



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO
SOCIAL

PROYECTO PARA MEJORAR LAS ACTIVIDADES
DE TRABAJO SOCIAL EN EL LEPROSARIO
"DR. PEDRO LOPEZ"

M E M O R I A

Que para obtener el título de
TRABAJADORA SOCIAL

presenta:

SILVIA ARELI REY CANTU

1976



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres y hermanas
con cariño y agradecimiento
por su constante aliento.

A mi esposo con amor

A mis hijos adorados .

A mi querida maestra,
Carmen Garduño de Valdéz
por su orientación y cariño

A MIS MAESTROS
COMPAÑEROS
AMIGOS.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

EL LEPROSARIO "DR. PEDRO LOPEZ".

- a).- Breves antecedentes históricos.
- b).- Objetivos.
- c).- Organización y funcionamiento.

CAPITULO II

LA LEPRA DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO EN MEXICO.

- a).- Condiciones actuales.
 - 1.- Epidemiología.
 - 2.- Etiología.
 - 3.- Formas Clínicas.
 - 4.- Terapéutica empleada actualmente.

- b).- La lucha antileprosa.
 - 1.- Reglamento actual para la profilaxis de la lepra.
 - 2.- Desarrollo del programa.
 - 3.- Centros Dermatológicos.
 - 4.- Brigadas.

CAPITULO III

LA LEPROSA DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL Y SU REPERCUSION PSICOLOGICA.

- a).- La lepra en la sociedad.
- b).- Repercusión Psíquica que produce en el enfermo y su familia.

CAPITULO IV

PROBLEMATICA QUE EN LA ACTUALIDAD REPRESENTA EL LEPROSARIO.

CAPITULO V

ESTUDIO DE 50 ENFERMOS ALOJADOS EN EL LEPROSARIO "DR. PEDRO LOPEZ".

- a).- Resultados.
- b).- Comentarios.

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

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

Dentro del mundo de la sociedad se reconoce - que día a día se hace más necesaria la intervención del Trabajador Social, en todos los campos de acción susceptibles. Por lo tanto específicamente dentro de un hospital como lo es el Leprosario "Dr. Pedro López". Considero que el trabajador social se debe abocar la responsabilidad de hacer una labor integral en la cual no únicamente se dedique a la aplicación de las técnicas tradicionales, que hasta la fecha se han venido realizando, sino que deberá hacer una labor de investigación, siguiendo una metodología adecuada, para que cada grupo de trabajo social que ingrese a esa institución prosiga la labor ya iniciada.

Por lo que en este trabajo se pretende que -- sirva de aportación a dicha institución, para futuras acciones encaminadas a desarrollar una labor progresiva y no estática.

C A P I T U L O I

EL LEPROSARIO "DR. PEDRO LOPEZ"

- a) Breves antecedentes históricos.
- b) Objetivos.
- c) Organización y funcionamiento.

Para iniciar este tema he querido hacer una breve referencia del Dr. Pedro López, fue originario de Dueñas Castilla y llegó a la Nueva España. Fundó varias instituciones, entre ellas: El Hospital de San Lázaro para enfermos leproso, una casa para niños expósitos, siendo la primera que se fundó en el Continente Americano.

Por sus grandes obras de caridad fue llamado "El Padre de los Pobres". Murió en el año de 1587.

a).- Breves antecedentes históricos.

La fundación del hospital fue provocada por la idea de someter al aislamiento total a los enfermos de lepra de por vida. Comenzando por que el Dr. Jesús González Ureña en el año de 1936 propuso al Presidente Gral. Lázaro Cárdenas la creación de varios leprosarios en la ciudad de México. Para lograrlo se realizó una encuesta a nivel nacional, en la cual se encontraron datos estadísticos de la enfermedad, indicando que en la república Mexicana había cerca de 5775 enfermos de lepra, y por tal motivo se fundaron dos hospitales: uno en Salamanca, Gto., y otro en Campeche, Camp., los cuales nunca llegaron a funcionar.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 4o. del Reglamento Federal de la Profilaxis de la Lepra y por el acuerdo No. 283 al C. Presidente de

República, Gral. Lázaro Cárdenas, dispuso que en cargo a la partida 2-305 del presupuesto de Egresos vigente para el Departamento Central, se entregaría a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la cantidad de \$50,600.00 con el fin de que se comprara la Hacienda de Zoquiapan, para construir ahí el Leprosario Dr. Pedro López, ubicado en el Km. 34 de la carretera Federal México-Puebla; dicha Hacienda cuenta con 112 hectáreas y 92 áreas. Se inauguró en diciembre de 1939.

b).- Objetivos.

Antes los objetivos de la fundación del leprosario era aislar completamente a los enfermos de la sociedad, atendiéndolos hasta su muerte.

En la actualidad el leprosario "Dr. Pedro López" es una institución que presta servicios asistenciales a enfermos Hansenianos con incapacidades: físicas, mentales o desadaptación social.

a).- Organización y Funcionamiento.

Originalmente dicho hospital estuvo dirigido por un Consejo Administrativo integrado por dos Médicos y un Consejo Sanitario, compuesto también por dos autoridades médicas. Estos Consejos estuvieron en vigencia por muy poco tiempo, ya que las autoridades médicas no podían ponerse de acuerdo, dado a la multitud de problemas, uno de ellos

era que el cupo del hospital era de 450 enfermos y tenían ya alojados a 615 y por lo mismo todos los servicios eran deficientes.

Por ese tiempo la desorganización era completa, pues entre los enfermos se cometían actos delictivos de diferente índole, por lo que se disolvieron dichos consejos, y sólo quedó al mando del hospital un solo médico como Director.

Posteriormente se creó un Cuerpo Consultivo - Responsable, compuesto por cuatro miembros y que hasta la fecha es el que funciona a través de este organismo se impulsó la investigación científica y se organizó la Asociación de Médicos, que fue integrada por once médicos que laboraban en ese Nosocomio. Se procedió a elaborar historias clínicas, se establecieron sesiones médicas para tratar los casos en equipo cada 8 ó 15 días; se creó el curso de adiestramiento y actualización para enfermeras y se creó el departamento de trabajo social.

Debido a que era bastante extenso el terreno de esta institución, se procedió a proporcionar a los enfermos una terapia ocupacional para ayudarles a resolver sus problemas emocionales, económicos y sociales, repartiéndoles la tierra laborable, auxiliados por un Consejo Agrícola asesorado por la Dirección de Asistencia Médica y la Dirección del Hospital, elaborando para el efecto un Reglamento General, que regía el cultivo de la tierra, estableciéndose de esta manera un lazo de confianza entre los pacientes y las autoridades, evitando así

mayores fricciones, ya que este tipo de enfermos - son sumamente sensitivos.

Algunas de las funciones específicas del establecimiento son:

1.- Hospitalización del paciente con incapacidades físicas, mentales o sociales que les impidan desarrollarse y valerse por sí mismos.

2.- Corregir incapacidades físicas que posean los enfermos internos o de otros Centros Leprológicos del país, ocasionados por el bacilo de Hansen, con el fin de integrarlos o adaptarlos a una vida social productiva.

3.- Se proporcionan los medios necesarios para lograr una terapia ocupacional a los hospitalizados, que les permita mejorar y superar su estado psíquico y su capacidad económica.

4.- Administra a los enfermos los medicamentos específicos contra la lepra y atiende las enfermedades intercurrentes que en ellos se presentan, procurando mejorar al máximo su salud.

c).- Organización y funcionamiento.

Según la Carta Orgánica del Leprosario "Dr. - Pedro López", el mismo funciona de la manera siguiente:

1.- Cirugía.- Este servicio, está compuesto - por dos cirujanos, y aunque no se tiene un anestesista de base se llevan a cabo todo tipo de intervenciones quirúrgicas, ya sea con un anestesista - invitado o pagado por la Dirección del hospital.

2.- Cuerpo Médico.- Este servicio cuenta con: 7 médicos leprólogos, 2 cirujanos, 1 ginecólogo, - un dietista y un médico laboratorista.

3.- Departamento de Oftalmología.- A cargo - de un solo Médico Oftalmólogo, quien atiende a todos los problemas oculares de los enfermos hospitalizados.

4.- Jefatura de Enfermeras.- En ese departamento se controla a todo el personal de enfermería y auxiliares.

5.- Laboratorios de Análisis Clínicos.- Se en carga de:

1o.- Ayuda a diagnosticar la lepra, así como clasificar la lepra y el tipo que es.

2o.- Permite clasificar los casos abiertos --

Para iniciar este tema he querido hacer una breve referencia del Dr. Pedro López, fue originario de Dueñas Castilla y llegó a la Nueva España. Fundó varias instituciones, entre ellas: El Hospital de San Lázaro para enfermos leproso, una casa para niños expósitos, siendo la primera que se fundó en el Continente Americano.

Por sus grandes obras de caridad fue llamado "El Padre de los Pobres". Murió en el año de 1587.

a).- Breves antecedentes históricos.

La fundación del hospital fue provocada por la idea de someter al aislamiento total a los enfermos de lepra de por vida. Comenzando por que el Dr. Jesús González Ureña en el año de 1936 propuso al Presidente Gral. Lázaro Cárdenas la creación de varios leprosarios en la ciudad de México. Para lograrlo se realizó una encuesta a nivel nacional, en la cual se encontraron datos estadísticos de la enfermedad, indicando que en la república Mexicana había cerca de 5775 enfermos de lepra, y por tal motivo se fundaron dos hospitales: uno en Salamanca, Gto., y otro en Campeche, Camp., los cuales nunca llegaron a funcionar.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 40. del Reglamento Federal de la Profilaxis de la Lepra y por el acuerdo No. 283 al C. Presidente de

1.- Archivo General y Correspondencia.- Se encarga de archivar y contestar la correspondencia.

2.- Compras y Contabilidad.- Se lleva el control de todas las compras del hospital.

3.- Inventarios.- En este departamento se tiene control de todos los muebles y objetos existentes en el hospital.

4.- Cocina.- Se encarga de preparar los alimentos adecuados para los enfermos.

5.- Lavandería.- Se ocupa del lavado y planchado de la ropa del hospital y de los enfermos.

6.- Ropería.- Se ocupa de llevar el control de la ropa, y dotación de la misma.

7.- Almacén.- Lugar donde se guarda todo el material de trabajo y para el mantenimiento del Hospital, así como también se controla la distribución del material.

8.- Intendencia.- Departamento de que depende el personal de mantenimiento de dicho nosocomio.

9.- Conservación y Mantenimiento.- Como su nombre lo dice, se dedica a la conservación del edificio.

C A P I T U L O I I I

LA LEPRO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO
EN MEXICO.

a).- Condiciones actuales.

- 1.- Epidemiología.
- 2.- Etiología.
- 3.- Formas Clínicas.
- 4.- Terapéutica empleada.

b).- La Lucha Antileprosa.

- 1.- Reglamento actual para la profilaxis de la lepra.
- 2.- Desarrollo del Programa.
- 3.- Centros Dermatológicos.
- 4.- Brigadas.

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

Dentro del mundo de la sociedad se reconoce - que día a día se hace más necesaria la intervención del Trabajador Social, en todos los campos de acción susceptibles. Por lo tanto específicamente dentro de un hospital como lo es el Leprosario "Dr. Pedro López". Considero que el trabajador social se debe abocar la responsabilidad de hacer una labor integral en la cual no únicamente se dedique a la aplicación de las técnicas tradicionales, que hasta la fecha se han venido realizando, sino que deberá hacer una labor de investigación, siguiendo una metodología adecuada, para que cada grupo de trabajo social que ingrese a esa institución prosiga la labor ya iniciada.

Por lo que en este trabajo se pretende que -- sirva de aportación a dicha institución, para futuras acciones encaminadas a desarrollar una labor progresiva y no estática.

CAPITULO III

LA LEPROA DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL Y
SU REPERCUSION PSICOLOGICA.

- a).- La lepra en la sociedad.
- b).- Repercusión Psíquica que produce en el enfermo y su familia.

