



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Trabajo Social

EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE PREVENCION DEL SUICIDIO

M E M O R I A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
TRABAJADORA SOCIAL
P R E S E N T A :

MA. DE LOS ANGELES TARACIDO SANCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi esposo con admiración

A mis hijos

Rocio

Paty

Merio con amor.

A mis padres
con cariño.

A mi hermano.

INDICE .

" EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE PREVEN
CION DEL SUICIDIO "

INTRODUCCION

CAPITULO I.- ASPECTOS DE LA CONDUCTA SUICIDA.

1.1.- Psicológico

1.2.- Sociológico

1.3.- y Legal.

CAPITULO II.- PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN EL CENTRO DE PREVENCIÓN DEL SUI
CIDIO EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLO
GIA DE COYOACAN.

CAPITULO III.- ACTIVIDADES QUE ACTUALMENTE SE REA
LIZA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICI
DIO EN LA CIUDAD DE MEXICO.

CONCLUSIONES.

SUGERENCIAS.

BIBLIOGRAFIA.

" El suicidio esta ligado fuertemente a las neurosis ya que ambas tienen su origen en las mismas fuentes"

HORNEY

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

El hombre está en continua relación con otros que lo rodean y ejerce considerable influencia sobre ellos, que a su vez, ejercen una gran influencia sobre él. El intento de suicidio rara vez constituye incidentes solitarios; que más bien son actos que pueden ser comprendidos como comunicaciones con algún sentido para la persona o las personas importantes involucradas en la vida de un ser humano; ello permite valorar más fácilmente el grado de potencialidad autodestructiva presente.

El individuo que piensa seriamente en el suicidio está padeciendo una crisis que lo colga fuera de las condiciones normales y por eso necesita suficiente ayuda para protegerse de sí mismo. Esto es una experiencia antinatural en su vida y requiere tanta ayuda como si estuviera luchando contra una grave enfermedad física.

El consejo profesional, de un Médico, Psicólogo o Trabajador Social, está definitivamente indicado en toda aquella persona que haya intentado el suicidio. Tal acto puede ser el síntoma inicial de un trastorno emocional serio que puede ser tratado más fácil y eficazmente en sus primeras etapas.

En el presente trabajo se trata de exponer como el Trabajador Social colabora en forma activa en el equipo clínico y sobre todo lo importante que resulta su labor en la prevención del suicidio.

CAPITULO I

ASPECTOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

El acto suicida se define: "una persona, que habiendo decidido poner fin a su vida o actuando bajo un impulso repentino de hacerlo, se mata, utilizando el método más efectivo a su alcance y asegurándose de que nadie interfiera. Cuando está muerto, se dice que lo ha logrado, y el acto se denomina a menudo un intento suicida logrado. Si sobrevive, se dice que ha fracasado. La muerte es el único propósito de este acto y, por lo mismo, el único criterio de logro. El fracaso puede ser debido a cualquiera de las siguientes causas: sentir que el propósito puede no haber sido suficientemente poderoso; o el acto puede llevarse a cabo sin mucha decisión a causa de que no era enteramente genuino, el sujeto carecía del juicio y determinación por enfermedad". (1)

Aproximadamente en un tercio de las muertes por suicidio hay antecedentes de intentos de suicidios. En términos generales hay siete a

(1) Stengel Erwin, Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas, Ed. Paidós, Buenos Aires Argentina, 1965, pag. 91

ocho intentos por cada suicidio. Con frecuencia, los intentos están próximos uno de otro y a veces el suicidio sigue a un intento en horas, meses o años.

Toda persona que ha pensado en el suicidio como una solución a sus problemas, necesita ayuda médica y con mucha frecuencia la acepta. La mayoría de las personas que intentaron el suicidio dieron advertencias claras de sus ideas suicidas que pudieron haber sido resultado de una crisis emocional.

Hay diferentes motivaciones en el suicidio:

Un impulso de rabia o frustración; como en el caso de un joven que tuvo un disgusto con el novio o novia, o con los padres; aunque estos actos algunas veces, son el resultado de una crisis emocional pasajera, deben ser valorados y reconocidos como situaciones tan peligrosas que pueden conducir a una tragedia.

La vida no tiene significado; el riesgo de suicidio es mayor en aquellas personas que han llegado a sentir, durante un tiempo que la vida no tiene significado alguno o que ya no se les

necesita o se les quiere, y por otra parte, no pueden enfrentarse a lo que ellos consideran dificultades insuperables.

Dolor constante; hay algunos enfermos graves en los que el dolor constante y otras apreciaciones personales los pueden llevar a considerar que su enfermedad es incurable y que el suicidio es el escape del sufrimiento.

Carga pesada; otros pacientes se suicidan por el deseo de no imponer a sus parientes queridos la carga de una larga enfermedad.

Cambiar el comportamiento de una persona algunas veces las motivaciones de un intento de suicidio es comunicar algún mensaje a una persona o tratar de cambiar el comportamiento de otra, y no es su primordial objetivo buscar la muerte.

" En la práctica médica el suicidio es mejor comprendido como el estado final de una quebra progresiva del comportamiento adaptivo que se presenta en un paciente emocionalmente exhausto. Las ideas y los intentos suicidas así como muchas comunicaciones por medio de actos suicidas son parte de la sintomatología prodrómica de la crisis

suicida".(1)

Existen varios síntomas para detectar una súcida; entre ellas encontramos las siguientes:

COMUNICACIONES VERBALES: Más de la mitad de las muertes por suicidio se encuentra que esas personas en vida, dieron múltiples comunicaciones relacionadas con sus ideas suicidas; como por ejemplo "quisiera estar muerto", "la pasarían mejor sin mí", algunas veces estas comunicaciones las hacen sus médicos o a sus parientes.

INTENTOS DE SUICIDIOS: Como ya se ha dicho, hay ocho intentos por cada suicidio. Inmediatamente después de acontecidas las lesiones, los pacientes comunican conflictos o problemas que los tenían agobiados y que antes del intento sólo comunicaban a medias.

ACTOS SINTOMATICOS: Algunas personas comunican sus planes por medio de actos; así obsequian sus pertenencias, o bien realizan temeridades tales como juegos diabólicos, entre ellos la ruleta rusa, incrementan fuertemente la ingestión-

(1) Fraberow N.L. y Shneidman E. S. "Necesito Ayuda" Prensa Médica Mexicana, México 1969, pag 69

de alcohol o de medicamentos tranquilizantes.

DEPRESION: Este síndrome es de mucha importancia por su frecuencia. El suicidio debe considerarse siempre como una posibilidad cuando se advierten síntomas depresivos, entre los más frecuentes observados están: trastornos fisiológicos, psicológicos y cambios en las relaciones interpersonales. El humor es triste a menudo con sentimientos de culpa y disminución de la autoestima; desesperanza y falta de ayuda.

FRACASOS TERAPEUTICOS: Se ha observado que existen crisis suicidas en casos de pacientes con enfermedades crónicas o fracasos terapéuticos.

REACCIONES EXAGERADAS: Es necesario que los pacientes que tienen una preocupación emocional excesiva hacia el embarazo, la obesidad o el cáncer, sean vigilados con cierta frecuencia, pues se han dado casos irónicos en que la causa aparente del suicidio fue el cáncer y la necropsia demostró que no existía.

REACCIONES DE PANICO: Aproximadamente el cinco por ciento de los suicidios son el resultado del pánico; por ejemplo en temblores, incen-

dios, etc. es frecuente en delincuentes que al ser detenidos se ahorcan en las delegaciones.

