coinciden con la llegada del hermano y su familia continuando con alucinaciones y a los 24 años e ingresa por primera vez a un hospital psiquiátrico al diagnosticarle esquizofrenia en el 2000 y posteriormente ha tenido dos reingresos.

Actitud del paciente frente a su enfermedad: Actualmente es su tercer reingreso, al inicio de su tratamiento el paciente se mostraba renuente debido a su estado psicótico en el que se encontraba, sin embargo conforme a su evolución en dicha institución se ha observado mayor interés en su rehabilitación; así mismo manifiesta su deseo por recuperarse para poder reintegrarse nuevamente en su familiar, social e incorporarse a su estudios universitarios.

Actitud de la familia frente al paciente y su enfermedad: Los familiares muestran interés en la rehabilitación del paciente, asistiendo constantemente los días de visita, sin embargo se observa al hermano poco involucrado e insatisfecho con la evolución del tratamiento, así como un tanto incongruente en cuanto a acciones y manifestaciones de afecto a diferencia de los padres.

En lo que se refiere a la situación de las familia al asistir a un evento social el paciente presenta problemas conductuales, ante poniendo a dichos integrantes en una posición incómoda; donde los menores son afectados emocionalmente.

Diagnóstico social:

Paciente masculino, de 28 años, soltero, cuarto semestre de administración de empresas proveniente de una familia extensa disfuncional, que presenta hace 4 años esquizofrenia, no ha laborado;

depende económicamente del padre; la relación con los integrantes de la familia es negativa a excepción de los padres, afectando la dinámica familiar por no solucionar conflictos con la cuñada. La familia cuenta con una buena posición económica permitiéndole solventar los gastos de una institución privada.

Pronóstico Inicial

Es aparentemente "bueno" en cuanto a que hay disposición de los padres por acudir a terapias de familia.

Plan de acción

- Se sugiere ingresar a la familia a una terapia que les permita visualizar y desempeñar a cada uno de sus integrantes su rol correspondiente.
- Hacer conciente al paciente la importancia de que continúe con su tratamiento farmacológico y terapéutico para evitar posibles recaídas.
- Se orientó a la familia en el adecuado manejo de autoridad, normas y límites entre los integrantes.
- Debe contemplarse visita domiciliaria en caso necesario.

Tratamiento

- Se orientó a la familia para que el paciente continué su tratamiento médico fuera del hospital; así como la administración correcta de sus medicamentos bajo la supervisión de un familiar.
- Se integró al paciente a un grupo de autoayuda para fomentar labores manuales y entretenimiento.
- Se invitó a la familia a pláticas intrafamiliares en el cuidado y control de la enfermedad.
- Se llevó acabo una evaluación en la última semana de estancia del paciente en el hospital para detectar dificultades en la comunicación dando como resultado lo siguiente:

En la evaluación el paciente presentaba dificultad para encontrar palabras para comunicarse, al iniciar y mantener conversaciones, hablar en público y pedir favores. El lenguaje presentaba perseverancia (repetición involuntaria de frases o palabras); en el contenido del pensamiento se encontraron ideas de culpa "soy una carga para mi familia, no pueden trabajar porque me tienen que cuidar" e ideas de muerte; es por ello que necesita una intervención que permita prevenir y rehabilitar situaciones familiares a fin de dar un mayor beneficio, no solo para el paciente, sino a la familia en general. – ver anexo-

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A lo largo de la historia las sociedades de diferentes países le han dado varios apelativos a los enfermos mentales llamándolos locos, dementes, trastomados, lunáticos, psicópatas entre otros; quienes padecen trágicas situaciones, carencias sanitarias, laborales, sociales y familiares; ante esta situación la familia es un soporte fundamental para el cuidado y control de estos enfermos.

En México los padecimientos mentales son considerados como un problema emergente por el sector salud, creando diferentes programas de Salud Mental y entre ellos el de esquizofrenia, el cual tiene como finalidad de llevar un control de prevención, detención temprana y rehabilitación para una reintegración social del paciente; también existen leyes y derechos humanos que protegen a este tipo de personas; por lo que cuentan con más de 58 unidades con servicio de psiquiatría de los cuales 35 son establecimientos públicos.

