

22
2es



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"LA SALUD MENTAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO
ALVAREZ, SU RELACION FAMILIAR Y LA
PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A:
SANDRA ALICIA LOPEZ BAHENA



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**FALLA DE ORIGEN
EN SU TOTALIDAD**

AGRADECIMIENTOS

Agradesco en forma muy especial a:

El Dr. Saturno Maciel Magaña, mi asesor de tesis, por la ayuda que siempre me brindó.

Al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"; Así como el personal que a continuación mencionare, los cuales me brindaron la oportunidad de realizar la investigación.

A la Lic. en Trabajo Social, Norma López Peña, Jefe de Trabajo Social, por su orientación y ayuda en el trabajo.

Al Dr. Marco Antonio Butrón, Jefe de la División de Enseñanza e Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

A la Psicóloga Martha Rosas, de la División de Enseñanza e Investigación.

Al Dr. Andres Roche, Jefe del Departamento de Psicogeriatría

A los miembros del jurado por sus comentarios y paciencia.

A mis Padres

Por quienes sugiero la idea del trabajo, a ustedes que siempre me apoyaron con todo mi amor y respeto.

A mis Hermanos

Silvia, Armando, Victoria, Elva, Jaime y Sergio, por todos esos momentos que han dedicado para ayudarme.

A mis Sobrinos

Gabriela, Ricardo, Lleni, Leticia, Daniel, Fernando, Karely, Yhaira, Eduardo, Miguel Angel, Edson y Nestor. En quienes confío sabrán superarse.

Especialmente a Enrique

Quien con su cariño, ayuda e inmensa paciencia me impulso a luchar siempre por mi carrera y otros logros en mi vida. Gracias.

Ante todo Gracias a Dios

por brindarme salud, y esta familia.

A todos los ancianos:

" Y SI FUEGO ES LO QUE ARDE EN LOS OJOS DEL
JOVEN, LUZ ES LO QUE VEMOS EN LOS DEL ANCIANO"

Victor Hugo.

INDICE GENERAL

	Página
AGRADECIMIENTOS	I
CAPITULOS	III
Introducción	.1
1. Antecedentes	3
1.1. Conceptos y definiciones	6
1.1.1. Psicogeriatría	10
1.1.2. Salud Mental	11
1.2. Alteraciones que se presentan en pacientes geriátricos	13
1.2.1. Aspectos biológicos	13
a) Enfermedades de tipo físico	13
1.2.2. Aspectos psicológicos	15
a) Afecciones de tipo emocional	16
1.2.3. Aspectos sociales	17
a) Relaciones familiares	18
b) Relaciones laborales	20
c) Instituciones de albergue	22
2. La familia como factor importante en el desarrollo de la Salud Mental en el paciente geriátrico	24
2.1. Clasificación familiar	25

a) Modelo de Mc Master	31
2.2. Influencia familiar en las afecciones de tipo físico y psicológico del paciente geriátrico.	35
2.3. tratamientos para el control de las enfermedades del anciano	41
3. Marco legal e institucional para la atención de Salud Mental a pacientes geriátricos	49
3.1. Ley General de Salud	50
3.1.2. Disposiciones para la prestación de servicios de Salud Mental	52
3.2. Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	54
3.2.1. Objetivos, políticas, estrategias y organigrama	56
3.3. Programa del departamento de psicogeriatría	60
3.3.1. Justificación, objetivos, metas y organigrama	61
4. Participación de Trabajo Social dentro del equipo multidisciplinario en el programa de psicogeriatría	66
4.1. Descripción de la situación actual de Trabajo Social	67
4.1.1. Trabajo Social psiquiátrico	68
4.1.2. Objetivo de Trabajo Social psiquiátrico	70
4.1.3. Funciones y actividades	70

4.2. Metodología de Trabajo Social	74
4.2.1. La entrevista en Trabajo Social	76
5. Propuesta de un programa de educación para la familia	79
5.1. Investigación a cerca del conocimiento de los familiares referente a la enfermedad del paciente	80
5.1.1. Aplicación del instrumento de investigación para la elaboración del programa de educación para la familia	80
5.1.2. Discusión de los datos obtenidos	86
5.2. Programa de educación para la familia	91
5.2.1. Cronograma de actividades	97
6. CONCLUSIONES	100
7. SUGERENCIAS	106
8. ANEXO I	108
Proyecto de investigación	109
9. ANEXO II	115
Figuras	116
BIBLIOGRAFIA	125

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

La realización del presente trabajo, tiene el interes de conocer si la influencia de la dinamica familiar en la salud mental del anciano coadyuva para el deterioro o mejoramiento del mismo, considerando que la rehabilitacion del paciente psicogeriatrico no depende sólo de aspectos biológicos y psicológicos; un aspecto muy importante y al que no se le pone mayor atencion es el medio ambiente en que se desenvuelve el anciano, el cual debe de ser favorable, para ello se necesita trabajar con la familia y asi poder reincorporarlo a la sociedad. Siendo imprescindible dicho estudio debido al incremento de la poblacion vieja en el pais, y por la falta de programas adecuados en la atencion de enfermedades del viejo.

En el primer capitulo se dara un bosquejo de los antecedentes del anciano en México; conceptos de envejecimiento, ancianidad, entre otros, mencionando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que antañen al anciano.

El capitulo dos veremos lo relacionado con la clasificación familiar, siendo importante diferenciar las familias de origen y de procreación, para efectos del presente estudio; se presentan algunos fundamentos para determinar la contribución de la familia en los padecimientos del anciano, asimismo se

presentan tres modalidades que se utilizan para la rehabilitación del paciente.

El tercer capítulo expone las bases legales en que se fundamentan las disposiciones de los servicios de salud mental para el grupo de la tercera edad, algunos antecedentes del hospital psiquiátrico, y el programa de psicogeriatría.

El objetivo del cuarto capítulo, es el presentar la situación en que se encuentra el Trabajador Social en el área psiquiátrica, su participación o coordinación dentro del departamento de psicogeriatría.

Como quinto capítulo, se muestra la cedula de entrevista que se aplicó a los familiares de los pacientes psicogeriátricos, además de presentar la propuesta del programa de educación para los familiares.

En el Sexto y séptimo capítulo, se destinaron para las conclusiones y sugerencias del trabajo de investigación realizado.

Finalizando con los Anexos I y II, así como la bibliografía los cuales contienen las figuras de las graficas y el proyecto de investigación, respectivamente.

El lograr una actitud más racional permitira el desarrollo del anciano, para que no se le margine dentro del contexto social, laboral y familiar donde vive.

1. ANTECEDENTES

En el México prehispánico, al iniciarse la forma de vida agrícola y dar una posibilidad sedentaria por contar con una mayor seguridad económica, el promedio de vida se alargo hasta los 35 años, representando los ancianos una excepcional atesoramiento de experiencias que les daba prestigio social.

De acuerdo a los pocos datos que se tienen de los pueblos primitivos, específicamente los aztecas la vida del anciano era compartida con la familia y su comunidad, y que sus experiencias eran ampliamente reconocidas y utilizadas en todos los actos importantes del individuo y del grupo posteriormente a la conquista, el rol socio-familiar del anciano fue modificandose la cristiandad crea las primeras instituciones para dar asilo y atención a invalidos, menesterosos y ancianos.

En el siglo XVI, Gerantino Alvarez organiza el Hospital San Hipólito, mas tarde en el siglo XVII, don Fernando Ortiz fundo la casa de la misericordia en la que atendia a un grupo especial de ancianos mas necesitados. En la etapa de la Reforma, desaparece el pedestal de la iglesia y la atención de los individuos aiosos pasa a ser responsabilidad del Estado, que crea la beneficencia publica.

Al concluir la revolución se inicia una nueva era en la asistencia pero la vejez fue la menos favorecida, debido a que habia pocos ancianos y persistia la estructura de la familia extensa, y todavia el anciano ocupaba un lugar importante. En 1910, se emprendio una campaña en contra de la mendicidad, para

la cual se establecieron organizaciones dedicados a la atención de ancianos sin recursos y que pedían limosna, surge la fundación González Cossío. En el decenio de 1930 se inauguraron nuevos asilos, como el Vicente García Torres, y se establecen las funciones del Arturo Mundet.

En la década de los 40' y 50' los ancianos fueron definidos como un grupo problema, con la imagen estereotipada de que se trataba de personas pobres, enfermas, aisladas o desoladas, que requerían ayuda y cuyo denominador común era el deterioro. En 1979, el Estado Mexicano reconoce que había un número creciente de personas de edad avanzada desamparadas, debido a lo cual se decide crear el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN).

Es indispensable adentrarse ya en el presente y futuro en los comienzos del siglo XX en los países más desarrollados sobrepasa el promedio de vida de los 70 años, así Suecia y Noruega ocupan el 1o. y 2o. lugar respectivamente, con un promedio de 75 años; seguidos por Japón, países bajos y Dinamarca, con un rango de 74 años, otros países con menor desarrollo económico se encuentran por abajo de este promedio, pero muy cerca de alcanzarlos.(1)

¹ DEMAC. Servicio de salud para el anciano en México, (Medicina y
Salud, 1990), 21.

México no escapa a la problemática que plantea, en su alcance mundial, el aumento progresivo de la expectativa de vida y el incremento en el número de ancianos dentro de su composición demográfica. La esperanza de vida ha aumentado desde 1930: se estima que, para el año 2000 será de 66 a 68 años en el hombre, y 72 en la mujer. El número de ancianos en México ha sido así: en 1950, teníamos 1'400 mil; para 1980, teníamos 4 millones; en los años 90, 5'500 mil y la proyección para el año 2000 es de 7 millones de mexicanos que tendrán más de 60 años. (2)

1.1. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado que un individuo en proceso de envejecimiento es aquel que por razón de sus años se encuentre cerca de lo que las estadísticas vitales de la sociedad consideran la cifra tope en la esperanza de vida, que es de 60 años, aunque por otra parte la concepción del envejecimiento dependerá de la época, lugar, actividad y necesidades de cada cultura.

Ante todo se necesita establecer conceptos de envejecimiento, se puede definir como "el resultado de una continua interacción entre el organismo y los cambios biológicos, psicológicos y sociopsicológicos presentes en todo ser". (3)

² M. Krassolevitch, A. Canetti, Gerontopsiquiatría, (2a Época,

Vol. 2, No. 1, 1986), 10.

³ J. Alvarez Gayóu, Elementos de sexología, (Ecro, 1974), 18.

Otros autores varían en su definición.

"Es una pérdida progresiva, irreversible, de la eficiencia funcional del mismo modo que podemos afirmar, arbitrariamente, que comienza a los 75 años porque hacia esa edad es cuando en nuestro medio, casi todos los individuos muestran ciertos signos o síntomas de vejez". (8) (sic)

Estas definiciones nos presentan un año cronológico, para determinar el envejecimiento, sin embargo al analizarlos se determino establecer bajo nuestro criterio una conclusión propia, la cual se considera al envejecimiento como una parte genéticamente determinada del ciclo de vida, la cual puede ser modificada por factores ambientales, culturales y sociales.

Existen diversas teorías para definir cuando y porque se da el proceso de envejecimiento; sin embargo, de acuerdo con los últimos descubrimientos, es posible afirmar que la duración de vida está controlada por un mecanismo genético y que para el ser humano la duración máxima de vida puede fijarse alrededor de los 100 años.

Se afirma que no está en relación con cierto nivel de gasto energético, sino que sobreviene cuando ha llegado a su término un programa determinado de crecimiento y maduración de los

⁴N. Zimberg Norman, Op. Cit. 79

órganos componentes del cuerpo. Otras teorías señalan la presencia del deterioro intelectual en el viejo, aunque es preferible hablar de cambios, palabra que no tiene la misma connotación de decadencia que nos sugiere la primera.

Ahora bien el envejecimiento desde el punto de vista social corresponde a la capacidad del sujeto para realizar los roles sociales que les son requeridos.

El envejecimiento es una parte integral del desarrollo biológico, que se va dando a través de etapas: Infancia, Niñez, Adolescencia, Adultez temprana, Edad media y Vejez.

Existe una gran variedad de términos que se designan a las personas de la etapa senil, dentro de las cuales encontramos: Senecto, Longevo, Provecto, Anciano, sin omitir las más comunes que se mencionan en nuestra cultura, las cuales implican un cierto desdeño por parte de generaciones más jóvenes, como son; Viejo, Veterano, Añejo, Caduco. A continuación se expondrán algunas definiciones, las cuales serán repetitivas en el transcurso del trabajo.

Senectud:

"Envejecimiento biológico normal".(5)

⁵C. Delgado, Trabajo Social y vejez, (Hvmanitas, 1990), 127.

Ancianidad:

"Es un estado del organismo en el cual el deficiente funcionamiento disminuye la capacidad de compensar la distorsión y recuperación, es irreversible y que conduce por último a la muerte".(6)

En la actualidad se ha venido generando nuevos conceptos, menos hostiles que han sido dictaminadas por instituciones como el INSEN, DIF, entre otros y son más fáciles de identificar por la población en general, a este conjunto de gentes se les denomina de la tercera edad. Los pacientes ancianos que son atendidos por padecimientos mentales en hospitales psiquiátricos, se les designa pacientes geriátricos.

Se le ha denominado paciente geriátrico a aquella persona mayor de 59 años que presenta no solo las llamadas psicosis orgánicas, sino que comprende toda una gama de entidades nosológicas; según V. A. Karl. (7)

Un aspecto interesante y polémico se ha planteado en los últimos años, en torno a la atención gerontopsiquiátrica en hospitales generales, se estima que un 30% de los pacientes hospitalizados por problemas médicos o quirúrgicos son mayores de 65 años, y que el 40 o 50% de ellos presentan, en algún momento de su

⁶ N. Zimberg Norman, Op. Cit. 84.

⁷ H. P. Von Hahn, Op. Cit. 275

internamiento síntomas mentales, en específico, demencias, trastornos depresivos o de ansiedad. Por lo cual se presume de suma importancia tener en cuenta la definición del paciente geriátrico por la necesidad de referirnos constantemente a ella.

1.1.1. Psicogeriatría

En las últimas décadas se ha puesto énfasis en las áreas de investigación, asistencia y enseñanza de temas en medicina geriátrica dentro de la cual se encuentra la psicogeriatría; hace 15 años la posibilidad de crearse dichas unidades presentaba una utopía, concretándose a figurar en materiales didácticos de la especialidad. En la actualidad se ha dado la interacción de dos disciplinas para poder formar lo que se denomina Gerontopsiquiatría.

La Gerontopsiquiatría conjunta precisamente la rama de la psiquiatría y de la geriatría, es decir se dedica a estudiar las enfermedades y alteraciones mentales del viejo.

La ancianidad como la adolescencia, es un término difícil de definir en función de los años del calendario. En general se considera que la vejez empieza a los 75 años, esto es aceptado a grandes rasgos, como la edad del retiro obligatorio.(8)

8. H. Carroll, Higiene mental, (Cecoa, 1990), 126.

Se considera, que no debería de manejarse ningún año cronológico definido establecido como el momento en que comienza la ancianidad, en parte, debido a que existen grandes diferencias individuales y también porque el envejecimiento es un proceso gradual. Sin embargo debemos asumir el parámetro de la edad para unificar criterios tanto de investigación como de servicios entre otros.