Los actos suicidas pueden verse desde tres aspectos, el Psicológico, Sociológico y Legal.

1.1.- PSICOLÓGICO.

Desde el punto de vista psicológico el suicidio debe considerarse como un síntoma grave - y alarmante y siempre como la expresión patológica de un conflicto más grave de la personalidad total.

La persona que atenta contra su vida tiene muchos años atrás de enfermedad mental. Muchas veces, los familiares no se han percatado de las anomalías y rasgos patológicos de la persona, hasta que el intento o la culminación afectiva de su deseo, los pone sobre la pista de anteriores disturbios del carácter, modos de ser peculiares, estados depresivos, aislamiento, sensibilidad exagerada, incluso alusiones veladas al deseo de quitarse la vida, pero que en otras circunstancias fueron tomadas como "tonterías" o "payasadas". Los familiares del futuro suicida dejan a un lado estas posibilidades o llamadas de atención sobre lo que está sucediendo.

En cierta medida, el suicidio ya sea fantaseado o como resolución extrema, puede aparecer alguna vez en la vida de una persona. Habremos de explicar otra variedad del suicidio como son los casos de alcoholismo, drogas o personas

que llevadas por la cuantía de sus impulsos agresivos, se colocan en circunstancias muy peligrosas — que las conducen a la muerte. También se incluyen los que manejan a excesivas velocidades, existiendo en esto últimos un doble impulso, el de matar y ser matado. Todos ellos son suicidas a largo plazo, y aunque no aparece el deseo consciente de perder la vida, su conducta repetitiva revela un claro fondo hacia una finalidad autodestructiva

Suicidio y homicidio son en experiencia polos opuestos de una motivación inconsciente-agresiva. Entretanto el homicidio es la expresión aloplástica del mismo dirigida a la destrucción del objeto externo, el suicidio es la manifiesta — acción autoplástica del impulso destructivo cuya finalidad es la misma persona. Sin embargo, en el suicidio también hay asesinato; el suicida trata de matar, y a veces lo consigue, a las personas — que tienen significación emocional dentro de él — Este asesinato intrapsíquico pretende destruir a las figuras parentales que en la infancia le negaron el derecho a ser feliz, a ser querido, a ser autoestimado. La privación de estas necesidades básicas para el buen desarrollo emocional del ser humano, despierta un profundo odio hacia el padre o la madre, pero como en la edad infantil este odio no puede ser expresado por el temor a perder la dependencia, se va acumulando dentro del niño. —

tegración familiar se relajan facilitando estos - dos fenómenos la mayor proporción de suicidios.

Si bien México no ocupa un lugar prepon-
derante en la lista de los países con alta tasa de
suicidio, esto no significa que el fenómeno no re-
vista importancia en nuestro medio, pues de acuer-
do con las elaboraciones estadísticas que se rea-
lizaron en el Centro de Prevención del Suicidio, -
se puede apreciar un ligero aumento año con año, -
el cual presenta una tendencia rectilínea crecien-
te con ciclos cuya duración es de 18 años para to-
do el país y de 20 años para el Distrito Federal.-
Ello significa que cada 18 y cada 20 años se dan -
puntos de máximas y mínimas frecuencias.

El rendimiento de las tasas de suicid-
dios en más intenso en el Distrito Federal que en
la provincia, lo cual concuerdan con el hecho ya -
establecido que es en las grandes urbes en donde -
la tasa de suicidio alcanza proporciones más ele-
vadas.

Desde el punto de vista social, las va-
riantes, fundamentales del suicidio son la edad, -

Generalmente, falto de ambiciones, el obrero no calificado, el servidor doméstico y el artesano rudimentario, viven una existencia pobre que tan solo les asegura el sustento diario, las dificulta la satisfacción de sus necesidades de llenar las necesidades de su vida de orden superior.

Con frecuencia son seres cuya fuente de ingresos no tiene estabilidad y pueden pasar a ser trabajadores eventuales sujetos a las altas y bajas de la demanda de trabajo; consecuentemente, su vida personal y familiar no puede obedecer a una rutina estable, lo cual los lleva a un desorden material y moral en sus sistemas de vida. Al parecer, en este grupo, la idea de éxito, no resulta imperante, y la falta total de metas a largo plazo. deviene irreductiblemente en una apatía y, posiblemente en cada miembro del grupo se pueda encontrar la disociación entre el Yo y el medio actuante. El individuo se pierde en su lucha y torna hacia la indiferencia; no puede controlar su mundo y no puede actuar sobre él; se produce el estado de indiferencia con su modalidad del miedo o temor, que lleva a la agresión ya sea contra la propia persona, suicidio, o contra un tercero, homicidio o lesiones, o bien ambas formas. Con frecuencia los suicidas han incurrido en delitos generalmente del orden de agresión contra terceras personas.

Entre las personas con el estrato medio el tener éxito en la vida es fundamental, y si no se puede obtener se procura, cuando menos, aparentarlo; se trata de imitar a quienes tienen éxito se les imita en modos de vida, en su vestimenta, en sus gastos, etc., y es así como los individuos de este grupo están en continua lucha buscando éxito y logros que les permitan enfrentarse satisfactoriamente a su medio y muy frecuentemente, se encuentra actuando falsamente, aparentando un éxito no existente y luchando por que su engaño no se descubra.

Se alcance o no éxito en el estrato social que cada miembro de este nivel ha desarrollado, la lucha es intensa y las formas que reviste el éxito, principalmente formas económicas, exigen del individuo una acción continua que les mantiene en relación constante con su mundo.

En el momento en que, por alguna causa, este equilibrio se pierde, se produce el desajuste la acción pierde su sentido y el "Vacío" se establece conduciendo irremisiblemente a la apatía. Frecuentemente el rompimiento, por una causa aparente, tiene su verdadero origen, en el hecho de que el individuo se da cuenta de que está llevando una existencia irreal, falsa aparentemente, o que sus metas son totalmente, inaccesibles, y llega a

1. 3.- LEGAL

En los pueblos de la antigüedad se sancionaba a quienes se privaban de la vida. Las leyes de Grecia y de Roma reprimían con severas penas el suicidio; a menos que se le considerara un acto heroico. El cuerpo de la víctima, era sepultado sin honores en lugares apartados del común de los yacientes. En Atenas se amputaba la mano derecha del cadáver; era quemada y sepultada en un lugar aislado. En la Edad Media, la Legislación Canónica declaraba infames a los suicidas y les negaba sepultura eclesiástica. Las antiguas leyes Hebreas sancionaban al suicida, ordenando que su cuerpo permaneciera insepulto por infame. En las naciones con influencia cristiana de las legislaciones del mundo occidental el suicidio no es constitutivo de delito, sin omitir que el Derecho Anglosajón, particularmente en Norteamérica, la legislación de los Estados de Nueva Jersey, de Dakota del Norte y del Sur, si sancionaban al suicidio. En Inglaterra, se considera que el suicidio es un crimen, aunque el suicida no esté vivo para pagar la culpa. El intento de suicidio es un crimen que se castiga con multa o cárcel.

