



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“ACTITUDES, FRENTE A LA ENFERMEDAD Y EL ENFERMO MENTAL, DE FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE NEUROPSIQUIATRÍA, INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ”

**TRABAJO RECEPTACIONAL
INFORME DE SISTEMATIZACIÓN DE LA
EXPERIENCIA DEL SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
JORGE EDMUNDO DE LA ROSA LUNA**

ASESORA

DRA. AÍDA VALERO CHÁVEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, ENERO DE 2010





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

¡Pasan tantos nombres de quienes debo dar gracias por haber estado apoyándome incondicionalmente en este sueño, espero no olvidar a nadie, agradezco a todas y cada una de las personas que han estado conmigo en este proceso, en el cual muchos nos aventuramos y no todos logramos realizar...!

Quiero agradecer a *Dios* por dejarme vivir lleno de salud y dicha, por brindarme la oportunidad de concluir un trabajo de muchos años de esfuerzo, lleno de alegrías y experiencias que siempre voy a recordar.

A mis *padres*, que a su manera trataron de que la escuela fuera siempre mi primer objetivo y aunque muchas veces no pudieron expresar su alegría, sé que sentirán el mismo orgullo que yo de llegar a la meta principal.

Deya, quiero darte las gracias por la hermosa hija que me has dado, por el tiempo que me brindaste y el cariño que me demostraste. Mención especial merece el apoyo que tus padres me han otorgado, ya que siempre han estado ahí, muchas gracias.

A la *Universidad Nacional Autónoma de México*, a la que me incorpore desde el bachillerato, por dejarme ser un universitario de tan grandiosa Universidad...por permitirme prepararme profesionalmente en la *Escuela Nacional de Trabajo Social*.

Agradezco infinitamente a los miembros del *jurado revisor* el tiempo asignado en la lectura de este trabajo, así como cada una de sus observaciones para el mejoramiento de éste.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por ser mi fuente de ingresos y por el apoyo brindado para la culminación de mis estudios. Por permitirme conocer a personas que han sido parte fundamental en mi crecimiento, que me han ayudado a madurar y a ver las cosas de manera positiva.

Al *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía* a todo su personal: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales; pero en especial a los *pacientes y sus familiares*, que fueron parte importante de este trabajo.

Espero este sea el principio de un camino profesionalmente exitoso, buscando crecer todos los días como mejor ser humano, y aplicando mis conocimientos para poder contribuir a mejorar la sociedad en todo lo que este a mi alcance...*gracias totales* a aquellos que han estado conmigo en este reto...en este logro.

Definitivamente este trabajo y mi vida entera, se lo entrego al ángel más hermoso que Dios y la vida me han regalado, el ser más increíble y maravilloso: mi hija, *Ximena Nicole*.

Nena hermosa, aquellas ocasiones en las que tuve que estar lejos de ti al fin se ven recompensadas en este trabajo, que representa la culminación de mis estudios profesionales, pero también el inicio de otra etapa de mi vida... Deseo que este logro siempre sea

un buen ejemplo a seguir para ti... te quiero, eres lo más importante para mí.

Índice

	Pág.
Introducción	
I. Descripción del Desarrollo de la Experiencia	1
1.1 Selección e incorporación a la opción “Sistematización del servicio social”	1
1.2. Programa de Servicio Social	2
II. Contexto en el que se inscribe la experiencia	10
2.1 Contexto Demográfico y Epidemiológico	10
2.2 Sistema de atención a la salud de los mexicanos	12
2.2.1 El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN)	14
2.2.1.2 Trabajo Social en el INNN	15
2.2.1.3 Unidad de Neuropsiquiatría	18
III. Marco Teórico-Conceptual en el que se inscribe la experiencia	20
IV. Participación en el desarrollo de la experiencia	27
V. Intencionalidad de la experiencia	46
5.1 Protocolo de investigación “Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos del INNN”	47
VI. Conclusiones	54
Fuentes	58
Anexos	

Introducción

*"La salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo. Ha llegado la hora de que salga a la luz. La magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, familias y las sociedades, son abrumadores." Lee Jong Wook.**

Las enfermedades mentales en México son más frecuentes de lo que la mayoría de la población supone, un porcentaje elevado de mexicanos las padece, las últimas estimaciones indican que un gran número de habitantes en nuestro país sufre de algún trastorno mental, esta situación se puede ver con claridad ya que casi todos conocemos a alguien de nuestro entorno que sufre o ha sufrido algún problema de tipo mental.

Una de las consecuencias más graves de los problemas de salud mental es que reducen drásticamente la calidad de vida, tanto de la persona que la padece, pero también de su familia, no se refiere únicamente al impacto económico que estas enfermedades tienen sobre la economía familiar, de la misma manera se refiere al impacto psicológico, emocional y social.

[▣] Ex Director General de la Organización Mundial de la Salud.

Uno de los aspectos que ha sido poco estudiado en Trabajo Social, se refiere a la actitud de los familiares de enfermos mentales hacia la enfermedad y al enfermo mental, ya que en el caso de este tipo de padecimientos el apoyo de la familia es muy importante tanto en la adherencia terapéutica como en el tratamiento para su incorporación a la vida escolar, laboral y/o social, en gran medida depende del tipo y avance de la enfermedad así como de la diferencia en las actitudes y las creencias familiares en torno a la enfermedad mental.

Toda vez, que el área de la salud para el Trabajo Social ha representado un ámbito de trabajo tradicional, en lo que se refiere a la salud mental hoy en día se presenta como un campo de trabajo potencial, no porque sea novedosa la incorporación de nuestra carrera a la reciente situación, sino porque en la actualidad ante el incremento de las enfermedades psiquiátricas y su asociación con factores sociales hacen un campo fértil para que dicha profesión se incorpore a éste, a través de la realización del diagnóstico e intervención social, no sólo con el paciente sino también con sus familiares.

Una de las alternativas para realizar el servicio social y la opción de titulación denominada *Informe de Sistematización del Servicio Social* fue el Laboratorio de Investigación Sociomédica, a través de la investigación denominada “Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las representaciones sociales que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos del INNN”, misma que fue la que se eligió para poder concluir con ese proceso del servicio social.

Para la realización de la sistematización dentro del proyecto de investigación se retomo la propuesta de María de la Luz Morgan y Teresa Quiroz, quienes realizan una aportación metodológica en educación popular en el libro “La sistematización de la practica. Cinco experiencias con sectores populares”, su experiencia se basa en ocho apartados de los cuales sólo se retomaron cinco, mismos que a continuación se describen en forma de capitulado.

El primer capítulo se denomina *Descripción del desarrollo de la experiencia*, en éste se describe los motivos de la selección de la opción de titulación Sistematización del servicio social, así como el proceso de incorporación al

área y al protocolo de investigación, con lo cual se realizó el programa de servicio social.

El segundo apartado que hace referencia al *Contexto en el que se inscribe la experiencia*, se realiza un análisis de la situación epidemiológica de las enfermedades mentales en nuestro país, además se describe el marco institucional en el que se desarrolló el servicio social y la participación de trabajo social en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN).

El tercer capítulo se enuncian los conceptos de los cuales se desarrolló la investigación, principalmente de lo que se consideró como enfermedad mental, enfermo mental, actitud y estigma; los cuatros conceptos principales dentro de este proyecto, ello, permitió conformar el *Marco teórico*.

Mientras que la cuarta sección de este informe se denomina *intencionalidad de la experiencia*, en éste se presenta el protocolo de investigación en el que se participó a través del desarrollo del servicio social, en éste se explicita los objetivos y la metodología que se utilizó en el desarrollo de la investigación.

Dentro del último apartado, se describe la *Estrategia metodológica* que se utilizó para sistematizar la experiencia al participar en el protocolo de investigación “Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos del INNN”, además de que se presenta un resumen de los resultados obtenidos con el fin de mostrar mi participación dentro del proyecto en la investigación, así como de mi experiencia en la realización del servicio social.

Por último se presentan algunas reflexiones en relación a la temática de la salud mental y del servicio social, todo ello considerando que es de suma importancia que Trabajo Social reconozca esta problemática a fin de propiciar la reinserción del enfermo mental a su comunidad y a la sociedad, comenzando por investigar las actitudes que se tiene sobre el enfermo y la enfermedad mental en la sociedad; ya que éstas pueden actuar de manera favorable o

desfavorable en la adherencia terapéutica al tratamiento de estos, así como en la búsqueda de su integración social, entendiendo ésta como un proceso dinámico que posibilita al paciente a participar en el mínimo de bienestar socio-vital.