1.1.2. Salud Mental

De acuerdo a la infancia que se tuvo se va a comenzar a formar un estado de salud mental es decir, entran en la misma, la situación económica, social y familiar o conyugal (la protección el amor, la seguridad, la estimación y libertad del niño). Todo ello condiciona elementos importantes en la estructura de la personalidad al llegar a la edad adulta.

La dinámica del ser humano es alterada en proporción a la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades, sean estas biológicas, psicológicas o sociales, es decir la salud mental no puede verse aislada de lo que es la salud general del individuo, la salud en general se encuentra ligada con el proceso de desarrollo del hombre, que en su lucha por lograr mejores condiciones de vida ha considerado a la salud como un valor social muy importante.

La OMS define a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad"⁽⁹⁾ Dentro de este contexto se debe tener muy claro la definición de higiene, salud y enfermedad mental, ya que es fundamental para la comprensión del estudio.

Higiene mental:

Se define como "el conjunto de precauciones y de medidas destinadas a mantener el equilibrio psíquico, a prevenir los desórdenes mentales y a facilitar la adaptación de los sujetos a su medio respectivo"⁽¹⁰⁾

Es decir es un conjunto de actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental; cuyo objetivo primordial es que las perturbaciones crónicas puedan evitarse.

Salud mental:

"Se entiende como un estado de bienestar emocional producido por la adaptación del individuo a la realidad externa e interna, y que tiene como manifestación la capacidad de establecer buenas relaciones interpersonales productivas y estables"⁽¹¹⁾

⁹ F. Ortiz Quezada, Salud en la pobreza, (Nueva Imagen, 1982), 18.

¹⁰ R. Tocaven García, Higiene mental, (Edical, 1977), 17.

¹¹ *Ibid.*, 18.

Enfermedad mental:

Las enfermedades mentales no son "entidades anatomoclínicas" sino forma de existencia o de conciencia patológicas, que se distinguen y definen por su fisonomía clínica, su estructura y su evolución. (12)

1.2.2. ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN EN PERSONAS GERIATRAS

1.2.2. Aspectos Físicos.

En el proceso normal del envejecimiento en un individuo se caracteriza por una serie de cambios que se van dando en la mayor parte de su vida. Dichos cambios afectan la composición celular y la capacidad de crecimiento, pero también otras partes y funciones del organismo, la transformación de estos organismos seguramente están relacionados con los mismos que producen las enfermedades, unas de poca duración, otras crónicas de larga duración y que pueden llegar a provocar la muerte.

a) Enfermedades de Tipo Físicos

Las enfermedades que afectan a la población mayor de 60 años en general, sin que presente algún trastorno mental son: (13)

¹² P. Lemkau, Higiene mental, (Fondo de Cultura Económica, 1972), 19.

¹³ Ed. Coudry, El cuidado del paciente geriátrico, (Prensa Médica Mexicana, 1962), 401.

- Arteriosclerosis.- Es la responsable de la mayoría de las formas de enfermedad arterial degenerativa, su frecuencia aumenta con la edad.

- Demencia Senil.- Pérdida progresiva y rápida de las facultades intelectuales originando dificultades de concentración y de atención.

- Enfermedad de Alzheimer.- El enfermo está inquieto e impaciente, presenta cefalea, insomnio, el lenguaje se torna difícil e ininteligible se relaciona con pérdida de neuronas, se reduce el riego sanguíneo cerebral ocasionando graves problemas neurológicos como la demencia.

- Enfermedad de Pick.- Síndrome cerebral crónico que se manifiesta con la pérdida de la memoria, dificultad para pensar y concentrarse, embotamiento de las emociones.

- Neumonía Lipóide.- Es una neumonía por aspiración asociada al empleo de medicamentos oleosos (que contengan aceite), y pueden producir fiebre, tos, pérdida de peso, sudores nocturnos.

- Bronquitis.- Se caracteriza por fiebre, tos productiva de larga duración.

- Diabetes Mellitus.- Complicaciones en el metabolismo alterado hiperglucemia debido a la deficiencia absoluta de la secreción de insulina que regula la glucosa de la sangre.

1.2.2. Aspectos Psicológicos

Cuando el anciano ha sufrido una pérdida neuronal como parte del proceso normal del envejecimiento, además de los factores fisiológicos, el anciano es menos resistente a la tensión psicológica de los cambios emocionales o sociales.

Los trastornos mentales son más frecuentes en los viejos que padecen una enfermedad física porque debido a su incapacidad para trasladarse solos de un lugar a otro siendo más difícil adaptarse a las convivencias familiares, presentándose cierta soledad que puede desencadenar una serie de trastornos mentales. Hay ciertos cambios mensurables en relación con determinadas capacidades psicológicas como son:

La capacidad intelectual, disminuye en los últimos periodos de la vejez por la degeneración de las estructuras nerviosas, por ello las condiciones de aprender y recordar, se vuelven notoriamente ineficaces. A medida que pasa el tiempo, las personas de edad se enfrentan con problemas al tratar de aprender nuevos hábitos modificarlos o integrarlos con otros nuevos.

En cuanto a la actividad psicomotora, los ancianos suelen reaccionar con lentitud, disminuye la velocidad de sus movimientos quedando restringidos a lugares privados, lo cual trae como consecuencia que se sientan aislados e incapacitados para mantenerse en contacto con la familia o la comunidad, siendo elementos que generan depresiones, angustias, y temores.

a) Afecciones de Tipo Emocional

Por lo tanto, los fenómenos psicológicos que con mayor frecuencia aparecen en el viejo son:

- Ansiedad.- Es un fenómeno psicológico que no es influido por una amenaza externa clara y tangible, es decir el peligro que se percibe es interiormente aunque no es conocida conscientemente. Las personas describen una sensación de desamparo, ya que su papel en la sociedad se va perdiendo, por lo que se le aísla, y en muchos casos se le rechaza.

- Depresión.- Es un estado emocional que va acompañado habitualmente de disminución de la actividad, cuya característica son los sentimientos de tristeza, soledad, aislamiento, y desaliento síntomas de pérdida de interés y confianza, fatiga, insomnio, dificultad en la concentración mental, descuido de la apariencia.

Lo que lleva al anciano a este estado de depresión son, la pérdida de un ser querido, pérdida del empleo, disminución de la propia estimación, la pérdida de salud.

- Hipocondría.- Se presenta con mayor frecuencia y consiste en una preocupación obsesiva por el cuerpo o por una parte del mismo, se cree que está enfermo o que no funciona adecuadamente; presentando manifestaciones de dolores de cabeza, falta de memoria, ausencia de concentración, irritabilidad insomnio, presencia de temores a enfermar.

1.2.3. Aspectos Sociales

Se puede decir que el problema al que se enfrentan los viejos radica en la dificultad de conciliar al mundo actual, una vida con nuevos modos de pensar y de vivir que tienen las generaciones más jóvenes, esto da lugar a una progresiva incompreensión del anciano.

Es necesario examinar la realidad en que se está viviendo dentro de la sociedad mexicana y el lugar que se les asigna a los ancianos, siendo una sociedad urbana el valor que más se utiliza y que se considera de mayor importancia, es el de la productividad, por ello es el rechazo al anciano que ha dejado de ser productivo, estos son catalogados como factores de

consumo, improductivos y por lo tanto un estorbo social cuya característica de la vejez es que gran parte de su existencia se ubica fuera de su círculo de producción, puesto que se le ubica como un grupo marginal.

La sociedad no toma en cuenta la creatividad; el anciano quizá ya no tiene esa capacidad psicomotora por lo que se piensa que ha entrado a una clase pasiva y que se ha transformado en alguien inútil, pero toda esa experiencia que nos puede transmitir, esa reflexión de la vida, no son reconocidas.

Estas situaciones sociales llevan al anciano a incrementar la dependencia con su familia, si bien existen algunas personas pensionadas, habitualmente es insuficiente para su subsistencia personal.

a) Relaciones Familiares

La familia es considerada como el grupo primario, constituido por personas que interactúan sobre la base de los lazos de parentesco además de la vivienda que comparten en común; es en este grupo donde la persona manifiesta características, físicas y psicológicas de manera espontánea, la participación de la familia es importante ya que según sea su apoyo puede contribuir a inhibir el desarrollo personal; o por el contrario favoreciéndolo de forma decisiva.

En la actualidad es frecuente encontrar que la familia que tiene un anciano en su hogar, estén pasando por un desequilibrio por el hecho de que no existe comunicación, respeto, protección, tolerancia, lo que conlleva a la separación del anciano de la familia. Anteriormente, los ancianos tenían funciones claras que cumplir dentro de la economía hogareña, sobre todo en la formación de las nuevas generaciones: En el presente dicho cargo se ha remplazado por instituciones como son: guarderías, escuelas, etc. Esta ruptura lo conduce al aislamiento y sentimiento de soledad que en un momento dado tiene consecuencias afectivas emocionales, que trastornan y afectan su personalidad.

Estos nuevos servicios educativos (guarderías, escuelas, etc.) para los miembros jóvenes de la familia, ha dado como resultado que al anciano se le limite seguir siendo útil, perdiendo su valor e importancia, considerando que debe de existir conocimiento teórico de la Geriatria y Gerontología, para que la familia y sociedad tengan noción de la amplia gama de problemas que se presentan en la vejez y modificar las condiciones en que vive permitiéndole realizar actividades domésticas, recreativas, manuales, etc; que no excedan su capacidad, evitando ser excluidos del ámbito familiar.

b) Relaciones Laborales (Jubilación)

Dentro de un sistema de producción capitalista, se mide el valor de las personas por su producción, este énfasis en el valor de producción constituye una de las razones por las que la mayoría de las personas temen a la vejez, sintiendo cierta aflicción al momento de jubilarse.

la inactividad a la que se encuentran sujetos la mayoría de los ancianos ha dejado de ser un mero conflicto familiar para presentarse como un verdadero problema, pues existe un crecimiento porcentual muy importante, estamos hablando "del 43% de la población mayor de 60 años, es económicamente inactiva, incluyendo un incremento hasta del 50% de ancianos que no cuentan con suficientes recursos económicos y por lo tanto dependen de de sus familiares". (14)

Creando situaciones caóticas que afectan factores patológicos y sociales, es decir la falta de recursos económicos no permiten el pago de servicios de salud adecuados, acrecentando enfermedades en los ancianos y desequilibrios emocionales en la familia; que en determinado momento desamparan y abandonan al anciano, coadyuvando al crecimiento de la población en asilos,

¹⁴ GEMAC, Op. Cit. 22.

centros de protección social u hospitales y en casos extremos, deambulando por las calles.

Si al individuo no se capacita física y psicológicamente - en caso de que sea necesario - se verá retrasado en los procesos de percepción y respuesta, ahora bien lo más idóneo sería que el anciano realizara actividades que le guste desempeñar, esto sin duda es un privilegio para la vejez.

En algunos estratos se ha determinado que el comienzo de la vejez es la jubilación, sin embargo tal como lo subraya Fuentes Aguilar (1978), "Senectud y Jubilación son dos procesos diferentes que no deben confundirse, la primera es parte del ciclo vital, que corresponde a un proceso complejo de orden Biológico, Psicológico y Social, en tanto que la segunda se refiere al individuo como ser social".(15)

La vejez implica un desmejoramiento físico mas rápido y un aumento de enfermedades crónicas, para el varón supone la cesación del trabajo y con ella la pérdida de los estímulos que ofrece una responsabilidad cuyos ingresos familiares suelen disminuir, precipitando problemas de alojamiento y otros relacionados con la situación económica.

¹⁵ M. Krasovitch, Psicoterapia geriátrica, (Fondo de Cultura Económica, 1973), 48.

Se tiene conocimiento de que los movimientos físicos son lentos y las percepciones deficientes, así como dicha disminución es rápida y progresiva. Sin embargo existe un claro ejemplo de la capacidad de los viejos en trabajos técnicos industriales, se demostró que durante la Segunda Guerra Mundial, cuando aumentó el trabajo se obligó a admitir individuos de más edad que la que se había empleado en periodos industriales menos apremiantes. (16)

c) Las Instituciones de Albergue

En México las instituciones de custodia, o de confinamiento* que reciben sujetos ancianos por temporadas prolongadas son en primera instancia los asilos para ancianos, además de que existen algunos hospitales psiquiátricos que les aceptan bajo costos elevados.

La mayoría de los ancianos recluidos en las casas hogares viven este confinamiento debido a que sus familiares lo consideraban un estorbo dentro del marco familiar, o bien por razones de tipo económico. (17)

¹⁶ P. Lemkau, Op. Cit. 394.

¹⁷ M. Krassolevitch, Op. Cit. 52.

* El término "confinamiento" equivale al de "destierro".

Sucede a menudo que la familia con la cual convive no tolera la presencia del anciano dentro del espacio de las moradas urbanas, se generan conflictos en el núcleo familiar, que culmina con el confinamiento del viejo, siendo superior la población que es forzada a ingresar al asilo, lo cual nos marca que después de un año dentro de la institución, la mitad ha muerto o bien muestra un grave deterioro.

**2. LA FAMILIA COMO FACTOR IMPORTANTE EN EL DESARROLLO DE LA
SALUD MENTAL EN EL PACIENTE GERIATRICO.**

Mucho se ha hablado en relación con los problemas de salud mental de los niños, jóvenes, y adultos. pero muy poco se ha cuestionado a cerca de los padecimiento mentales en ancianos, quizá porque se considera que es un grupo al cual no se le puede rehabilitar.

Sin embargo hay que tomar en cuenta lo relacionado con la clasificación de los parientes con los cuales cotidianamente convive el anciano, y saber en que medida y como se controla la enfermedad del paciente que requiere de una atención adecuada.

2.1. Clasificación Familiar.

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad; el hombre, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere siempre de participación y movimiento dentro de diferentes grupos en su vida diaria. Esto es, desde el nacimiento hasta la muerte realizamos nuestras actividades dentro de conglomerados, como la familia, el trabajo, la escuela, entre otros.

Es evidente que el grupo primario, en la medida que responde a necesidades que trascienden al grupo, tiende a institucionalizarse. La familia cobra importancia desde el punto de vista sociológico, al derivar de la relación primaria

afectiva, volitiva y racional, un sentido trascendente de las funciones familiares como institución social.

Respecto al origen de la familia algunos autores refieren que la familia responde a las llamadas "exigencias básicas de nuestra naturaleza humana", que plantea necesidades de desarrollo biológico, psicológico y social:⁽¹⁸⁾

1. Búsqueda de protección y seguridad
2. Dialéctica entre el impulso imitativo y asimiliativo por un lado, y el creativo e innovador, por el otro
3. Impulso de confianza y seguridad afectiva (incluyendo lo erótico)

Según Lynton, en su artículo sobre Historia Natural de la Familia, han existido numerosas especulaciones sobre la evolución de la familia, siendo posible que no haya habido un solo tipo de evolución, sino varios y que si bien es probable que se hayan dado formas poligámicas o poliándricas, según el balance o promedio de hombres y mujeres en una cultura, lo más seguro es que la mayoría de los tipos de familia que responden a dinámicas básicamente distintas:

"La familia conyugal (nuclear) fundada en la continuidad de relaciones sexuales en función de los lazos conyugales de los

¹⁸ L. Leñero, La familia, (Edical, 1970), 45.

cuales se derivan los descendientes inmediatos. Es un grupo compuesto por adultos de ambos sexos, los cuales viven bajo el mismo techo y mantienen una relación sexualmente aceptada, que incluye a los hijos procreados o adoptados por dichos cónyuges.