En el Derecho Penal Mexicano, ni el sui

cabo un día de la semana y donde son discutidos - los casos concurriendo un psicoanalista, varios -- psicólogos y Trabajadores Sociales.

b) El Psicólogo; Aplica pruebas psico-- métricas de personalidad a todos los pacientes de consulta externa y de hospitalización, se encarga de la estadística del Centro y lleva algunos casos de psicoterapia supervisados por el Médico Psiquiá tra.

c) El Médico Residente; Trata a los pa- cientes, hospitalizados administrándoles medicamen tos, elabora en la consulta externa las historias- clínicas de todos los pacientes y lleva algunos - casos de psicoterapia.

d) La Trabajadora Social; Revisa el - libro de admisión del hospital para la localización de los pacientes, con intentos de suicidio, lleva- a cabo las entrevistas de primera vez (aquí se ano tan los datos generales del paciente y el motivo - de su intento descrito en forma breve para la aper tura de su expediente), entrevista a los familia-- res o personas que traen a los suicidas, realiza visitas domiciliarias, visitas a diferentes hospi- tales para rescatar pacientes, localiza a los pa--

cientes que dejan de asistir al servicio por medio de telefonemas o visitas domiciliarias, elabora estudios socioeconómicos a todos los pacientes y canaliza a diferentes instituciones a los pacientes que así lo requieran.

6.- OBJETIVOS DE INVESTIGACION

Un programa sobre tratamiento del suicidio incluye no solamente el salvar vidas, sino la investigación por que los individuos atentan contra su vidas, para que los suicidas puedan ser prevenidos más efectivamente en el futuro. Junto con este primer razonamiento, el Centro de Prevención del Suicidio (como primer agente salvavidas) tiene instituido procedimientos especiales de investigación. Los datos para estos estudios consiste de notas de suicidas, pruebas psicológicas, estudios sociales. etc.

LA TRABAJADORA SOCIAL EN EL CENTRO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

En este capítulo veremos la importancia que tiene el Trabajador Social en el Centro de Prevención del Suicidio, ya que sobre estas bases se encuentran todas las actividades que se realizan en él, tratando siempre de poner en práctica los conocimientos adquiridos dentro del estudio de la profesión, esforzándose en la obtención de mayores conocimientos que sirvan para prestar una mejor ayuda y colaboración al paciente y sus familiares, al médico tratante y al Centro.

OBJETIVOS

- Contribuir a cuidar el prestigio y buen nombre del Centro.

- Infundir confianza al paciente y sus familiares, ya que el Trabajador Social es la primera persona en ponerse en relación con ellos.

- Ayudar y orientar adecuadamente al paciente y sus familiares, en la resolución de sus

conflictos, tanto dentro del Centro como fuera de éste.

- Procurar que en todo momento el paciente y sus familiares sean bien atendidos, sin que para esto se tome en cuenta su posición social económica o cualquier otra circunstancia.

- Conocer con la mayor veracidad posible las causas que directa ó indirectamente ocasionan los problemas del paciente, siendo esta investigación dentro de su campo de acción.

- Informar veráz y oportunamente al médico de los problemas que le participen o descubra durante la investigación y tratamiento del caso.

- Procurar que el paciente y su familia participen activamente en la solución de sus problemas y colaboren en su tratamiento y rehabilitación.

- Contribuir a la prevención del suicidio mediante una adecuada información a los diferentes campos del Trabajo Social (escolar, laboral etc).

"La misión del Trabajador Social Psiquiátrico, no puede ser delimitada como algo fijo y estático, válido para todo tipo de instituciones y servicios. Como regla general, su tarea debe consistir en crear y desarrollar relaciones humanas cada vez más satisfactorias entre los pacientes, sus familiares el equipo terapéutico y la sociedad en general, contrarrestando los inevitables descuidos, injusticias y el tono relativamente impersonal de la asistencia psiquiátrica pública. Es obvio que el Trabajador Social habrá de adaptar los principios generales de su misión a las necesidades del servicio en que se halle envuelto"(1)

El Trabajo Social no tiene límites ni en el tiempo ni en el espacio, dentro de la práctica tampoco puede decirse que el trabajador social sea capaz de dar solución por sí solo a los casos que se le presenten y por ello debe comprender que para que su labor sea verdaderamente efectiva debe trabajar en equipo; la experiencia general de todos los servicios psiquiátricos es que el médico y

(1) Becerra de Ledezma Rosa Ma., Elementos Básicos del Trabajo Social Psiquiátrico, Ed. Ecro Buenos Aires Argentina, 1972, pag 54

el resto del equipo, reconocen cada vez más el mérito del Trabajador Social ya que es el primero - en tener relación con el paciente y es el contacto con los familiares y el Centro. De su actuación - dependerá el éxito en la rehabilitación social, - una vez tratado el paciente.

Las condiciones en que se desenvuelve - la vida familiar tienen gran influencia sobre la - salud mental del individuo, su autodomnio y el - desarrollo de su personalidad. En realidad, la - prevención en los enfermos con intento de suicidio tendría un alcance muy limitado, si se precindiera del mundo de las relaciones familiares.

La intervención del Trabajador Social en el tratamiento o de la familia es:

- Promover un nivel superior de equilibrio del grupo y de cada uno de sus miembros.

- Eliminar las causas perturbadoras de este equilibrio y favorecer la cohesión de la familia.

- Conocer el grado en que cada uno de los miembros satisface las necesidades emocionales de los demás o hace peligrar su ajuste y debe estudiar, además, el modo en que estas tensiones influyen sobre el equilibrio familiar.

- Un enfoque que abarque a toda la familia, tiene una acción indudablemente más completa para conocer el medio ambiente familiar que haya contribuido a precisar el intento de suicidio o favorecer ciertas ventajas de "estar enfermo" o bien motivar fuertemente al paciente para alcanzar su rehabilitación.

Por lo general los distintos miembros de la familia reconocen espontáneamente que el impacto del intento de suicidio o el suicidio por alguno de los integrantes del grupo alcanza a toda la familia.

No está de más subrayar la importancia de la personalidad del "Trabajador Social, pues para lograr eficacia y calidad en su labor, no basta

ni mucho menos, una buena formación profesional — sino los valores humanos y las cualidades morales.

Un individuo que piensa seriamente en el suicidio está padeciendo una crisis que lo coloca fuera de las condiciones normales; por eso necesita suficiente ayuda para ser protegido de él mismo. Un intento de suicidio indica una desesperada necesidad de efecto o comprensión, esta es una experiencia antinatural en su vida y requiere tanta ayuda como si estuviera luchando contra una grave enfermedad física.

Debe tenerse presente que todo estudio o investigación tiene por objeto llegar a una comprensión de la persona que tiene el problema, tanto como del problema en sí, con el fin de instituir el tratamiento efectivo.

Para el fin propuesto, se puede aplicar el Trabajo Social de Casos con los siguientes métodos:

a).- Entrevista

b).- Interrogatorio

c).- Encuesta

a).- ENTREVISTA.- Es una técnica directa de Trabajo Social en donde dos personas se comunican un problema, por un lado el Trabajador Social y por el otro el paciente. La entrevista debe motivar, enseñar y reclamar información para así ayudar a los pacientes, es necesario considerar las actitudes y aptitudes del Trabajador Social, es decir que actúe con cortesía, amabilidad y respuestas veraces y seguras.

Es beneficiosa porque por su medio se revelan hechos que necesita saber el Trabajador Social para poder evaluar el problema del paciente y la mejor manera de solucionarlo.

El paciente al exponer los hechos, aclara sus pensamientos y ve en forma más clara su problema y a veces puede hallar la solución a éstos.