La esquizofrenia es un trastorno mental que causa sensaciones de insatisfacción, malhumor, tristeza y desinterés por realizar alguna actividad para la persona que la padece sino también para su familia al no tratarse oportunamente o deja de tomar su medicamento; por lo que causa dificultades en su funcionamiento social, no pueden trabajar o estudiar, convirtiéndose en personas dependientes recurriendo al apoyo moral y económico de los familiares.

En base a la investigación realizada en Casa de Salud a 15 casos de pacientes con esquizofrenia donde la familia desempeñó un papel importante para la rehabilitación de estos enfermos que consistió en compartir responsabilidades entre los integrantes de las familias y dentro de lo posible el paciente pueda obtener una vida "normal", incorporándose a una actividad en el hogar, desempeñar un trabajo u oficio o continuar con sus estudios, sin abandonar su tratamiento médico.

Como resultado de este trabajo se obtuvo que cinco pacientes no cuentan con seguridad social y diez son derechohabientes del Instituto del Seguro Social y de estos dos descartaron la posibilidad de incorporarse a su núcleo social por encontrarse en proceso. A sí mismo de trece pacientes ocho son

solteros, cuatro casados, uno divorciado, un viudo y otro se encuentra viviendo en unión libre, estos contaron con escolaridad de nivel medio superior.

Uno de los motivos por lo que son hospitalizados estos pacientes es que dos han tenido intentos de suicidio al querer quitarse la vida con pastillas, cuerdas o instrumentos de punzocortante y el resto de los enfermos por interrumpir su tratamiento médico.

De los pacientes en estudio se encontró que cuatro cuentan con negocio propio de la familia como materias primas, venta de nieve, ropa y medicamentos; por lo tanto pueden realizar una vida "normal"; mientras que otros tienen limitaciones para realizar actividades en la vida cotidiana, como asearse, vestirse o desplazarse en el exterior del hogar; por ello requieren la colaboración de algún familiar o de una mano amiga que los apoye.

La estructura familiar de los quince casos detectó que nueve pacientes provienen de familias de origen y seis pertenecen a una vida nuclear, ambas conformadas de dos a seis integrantes con ocupaciones que van de labores del hogar, estudiantes, atienden negocios formales o son empleados en alguna institución de gobierno.

Las relaciones de apoyo en las familias son entre los padres; sin embargo las de tipo conflictivo se dan con algún familiar (cuñadas, tíos u otros). Por lo que se realizó una evaluación de comunicación y lenguaje a trece enfermos, dándole seguimiento a un caso donde el paciente tiene la posibilidad de integrarse a su núcleo social a través de rehabilitación (tomar medicamentos, asistir a consultas y terapias periódicamente) para incorporarse a sus estudios universitarios o desempeñar un trabajo; doce de estos pacientes presentaron mayores dificultades al comunicarse con terceras personas como al hablar en público, convivir en algún evento social presentando anomalías en la conducta provocando en la familia preocupación e incomodidad.

Los integrantes de las familias asistieron a pláticas que se dieron en la institución por Trabajo Social y Psicología sobre temas relacionados con la esquizofrenia, comunicación y conducta que deben tener los familiares en el proceso de rehabilitación, tratamiento y detención temprana de recaídas en los

pacientes, obteniendo como respuesta de los familiares el compromiso de compartir responsabilidades con el enfermo.

Trabajo Social debe participar en forma comprometida con el paciente y sus familiares; ya que esta unión es de suma importancia para la rehabilitación, por ello para intervenir de manera integral se debe abordar la situación de manera interdisciplinaria y ubicarse profesionalmente en el equipo de trabajo con el que intervino (psiquiatras, psicólogos enfermería).