Y por otra parte, la familia consanguínea (extensa) considerada como una creación social, está constituida por un grupo más o menos amplio en el que predominan las normas derivadas del parentesco consanguíneo (padres, hijos, parientes colaterales, etc.)

También es preciso hacer una distinción entre la familia de origen u orientación, que es aquella en la que se nace y crece; de la familia de procreación, que es la que fundamos al unirnos a nuestra pareja conyugal. Del mismo modo existe una gran variedad de tipos familiares en función de su estructura, número de hijos, edades, predominio de los sexos, nivel educacional, económico, grado de urbanización, etc. (19)

Siguiendo los postulados de la Teoría General de los Sistemas se considera que la familia no debe ser entendida únicamente en función de las personalidades de sus integrantes, sino que también y en gran medida hay que tomar en cuenta las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen.

¹⁹ Ibid., 55.

Es decir, "la familia constituye un sistema abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo"(20)

Al conjunto de funciones que organizan la manera como interactúan los miembros de la familia se le llama estructura familiar.

Existen algunos parámetros a los cuales se recurre para saber en donde el grupo familiar entra en disfuncionalidad o se encuentra centrado en la funcionalidad: Jerarquía o Autoridad, Límites, Alianza, Centralidad o Territorio.

Jerarquía: Todo sistema está jerarquizado y en la familia la autoridad se distribuye en varios niveles y se manifiesta en diversas formas en cada contexto

Límites: Estas son reglas que definen quienes y como participan en los convenios interpersonales; es decir el límite será la frontera imaginaria que divide los roles particulares de padres e hijos en los cuales se definen los derechos y obligaciones de los mismos.

20 J. Saucedo, Psicoterapia familiar. El enfoque estratégico-estructural, (I. F. A. C. 1981), 54.

Alianza: Se llama así a la asociación, abierta o encubierta, entre dos o más miembros de la familia, tomándose como funcional cuando se dan dichas alianzas entre miembros de la misma generación, cuando las alianzas son rigidamente persistentes o entre miembros de diferentes generaciones cuyo objetivo es perjudicar a un tercero, se le denomina asociación patológica.

Territorio o Centralidad: Se refiere al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto, es decir la atención que dentro de la familia tienen los padres e hijos.

Mucha gente cree que es fácil distinguir a las familias mentalmente sanas de las mentalmente enfermas, siendo esta distinción relativa y no absoluta, para ello se debe de partir del concepto de salud, desde el punto de vista dinámico nos señala el "equilibrio armónico y adecuado de las funciones del individuo que le permite un desarrollo óptimo de sus potencialidades; y desde un criterio clínico, se enfatiza en la ausencia de enfermedades".(21)

²¹ O. Zuk, Op. Cit. ds.

Ahora bien, para propósitos prácticos, se denotará que las familias enfermas son aquellas que con frecuencia fracasan en el cumplimiento de sus funciones familiares esenciales, como la comunicación, individualidad, toma de decisiones, entre otras.

"Dentro del sistema familiar actúan fuerzas tanto positivas como negativas determinantes del buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de dinámica familiar y le atribuyó un papel primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar". (22)

Es preferible descartar los calificativos "normal" o "anormal" para referirnos a la dinámica de la familia, pues si los criterios para definir la normalidad psicológica del individuo son controvertidos, la naturaleza del sistema familiar hace imposible determinar con precisión esos parámetros. Por lo cual es más acertado y práctico referirnos a la "funcionalidad" o "disfuncionalidad".

Para poder emitir una impresión diagnóstica nos auxiliaremos de ciertos aspectos teóricos señalados, algunos estudiosos de la familia (Epstein N. Baldwin - 1983) han propuesto un modelo de evaluación cuyos parámetros nos dan una visión panorámica de la familia como sistema.

²² Ibid. es

Gula de Mc Master

Este modelo a través del tiempo ha sufrido una serie de cambios y de parámetros; quedando actualmente 6 parámetros:

1. Solución de problemas
2. Comunicación
3. Roles
4. Expresión de afectos
5. Involucramiento afectivo
6. Control de conducta

A continuación revisaremos cada uno de los parámetros y los aspectos que se contemplan en ellos, los cuales nos indicarán que tan funcional o disfuncional es una familia. (23)

1. Solución de problemas

Este elemento es de gran importancia, ya que cuando se quiere resolver un problema lo conveniente sería, identificarlo, dar alternativas, determinar quién toma la decisión, como se ejecutan las alternativas y cuales los resultados.

Al observar que la familia efectúa todos y cada uno de esos elementos o la mayoría significa que tiene mayor probabilidad de solucionar su conflicto.

²³ Ibid, 78.

2. Comunicación

Todo ser humano se comunica con gestos, palabras etc, la comunicación puede ser verbal y no verbal, instrumental y afectiva.

La comunicación verbal, es aquella que se establece con palabras, la no verbal es enviada a través de actitudes o conductas. La comunicación instrumental, se refiere a los aspectos físicos o materiales; la comunicación afectiva se relaciona con los aspectos emocionales.

Por lo anterior para que la comunicación sea funcional debe de ser clara, directa, congruente, confirmada y retroalimentada, hay que tomar en cuenta que la familia que no se expresa verbalmente, simplemente con su silencio ya están comunicando algo, que puede ser malestar o bienestar.

3. Roles

Son las funciones o conductas que se asignan a una persona, estos pueden ser múltiples, el hijo puede desempeñar varios papeles como el de padre, hermano, tío, etc.

Las características de un rol funcional:

- Flexible
- Aceptable

- Complementario
- Satisfactorio
- Claro

Elementos de disfuncionalidad:

- Ambigüedad
- Rivalidad
- No aceptación
- Rigidez
- Inversión

También existen dos tipos de roles, los instrumentales y emocionales, por ejemplo al padre se le identifica con el primer tipo y a la madre con el afectivo, sin que esto quiera decir que sean estáticos los roles, sin embargo en nuestra época moderna la mujer ha desempeñado un papel importante dentro de la población económicamente activa, lo cual de alguna manera provoca un reajuste de roles en hombres e hijos.

4. Expresión de afectos

Estas vendrían siendo las emociones de malestar o bienestar; el conocer cómo y cuáles son los afectos que se expresan en la familia es lo que permitirá conocer qué tan satisfactoria es la vida dentro de la misma.

5. Involucramiento afectivo

El tipo de involucramiento afectivo de la familia dependerá de la etapa del ciclo vital que están cursando, tanto el individuo como de la familia y como el medio ambiente dentro de esta.

Es decir no puede haber un mismo tipo de involucramiento afectivo entre los padres e hijos, cuando los últimos son lactantes o preescolares, que cuando son adolescentes o adultos, puesto que en ese momento se requiere de cierta autonomía.

6. Control de la conducta

Se refiere a la situación de quien controla la familia; dentro de nuestra cultura se presenta la característica de que en una familia nuclear los padres son los que ejercen el control, pero existen casos en que ese control se delega a los hijos mayores, el cual puede funcionar de manera óptima pero también se puede volver difícil sin el apoyo de los padres por el ejercicio de éste control, se pierde el manejo de la disciplina.

Los tipos de control son:

Rígido

Flexible

Laissez-Faire

Caótico

2.2. Influencia familiar en las afecciones de tipo físico y psicológico del paciente geriátrico.

El progresivo deterioro de la salud que se observa en los ancianos se hace más evidente en sus alteraciones cardiovasculares, mentales, odontológicos, digestivos, visuales, etc.

Cabe señalar, cuales son las diferencia entre las patologías ligadas al envejecimiento como las demencias y aquellas que se presentan por trastornos mentales tal es el caso de la Neurosis, Psicosis, Esquizofrenia, Depresiones etc. Las cuales se presentan en cualquier etapa de la vida.

La mayor parte de las personas al envejecer se vuelven lentas, rígidas y tienden a sentir dolores en las articulaciones y debilidad muscular, asimismo con la pérdida de los sentidos auditivos y visuales se sienten desplazados como consecuencia de la falta de contacto, en ocasiones sufrirán de alucinaciones y tenderán a volverse paranoicos y a pensar que todo el mundo habla mal de ellos.

También presentan cambios en su personalidad, una persona dominante y sensible puede volverse exigente o de trato difícil, estos extremos conducen a la introversión y al

aislamiento de los que los rodean, la irritabilidad es en ocasiones la forma como el anciano trata de vencer su inseguridad y por lo que él toma por falta de consideración en los demás.

La armonía de un hogar depende de la actitud de los miembros jóvenes de la familia, la comprensión y tolerancia son esenciales para un desarrollo normal en el anciano.

Los trastornos mentales a excepción de las psicosis orgánicas son "aprendidos" no son transmitidos genéticamente, aunque se heredan ciertas potencialidades o factores de propensión; la conducta neurotica y psicótica se transmite familiarmente.(24)

La herencia social de una persona es tan importante como la herencia biológica, el tipo de familia en que uno se cria y el ámbito cultural en que uno se desarrolla, tienen mucha fuerza para determinar si uno ha de desarrollar una estructura personal normal o anormal.

Una clara percepción de lo que se ha mencionado anteriormente se ilustrara mediante un cuadro sinoptico:(25)

²⁴ S. Hooker, Una vejez feliz a la que todos tendríamos que llegar. (Medica, 1991), 250.

²⁵ B. ch. B o seim a n, Ne u rosia y Psicosis. (La Prensa Médica Mexicana, 1964), 2.

CUANDO EXISTEN

Cualidades hereditarias como inteligencia, cualidades físicas, energía, y capacidad de adaptación.

SON SOMETIDAS A

Conflictos infantiles originales por el medio ambiente como falta de aceptación, hostilidad, obstáculos, al proceso de maduración.

ESTAS DIFICULTADES
CONDUCEN

Al desarrollo de mecanismos de defensa rígidos, como retraimiento, proyección, sobrecompensación (formación reactiva)

QUE SOMETIDOS MAS
TARDE A

Situaciones agudas de esfuerzo y de tensión, pueden fortalecer las tendencias reprimidas o debilitar la capacidad de represión y

PUEDEN DAR ORIGEN A UNA NEUROSIS O A UNA PSICOSIS

Las Neurosis, son trastornos de la personalidad, y sus diversas formas son las siguientes:

Ansiedad, hipcondriaca, histérica, obsesivo - compulsivo, somatización, depresiones, aquí nos centraremos principalmente a este trastorno por ser el más frecuente y el cual se detectó mediante el estudio.

Son varios elementos que toman parte en la producción de un cuadro depresivo, mencionaremos cuatro factores importantes de vulnerabilidad:

- a) Factor Genético- Hereditario
- b) Factor Psicológico- Predisposición y ciertos rasgos de la personalidad
- c) Factor Biológico- Problemas físicos, como infecciones, enfermedades crónicas, o la administración de algunos medicamentos
- d) Factor Ambiental- Acontecimientos estresantes de la vida, problemática relacionada con el trabajo, finanzas, relación familiar.

Las Psicosis, son perturbaciones psíquicas caracterizadas por la percepción distorsionada de la realidad, son de mayor gravedad que la neurosis. Es común que el enfermo psicótico sea incapaz de darse cuenta que su mente se encuentra trastornada.

Psicosis esquizofrenica, en este grupo se incluyen las que aparecen por primera vez en las edades preseniles y senil, en parte son diferentes a las que se presentan en edades anteriores, se caracteriza por una disosación entre el individuo y el ambiente, entre la disgregación de la personalidad y debilitamiento afectivo.

Estado parafrenico, catatonico, maniaco; alcoholismo, delirium tremens, son las consecuencias del daño cerebral causado por el alcohol y por la mala nutrición, puede pasar de un estado de miedo violento, a uno de excitación y alucinación visual o de caracter terrorífico, en ocasiones se conjugan todos los estados antes mencionados. En estas situaciones en donde el trastorno está demasiado avanzado, la psicoterapia se dificulta por la intensidad de la dependencia del sujeto y la violenta necesidad de negarla.

Ahora bien, la posibilidad de que todos los seres humanos con el paso de los años nos vamos tornando algo demenciados, es general, mas no al grado de que esto interfiera con nuestra vida cotidiana; podemos citar a grandes personajes que sobrepasaron los 75 año, Picasso entre otros, que siguen ejerciendo sus profesiones hasta el momento de su muerte.

Así nos encontramos, que la senescencia o envejecimiento es, pues una etapa de la vida, la tercera después de la edad del crecimiento y de la edad adulta.

Previamente había hecho referencia a los trastornos mentales mentales funcionales, sin embargo, en el desarrollo de este apartado, enfocaré a los trastornos mentales de tipo orgánico.

La demencia es el principal trastorno del paciente con lesiones orgánicas que se caracteriza por el declinar progresivo de sus facultades y se acompaña de una decrepitud física en diversas etapas, pero generalmente después de los 65 o 70 años, en los que se manifiesta el proceso de atrofia cerebral senil.

La demencia senil ha aumentado a medida que se incrementa la longevidad. La medicina y la higiene no consiguen todavía preservar a los individuos contra los procesos degenerativos propios del envejecimiento.

En parte por las condiciones de la vida moderna especialmente en las ciudades, que han vuelto a las familias cada vez menos tolerantes con respecto a sus ancianos más o menos deteriorados. Su evolución se hace progresiva en algunos años hacia la demencia intelectual.

Las personas que conviven con alguien que tiene una enfermedad demencial, y que muchas veces sabe que su enfermo ya es incapaz de valerse por sí mismo, no recibe el apoyo y comprensión de familiares y amigos, quienes no pueden darse cuenta del problema. Los roles, las responsabilidades y las expectativas dentro de la familia, cambian cuando uno de sus miembros se enferma.

Un desarrollo favorable desde la infancia hasta la madurez es aquel en que las demandas exteriores de adaptación en ningún momento son mayores a la capacidad del individuo para afrontarlas.

2.3. Tratamientos para el control de las enfermedades del anciano.

El papel de los ancianos en la familia ha cambiado totalmente, puede decirse que las nuevas generaciones los rechazan y que ha disminuido notablemente su influencia en las decisiones que se toman. Con frecuencia padecen trastornos del comportamiento como tendencia al pesimismo, desinterés general tendencia al aislamiento, los psiquiatras consideran que estos cambios son propios de un proceso normal de adaptación a una situación difícil y desagradable, por lo que no le proporcionan al anciano ningún tratamiento.

Los tratamientos deben comenzar en seguida, cuanto más viejo sea el paciente menor será la probabilidad de éxito, también si es más grave, menor será la probabilidad de un tratamiento eficaz.

John Rolland, señala que en las distintas características de las enfermedades, así como en los diferentes requerimientos de sus tratamientos es importante distinguir, si la enfermedad aparece en forma progresiva o aguda. En el caso de la primera la familia dispone de cierto tiempo para reajustar sus estructuras, su distribución de papeles y echar a andar sus mecanismos de solución; no sucede así en las familias en que aparece una enfermedad aguda, en la que tiene que lograr ese mismo ajuste en un tiempo más corto y por lo mismo con mayor tensión. Asimismo se debe de tomar en cuenta el tipo de capacidad en el área cognoscitiva o en el área sensorial.

Enfermedad aguda: Se caracteriza por síntomas cuya yuxtaposición u organización permiten prever su carácter transitorio. Se trata de crisis, accesos o episodios más o menos largos que, ciertamente, pueden reproducirse pero que presentan una tendencia natural a la remisión e, incluso a la "restitutio ad integrum". (26)

²⁶ E. Henry, Tratado de psiquiatría, (Masson, 1960), 204.