Sería ideal un ambiente adecuado para elaborar la entrevista, pero en los pacientes con intentos de suicidio ésta debe realizarse en don de se encuentre el paciente.

b) INTERROGATORIO.— El interrogatorio es una de las principales características de la entrevista, éste debe ajustarse a necesidades específicas, el Trabajador Social debe seleccionar lo tomando en cuenta la personalidad de la asistente, así como el problema planteado.

Se recomienda hacer preguntas indispensables tendientes a recabar la información para iniciar una historia social, en el transcurso de las entrevistas subsecuentes complementar dicha historia.

Debe usarse un lenguaje acorde con la preparación y nivel cultural de la persona interrogada. La manera de hacer las preguntas determinará la cooperación del paciente, muchas preguntas seguidas y rápidas le confundirán y puede mostrarse hostil.

El Trabajador Social hará las anotaciones indispensables indicándole al paciente que su expediente será confidencial.

c) ENCUESTA.— La encuesta es una investigación sobre un hecho específico y se utiliza para precisar ciertos fenómenos, sin necesidad de una amplia recolección, principalmente de hechos accidentales o temporales.

La encuesta ayuda a la población que se entrevista, de ahí la obligación de asociarse con los interesados, haciéndoles comprender los fines que se persiguen y del importante servicio que se presta al grupo, localidad o conjunto de localidades.

Es importante hacerle ver a la población entrevistada que un grupo de investigadores trata de ayudarle, que si les preguntan es para ayudarles a resolver aquellos problemas de que depende su prosperidad y desarrollo.

Guía de estudio Social de Casos

1.- Datos de identificación: Deben anotarse los siguientes datos:

1.- Datos de Identificación: Se anotarán en la esquina superior izquierda los siguientes datos:

Número de expediente

Nombre del paciente

Domicilio

Sexo

Edad

Originario

Estudios

Ocupación

Fuente de información

2.- Problema médico.— Aquí se anotarán la procedencia del paciente, y el problema médico por el cual fué aceptado en el Centro o en el Hospital.

3.- Organización familiar.- Se anota -- como está integrado el grupo familiar, cuales son los nombres, lugar de nacimiento, si están casados civilmente y por la iglesia, o están viviendo en -- unión libre, número de hijos; se anotarán en forma profresiva, edad y si fueron registrados civilmente, y escolaridad.

4.- Estado de salud.- Se anotará el estado de salud de la familia y antecedentes hereditarios patológicos.

5.- Dinámica familiar.- Son las relaciones interpersonales, las situaciones conflictivas que existen en el grupo familiar, esto en las entrevistas realizadas en la Institución son difíciles de percibir pero pueden detectarse en la -- visita domiciliária.

6.- Entrevista con el paciente.- Se -- anotará la presentación y aseo del paciente, la -- descripción del problema en la forma más detallada y vista por el propio paciente.

7.- Datos personales.- Es la descripción del desarrollo psicomotriz, enfermedades y re

laciones que ha tenido el paciente en su niñez, - adolescencia y vida adulta, así como su prepara- ción general, empleo e interrelaciones.

8.- Datos económicos.- Lugar donde tra- bajan los familiares ocupación, salarios, egresos- e ingresos.

9.- Condiciones del hogar.- Describir- su ubicación, si es o no colonia urbanizada, drena- je, agua, centros de vicio, tipo de casa (casa so- la, departamento etc), condiciones higiénicas de - la casa, número de cuartos, ventilación, ilumina- ción, servicio sanitario, mobiliario y en que con- diciones higiénicas se encuentra la casa y el mo- biliario.

10.- Diagnóstico social. La elabora- ción del diagnóstico se basa en la comprensión pro- funda de los problemas particulares de las perso- nas que los plantean, se señala el problema prin- cipal y los secundarios del grupo familiar; el - diagnóstico social acerca de los problemas que pre- senta la familia, estos problemas deberán plantear- los, indicando las situaciones que a su juicio les han dado origen.

11.- Pronóstico social.- Es la apreciación que ve el Trabajador Social para la resolución del caso, tomando en cuenta las posibilidades que se cuentan para el futuro

12.- Plan Social Se propondrán formas-resolutivas a los problemas planteados, teniendo en cuenta los recursos personales y familiares, la preparación para el trabajo, relaciones sociales y personales y que tengan disposición para ayudar a resolver los problemas, tomando en cuenta los recursos existentes en la comunidad tales como: Hospitales, Centros de Salud, Escuela, Bolsa de trabajo etc.

CASO I
ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

No. de expediente.....

Nombre del paciente.....I.L.O.

Domicilio.....

Sexo.....Femenino

Edad.....11 años

Originaria.....México; D.F.

Estudios.....5o. año de
primaria.

Ocupación.....Estudiante

Fuente de información.....Madre de I.L.O.
y la paciente.

PROBLEMA MEDICO.- Paciente que ingresa al Hospital de Emergencia de Coyoacan por in toxicación medicamentosa leve, - intento de suicidio.

ORGANIZACION FAMILIAR: Madre: de 26 años de edad, originaria de Puebla. Pue., es- tudio primaria, secundaria y Cul

tora de Belleza, divorciada, trabaja en un salón de Belleza de propiedad.

Hermano: de 7 años de edad, originario de México, D. F., estudiaba el segundo año de primaria.

Padre: de 32 años de edad, radica en Guadalajara, Jal., de profesión Aviador actualmente casado, la informante desconoce su paradero ya que desde que se separaron no los ha vuelto a visitar.

ESTADO DE SALUD: Familia aparentemente sana, un tío paterno de la paciente murió en un Sanatorio para alcohólicos por suicidio.

DINAMICA FAMILIAR: Indica que la madre de I.L.O., deseaba tener un niño y sufrió una desilusión al saber que era niña, "sentí coraje y odio no la quería ni ver", durante toda la vida ha tenido resentimiento y prefiere al niño, cuando nació

el hermano de I.L.O. los padres se separaron y posteriormente se divorciaron legalmente ya que el padre era alcohólico y tenía negocios ilícitos (contrabando), y cuando lo aprehendían tenían que vender lo que tenían para sacarlo de la cárcel, actualmente el padre de I.L.O. se volvió a casar y vive en Guadalajara pero ignoran su paradero. Indica la entrevistada que las relaciones con la paciente siempre han sido malas, ya que es muy celosa de su hermano y continuamente tienen dificultades porque la paciente lo agrade.

ENTREVISTA CON LA PACIENTE: Se entrevistó a I.L.O. en el Hospital donde llegó por intoxicación medicamentosa leve, vestía ropa de calle, limpia, la paciente se encontraba angustiada y deprimida, al mismo tiempo sentía coraje y odio contra su hermano. Refiere I.L.O. que en septiembre del año pasado en un arranque de coraje contra su hermano se tomó 6 tabletas de —

Bonare, el cual toma su madre -- para los nervios, pare ver que - le pasaba, no haciendo efecto al-
guno. Siempre ha tenido proble-
mas con su hermano y con la ma-
dre porque él es muy "travieso"-
y la madre lo consiente mucho, -
en otra ocasión ella iba a atropel-
lar a la madre con su bicicle-
ta, pasó como un accidente y no
le dió importancia. Poco tiem-
po después, con la intención de
matarse y sabiendo que seis ta-
bletas no le hacían efecto tomó-
11 tabletas de Bonare enfrente -
del hermano después de haber te-
nido una dificultad, sintiendo -
mucho sueño, el hermano se lo --
comunicó a la madre por lo que -
la llevaron la Hospital. Solo-
tiene tres amigas en la escuela-
con las que se lleva bien. No-
le agrada estudiar porque sabe -
que esto le disgusta a la madre-
a la cual describe como enérgica
fría, distante y extremadamente-
pulcra y violenta, casi no le ha-
ce caricias y la golpea o la re-
gaña cuando no hace las cosas rá-
pidas. Al hermano lo describe-

como inquieto, grosero, cruel, sucio y flojo, se burla de ella, le pega y la madre no lo reprende y a ella no le da ninguna autoridad sobre él

DATOS PERSONALES: Producto del primer embarazo no deseado, normal y a término, parto eutósico y normal. La madre no recuerda el desarrollo psicomotriz de la paciente, ya que como ella trabajaba la dejaba al cuidado de una tía materna. Inició su primaria a los seis años siendo poco aplicada en el cuarto año tuvo que ponerle una profesora particular para pasar de año. La describe como, grosera, irresponsable y sucia.