CAPITULO IV

PROBLEMATICA QUE EN LA ACTUALIDAD REPRESENTA
EL LEPROSARIO.

CAPITULO V

ESTUDIO DE 50 ENFERMOS ALOJADOS EN EL LEPRO-
SARIO "DR. PEDRO LOPEZ".

- a).- Resultados.
- b).- Comentarios.

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

país, afectando principalmente a los estados: Guajalajara, Sinaloa, Michoacán, Jalisco y Querétaro. En el Distrito Federal parece ser una zona endémica, debido a la afluencia de casos foráneos del interior de la República, que se concentran principalmente para recibir atención médica.

Se sabe que la lepra es transmitida por medio de un contacto íntimo y prolongado con entes infectantes bacilíferos y en ningún caso de manera accidental, además se debe tomar en cuenta la predisposición hereditaria, aunque este mal no sea hereditario precisamente.

2.- Etiología.

La lepra en la antigüedad era considerada -- como una enfermedad hereditaria, hasta que en 1872 el Dr. Gerardo Enrique Armauer Hansen, demostró -- la naturaleza infecciosa de la enfermedad de lepra, encontrando el agente causal, *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), ha sido encontrado frecuentemente en las lesiones lepromatosas de la piel de los enfermos y otros tejidos humanos, como las fosas nasales.

El bacilo fue descubierto por Hansen en 1868, cuando al examinar las células leprosas de Virchow lo llama bacillus leprae. Pero la Sociedad Americana de Bacteriologistas (Manila 1931) lo designa -- *Mycobacterium leprae*.

Es un bastoncito recto o ligeramente curvo, - termina en punta o en clava o en palillo de tam-- bor, mide 1.5 a 6 micras de largo por 0.2 a 0.4 -- de ancho, no tiene cápsula ni esporas, se conside-- ra inmóvil. Es ácido alcohol resistente y además - es gran positivo, se dispone en conglomerados glo-- bosos (globias), o en colonias. No se ha podido - cultivar y las inoculaciones humanas y en animales son dudosas (actualmente se experimenta con el ar-- madillo).

De estudios estadísticos se tiene que, el ma-- yor ataque es al sexo masculino (60 a 70%) y el - predominio en lo que se refiere a edad entre los - adultos jóvenes de 20 a 29 años. Sin embargo, es-- tos puntos quedan sujetos a investigaciones más am-- plias. No hay duda de que la lepra es una enferme-- dad de la infancia. Lo que pasa es que el descubri-- miento de estos casos es tardío por diferentes ra-- zones.

3.- Formas Clínicas.

En la actualidad se conocen dos tipos popula-- res que son:

I.- Lepromatoso (tipo L)

II.- Tuberculoide (tipo T)

Tales tipos son originados por el mismo baci--

lo, determinándose solamente por la presencia o--
ausencia de un estado de resistencia en el organismo
invadido.

En la Habana se aceptó que hay casos que no_
corresponden aparentemente a esos dos tipos fundamen
tales y que constituyen un grupo que son casos
Indeterminados y que en realidad son casos incipien
tes, y todavía no han dado color, pero que --
con el tiempo se definen y se convierten en Tubercul
oides o con más frecuencia en Lepromatosos. --
Más tarde en el Congreso de Madrid (año 1953), en
Tokio 1958, y en el Congreso de Río de Janeiro en
1963, se da con la existencia de los casos llamados
Dimorfos, en los cuales se encuentran caracter
es clínicos e histológicos en ambos tipos al -
mismo tiempo.

I.- Tipo Lepromatoso.- Es el tipo maligno de
la enfermedad, progresivo, sistémico, infectante,
existen dos formas clínicas de este tipo.

1.- Nodular.- es la más conocida y se caracter
iza por la presencia de nódulos o tuber
culos en la piel. Además de ésto hay_
rinitis crónica, ataque ocular que puede_
provocar ceguera, ataque laringeo en cass
os avanzados y ataque a los nervios perif
éricos, dejando secuelas que por lo general
en estos casos no son muy intensas.

2.- Forma Difusa.- Se le ha llamado también -

forma de Lucio en honor de aquel célebre clínico del siglo pasado.

Se caracteriza por la ausencia absoluta - de nódulos, presencia de una infiltración difusa de la piel, la cual aparece como - lisa, rosada, brillante, dando aspecto de gran salud al enfermo, más tarde, atrofia y por tanto arrugada, seca. Hay ausencia_ total de cejas y pestañas, que comienza - por la cola de las cejas, por el vello del cuerpo y eventualmente de la piel cabellu_ da. Hay anhidrosis y trastornos de la sen_ sibilidad, rinitis que deforma la nariz, _ no hay ataque ocular, pero si en diferen- tes órganos como el hígado, vaso, riñón, aparato digestivo y alteraciones inten--- sas.

El sistema peculiar por lo que Lucio le diera el nombre de Lepra Manchada, es la aparición de -- brotes sucesivos de manchas rojizas, ardorosas, -- más tarde de color rojo vinoso de formas peculia-- res que después sufren una necrosis con formación_ de escaras, ulceración y cicatriz.

Tanto la forma nodular como la difusa, pueden presentar una reacción leprosa, esto es una agudi- zación que interrumpe la tranquilidad crónica de - la lepra, que se caracteriza por una exacerbación- de las lesiones preexistentes, y la aparición jun- to con síntomas generales de: fiebre y cefaleas.

II.- Tipo Tuberculoide.- Es la forma menos - maligna de la lepra, no sistémica, no infectante y curable espontáneamente. No hay basilo en los tejidos, la respuesta a la leprominoreacción es positiva a los 21 días.

Del tipo Tuberculoide hay dos formas: la fija y la crónica, que se caracteriza por lesiones - nodulares eritematosas y escamosas, escasas en número, asimétricas y anestésicas (dato fundamental -- para el diagnóstico).

Forma reaccional aguda de aparición después - de un parto o de una enfermedad intercurrente caracterizada por lesiones nodoedematosas, más extendidas, anestésicas y acompañadas de fiebre y malestar general.

Si bien es cierto que se considera una forma benigna, también lo es que este tipo, sobre todo - en su forma reaccional, produce ataque intenso en los nervios periféricos cubitales medianos, facial y peroneo y las secuelas de neuritis son intensas y muy invalidantes en las manos, en los pies y en la cara.

Los casos indeterminados son los más discretos. Sus manifestaciones en principio apenas llega a manchas hipocrónicas anestésicas en regiones - gluteas o en cuello, principalmente, manifestaciones de tipo neurológico como son: Parestésias, - anestésias, parálisis facial, anhidrosis, aplanamiento de las manos, retracciones tendinosas, hasta llegar a la mano en garra, perforante-plantas, etc.

Los casos dimorfos son casos que tienen los dos tipos: Parecen tuberculoides y hay muchos basilos, la respuesta a la lepromina es negativa y la imagen histopatológica muestra los dos aspectos. - Se ha pensado que se trata de una fase transitoria en la evolución de un caso y probablemente de tipo reaccional.

4).- Terapéutica Empleada.

Antes del año 1941 la lepra no tenía curación aunque había muchos medicamentos pero de los cuales no servía ninguno, en los casos tuberculoides que curaban solos, espontáneamente, daban fama a nuevos medicamentos, los casos lepromatosos, vivían una muerte lenta y hasta empeoraban con el aceite de chalmogra.

En 1941 Faget en el Sanatorio de Carville, -- E.U.A. empleó por primera vez el Promin, una sulfona compleja, la cual por vía intravenosa resultó bien tolerada y demostró causar mejorías clínicas hasta entonces nunca vistas en casos lepromatosos. El promín y otros derivados sulfónicos se empezaron a usar en otras partes del mundo, aunque poco, debido a lo caro que era este producto y por fin la lepra era curable.

El radical sulfónico, la sulfona madre, o dia minodifenilsulfona, había sido sintetizada desde 1908 . Comenzaron atacando con dosis altas hasta bajar a una mínima dosis diaria, encontrando que la toxicidad es nula en México.

Actualmente encontramos que hay acuerdo unánime en que la D.D.S. es el medicamento de elección para el tratamiento de la lepra, por su actividad bien demostrada y por su precio bajo. Se administra por vía bucal en comprimidos.

El efecto de las sulfonas sobre la lepra lepromatosa ya no se discute. La mejoría es relativamente rápida y se llega, aunque lentamente, a la curación clínica; regresión clínica e histológica de las lesiones con baciloscopia negativa.

El tratamiento de los casos tuberculoides o indeterminados se continuará cuando menos durante 18 meses después de haber cesado todos los signos de actividad de la lepra, sin que en ningún caso pueda su duración ser inferior a dos años.

El tratamiento de los casos lepromatosos y de los dimorfos, se continuará cuando menos durante dos años después de haber cesado todos los signos de actividad de la enfermedad.

La noticia más importante respecto al tratamiento de la lepra en los últimos años es la Talidomida, droga que ha tenido magníficos resultados en este tipo de pacientes.

Se han usado en el tratamiento de la lepra otras drogas, pero ninguna se compara con las sulfonas. Solamente la difeniltiourea y la sulfometoxipiridazina, pueden considerarse como sustitutos en algunas ocasiones.

Sin embargo, también pueden producir reacciones y su costo es alto.

Sería por demás insistir en la necesidad a veces difícil, de cubrir en nuestros países con una buena alimentación general y mejores condiciones de vida

b).- La Lucha Antileprosa.

1.- Reglamento actual para la Profilaxis de la Lepra.

2.- Desarrollo del Programa.

3.- Centros Dermatológicos.

4.- Brigadas.

1.- Reglamento actual para la Profilaxis de la Lepra.

En 1910 Jesús González Ureña, eminente Dermatólogo mexicano, presenta al IV Congreso Médico Nacional Mexicano, un trabajo titulado "Manera de -- iniciar en México la profilaxis antileprosa", donde señala la magnitud del problema y el olvido en que se le tiene.

En 1927 a iniciativa de González Ureña, se publica el Ier. Censo de lepra registrando 1450 enfermos demostrados.

La primera disposición legislativa para la - profilaxis de la lepra en México fue el "Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra", en el año - de 1930 el día 3 de enero, siendo publicado en el Diario Oficial a mediados del mismo mes.

En el año de 1955 siendo Presidente de la Re- p^ublica Mexicana don Adolfo Ruíz Cortines, se expidió un nuevo Reglamento de la Profilaxis de la Le- pra, que derogaba al anterior y que fue publicado en el Diario Oficial el 13 de julio de 1955. Con - esta nueva disposición se cambió el nombre de dis- pensarios por Centros dermatológicos, en donde em- pezaron a tratar todas las enfermedades relaciona-- das con la piel, lo cual dió margen a un mayor - - acercamiento de los pacientes al servicio médico., dando resultados bastante aceptables. Esta innova- ción surgió gracias al Nuevo Reglamento de la Pro- filaxis de la lepra (del cual ya antes mencionamos)

Artículo 1o.- La Secretaría de Salubridad y - Asistencia, establecerá y sostendrá un servicio especial destinado a dirigir técnicamente y a reali- zar la profilaxis de la lepra en la República, el - cual se denominará "Servicio Nacional de Profi- -- laxis de la Lepra".

Artículo 2o.- Las actividades de profilaxis y tratamiento de la lepra serán realizadas por los - Dispensarios, los sanatorios y los preventorios, - dedicados especialmente al objeto citado y por las

Unidades Sanitarias, Centros Dermatológicos y demás dependencias afiliadas a la Sría. de Salubridad y Asistencia en las zonas donde ésta los estime necesario. El jefe de la Oficina Técnica Central del Servicio Nacional de Profilaxis de la Lepra y los jefes de los Dispensarios, y preventorios serán de preferencia médicos sanitarios de carrera, con preparación especial en leprología, o médicos leprólogos en adiestramiento epidemiológico.