Descripción del Desarrollo de la Experiencia

1.1 Selección e incorporación a la opción “Sistematización del servicio social”

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) tiene como fin esencial el impartir educación superior para formar profesionistas, investigadores, profesores universitarios y técnicos útiles a la sociedad; así como organizar y realizar investigaciones, principalmente acerca de las condiciones y problemas nacionales y extender los beneficios de la cultura a la sociedad. Por ello, para coadyuvar al logro de estos objetivos, actualmente oferta 82 carreras profesionales, siendo una de ellas, la Licenciatura en Trabajo Social, impartida en la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS).¹

Para obtener el título de Licenciado en Trabajo Social, la ENTS ha establecido como requisitos de titulación:²

- Cubrir el total de los créditos del Plan de Estudios
- Acreditar el examen de comprensión de lectura del idioma inglés.
- Acreditar el manejo de dos paquetes de cómputo.
- Cumplir con el Servicio Social.
- Aprobar el examen profesional por alguna de las 13 modalidades de titulación.

¹<http://www.planeacion.unam.mx/Agenda/2009/>. Consultado el día 2 de octubre del 2009.

²<http://www.trabajosocial.unam.mx/licenciatura.htm>. Consultado el día 2 de octubre del 2009.

Considerando estos requisitos, se eligió la opción de titulación *informe de sistematización del servicio social*, ya que a través de esta modalidad se podrían concluir dos procesos importantes para la titulación de manera paralela: la prestación del servicio social y la titulación al realizar un informe de sistematización de la experiencia obtenida en el servicio social

Posteriormente, se realizaron los trámites correspondientes y considerando el interés por el área de la salud, se me asignó realizar el servicio social en el Laboratorio de Investigación Sociomédica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.

Por otra parte, como requisito de esta opción de titulación se asistió al *curso de sistematización* (11 sesiones) que coordina el Centro de Educación Continua de la ENTS, impartido por la Lic. Patricia Beatriz García Corona. Una vez acreditado el curso, se continuó con la realización del servicio social y participación en el proyecto *“Actitudes frente a la enfermedad y enfermo mental de familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría”*.

1.2. Programa de Servicio Social

Proyecto: “Actitudes frente a la enfermedad y enfermo mental de familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría”.

A fin de incorporarme a las actividades del Laboratorio de Investigación Sociomédica, asistí al Curso de Inducción al Servicio Social, que brindó la Coordinación del Vínculo Interinstitucional; mismo que duró una semana, en un horario de 10:00 a.m. a 13:00 p.m. Los temas abordados estaban relacionados con las características de la institución, las funciones y actividades de trabajo social en el Instituto, así como las características del proyecto de investigación al que me incorpore.

Como primera actividad del servicio social se realizó una indagación documental acerca de las investigaciones que en los últimos cinco años se han realizado sobre las enfermedades mentales desde una perspectiva social, con el propósito de elaborar la justificación de la participación, como prestador de servicio social, en el proyecto de investigación.

Antecedentes

A lo largo de la historia de la humanidad, las enfermedades mentales han sido explicadas a través de la magia y la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedad, atribuyéndoles un origen diabólico o espiritual.

En Mesopotamia, los primeros médicos consideraban a las enfermedades mentales como posesiones demoníacas y eran tratadas con métodos mágico-religiosos. En Egipto, principalmente fue atribuido a una mala posición del útero, por lo cual fumigaban la vagina, con la intención de devolverlo a su posición original. Mientras que en Israel, en la Biblia se describe la enfermedad mental de Saúl, la que provocó se desnudara todo el día y toda la noche entrando en trance, que terminó en su suicidio, conducta que se interpretó como causada por un espíritu maligno enviado por Dios. Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando los estudios de la mente y de la religión. Los romanos postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales.

“Durante el feudalismo las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas; a partir del siglo XIII se fundaron hospitales con secciones psiquiátricas en Francia, Alemania y Suiza. El primer hospital europeo para enfermos mentales se fundó en 1409 en Valencia, España”.³

Durante el renacimiento se atribuyeron las causas de todas las enfermedades mentales al demonio negando cualquier explicación natural de las mismas, el

³ “Historia de las enfermedades mentales” Disponible en: <http://www.geocities.com/bakuninn/enfermedades.htm>. Consultado el día 3 de mayo del 2008.

"tratamiento" prescrito para la enfermedad mental fue la tortura y la cremación como un acto de piedad, para "liberar el alma" del enfermo.

“En la edad moderna, los enfermos ya no eran quemados en la hoguera como en los siglos anteriores, su suerte era aún lamentable, incluso durante la ilustración, sino eran internados como verdaderos delincuentes en los hospitales generales que eran administrados por ordenes religiosas, vagaban solitarios en los bosques y en el virtual destierro, siendo objeto de burlas y maltratos indescriptibles.”⁴

En 1793 Philippe Pinel, aporta un nuevo enfoque a la sociedad sobre el enfermo mental, promulgando que también son merecedores de atención médica y que deben ser tratados como seres humanos. Posteriormente, en los inicios del siglo XX, la psiquiatría cobra auge al identificar las causas y desarrollo de los más importantes problemas mentales, además se describieron criterios clínicos sobre el diagnóstico, las psicoterapias y la psicofarmacología; las mayores aportaciones en este aspecto fueron de parte de Kraepelin, Bleuler y Meller. Sin embargo, en 1960 se genera un enfoque opuesto denominado *antipsiquiatría*, que rechazaba el concepto de enfermedad mental visto como anomalía biopsíquica, para enfocarlo como un problema de contexto económico e histórico-social, este enfoque fue propuesto por Thomas Sas y David Cooper⁵.

Durante siglos el enfermo mental ha sido –y aún en la actualidad– estigmatizado, a pesar de que la salud mental es definida como “la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales).”⁶

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como “un estado de completo bienestar, físico y social y no meramente la ausencia de

⁴ *Ibídem*.

⁵ Secretaría de Salud. Programa de acción específicos 2007-2012. “Atención en Salud Mental”. México. 2007. pág 30

⁶ “Historia de las enfermedades mentales”. Op. Cit.

enfermedad o dolencia”, definiendo así la enfermedad como “cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar”⁷, de esta manera, se reconoce la vulnerabilidad de las personas a sufrir alguna enfermedad mental en cualquier momento de su vida.

La enfermedad mental se conceptualiza como los “desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desórdenes químicos en el cerebro, las cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica”⁸.

Así se reconoce que entre las causas que pueden llevar al desarrollo u origen de una enfermedad mental son:

- Problemas sufridos en el cerebro, en el momento del parto.
- Problemas genéticos (daño orgánico en alguna zona del cerebro específicamente en zonas que afecten el comportamiento y/o aprendizaje).
- Trastornos orgánicos, funcionales o fisiológicos.
- Problemas ambientales, (algún contaminante, situaciones violentas, emocionales, estresantes o traumáticas, sobre todo durante la infancia y adolescencia).
- Problemas seniles que deterioran y limitan las funciones mentales.
- Uso y consumo de drogas o fármacos.
- Por accidentes que ocasionen lesiones cerebrales.

“Al menos 15 millones de personas padecen de alguna enfermedad mental en México, esto es, alrededor del 15% de la población [...] Según las estadísticas del INPRF (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) nos indican que el 7% de la población padece depresión mayor, el 1.6% t. [trastorno] bipolar, el 1% esquizofrenia y el 2% TOC [Trastorno Obsesivo Compulsivo] entre otras. Dando un total aproximado de más 15% de la población afectada”⁹.

Las problemáticas que se suscitan en torno a las enfermedades mentales, no sólo son causa del desconocimiento de la población que lo padece, sino mas

⁷ Higashida Hirose. “Ciencias de la salud”. 2da edición Ed. Mc Graw Hill México, 1990, pág. 6

⁸ Danielle Goerg, Werner Fischer, Eric Zhinden, José Guimon. “Diferenciación en las representaciones sociales y los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos”. Consultado 3 de mayo de 2008

⁹Hammeken Carla. en el Congreso Internacional Inclusión Educativa y Social, Unidos por la diversidad: Enfermedad mental y discapacidad” Disponible en: <http://portal.vozprosaludmental.org.mx/modules.php?Name=News&file=article&sid=223Articulo>. Consultado el día 3 de mayo del 2008.

bien es un problema social y estructural, puesto que, “en México, del total del presupuesto para la salud, sólo se invierte menos del 2% en salud mental, cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda que sea del 10% y cuando menos del 5%”¹⁰, dando muestra de la exclusión que el gobierno tiene para con estas personas.

No obstante aún cuando la vulnerabilidad a padecer alguna enfermedad mental es elevada, existen diversos factores que la mantienen en las sombras, tan es así que “en México existe un desconocimiento severo sobre los problemas de salud mental, e incluso la mayoría de veces pasan de cuatro a 20 años para que un paciente acuda y reciba atención adecuada... [Además existe un grave] desconocimiento sobre los padecimientos mentales [...] la Encuesta Nacional sobre Salud Mental avala ello, pues arroja que más del 80 por ciento de la población no busca la atención en el lugar adecuado”¹¹. Este desconocimiento, genera miedos alrededor de las personas que padecen alguna enfermedad mental, pues el medio social establece categorías, patrones y atributos, principalmente de carácter peyorativo o estigmatizantes.