A través de la metodología de Trabajo Social individualizado se lleva la historia y el seguimiento de la atención que se proporcionó a la familia para lograr dentro de lo posible una vida "normal" en el paciente con esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ackerkrecht, Erwin H. "BREVE HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA", Argentina, 1995. Ed. Eudeba. pp. 134.
- 2.- Almaráz Pestana, (Et. Al). "SOCIOLOGÍA PARA TRABAJO SOCIAL". Madrid, 1996. Ed. Universitas, S.A. pp. 578.
- 3.- Anderson Carol. (Et. Al). "ESQUIZOFRENIA Y FAMILIA", Guía Práctica de psicoeducación. Argentina, 2000. Ed. Amorruto. pp. 467.
- 4.- Ander-Egg, Ezequiel. (Et. Al). "DIAGNÓSTICO SOCIAL, CONCEPTOS Y METODOLOGÍA". México, 2001. Ed. Colección Política, Servicios y Trabajo Social. pp. 140.
- 5.- Ander-Egg, Ezequiel. (Et. Al). "DICCIONARIO DEL TRABAJO SOCIAL". Argentina, 1995. Ed. Lumen. pp. 351.
- 6.- Berger Milton M. "CÓMO TRABAJAR CON PERSONAS QUE LLAMAMOS ENFERMOS MENTALES". México, 1996. Ed. Concepto. pp. 345.
- 7.- Brazelton Berry, T. "LAS CRISIS FAMILIARES Y SU SUPERACIÓN". México, 1996. Ed. Paidós. pp. 227.
- 8.- Castellanos, Marie. "MANUAL DE TRABAJO SOCIAL". México, 1993. Ed. La prensa médica mexicana. pp. 195.
- 9.- Castilla del Plan Carlos. (Et. Al). "ASPECTOS COGNOSCITIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA". Madrid, 1996. Ed. Trtita. pp. 160.
- 10.- Chávez León, Enrique. "TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD". México, 2000. Ed. Inter. pp. 285.
- 11.- Coleman, James C., Bucher, James N. "PSICOLOGÍA DE LA ANORMALIDAD Y VIDA MODERNA". México, 1995, Ed. Trilla. pp. 800.
- 12.- Colodron, A. "LAS ESQUIZOFRENIAS". Madrid, 1997. Ed. Siglo XXI. pp. 466.
- 13.- De la Fuente, Ramón. "PSICOLOGÍA MÉDICA". México, 1996. Ed. F. C. E. pp. 573.
- 14.- De la Red, Vega, N. "APROXIMACIONES AL TRABAJO SOCIAL". Madrid, 2000. Ed. Siglo XXI. pp. 269.
- 15.- Duvini, Osvaldo (Et. Al). "LA FUNCIÓN SOCIAL DE LA LOCURA", una mirada desde el poder. Argentina, 1998. Ed. Espacio. pp. 157.

- 16.- Duvini. Osvaldo (Et. Al). "HOSPITAL DE DÍA. METODOLOGÍA DE INSERCIÓN SOCIAL". Argentina, 2000. Ed. Espacio. pp. 177.
- 17.- Flaherte. Joseph A. "PSIQUIATRÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO". México, 1991. Ed. Médica Panamericana. pp.116.
- 18.- Foucault. Michel. "ENFERMEDAD MENTAL Y PERSONALIDAD". México,1996. Ed. Paidós. pp. 125.
- 19.- Foucault. Michel. "HISTORIA DE LA LOCURA EN LA ÉPOCA CLÁSICA". Madrid, 1995. Ed. F.C.E. pp. 145.
- 20.- Friedlander Walter. A. "DINÁMICA DEL TRABAJO SOCIAL". México, 1994. Ed. Pax Cesarman. S. A. pp. 607.
- 21.- Galande. Emilliano. "PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL EN LA SOCIEDAD", de un horizonte incierto. México, 1997. Ed. Paidós. pp. 356.
- 22.- Gaona M, Josefina. "INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DEL TRABAJO SOCIAL". México, 1996. Ed. Cultura. pp. 138.
- 23.-García Ballester. Luis. "LOCURA Y SOCIEDAD", Sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid, 1997. Ed. Alianza. pp. 380.
- 24.- García G. José.,Espino G. Antonio. "LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA DE FIN DE SIGLO". España, 1998. Ed. Díaz de Santos. pp. 397.
- 25.- Garmica Portillo Rodrigo. "NACIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA". México, 1997. Ed. Paidós. pp. 99.
- 26.- Gómez Jara. F. (Et. Al). "TRABAJO SOCIAL Y CRISIS". México, 1996. Ed. Nueva sociología. pp. 371.
- 27.- Guinsberg Enrique. "SOCIEDAD. SALUD, Y ENFERMEDAD MENTAL". México, 1996. Ed. Plaza y Valdés. pp. 235.
- 28.- Guinsberg Enrique. "LA SALUD MENTAL EN EL NEOLIBERALISMO". México, 2001. Ed. Plaza y Valdés. pp. 237.
- 29.- Guttmann David. "LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL". España, 1998. Ed. Brouwer. pp. 225.
- 30.- Haiman Franklin S. "LA DIRECCIÓN DE GRUPOS. TEORÍA Y PRÁCTICA". México, 1998. Ed. Limusa. pp. 365.