Artículo 3o.- El Dispensario Antileproso será la unidad básica y preponderante del Servicio de Profilaxis de la Lepra. Se denominará Centro Dermatológico y tendrá el equipo necesario para su correcto funcionamiento y el personal de médicos, enfermeras, laboratoristas y Trabajadoras Sociales que requiera cada cargo. La Secretaría de Salubridad y Asistencia establecerá el número suficiente de estos centros en las principales regiones endémicas.

Artículo 4o.- Las funciones esenciales de los Centros Dermatológicos son las siguientes:

- I.- Buscar nuevos casos de la enfermedad en particular por medio de la consulta dermatológica y por la exploración epidemiológica.
- II.- Estudiar clasificar y tratar los casos según las normas establecidas, de acuerdo con los progresos técnicos en Leprología.

- III.-Examinar a los conviventes de los casos y repetir con la periodicidad necesaria - los exámenes de aquellos que sean verdaderos contactos.
- IV.-Seleccionar a los pacientes que sea conveniente hospitalizar, especialmente a los que sean positivos, desde el punto de vista bacteriológico, así como a los niños - contactos que sea menester colocar, temporalmente, en los Preventorios.
- V.- Procurar el mejor conocimiento de la lepra en su circunscripción por medio de estudios de orden médico, estadístico, epidemiológico y social.
- VI.-Realizar labores educativas entre los pacientes y con tacto a su cuidado y entre el público de su circunscripción sobre la profilaxis de la lepra; fomentar el mejoramiento de otros establecimientos técnicos de su propio personal; contribuir al adiestramiento de otros establecimientos y cooperar con los médicos de otras instituciones y con los médicos particulares en la atención de sus casos y en su mejor educación en cuanto a la lepra.
- VII.-Fomentar la reacción y el sostenimiento - de instituciones privadas que colaboren - adecuadamente con el Centro Dermatológico ayudando a las labores profilácticas a -

éste encomendadas y particularmente, en lo que se refiere a la Asistencia social de los pacientes y de los familiares de éstos.

VIII.- Informar periódicamente a la Oficina Técnica Central del Servicio y a la Oficina Superior correspondiente de la Secretaría, en su entidad, acerca de las labores efectuadas.

IX.- Poner en práctica las instrucciones que, para el mejor ejercicio de sus funciones, reciban de la Oficina Técnica Central y presentar a ésta las sugerencias que estimen más convenientes para el mejor éxito de sus labores.

Artículo 5o.- Los Sanatorios serán organismos complementarios del Servicio. La Secretaría de Salubridad y Asistencia promoverá su establecimiento en las zonas endémicas más importantes con el personal y el equipo necesario para el eficaz cumplimiento de sus funciones, las que consisten esencialmente, en atender y en rehabilitar, por los medios disponibles más adecuados y durante todo el tiempo que sea necesario, a los pacientes que lo requieran, a juicio del Centro Dermatológico correspondiente.- El ingreso y permanencia de los pacientes en los Sanatorios serán determinados por el Centro Dermatológico respectivo, o, en su defecto, por la Oficina Técnica Central del Servicio. Los -

casos de invalidez causados por la lepra, serán -- asistidos, de preferencia, en establecimientos dedicados especialmente a este fin. - Los sanatorios informarán periódicamente, sobre las labores que -- realicen, tanto a la Oficina Técnica Central como_ en el Centro Dermatológico correspondiente.

Artículo 6o.- El Preventorio será otro órgano complementario del Servicio. Su función esencial -- constituirá a asistir de manera integral, a los niños contactos (hijos de los enfermos). Su funcio-- namiento estará coordinado con el Centro Dermatoló gico que corresponda, el cual selecciona a los ni-- ños contactos que transitoriamente deban ser colo-- cados en Preventorio y los examinará con la fre-- cuencia que sea necesario. El Preventorio organiza rá sus actividades para procurar, en todo, la in-- corporación de sus asilados en la sociedad.

Artículo 7o.- La Oficina Técnica Central del Servicio dirigirá Técnicamente y coordinará las la bores de los Centros de los Sanatorios y de los -- Preventorios, así como las que, en materia de pro-- filaxis de la lepra, realicen otras entidades como auxiliares de la campaña.- La Oficina citada ten-- drá, además, las siguientes funciones.

- 1.- Concentrar y valorar estadísticamente los datos que reciba de sus diversas dependen cias y hacer un cómputo de enfermos cada- 5 años.

- 2.- Organizar reuniones anuales en las que participe el personal de los diversos -- organismos del Servicio, con el propósito de lograr el mayor intercambio científico entre dicho personal, estimular la investigación científica sobre la enfermedad y buscar el mejoramiento constante de los métodos de trabajo del mismo Servicio.
- 3.- Fomentar las mejores relaciones con las dependencias pertinentes de la Secretaría, así como por los conductos debidos, con organismos similares de otros países.
- 4.- Procurar la más estrecha colaboración de la Escuela de Salubridad e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, la de las Escuelas de Medicina del país, la de las sociedades científicas, médicas o de otra naturaleza, que deban interesarse por la profilaxis de la lepra, para lograr el más amplio estudio de esta enfermedad.
- 5.- Organizar las actividades que correspondan a efecto de lograr la preparación especializada de los médicos, enfermeras, laboratoristas y estudiantes de medicina, en los aspectos pertinentes de la leprología y utilizar los medios convenientes -- para informar y divulgar los conocimientos en esta materia.

Artículo 8o.- El Servicio Nacional de Profilaxis de la Lepra contará con la ayuda de los organismos siguientes, que actuarán como sus auxiliares:

- 1.- Los Servicios Federales y los Coordinados de Salubridad y Asistencia en las entidades Federativas, así como los establecimientos que de ellos dependan.
- 2.- Los Centros de Salud, los Centros de Bienestar Social Rural, las Unidades de Salubridad y Asistencia y los Hospitales.
- 3.- Las instituciones privadas establecidas con el objeto de cooperar en la lucha contra la lepra y las demás que eventualmente puedan contribuir al mismo fin.

Artículo 9o.- En aquellas entidades de la República en donde no existe algún organismo dedicado especialmente a la profilaxis de la lepra, las actividades de esta naturaleza estarán a cargo de la Jefatura de los Centros o Unidades dependientes de aquella. En todo caso, tales actividades se realizarán conforme a las normas y a las instrucciones de la Oficina Técnica Central del Servicio de Profilaxis de la Lepra.

Artículo 10.- En la realización de las actividades de profilaxis de la lepra se procurará evitar cualquier forma de coerción y, en su lugar, se

recurrirá primordialmente a la educación y a la - persuasión.

Artículo 11.- Los enfermos de lepra quedan - sujetos a las disposiciones que sobre el control_ de enfermedades transmisibles están prescritas en_ el Código Sanitario Vigente".

2.- Desarrollo del Programa.

A principios de 1960, la Secretaría de Salu-
bridad y Asistencia tomó la histórica decisión de
iniciar un Programa Nacional para el Control de -
la Lepra, y encargó de ello al eminente Leprólogo
con 25 años de experiencia, Dr. Fernando Latapí,
quien junto con los médicos compañeros suyos: Dr.
José Barba Rubio, Dr. Amado Saúl y Dra. Gloria --
Suárez, también Dermatólogos.

A fines de 1962, la oficina central del pro-
grama fue puesta en manos de epidemiólogos no le-
prólogos, con lo que empezó a cambiar el rumbo de
sus actividades.

Para empezar se detallaron fundamento, justifi-
cación y objetivos, los que en resumen pueden -
expresarse así:

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

Es posible controlar esta situación con una campaña bien orientada.

Se cuenta con recursos suficientes.

Se adiestrará debidamente al personal.

Se actuará a base de movilidad y penetración

Se espera el control de los focos en plazos -
razonables.

Al plantearse este programa geográfica y cro
nológicamente se consideraron tres etapas: En la -
primera se resolvió trabajar con zonas de alta en-
demia (Guanajuato, Michoacán, Querétaro) y en el -
occidente (Colima y Jalisco).

La preparación de personal específico (médi--
cos, dermatoleprólogos y enfermeras) fué el primer
paso para la formación de Unidades Móviles, las --
cuales en dos etapas y en número de 39 fueron adiesu
tradas en el Centro Dermatológico Pascua y en el -
Instituto Dermatológico de Guadalajara, en cuatro-
meses de cursos intensivos y enviadas con sus res-
pectivos jeeps a las zonas endémicas anteriormente
citadas. Después del segundo curso, fue posible cu
brir además, estados de Sinaloa, Nayarit, Morelos
y Guerrero.

El programa para el Control de Enfermedades -
Crónicas de la piel comprendettres niveles:

A Nivel Nacional

- 1.- Planeación y organización.
- 2.- Establecimiento de normas de trabajo.
- 3.- Coordinación y control.
- 4.- Estudio estadístico y epidemiología.
- 5.- Supervisión y evaluación.
- 6.- Asesoría e información.
- 7.- Administración.

A Nivel Regional.

- 1.- Adiestramiento.
- 2.- Investigación.
- 3.- Coordinación de actividades.
- 4.- Supervisión y evaluación.
- 5.- Estudios estadísticos y epidemiológicos.
- 6.- Asesoría e información.
- 7.- Administración.

A-Nivel Local

- 1.- Estudio de la comunidad.
- 2.- Búsqueda, tratamiento y control de enfermos.
- 3.- Examen y control de conviventes..
- 4.- Examen de grupos de población.
- 5.- Educación Higiénica.
- 6.- Registro de actividades e información.
- 7.- Levantamiento de encuestas.

3.- Centros Dermatológicos.

En el año de 1930, fueron inaugurados los primeros Dispensarios Antileproso (ahora Centros --- Dermatológicos) situándolos en las zonas de mayor endemia, como: En los estados de Guanajuato, Michoacán, Jalisco, Sinaloa, Colima, Nayarit. Estos funcionaron por más de 25 años, a los cuales más tarde, les fue cambiado el nombre debido a que provocaban muchos conflictos a los enfermos y sus familiares.

Pero aún así, el problema del control de la endemia aparecía sin solución.

Los Centros Dermatológicos con todas sus ventajas y desventajas, y aún aquellos que como el - de Guadalajara y el de México habían sobrevivido del marasmo en que cayeron, casi todos (con excep ción de Culiacán, Morelia, Salvatierra, Acámbaro), no podían extenderse sus beneficios al campo todo lo que era necesario. Se les calificó de "estáti cos" haciendo alusión al hecho de que sólo espe raban la llegada de los enfermos y poco intenta ban buscar más. Los casos que llegaban a los Cen tros eran más bien lepromatosos y con manifestacio nes evidentes del padecimiento que hacía que el pa ciente buscara la atención médica. Descubrían po cos casos indeterminados y pocos niños, ya que las manifestaciones tempranas de la lepra son discre tas y asintomáticas en su mayoría.

A pesar de todo, por más de 20 años los cen tros Dermatológicos y en especial los antes mencio nados, llevaron el peso de la campaña contra la le pra en el país y de no haber sido por ellos toda la acción iniciada por Dn. Jesús González Ureña, se hubiera venido a tierra y su esfuerzo hubiera sido estéril por completo.

En 1960, pensando en la necesidad de extender la acción de los centros hacia el campo mexicano, se inició una nueva etapa de la Campaña contra la Lepra, con el sugestivo nombre de Programa para el control de las enfermedades crónicas de la piel. La meta era poner en tratamiento el mayor número de casos de lepra posibles para lo cual era neces ario llegar hasta las mismas fuentes de la endemia rio

y encontrar los casos en los más apartados ranchos de: Guanajuato, Jalisco, Colima, Michoacán, etc., desde donde el enfermo no acudía por apatía, por la poca importancia que daba a su enfermedad o por la falta de medios económicos para trasladarse a las ciudades. Por lo que se consideró primordial la formación de Unidades Móviles o Brigadas Móviles. Se consideró que lo más importante y el primer paso en firme fue el entrenamiento del personal y así se realizó el primer curso de adiestramiento simultáneamente en el Centro Dermatológico Dr. Pascua, de la ciudad de México, y en el Instituto Dermatológico de Guadalajara. Se prepararon 20 Brigadas, 10 en lo que constituyó la región I, manejada desde el Centro "Dr. Pascua", y 10 para la región II, con control en Guadalajara. (la Brigada estaba constituida por: un médico con entrenamiento dermatológico y leproológico, una enfermera también entrenada y un vehículo apropiado para los caminos de México, o sea un jeep).