En este sentido, el hablar de enfermo mental o enfermedad mental tiene una gran carga social y una interpretación estigmatizante, “la palabra estigma proviene del griego “atravesar, hacer un agujero”, y consiste en una serie de creencias, actitudes y conductas negativas de la sociedad hacia la enfermedad y todo lo que la rodea, como enfermos, personas que los atiende, medios terapéuticos y espacios físicos, con graves consecuencias hacia todos los implicados.”¹²

Los factores que contribuyen a la formación del estigma hacia los enfermos con trastornos mentales son principalmente los medios de comunicación, en algunas de sus producciones cinematográficas y series televisivas presentan a los villanos, los malos y peligrosos como personas con este tipo de enfermedades, así mismo en noticieros y periódicos, son presentados como mentalmente anormales aquellas personas que realizan algo fuera de lo común; aun cuando en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y

¹⁰*Ibidem.*

¹¹ Notimex. “Mexicanos dejan pasar hasta 20 años para atender enfermedades mentales”. *La crónica de hoy/Salud*. Disponible en: http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=333935. Consultado el día 3 de mayo del 2008.

¹²“Programa de Acción Específicos 2007-2012”. *Op Cit.* pág. 30

en los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental “se establece que no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental, que todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido en la comunidad en la que vive y a recibir el tratamiento menos restrictivo posible, esto mismo se retoma en otros documentos como lo es la declaración de Madrid”¹³.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, desde su fundación se consideró imprescindible incluir el estudio y atención de los pacientes con enfermedades psiquiátricas, es así que la neuropsiquiatría es uno de los tres pilares básicos de este Instituto, área que no existe en ninguna otra institución de salud en México.

En estudios realizados a pacientes con alguna enfermedad mental atendidos en esta institución, han identificado que estos difícilmente pueden integrarse al medio social y laboral, por las actitudes que los familiares de estos tienen sobre la enfermedad de su pariente. Por lo anterior, el Laboratorio de Investigación Sociomédica desarrolló un estudio denominado “*Actitudes frente a la enfermedad y enfermo mental de familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría*”, ya que es pertinente que Trabajo Social reconozca esta problemática, a fin de propiciar la reinserción del enfermo mental a la sociedad, comenzando por investigar las actitudes que se tiene sobre el enfermo y la enfermedad mental en la sociedad, misma que nos brinde alternativas de solución para poder combatir esta situación.

Esta problemática no ha sido abordada al interior de la familia, que para este tipo de enfermos es de gran importancia, ya que ésta puede actuar de manera favorable o desfavorable en la adherencia terapéutica al tratamiento de estos, así como en la búsqueda de su integración social, entendiendo ésta como un proceso dinámico que posibilita al paciente a participar en el mínimo de bienestar socio-vital.

¹³“Programa de Acción Específicos 2007-2012”. Op Cit. pág. 32

Objetivo

Describir la participación del prestador de servicio social en el desarrollo del protocolo de investigación *“Actitudes frente a la enfermedad y enfermo mental de familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría”*.

Metodología

La sistematización de esta experiencia se realizó con base al proceso de sistematización propuesto por María de la Luz Morgan y Teresa Quiroz; sin embargo, se pretende que este mismo sea una guía de las actividades de dicho trabajo, el cual se adaptará al proceso de recuperación de la experiencia obtenida en el proyecto de investigación.

En el caso del desarrollo de proyectos de investigación social, es difícil recuperar la experiencia en torno a este proceso, pues por lo general los procesos de sistematización están orientados a describir y analizar las experiencias de intervención social. Ante esta situación, se eligió partir del proceso de recuperación de la experiencia elaborado por Morgan y Quiroz, las actividades que se realizaron se dividieron en las fases que se muestra en la tabla No 1.

Tabla No.1
Proceso de sistematización

Fase	Descripción
Descripción del desarrollo de la experiencia	Es la descripción breve del trabajo que se realizó y se contemplan como aspectos fundamentales el periodo, el lugar donde se desarrolló la experiencia, objetivos del trabajo y actividades que se realizaron.
Contexto en el que se inscribe la experiencia	Se expone el contexto institucional dentro del cual se desarrolló la sistematización de la experiencia.
Marco teórico conceptual	En este apartado se debe contar con un conjunto de conceptos o categorías que hagan comprensible y den un sentido a la descripción de la experiencia
Intencionalidad de la experiencia	Es el propósito o finalidad de la experiencia a sistematizar.
Estrategia metodológica	Se refiere al cómo se ha actuado para lograr el propósito o finalidad

que se implementó	de la sistematización.
Análisis del desarrollo de la experiencia	Se tiene una visión general de los resultados y dificultades que se fueron asumiendo durante el servicio social.
Resultados de la experiencia	Se detallan los logros alcanzados a partir de la intencionalidad del servicio social.
Conclusiones	Se abre la posibilidad de sistematizar nuevas experiencias.

II

Contexto en el que se inscribe la experiencia

2.1 Contexto Demográfico y Epidemiológico

En las últimas cinco décadas la salud de los mexicanos ha sufrido cambios significativos, como resultado de la transición demográfica y del desarrollo tecnológico aplicado a la atención de las enfermedades: ha descendido la mortalidad, de 16 defunciones en 1950 a 4.4 por 1,000 habitantes en el año 2005; la esperanza de vida se ha incrementado, de 49.6 años en 1950 pasó a 78 años en las mujeres y 73 años en hombres; hay una disminución significativa de la fecundidad, el número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva de 6.8 en 1970 a 2.2 en 2006.¹

Entre la población del país, sobresalen como causas de daño a la salud, las enfermedades no transmisibles y las lesiones; padecimientos que son más difíciles de tratar y más costosos, cuya causa se encuentra relacionada con estilos de vida poco saludables, como tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y drogas, mala nutrición, así como las prácticas sexuales de alto riesgo, “[...] representan hoy el 85% de todas las muertes que se registran en México.

¹“Programa Nacional de Salud 2007-2012”.*Op.Cit.* pág. 14-16

[...] El otro 15% corresponde a las muertes por enfermedades asociadas con la pobreza, como las infecciosas, la desnutrición y las que tienen que ver con la reproducción [...].”² Tres tipos de enfermedades concentran el 33% de las muertes en mujeres y el 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y cerebro-vasculares.

Además de los indicadores de enfermedad y mortalidad para conocer la salud de la población, se utiliza uno denominado; *años de vida saludable* (AVISA), para contabilizar las pérdidas por muerte o discapacidad, ofreciendo una medida común para todas las causas y edades de la población. En el país, la depresión es la principal causa de años de vida saludables perdidos en mujeres, seguidas de la diabetes y afecciones originadas en el periodo perinatal; mientras que en los hombres son la cirrosis, el consumo de alcohol, y los accidentes y lesiones.³

En el 2002, Guido Belssaso, admitió que de los 15 millones de mexicanos que padecen algún tipo de enfermedad mental, sólo para su atención “el sector salud dispone de 28 hospitales psiquiátricos. Pero de éstos únicamente cinco están en buenas condiciones [...] Además, de los 4 mil 600 pacientes que están internados en esos nosocomios, alrededor de 2 mil son una "verdadera carga para el Estado", porque son personas que han sido abandonadas por sus familias y tienen entre 15 y 20 años asilados; son enfermos crónicos de muy difícil recuperación”⁴. Como se puede observar la demanda es mayor que la oferta de unidades médicas.

En este sentido, el hablar de enfermo mental o enfermedad mental tiene una gran carga social y una interpretación estigmatizante, de ahí la importancia que tiene el INNN, con la población en general, para poder dar solución, además de brindar hacia el propio familiar, ayuda para enfrentar en conjunto con su familiar enfermo la situación difícil a la que están sujetos.

² Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República. “Plan Nacional de Desarrollo” México. 2007 pág.161

³ “Programa Nacional de Salud 2007-2012”. Op. Cit. pág. 33

⁴ DGS-SIID-SIA. “La Salud Mental en México”. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf/> Consultado el día 01 de julio del 2008. pág 39

2.2 Sistema de atención a la salud de los mexicanos

El derecho a la salud, es considerado como un derecho autónomo, que está establecido en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4º, que refiere “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”⁵ siendo su principal finalidad, el bienestar físico y mental de la población.

El Sistema Nacional de Salud en México, está a cargo de la Secretaría de Salud, se encuentra integrado por aquellas dependencias de la Administración Pública Federal y Local (sector social o privado) que prestan servicios de atención a la salud de la población, se encuentra organizada en tres subsistemas y en tres niveles de atención (Tabla No. 2 y No. 3); teniendo como objetivos:

- Impulsar al desarrollo de la familia y de la comunidad.
- Coadyuvar a la modificación de patrones culturales que determinen hábitos costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, especialmente para la población considerada como vulnerable.

Para ello, la Secretaría de Salud lleva a cabo una organización y planificación de la infraestructura disponible, cuyas acciones están sustentadas en el Programa Nacional de Desarrollo y en el Programa Nacional de Salud; pero más allá de los lineamientos institucionales para atender a la población, también es un objetivo social, en donde uno de los retos es el servicio oportuno y de calidad, en lo que se refiere a la prevención de enfermedades como al tratamiento de éstas.