Enfermedad crónica: La caracteriza el presentar espontáneamente una evolución continua o progresiva (sic) que altera de manera persistente la actividad psíquica según su grado de potencialidad destructora, pueden distinguirse dentro de este grupo: las neurosis, las psicosis esquizofrénicas y finalmente las demencias. (27)

La aparición de enfermedad crónica o terminal en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio en su entorno, que está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo, que requiere ser atendido, cuidado, medicamentado. Se producen cambios bruscos en las interacciones familiares dificultando la posterior rehabilitación del paciente.

Algunos tratamientos dependiendo de la edad del paciente, pueden ser administrados por el mismo, en otros casos se requiere de otra persona o acudir al hospital.

Las modalidades de tratamiento que se utilizan son 3, se pueden emplear en forma combinada o individual: Medicamentos, Psicoterapias y Electroconvulsivos.

En los medicamentos psicotrópicos, se concentran todos los fármacos que se usan para controlar síntomas, las cuales

²⁷ ibid., 200.

contribuyen a hacer más apto al enfermo para otro tipo de tratamiento.

Las terapias Electroconvulsivas, en las que se administra electricidad en forma controlada al sistema nervioso central, con los que se producen cambios metabólicos benéficos, en numerosos estudios se ha demostrado que no genera ninguna lesión en el cerebro, y no causa dolor, puesto que se realiza bajo efectos de anestesia general y relajación muscular.

Y por último tenemos las Psicoterapias, las cuales son de mayor interés para el estudio. La psicoterapia implica establecer una relación "acción y efecto de referir o referirse, conexión de una cosa con otra, correspondencia entre dos personas o cosas que se consideran al mismo tiempo". (28)

Algunas veces cuando fracasan en el tratamiento del medicamento, se les somete a electroshocs, que sirven para neutralizar las crisis que les sobreviene, también utiliza la psicoterapia. Siendo importante regular las dosis y duración de los tratamientos en los distintos pacientes e individualizar la terapéutica, esto se lleva a cabo mediante los resultados y tolerancia del caso clínico, todo fármaco ingerido por un individuo, puede producir, junto con su efecto benéfico, algún

²⁸ M. Krassolevitch, Op. Cit. 150.

tipo de reacción desagradable, como mareo, sequedad de boca y nariz, etc.

Es un tratamiento basado en la relación interpersonal entre el terapeuta y su paciente, y tiene como finalidad aliviar la tensión emocional mediante la verbalización y expresión de los sentimientos, modificar conductas inadecuadas o mal adaptadas y promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad, puede ser conducida en diversas modalidades dependiendo de las necesidades específicas del paciente; individual, grupal o familiar.

Cabe mencionar que este procedimiento no se extiende a la familia, sin embargo haremos la revisión de la modalidad, terapia familiar.

Terapia Familiar: Es un proceso interactivo que busca ayudar a la familia a recobrar la homeostasis con la cual todos sus miembros se sientan a gusto. (29)

"En el sistema familiar, lo mismo que el individuo, lucha para mantener un estado de equilibrio a través de medidas encaminadas a la adaptación de situaciones nuevas y la

²⁹ Salud mental, Demencia, enfermedad de Alzheimer y pseudodemencia, (1987), 16.

resolución de los problemas que se van presentando. Cuando las pautas adaptativas no son suficientes o son inadecuadas el sistema se desequilibra y su funcionamiento se deteriora debido a la interdependencia de los miembros de una familia, un cambio afecta a todo el grupo. (30)

El procedimiento que se requiere para ayudar a la familia del paciente crónico, se presenta a continuación:

1. Trabajo con el equipo de salud (comunicación, integración, promoción).
2. Trabajo con la familia (terapias familiares).
3. Trabajo individual con los pacientes (terapias individuales).

En la descripción que se ha hecho acerca de los trastornos psiquiátricos del anciano, plantearemos las formas demenciales, siendo importante destacar las encefalopatías del mismo.

El diagnóstico de demencia significa que habrá una progresión irreversible hacia un estado psíquico que le impedirá realizar cualquier actividad colocándolo en una situación de aislamiento siendo un problema fundamental de la psiquiatría social, junto a esta existe otro más grande la pseudo-demencia, se ha insistido mucho sobre el hecho de que la falta de

³⁰ M. Krassolevitch, Op. Cit., 203.

información del médico puede dar como resultado un diagnóstico erróneo que tendrá graves consecuencias desde el punto de vista social. La pseudo-demencia se basa en una amnesia muy evidente con antecedentes de episodios distímicos en la familia o en el mismo individuo.

La demencia es un estado de deficiencia individual y conjunta, adquirido y hasta la fecha irreversible a largo plazo, de diferentes funciones superiores del sistema nervioso central en particular cognoscitivas (operatividad, memoria, lenguaje, praxias, gnosias) y conativas.

Esta relacionada con lesiones cerebrales de tipo vascular degenerativo, traumático, tóxico, infeccioso-tumoral. Se acompaña de síntomas neurológicos variables, los que en ocasiones se integran en síndromes neurológicos. Su inicio y su evolución son progresivos dando lugar a una disminución de la autonomía, modificaciones de la conducta y trastornos de las relaciones con los demás. Conduce a una desadaptación social que genera intolerancia del medio, lo que obliga tarde o temprano a una intervención de los servicios médicos y sociales.⁽³¹⁾

Como son enfermedades de tipo progresivo, el tratamiento va dirigido a mitigar molestias y prolongar actividades.

³¹ Salud mental, Op. Cit. 17.

básicamente se utiliza la fisioterapia. En donde entra la rehabilitación cognitiva (terapia física, dinámica grupal, papiroflexia, lectura, dibujo y pintura, dramatización, juegos de mesa, pantomina). Su objetivo es estimular las áreas psicomotriz y visomotriz.

En lo referente a los fármacos se administra metrazol y ácido ribonucleico para ayudar en las funciones de la memoria, en el caso de Alzheimer y Pick, en los pacientes que presentan arteroesclerosis se usan los barbitúricos.

**3. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL PARA LA ATENCION DE SALUD MENTAL
A PACIENTES GERIATRICOS**

La atención de la salud mental, a los pacientes que se encuentran en la edad de la vejez, está regido por leyes, es decir en general existe un marco legal en lo referente a los padecimientos psiquiátricos de niños, adolescentes y ancianos, en primera instancia se hará mención de la Ley General de Salud, para tener un panorama en cuestión de la salud mental, asimismo desglosar las disposiciones para las prestaciones de servicio y su situación legal de la psiquiatría en México, además de conocer el servicio interno del Hospital Psiquiátrico del cual se hace referencia.

3.1. Ley General de Salud

Dentro del plan de salud se examina un rubro de salud mental al que se le denominó "Programa de Salud Mental".

Entre las acciones desarrolladas se encuentra la promoción y seguimiento de los resultados alcanzados en la segunda reunión nacional de análisis de la asistencia psiquiátrica para modernizar los servicios que se otorga a la población. (32)

Se conformó el grupo de trabajo de la atención psiquiátrica del sector privado; también se integraron comités de ética en

³² Ley General de Salud, (Porrúa, 1992), 158.

los hospitales psiquiátricos del país y se elaboró el proyecto de norma de atención médica a enfermos mentales en reclusorios y centros de readaptación social. Todo ello se sustenta en el artículo 132 en el cual la Dirección General de Salud Mental tiene competencia para:

I. Investigar los problemas de salud mental y desarrollar acciones de prevención, asistencia y rehabilitación de enfermos mentales.

II. Establecer programas para orientar y educar a la población en materia de salud mental.

III. Decretar las normas que deben observar los establecimientos públicos y privados que atienden enfermos mentales y vigilar el cumplimiento de las mismas.

IV. Operar establecimientos que presten servicios de salud mental y;

V. Atender todos los asuntos que le confieren a la secretaría, que sean afines a los señalados en las fracciones que le encomiende el secretario del ramo.

Asimismo dentro de la Ley General de Salud, existe lo que se denomina disposiciones para la prestación de servicios de salud mental, la cual presenta una serie de artículos que nos introducen a conocer la situación legal de la salud mental en México, siendo la población beneficiada, niños, adultos y ancianos.

3.1.2. Disposiciones para la Prestación de Servicios de Salud Mental.

Art. 121. Para los efectos de este reglamento se entiende por prestación de salud mental, toda acción destinada a la prevención de enfermedades mentales, así como el tratamiento y rehabilitación de personas que las padezcan.

Art. 122. La prevención de la enfermedades mentales quedará a cargo de la Secretaría, el Departamento del D.F. y los Gobiernos de las entidades federativas.

Art. 123. Para la promoción de la salud mental, la Secretaría, las Instituciones de Salud del D.D.F. y los gobiernos de la entidades federativas en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentaran y apoyaran:

1. El desarrollo de actividades educativas, socio-culturales y recreativas que contribuyan a la salud mental;

11. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras que puedan causar alteraciones mentales o dependientes.

111. Las demás acciones que de manera directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Art. 128. Todo aquel establecimiento que albergue pacientes con padecimientos mentales deberá contar con los recursos físicos y humanos necesarios para su adecuada protección y seguridad acorde a las normas técnicas que emita la Secretaría.

Art. 129. Todo personal que preste sus servicios en cualquier establecimiento de salud mental, deberá estar capacitado para prestarlos adecuadamente, en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes.

Art. 130. El responsable de cualquier establecimiento de esta naturaleza estará obligado a desarrollar cursos de actualización para el personal de la unidad, de conformidad con lo señalado en las normas técnicas de la Secretaría.

Art. 131. Durante el internamiento el usuario recibirá estímulos por medio de actividades recreativas y socio-culturales.

Art. 132. La Secretaría asesorará a las instituciones públicas, sociales y privadas que se dediquen al cuidado y rehabilitación del enfermo mental.

Art. 133. La información que el enfermo mental proporcione al medico psiquiatra o al personal especializado en salud mental durante su tratamiento, será manejado con discreción confidencialidad y será utilizada únicamente con fines científicos o terapéuticos.

Esta información, nos sirve para determinar si la atención al paciente psiquiátrico es la adecuada, estableciendo que al menos en el hospital en el cual se realizó el estudio presenta algunas carencias con respecto a la capacitación de su personal, profesional y técnico, el servicio que se da al familiar presenta muchos tramites burocráticos además de que no se realiza la promoción adecuada al familiar.

3.2. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

México fue el primer país del continente americano que fundó en 1586 la primera institución para el cuidado de los enfermos mentales; el Hospital de San Hipólito por Fray Bernardino Alvarez.

En 1821 quedó suprimida la orden de los Hipólitos y el Hospital de San Hipólito pasó a manos del ayuntamiento, pero el cuidado de los enfermos siguió a cargo de los religiosos enciaustrados hasta el año de 1842 que en forma definitiva quedó bajo el control gubernamental.

En 1910 bajo el concepto ideológico de la atención médica como expresión filantrópica, se funda en la Ciudad de México "el Manicomio General", en los terrenos de la antigua hacienda de la Castañeda.

Es en la primera mitad del siglo XX cuando se descubre la neurosis y los diversos grados de gravedad de la psicosis transfiriéndose el interés del enfermo mental cuando los psiquiatras iniciaron un cambio de actitud preocupándose por la curación para reintegrar al individuo a la sociedad.

Sin embargo la deficiente atención del enfermo mental por el estado persistió, y la capacidad del "Manicomio General" mencionada anteriormente resultó inoperante.

Por este motivo en el año de 1960 siendo alarmante la insuficiencia de instituciones públicas de asistencia, se hizo indispensable una reforma de fondo en el sistema médico psiquiátrico con la llamada "Operación Castañeda" que sustituyó el antiguo manicomio por una red de 11 hospitales con una capacidad global de 4406 camas, 7 de los cuales se ubicaron en el Valle de México y el resto en distintas ciudades de la república.

Entre estos hospitales se encuentra el psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" el cual se inauguró el 9 de mayo de 1967.

siendo la institución de más prestigio y más alto nivel de atención psiquiátrica en el país, teniendo a su cargo la atención del tercer nivel para enfermos agudos.

A partir de 1977 hasta 1982 se elabora un plan de rehabilitación de los hospitales psiquiátricos federales a través de la Dirección General de Salud Mental y el Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental, hoy Instituto Mexicano de Psiquiatría (CIMP).

Por tal razón se hizo patente dar una nueva orientación a la atención médica de los enfermos mentales, buscando crear un sistema que permita aprovechar los recursos existentes y encaminar las acciones hacia la prevención y cuidado de padecimientos mentales; con este nuevo enfoque, se hizo necesario la incorporación efectiva de los programas de salud mental, a los Lineamientos Generales de Salud.

4.2.1. Objetivos, políticas, estrategias y organigrama

Objetivo General

Dar atención médica especializada de buena calidad, en el área preventiva, curativa y de rehabilitación, así como de promover la enseñanza e investigación.

A continuación se mencionaran los objetivos específicos, políticas y estrategias más importantes, para el presente trabajo, que se plantean en la estructura del estudio del hospital.

Objetivos Especificos

Se plantea que se debe brindar una atención integral en hospitalización, para que el enfermo pueda integrarse a su núcleo familiar y social en plazo breve no mayor de 45 días; ofreciendo un servicio eficiente de atención médica psiquiátrica al enfermo ambulatorio en la Consulta Externa.

Además de brindar al paciente psiquiátrico, atención especializada, (como en el caso de los pacientes senectos) para complementar su tratamiento y rehabilitación en el hospital, sin estar internado, mediante Hospitalización Parcial, proyectando sus acciones del Hospital a la comunidad.

Políticas

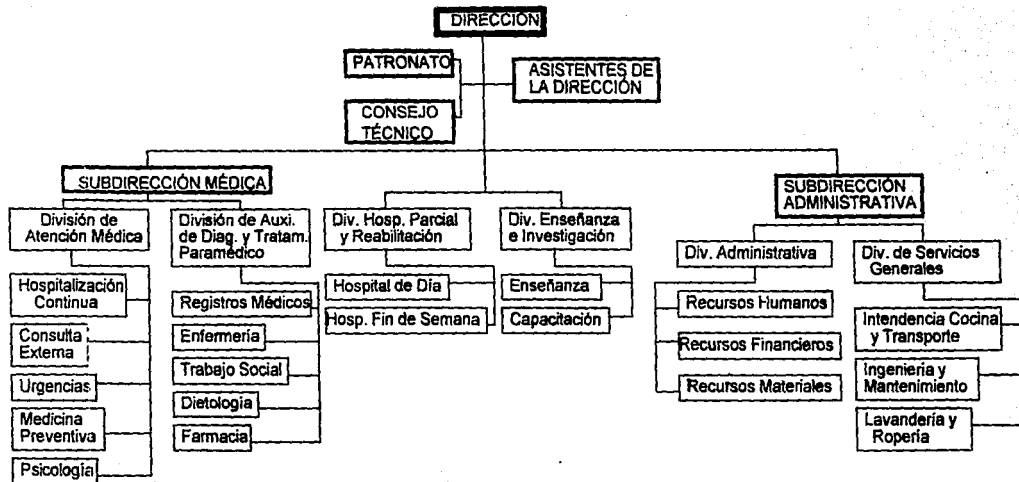
1. Respetar la dignidad del enfermo psiquiátrico proporcionando atención humanitaria tanto a él mismo como a su familia.
2. Promover la participación de las familias en la atención y rehabilitación de los pacientes.