- 31.- Herbert Martín. "PSICOLOGÍA EN EL TRABAJO SOCIAL". Madrid, 1997. Ed. Pirámide. pp. 325.
- 32.- Mac Kinnon, R.A. "PSIQUIATRÍA CLÍNICA APLICADA". México, 1994. Ed. Interamericana. pp. 560.
- 33.- Mariategui. Javier. "LA PSIQUIATRÍA EN AMÉRICA LATINA". México, 1995. Ed. Losada. pp. 385.
- 34.- Matrajt K. Miguel. "LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LA REPÚBLICA MEXICANA". México 1990. Ed. Taller Abierto. pp. 441.
- 35.- Mercado. M, Robles, L. (EtAl). "FAMILIA SALUD Y SOCIEDAD". México, 1994. Colección fin de milenio. pp. 344.
- 36.- Muriel, Josefina. "HOSPITALES DE LA NUEVA ESPAÑA", Fundaciones del siglo XVI. México 1990. Ed. UNAM, pp. 357, T.I.
- 37.- Muriel, Josefina. "HOSPITALES DE LA NUEVA ESPAÑA". Fundaciones de los siglos XVII y XVIII. México, 1990. Ed. UNAM. pp. 442.
- 38.- Nathan W. Ackrman. "DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES", psicodinamismos de la vida familiar. Argentina, 1992. Ed. Paidós. pp. 387.
- 39.- Navarro Góngora. J., Fuentes. M. "PREVENSIÓN E INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL". Argentina, 1999. Ed. Amarú Salamanca. pp. 441.
- 40.- Niell Montse Freixa. "FAMILIA Y DEFICIENCIA MENTAL". España, 1997. Ed. Amarú. pp. 256.
- 41.- Pérez Contreras, María M. "DERECHOS DE LOS PADRES Y DE LOS HIJOS". México, 2000. Ed. Universidad Autónoma de México. pp. 100.
- 42.- Pichot Pierre, Valdés Miyar. "MANUAL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES", DSM-IV. España 1996. Ed. Masson. pp. 337.
- 43.- Rolland Jonh S. "FAMILIAS, ENFERMEDAD Y DISCAPACIDAD", una propuesta desde la terapia sistemática. España, 2000. Ed. Gedissa. pp. 345.
- 44.- Saavedra Alfredo.M. "NUEVO LIBRO DE TRABAJO SOCIAL". México, 1998. pp. 273.
- 45.- Sacristán, María Cristina. "LOCURA Y DESIDENCIA EN EL MÉXICO ILUSTRADO, 1760 - 1810". México, 1994. Ed. Colección de investigaciones, instituto Mora. pp. 265.
- 46.- Saldaña Javier. "DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL". México, 2001. Ed. Cámara de diputados del honorable congreso de la Unión, LVIII legislatura. pp. 85.