⁵ Cámara de Diputados. “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Centro de documentación, informes y análisis. México DF. 2004.

Tabla No. 2
Organización del Sistema Nacional de Salud en México

Subsistema	Instituciones
Seguridad social	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), etc.
Población abierta	Secretaría de Salud Sistema de salud de cada entidad federativa
Privado	Aseguradoras Empresas médicas Prestadores pequeños y privados fuera del 'modelo médico dominante'

Fuente: Laurell Asa Cristina. "Conferencia: El sistema nacional de salud. Discursos, realidades y perspectivas". I Congreso de Medicina Social. ALAMES. México. 2006.

Tabla No. 3
Niveles del Sistema Nacional de Salud en México

Nivel	Característica
Primer nivel	Tiene como función, el otorgar servicios básicos de salud, los cuales, se ofrecen en centros de salud, dispensarios médicos comunitarios, así como las clínicas de medicina general y los hospitales regionales.
Segundo nivel	Tiene por objetivo, realizar intervenciones ambulatorias y hospitalarias en diversas especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general, etc. Los hospitales que ofrecen estos servicios, cuentan con infraestructura y un equipo de salud capacitado para realizar cirugías poco complejas.
Tercer nivel	Tiene la función de otorgar servicios ambulatorios y de internamiento con la finalidad restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los niveles I y II, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Además, tiene otras facultades como el brindar apoyo para vigilancia epidemiológica, actividades de investigación y el desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

Fuente: Laurell Asa Cristina. "Conferencia: El sistema nacional de salud. Discursos, realidades y perspectivas". I Congreso de Medicina Social. ALAMES. México. 2006.

El tercer nivel de atención a la salud, se encuentra integrado por doce Institutos Nacionales y cinco Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE):

Institutos Nacionales

Hospital Infantil de México
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Instituto Nacional de Perinatología
Instituto Nacional de Pediatría
Instituto Nacional de Cardiología
Instituto Nacional de Cancerología
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Instituto Nacional de Psiquiatría
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Instituto Nacional de Salud Pública
Instituto Nacional de Medicina Genómica
Instituto Nacional de Rehabilitación y Comunicación Humana

Hospitales Regionales de Alta Especialidad

HRAE del Bajío
HRAE de Oaxaca
HRAE de la Península de Yucatán
Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas (Hospital de Especialidades Pediátricas en Tuxtla Gutiérrez)
HRAE Ciudad Salud en Tapachula

2.2.1 El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN)

De acuerdo a la Ley de Institutos Nacionales de Salud, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, es un “organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupados en el Sector Salud, que tienen como objeto principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, y cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional.”⁶

⁶19 Ley de los Institutos Nacionales de Salud. México, 2000 Pág.1

Tiene como misión el “desarrollar investigación clínica y básica en la esfera de las neurociencias, así como coadyuvar en la formación de recursos humanos de la especialidad que permitan brindar atención médica de excelencia a pacientes con padecimientos y/o afecciones del sistema nervioso.”⁷

Mientras que su visión es “incrementar el reconocimiento nacional e internacional que en el campo de las neurociencias tiene el Instituto, mediante el desarrollo de investigación y tecnología de punta, que aunado a la formación de recursos humanos de alto nivel, permiten ofrecer las mejores posibilidades de diagnóstico y tratamiento que a nivel mundial se otorguen.”⁸

El INNN brinda atención médica en tres especialidades: la neurología, la neurocirugía y la psiquiatría. Para ello, se rige bajo tres ejes: la asistencia, la enseñanza y la investigación; por lo que “puede proveer atención médica de alta calidad, por el diseño de protocolos de diagnóstico y tratamiento, así como por la generación de conocimiento en patologías de gran relevancia social”⁹, lo cual, ha conseguido por el cumplimiento de sus objetivos como institución pública de atención a la salud.

“El INNN atiende 6,000 nuevos pacientes aproximadamente al año, ofrece más de 90,000 consultas médicas y realiza más de 2,000 procedimientos neuroquirúrgicos. Asimismo, certifica 40 nuevos especialistas, 20 investigadores graduados, y publica cerca de 100 artículos en revistas científicas internacionales”¹⁰ lo que ha permitido que el Instituto cuente con instalaciones de primer nivel.

2.2.1.2 Trabajo Social en el INNN

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, hay dos instancias en donde Trabajo Social ha tenido una participación importante para la atención

⁷ *Historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía 'Manuel Velasco Suárez'. <http://www.innn.edu.mx/index.php/instituto/C60> (Marzo 2007).*

⁸ *Ibidem.*

⁹ *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. En Surgical Neurology. Volumen 61. 2004. pág. 204.*

¹⁰ *Ibidem. pág. 205.*

del paciente y su familia durante el proceso de salud-enfermedad: el Departamento de Trabajo Social y el Laboratorio de Investigación Sociomédica.

Este Instituto –igual que los otros- actúa bajo criterios de gratuidad, es decir, se encuentra basado en las condiciones socioeconómicas de los pacientes sin que las cuotas de recuperación desvirtúen su función social. Por ello, el Departamento de Trabajo Social, desempeña un papel importante para el estudio, evaluación y asignación del nivel socioeconómico que deben cubrir el paciente y su familia para el pago de un servicio, para ello, utiliza dos técnicas tradicionales de la profesión:

- Estudio Socioeconómico

El Manual de Cuotas de Recuperación del Instituto, estipula que el trabajador social es el personal responsable de indagar y analizar la situación socioeconómica de los usuarios a partir de un diagnóstico social objetivo. Éste se lleva a cabo a través de una o varias entrevistas directas con el paciente o uno de los familiares, sobre todo aquel que asuma la responsabilidad legal del enfermo durante su atención médica en el Instituto.

Cabe mencionar, que el nivel de pago cubre únicamente el uso de la cama, los estudios y la consulta; lo referente al medicamento éste se cobra al cien por ciento, lo que limita y desgasta a los familiares por su alto costo.

- Visita domiciliaria

El Departamento de Trabajo Social del INNN, realiza la visita domiciliaría con los siguientes fines: exento, apoyo institucional, carta compromiso, reclasificación, verificación de información, localización/ rescate de paciente, Investigar condiciones socio-ambientales, Seguimiento de paciente. Para la toma de decisiones utilizan un instrumento denominado “Reporte de la Visita Domiciliaria”, éste se encuentra integrado por:

- I. *Datos Generales (Nombre, registro, nivel, diagnóstico, dirección, informante, parentesco, escolaridad)*
- II. *Objetivo de la visita (Exento, Apoyo institucional, Carta compromiso, Reclasificación, Verificación de información, Localización/rescate de paciente, Investigar condiciones socio ambientales, Seguimiento de paciente, Otro)*
- III. *Estructura y economía familiar (Integrantes, estructura, economía familiar egresos mensuales, déficit- proveedores económicos)*
- IV. *IV? Estado de salud familiar (Servicio médico, enfermos en la familia, parentesco)*

- Vº. *Condiciones de vivienda (Zona de ubicación, tipo, características)*
Vºº. *Actitud del entrevistado (Recomendación de la trabajadora social)*
VII. *Vººº. Conclusiones (Anerita)*¹¹

La reclasificación del nivel de cuota de recuperación, se otorga sobre todo, en aquellos casos en que los insumos y medicamentos del paciente impliquen un gasto catastrófico, si el paciente ha sido hospitalizado más de una vez en un año y que por tal motivo la familia enfrente serias dificultades económicas o bien por hospitalizaciones prolongadas.

Trabajo Social, ha tenido presencia en el Instituto desde 1964, año en el que contaba con cuatro trabajadoras sociales, su incursión se ha ido incrementado, pues, para el 2007 había 17 trabajadoras sociales adscritas al Departamento de Trabajo Social, aproximadamente poco más del 50% de éstas cuenta con licenciatura.

Actualmente el Departamento de Trabajo Social tiene presencia en diversos servicios del Instituto:

- Urgencias y Terapia Intensiva
- Neurología / Neuroinfectología
- Neurocirugía
- Radioneurocirugía
- Consulta Externa
- Neuropsiquiatría

Por otra parte, la Escuela Nacional de Trabajo Social y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” suscribieron un convenio de colaboración académica, que se materializó a finales del año 2004, al inaugurar el Laboratorio de Investigación Sociomédica, con la finalidad de estudiar la complejidad del proceso salud-enfermedad que viven los enfermos y sus familiares desde una perspectiva social.