3. Elevar y superar la calidad de la enseñanza y formación de recursos humanos especializados en Psiquiatría y Salud Mental.

Estrategias

1. Utilización racional de los recursos humanos, materiales y económicos de que dispone para proporcionar atención integral al enfermo.
2. Promover las actividades de capacitación y actualización del personal médico, paramédico y administrativo.
3. Continuar la reorganización de los servicios, para adecuarlos a las necesidades de la población ambulatoria y de Hospitalización.

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"



3.3. Programa del Departamento de Psicogeriatría

La psicogeriatría es la vinculación entre la rama de la psiquiatría y la geriatría la cual estudia las enfermedades o alteraciones mentales del viejo, siendo de vital importancia, ya que se ocupa de la reincorporación psicológica del anciano, tratando de ubicarlo en su realidad.

El incremento en el porcentaje de pacientes ancianos entre el total de los pacientes hospitalizados ha ido en aumento en los últimos 30 años, reconociendo la necesidad de crear estructuras asistenciales destinados a la vejez.

La atención del anciano ha involucrado a diferentes disciplinas y ha hecho de la psiquiatría y la geriatría, una rama de la medicina con atención interdisciplinaria, en la que colaboran disciplinas que hasta hace algunos años se les consideraba ajenas a la medicina, tal es el caso de la Sociología, el Derecho, la Arquitectura, y el Trabajo Social entre otros.

Existen anteproyectos de reforma que plantea el Instituto Nacional de la Senectud (INSENO) y que están en relación con las condiciones laborales de las personas ancianas, por lo general poseedoras de experiencia en lugar del rechazo y trato

discriminativo. se deben de incorporar con mejores condiciones y oportunidades a una vida productiva como se menciona en el artículo 5o de la ley federal del trabajo.

3.3.1. Justificación, objetivos, metas, organigrama

Justificación

De acuerdo con los estudios realizados acerca de la vejez, la duración de vida de los individuos de un país está directamente relacionado con el grado de eficiencia de los programas de salud, con el nivel cultural, el ingreso medio per-cápita que se reflejan en tasas vitales como fecundidad, natalidad, mortalidad, ritmo de crecimiento natural y esperanza de vida.

Respecto al grupo de vejez, su número ha ido en aumento con cierto paralelismo a la pirámide poblacional, de 680,300 personas de más de 60 años, esto al iniciarse el siglo y a cuatro millones al inicio de los ochentas, lo que significó un crecimiento de más de 800 por ciento.

En 1990 se tuvo una población geriátrica de 5 millones de personas, es decir el 6.1% con respecto al total de la población. Se cree que para el año dos mil será de casi 7 millones de ancianos, es decir, 6.2% con respecto al total de la población, para el año 2025, el porcentaje de los ancianos será de 11.6% .

Es bien sabido que los programas de salud se enfocan a la población joven del país y que básicamente son a las enfermedades infectocontagiosas, esto en su mayoría; las enfermedades crónico-degenerativas y los problemas sociales, van creando alteraciones psicológicas, que se incrementan en esa población.

El Hospital "Fray Bernardino Alvarez" tiene una demanda en consulta de personas de más de 60 años de 480 por mes con una población de hospitalizados de 30 por mes. Con el paso de los años se proyecta que el número de consultas de geriatría aumentara y mayor será la demanda de hospitalización, por lo que se justifica la creación de la Unidad de Psicogeriatría, para la atención integral del anciano, en sus tres niveles, así como la pronta reincorporación del paciente a la sociedad.

Objetivos

General: Atender de forma integral al anciano, para su reincorporación a la sociedad.

Particulares:

- a) Atender de forma eficiente, las alteraciones del anciano sin desprender el ámbito social del mismo.
- b) Atender en forma satisfactoria los problemas orgánicos del anciano.

- c) Rehabilitar tanto física como en forma ocupacional al anciano.
- d) Enseñar a la sociedad en general, que el anciano, ante todas las cosas es un ser humano igual que nosotros.
- e) Crear conciencia de la importancia de los servicios geriátricos y psicogeriátricos en los hospitales y en general desde los niveles básicos de atención médica.

Metas Anuales

Hospitalización Psicogeriátrica

- 64 Egresos
- 22 Sesiones clínicas en piso
- 4 Sesiones clínicas generales
- 42 Bibliográficas
- 22 Asamblea de pacientes
- 22 Orientación a pacientes
- promedio días de estancia 30 para camas censables
- promedio días de estancia 15 para camas de tránsito
- 42 Sesiones de psicoterapia grupal
- 43 Sesiones de terapia cognitiva y psicoterapia de rehabilitación
- 21 Grupos de orientación a familiares

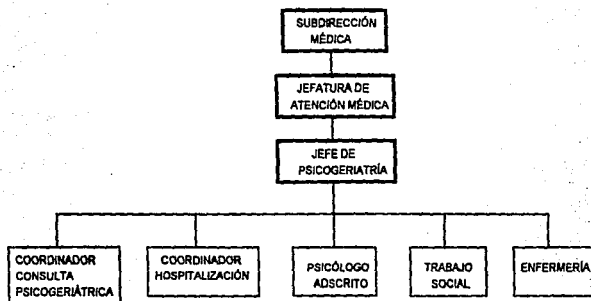
- 21 Programas de visita a puertas abiertas
- 76 Revisiones de casos por Jefe Médico
- 88 Interconsultas a otros servicios

Consulta Externa de la Unidad de Psicogeriatría

- 300 Consulta de primera
- 600 Consulta subsecuente
- 200 Sesiones de psicoterapia individual
- 88 Sesiones de psicoterapia grupal
- 880 pacientes atendidos
- 18 Sesiones de orientación a familiares
- 440 Familiares atendidos
- 22 Sesiones de grupo de reflexión
- 176 Familiares atendidos
- 66 Club de ancianos
- 132 Pacientes atendidos

De acuerdo a los datos obtenidos en relación a la importancia de la gerontopsiquiatría y el incremento de pacientes psicogeriátricos, nos percatamos de la gravedad del problema, cuestionandonos acerca de la intervención del Trabajador Social, y su relevancia dentro del departamento.

**ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOGERIATRÍA
DEL SEXTO PISO**



4. PARTICIPACION DE TRABAJO SOCIAL DENTRO DEL EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO EN EL PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA.

4.1. Descripción de la situación actual del Trabajo Social

El Trabajo Social se constituye como una profesión en el seno de las prácticas y representaciones propias de las Organizaciones en las Sociedades de Caridad (1869). Por ello el Trabajador Social tiene como antecedente inmediato, al personal voluntario; es decir, aquel que no organiza, no administra, ni elabora, sino que su función es la cuidar, proteger, aliviar las necesidades y carencias de los menesterosos e indigentes.

De tal suerte que el ejercicio profesional está siempre subordinado a la condición de intermediario, sea que éste se ejerza en la institución o en cualquier otra instancia social.

Ante esta situación se define al Trabajo Social "como la profesión que interviene directamente con los grupos sociales y que por sí mismos no han tenido la posibilidad de resolverlos; por ello es que promueve la organización de la población para satisfacer sus necesidades y lograr la adecuada actuación sea ésta en una sociedad en permanente cambio, buscando con ello, mejorar sus niveles de vida".(33)

³³ L. Apodaca Rangel, Revista de Trabajo Social, 91, (ENTS-UNAM, 1984), 11.

Asimismo, el Trabajador Social participa en la organización y el funcionamiento de instituciones y de servicios de bienestar social para la población, los cuales permiten operacionalizar la política social en lo referente a programa de asistencia, promoción social y desarrollo comunitario.

Dentro del campo de acción profesional que tiene el trabajador social encontramos el área de la psiquiatría; la cual implica una serie de criterios para llevarla a cabo.

4.1.2. Trabajo social psiquiátrico.

Es en Estados Unidos de Norteamérica donde en 1905, el trabajador social comienza a intervenir como profesionales en la psiquiatría, es decir, cuando al enfermo se le comenzó a considerar dentro de un contexto social. al trabajador social se le dio importancia como personal de apoyo en la atención médica ya que permitía a los psiquiatras tener un conocimiento de la familia de los pacientes, de su medio ambiente y datos importantes que complementarán la información respecto a los casos clínicos. Al ir aumentando los casos y ser más complejos los tratamientos que implicaban una mayor capacidad y responsabilidad, se hizo necesario que los trabajadores sociales recibieran capacitación especial en el área de la psiquiatría.

De esta manera se define al Trabajo Social Psiquiátrico como:
" Aquel que se especializa en el tratamiento de las personas con trastornos mentales, estos profesionales laboran en Hospitales y clínicas mentales, dirigen estudios de campo, visitas a las familias de los pacientes, transfiriendo a estos hacia instituciones y casa-hogar; además de llevar a cabo entrevistas de ingresos relacionados con los antecedentes sociales y la etiología de los trastornos mentales". (34)

Cabe destacar que la definición no retoma aspectos importantes del perfil profesional del Trabajo Social, es decir todo lo que se menciona lo lleva acabo pero lo que nos destaca como Trabajadores Sociales, es que reunimos un conjunto de capacidades, habilidades, conocimiento, actitudes que utilizamos para presentar datos sistematizados de una investigación que nos permiten la elaboración de programas, planes o proyectos, para dar alternativas a problemas de grupos sociales marginados.

El Trabajo Social psiquiátrico se desarrolla en dos líneas:

Intramural: Es el trabajo con pacientes; pero se extiende

³⁴ B. Wolman, Diccionario de las ciencias de la conducta,
(Trillas, 1964), 322.

también a familiares en algunos servicios, abarca la función interdisciplinaria.

Extramural: Comprende la función que debe realizarse con la familia y los grupos laborales, escolares, etc. y con otras instituciones y dependencias.

4.1.2. Objetivo de Trabajo Social Psiquiátrico

Favorecer el funcionamiento psico-social del individuo con algún padecimiento mental, de tal manera que sus funciones deban ir encaminadas al logro de su rehabilitación.

4.1.3. Funciones y Actividades

En lo concerniente a las funciones y actividades que realiza el Trabajador Social dentro del Hospital se pueden mencionar las siguientes:

- Conocer el contexto social; para dicha función se realizan actividades de investigación documental y la entrevista, esta última puede ser de primera vez teniendo como finalidad el aplicar el estudio médico-social a través de un instrumento que le sirve como apoyo, el cual tiene como principal

objetivo establecer el nivel que le corresponde para pagar la cuota del servicio.

En una entrevista subsecuente, se obtendrán datos más precisos que sirvan para coadyudar a la rehabilitación del paciente, ambas se realizan a los familiares o responsables directos.

- Promover en el hombre una conciencia social, en esta función se efectúan sesiones informativas y de orientación, las cuales se ven reflejadas dentro de la asamblea de pacientes, básicamente el Psicólogo es quien las da y el Trabajador Social funge como observador silencioso.* Allí el paciente tiene la oportunidad de manifestar sus dudas, comentarios y sugerencias acerca del servicio que reciben en el hospital.

Participar interdisciplinariamente en la administración de programas de bienestar social, se cuenta con la participación del Médico, Psicólogo y Trabajador Social, se realiza a través de sesiones grupales de carácter profesional y la capacitación para el trabajador social en psiquiatría.

*El Trabajo Social, no tiene participación ni opinión en las sesiones.

La Mayoría de las actividades se apoyan en la relación de tramites administrativos;

- Notas de evolución, se efectua cuando se integra el estudio médico-social al expediente o alguna observación importante.
- Llamadas telefónicas y telegramas, cuando se da de alta al paciente o hay una evasión hospitalaria.
- Altas, las cuales tiene como causa, la mejoría del paciente, la evasión de este, o solicitud del familiar.
- Traslado de pacientes, se realiza cuando está dado de alta, y que no puede regresar solos a su casa o si el paciente es diagnosticado con un trastorno crónico, derivarlo a una granja.

De esta forma el departamento de Trabajo Social se atiende a un grupo de personas demandantes del servicio psiquiátrico integral.

Atendiendo al paciente y a sus familiares, los cuales en su mayoría pertenecen a una población de escasos recursos económicos y en la que sus actividades productivas se encuentran ubicados dentro de la economía informal, de la cual en ocasiones, perciben ingresos variables, es decir que estos no son fijos, situación que conlleva a las carencias de seguridad social, vivienda, educación, alimentación.

El Trabajo Social a lo largo de su historia, se ha venido enriqueciendo en tanto se le han presentado los problemas y carencias a las que debe proponer alternativas eficaces. De aquí, en la medida en que se presenten mayores requerimientos, el Trabajador Social se preocupe por analizar el contexto en que está interviniendo, así como evaluar la capacidad del uso teórico-práctico en sociedad y con ello estar en posibilidad de contribuir en la satisfacción de las necesidades.

De esta forma el diagnóstico situacional ha permitido al Trabajador Social, tener un mecanismo que le da posibilidades para analizar una situación o problema y cuales son las tendencias de la misma; Esta determinación se realiza a partir de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados en base a la magnitud de los eventos que se observaron, así como la trascendencia de cada una de las propuestas a las que se llegue, lo que permite juzgar mejor que hacer y como hacerlo, o bien representa la conclusión de la investigación, expresada en un juicio comparativo sobre la situación dada dicho análisis se enfoca al área psiquiátrica, y específicamente a la atención que se brinda en el Hospital.

4.2. Metodología de Trabajo Social

Los niveles de intervención del Trabajo Social se plantearon a principio del siglo XX; hacia 1917 en los Estados Unidos Mary Helen Richmond, publicó el libro "Diagnostico Social", que intentaba ser el primer aporte teórico de la profesión. Después de haberse escrito esta obra, los aspectos metodológicos adquirieron importancia y se formularon tres niveles de intervención básicos: caso, grupo y comunidad.

Trabajo Social de Casos: "El conjunto de métodos que desarrollan la personalidad reajustando conciente e individualmente al hombre a su medio". (35)

Trabajo Social Grupo: "ayuda a los individuos, por medio de experiencias intencionadas en equipo, a mejorar su funcionamiento social y a enfrentarse de una manera más efectiva con sus problemas personales, de grupo o de comunidad". (36)

Trabajo Social Comunidad: "Un proceso de adaptación y ajuste de tipo interactivo y asociativo y una técnica para lograr

³⁵ N. Klennerman, Servicio Social de Grupos, (Humanitas 1973), 55.

³⁶ Ibid., 57.

equilibrios entre recursos y necesidades, dentro de un contexto en el cual los conflictos se consideraban disfuncionales y disociativos". (37)

La reflexión y análisis de diversos planteamientos surgidos en el movimiento de reconceptualización, dan cabida a algunos intentos de reformulación metodológica, de entre las cuales se mencionan los siguientes:(38)

1. Método integrado
2. Método básico
3. Método único

1. Constituye una experiencia en cuanto a la llamada "integración de métodos", se combinan los métodos de caso, grupo y comunidad, a través de un método generico. Se plantea como una orientación a la intervención transformadora.

2. Se fundamentó en el análisis efectuado en relación a los procesos seguidos en los diversos niveles de actuación (caso, grupo y comunidad) constituyendo cinco etapas básicas: Investigación, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

³⁷ K. Ander-Egg, Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad, (Humanitas, 1977), oo.