- 47.- Shorter, Edward. "HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA". España, 1999. Ediciones Médicas. pp. 145.
- 48.- Tschome, Patricia. "DINÁMICA DE GRUPO APLICADA AL TRABAJO SOCIAL". Barcelona, 1994. Ed. Obelisco. pp. 140.
- 49.- Valero Chavéz, Aida. "EL TRABAJO SOCIAL EN MÉXICO", desarrollo y perspectivas. México, 1999. Ed. UNAM. pp. 183.
- 50.- Vallejo, Ruitoba J. "INTRODUCCIÓN A LA PATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA". España, 1996. Masson Salvat. pp. 660.
- 51.- Wegner, A. M. "EL PROCESO DE CURAR EN FAMILIA", ¿Qué pasa con el médico, el paciente y su familia?. Argentina, 1991. Ed. Kargieman. pp. 137.
- 52.- Presidencia de la República. Lic. Carlos Salinas de Gortari. "PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2001 - 2006". México. Poder Ejecutivo Federal. pp. 155.
- 53.- Presidencia de la República. Lic. Ernesto Zedillo Ponce de León. "PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995 - 2000". México. Poder Ejecutivo Federal. pp. 140.
- 54.- Presidencia de la República. Lic. Vicente Fox Quesada. "PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989 - 1994". México. Poder Ejecutivo Federal. pp. 187.
- 55.- Gobernador Constitucional del Estado. Melquiades Morales Flores. "PLAN ESTATAL DE DESARROLLO 1999 - 2005". Puebla. Gobierno del Estado. pp. 73.
- 56.- Secretaría de Salud (S.S.A). "PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001 - 2006". México. 2001. pp. 70.
- 57.- Secretaría de Salud. (S.S.A) "PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD Y ALIMENTACIÓN 1999-2005". Gobierno del Estado de Puebla, 1999. pp. 78.
- 58.- Secretaría de Salud (S.S.A). "PROGRAMA DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL". México, 2002. pp. 187.
- 59.- Secretaría de Salud (S.S.A), Servicios de Salud Mental (SERSAME). "PROGRAMA ESPECÍFICO DE ESQUIZOFRENIA". México, 2000. pp. 38.
- 60.- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. "LINEAMIENTOS PARA LA PRESERVACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS". México, 1995. pp. 25.
- 61.- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. "ENFERMOS MENTALES E ININPUTABLES", Documentos nacionales e internacionales. México, 2002. pp. 145.

- 62.- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. "DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD". México, 2002. pp. 110.
- 63.- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. "LA INCORPORACIÓN AL DESARROLLO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD". México, 1999. pp. 40.
- 64.- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. "FAMILIA EN MÉXICO. GUÍA SOBRE DERECHOS, DEBERES Y OBLIGACIONES". México, 1995. pp. 46.
- 65.- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación Sectorial de Salud Mental. "TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO". México, 1999. pp. 100.
- 66.- Manual de la Sociedad Española de Psiquiatría. "ESQUIZOFRENIA", una información para familiares. España, 1995. pp. 45.
- 67.- CÓDIGO CIVIL DEL ESTADO DE PUEBLA. México 2002, Ed. Cajica S.A. pp. 385.
- 68.- CÓDIGO DE DEFENSA SOCIAL Y DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ESTADO DE PUEBLA. México, 2002. Ed. Cajica. pp. 725.
- 69.- POLÍTICAS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL. Organización Mundial de la Salud, informe sobre la salud mental en el mundo 2001.
- 70.- ANUARIO ESTADÍSTICO 1999. Secretaría de Salud, México 1999.
- 71.- LEY GENERAL DE SALUD. Poder legislativo federal, México, 1999.
- 72.- LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL. México, 2002.
- 73.- LEY FEDERAL DE TRABAJO. México, 2001.

ANEXOS

FOLIO: _____

**ESTUDIO SOCIAL A FAMILIAS CON PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS**

INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA CASA DE SALUD CÓRDOBA HOLGUÍN.