El Laboratorio ha incorporado alumnos de práctica de especialización, prestadores de servicio social y pasantes, para desarrollar procesos de

¹¹ 24. Datos obtenidos del instrumento llamado “Reporte de la Visita Domiciliaria” utilizado por el Departamento de Trabajo Social del INNN.

investigación social en el proceso salud-enfermedad-recuperación de pacientes con enfermedades neurológicas, neuropsiquiátricas o del sistema nervioso central. Desde entonces, se han desarrollado estudios de calidad de vida, adherencia terapéutica, cuidadores primarios, dinámica familiar en relación a enfermedades neurológicas y del sistema nervioso central, como enfermedad de Huntington, Alzheimer, Epilepsia. Esquizofrenia, entre otras; la mayoría de ellas desde el paradigma cualitativo.

2.2.1.3 Unidad de Neuropsiquiatría

“Desde sus orígenes el Instituto cobijo bajo el palio de las neurociencias a la psiquiatría, como una señal pionera de esa integración, en 1964, año de la inauguración del Instituto, [...] en la avenida Insurgentes 3877 [...], en ese lugar existía la Escuela para adolescentes débiles mentales, y el Hospital Granja Bernardino Álvarez para enfermos psiquiátricos. A partir de 1964, ya abierto el Instituto, los enfermos psiquiátricos se atendían en Consulta Externa y Hospitalización, en el segundo piso, teniendo como jefe y profesor al maestro Don Dionisio Nieto, y con el colaboraban los doctores Gastón Castellanos, Guido Belsasso, y en la consulta externa, el doctor Arturo Fernández Cerdeño, poco tiempo después se agregó el doctor Armando Grajales”¹².

“Se combinaron en el servicio las corrientes de la psiquiatría biológica y la dinámica, lo que junto con el apoyo de la neurología y neurocirugía permitió tener una visión amplia y complementada de la persona enferma como un ser humano, que de un modo u otro, que con unos síntomas u otros, sufría del sistema nervioso.

El Dr. Antonio Torres Ruiz, dentro de los ex residentes de psiquiatría, fue promovido a Coordinador Médico y Subdirector Médico (1983-1993), sin desconectarse totalmente del servicio que seguía encabezado por el Dr. Dionisio Nieto hasta su muerte en 1985. A su muerte ocupó la jefatura el Dr. Rodrigo Garnica hasta 1993, en que el Dr. Torres Ruiz lo sustituyó de 1993 a

¹²25. *Revista del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. “Médicos de México”. Vol. 73 Noviembre 2007. pág.66*

2001, siguiendo, en mucho los lineamientos trazados por el Dr. Nieto. En ese año, el segundo piso del hospital, por más de 35 años dedicado a la atención de enfermos psiquiátricos, es sustituido por una nueva unidad fuera del edificio de hospitalización, con instalaciones actualizadas, facilidades para enfermos y enseñanza la que se le puso el nombre del ilustre alemán, Emil Kraepelin y quedó a cargo de la jefatura del servicio, ahora llamada Subdirección de Psiquiatría el Dr. Carlos Campillo Serrano, quien siguió actualizando los programas de trabajo y especialización, con la colaboración de los doctores: Ignacio Ruiz López, Mario Mendoza, Benilde Orozco, Ricardo Colín.

Del 2007 a la fecha, la Subdirección está a cargo del Dr. Jesús Ramírez Bermúdez, el cual comenta sobre dicha Unidad: *“Se le consideró desde un principio, un área de Neuropsiquiatría porque al mismo tiempo tomaba en cuenta todas las complejidades del cerebro y la mente humana.”*¹³ A diferencia de otros hospitales psiquiátricos, en él se hospitalizan pacientes con epilepsias complicadas o enfermedades neurológicas que se manifiestan con problemas psiquiátricos, como depresión, demencia, entre otras.

¹³. *Ibidem*

III

Marco Teórico Conceptual

Actualmente, se reconoce que la enfermedad mental es el resultado de "... desordenes del cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse con otras personas, [...] disminuyen la capacidad de una persona de afrontar las exigencias normales de la vida diaria..."¹; que pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, situación económica o religión, aún persisten ideas o explicaciones mágico-religiosas sobre éstas.

El Programa de Acción Especifico de Atención en Salud Mental 2008-2012, hace "énfasis en la necesidad de cambiar el paradigma en la prestación de [servicios de atención médica mental] y en la apremiante necesidad de invertir más recursos"². Dentro de éste, se plantea desarrollar en cada estado de nuestro país, al menos una Unidad de Especialidad Médica en Salud Mental (UNEMES), teniendo como objetivo "[...] la detección, atención y rehabilitación en salud mental ambulatoria de usuarios con repercusiones psicológicas y/o trastornos mentales que requieran de atención, además de fomentar una cultura de protección a la salud mental que reduzca riesgos y promueva estilos de vida saludables."³

¹ . *Psiquiatric. "Enfermedades mentales". disponible en: <http://psiquiatric.blogia.com/> Consultado el día 08 de mayo del 2008.*

² . *"Programa de Acción Especificos 2007-2012". Op. Cit. pág. 15*

³ . *Consejo Nacional de Salud mental, UNEMES. "Visión", Disponible en: http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/uneme/objetivo_principal.html/ Consultado el Día 29 de mayo del 2008.*

Así este modelo tiende a buscar la integración del enfermo mental a su comunidad, sin embargo, se enfrentan diferentes obstáculos, uno de los principales es la estigmatización que hay hacia estas personas, por parte de sus familiares y de la sociedad en general.

Coloquialmente se hace mal uso de algunos términos relacionados con la salud mental, y considerando que en el desarrollo de este informe se utilizan diferentes conceptos de este ámbito es necesario definirlos.

El siguiente marco conceptual, permite comprender los vocablos utilizados en el desarrollo del trabajo, a fin de eliminar las imprecisiones que pudieran existir respecto a estos, considerando su mal utilización en el habla cotidiano.

Enfermedad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud es “cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar”⁴.

Enfermo

“Un enfermo es un ser humano que padece una enfermedad, sea consciente o no de su estado. La forma en que un individuo percibe la salud y la enfermedad es un fenómeno complejo y particular de como éste reacciona en conjunto y enfrenta la situación en diferentes dimensiones de su personalidad (emocional, racional, físico y espiritual por ejemplo)”⁵. Esto nos indica que cada persona tiene una forma diferente de mostrar y de actuar ante la enfermedad.

De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor, pero también psicológicos como el miedo, ansiedad, ira, depresión; por lo que el enfermo también necesita de un conjunto de aportaciones que lo haga mejorar, como lo es la medicina, pero también necesita del apoyo familiar.

Enfermedad Mental

⁴. Higashida Hirose. *Op Cit*, pág. 6

⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermo#Definici.C3.B3n_de_enfermo/ Consultado el Día 28 de agosto del 2008.

Se considera que los “desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desórdenes químicos en el cerebro, las cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica”⁶.

Por lo anterior, en cualquier etapa de nuestra vida, podemos sufrir alguna enfermedad mental, ya que nadie está exento de dicha situación, aunque existen factores protectores que pueden prevenirlas, pero es importante reconocer que existen características o situaciones que nos hacen más vulnerables a padecer alguna enfermedad mental.

Según la American Psychiatric Association’s “Los desórdenes mentales o problemas mentales, son un síndrome de desórdenes que ocurren de forma individual y que están asociados con el presente actual. Ésta puede generar pérdida de las funciones del organismo, causando severos daños al ser humano. Estas enfermedades son consideradas como una manifestación de una disfunción, ya sea social o emocional, psicológica y biológica. Éstas derivan en constantes conflictos con la sociedad a causa de los problemas mentales.”⁷

Enfermo Mental

Se refiere a la persona que sufre de una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo; se caracteriza por tener alterado el [razonamiento](#), el [comportamiento](#), la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Estigma

⁶“Danielle Goerg”. *Op.Cit./ Consultado el Día 03 de mayo del 2008.*

⁷ Allan V. Horwitz. Teresa L. Scheid. *A handbook for de study of mental health, sicla context, theories, and systems.* Cambridge 1999. Pág. 3

El hablar de enfermo mental o enfermedad mental, tiene una gran carga social y una interpretación estigmatizante, “la palabra estigma proviene del griego “atravesar, hacer un agujero”, y consiste en una serie de creencias, actitudes y conductas negativas de la sociedad hacia la enfermedad y todo lo que la rodea, como enfermos, personas que los atiende, medios terapéuticos y espacios físicos, con graves consecuencias hacia todos los implicados.”⁸

Según Edwing Goffman, 1963, “el estigma es un atributo personal negativo que hace diferente a una persona de las otras y las toma a una categoría social inferior”⁹ así [se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales]¹⁰, es decir, en este caso la enfermedad y sus manifestaciones conductuales.

El estigma posee tres componentes fundamentales: el estereotipo, el prejuicio y la discriminación, además, puede ser de tipo interno o autoestigma y externo o público, las cuales se describen en la siguiente Tabla No.4.