El curso comprendió cuatro meses: Tres de enseñanza de Dermatolepfilología y Salud Pública, y un mes de prácticas de campo en las mismas zonas endémicas de lepra: Guanajuato y Jalisco.

Terminando el curso vino la segunda fase: la salida de las Brigadas ya constituidas a las zonas previamente señaladas como parte de las regiones de más alta endemia. La Región I quedó constituida por parte de los estados de: Michoacán, Guanajuato y Querétaro, y la Región II por el estado de Colima.

A cada unidad se le fijó un número conveniente de municipios para trabajar, así la Región 1 quedó dividida en 8 zonas: 4 en Guanajuato, 3 en Michoacán y 1 en Querétaro, con una extensión de 34,498 Km², y 8 municipios, 4,410 localidades y 2,361 072 habitantes.

La Región 11 distribuyó sus brigadas en el estado de Colima, con una extensión de 5,803 Km², 12 municipios, 809 localizados y 226,247 habitantes. Cada Brigada trabajó un municipio y posteriormente las brigadas se derramaron en las partes colindantes de Jalisco, quedando sólo una brigada en Colima.

Las brigadas trabajan en lo general como sigue: la brigada tiene una base, una ciudad más o menos grande: Morelia, Colima, Zacapu, Irapuato, etc., casi siempre con un Centro Dermatológico.

Se elabora un calendario para la visita sucesiva de los municipios, dedicando por lo común una semana a cada municipio y se entrevista, si no lo ha hecho antes, con las personas clave del lugar: Autoridades civiles, militares, eclesiásticas, magistrales, explicando:

- 1.- Motivo de la visita y trabajo (sensibilización) y solicitando su indispensable ayuda.

Establecen la Consulta Dermatológica en cualquier sitio disponible: la sacristía, la escuela, -

la Presidencia Municipal o alguna casa de algún-- vecino de fácil accesibilidad a todo el pueblo. - Cuando existen, ocupan las dependencias de la Se-- cretaría de Salubridad y Asistencia.

Parte del día y de la semana la dedican a la cabecera del municipio donde llega a juntarse mu-- chas veces una gran multitud de pacientes de la -- piel, y en ocasiones, cuando no hay médico cerca-- no, también de otras enfermedades. Por las tardes-- la Brigada se transporta a diversas rancherías cer-- canas a la cabecera para establecer la misma con-- sulta dermatológica, indicada sobre el enfermo per-- dido, vigilar a sus contactos, averiguar de un po-- sible caso o seguir la pista de algún otro conoci-- do por el estudio de algún paciente. En no pocas -- veces se lleva todo el día en la visita a unã ran-- chería. En lugares pequeños, el examen se hace de-- casa en casa, previa ayuda del sacerdote o del De-- legado de la Población y desde luego después de ha-- ber ganado la confianza de la comunidad.

Variantes iniciales de este plan se pusieron__ en práctica en la Región II en donde se hacía el -- estudio casi exhaustivo de un municipio, y la bri-- gada no pasaba a otro hasta haber revisado todas -- las localidades.

Las Labores de la Brigada son:

- 1.- Consulta Dermatológica y Leprológica espe-- cialmente y en general en algunos casos - especiales.

- 2.- Elaboración de la célula leproológica espe-
cialmente y en general a todo tipo de en-
fermo que llegue a conocimiento de las --
Brigadas: nuevo o ya registrado en algún-
Centro.
- 3.- Examen de los contactos en todo caso ba-
cilarífero.
- 4.- Examen de toda persona que conviva con el
paciente, sin importar la clasificación, -
para buscar casos, antecedentes o colate-
rales.
- 5.- Construcción, hasta donde sea posible, --
del árbol leprogenealógico de cada caso, -
siguiendo con empeño las pistas.
- 6.- Dar tratamiento adecuado a cada paciente,
mediante un manejo conveniente y normal.
- 7.- Revisión de núcleos constituídos de pobla-
ción: escuelas sobre todo, haciendo un --
examen dermatológico y neurológico.
- 8.- Educación higiénica en los diferentes ni-
veles, sencilla y cuidadosa para evitar -
leprofobia.
- 9.- Rendir información periódica a la Oficina
Regional.

El control sucesivo de los pacientes es hecho por la misma brigada y ya en algunos sitios por -- personal debidamente orientado de las dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (principios de Integración), quienes dan el tratamiento cada caso y vigilar su evolución. Si el paciente -- no acude a dicha dependencia la brigada en su si-- guiente visita a ese Municipio, llega hasta la -- misma localidad del paciente a visitarlo.

La enfermera es un indispensable colaborador del médico. Ella, además de la labor propia de en-- fermería (recepción de enfermos, curaciones, in-- yecciones, leprominas, etc.) realiza muchas visi-- tas domiciliarias, de educación higiénica sencilla, examina algunos contactos sobre todo del sexo feme-- nino, renuentes al examen del médico, y avisa si -- hay sospecha de algún caso y establece las prime-- ras, y por ello las más difíciles, relaciones mé-- dico-enfermo.

El resultado del primer año de trabajo con el nuevo plan, están ya a la vista nuevas zonas del -- país reclaman brigadas móviles. Sinaloa, Nayarit, Aguascalientes, Zacatecas, San Luis Potosí, Guerre-- ro, Morelos, México y otros más necesitamos más -- personal de este tipo; joven, animoso, con deseos -- de una labor activa.

Se está ya en la segunda etapa planeada para -- 1961 y 1962, y está en marcha el II Curso de -- Adiestramiento para formar más brigadas que se lan-- zarán para conquistar nuevas regiones y ayudar -- a librar al país de la injustamente temida y mal -- comprendida "Enfermedad de Hansen".

C A P I T U L O I I I

LA LEPROA... DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL Y SU REPERCUSION PSICOLOGICA

- a).- La lepra en la Sociedad.
- b).- Repercusión Psíquica que produce en el enfermo y su familia.

a) La lepra en la sociedad.

La palabra lepra procede de un vocablo griego que significa "escamoso". Esta enfermedad existe en todo el mundo, en mayor o menor grado y se le ha llamado de diferentes maneras, aunque los estragos que causa son similares.

Desde tiempos muy remotos, ya se conocía a la lepra como una enfermedad y existían ya algunas -- disposiciones acerca de ésta; en ocasiones fue confundida con otra enfermedad llamada "Zarath", ya que no estaban plenamente identificadas. Los sacerdotes eran las personas encargadas de declarar -- "impuros" o "inmundos" a los enfermos, después de una simple exploración física, y cuando no estaban seguros de su dictamen, reclusían al enfermo durante 7 días para confirmar o rectificar el mal.

En el Talmud se hace la siguiente referencia al respecto: Estos deben contarse entre los muertos: EL CIEGO, EL LEPROSO y EL POBRE y EL QUE NO TIENE HIJOS".

Los Asirios también creían que aquellos que violaban alguna norma religiosa en las relaciones sexuales o que comían algún alimento sagrado, como lo era el pez, recibiendo entonces la lepra como "un castigo divino".

El rey Balduino de Jernsalén, fue atacado -- por el mal de la lepra y sus primeras manifesta--

ciones fueron en su niñez con la pérdida de la --- sensibilidad. El pueblo Isráelí se enteró que el - rey padecía la lepra debido a que quemó incienso - ante el altar y tal acción se consideraba como un_ privilegio de los sacerdotes. También se hace alu- sión a la lepra que afectó a Job por instancias -- del demonio ante Jehová para poner a prueba la pa- ciencia de su siervo; Job se vió en la necesidad - de refugiarse en un estercolero, lugar donde todos sus compañeros lo abandonaron por el temor al con- tagio y según dice la Biblia "sólo los perros se - acercaban a lamer sus heridas".

En la India, en el año 1400, A.C. se describen con amplitud en los escritos de Charaka y Susruta_ Sanhita y en el Rig Veda Sanhiatade Atreya, los -- signos y síntomas de la lepra, que fue denominada- en esas tierras como "Kushta". También se conside- raba a los hijos de los leprosos como tales, ya -- que esta enfermedad en aquel tiempo se consideraba hereditaria y así la familia entera se veía conde- nada por la sociedad en que se desenvolvía y su- - fría las consecuencias de la incomprensión y el re- chazo.

En lo que respecta al Extremo Oriente, los -- manuscritos demuestran claramente que los concep- tos son un tanto confusos, sin embargo en el Japón, la lepra se originó desde el año 1250 A.C. y en - China, algunos autores indican que existió desde - los tiempos de Confusio, pero otros aseveran que - el primer brote se registró siglos después de la - era de Cristo.

De lo anterior se deduce que la lepra fue -- considerada como un castigo puramente divino y -- también como estigma social, produciendo en el enfermo un marcado sentimiento de culpa y autorechazo en un ambiente de desconfianza.

Así fue como a través del tiempo, se han ido originando temor o repudio exagerados al contacto con gente atacada por el mal de la lepra, y se ha ido trasmitiendo de generación en generación.

En la Edad Media se castigaba a los enfermos enterrándolos en vida, notándose claramente la ignorancia que predominaba en ese tiempo.

Una medida a nivel universal, que se tomó -- en el tratamiento de estos enfermos, era aislar-- los total y obligatoriamente, desligándolos de -- raíz de su medio ambiente por considerarlos como un grave peligro para los demás miembros de la -- sociedad.

Los sacerdotes eran quienes se encargaban de dictaminar y pregonar el padecimiento de un enfermo. Después de descubierto, se pregonaba en la -- iglesia el domingo y el enfermo se ubicaba previamente en la puerta de la parroquia aislado completamente de los demás y vestido con ropas negras. Se decía la Misa del espíritu santo y luego lo -- trasladaban a una especie de leprosario donde se -- le asignaba una choza construída especialmente -- para él, posteriormente en ese mismo lugar el sa--

cerdote tomaba un puñado de tierra, pronunciando - las palabras: "sis mortus mundo, vivas intermudee", las cuales indican que a partir de ese momento se consideraba muerto al individuo para el resto del mundo, pero que permanecería vivo en Dios. Después se daba lectura a una serie de prohibiciones establecidas para los enfermos: todo enfermo de lepra tiene prohibido entrar a Iglesias, molinos, mercados y lugares públicos o centros de reunión popular, así como hacer uso de fuentes comunes y ríos que fuesen utilizados por los integrantes de la comunidad.

Para fin de comprar sus alimentos estos enfermos, debían señalar la mercancía mediante un bastón, para evitar el menor contacto con los mercados. Estaba dispuesto que debían ir siempre calzados y vestidos con hábitos negros, además de llevar consigo una campanilla para indicar su presencia y su "peligrosidad".

Cuando algunos enfermos eran interrogados durante el trayecto de su recorrido en algún camino, solamente podían responder siempre y cuando estuvieran al abrigo del viento, porque se creía en aquel entonces que así se podía evitar el contagio. También tenían prohibido transitar por caminos estrechos para evitar contacto con otras personas.

Las autoridades de la Comunidad también tomaban sus medidas de prevención, con algunas leyes civiles donde les prohibían testar o heredar sus bienes.

Como se ha podido ver, el problema del enfermo leproso tiene raíces muy profundas que incluyen -- también a la familia.

Por otro lado, las ideas erróneas que se han tenido al respecto, se han modificado un poco a -- través del tiempo, aunque en la actualidad persisten todavía numerosos prejuicios que se vienen -- transmitiendo al paso de los años, de tal manera -- que obstaculizan la recuperación del paciente.