³⁸ B. Lima, Epistemología del Trabajo Social, (Humanitas, 1975),

3. Se distingue de los otros métodos enunciados porque plantea dentro de sus objetivos, la transformación de las condiciones existentes, a través de una acción profesional de carácter racional la cual se lleva a cabo en cuatro funciones básicas:

- a) Función Educación Social
- b) Función Investigación Social
- c) Función Planificación Social
- d) Función Asistencial

4.2.1. La entrevista en el Trabajo Social

La entrevista para el Trabajador Social, es el medio más utilizado, la entrevista como tal no es exclusiva del trabajo social, resultando necesario diferenciarla de otras la que se integra en disciplinas. En primer lugar debemos tener clara la definición de entrevista:

"Es una conversación, con un propósito deliberado seleccionado de una manera consciente y mutuamente aceptado por los participantes; comprendiendo una comunicación verbal y no verbal, con una interacción cara a cara (exceptuando las entrevistas telefónicas), los participantes tienen roles y

objetivos definidos y conocidos por ambas partes (Entrevistado y entrevistador)". (39)

El propósito de estas entrevistas es obtener una visión más clara del funcionamiento social del individuo, grupo o comunidad, siendo un material histórico de la vida, permitiendo que el entrevistador conozca y entienda al entrevistado así como a su situación, la información que se busca incluye tanto hechos objetivos como sentimientos y actitudes subjetivas.

Para que el Trabajador Social norme un criterio profesional y adopte un modelo de trabajo debe de tener un óptimo nivel de conocimientos tanto de aspectos técnicos, como del marco conceptual del problema y necesidades con las cuales trabajará; en el caso de aquellos trabajadores sociales que participen en programas de atención al anciano, deberá conocer todo lo referente a esta etapa de la vida, sus manifestaciones biopsicosociales, aunadas a la experiencia acumulada sobre la implementación de técnicas como la entrevista individual y grupal.

³⁹ A. Kadushin, La entrevista en Trabajo Social, (Extemporaneo, 1978), 52.

Cuando el trabajador social se encuentre integrado a un equipo de salud, debe de clarificar sus funciones y acciones que nos competen para evitar ser el auxiliar de los demás profesionistas

Se requiere que su trabajo este apoyado en la utilizacion de los recursos de la institucion, de elaborar programas para la familia, fomentar campañas para motivar a la poblacion y

fortalecer las redes de apoyo comunitario. Para concluir estas notas, es necesario enfatizar la gran responsabilidad y compromiso como Trabajadores Sociales frente a este grupo susceptible (paciente geriátrico) los cuales se les ha marginado de prioridades institucionales.

5. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA FAMILIA

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

5.1. Investigación acerca del conocimiento de los familiares referente a la enfermedad del paciente

De acuerdo a la investigación documental que se realizó, en lo referente a las enfermedades que aquejan a las personas mayores de 60 años, el status en que se encuentran, el ambiente familiar en el cual el anciano ha pasado la mayor parte de su vida; se estimó que la disfuncionalidad de los núcleos familiares son un medio propicio para iniciar una ruptura del razonamiento, aunado a ello la falta de respeto hacia los ancianos y el desconocimiento de muchas enfermedades mentales, intervienen para que los senectos no tengan el derecho, y la dignidad de vivir de un modo adecuado.

Para que el estudio tuviera aplicación práctica, se elaboro un cuestionario el cual permitira constatar la hipótesis, a la vez que sirva para poner en práctica un programa, como tentativa para aminorar la problemática.

5.1.1. Aplicación de instrumento de investigación para la elaboración del programa de educación para la familia.

Para que se recolectara la información, se empleo la técnica de la entrevista, considerando sería más factible para dichos

ines, el tener contacto con los familiares y así poder captar las emociones que producian con respecto a las preguntas.

A continuación se presentará el cuestionario, cuyas preguntas son los parámetros para diagnosticar el nivel de funcionalidad entre la familia.

CEDULA DE ENTREVISTA

1. Edad: _____

2. Sexo: M () F ()

3. Tipo de población

a) Consulta externa ()

b) Hospitalización ()

4. Estado civil

a) Soltero ()

b) Casado ()

c) Viudo ()

d) Separado ()

5. Estuvo hospitalizado anteriormente el paciente?

a) Si () b) No ()

6. Qué parentesco tiene con el paciente?

a) Hijo

c) Sobrino

b) Esposo

d) Otro

7. Por que es usted la persona encargada de traer al paciente?

a) Vive con el

b) Tiene mayor posibilidad de trasladarlo

c) Nadie quiere hacerse cargo del anciano

8. Con que frecuencia acude a las consultas?
- a) Todas las citas indicadas
 - b) Con muy poca frecuencia
9. Que actividades son las que realiza el paciente en su hogar?
- a) Actividades domesticas
 - b) Actividades manuales
 - c) Ninguna
10. La familia estimula al paciente para que realice actividades?
- (SI) (NO)
11. Si la respuesta es no, cual es el motivo?
- a) Porque trabaja
 - b) No le interesa
 - c) No sabe como realizarlo
 - e) Contesto que si
12. Cual es el diagnóstico del paciente?
- a) Demencia senil
 - b) Delirios
 - c) Esquizofrenia
 - d) Depresión
 - e) Otro

13. Tiene conocimiento de la enfermedad la familia?
- a) Si conoce
 - b) Conoce poco
 - c) Desconoce totalmente
14. Se le brindan los cuidados indispensables en el control de su enfermedad?
- (Si) (No)
15. Tiempo en que inició con la enfermedad?
- a) Un mes - Dos años
 - b) Mas de dos años
16. Cual es la actitud que toman los familiares hacia la enfermedad del anciano?
- a) Preocupación
 - b) Desesperación y deseos de abandono
 - c) Actitud hostil hacia el paciente
 - d) Comprensión
17. Como era la relación con la familia de procreación antes de que se presentara la enfermedad?
- a) No existia interacción
 - b) Actitud hostil con el cónyuge

c) Discusiones frecuentes con los hijos

d) Existía apoyo y confianza

e) Otro _____

18. Como fue la relación con la familia de origen?

a) Desintegración familiar

b) Maltrato físico de padre o madre

c) Desvinculación afectiva con los hermanos

d) Involucramiento afectivo empático

DISCUSION

En la aplicación de la célula de entrevista efectuada a 71 personas familiares de los pacientes psicogerítricos se observaron diversos factores que nos llevan a reflexionar acerca del estudio.

Se estableció que la frecuencia de edad que oscila en la población de consulta externa y hospitalización fue de 60-61 años, aun cuando en el rango se distinguen personas que se encuentran entre los 60-80 años. (Fig 1)

Asimismo la mayor demanda de los servicios medicos fue requerida por el sexo femenino (60%), (Fig 2). Estudios realizados por "Susan Hooker (1991)" (40) antepone otras conclusiones; en Estados Unidos, el ingreso a hospitales psiquiátricos por parte de mujeres es considerablemente bajo en relación al de los hombres, siendo importante tomar en cuenta la diferencia entre estas dos culturas, Estados Unidos y México, en la primera se da la independencia, autonomía y libertad a la mujer existiendo carencia de valores familiares arraigados, mientras que en nuestro país a la mujer se le restringe, domina, y permanece unida a la familia, permitiendo desarrollar mecanismos de

⁴⁰ S. Hooker, Op. Cit. 199.

defensa, que al ser sometidas a situaciones de tensión, como maltrato físico por parte de algún miembro de la familia, desintegración familiar, conflictos con el cónyuge, entre otros desencadenan ciertos trastornos mentales siendo las depresiones las más comunes entre estos. (Fig 12)

Encontramos que del total de la población el 51% se hallaba casado, su relación familiar no es conveniente pues presenta discusiones no solo con la pareja sino también con los hijos. (Fig 4)

Con lo cual se presume que no se da una apropiada interacción en la familia. Por otra parte se observó que el 71% no cuenta con ningún apoyo y tiende a acelerarse con mayor rapidez su enfermedad, el 21% le brinda alguna ayuda, en cuestión a su enfermedad y un escaso 8% no cuenta con una familia de procreación. (Fig 17)

La falta de interés en el anciano pudiera incrementar enfermedades, como las depresiones, las cuales se presentaron en un 48%. Así como también se manifestaron enfermedades del tipo de los delirios, en esquizofrenias y en demencias seniles; Ante esta situación el comportamiento de la familia, puede ser un aspecto de disfuncionalidad originando cierta incapacidad del grupo para soportar la decadencia del anciano, sobre todo si se trata del jefe de familia. (Fig 12)

Y esto podría reflejarse en el hecho de que las personas que se encargan habitualmente de llevar al paciente a sus consultas o de visitarlo en caso de encontrarse hospitalizado en un 54% son los hijos, el esposo que se considera es el más indicado solo un 20% acude, y el 18% es un amigo o vecino que se presta para ayudarlo o "para que pueda quitarse esa carga de cuidarlo". (sic) el porcentaje restante es algún familiar que vive con el anciano (Fig 6).

De acuerdo con "Meza (1979)", (41) la mayoría de los ancianos recluidos en instituciones como asilos u hospitales, mexicanos viven este confinamiento debido a que sus familiares los consideran un estorbo en el marco de la vida familiar a lo que se agregan, a veces, razones de tipo económico.

La responsabilidad de llevar al paciente al hospital se da porque vive constantemente con él, nadie quiere hacerse cargo del anciano o se tiene probabilidad de llevarlo; no se asimila realmente una comprensión de su padecimiento, sino más bien una obligación; esto puede ser la causa de que la frecuencia de los que no acuden a sus exámenes fuera del 55%, y con ello se entorpece su rehabilitación. (Fig 7)

⁴¹J. Meza, Reclusión y senectud, (Universidad del ejército y fuerza aérea, 1979), 59.

Aunado a ello las actividades que se consideran idóneas para su Tratamiento no son efectuadas, en el hogar lo mas que realizan son actividades domesticas (37%), un 11% tiene actividades manuales porque de ello se mantienen, mientras que el 52% se encuentra en estado pasivo (Fig 9)

Siendo la familia la que puede fomentar dichas acciones de los 71 encuestados solo el 25% estimula a su enfermo (Fig 10); los motivos que refieren los parientes para no acudir a las consultas, son que trabajan, o no les interesa, otros mas contestaron que si los alentaban siendo un 23%

De las opciones que se debe de considerar es el desconocimiento para realizar éste incentivo (Fig 11), más aún el no tener noción de las enfermedades que las aquejan. El 69% ignoran acerca de las dolencias de los ancianos; lo cual nos hace suponer una mala información de las terapias a los familiares, ya que si el 39% tiene conocimiento o conoce poco, es por que se encuentran en un nivel superior en cuanto a educación, como factor importante de ello es la situación económica con muchas carencias de la mayoría de los que requieren del servicio. (Fig 13)

Ahora bien de los datos obtenidos nos percatamos que el paciente cuando regresa a su hogar, no le brindan los

cuidados indispensables para el control de su padecimiento, quizá se deba a la actitud hostil o desesperación y deseos de abandono que tienen los familiares ante el anciano un 72%, aunque el 28% se preocupa y los comprende (Fig 16)

La relación con la familia de origen manifiesta diversas variantes; el 79% de los ancianos proviene de una familia con problemas muy agudos de desintegración familiar, o maltratos físicos cuya rigidez por parte de la madre es más acentuada, asimismo se halló una desvinculación afectiva entre los hermanos, mientras que los pacientes geriátricos que tuvieron un involucramiento afectivo empático, son el 21% del total y proviene de un núcleo familiar establecido dentro de la llamada funcionalidad, es decir se dan los roles bien definidos, existe libertad de expresión, y una comunicación e interacción adecuadas. (Fig 18)

Para finalizar se observó que la población fluctuante en el hospital cuenta con una mayor demanda en el servicio de consulta externa, y que la mayoría de los pacientes que estuvieron hospitalizados anteriormente y están en tratamiento han recaído en el momento en que regresan a su medio familiar reiniciando con sus terapias. (Figuras 3, 5 y 15)

5.2. Programa de educación para la familia.

Ante la sociedad es indudable que la actitud de la familia frente al anciano se encuentra en una situación crítica y que oscila por una parte, la tradición del respeto, y por el otro, la tolerancia del despego, lo cual conduce a la marginación del anciano.

Si la anterior aseveración es evidente, que le puede deparar el destino a aquellos ancianos que por el simple hecho de ser viejos, se les aísla; y de un porcentaje no menos alarmante que padecen alguna enfermedad mental. El anciano sufre por parte de su ubicación familiar y social, por ausencia de una economía propia, así como por el vacío afectivo que existe en su entorno.

Se debe de tomar en cuenta las condiciones socioeconómicas actuales de nuestro país, el cual nos plantea un compromiso ineludible a todos los profesionales inmersos en diversas disciplinas, ya sea, para encontrar alternativas y solucionar los problemas, o para prevenirlos.

Dichos problemas sociales tienen relación directa con el quehacer profesional del Licenciado en Trabajo Social, que no solo se concreta a investigar problemáticas, además determina su correlación con su contexto general de la situación social dada, proponiendo soluciones y llevándolas a la práctica.

El trato diario que se mantiene con ancianos, tanto en lo personal como en lo profesional ha permitido adquirir y detectar conocimientos sobre sus necesidades, carencias, intereses y relaciones familiares, dichos conocimientos son los que motivaron para la realización de un programa de educación dirigido a la familia.

J u s t i f i c a c i ó n

En Trabajo Social, existen pocos estudios en lo referente a la vejez, siendo en su mayoría investigaciones dirigidas hacia la niñez y la adolescencia.

El estudio de los ancianos es muy amplio en sus aspectos Bio-psico-sociales, de ahí que el Licenciado en Trabajo Social elabore propuestas, como programas o cursos.

Se consideró que para transmitir un conocimiento sobre la personalidad del anciano y sus diversas enfermedades, era necesario elaborar un programa que traería como consecuencia el desarrollo de conciencia, respeto y cariño hacia el anciano; Si la familia y sociedad, tienen conocimientos de la realidad del anciano se pueda evitar el desamparo, lo cual constituye una carga económica para el Estado.

De acuerdo a la investigación realizada, el sujeto de acción para este objetivo es la familia, ya que en ella radica la relación diaria de convivencia con el anciano, y que en un número ostensible se ve afectada ese enlace por desconocer las necesidades del anciano.

El programa está encaminado a la educación; por medio de una orientación e información a la familia, dando a conocer los factores de tipo orgánico y psicológico; en cuanto a los aspectos sociales, laborales y sus enfermedades así como el tratamiento de las mismas, su aportación puede resultar valiosa e importante para el anciano y por que no, de la familia.

Objetivo general

Explicar a las personas adultas que convivan con los ancianos, acerca de la atención integral del senecto, a fin de lograr un cambio que conlleve a la aceptación en el proceso natural del envejecimiento.

Objetivos específicos

- Definir la terminología referente al envejecimiento
- Enunciar las características Biológicas, y Físicas del anciano así como las Psicológicas y Psicopatológicas.

- Proporcionar información sobre las actividades que el anciano de acuerdo a sus características de personalidad puede desempeñar en nuestra sociedad.
- Exponer los diversos tratamientos para el control de las enfermedades tales como: Demencias, Esquizofrenias, Psicosis, etc.