DATOS ECONOMICOS: Los ingresos de la familia son los que obtiene la madre como producto de su negocio, que son aproximadamente de \$3,000.00 a \$4,000.00, siendo sus egresos de \$3,000.00, distribuidos en:

| | |
|------------|-----------------|
| renta..... | \$900.00 |
| comida.... | \$1000.00 |
| ropa..... | \$400.00 |
| gastos.... | <u>\$700.00</u> |
| | \$3000.00 |

CONDICIONES DEL HOGAR: La familia renta un departamento ubicado en una colonia perteneciente a la clase media y se encuentra completamente urbanizado, consta de dos recamaras, sala comedor, cocina y cuarto de baño; contando el departamento con una buena ventilación. El mobiliario del hogar es de buena calidad encontrándose bien cuidado y limpio.

DIAGNOSTICO SOCIAL: Es indudable que el ambiente familiar en que el paciente se ha desarrollado, ha contribuido para crear los problemas que actualmente presenta, hemos visto en el estudio social presentado que la familia se encuentra incompleta debido al divorcio de los padres y ya que desde antes

que esto sucediera el rechazo de la madre que siempre ha tenido - para con I.L.O. y el favoritismo para con el hermano. El hogar - se encontraba desorganizado, el - padre faltaba con frecuencia y - la madre tenía la necesidad de - trabajar por lo que dejaba a la - paciente al cuidado de otras - personas.

En la actualidad la madre es una persona que proporciona a la paciente todo lo necesario en el - aspecto material sin embargo ha - sido incapáz de dar a I.L.O. cari - ño y cuidados adecuados para que se desarrolle normalmente, por - sus problemas psíquicos princi - palmente la incapacitan para pro - porcionarle el cariño y control - adecuado.

PRONOSTICO SOCIAL: Se considera favorable ya que - la madre ha cambiado su actitud hacia I.L.O. proporcionándole la atención médica que requiere, es - to producto de que ha aceptado -

que en principio ella generó el problema por sus actitudes que ya se mencionaron, por tal razón al estar conciente de esta situación está dispuesta a contribuir en todo lo que sea necesario para la rehabilitación de la paciente.

PLAN SOCIAL:

Sugerirle a la madre de I.L.O. - la conveniencia de que se someta a psicoterapia de apollo para que pueda hacer conciente los motivos internos que la han conducido a tan erróneas actitudes hacia la niña. Así al ser tratada simultáneamente con su hija - el resultado será mejor para ambas.

CASO II
ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

No. de expediente.....

Nombre del paciente.....M.A.M.

Domicilio.....

Sexo.....Masculino

Edad.....23 años

Originario..... México, D. F.,

Estudios.....lo. de Preparatoria

OcupaciónEstudiante

Fuente de información.....Madre de .A.M. y
el paciente.

PROBLEMA MEDICO: Paciente que es internado en —
el Hospital Campestre " Samuel —
Ramírez Moreno" con diagnóstico—
médico de " drogadicción múlti—
ple, homosexualidad e intentos —
de suicidios".

ORGANIZACION MEDICO: Padre: M.A.M. , nació de una
relación íntima que sostuvo su —

madre con un individuo, del cual se desconoce su paradero, ya que éste nunca supo la existencia de su hijo.

Madre: de 42 años de edad, originaria de Morelia, Michoacán, estudió hasta le sexto año de primaria, casada civilmente, trabaja como empleada en una dependencia de Gobierno.

Padrastro: de 50 años de edad, originario de México, D. F., casado civilmente, estudió secundaria y cuatro años de Idiomas - (Inglés), actualmente trabaja como guía de turistas.

Media hermana: de 13 años de edad, originaria de México, D. F., registrada civilmente, estudia el primer año de instrucción secundaria.

ESTADO DE SALUD: En cuanto a la línea paterna del paciente se desconoce todo dato hereditario, la abuela materna murió de "coma diabético"; madre y media hermana aparentemente sanas.

DINAMICA FAMILIAR: Refiere la madre de M.A.M. que las relaciones con su esposo en un principio no eran muy buenas, pues era "mujeriego", como su trabajo se realiza con turistas tenía relaciones con ellas; como el hijo no era bien aceptado por él constantemente la amenazaba con dejarla y llevarse a su hija explica que siempre encuentra un "motivo" para discutir llegando a causarle miedo y por esta razón no lo ha abandonado. Al principio del padecimiento del paciente, el padrastro trató de ayudar, buscándolo cuando faltaba al hogar y tratando de darle consejos, pero posteriormente se aburrió de su "cinismo" y llegó a decirle a la madre que escogiera entre el paciente o su matrimonio.

ENTREVISTA CON EL PACIENTE: Se entrevistó al paciente en el Hospital donde se encuentra internado, viste ropas de interno limpias, al igual que su persona, su edad aparente coincide, con la que dice tenerla tez blanca, estutura regular, de compleción delgada; durante la entrevista se hablar fué lento y tratando de encontrar palabras "intelectuales", se comporto cooperativo.

Infoma M.A.M. que desde la edad de dos años vivía con la abuelamaterna, debido a que la madre se fué a trabajar a los Estados Unidos y mandaba dinero para el sostenimiento de ambos, el paciente describe a la abuela como una "enferma", pues creía que todo el mundo la agredía, ya que estaba "sorda y padecía de diabetes crónica; informa que quería mucho a su abuela aunque sentía que lo protegía demasiado; el primer día que fué al Kinder se cayó de un columpio y la abuelalo saco porque decía que lo habían hecho con el fin de lasti-

marlo. Cuando la madre regresó del extranjero el paciente tenía siete años pero siguió viviendo con la abuela. Cuando contaba con catorce años de edad un amigo de él sostuvo relaciones homosexuales con un desconocido en un balneario frente al paciente, mas tarde M.A.M. sostuvo relaciones homosexuales con un desconocido cuando iba a la secundaria, el cual le dió dinero. Esa misma noche M.A.M. y unos amigos salieron con "prostitutas". Cuando el paciente ingresó a la preparatoria, murió su abuela, teniendo que irse a vivir con su madre, fué entonces cuando empezó a ingerir drogas y a fumar marihuana, en ese entonces su madre tenía una casa de huéspedes y él sostenía relaciones homosexuales con un huésped, el cual le pagaba con dinero. También en esa época el paciente fué con unos amigos a la Ciudad de Oaxaca donde ingirió hongos alucinantes en dos ocasiones, al regresar a su hogar se encontraba muy deprimido y fué cuando tuvo su primer intento de

suicidio, ingiriendo gran cantidad de sedantes, cortandose las venas del cuello y de los brazos y tratandose de ahorcar con un cinturón. En esta ocasión fué tratado por un médico particular de sus lesiones y a petición de éste, fué tratado por un médico-Psiquiatra, pero el paciente solo fué a una consulta y siguió drogandose con sus amigos. A partir de ese momento empezó a tener delirios (auditivos y visuales) y agresión, por lo que fué internado en el Hospital de Neurología por dos meses, al salir el paciente continuaba drogandose y fué internado en el Hospital Fray Bernardino Alvarez y de ahí fué canalizado al Hospital Campestre permaneciendo por espacio de seis meses, en 1974 ingresó voluntariamente en donde ha permanecido hasta la fecha, saliendo con permiso los fines de semana; aprovechando estos permisos para ir a ver a la madre en su trabajo, ya que el padrastro no acepta que ambos se vean, la última vez que visitó a la madre, ésta le dijo " que si

no lo veía sano prefería verlo -
muerto" por lo que compró sedantes y se los tomó regresando al Hospital donde estuvo "grave" - por espacio de una semana.