La lepra no sólo constituye un problema médico social del pasado, sino que en la actualidad -- existen diferentes creencias, en base al temor injustificado a contraer este mal, que persiste aunque en menor grado, lo cual impide progresos terapéuticos en la rehabilitación de enfermos.

b).- Repercusiones Psíquicas que produce en el enfermo y su familia.

Gracias a las sulfonas, la lepra ha dejado -- de ser incurable, pero desde el punto de vista social y psicológico, aún queda mucho por hacer, no debería caber ya en nuestro tiempo señalar y menos escarnecer al que la padece. Aquí en México hace -- muchos años dejamos atrás el prejuicio, se debe luchar contra el mal, no contra el enfermo. Sin embargo, aún falta mayor divulgación de los conceptos actuales.

Desgraciadamente todavía hay muchos que viven

con el atraso de siglos y que con su actitud hostil, fruto de su ignorancia, perjudicando al enfermo más que la lepra misma, niegan los dos derechos fundamentales del hombre: la libertad y el trabajo.

Es por esto que el manejo del enfermo desde el punto de vista psicológico y social es uno de los aspectos más interesantes y delicados de la leprología actual.

Cuántas veces se ha visto llegar al Centro Pascua de la Ciudad de México a personas capaces de vivir una vida útil y normal y que debido al manejo inadecuado por parte de médicos y particulares o de instituciones públicas han perdido su trabajo y en ocasiones hasta la posibilidad de adquirir uno nuevo. Además, ha habido casos en que el padecimiento del enfermo es tuberculoide y por lo tanto no es infectante y de curación espontánea y su tragedia no será tanto por la lepra, sino la originará la actitud de un médico que posiblemente ignorando que éste padecimiento es benigno le ha dicho que tiene lepra, sin pensar que puede producir en la vida del individuo y en la de su familia, males en ocasiones irreparables.

Si en la actualidad el diagnóstico temprano es posible, si la lepra ya es curable, justo es que la actitud de la población sana cambie ante la lepra.

Ayudemos al enfermo de lepra no con limosnas, materiales ni espirituales, sino con un trato más natural y humano, impidiendo así que vaya a aumentar ese gran lastre de México: el de los débiles sociales, que en esto por lo menos el hombre deje de ser el lobo del hombre.

El enfermo de lepra, debe ser atendido en centros hospitalarios en consultorios públicos y privados con la misma naturalidad con que se atiende a otros pacientes.

Debemos vivir en nuestro tiempo y convencer--nos de que el enfermo de lepra no debe ser internado en sanatorios ni hospitales, sino seguir con su vida habitual, trabajando y ganando con su trabajo el sustento propio y de su familia, exceptuando --aquéllos que necesitan ser rehabilitados. Ya que - el aislamiento sólo provoca la desintegración familiar y por la falta de trabajo, problemas económicos.

C A P I T U L O I V

PROBLEMA QUE EN LA ACTUALIDAD REPRESENTA
EL LEPROSARIO.

Problemática que en la actualidad representa el -- Leprosario. -- El Hospital "Dr. Pedro López" se hizo para resolver un problema que entonces se consideraba de vital importancia, ya que se trataba de aislar a los enfermos de los demás seres humanos atendiéndolos hasta su deceso.

Pero en la actualidad resulta un problema Social y económico, ya que la ciencia ha avanzado -- tanto que se ha descubierto un tratamiento para la curación de la lepra, por lo que se considera que la idea de alejar al enfermo de su núcleo familiar no es lo mejor para él y su familia, ya que se ha comprobado que alejándolos, sólo contribuimos a la desintegración familiar y a los muchos problemas sociales y económicos que esto acarreará.

Por otro lado, el presupuesto por parte de la Secretaría de salubridad y Asistencia, no alcanza para resolver todos los gastos de dicho nosocomio y para hacer las mejoras pertinentes al edificio y algunos problemas como son:

- 1.- El estado del edificio es de deterioro.
- 2.- La falta de material e instrumental médico y Cirugía Moderna y equipo.

Aún cuando en un principio se pretendió que los pacientes contribuyeran con alguna cantidad -- para ampliar un poco el presupuesto antes mencionado, no lográndose, por una parte, no todos los enfermos tienen un ingreso para cubrir dicha cuota

no lo hacen y sólo se cuenta con muy pocos que ---
cumplen, ya que a estos enfermos se les ha fomen--
tado mucho el paternalismo, dando como resultado -
una serie de problemas tales como:

- 1).- Alcoholismo (meten botella a escondidas--
aún con todo y que hay portero y super--
visión de salidas y entradas.
- 2).- Drogadicción (se ha descubierto que en -
ocasiones fuman marihuana algunos).
- 3).- Promiscuidad sexual (viven en barracas --
hechas con tablas y láminas de cartón o--
galvanizadas, y con todo lo que les pue--
de servir para su construcción. Viven --
como si fuera un pueblo, tienen sus ----
tiendas donde pueden comprar algunas co--
sas.
- 4).- Completa desintegración familiar.

Entre los pacientes internos se encuentran --
algunas características afines como son:

- 1.- La mayor parte de los enfermos hospitali--
zados en el Leprocomio, se encuentran in--
ternos en forma permanente.
- 2.- Regularmente los pacientes se encuentran--
desligados de su familia.
- 3.- La población interna es mixta y su edad -

es superior a los 25 años.

- 4.- La mayoría de los enfermos son canalizados por Centros Dermatológicos o Centros de Salud que se encuentran diseminados -- por toda la República Mexicana.

La situación social en que se encuentra el enfermo hanseniano, presenta un problema derivado -- del antecedente de su enfermedad, lo cual le impide reintegrarse a su medio familiar y social.

El rechazo que presenta el núcleo familiar y social es consecuencia de la ignorancia ancestral -- respecto a los adelantos que la ciencia haya logra do al respecto.

Ello ha ocasionado que muchos de los enfermos hospitalizados no quieran abandonar el lugar, por encontrarse socialmente integrados a este grupo, -- donde han creado incluso, algunos intereses que -- dificultan aún más su incorporación al medio so-- cial.

C A P I T U L O V

ESTUDIO DE 50 ENFERMOS ALOJADOS EN EL

LEPROSARIO "DR. PEDRO LOPEZ"

- a).- Resultados
- b).- Comentarios

Para efectuar esta investigación, se tomó --- en cuenta a una cuarta parte de la población interna del Hospital "Dr. Pedro López".

Para efectuar este estudio se realizaron los siguientes procedimientos y metodología:

- 1.- Con el objeto de conocer e identificar a la población y de esta manera detectar -- mejor sus problemas y necesidades. Se -- mantuvo contacto directo con cada uno de los enfermos para tener una mejor visión-- respecto a su personalidad y su estado -- físico, así como de la relación que guardan con la sociedad.
 - 2.- El cuestionario se aplicó directamente -- a los pacientes e incluye 4 áreas seleccionadas para el objetivo y son:
 - a).- Area de datos personales.
 - b).- Antecedentes patológicos.
 - c).- Datos familiares.
 - d).- Condiciones económicas.
- a).- Area de datos personales.- Generalmente se -- investigan los datos necesarios para obtener información respecto al enfermo, incluyendo: edad, sexo estado civil, etc.

b).- Antecedentes patológicos.- Se tomaron en cuenta solamente los referentes a la enfermedad.

c).- Datos familiares.- Se trata de determinar la-relación que guardan con su familia para una posi-ble reintegración del enfermo a su medio familiar.

d).- Condiciones económicas.- Se formula esta área con el fin de calcular su ingreso mensual, ya que-guarda relación directa con su adaptación hacia -- el medio externo.

A continuación se da a conocer el cuestiona--rio con el que se trabajó.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
LEPROSARIO "DR. PEDRO LOPEZ".

Número del caso _____

DATOS PERSONALES

1.- Nombre del paciente _____

2.- Edad _____

3.- Sexo _____

4.- Escolaridad _____

5.- Estado Civil _____

6.- Tipo de unión _____ civil _____ Religiosa _____

Civil y Religiosa

7.- ¿Cuándo se casó?

Antes de enfermar _____

Estando enfermo _____

Después de curado _____

8.- ¿Con quien se casó?

Enfermo leproso _____

Sano _____

9.- ¿Cuántos hijos tiene? _____ hombres _____ mujeres.

10.- ¿Tiene otros familiares? _____ ¿Quien? _____

11.- Año en que ingresó al Hospital _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

1.- ¿Tiene prótesis o aparatos ortopédicos? _____

2.- ¿Tiene sus miembros completos? _____ -

3.- ¿Tiene secuelas visibles de la enfermedad? _____

DATOS FAMILIARES

- 1.- Qué idea tiene su familia respecto a su enfermedad? _____
- 2.- Que concepto tiene usted de su familia? _____
- 3.- Le gustaría regresar con su familia? _____
- 4.- Por qué? _____
- 5.- Recibe visitas? _____
- 6.- De quien y cada cuando? _____

CONDICIONES ECONOMICAS

- 1.- Ocupación dentro del Hospital _____
- 2.- Ocupación fuera del Hospital _____
- 3.- Tiene parcela dentro del Hospital _____
- 4.- Qué cultiva y donde vende el producto? _____
- 5.- Cría animales? _____
- 6.- Los vende? _____
- 7.- Ingreso mensual? _____

- 8.- Recibe ayuda de su familia? _____
- 9.- De cuanto? _____
- 10.- En que trabajaba antes de enfermar? _____

PROCEDIMIENTO

- 1.- Se efectuó este estudio con la cuarta parte - de la población del hospital.
- 2.- Inicialmente se elaboró una ficha, con el --- cuestionario, y se aplicó.
- 3.- Una vez terminadas las entrevistas, se efec-- tuó el vaciado de datos y su codificación, -- con el fin de facilitar su manejo.
- 4.- Se obtuvo la frecuencia y el porcentaje de -- cada caso.
- 5.- Se representaron en forma de cuadros los da-- tos deseados y se interpretan cada uno de los datos.
- 6.- Se propone un Nuevo Plan de Trabajo Social.

CUADRO # 1
SEXO

SEXO	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
HOMBRES	31	62%
MUJERES	19	38%
TOTAL	50	100%

Como se puede observar en el cuadro, podría existir predisposición hacia la enfermedad por parte del hombre, pero tomando en cuenta que la enfermedad es infectocontagiosa, que requiere de contacto prolongado, permanente, directo y de predisposición personal, están expuestos todos los individuos sin distinción de sexo. La cifra tan elevada de hombres afectados por este mal se podría explicar porque es más factible que el hombre acuda a los centros de tratamiento; la mujer siempre se siente más protegida por los suyos y se cohibe ante su enfermedad.

CUADRO # 2
EDAD

EDAD	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
25 a 35 años	7	14%
36 a 45 años	10	20%
46 a 55 años	14	28%
56 a 65 años	13	25%
66 a 75 años	5	10%
76 a 85 años	1	2%
TOTAL	50	100%

Respecto a las edades de los pacientes, estas fluctúan entre los 25 a los 85 años aproximados -- del período de incubación del microbio. Por otra - parte se trata de personas adultas, las cuales --- tienen diferentes responsabilidades tanto morales- como económicas. Dado que ya tienen su forma de-- pensar bien definida, es una labor difícil la de - hacerles comprender lo que es la enfermedad y que- el rechazo al que se enfrentaron antes, en la ac-- tualidad no constituye un obstáculo insalvable --- para su rehabilitación.

CUADRO # 3
GRADO ESCOLAR.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
Analfabeta	17	34%
Lee y escribe	12	24%
lo. a 3o. Prim.	9	18%
4o. a 6o. Prim.	10	20%
lo. a 3o. Sec.	2	4%
TOTAL	50	100%

Como aquí se puede observar la preparación -- escolar es muy deficiente, diferentes factores --- han intervenido en su preparación como son: la --- pobreza, la ignorancia y la enfermedad de la lepra Debido a esa escasa preparación, deducimos que al- retornar a su medio social se les dificultaría su- ingreso a un centro laboral, ante lo que presentan temor e inseguridad.