Tabla No.4
Componente del estigma en trastornos mentales

Actitudes	Estigma público	Auto-estigma
Estereotipo	Creencias negativas Sobre un grupo	Creencias negativas sobre uno mismo
Prejuicio	Conformidad con las Creencias y/o reacciones Emocionales	Conformidad con creencias y/o reacciones emocionales
Discriminación	Comportamiento en Respuesta al prejuicio	Comportamiento en respuesta al prejuicio

Fuente: Rüsck N. et al. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. Eur psychiatry, 20:529-53

Actitud

⁸ “Programa de acción específicos 2007-2012” Op.Cit, pág. 30

⁹ Goffman Erving “Estigma, la identidad deteriorada” Ed. Amorrortu. Buenos aires 1963pág. 11

¹⁰ *Ibidem*

Desde la psicología, la actitud: “es una tendencia psicosocial, la cual es expresada para evaluar un hecho particular, ya sea de forma reprochable o aceptable.”¹¹

Es decir, las actitudes son juicios que todos los días hacemos en hechos o sucesos que vemos todo el tiempo, en este caso, un ejemplo muy común es el que sucede con los enfermos mentales cualquier enfermo comúnmente sufre desde discriminación hasta agresiones por la sociedad que desconoce aún mucho sobre este problema.

Las actitudes se caracterizan por:

- *Cognoscitivas*: son atributos y acciones que son parte esencial de algún hecho en particular.
- *Afectivas*: se refieren a los sentimientos y emociones que acompañan algún hecho u objeto y están relacionadas a la emoción que este hecho da.
- *Hechos pasados o recuerdos*: son actitudes que principalmente nos ponen al tanto de algo que pudiera lastimar o dañarnos emocionalmente.¹²

También la actitud se puede definir como una tendencia a la acción adquirida en el ambiente en que se vive y derivada de experiencias personales y de factores especiales a veces muy complejos. En general, el término actitud “designa un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”.¹³

Percepción

“La percepción comprende principalmente dos procesos:

1.- La recodificación o selección de toda la información que nos llega del exterior, reduciendo la complejidad y facilitando su almacenamiento en la memoria.

¹¹37. *Introduction to social Psychology a European Perspective. Four edition. Ed. BPS. Textbooks.2008. pág.115*

¹²38 *Ibidem.*

¹³ *Ander-Egg E., Técnicas de investigación social, Hvmánitas, Buenos Aires, 1987, 21 edición, pág. 251-252.*

2.- Un intento de ir más allá para predecir acontecimientos futuros y de este modo reducir sorpresas.

Estos dos procesos, dan una estructura a nuestro proceso perceptual, en el sentido que nuestra percepción no constituye un continuo procesamiento de estímulos caóticos que se almacenan en la memoria sin orden; sino por el contrario, al percibir una persona o un objeto creamos un orden en todo ese caudal de información. Este orden nos permite poder reexaminar la información para poder adicionar más de la misma y que ésta sea de interés para nosotros.

Otro elemento involucrado en el proceso perceptual es el conductual, en el sentido de que la percepción es capaz de generar conductas, dependiendo de cómo el individuo perciba una situación manifestará una determinada conducta, ya sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no.”¹⁴

El enfermo mental, es estigmatizado con diversos sobrenombres sin que realmente cubra alguno de ellos o todos. Una posibilidad fundamental en la vida de la persona estigmatizada es la colaboración que presta a los demás seres, al actuar como si su diferencia manifiesta careciera de importancia y no fuera motivo de una atención especial. Sin embargo, la segunda posibilidad importante en la vida de una persona estigmatizada aparece cuando su diferencia no se revela de modo inmediato, y no se tiene de ella un conocimiento previo, es decir, cuando no se trata en realidad de una persona desacreditada, sino desacreditable.¹⁵

Esto nos dice, que los enfermos mentales, pasan de ser una persona desacreditada o aislada a ser hasta cierto punto detestable por la mayoría de la sociedad, a veces mal señalado como un miserable o con cierta lastima.

El problema no consiste en manejar la tensión que se genera durante los contactos sociales, sino más bien en manejar la información que se posee acerca de su deficiencia. Exhibirla u ocultarla; expresarla o guardar silencio;

¹⁴ 40 <http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/rh/46/percepcion.htm/> Consultado el Día 03 de septiembre del 2008.

¹⁵ Goffman Erwin. *Estigma, la identidad deteriorada*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1963.

revelarla o disimularla; mentir o decir la verdad. El manejo de la información oculta que desacredita al yo, en una palabra, el encubrimiento.¹⁶

Por ello, es de suma importancia que trabajo social comience a realizar investigaciones respecto a este tipo de grupos vulnerables, toda vez que gran parte de su reinserción social en gran medida es por el apoyo familiar y comunitario.

¹⁶ *Ibidem.*

IV

Participación en el desarrollo de la experiencia

4.1 Estrategia metodológica para la sistematización del servicio social

Sistematizar una experiencia tiene diferentes connotaciones, Oscar Jara afirma que la sistematización es "aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo".¹

Por otra parte, Morgan y Quiroz consideran que la sistematización "[...] describe, ordena y reflexiona analíticamente el desarrollo de una experiencia práctica de Trabajo Social con respecto a los siguientes aspectos:

- a) Teóricos y metodológicos
- b) Contextuales (Institucionales e histórico-sociales)
- c) Las interacciones de los varios actores que participaron en la práctica
- d) Los procesos que se llevan a cabo, incluyendo un análisis tanto de los elementos que facilitan y/o apoyan su desarrollo como de los que dificultan las acciones de la práctica

¹ Jara, Oscar. "Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica". Edit. Alforja. San José, Costa Rica. 1994 pág.32

- e) Los resultados de la experiencia
- f) El desarrollo de algunas generalizaciones que se puedan extraer a partir de la práctica.”²

Así, la sistematización puede decirse que es una descripción e interpretación de una experiencia, que desde su reconstrucción y ordenamiento permite interpretar y/o analizar un proceso desarrollado, considerando los actores y factores que intervinieron y que se interrelacionaron.

Las diversas opciones metodológicas para sistematizar están dirigidas a procesos de intervención social, partiendo de que se buscaba sistematizar una experiencia en un proceso de investigación social, se eligió la propuesta metodológica de María de la Luz Morgan y Teresa Quiroz, conformada por las siguientes fases:

- *Descripción del desarrollo de experiencia*, es el relato breve por completo del tipo de trabajo que se realizó, es indispensable para la comprensión de la sistematización.
- *Marco teórico-conceptual* en que se inscribe la experiencia, para ser sistematizable toda experiencia de trabajo debe contar con un conjunto de conceptos o categorías fundamentadas teóricamente.
- *Contexto* en que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto, toda experiencia se desarrolla dentro de un contexto particular que ejerce una influencia determinante, tanto sobre su planteamiento como sobre su desarrollo y resultados.
- *Intencionalidad de la experiencia*, la intencionalidad de un proyecto se puede definir como sus propósitos o finalidades y la perspectiva general que orienta su acción, es decir, la realidad nueva que se pretende alcanzar.
- *Estrategia metodológica* que se implementó, este aspecto se refiere al cómo se ha actuado para enfrentar los problemas detectados y lograr el cumplimiento de los objetivos y la intencionalidad del proyecto.

² Morgan, María de la Luz; Quiroz, Teresa. “La sistematización de la práctica. Cinco experiencias con sectores populares”. Edit. Humanitas y Centro Latinoamericano de Trabajadores Sociales. Argentina, 1988 pág. 11

- *Análisis del desarrollo de la experiencia*, en este aspecto interesa tener una visión general y dinámica del desarrollo del proyecto, particularizando los procesos que tienen lugar, con su puesta en marcha y como ellos han modificado (o no) los planes originales de trabajo.
- *Resultados de la experiencia*, los resultados de la experiencia deben considerarse a dos niveles: en relación a la satisfacción de la necesidad a la que se pretende dar una respuesta, y en relación al proceso educativo que se ha generado a partir de la necesidad y su solución.
- *Conclusiones, hipótesis y perspectivas* generales que abre el trabajo, interesa fundamentalmente lograr un nivel de generalización que trascienda al proyecto y su medio social particular.

Los instrumentos que permitieron recuperar la información fueron: el cuestionario, las fichas de trabajo y el informe entregado al Departamento de Servicio Social de la ENTS. Es así, que las actividades generales que se desarrollaron durante la prestación del servicio social, se pueden resumir en la Tabla No. 5, con relación a las fases del proceso de sistematización de Morgan y Quiroz.