DATOS PERSONALES: Producto del primer embarazo, - normal y a término, atendido - hospitalariamente. Desconoce el desarrollo psicomotriz, ya que ella tenía que trabajar para el sostenimiento de su madre y - de su hijo. Cuando el paciente tenía dos años de edad partió para Estados Unidos, donde trabajó en un Hospital como Elevadorista volviendo a los cinco años para contraer matrimonio con su actual esposo. Su hijo seguía vi viendo con su abuela materna y continuó con ella hasta la edad de 14 años cuando ésta murió. In forma que desconoce todo dato acerca de su hijo, debido a que - las relaciones con su madre eran malas, casi no se hablaban ni - siquiera sobre M.A.M.

DATOS ECONOMICOS: El hogar es sostenido económicamente por el padrastro y la madre de M.A.M.; con un ingreso de aproximadamente \$5,000.00 al mes siendo los egresos de:

| | |
|--------------|-------------------|
| comida..... | \$1,300.00 |
| ropa..... | \$ 400.00 |
| escuela..... | \$ 200.00 |
| gastos..... | <u>\$1,100.00</u> |
| | \$4,900.00 |

CONDICIONES DEL HOGAR: La familia ocupa una casa en el Estado de México, en una colonia completamente urbanizada, no existen centro de vicio cerca del hogar, la casa consta de baño, cuentan con mobiliario de mediana calidad, nuevos, la casa se encuentra limpia y con buena ventilación tiene pisos de mosaico, y sus paredes se encuentran también limpias.

DIAGNOSTICO SOCIAL: El paciente proviene de una familia de la clase media, la

que se considera completa y aparentemente organizada, ya que como se mencionó anteriormente la dinámica familiar está completamente desquebrajada y si no se busca una solución adecuada puede haber separación entre la madre y el padrastro. Se considera a la madre una persona de actitudes ambivalentes e insegura, pues por parte trata de detener al marido y por otra al paciente, pero como lo hace en forma inadecuada no logra ninguno de los dos objetivos, pues por una parte, vive bajo la constante amenaza del marido que la abandona y se lleva a su hija, y por otra parte el paciente demanda de su atención ocasionándole serios conflictos sin llegar a ninguna solución.

PRONOSTICO SOCIAL: Se considera incierto, ya que mientras no haya cooperación por parte de la familia es decir, que haya una conciencia real que ellos son determinantes en la rehabilitación del paciente ésta no podrá ser favorable.

PLAN SOCIAL: Entrevistar al padrastro ya que hasta ahora lo que se sabe de él es a través de la madre y de M.A.M.; con esto se pretende conocer hasta que grado puede modificarse su actitud, haciéndole notar que si él da una nueva oportunidad como lo hizo ya una vez y estando el paciente sometido a tratamiento, la angustia de la madre disminuirá y la rehabilitación de M.A.M. podrá ser más adecuada; se le darán a conocer los pormenores del problema al paciente, para que el padrastro lo tome como tal, es decir como enfermo que necesita tanto tratamiento psiquiátrico como apoyo de su familia, que estos dos aspectos deben marchar en forma paralela, pues uno sin el otro no surten el efecto que se persigue

CASO III
ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO.

No. de expediente.....

Nombre del paciente.....M.P.O.

Domicilio.....

Sexo.....Femenino

Edad.....26 años

Originaria.....México. D. F.

EstudiosInstrucción Pri
maria

Ocupación..... Encargada de -
pastelerias

Fuente de información.....Los padres de M.P.O.
y la paciente.

PROBLEMA MEDICO: Paciente que es internada en el -
Hospital de " La Raza " , por in-
gestión de ácido muriático, in-
tento de suicidio.

ORGANIZACION FAMILIAR: La familia de M.P.O. se en-
cuentra integrada por las siguien

tes personas:

Padre: de 57 años de edad, originario de Tlaxcala, Tlaxcala, casado civil y religiosamente, estudió hasta cuarto año de primaria, trabaja como panadero eventual.

Madre: de 57 años de edad, originaria de Tula Hidalgo, casada civil y religiosamente, sabe leer y escribir, dedicada a las labores del hogar.

Hermanos: seis, cinco mujeres y un hombre, la mayor de 28 años, casada civilmente; paciente; mujer de 23 años soltera, trabaja pastelerías; mujer de 21 años soltera, trabaja pastelería; mujer de 18 soltera, estudia 6º año de primaria; hombre de 12 años, estudia 5º año de primaria todos los hijos de la familia están registrados civilmente.

ESTADO DE SALUD: Familia aparentemente sana, sin datos patológicos hereditarios.

DINAMICA FAMILIAR: Refiere la madre de M.O.P. que las relaciones entre sus hijos - son " como en todas las familias" con sus problemas comunes pero - sin llegar a más. Las relaciones con su esposo son cordiales, lo considera una persona responsable; respecto a la paciente - los problemas que ésta ha presentado, han venido a deprimir al - resto de la familia, ya que a la paciente se le consideraba "la - alegría de la casa".

ENTREVISTA CON LA PACIENTE: Se entrevistó a la paciente en el Hospital donde se encontraba internada; ésta viste ropas de interna, su estado físico es deplorable ya que según el parte médico se encuentra en tercer grado de desnutrición, su edad aparente no coincide con la cronológica, ya que representa mucho más. Al interrogarse-

le porque intentó suicidarse, - contestó que porque así lo había planeado con su novio, despues - dijo que tenía mucha hambre, que el "médico estaba muy guapo", es- decir, no se pudo saber nada en- concreto de: las preguntas que - se le hacían ya que solamente - contestaba con pararespuestas, - además que tenía venoclisis y se encontraba sumamente inquieta, - por tal motivo se suspendió el interrogatorio.