FECHA: _____

PROCESO LEGAL: SI NO DERECHO HABIENTE: SI NO

No. REINGRESOS: _____

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____		
EDAD: _____	GÉNERO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL: _____
ESCOLARIDAD: _____	OCUPACIÓN: _____	
RELIGIÓN: _____	TELÉFONO: _____	
DOMICILIO: _____		
CALLE	No.	COLONIA
MUNICIPIO	ESTADO	

FAMILIAR O TUTOR: _____		
OCUPACIÓN: _____	EDAD: _____	ESCOLARIDAD: _____
DOMICILIO: _____		
CALLE	No.	COLONIA
MUNICIPIO	ESTADO	
		TELÉFONO: _____

ANTECEDENTE DEL ENFERMO

1.- ¿QUÉ TIEMPO LLEVA CON LA ENFERMEDAD EL PACIENTE:
MESES _____ AÑOS _____

2.- EL PACIENTE ANTES DE PADECER LA ENFERMEDAD TRABAJABA
SI NO

¿POR QUÉ? _____

3.- EL PACIENTE AL EGRESAR DE UN HOSPITAL QUE ACTIVIDADES REALIZA:

4.- EL PACIENTE A TENIDO ALGÚN INTENTO DE SUICIDIO
SI NO No. VECES _____

¿POR QUÉ? _____

5.- EL PACIENTE A RECIBIDO TERAPIAS ELECTROCONVULSIVAS
SI NO

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	EDO. CIVIL

DINÁMICA FAMILIAR

1.- ¿CÓMO ES LA RELACIÓN QUE LLEVAN LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN EL HOGAR.
POSITIVA NEGATIVA AMBIVALENTE

¿POR QUÉ? _____

2.- ¿QUIÉNES CONVIVEN MÁS EN LA FAMILIA :

- ENTRE PADRES
- PAPÁ - HIJO/ A
- MAMÁ - HIJO/ A
- ENTRE HERMANOS
- OTROS
- NINGUNO

¿POR QUÉ? _____

3.- ¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN ENTRE:

- | | INTEGRANTES DE LA FAMILIA | PACIENTE CON LA FAMILIA |
|-------------|---------------------------|--------------------------|
| POSITIVA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NEGATIVA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AMBIVALENTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿POR QUÉ? _____

4.- EXISTEN CONFLICTOS ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA:

- ENTRE PADRES
- PAPÁ - HIJO/ A
- MAMÁ - HIJO/ A
- ENTRE HERMANOS
- OTROS
- NINGUNO

¿POR QUÉ? _____

5.- ¿QUÉ INTEGRANTE DE LA FAMILIA TOMA DECISIONES REFERENTE AL HOGAR Y AL PACIENTE?:

- | | SOBRE EL HOGAR | SOBRE EL PACIENTE |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| PADRES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HERMANOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OTROS | _____ | _____ |

¿POR QUÉ? _____

EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES DE COMUNICACIÓN EN EL PACIENTE

PACIENTE		1	2	3	4	5	6
COMPONENTES NO VERBALES							
1	EXPRESIÓN FACIAL	1	2	2	2	2	1
2	MIRADA	1	2	1	2	1	2
3	SONRISAS	2	3	2	2	2	3
4	POSTURA	2	1	1	4	2	2
5	ORIENTACIÓN	1	2	1	2	2	2
6	DISTANCIA / CONTACTO FÍSICO	1	1	2	3	1	1
7	GESTOS	1	1	1	3	1	1
8	APARIENCIA PERSONAL	2	2	3	2	2	2
9	OPORTUNIDAD DE REFUERZOS	1	1	1	1	1	1
COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS							
10	VOLUMEN DE LA VOZ	1	2	1	2	3	2
11	ENTONACIÓN	1	2	1	3	2	3
12	TIMBRE	1	3	1	4	3	3
13	FLUIDEZ	1	3	2	2	2	2
14	VELOCIDAD	1	2	1	1	3	2
15	CLARIDAD	1	3	1	1	2	1
16	TIEMPO DE HABLA	1	2	2	1	2	2
COMPONENTES VERBALES							
17	CONTENIDO	1	2	2	2	1	2
18	HUMOR	1	3	3	4	1	2
19	ATENCIÓN PERSONAL	1	2	2	2	2	3
20	PREGUNTAS	1	3	3	1	2	3
21	ASISTENCIA A PREGUNTAS	1	4	3	2	1	2

Todas estas puntuaciones van de 1 a 5, siendo en escala de SECHS.