R e c u r s o s h u m a n o s

Psiquiatras

Gerontólogo

Psicólogo

Lic. en Trabajo Social

R e c u r s o s m a t e r i a l e s

Potafolio

Proyector de transparencias

Proyector de películas

Retroproyector

Franelografo

Pizarron

Técnicas

- Demostrativa
- Expositiva
- Tormenta de ideas
- Representación de roles (Dramatización)
- Discusión dirigida
- Estudio de casos
- Philips 66

Límites

- Universo

Personas mayores de 18 años que convivan constantemente con el anciano, no importa la escolaridad.

- Espacio

A determinar

- Tiempo

Una semana, horario a determinar

Metodología

Este programa se llevará a cabo con familiares de la población de pacientes psiquiátricos, que se encuentren en fase o periodo de la

senectud, cuyas edades corresponden aproximadamente de los 60 a los 80 años. Siendo requisito indispensable que el familiar sea mayor de 18 años.

Se podrá trabajar este proyecto con grupos de 20 miembros, utilizando técnicas que favorezcan la comprensión y entendimiento de los temas. Es de suma importancia que desde el inicio del curso se promueva la participación de los familiares en todas las sesiones, ya que la orientación se considera una acción de "orientar y orientarse".

Se reconocerán las potencialidades que existan en los participantes y realizar así actividades productivas que requieren ingenio y creatividad.

Programación

Este curso se realizará en 5 sesiones con duración de 60 minutos. En relación a la ejecución de las actividades se trabajará en la modalidad de intramuros, en caso de extramuros será de acuerdo con las condiciones, demandas y necesidades del grupo, así como de los recursos humanos y materiales disponibles. A continuación se expondrá el proyecto elaborado el cual contiene la Fecha, Actividades, Operación, Material didáctico, Técnica didáctica y Expositor.

HORA

10:00

L
U
N
E
S

10:00

M
A
R
T
E
S

ACTIVIDAD	OBJETIVO	OPERACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TÉCNICA DIDÁCTICA	ESPOSITOR
1. ANTECEDENTES 1.1. Conceptos y términos del anuncio. 1.2. El anciano a través de la historia.	Se expondrán a los participantes los diversos conceptos de vejez, remarcando los cambios en lo referente a su valoración ante la sociedad.	El Trabajador Social tomará la coordinación del grupo, apoyándose en un material y técnica didáctica sencilla para el entendimiento del tema por parte de los familiares	-ROTAFOLIOS	-EXPOSITIVA -PARTICIPATIVA	- TRABAJADOR SOCIAL
2. CAMBIOS FÍSICOS CARACTERÍSTICOS DE LA VEJEZ 2.1. Modificaciones en la piel y cuerpo. 2.2. Modificaciones en talla y estatura.	Se explican los cambios físicos característicos de la vejez.	Se motivará al grupo a que participe, mencionando alguna de las características físicas de la vejez. El médico geriatra proyectará las transparencias del tema.	-FRANELOGRAMA -DIAPOSITIVAS -PROYECTOR DE TRANSPARENCIAS	- LLUVIA DE IDEAS -EXPOSITIVA	- MÉDICO GERIÁTRA -GRUPO
3. ASPECTOS BIOLÓGICOS 3.1. Enfermedades de tipo orgánico más frecuentes. 3.1.2. Arteriosclerosis. 3.1.3. Demencia senil. 3.1.4. Alzheimer. 3.1.5. Parkinson. 3.1.6. De Pick. 3.2. Tratamiento de la enfermedad.	Se describirán las enfermedades de tipo orgánico, más frecuentes en personas de la tercera edad	El médico geriatra presentará mediante diapositivas, las enfermedades más usuales en la tercera edad, efectuando una síntesis de los puntos mencionados, así como el tratamiento para dicha enfermedad.	- DIAPOSITIVAS - PROYECTOR DE TRANSPARENCIAS - CARRUSEL	- EXPOSITIVA - DEMOSTRATIVA	- MÉDICO GERIÁTRA

HORA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	OPERACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TÉCNICA DIDÁCTICA	EXPOSITOR
10:00 M I E R C O L E S	<p>4. EL PROCESO PSICOLÓGICO Y PSICOPATOLÓGICO DEL ENVEJECIMIENTO</p> <p>4.1. Depresión</p> <p>4.2. Ansiedad</p> <p>4.3. Hipocodría</p> <p>4.4. Angustia</p> <p>4.5. Síndromes y Demencias Cerebrales</p>	Se analizarán las diversas enfermedades del paciente geriátrico	Los familiares deberán adquirir mayor conocimiento con respecto a la enfermedad de su paciente requiriendo de las vivencias, y experiencias familiares, siendo el psicólogo o psicogeriatra el que inicie con el tema y posteriormente fungir como observador, el Trabajador Social coordinará la sesión.	- PROYECTOR DE TRANSPARENCIAS	- EXPOSITIVA - DEMOSTRATIVA	- TRABAJADOR SOCIAL - PSICÓLOGO - PSICOGERIATRA
10:00 J U E V E S	<p>5. LA DINÁMICA FAMILIAR Y LOS FACTORES SOCIALES ANTE EL ENVEJECIMIENTO</p> <p>5.1. Concepto de familia y sociedad.</p> <p>5.2. Roles y status del anciano</p>	Se discutirán los conceptos de familia y sociedad, así como las actividades que el anciano puede desempeñar.	El Trabajador Social invitará a cinco personas a que participen en la realización de una dramatización cuyo tema sea alguna experiencia familiar. Para finalizar se realizará una dinámica grupal con equipos de seis personas, las cuales discutirán sobre el sociodrama.	- ROTAFOLIO - PIZARRÓN	- SOCIODRAMA - PHILLIPS 66	- TRABAJADOR SOCIAL

HORA

10:00

V
I
E
R
N
E
S

ACTIVIDAD	OBJETIVO	OPERACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TÉCNICA DIDÁCTICA	EXPOSITOR
6. SERVICIOS QUE OTORGA EL HOSPITAL 6.1. Programa de psicogeriatría. 6.2. Personal que atiende al familiar y paciente.	Se enunciarán los servicios con los cuales cuenta el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".	Se informara a los familiares del programa de psicogeriatría, su origen y metas, así como las medidas que se toman para la rehabilitación del paciente.	-PROYECTOR DE TRANSPARENCIAS	- EXPOSITIVA -INTERROGATIVA	- TRABAJADOR SOCIAL

6. CONCLUSIONES

La tendencia de que existirán más habitantes mayores de 59 años (1.123,177 habitantes de 60-64 años; y 2.818,399 habitantes de 65- más) que requerirán de atención es indudable, y por esto es importante que se prepare una plataforma que contenga políticas definidas, buscando establecer un marco de servicios adecuado.

Ya que el progresivo deterioro que se observa en los ancianos se hace más evidente en sus alteraciones cardiovasculares, digestivas, visuales y sobre todo en las enfermedades mentales examinadas en el estudio.

Por la influencia de las condiciones apuntadas, los ancianos, paralelamente a la disminución de sus capacidades físicas, han visto también afectado su status familiar y social dada la creencia más o menos generalizada, de que a cierta edad el hombre se convierte en un estorbo o carga, ya sea por la inutilidad de su existencia o por el desplazamiento del sistema de producción, siendo en el primer caso un acontecimiento que es inducido por el núcleo familiar, y el segundo dado por el valor materializado de la cultura mexicana. El 43% de la población es económicamente inactiva.

El objetivo principal del trabajo fue el de establecer un marco de referencia que nos permitiera clarificar aspectos que

conllevan a la influencia de la dinámica familiar para que el anciano con un padecimiento mental presentara una mejoría o deterioro en relación a la misma; al realizar la caracterización de la familia nos encontramos con parámetros que sugerían en que momento una familia manifiesta cierto grado de disfunción. Profundizando en el tema, se analizó el trato que se establece entre el paciente y su descendencia, ya que la relación familiar presenta carencias de amor y respeto dentro de las familias de origen y en muchos casos prevalecen en las de procreación.

Se determinó cierta contribución de la familia en el deterioro de salud del paciente lo cual se corroboró al jerarquizar las enfermedades por las cuales se registran un mayor ingreso al hospital, siendo éstas las depresiones.

Por eso concluimos que cada enfermo mental vive en un ambiente familiar y social que en un momento dado son factores concatenantes del padecimiento o contribuyen a incrementar su gravedad, dichos padecimientos deben entenderse haciendo referencia a las relaciones que se dan dentro de la familia, a su vez representante, reproductora y portadora del tipo de relaciones imperantes en una sociedad determinada; de esta manera el perturbado mental emerge de una problemática familiar social.

Por ello la atención debe incluir no sólo al enfermo sino a las circunstancias sociales en que se desenvuelve; su rehabilitación evitando todo tipo de relación con la familia y en las relaciones sociales resulta una pretensión tan ilógica como inadecuada. Sin embargo, debido a los limitados recursos que en nuestro país se destinan a la atención y promoción de la Salud Mental y la falta de personal técnico y profesional especializado suficiente, se hace necesario enfatizar la importancia de que se de la promoción.

Ante esta situación se hace necesaria la incorporación efectiva de los programas de salud mental a los lineamientos generales de las políticas de salud; El gobierno inicia la tarea de hacer operativos los programas ya establecidos, pero a pesar de estas acciones es importante destacar que no se han tenido los resultados que se esperaban; ya que la población en general sigue teniendo una mala imagen de los hospitales psiquiátricos, aunado a ello se presenta el problema económico, pues aquí hay que destacar que el Estado ante los problemas de salud tiene que fijar la racionalidad de los recursos y por lo tanto da mayor importancia a otras secretarías que le proporcionen mayor rentabilidad económica.

Para cumplir con las funciones encomendadas; se debe contar con personal altamente calificado que cubra las metas establecidas, un profesionista que tiene incidencia en el ambito operativo y que debe cubrir el objetivo primordial de integrarse al equipo multidisciplinario que labora en el hospital a fin de coadyuvar en la rehabilitación de aquel individuo que presente problemas mentales. este es el Trabajador Social.

Aunado a ello se considera que el Trabajador Social al igual que otros profesionistas necesitan constantemente cursos de capacitacion, que permitan el reforzamiento de los conocimientos adquiridos.

Lo anterior nos lleva a incidir que el Trabajador Social Psiquiátrico tiene características específicas, las cuales le permiten ser un mediador entre un individuo con carencias y/o algún problema y aquel satisfactor; llámese Estado o Institución. Mediante la evaluación integral por el equipo interdisciplinario se obtiene una perspectiva global del problema que aqueja al paciente y a su familia además permite elegir el tratamiento adecuado e intervenir a diferentes niveles donde se requiere, ya sea al paciente o su entorno. Un equipo que previene la aparición de muchas alteraciones en la salud mental de la sociedad, mediante la educación a la comunidad.

Es importante remarcar que la salud mental es el complemento necesario e inseparable de una personalidad sana; más que la ausencia de la enfermedad mental, el concepto de salud mental implica el bienestar del individuo y su familia para lograr un desarrollo armonico de su ciclo vital dentro de la comunidad y de la paz social.

7. SUGERENCIAS

- Que se fomente en las familias la integración y la convivencia con las personas ancianas, mediante la promoción en escuelas, instituciones de salud y medios informativos.
- Para que se dé una óptima recuperación del paciente, se recomienda que se integre a la familia en las terapias dentro y fuera de la institución.
- Que se realice adecuadamente un Trabajo Social de casos y de grupo, suprimiendo actividades administrativas, secretariales elementales pueden ser cubiertas por personal auxiliar o de oficina
- Que exista una sistematización del trabajo realizado al interior del hospital.
- Que la propuesta realizada del programa sea planteado como una prueba piloto para saber la eficacia del mismo.
- Que se permita la participación del Trabajador Social en la elaboración de proyectos específicos dentro del hospital.
- Que el Trabajador Social sea un colaborador y no un subordinado de los demás profesionistas.
- Fomentar su capacitación constante.

ANEXO 1

PROYECTO DE INVESTIGACION

Planteamiento del problema

La marginación del anciano y la falta de conocimiento de los padecimientos mentales que aquejan a este grupo de edad; el aislamiento al cual están confinados por parte de la familia es un factor importante para determinar si la influencia de la dinámica familiar en el deterioro o rehabilitación de los pacientes geriátricos que presentan un trastorno mental es fundamental? Cuales son los trastornos mentales más frecuentes en el anciano? Como participa el Trabajador Social en la rehabilitación del anciano?

Teniendo el estudio realizado, el siguiente objetivo general y objetivos específicos:

Objetivo general

Conocer la influencia de la dinámica familiar en el deterioro o rehabilitación de la salud mental del paciente psicogeriatrico en la unidad de psicogeriatría del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", asimismo establecer la participación del Trabajador Social.

1.1.1. Objetivos específicos

- Caracterizar la dinámica familiar de pacientes psicogerítricos.
- Jerarquizar las enfermedades que se presentan en los pacientes psicogerítricos.
- Analizar el trato que se establece entre la familia y el paciente psicogerítrico.
- Determinar si la influencia familiar es un factor desencadenante del deterioro en el paciente psicogerítrico.
- Conocer las funciones del Trabajador Social en el área de psicogeríatria.
- Conocer su desempeño en la relación multidisciplinaria para la recuperación del paciente psicogerítrico.
- Elaboración de un programa de educación para la familia.

Asimismo se presenta la hipótesis que será sustentada en el desarrollo del trabajo y las conclusiones.

1.2. Hipótesis

La influencia de la dinámica familiar es un factor determinante en el deterioro o la rehabilitación de la salud mental del paciente psicogerítrico.

1.2.1. Variables

1) Definición conceptual

Envejecimiento:

"Es considerado como un fenómeno Psicobiológico normal, inherente a la propia naturaleza de la vida misma". (42)

1) Definición operativa

- Nivel de deterioro dado por la edad

2) Definición conceptual

Paciente Geriátrico:

"persona mayor de 60 años, con trastornos mentales que presenta no solo las llamadas psicosis orgánicas, sino que comprende toda una gama de entidades nosológicas". (43)

2) Definición operativa

- Numero de años menor de 69

3) Definición conceptual

Familia:

"grupo primario, constituido por personas que interactúan

⁴² E. Zinberg Norman, Psicología y la normal de la vejez, (El Manual Moderno, 1987), 79.

⁴³ H. P. Von Hahn, Geriatría práctica, (El Manual Moderno, 1975), 275.

sobre la base de los lazos que manifiesta con sus características psicológicas y físicas de manera espontánea, a veces inhibiendo el desarrollo personal; o por el contrario favoreciendolo en forma decisiva".(44)

3) Definición operativa

- Roles

4) Definición conceptual

Dinámica Familiar:

"es una coalición de fuerzas, positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia. Haciendo que esta como unidad funcione bien o mal"(45)

2) Definición operativa

Se cree que es fácil distinguir a las familias mentalmente sanas de las mentalmente enfermas; la distinción es relativa y no absoluta, es posible distinguir en una familia dada algunos componentes del funcionamiento familiar que son básicamente sanos y otros que no lo son. La interacción de dichas relaciones se le conoce como dinámica familiar.

⁴⁴ E. Ander-Egg, Diccionario de Trabajo Social, (El Ateneo, 1962),

⁴⁵ G. Zuk, Psicoterapia familiar, (Fondo de Cultura Económica, 1962), 65.