DATOS PERSONALES: Estos datos fueron proporcionados por los padres de M.P.O., - Producto de segundo embarazo nor- mal a término, a los 2 meses de- edad padeció neumonía, siendo in- ternada por espacio de 10 días, - su desarrollo psicomotriz fué - aparentement e igual que el de - sus demás hermanos, sentandose - a los 6 meses y caminando al año 6 meses; padeció las enfermeda- des propias de la infancia, a - la edad de 10 años cayó por unas escaleras golpeandose la cabeza-

teniendo pérdida del conocimiento ignorándose el tiempo, desde entonces padece de cefales continuas. Independiente de esto la madre la considera sana. Su problema actual se inició cuando tenía 15 años, cuando sostenía relaciones con su novio, pero estas eran desaprobadas por la tía de éste, la cual decía que ella era "muy alegre", que no le convenía y que no le permitiría nunca que se casara con ella; por tal motivo estos decidieron hacer un "pacto suicida", el novio ingirió ácido muriático falleciendo al mes. De esto ella se enteró posteriormente aumentándole con esto su problema ya que la familia de él la consideraba culpable, creándole grandes sentimientos de culpa. Posteriormente tuvo otro novio el cual era casado, motivo por el cual lo dejó, después tuvo otro que la dejó para casarse con otra mujer. En aquel entonces la paciente sufría mucho sus "derrotas amorosas" ya que decía que esto le sucedía por no haber cum

plido el pacto con su novio, cuando presentó su cuadro ya francamente de angustia fué hace cuatro años iniciándolo con miedo, desesperación, alucinaciones visuales de tipo místico, demayos por espacio de media hora con pérdida total del conocimiento. Fué tratada medicamentosamente por un cardiólogo, el cual les dijo a sus padres que la paciente tenía una vena que le crecía demasiado en la cabeza y esa era la causa de sus demayos. No le dió otro tipo de tratamiento ni la canalizó a otro especialista. Su primer intento de suicidio lo hizo ingiriendo ácido muriático el cual le lesionó el aparato digestivo a tal grado que tiene que ser alimentada hasta la actualidad por medio de sonda. En otra ocasión trató de tomar veneno insecticida dándose cuenta su madre y evitándolo. Posteriormente trató de arrojarse desde el techo de su casa. Desde su primer intento se tornó agresiva hacia todos -

sus familiares, inclusive rompe-
objetos.

Su vida laboral la consideran de "muy activa", era encargada de cuatro pastelerías, sus jefes — la apreciaban y respetaban. Debido a su padecimiento tuvo que separarse de su empleo, ya que — sus intentos de suicidio eran — constantes, inclusive en la calle, trataba de arrojar a los-
automoviles.

DATOS ECONOMICOS: La familia es sostenida económicamente por el padre de M.P.O., — el cual trabaja como panadero — eventual ganando aproximadamente \$4,5000.00 pesos el mes; siendo los egresos de:

| | |
|--------------|-------------------|
| Comida..... | \$2,100.00 |
| Ropa..... | \$ 400.00 |
| Escuela..... | \$ 400.00 |
| Gastos..... | <u>\$1,500.00</u> |
| | \$4,400.00 |

El sueldo de sus hermanas de M.P O., lo utilizan en sus necesidades personales.

CONDICIONES DEL HOGAR: La familia ocupa una casa - solá de su propiedad, amplia y con buena ventilación, consta de cuatro recamaras, sala, comedor, cocina y dos baños, un gran patio en el centro de la casa. El mobiliario del hogar es sencillo y antiguo, con buena limpieza.

DIAGNOSTICO SOCIAL: Paciente que proviene de un núcleo familiar completo y organizado, de un nivel socio económico medio, donde el problema de la paciente fué ocasionado por la frustración de su noviazgo. Nivel cultural bajo donde el padre de M.P.O. es el sosten económico del hogar, la paciente ganaba bastante dinero hasta que inició su padecimiento. La madre es la parte significativa del hogar, mujer dominante, angustiada tensa, nerviosa.

El padre es figura débil, pasivo ausente del hogar por muchas horas debido a su trabajo y que no alcanza a comprender la problemática que ha tenido serios y variados intentos de suicidio, además de que se ha ido deteriorando mentalmente hasta caer en psicosis como se encuentra actualmente.

PRONOSTICO SOCIAL: Se considera malo, ya que su estado físico como ya se mencionó es deplorable; pues según parte médico, no es posible su recuperación, ya que su desnutrición y la lesión de aparato digestivo, impiden la buena marcha del tratamiento; lo cual presenta un cuadro de posibilidades nulas para su recuperación. Tratamiento psiquiátrico nunca ha recibido, ya que en diferentes ocasiones que ha estado hospitalizada ha sido de urgencia; este tratamiento vendría a ser muy valioso, pero su incapacidad física no permite que éste se realice, pues de ser así tendría que-

pasar a un nosocomio psiquiátrico a continuar su tratamiento lo - cual se considera imposible, ya- que primero tendría que ser ope- rada para practicarle una recons- trucción del tubo digestivo, pe- ro su estado confucional y de - desnutrición lo impiden.

PLAN SOCIAL: Psicoterapia de apoyo a los padres y a los hermanos, haciéndoles conciencia del caso de la enferma.- Labor de terapia familiar en cuanto ellos acepten tener un - buen ajuste para evitar futuros- problemas.

PLAN DE TRABAJO

Justificación.-La creación de vario centros especializados en la prevención del suicidio, es de suma importancia, en virtud de que el porcentaje de los suicidios va en aumento y es considerado un problema social, dado que se vive en una sociedad que constantemente somete a los sujetos a situaciones de angustia y si éstos no están dotados con un buen equipo psicológico para resolver sus aparente más adecuada: su auto-destrucción.

Objetivos Generales.- Prevenir el suicidio; esto se puede lograr mediante la creación de centros especializados en la prevención del suicidio y así rehabilitar y prevenir a los pacientes que se encuentren en conflicto.

Objetivo específico.- La prevención y la rehabilitación en personas con crisis suicida se logra estableciendo -

evaluaciones psiquiátricas, psicológicas, y sociales, dando — así tratamientos terapéuticos — (terapia de apoyo, familiar, individual, etc) que reducirán — las tasas de suicidios, El Trabajador Social de casos y de grupo y dar a conocer las actividades — que se realizan en el Centro.

Espacio.— Trabajo Social Psiquiátrico

Universo de Trabajo.— Area Psiquiátrica.

Actividades.— Un centro de Prevención del suicidio debe estar integrado por:

Médico Psiquiatra: Encargado — de la organización y funcionamiento del Centro, supervisión de la psicoterapia que se imparte a — los pacientes, coordinación de — seminarios y mesas redondas, y — debe ser el enlace con las autoridades de la dependencia donde — se encuentre el Centro.

Psicólogo: Aplicará - pruebas psicológicas a todos los pacientes, así como de psicoterapia para algunos de ellos.

Médico Residente: Tratará las lesiones físicas con las que lleguen los suicidas; elaborará historias clínicas de todos los pacientes y la atención medicamentosa estará a su cargo. El Médico Residente debe estar en formación Psiquiátrica.

Secretaria: Encargada de pasar todos los expedientes a máquina y la responsable de estos, organizará las citas de la consulta externa.

Trabajadora Social: El número de Trabajadores Sociales estará en proporción con la cantidad de pacientes que sean atendidos en el Centro, y la difusión con la que cuente éste.

Se realizará Trabajo Social de Casos.

Estudios a todos los pacientes - que presenten intento de suicidio, con el objeto de conocer los problemas que presentan en su hogar, trabajo. etc.

Estudio de la familia con el objeto de conocer también los problemas de la familia y hacer una evaluación de su situación económica, social y cultural.

Canalización de los pacientes - que así lo ameriten a diferentes instituciones.

Difundir las actividades que se realizan en el Centro de Trabajadores Sociales de otras áreas.

Aplicar Trabajo Social de grupo.

Voluntarios: Estos deben de ser-

personas capacitadas por el Centro para atender pacientes de emergencia, estos pueden ser profesionistas o no.

Organización.-

Una vez llegado el paciente al Centro se le abre expediente y se procede a su tratamiento el cual abarca cinco pasos.

- a) registro de datos.
- b) Contactación con relaciones colaterales.
- c) Asignación del personal
- d) Canalización si lo amerita.
- e) Observaciones posteriores.