1. MUY NEGATIVO
2. NEGATIVO
3. NORMAL
4. POSITIVO
5. MUY POSITIVO

EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIFICULTADES QUE PRESENTAN AL COMUNICARSE.

PACIENTE	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>					
INICIAR CONVERSACIONES	<input type="checkbox"/>					
MANTENER CONVERSACIONES	<input type="checkbox"/>					
HABLAR EN PÚBLICO	<input type="checkbox"/>					
HACER CUMPLIDOS	<input type="checkbox"/>					
RECIBIR CUMPLIDOS	<input type="checkbox"/>					
PEDIR FAVORES	<input type="checkbox"/>					
RECHAZAR PETICIONES	<input type="checkbox"/>					
DEFENDER MIS DERECHOS	<input type="checkbox"/>					
EXPRESAR AFECTO	<input type="checkbox"/>					
EXPRESAR MI OPINIÓN	<input type="checkbox"/>					
EXPRESAR MI DESAFRADO	<input type="checkbox"/>					
AFRONTAR LAS CRÍTICAS	<input type="checkbox"/>					

De acuerdo a esta evaluación señaladas con una (X) son las que el paciente manifiestan mayor dificultad.

GLOSARIO

GLOSARIO

A

Alucinaciones: Es una falsa percepción como ver, oír u oler, sin ningún estímulo verdadero.

Antipsicóticos: Grupo de medicamentos indicados en el tratamiento del paciente esquizofrénico.

C

Conductas anormales: Es el comportamiento de personas cuyo desarrollo es deficiente a lo que es raro o diferente a lo normal.

Confinamiento: Destierro de una persona del lugar donde habita o nació.

Comorbilidad: Existencia de dos enfermedades en un mismo individuo.

Cronicidad: Enfermedad larga con una duración de más de 6 meses.

D

Datadura: Droga que se utilizaba para calmar dolores.

Delirios: Falsas creencias o pensamientos sin base en la realidad.

Demente: Persona que padece de sus facultades mentales.

Desequilibrio humoral: Pérdida de calor, frío sequedad y humedad.

Desajuste psicosocial: Es un desorden del pensamiento y comportamiento que tiene una persona al convivir con la sociedad.

Desorden cerebral: Son confusiones del pensamiento.

Ditacinesia tardía: Es un trastorno motor que causa movimientos incontrolables de la cara y a

veces sacudidas o retorcimiento de otras partes del cuerpo; este padecimiento aparece después de varios años de tomar medicamentos antipsicóticos y es más frecuente en adultos mayores.

Disociación: Es un proceso mental anormal, en el que la mente no reconoce y aísla ciertos hechos no gratos. Incluye la separación real de la conciencia de todas las ideas desagradables, de tal forma que el individuo no se da cuenta.

E

Electroterapia: Tratamiento eléctrico empleando un aparato que lleva un voltaje definido por una fracción precisa de segundos a electrodos colocados en la cabeza, produciendo una convulsión.

Emético: Cualquier agente que se utiliza para producir vómito.

Enfermos agudos: Son aquellas personas que padecen alguna enfermedad breve y grave.

Enfermos crónicos: Personas que sufren algún padecimiento prolongado.

Enfermedad degenerativa: Padecimiento que va deteriorando física y mentalmente a una persona a través del tiempo.

Enfermedad psiquiátrica: Enfermedades mentales.

Enfermedades emergentes: Son aquellas enfermedades que se incrementan, desplazando a los que antes ocupaban los primeros sitios en las listas de causas de muerte.

Episodio psicótico: Es un momento en que la persona no tolera acontecimientos que constituyen un problema.