CUADRO # 4
ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
Casado civilmente	3	6%
Casado religiosamente	15	30%
Casado civil y religiosamente	11	22%
Unión libre	9	18%
Viudo	2	4%
Soltero	10	20%
TOTAL	50	100%

La mayor parte de los enfermos son casados,-- ocupando un lugar relevante los matrimonios religiosos, lo cual indica que sus creencias son lo -- más importante y de mayor validez, lo que les interesa es "Estar bien con Dios", En segundo lugar, - se encuentran los matrimonios civiles y religio---sos. En 3er. lugar se encuentran las parejas que--viven en unión libre.

CUADRO # 5
TIEMPO EN QUE SE REALIZO
LA UNION

TIEMPO	F R E C U E N C I A	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
Estando enfermo	60	75%
Antes de enfermar	16	20%
Después de curado	4	5%
TOTAL	80	100%

La mayoría de los casos estudiados, han realizado su matrimonio o su unión, una vez contraída la enfermedad y estando hospitalizados, con el propósito de tener un compañero(a) en su infortunio. Ellos necesitan con quien compartir sus esperanzas, anhelos y desgracias y de esta manera no se sientan tan olvidados de los demás. Los pacientes que contrajeron matrimonio antes de enfermar, en su mayoría fueron abandonados por su cónyuge al enterarse del tipo de padecimiento que sufrían. Una minoría de los enfermos cuyo padecimiento ha sido controlado y que ha reanudado su vida normal.

CUADRO # 6
 NUMERO DE HIJOS QUE TIENEN LOS
 ENFERMOS

N° HIJOS.	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
0 Hijos	41	51%
1 a 3 hijos	24	30%
4 a 6 hijos	7	8.75%
7 a 9 hijos	7	8.75%
Hasta 10 hijos	1	1.25%
TOTAL	80	100.00%

La mayoría de los matrimonios y uniones libres tienen hijos, los cuales viven alejados de los padres porque los enfermos se encuentran hospitalizados y en la institución se presentan a menudo casos bacteriológicamente positivos, lo cual podría poner en peligro a los menores ya predispuestos a este mal; por esta razón se entregan a la Casa de Cuna, Hogares Substitutos, Casas Hogar, o bien con algunos familiares. Un gran número de enfermos evita tener familia por temor a que herede el padecimiento y por su estado de salud general tan quebrantado.

CUADRO # 7
TIENE FAMILIARES EL PACIENTE?

EXISTENCIA DE FAMILIARES.	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
SI	38	76%
NO	12	24%
TOTAL	50	100%

De los 50 casos que se estudiaron un 76% cuenta con familiares, por lo tanto sólo estos pacientes tendrán la posibilidad de regresar a su hogar, en caso de ser aceptados y dados de alta, porque uno de los mayores obstáculos con el que nos encontramos, es la negativa de los familiares frente a la posibilidad de que el enfermo viva con ellos.

CUADRO # 9
TIEMPO DE HOSPITALIZACION

AÑOS	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
De 1 a 5 años	4	8%
De 6 a 15 años	8	15%
De 16 a 25 años	13	26%
De 26 a 35 años	25	50%
TOTAL	50	100%

La frecuencia más alta respecto al tiempo de hospitalización del enfermo, se encuentra entre --

los 26 y los 35 años de internamiento, lo que viene a demostrar lo alejados que han permanecido de la sociedad y por lo tanto su proceso de comunicación se encuentra alterado por el aislamiento prolongado, de ahí la necesidad de la organización de grupos.

CUADRO # 10
PACIENTES QUE TIENEN PROTESIS O APARATOS
ORTOPEDICOS

USAN PROTESIS O APARATOS	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
SI	14	28%
NO	36	72%
TOTAL	50	100%

Los enfermos que usan prótesos o aparatos --- ortopédicos, alcanzan una cifra del 28%, dato que pone de manifiesto los estragos que causa la enfermedad cuando ésta no ha sido atendida a tiempo. -- También se pueden observar los adelantos en cuanto a su restauración física, ya que ello contribuye - a su equilibrio físico, psíquico y social.

CUADRO # 11
PACIENTES QUE TIENEN SUS MIEMBROS COMPLETOS

ESTADO DE SUS MIEMBROS	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
SI	28	56%
NO	22	44%
TOTAL	50	100%

Respecto a los enfermos que han sido sometidos a intervención quirúrgica con el fin de amputarles algún miembro, representan una gran cifra, según los datos obtenidos a través de la investigación. Ello nos señala que de 22 enfermos que necesitan prótesis o aparatos ortopédicos, sólo se han atendido 14 casos. Como una de las finalidades primordiales es la de lograr su rehabilitación, es de suma importancia canalizar cuanto antes a estos enfermos a un centro de especialización para el efecto.

CUADRO # 12
ENFERMOS QUE TIENEN SECUELAS VISIBLES DE LA LEPRO.

	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
SI	37	74%
NO	13	25%
TOTAL	50	100%

Se encontró que un 37% o sea un porcentaje elevado de la población citada, presenta secuelas-

visibles de la enfermedad; entre las más comunes se encontraba: Deformaciones: de nariz, dedos y -- manos, alopecia parcial o total, facies leonina, -- etc. Por ello se considera que necesariamente --- debe acudirse a la cirugía plástica, ya que su aspecto físico juega un papel decisivo en su vida -- fuera del nosocomio.

CUADRO # 13
ACTITUD DE LA FAMILIA RESPECTO AL ENFERMO

ACTITUDES FAMILIARES	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
Lo rechazan	26	52%
Lo aceptan con reservas	14	28%
Lo aceptan sin reservas	10	20%
TOTAL	50	100%

Referente a la actitud que presenta la fami-- lia frente al enfermo, puede decirse que hay tipi-- ficación, ya que un elevado porcentaje rechaza --- totalmente al paciente, mientras que un 28% es --- aceptable con ciertas reservas. Estos datos mani-- fiestan la necesidad de crear una campaña de difu-- sión de conocimientos sobre la enfermedad y su pro-- filáxis, porque esta conducta negativa se genera -- debido a la ignorancia respecto al mal y a los con-- ceptos equivocados que hemos heredado desde tiempo remotos.

CUADRO # 14
LE GUSTARIA AL PACIENTE REGRESAR CON SU
FAMILIA?

DESEA O NO REGRESAR CON SU FAMILIA	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
SI	13	26%
NO	37	74%
TOTAL	50	100%

Una cifra elevada 74%, no desea regresar con su familia; esto dificulta seriamente su rehabilitación, porque es necesaria la participación del individuo. Posiblemente tomen esta actitud porque temen encontrarse con un medio hostil a su llegada, por parte de su familia y de la comunidad. Debido a su enfermedad y a su aislamiento prolongado se sienten como extraños aún cuando su padecimiento haya sido controlado.

CUADRO # 15
RAZONES PORQUE NO LE GUSTARIA REGRESAR

RAZONES	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
ESTA A GUSTO EN EL HOSPITAL	42	56.80%
SU FAMILIA NO LO QUIERE	29	39.20%
NO QUIERE A SUS FAMILIARES	3	4.00%
TOTAL	74	100.00%

Hay tipificación en relación a los pacientes que manifiestan que no desean regresar a su hogar, porque dicen que están a gusto en el hospital. Tal actitud se deriva de la falta de afecto y relación que se ha generado entre paciente y familiar. Por otra parte se encuentran en una institución en donde se les proporciona alimentación y vestido, además les significa un lugar que les protege de las hostilidades del medio exterior. Un 39.20% manifiesta que la familia lo rechaza categóricamente y creen que a nadie le hacen falta. Por último, una minoría señaló que no quiere a su familia, ello supone cierta forma de corresponder al sentimiento que su familia siente por ellos. De los 26 enfermos que dijeron que les gustaría regresar con su familia, adujeron que su familia les pide su retorno al hogar.

CUADRO # 16
ENFERMOS QUE RECIBEN VISITAS EN EL LEPROSARIO

	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
SI	18	36%
NO	32	64%
TOTAL	50	100%

De los 50 pacientes que se estudiaron, sólo - 18 dicen recibir visitas. Este dato nos parece --- interesante porque viene a confirmar el marcado -- desprendimiento que los familiares tienen respecto al enfermo y en consecuencia éste se siente sólo-- y piensa que todo el mundo reaccionará ante él en forma negativa. Es tiempo de orientar a las fami-- lias para que les brinden su apoyo y muestren ma-- yor interés por ellos.

CUADRO # 17
TIPO DE VISITAS QUE RECIBEN

TIPO DE VISITAS	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
FAMILIARES	33	91.67%
NO FAMILIARES	3	8.33%
TOTAL	36	100.00%

Como se mencionó en el cuadro anterior sólo - 36 enfermos reciben visitas y de ellos sólo 33 son visitadas por familiares y solamente 3 casos son - visitados por personas conocidas y representan un- 8.3%. Con ellos se observa la falta de interés ---

de parte de la familia, por lo que se necesita un mayor acercamiento entre ellos.

CUADRO # 18
OCUPACION DENTRO DEL HOSPITAL

OCUPACION	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
AGRICULTOR	26	52%
NINGUNA	12	24%
AFANADOR	7	14%
PEQUEÑO COMERCIANTE	2	4%
SASTRE	1	2%
ZAPATERO	1	2%
CARPINTERO	1	2%
TOTAL	50	100%

Un 76% desempeña alguna actividad dentro del Leprosario, que en su mayoría son agricultores y cultivan sus propias parcelas; hay algunos otros oficios como son: afanadores, pequeños comerciantes, etc. Esto manifiesta que dicha ocupación no sólo les produce un ingreso económico, sino que les sirve como terapia ocupacional; de esta manera el enfermo utiliza sus tiempos libres en actividades productivas y se mantiene ocupado de tal manera que no piensa tanto en sus problemas, se olvidan por un momento de ellos y así logran algunas satisfacciones personales.

CUADRO # 19
PERSONAS QUE CRIAN ANIMALES DENTRO DEL HOSPITAL

CRIAN ANIMALES	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
SI	17	34%
NO	33	66%
TOTAL	50	100%

Solamente el 34% se dedica a la cría de animales tales como aves de corral, cerdos y en ocasiones hasta vacas. Para lograr tal finalidad se dieron a la tarea de construir

CUADRO # 20
VENDEN LOS ANIMALES

VENTA DE ANIMALES	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
SI	29	85.30%
NO	5	14.70%
TOTAL	34	100.00%

De las 34 personas que se dedican a la cría de animales, 29 los venden para obtener algún ingreso económico e invertirlo en el negocio o en gastos personales y 5 de ellos ya que los quieren para consumo.

CUADRO # 21
 PACIENTES QUE RECIBEN AYUDA DE LA
 FAMILIA.

RECIBEN O NO, AYUDA	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
SI	5	10%
NO	45	90%
TOTAL	50	100%

Es realmente un mínimo porcentaje el de los familiares que aportan alguna ayuda económica a su enfermo; en primer lugar la mayoría está alejado de ellos por diversos motivos que se han expuesto en cuadros anteriores y en segundo lugar se trata generalmente de familias de bajo nivel económico y sus ingresos cubren con escasés sus necesidades -- más elementales. Para ellos el desprenderse de -- cierta cantidad de dinero, les significaría penalidades y sacrificios verdaderos.

CUADRO # 22
EN QUE TRABAJABA EL PACIENTE ANTES DE ENFERMAR

OCUPACION ANTERIOR	FRECUENCIA	
	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
CAMPESINO	28	56%
OBRERO	7	14%
LABORES DOMESTI CAS	5	10%
MOZO	1	2%
MECANICO	2	4%
SASTRE	3	5%
ALBAÑIL	2	4%
TALABARTERO	2	4%
TOTAL	50%	100%

Una gran mayoría de los enfermos desempeñaba un oficio en especial antes de internarse en el -- leprosario. Gran parte de ellos se dedicaba a las labores del campo, otros a las labores del hogar y una minoría era albañil, mozo, obrero, etc. Como se puede ver, son personas de escasa preparación-- y experiencia en algún empleo, por lo cual se di-- ficulta colocarlos en alguna empresa después de -- rehabilitarse.