Tabla No.5
Actividades por fase de sistematización

Fases	Actividades	Productos
Descripción del desarrollo de la experiencia	<p>Asistencia al curso de inducción al servicio social.</p> <p>Lectura de los siguientes documentos: Constitución Política de la Estados Unidos Mexicanos Ley de los Institutos Nacionales de Salud.</p> <p>Revisión de documentos relacionados con la salud mental: Programa Nacional de Salud, Programa de Acción Específico en Salud Mental, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Clasificación Internacional de las Enfermedades.</p> <p>Conocimiento de la Institución: área médica, área investigación, funciones y actividades de trabajo social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe ▪ Fichas de trabajo ▪ Programa de servicio social ▪ Diario de campo
Fases	Actividades	Productos

Marco teórico conceptual	Indagación biblio-hemoragráfica en los siguientes documentos: Programa Nacional de Salud, Programa de Acción Específico en Salud Mental, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Clasificación Internacional de las Enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe ▪ Fichas de trabajo
Contexto en el que se inscribe la experiencia	<p>Elaboración de un análisis del contexto de salud en la población de nuestro país.</p> <p>Asistencia a las Sesiones Clínicas de Psiquiatría</p> <p>Asistencia a eventos académicos relacionados con las neurociencias</p>	<p>Informe: Contexto en el que se inscribe la experiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fichas de trabajo ▪ Diario de campo
Intencionalidad de la experiencia	<p>Revisión del protocolo de Investigación “Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos del INNN”</p> <p>Conocimiento de la Unidad de Neuropsiquiatría</p> <p>Asistencia a las sesiones clínicas de psiquiatría</p> <p>Aplicación de instrumentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Base de datos en SPSS ▪ Cuestionarios aplicados ▪ Informe
Estrategia metodológica	<p>Asistencia a las sesiones clínicas de psiquiatría</p> <p>Aplicación de instrumentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionarios aplicados ▪ Diario de campo
Análisis del desarrollo de la experiencia	Organización de la información del diario de campo y las fichas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe ▪ Base de datos en SPSS
Resultados de la experiencia	Respecto a los alcances obtenidos con el programa de servicio social.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de servicio social ▪ Informe de servicio social
Conclusiones	<p>Expresa lo que se concluye en la prestación del servicio social.</p> <p>Análisis de la información, resultado de la aplicación de cuestionarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación del programa de servicio social

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuadros de doble entrada
--	--	--

Para la realización del servicio social en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, y a fin de favorecer su desarrollo se realizaron actividades que pueden agruparse en distintas etapas:

Inducción

- Asistencia al curso de inducción al servicio social; en donde se hizo hincapié en la importancia de este proceso dentro de la formación como profesionistas.
- Recorrido por los distintos departamentos y áreas con las que cuenta el instituto así como la presentación de las diversas autoridades de dicho nosocomio.

Formación

- Asistencia en la *XXIII reunión anual de investigación del INNN MVS*, desarrollada en mayo de 2008, en donde se presentaron trabajos relevantes de las tres principales áreas de investigación (básica, clínica y experimental); organizándose mesas redondas para las exposiciones en plenaria.
- *Curso: Programación Neurolingüística*; impartido por el Lic. Pedro Isnardo de la Cruz, del 2 al 13 de Junio del 2008, en el que se destacaron temas como: emociones, inteligencia emocional, vida social competente.
- *Curso: Tanatología*.- coordinado por la T.S. María Durán en el que se abordaron temas como: Las pautas para optimizar la relación enfermo – profesional de la salud, muerte y duelo, manejo del duelo, miedos familiares, necesidades y problemas familiares, actitudes hacia el enfermo, cuidado en casa, síndrome de claudicación familiar y medidas paliativas.
- *Foro: Violencia, género y salud*, en donde se trataron temas por especialistas como: salud, masculinidad, tipos de violencia, y género. Impartido por Alejandra Sánchez Guzmán realizado el 8 y 9 de Mayo del 2008.

Investigación

- Diseño del programa de servicio social; en donde se estipuló la planeación de todas las actividades a realizar durante los siete meses en que se efectuó este proceso.
- Investigación documental y hemerográfica, como resultado se elaboró el marco teórico-conceptual que sustentó a la investigación.

- Diseño del protocolo de investigación; en el que se buscó identificar las actitudes de los familiares con pacientes psiquiátricos dentro del INNN respecto a la enfermedad mental.
- Selección de la muestra; quedando integrada por familiares mayores de edad que acudieran a la Unidad de Psiquiatría dentro del INNN entre los meses de Octubre y Noviembre del año 2008.
- Envío del protocolo para la aprobación al Comité Sociomédico del INNN, así como la autorización correspondiente para poder desarrollar la aplicación de la escala con familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Neuropsiquiatría.
- Planeación y ejecución de la aplicación de las entrevistas a los familiares de pacientes en los meses de Octubre y Noviembre dentro de la Unidad de Psiquiatría.
- Aplicación de la escala CAMI con el propósito de encontrar las actitudes más frecuentes que tienen los familiares de paciente internados en la Unidad de Psiquiatría acerca del enfermo y la enfermedad mental. Se aplicó a un total de 50 familiares con algún paciente internado en la Unidad de Neuropsiquiatría entre Octubre y Noviembre del 2008.
 - Con la información recopilada de los instrumentos aplicados dentro de la Unidad de Neuropsiquiatría, se continuó con el diseño de la base de datos en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) .
 - Posteriormente, se capturó la información obtenida de las escalas en la base de datos en SPSS.
 - A través de la base de datos, se obtuvieron tablas de contingencias y se realizaron algunas pruebas estadísticas.
- Análisis de las actitudes que tienen los familiares de pacientes de la Unidad de Neuropsiquiatría frente al enfermo y enfermedad mental.

Sistematización

- Desde el inicio del servicio social se seleccionó el proceso metodológico para sistematizar la experiencia de María de la Luz Morgan y Teresa Quiroz; por ello, se eligieron como instrumentos las fichas de trabajo y el diario de campo para recuperar la experiencia obtenida en el proceso de investigación, principalmente de la etapa de campo.
- Para complementar el proceso de sistematización, se asistió al Curso de Sistematización, -requisito fundamental para esta opción de titulación- durante éste se inició la supervisión de la sistematización de la experiencia.
- Se elaboró un informe final para el Departamento de Servicio Social, donde se describió las actividades realizadas durante el periodo que duró el servicio social.

Haciendo un análisis general de la participación dentro de la realización del servicio social, podría decir que fue completa e integral, académicamente hablando, como prestador del servicio adquirí conocimientos que resultarán benéficos en un futuro, principalmente en materia de investigación, sistematización dirigida al área de la salud.

4.2 Resultados

4.2.1 De la investigación

Se entrevistaron a 50 personas, originarias en el 52% de los casos del D.F. y 22% del Estado de México, el resto provenía de algunos estados de la región centro, sur y occidente. Su parentesco con el paciente internado en la Unidad de Neuropsiquiatría, en el 38% de los casos era la madre, seguido de la hija (20%) y de la hermana (14%); se observó que el 80% de las personas que visitaban a los pacientes fueron de sexo Femenino, características que permitieron señalar que la cuidadora primaria es fundamentalmente mujer; incluso la edad en el 18% de los casos se concentró en el rango de 55 a 59 años, aunque 14% se presentó en los rangos de 25 a 29 y 35 a 39 años de edad, respectivamente. En relación a su estado civil en el 36% se dijo soltero y 34% casado. (Cfr. Tabla No.6)

Tabla No.6
Datos sociodemográficos

Variable	Indicador	%
Edad	55-59	18.0
Sexo	Femenino	80.0
Estado civil	Casado	34.0
	Soltero	36.0
Lugar de origen	Distrito	52.0
	Federal	
Grado escolar	Secundaria	24.0
	Preparatoria	26.0
Enfermedad	Esquizofrenia	28.0
Parentesco	Madre	38.0

Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica. "Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría dentro del INNN". Octubre, 2008.

El autoritarismo, según la Real Academia de la Lengua Española se puede definir como una “actitud de quien ejerce con exceso su autoridad”, mientras que autoritario es un adjetivo que refiere a que tiende a actuar con autoritarismo. Este primer apartado de la escala “Community Attitudes Toward Mentally Ill (CAMI)”, aborda aspectos principalmente relacionados con el trato que debiera de darse al enfermo mental.

De los 50 entrevistados, en el 28% de los casos su familiar estaba internado por un brote psicótico de esquizofrenia³, el 14% por padecer trastorno obsesivo compulsivo⁴, 12% por depresión⁵, principalmente. (Cfr. Tabla No.7)

³ De esta manera, la esquizofrenia es uno de los diez principales problemas de salud mental que afecta considerablemente a la familia, etimológicamente “... la palabra esquizofrenia se forma de dos raíces griegas, esquizos “dividido” y frenos que quiere decir “mente o inteligencia”. Por lo que generalmente se cataloga al padecimiento como personalidad con “mente dividida” La esquizofrenia es una enfermedad mental, se dice que son enfermedades mentales por que a diferencia de las demás enfermedades físicas es el cerebro el que está afectado, por lo que se alteran sus funciones y los síntomas se expresan por un cambio en: el lenguaje, en la conducta, en las relaciones interpersonales, en el modo de percibir el mundo que les rodea, etc. La esquizofrenia suele presentarse por primera vez en la adolescencia o juventud temprana (aproximadamente entre los 15 y 30 años), generalmente es más precoz en los hombres que en las mujeres.