1.3. Diseño de investigación

a) Tipo de estudio

Transversal.

b) Universo de trabajo

- familiares del paciente mayores de 18 años que convivan constantemente con el paciente
- diagnosticos del paciente geriátrico.

c) Tamaño de la muestra

Total de los familiares que asisten a los servicios de Consulta Externa y Hospitalización del 6o piso por problemas psicogeriatricos que asistan en el mes de Febrero de 1995.

d) Criterios de selección

- Paciente mayores de 59 años
- Pacientes que tengan familiares responsables ante la institución
- Familiares de pacientes mayores de 59 años
- Familiares de pacientes geriatricos de Consulta Externa y Hospitalización.
- Familiares mayores de 18 años y que convivan con el paciente

1.3.1. Técnicas

1. Observación ordinaria

Los instrumentos utilizados

- diario de campo

2. Entrevista:

Se utiliza como instrumento:

- la cédula de entrevista; basado en la Guía de Mac Master

1.4. Plan de recolección de datos

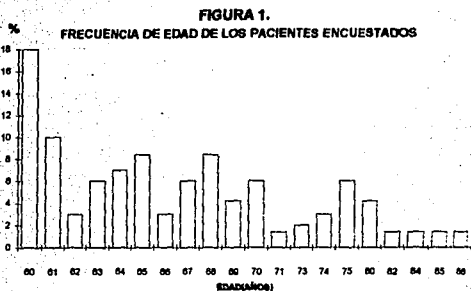
1) Recuento y tabulación

Paloteo.

2) Análisis de la información

Prueba no paramétrica; Guía de Mac Master.

ANEXO 2



NOTA: La fuente de la figura uno y las subsiguientes fué de familiares de pacientes geriátricos del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

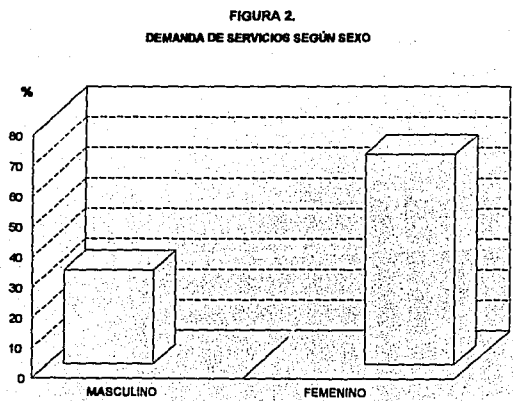


FIGURA 3.
POBLACIÓN POR TIPO DE SERVICIO

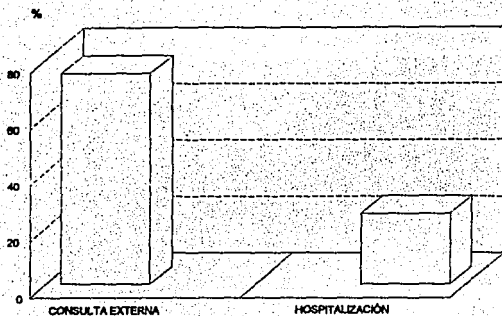


FIGURA 4.
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS

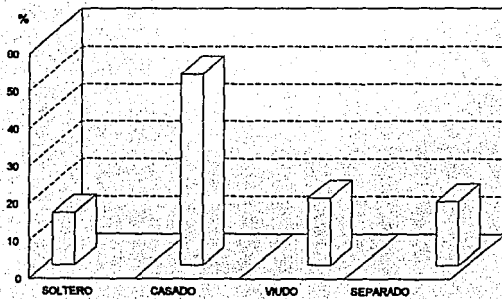


FIGURA 5.
REINCIDENCIA DE PACIENTES GERIÁTRICOS AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

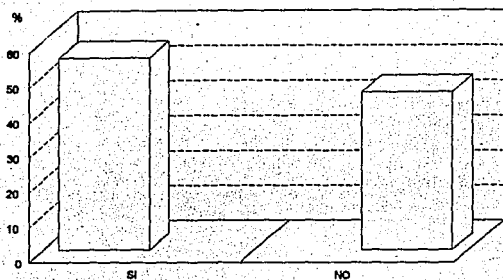


FIGURA 6.
TIPO DE PARENTESCO CON EL PACIENTE

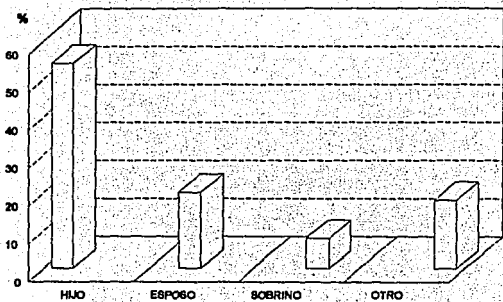
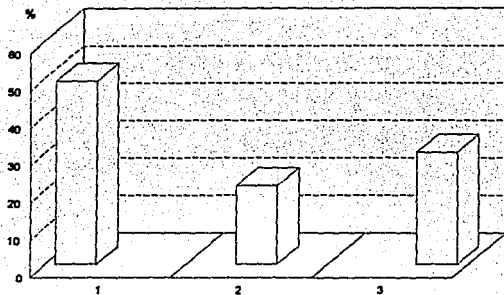
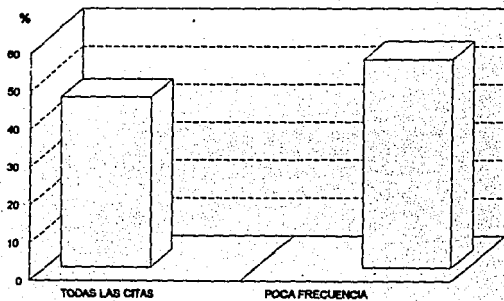


FIGURA 7.
POSSIBILIDAD DE TRASLADO



1) Vive con él. 2) Tiene mayor probabilidad de traslado. 3) Necesita que alguien se haga cargo del anciano.

FIGURA 8.
FRECUENCIA DE CONSULTAS DE PACIENTES GERIÁTRICOS



NOTA: Poca frecuencia = menos de dos citas.

FIGURA 9.
ACTIVIDAD DEL PACIENTE EN SU HOGAR

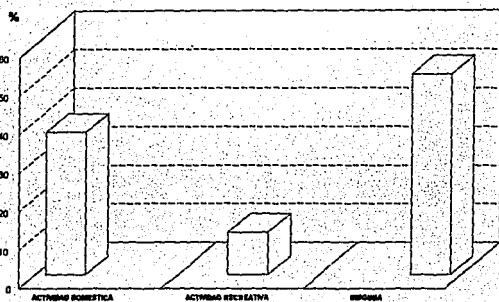


FIGURA 10.
LA FAMILIA ESTIMULA AL PACIENTE

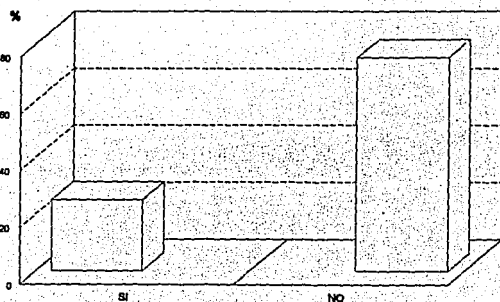


FIGURA 11.
MOTIVO PORQUE NO LO ESTIMULA

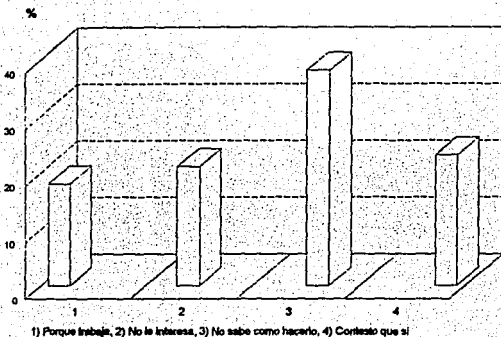


FIGURA 12.
DIAGNOSTICO DEL PACIENTE GERIÁTRICO

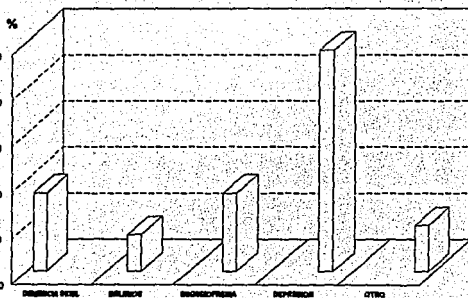


FIGURA 13
CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDADES GERIÁTRICAS POR LA
FAMILIA DEL ANCIANO

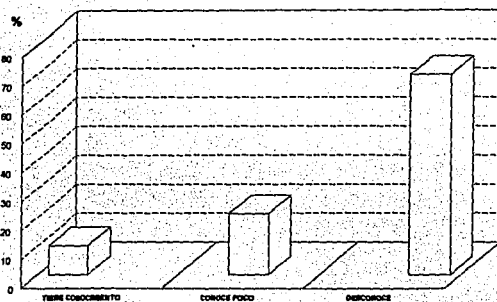


FIGURA 14
CUIDADOS DEL PACIENTE GERIÁTRICO POR LA FAMILIA

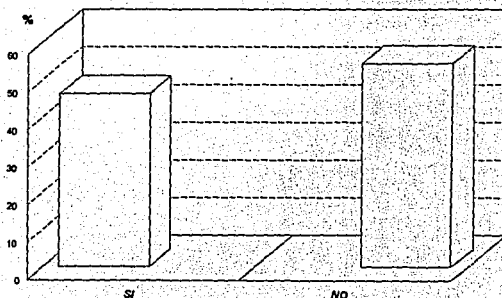


FIGURA 15
TIEMPO DE INICIO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE GERIÁTRICO

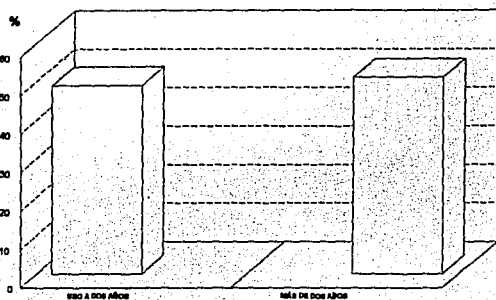
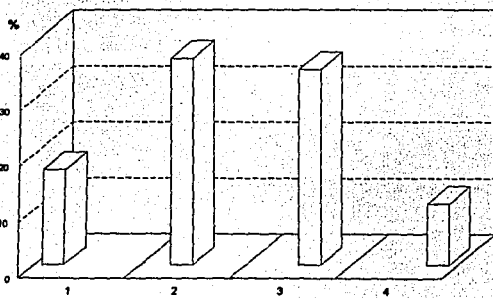
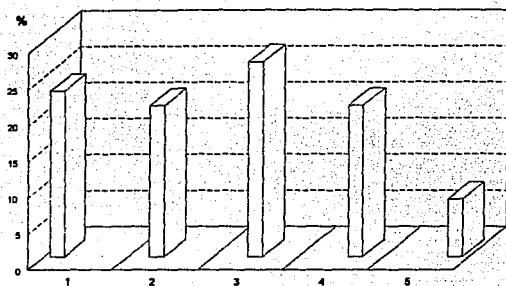


FIGURA 16
ACTITUD DE FAMILIARES HACIA EL PACIENTE GERIÁTRICO



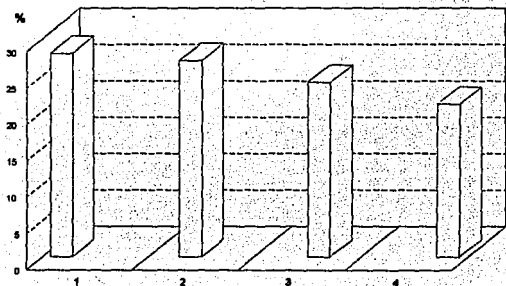
1) Preocupación, 2) Desesperación y deseo de abandono, 3) Actitud hostil hacia el paciente, 4) Comprensión.

FIGURA 17
RELACION CON LA FAMILIA DE PROCREACION



1) No existe interacción, 2) Actitud hostil con el conyuge, 3) discusiones frecuentes con los hijos, 4) Existe apoyo y confianza, 5) No se caso.

FIGURA 18
RELACION CON FAMILIA DE ORIGEN



1) Desintegración familiar, 2) maltrato físico de padre o madre, 3) Desvinculación afectiva con los hermanos, 4) involucramiento afectivo empático.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez Gayou, Juan. Elementos de sexología. Buenos Aires, Ecro, 1974, 183 pp.
- Anderr-Egg, Ezequiel. Metodología y Práctica del desarrollo de las Comunitàd. Buenos Aires, Hvmánitas, 1977, 190 pp.
- Apodaca Rangel, Ma. de Lourdes, et al. Revista de Trabajo Social. No. 31, ENTS/UNAM, 1984, 94 pp.
- Bosselman Beulach, Chamberlain, Neurosis y Psicosis. Mexico, La Prensa Médica Mexicana, 1964, 189 pp.
- Cowdry, Ed. El Cuidado del Paciente Geriátrico. México, La Médica Mexicana, 1962, 401 pp.
- Delgado Sanchez, Carmen. Trabajo Social y Vejez. Buenos Aires, Hvmánitas, 1990, 127 pp.
- GEMAC. VIII Congreso nacional de gerontología y geriatría de México. Mexico, Medicina y Sociedad, 1990, 90 pp.
- Ey, Henry, P. Bernard, et al. Tratado de Psiquiatría. 8a Edición, Barcelona, Masson, S.A, 1990, 1100 pp.
- Hooker, Susan. Una Vejez Feliz a la que Todos Tendríamos que Llegar. México, Gedisa, 1991, 253 pp.
- Kadushin, Alfred. La Entrevista en Trabajo Social. 2da Edición, México, Extemporáneo, 1978, 339 pp.
- Kisnerman, Natalio. Servicio Social de Grupos. Buenos Aires, Hvmánitas, 1973, 315 pp.

- Krassolevitch, Miguel. Psicoterapia Geriátrica. México, fondo de Cultura Económica, 1993, 269 pp.
- Lemkau, Paul. Higiene Mental. México, Fondo de Cultura Económica, 1972, 394 pp.
- Leñero Otero, Luis. La Familia. México, Edical S.A. 1976, 135 pp.
- Lima, Boris. Contribución a la Epistemología del Trabajo Social. Buenos Aires, Hvmantitas, 1975, 198 pp.
- Meza, J. Reclusión y Senectud. en Memoria de la Jornada Sobre Problemas de la Vejez y del Envejecimiento. México, Universidad del Ejercito y Fuerza Aérea, 1979, 59 pp.
- Ortiz Quezada, Federico. Salud en la Pobreza. México, Nueva Imagen, 1982, 98 pp.
- Salud Mental. Demencia, enfermedad de Alzheimer y Pseudodemencia, México, Vol. 10, No. 1, Marzo 1987, 16 pp.
- Saucedo G. Juan Manuel. Psicoterapia familiar, el enfoque estratégico-estructural. memoria del 1er. simposium sobre la dinámica y psicoterapia de la familia. México, I.F.A.C. 1981, 200 pp.
- Tocaven García, Roberto. Higiene Mental. México, Edicol, 1977, 102 pp.
- Von Hahn, H.P. Geriatria Práctica. México, El Manual Moderno, 1975, 368 pp.

- Wolman, B. Benjamin. Diccionario de las Ciencias de la Conducta. México, Trillas, 1984. 395 pp.
- Zinberg Norman, Earl. e Kaufman. Psicología Normal de la vejez. México, El Manual Moderno, 1987, 206 pp.
- Zuk, Gerald. Psicoterapia Familiar. Un enfoque triádico. México, Fondo de Cultura Económica, 1982, 315 pp.