NUEVO PLAN DE TRABAJO SOCIAL PARA EL LEPROCONIO

El Departamento de Trabajo Social inició ---- sus funciones como tal con una persona, que aún -- cuando no tenía ningún conocimiento específico de -- trabajo social, se encargaba de estas funciones, -- dada la necesidad de que existiera una persona de -- dicada a auxiliar, orientar y atender todos los -- problemas de los pacientes albergados en el Hospi -- tal.

Posteriormente, en el año de 1967 la Direc--- ción General de Trabajo Social de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tuvo a bien enviar a dos -- personas con capacitación específica de Trabajo -- Social, las cuales elaboraron un plan de Trabajo -- Social, a seguir, aplicando los métodos tradicio-- nales (casos, grupos y comunidad).

Actualmente, dicho nosocomio sólo cuenta con -- una trabajadora social, la cual es insuficiente -- para atender todas las funciones que le correspon -- den, por tal motivo muchas de éstas se han quedado al margen, realizándose principalmente actividades de Recepción, por tanto sugiero que para que sea -- efectiva la labor del Trabajador Social se debe -- de contar con los elementos suficientes, de manera que el Plan de Trabajo se pueda realizar.

Justificación.- Dadas las necesidades de este tipo de enfermedades, se procedió a efectuar este plan -- de trabajo con el afán de superar y desarrollar --

las capacidades físicas y psíquicas de cada uno de los enfermos hospitalizados, elevar su nivel de -- socialización así como mejorar sus relaciones in-- terpersonales y elevar su nivel de vida lo más po-- sible. Por otra parte, los objetivos que se per-- siguen se considera que son los clásicos del T.S., que es alcanzar o lograr un nivel óptimo en el in-- dividuo tanto físico, psíquica y socialmente.

El Trabajo Médico Social tiene como base la - trilogía paciente-médico y trabajador social. Los dos últimos laboran en equipo con otros especialis-- tas como son: enfermeras, terapeutas, psicólogos, - etc. De este grupo el elemento más importante es-- el enfermo, y sobre su personalidad, actitudes, -- deseos y posibilidades deberán descansar los pla-- nes de recuperación y ajuste.

El conocimiento y entendimiento de la perso-- nalidad y circunstancias del paciente son indis-- pensables para llegar a establecer un buen diagnós-- tico y no debemos olvidar que las condiciones, re-- cursos y voluntad de éste son la base de toda ac-- ción que persiga como fin a un tratamiento médico-- eficaz.

La enfermedad no sólo afecta al enfermo sino-- que también a todos los que le rodean. Los miem-- bros que integran la familia pueden tener reaccio-- nes diferentes. Algunos de ellos pueden aceptar - positivamente la nueva responsabilidad que les pre-- senta la situación de la enfermedad, mientras ---- otros de ellos tal vez lo rechacen.

Algunos familiares tienen excesivas atenciones con el enfermo, al grado de sobreprotegerlo -- mientras otros piensan que el paciente exagera su enfermedad a fin de eludir sus responsabilidades -- familiares o sociales, o de llamar la atención de las personas cercanas a él. En cambio hay familiares que conscientes de la situación y le dan -- un valor justo, o bien sobrevaloran la situación y se confunden o se asustan de la enfermedad y sus -- consecuencias, como generalmente sucede.

Los problemas sociales que se presentan en -- los casos de enfermedad agravan las condiciones de penuria, sobre todo cuando el paciente es el sostén económico de la familia. El conocimiento de -- la situación por parte del enfermo, suele ser un -- obstáculo para su pronta recuperación.

Por lo que respecta a la enfermedad de la lepra, tanto para la familia como para la sociedad -- en general, ésta supone una pesada carga económica que lejos de ser pasajera suele durar muchos -- años y en ocasiones hasta el enfermo fallece. La -- lepra nos plantea un problema económico, físico -- psíquico y social, cuyas consecuencias se dejan -- sentir en las colectividades más pobres, principalmente si el enfermo es el jefe de familia.

Es por todo esto que es tan importante el Trabajo Social en el leprosario ya que una de las finalidades primordiales es la de valorar las aptitudes de los pacientes para su rehabilitación, para que pueda volver al núcleo familiar y social del --

cual forman parte.

OBJETIVOS MEDIATOS.- Los objetivos a largo plazo, - que se persiguen con este trabajo son:

- a).- Fomentar sus relaciones interpersonales - creando un sentido de cooperación y solidaridad entre ellos.
- b).- Preparar a los pacientes física y psíquicamente para que una vez egresados del - nosocomio puedan lograr la reintegración a su ambiente social.
- c).- Fomentar su capacidad para que puedan -- lograr una convivencia social óptima.
- d).- Propiciar la cooperación en la solución - de los problemas colectivos e individuales.
- e).- Motivar a los integrantes del grupo para que coopere en las actividades de dicha - institución.
- f).- Ayudar al paciente a adaptarse al medio - hospitalario.
- g).- Ayudar a lograr el bienestar integral -- del enfermo.

OBJETIVOS INMEDIATOS.-

- a).- Detectar y encauzar las capacidades y -- aptitudes personales de cada enfermo.
- b).- Hacer agradable y productiva su estancia en el Leprosario.
- c).- Sensibilizar sus sentimientos cívicos y-- sociales.
- d).- Ocupación de tiempos libres.
- e).- Mejorar las relaciones humanas.
- f).- Aprendizaje de pequeñas industrias que - les permitan colocarse en un nuevo em--- pleo.
- g).- Limar asperezas y evitar fricciones en-- tre los enfermos y el personal que labo- ra en el Hospital.
- h).- Ayudar a los pacientes a buscar posibles soluciones a sus problemas, tomando en - cuenta su voluntad y participación.
- i).- Mantenerlos informados acerca de su en-- fermedad, evolución y tratamiento, así - como de algunas dudas que pudieran sur-- gir.

LOCALES.- Se utilizarán preferentemente los locales con que cuenta la institución para el efecto.

POBLACION.- Se efectuará una selección, de acuerdo con el sexo, aptitudes e intereses de la población hospitalizada.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS

Trabajo Social de Casos.

- 1.- Realización de estudio social a cada individuo a fin de afianzar las relaciones -- paciente-trabajador social.
- 2.- Entrevistas subsecuentes con el fin de:
 - a).- Recabar información, propiciando que el enfermo se desenvuelva con libertad, expresando sus puntos de vista y problemas.
 - b).- Proporcionar información acerca de su enfermedad y de las dudas que pueden surgir en el enfermo.
 - c).- Influir sobre ciertos aspectos de la conducta del enfermo.
- 3.- Ayudar a adaptarse al paciente al medio hospitalario, tomando como auxiliar la -- terapia ocupacional y el Trabajo Social -- de grupos.

- 4.- Buscar mercado para que los enfermos ---- vendan sus productos.
- 5.- Atender problemas intercurrentes de la -- enfermedad, como por ejemplo: En casos de amputación de alguno de sus miembros, tramitar prótesis, fisioterapia o aparatos - ortopédicos, según sea el caso.

Las actividades que realizará el grupo o los-grupos formados deberán desprenderse de ellos mis-mos, sin embargo a continuación se sugiere:

- 1.- Recreativas, de acuerdo con sus aptitudes e intereses personales, como son: diferen-tes juegos de mesa, deportes al aire li-bre, actividades artísticas y manuales.
- 2.- Culturales: Comprenderán lecturas de tema diverso, películas, transparencias, etc.- que ayuden al paciente a prepararse mejor.
- 3.- Terapéuticas: Este trabajo se realizará - en equipo, enfocando la atención a la --- terapia de apoyo para afirmar la persona-lidad del enfermo.
- 4.- Educativas: se realizarán diferentes ac-tividades, tales como: lectura, escritu--ra, organización de talleres, etc.

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO

- 1.- Motivación de los hospitalizados.
- 2.- Aplicación de una encuesta previa de intereses entre posibles candidatos a integrar los grupos.
- 3.- Técnicas específicas de Trabajo Social -- de Grupos, como sociodrama, entrevistas, mesas redondas, etc.

INTEGRACION DE PERSONAL Y EQUIPO.

RECLUTAMIENTO

En lo que dura la fase experimental de los -- grupos, el personal se reclutará en forma siguiente:

- 1.- Las trabajadoras sociales del hospital, -- asumirán las funciones técnicas de organización, promotoras y orientadoras de -- los grupos que se forman.
- 2.- Se encargarán de reclutar entre los integrantes de cada grupo a persona que voluntariamente y en forma honoraria, asuman -- las funciones de maestros de las distintas actividades. Con ello se cumple una -- de las finalidades de la organización de grupos que es el intercambio de conoci--- mientos entre los participantes.
- 3.- Si se comprueba posteriormente la utili---

dad de la formación de los grupos, quedará a juicio de los directivos de la institución el nombrar al personal específico-docente para la realización de estos programas.

ADIESTRAMIENTO

Los médicos, la supervisora y las trabajadoras sociales, darán durante un lapso preparatorio, conferencias y orientación específica al personal que colaborará en el trabajo con los grupos sobre relaciones humanas y técnica de grupos adaptada -- al objetivo del nosocomio.

EQUIPO

Se motivarán los grupos para que cada uno de los miembros colabore aportando su material de --- trabajo o algún otro material necesario.

Se formularán peticiones al respecto, al Grupo de Voluntarias que existe en el leprosario y -- en el Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la --- Pascua".

Se sugiere el intercambio de material entre los grupos formados.

El mobiliario de trabajo será proporcionado -- por la institución, como son: mesas, sillas, etc.

COORDINACIONES

Según se trata del caso, se efectuará la coordinación con organismos oficiales y descentralizados para solicitar recursos físicos e intercambios o con los voluntarios, como queda dicho.

SENSIBILIZACION O MOTIVACION DE LOS HOSPITALIZADOS

Esta la hará la trabajadora social por medio de propaganda, pláticas, carteles, etc.

LIMITE DE TIEMPO

Se propone experimentar el resultado de los grupos durante seis meses, al cabo de los cuales se efectuará una evaluación correspondiente a fin de determinar si deben seguir funcionando.

EVALUACION

SE FACILITARA:

- 1.- Informes individuales de las dos trabajadoras sociales.
- 2.- Aplicación de encuestas a la población interna que guarda cada uno de los grupos.
- 3.- Realizar un estudio comparativo de la situación que guarda cada uno de los grupos.

- 4.- Otro de la situación inicial con la que -
prevalezca en el momento de la evalua----
ción.

PRESUPUESTO

Quedará supeditado a la determinación de la--
máxima autoridad del hospital, de acuerdo con los--
resultados que se obtengan.

COORDINACION CON OTRAS INSTITUCIONES

Es de suma importancia que el trabajador so--
cial, tenga conocimiento de las diferentes institu--
ciones médicas y asistenciales, así como de diver--
sas empresas privadas, ya que ellas pueden contri--
buir en el momento oportuno, en el tratamiento y -
rehabilitación del enfermo.

Generalmente el enfermo de lepra presenta en--
fermedades y problemas intercurrentes y es neces--
ario acudir a instituciones de tipo médico asisten--
cial para cooperar en el tratamiento de estos en--
fermos.

Una vez que el paciente ha sido dado de alta,
es necesario colocarlo en algún empleo, sobre to--
do cuando es la base económica del núcleo familiar,
por lo que es necesaria la conexión con diversas--
empresas y factorías.

Hay casos en los cuales se necesita la inter--
vención de otras personas e instituciones, como --

recurso para los hijos o padres de los pacientes - como: Casa Cuna, Casas de Protección, Hogares ---- Substitutos, otros.

Las diferentes funciones de las institucio--- nes, así como los conceptos de servicio y sus mu--- tuas relaciones, son de gran interés social y tie--- nen una meta común que es la de satisfacer las ne--- cesidades humanas.