Esfera afectiva: Lugar donde se da cariño y amistad.

Estado catatónico: Es una forma o posición aisante, estática o estereotipada -llanto, movimientos- que puede adoptar una persona.

Estado maniaco: Son formas donde cualquier cosa cause excitación en los pensamientos.

Estigmatización: Es un efecto de condenar.

F

Factores de riesgo: Son las características sociales, culturales, demográficas, económicas y ambientales, provenientes de la comunidad o familia que pueden favorecer o aumentar la probabilidad de que el sujeto desarrolle psicopatologías.

Fármaco: Medicamentos.

Fase activa: Es cuando se presentan síntomas de algún padecimiento.

Fase aguda: Se presentan síntomas graves de un padecimiento; pero que pueden ser breves.

H

Hambrión: Hambre.

Hidroterapias: Tratamientos a base de agua -baños- para algunos trastornos.

Hipoglucemia: Disminución de azúcar en la sangre, se acompaña de ansiedad, excitación, transpiración, delirio o coma.

Hipoxia neonatal: Disminución de la cantidad de oxígeno en los tejidos en el primer mes de vida de un niño.

Hospital psiquiátrico: Es una entidad de salud de segundo o tercer nivel, especializada en la atención de enfermos con trastornos mentales.

I

Ideas persecutorias: Son memoria de percepciones o imágenes pasadas que hacen daño a la persona.

Inadaptados sociales: Persona que no se adapta a ciertas condiciones o circunstancias que establece la sociedad.

Insano: Apellido que se le da a las personas que padecen de sus facultades mentales.

Interacción social: Es una fuerza moral recíproca que se da entre la persona y la sociedad.

Interpretaciones seculares: Es explicar algo que no está expresado claramente relativo a la vida, costumbre o estado que puede durar años.

L

Lobotomía: Corte del tejido cerebral; se usa en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades emocionales.

Loco: Persona que ha perdido la razón.

Lunático: Apellido de loco.

M

Manicomio: Hospital para enfermos mentales.

Morbilidad: Estudio de los efectos de una enfermedad en una población.

Movimiento asilar: Cambios continuos que se dan en un lugar.

N

Neurosifilis: Es una infección del cerebro.

Nosocomio: Hospital para enfermos mentales.

O

Orate: Apelativo de loco.

P

Pasiones debilitantes: son aquellas que se refieren a la tristeza, odio y miedo.

Pasiones espasmódicas: cólera, susto.

Pensamientos desordenados: Los pensamientos saltan de tema a otro a veces sin ninguna relación.

Perreras: Especie de jaulas donde encerraban a los dementes en los siglos XV-XVIII.

Psicoterapia: Tratamiento psicológico empleado por los médicos para tratar a los enfermos mentales.

Psicopatología: Patología de las enfermedades mentales.

Puerperio: El período inmediatamente posterior al parto hasta el momento que termina.

R

Raquitismo: Trastorno del metabolismo por carencia de vitamina D, calcio y fósforo principalmente durante en la infancia.

Red social: Son las relaciones por parentesco, amistad, vecinal y trabajo.

Rehabilitación: Es un programa planeado en el que una persona convaleciente o incapacitada alcanza progresivamente o conserva el grado máximo de independencia física o psicológica de la que es capaz.

Relaciones Interpersonales: Es un trato que se da entre personas por razones de amistad o interés.

Remisión: Es una atenuación momentánea de los síntomas de una enfermedad.

Retraimiento: Es una posición que adopta el enfermo al expresarse con las personas poco comunicativo o tímido.

S

Sangrias: Acción o efecto de sangrar a un enfermo.

Secuelas: Consecuencias patológicas de una enfermedad.

Sintoma: Es la manifestación subjetiva de una enfermedad que es percibida por el paciente como una sensación propia que puede comunicar dolor, náuseas, angustia etc.

Sujecciones: Ligaduras o unión a alguna cosa.

U

Unidad emocional: Son los patrones afectivos en la vida familiar.