Dependencia.-

En todas las dependencias que laboren en servicios médicos, debe existir un centro especializado en la prevención del suicidio.

Locales, equipo y material.- esto

to también estará de acuerdo con las necesidades y capacidad del Centro, pero lo que sí debe detener, es un teléfono de ayuda - las 24 horas, contestado por el personal entrenado adecuadamente para prestar ayuda a las personas con crisis suicida.

Información.- Como ya se ha expuesto, ésta debe ser por medio de folletos, murales, conferencias etc.

Evaluación.:-

Se hará mensualmente y al terminar el año considerando los objetivos y las actividades encomendadas, se realizarán juntas dos veces por mes con el objeto de plantear todos los problemas que se presenten y sugerencias encaminadas a resolver problemas que se presenten en el Centro, así como pláticas y conferencias encaminadas a la superación del Trabajador Social.

C A P I T U L O I I I

ACTIVIDADES QUE ACTUALMENTE SE REALIZAN PARA LA PREVENCION DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE MEXICO.

a) Hospitales de Emergencia del D. D. F.

En los Hospitales de Emergencia del Departamento del Distrito Federal, hay un médico psiquiatra en cada uno de los cuatro Hospitales, los que atienden lo mismo a pacientes con intentos de suicidio que a enfermos neurológicos; estos son detectados a través del Departamento de Trabajo Social o por los médicos Residentes y son tratados en la consulta externa por las tardes.

b) Cruz Roja: En el Hospital de la Cruz Roja, a los pacientes que llegan con intentos de suicidio, se les atiende de su lesión física y posteriormente al ser dados de alta se les canaliza por medio del Trabajador Social a diferentes Instituciones: si son alcohólicos a A.A. (Alcohólicos Anónimos), si son farmacodependientes al C.E.M.E.F. (Centro Mexicano de Estudios sobre Far

macodependientes); y si no presentan ninguno de —
estos dos trastornos al Departamento de Psiquiá—
tría del Hospital General.

c) S. S. A.: En la Secretaria de Salubridad y A—
sistencia, existe en cada uno de los diecisiete —
Centros de Salud, un equipo que se encuentra cons—
tituido por un Médico Psiquiátra; Psicólogos y los
Trabajadores Sociales del Centro, en donde se —
atenden a los pacientes con intento de suicidio—
al igual que los enfermos neurológicos y psiquiá—
tricos en general; también cuentan con servicio —
de consulta externa todos los Hospitales dependien—
tes de Salud Mental, que en total son doce, inclu—
yendo los de la provincia, así como el Hospital —
General.

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

- 1o.- El Trabajo Social encausa los grandes lineamientos humanos y las aspiraciones sociales, por lo tanto, requiere de la observancia de la ética profesional.

- 2o.- Las altas misiones del Trabajo Social deben localizarse en la aspiración de sus metas, que nunca deberán ser menores a los impulsos humanos, puesto que en todo lugar donde hay vida existe la necesidad de su aplicación.

- 3p.- El suicidio es una desventaja humana provocada por conflictos emocionales que se traducen en el desequilibrio familiar.

- 4o.- La mayoría de los sujetos que no logran la privación de la vida tienen el peligro latente de la reincidencia.

- 5p.- Es necesario que los centros asistenciales así como los hospitales presten la importancia que merece la aplicación de un tratamiento en el caso de un paciente con intento de

suicidio, por estimarse que incumbe directamente a su responsabilidad inherente a la salvación de las vidas humanas.

6o.- Es menester concederle la importancia que el problema merece en todos los lugares en que se aplique Trabajo Social por profesionistas cuando se tenga conocimiento de un fallido intento de suicidio por parte de un sujeto que se desenvuelve en tal medio.

7o.- El Trabajador Social debe aportar la responsabilidad profesional y su responsabilidad humana ya que es la única fórmula de cumplir con la nobleza del Trabajo Social.

8o.- La muerte por suicidio, en la República Mexicana el decimo lugar; el 5% por cada 100,000 habitantes.

SUGERENCIAS

Aquel que intenta quitarse la vida lo hace bajo circunstancias muy especiales de presión interna; confusión, temor, angustia y depresión. En ese momento estima que el existir pierde su sentido creativo para tornarse en horizonte limitado que no tiene más solución que la muerte.

La creación de varios Centros de Prevención del Suicidio es de suma importancia, ya que el porcentaje de suicidios va en aumento y es considerado un problema social que puede ser detectado y resuelto.

Teniendo en cuenta que el Trabajador Social, actualmente trabaja en Instituciones como I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., S.S.A. y otras con programas institucionales como planeación familiar Voluntaria, Paternidad Responsable, etc., también podría participar en la Prevención del Suicidio.

Se obtendría que el Centro o los Centros que se llegaran a crear fueran difundidos en

forma masiva ya que si aceptamos como cierta la teoría de que la prevención del suicidio sólo es eficaz si la oferta de ayuda personal es oportuna, los medios de difusión son de suma importancia a condición de que la eficacia de los medios empleados se orienten a una verdadera motivación; teléfonos, murales, folletos y otros medios deben ser utilizados para despertar el interés de las personas en conflicto

El Trabajador Social por su preparación, es de gran ayuda en el equipo clínico de un Centro de Prevención del Suicidio, ya que aporta sus conocimientos tanto de Trabajo Social de Casos como de Grupo.

Utilizando los métodos de Trabajo Social de grupo se trataría de lograr la adaptación del individuo a su medio, motivándolo hacia el mejoramiento de la sociedad en que vive, así como de participar en ella en forma productiva.

El Trabajador Social por medio de conferencias, pláticas, etc., en escuelas, fábricas, hospitales o clínicas, puede concientizar a

la población de los riesgos que hay en una persona suicida reprimida y así prevenir y resolver el problema sin que éste llegue a presentarse.

La ayuda que imparta debe ser efectiva, basada en un equipo de trabajo que tenga el enfoque de una atención integral bio-psicosocial.

Propongo como sugerencia todas las actividades de mi plan de trabajo.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Becerra de Ledezma Rosa Ma.; Elementos Básicos
cos del Trabajo Social Psiquiátrico, Ed, Ecro,
Buenos Aires, Argentina, k972,
- 2.- Farberow, N. L. y Shneidman, "Necesito Ayuda",
Prensa Médica Mexicana, México, traducción Ca-
rolina Amor de Forniér, 1969.
- 3.- González de la Vega Francisco, Derecho Penal
Mexicano, Ed. Porrúa, México, 1964.
- 4.- Freud S., Duelo y Melancolía, Collected Papers
Londres Inglaterra, Vol IV, 1949.
- 5.- Holden Constance, Suicidio, Ed, Mundo Médico,-
VOL. I No. 6, México 1974.
- 6.- Kruce C. Herman, Introducción a la Teoría Cien-
tífica del Servicio Social, Ed. Ecro, Buenos -
Aires, Argentina 1972.

- 7.- Mendieta Alatorre Angeles, Métodos de Investigación y manual Académico, Ed. Porrúa, México 1966.

- 8.- Scheider P.B., La Tentativa del Suicidio, Ed. Prensa Médica Mexicana, México 1964.

- 9.- Stengel Erwin. Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas, Ed. Baidos, Traducida por - Elida Daro, Buenos Aires, Argentina 1961.

- 10.- Sullivan H. S. ,Estudio Clínico en Psiquiatría New York N.Y. Norton Company, 1956.