El trabajador social debe aprender la forma - de ayudar de manera efectiva al paciente, utili--- zando para ello en forma adecuada, los diferentes- recursos que existen en la comunidad para mejorar- su situación.

Las necesidades del paciente se deben estu--- diar de tal manera, que se pueda determinar cómo - y en que podrá ser mejor atendido y si es necesaa--- rio se le conectará o canalizará al servicio reque--- rido.

Para utilizar los recursos sociales, es neces--- sario conocer los factores socio-económicos de la- comunidad ya que ejercen gran influencia sobre la- conducta humana, por ejemplo: carácter, costumbres, etc. También es necesario conocer la organiza---- ción social del enfermo dentro del Hospital y el - concepto que tiene de su familia, para así conocer sus necesidades sociales y proporcionarle una ---- ayuda más positiva y adecuada.

CONCLUSIONES

- 1.- Se puede considerar que en México, la lepra - es un importante problema de salud pública, - agravándose por las múltiples repercusiones - de tipo social e individual que ésta implica.
- 2.- Generalmente, la población interna del hospital "Dr. Pedro López", procede de un ambiente familiar y social muy pobre, en lo que respecta a las áreas sociales, económicas y educativas; factores que intervienen de manera directa y negativa en la readaptación del --- enfermo.
- 3.- Dado que la mayor parte de los pacientes han permanecido durante varios años hospitalizados, su conducta social se ha restringido y deformado, por lo que es necesaria la organización de grupos dentro del nosocomio para -- ayudar al enfermo en su desarrollo de socialización le hace falta comunicación y conocimiento de lo que ocurre en el medio exterior.
- 4.- El enfermo hanseniano encuentra numerosos --- obstáculos para su reintegración al medio ambiente, entre ellos tenemos el rechazo por -- parte de sus familiares y de la sociedad de la cual ha formado parte; por parte de ellos, tenemos sus invalideces físicas y sociales, - así como la creación de intereses dentro del nosocomio. En la institución cuentan con ----

alimentación, ropa, atención médica y la manera de obtener un ingreso en efectivo. De esta manera se sienten protegidos del medio exterior y se han identificado socialmente con el grupo.

- 5.- Los familiares de los hansenianos en general, se encuentran desligados de ellos por diversas causas y un bajo porcentaje está consciente de la necesidad del paciente por un poco de afecto por parte de ellos para que de esta manera participen activamente en su tratamiento.

- 6.- Ante la situación del distanciamiento de la familia hacia el enfermo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia optó por detectar y tratar los casos de lepra a través de consulta externa en los diversos Centros Dermatológicos que se encuentran diseminados por la República Mexicana para no desintegrar el grupo familiar. Solamente los casos bacteriológicamente positivos (Periodo infectante) se internan por breves temporadas en tanto pasa su período de reacción. El Hospital "Dr. Pedro López" es un caso especial en donde se encuentran enfermos de varios años de internado y que a pesar de los esfuerzos que han realizado las autoridades para externarlos, no han podido lograr su propósito ante la negativa rotunda y en ocasiones agresiva, de los enfermos; por otra parte hay pacientes que no cuentan con familiares.

- 7.- Los ingresos económicos de los pacientes que laboran dentro o fuera del nosocomio, no son elevados, pero constituyen un incentivo para ellos y de esta manera sienten ser útiles --- y productivos.
- 8.- De lo anterior se deduce la urgencia de poner en práctica una campaña con el fin de dar a - conocer lo que es realmente la lepra y su pro filaxis, para sensibilizar a la sociedad y -- cambiar en la medida que sea posible sus pre juicios y creencias al respecto. Ello contri buirá en la aceptación y por tanto en la reha bilitación.
- 9.- Por otra parte, es necesaria la creación de - una bolsa de trabajo, con el objeto de ayudar a los enfermos a colocarlos nuevamente en un- empleo, una vez que han sido dados de alta -- para que se sientan útiles y puedan identifi- carse con la comunidad. Es urgente también la preparación de los familiares para que ayuden a crear un ambiente propicio y agradable para favorecer la adaptación del enfermo.
- 10.- Se considera que las actividades de trabajo - social que se realizan en dicho nosocomio no- son suficientes para alcanzar su bienestar -- integral por lo que es necesario poner en --- práctica un plan de trabajo definido y adecua do que tienda a lograr al máximo su estabili- dad física, psíquica y social.

- 11.- La actuación del trabajador médico social es de vital importancia en el bienestar y adaptación del enfermo.
- 12.- La coordinación y la adecuada utilización de los recursos o de las instituciones con que cuenta la comunidad tanto asistenciales como privadas, son un punto clave en la rehabilitación del paciente.

SUGERENCIAS CON RESPECTO A LOS FAMILIARES DE LOS--
PACIENTES.

La familia es la unidad primaria de la sociedad, y en ella se establecen diferentes lazos ---- afectivos entre uno y otro miembro. Estas rela--- ciones no siempre son positivas, pues en ocasiones se tornan patológicas como sucede regularmente en el caso del enfermo hanseniano, ya que es rechazado por el núcleo familiar en diferentes formas: -- por temor al contagio, por repugnancia, por ver--- güenza. Dicha actitud no sólo afecta al paciente, sino también a la familia, creando en sus inte---- grantes un fuerte sentimiento de culpa.

Al internarse el enfermo en el hospital, la-- mayoría de las veces la familia queda totalmente - desorganizada y desorientada, y entonces es cuan-- do debe de intervenir el Trabajador Social.

Por ello es que a continuación se exponen algunas sugerencias respecto a la relación y manejo con los familiares del enfermo.

- 1.- Realizar una buena promoción para que --- los miembros de la familia de los enfer-- mos, acudan a los Centros Dermatológicos para recibir un chequeo general.
- 2.- Orientar a los familiares respecto a la-- profilaxis de la lepra así como de efec-- tuar un trabajo de concientización, ha--- ciendo que la familia entienda la situa--

ción real, para que de esta manera pueda participar activamente en la recuperación del enfermo, ya que debemos recordar que el individuo es un ser biopsicosocial.

- 3.- Orientar a los miembros que integran la familia del paciente sobre el trato que deben dar a éste con el fin de que se sienta útil y mantenga la esperanza de su pronta recuperación, pues tanto la sobreprotección como el rechazo alteran su conducta y obstaculizan su tratamiento.
- 4.- Motivación a los familiares más allegados al enfermo para que lo visiten frecuentemente y éste no se sienta sólo y abandonado. Que sienta que se preocupan por él, por su estado de salud.
- 5.- En caso de que el enfermo hospitalizado sea la única base económica en su hogar, se procederá a ver las posibilidades de que algún otro miembro de la familia obtenga empleo para evitar un mayor desequilibrio.
- 6.- Sensibilizar a la familia del paciente para que participe con los grupos organizados dentro del nosocomio y aporte el material de trabajo que esté a su alcance. De esta manera se afianzarán sus relaciones afectivas.

Todas estas sugerencias se pueden lograr a --
través de conferencias, pláticas, medios audiovi--
suales, visitas a domicilio, entrevistas, etc.

Una vez que el paciente haya sido dado de ---
alta en el leprosario, es necesario que la familia
lo reciba con gusto con una atmósfera agradable --
que lo haga sentir nuevamente en casa, que le brin
den apoyo para que no se sienta aislado o desvali--
do. Que su medio ambiente lo tornen lo más agra--
dable posible, ya que las situaciones conflictivas
agravan la depresión natural del enfermo, perjudi--
cando así su salud física y mental.

SUGERENCIAS CON RESPECTO AL HOSPITAL

En la actualidad los Centros Dermatológicos -- son los que tratan en forma de consulta externa -- los casos de lepra y los casos que presentan la -- llamada reacción leprosa con internados en forma -- transitoria mientras se combate dicha reacción así se previenen nuevos brotes. Por este motivo y por haber encontrado la curación de la lepra, es que -- este hospital está condenado a desaparecer.

El Dr. Manuel Villalobos Lozano, actualmente Director del nosocomio antes mencionado, mostró un proyecto ante los directivos de la Secretaría de -- Salubridad y Asistencia, en el que sugiere la de-- desaparición del Leprosario "Dr. Pedro López" ya que la reclusión de por vida destruye diferentes as---pectos de la vida del enfermo y de su familia; por otra parte sugiere la creación de una Clínica Hospital para tratar los casos de internamiento temporal a fin de mantener un buen equilibrio físico-psíquico y social del enfermo y su familia. Dicha institución deberá contar, por supuesto, con diferentes especialidades médicas a fin de que también sea útil a las comunidades próximas al nuevo establecimiento.

También será de mucha importancia establecer un Servicio de Psicología o Psiquiatría.

Y, tomando en cuenta la opinión del C. Director del Hospital antes mencionado, en relación a -- la próxima desaparición de la institución, consi--

dero que no es la solución adecuada de que los pacientes que actualmente están hospitalizados dentro salgan a enfrentarse con el mundo, ya que éstos tienen su propia organización dentro, tanto -- familiar como social.

Los casos que se traten desde su iniciación -- en forma ambulatoria dará resultado ya que continúan en su mismo núcleo familiar.

El Plan de trabajo que anteriormente se menciona, es aplicable dentro del Hospital con grupos de enfermos que hasta la fecha conviven permanentemente el cual puede aplicarse también a los enfermos con tratamiento ambulatorio.

En lo que se refiere a Brigadas Sanitarias -- para la prevención de la lepra, me parece que el grupo que la integra no es completo, ya que hacen falta tres personajes para que su labor sea completa, y son: Un Sociólogo, un Psicólogo y un Trabajador Social, lo cual creo que sería una buena sugerencia.

BIBLIOGRAFIA

1. BATTEN T.R. "Las Comunidades y su Desarrollo"
Editorial "Fondo de Cultura Económica" Sección de Obras de Sociología.
1a. Edición. 1957. Traducción por Emma Susana Speralli Piruero.
2. C.H. VITTORIOSO LIDIA.- "Trabajo Médico Social". Editorial Humanitas.
Cuaderno número 20.
3. DAVISON H. EVELYN. "Trabajo Social de Casos"
Cia. Editora Continental, S. A.
Traductora de la Segunda Edición: Consuelo A. de Escamilla.
1a. Edición en español -- de la 2a. edición en inglés. 1973.
4. DIARIO OFICIAL "Reglamento de la Profielaxis de la Lepra"
Agosto. 1955.
5. GIBB R. JACK. "Manual de Dinámica de Grupos".
Editorial Humanitas. B. -

- Aires. 1973.
Traducción del Dr. Gustavo F.J. Cirigliano. 6a. -- edición. 1973. B. AIRES.
6. GONZALEZ UREÑA "La Lepra en México"
Editorial El Ateneo 1941.
B. Aires.
7. J. MANZO ABELARDO "Manual para la Preparación de Monografías"
Editorial Humanitas. B. - Aires. 1974.
8. KADUSHIN ALFRED. "La Entrevista en el Trabajo Social"
Editorial Extemporáneo.
1a. edición en España. -- 1974.
Traducción Francisco José Romo de Vivar.
9. DR. LATAPI FERNANDO "Lepra" Breve información para Médicos. FOLLETO Dermatología Clínica.- 2a. edición de J.L. Cortés. pp. 583-620. México- 1972.
10. MALDONADO ACEVEDO M.G. "El Trabajo Social en la Rehabilitación del enfermo de Lepra" Tesis U.- N.A.M. 1962.

11. "PROCESO LEGISLATIVO DEL CODIGO SANITARIO". 1973.
12. SAUL A. "La Lepra en la Práctica-Médica"
Editorial Prensa Médica.
México. 1960.
13. SAUL A. "Brigadas Móviles"
Se imprimió en Mimeógrafo
por Soc. Mex. de Higiene-
1961.
14. TECLA ALFREDO Y ALBERTO GARZA R.- "Teoría ---
Métodos y Técnicas en la-
Investigación Social"
Editorial Fondo de Cultu-
ra Popular.
1975.