Para esta investigación se ha considerado necesario establecer un concepto acertado del término esquizofrenia desde un enfoque social bajo el que se desarrolla esta investigación, pues no tendría caso hablar en términos médicos o psiquiátricos. Para ello, la definición más acertada es la de Claudia Benassini (1997), quien define a la esquizofrenia como una “Enfermedad mental generalmente crónica, progresiva y que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica, individual, familiar, laboral y social, con algunas tendencias hereditaria, para la que se han documentado anomalías en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos, y se caracterizan por un cortejo sintomático variado, que incluye síntomas positivos como alucinaciones, delirios y desorganización conceptual, y síntomas negativos como el embotamiento afectivo, apatía, desmotivación, incapacidad progresiva para socializar y la improductividad”.

⁴ El término obsesión “proviene del latín *obsessio*, *onis*; que significa asedio, es utilizado como sustantivo para describir una perturbación anímica producida por una idea fija, o una idea que pertinazmente asalta a la mente de una persona.”

Desde el punto de vista médico psiquiátrico la obsesión, es un “síndrome de carácter ideativo y emocional, que consiste en la aparición de pensamientos o sentimientos que se imponen y van acompañados con estados de ansiedad; en este estado obsesivo hay una imposición de la idea obsesiva o de la emoción sobre el paciente variando en el grado de imposición pudiendo llegar a lo gravemente patológico tiranizando la voluntad del sujeto”

Por otra parte, el término compulsión va íntimamente asociado al concepto de obsesión, así pues se considera que ésta es “... la consecuencia de la obsesión, y que derivado del latín *compulsio*, *onis* como apremio y fuerza que, por mandato de autoridad, se hace a uno, compeliéndole a que ejecute alguna cosa”.

Vallejo-Nájera (1991) expone que las obsesiones son “pensamientos insistentes que dominan al sujeto, al menos intermitentemente, pese a que éste los considere injustificados, absurdos, e intente librarse de ellos; propone que la diferencia principal con las ideas delirantes es que el obsesivo –sabe- que sus ideas son absurdas, pero no puede sustraerse a su influjo, mientras que el delirante cree que sus ideas delirantes son ciertas. Llama compulsiones al impulso patológico que lleva a realizar determinados actos o ceremoniales en relación con las ideas obsesivas; el paciente es de nuevo consciente de que estos actos son absurdos y desea librarse de ellos, pero sufre tal angustia al no realizarlos que cede a sus impulsos compulsivos”.

⁵ La palabra depresión viene del latín *depressus*, que significa abatido o derribado. La depresión es un trastorno que no sólo afecta el estado de ánimo de la persona, sino su comportamiento, la manera en que se ve a sí mismo, la relación con quienes le rodean y su funcionamiento orgánico y físico.

Tabla No. 7
Enfermedad del familiar

Enfermedad	f	%	Enfermedad	f	%
Esquizofrenia	14	28.0	Perdida de memoria	1	2.0
TOC	7	14.0	Alguna operación	1	2.0
Depresión	6	12.0	Tratamiento temporal	1	2.0
Líquido en la cabeza	1	2.0	Epilepsia	2	4.0
Bipolar	3	6.0	Distonia	1	2.0
Demencia	1	2.0	Trastorno de la personalidad	1	2.0
Cisticercosis	1	2.0	Aún no saben	9	18.0
Tumor	1	2.0	Total	50	100.0

Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica. "Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría dentro del INNN". Octubre, 2008.

Base: 50 entrevistados

En relación con el apartado *Autoritarismo* de la escala CAMI, de acuerdo con las aseveraciones, rechazaron cualquier tipo de estigmatización hacia el enfermo mental, objetando casi cualquier actitud que lleve a identificarlos como marginados sociales. Aunque de acuerdo a los resultados, aún siguen persistiendo algunos estereotipos hacia el enfermo, algunos de los más comunes hacen alusión al tratamiento que estos deberían de tener, en este sentido el 36.0% de los entrevistados refirió estar en desacuerdo con la aseveración "Los hospitales mentales son un medio antiguo y pasado de moda para tratar a los enfermos mentales". (Cfr. Tabla No.8)

A lo largo de la historia, uno de los aspectos que más polémica genera entorno al enfermo psiquiátrico es su tratamiento, pues inmediatamente se piensa en instituciones cerradas, oscuras, en condiciones inhumanas. Las condiciones inhumanas del trato al paciente psiquiátrico en el Manicomio General de la Ciudad de México "La Castañeda" han quedado grabadas en la memoria de las personas –incluso de quienes no lo conocieron-, entre 1920-1944, "En este lapso se disparó la cantidad de pacientes que alcanzó la suma de 3,500. Se

llegó a cocinar para un total de 5 000 personas, incluyendo empleados.”⁶
 Desde su inauguración en el año de 1910 y hasta la década de los 50’s fue el psiquiátrico más importante del país, no sólo por la modernidad que reflejaba su arquitectura sino porque fue el lugar que representó la formación de los mejores psiquiatras del país y fue testigo del inicio de las investigaciones en materia de psiquiatría.

Tabla No.8
Autoritarismo

Enunciado	Completamente de acuerdo		De acuerdo		Completamente desacuerdo		Desacuerdo		No sabe		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Una de las principales causas de enfermedad es la falta de disciplina y falta de voluntad	---	---	10	20.0	15	<u>30.0</u>	23	<u>46.0</u>	2	4.0	50	100
La mejor manera de manejar a un enfermo mental es al encerrarlo bajo llave	---	---	1	2.0	28	<u>36.0</u>	21	<u>42.0</u>	---	---	50	100
Existe algo en los enfermos mentales que hace más fácil el diferenciarlos de personas normales	---	---	1	2.0	14	<u>28.0</u>	15	<u>30.0</u>	1	2.0	50	100
En cuanto una persona muestre signos de alteración mental debe ser hospitalizado	1	2.0	16	<u>32.0</u>	8	16.0	23	<u>46.0</u>	2	4.0	50	100
Pacientes mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que un niño	4	8.0	10	<u>20.0</u>	11	<u>22.0</u>	24	<u>48.0</u>	1	2.0	50	100
Una enfermedad mentales es una enfermedad igual a cualquier otra enfermedad	8	16.0	22	<u>44.0</u>	1	2.0	19	<u>36.0</u>	---	---	50	100
El enfermo mental no debe ser tratado como marginado social	8	16.0	25	<u>50.0</u>	8	16.0	9	18.0	---	---	50	100
Se debería poner menor énfasis en proteger a la población de los enfermos mentales	9	18.0	34	<u>68.0</u>	4	8.0	3	6.0	---	---	50	100
Los hospitales mentales son un medio antiguo y pasado de moda para tratar a los enfermos mentales	9	18.0	15	<u>30.0</u>	7	14.0	18	<u>36.0</u>	1	2.0	50	100
Virtualmente cualquier persona puede llegar a transformarse en un enfermo mental	13	26.0	34	<u>68.0</u>	1	2.0	---	---	2	4.0	50	100
Total	52	11.0	158	<u>33.5</u>	97	<u>20.6</u>	155	<u>32.9</u>	9	1.9	500	99.9

⁶ Ríos Molina, Andrés. "La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio La Castañeda, 1910-1920". Tesis de doctorado en Historia. El Colegio de México, 2007.

En la última década, se ha buscado modificar este tipo de representaciones sociales; actualmente el Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental 2008-2012, hace "énfasis en la necesidad de cambiar el paradigma en la prestación de servicios de atención médica mental y en la apremiante necesidad de invertir más recursos"⁷; para ello, ha implementado el Modelo Hidalgo, que tiende a buscar la integración del enfermo mental a su comunidad, sin embargo, se enfrentan diferentes obstáculos, uno de los principales es la estigmatización que hay hacia estas personas.

Tabla No.9
Benevolencia

⁷ "Programa de Acción Específicos 2007-2012", *Op. Cit.* pág. 15

Enunciado	Completamente de acuerdo		De acuerdo		Completamente desacuerdo		Desacuerdo		No sabe		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Los enfermos mentales han sido por demasiado tiempo objeto de burla	25	<u>50.0</u>	23	<u>46.0</u>	1	2.0	1	2.0	---	---	50	100
Se deberían destinar mayores fondos estatales para el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales	24	<u>48.0</u>	25	<u>50.0</u>	---	---	---	---	1	2.0	50	100
Necesitamos adoptar una actitud de mayor tolerancia hacia los enfermos mentales en nuestra sociedad	21	<u>42.0</u>	29	<u>58.0</u>	---	---	---	---	---	---	50	100
Nuestros hospitales mentales parecen más prisiones que lugares adecuados para que los enfermos mentales adquieran cuidados	14	<u>28.0</u>	20	<u>40.0</u>	3	6.0	12	24.0	1	2.0	50	100
Tenemos la responsabilidad de otorgarles a los enfermos mentales el mejor cuidado posible	23	<u>46.0</u>	27	<u>54.0</u>	---	---	---	---	---	---	50	100
Los enfermos mentales no se merecen nuestra simpatía	---	---	1	2.0	24	<u>48.0</u>	24	<u>48.0</u>	1	2.0	50	100
Los enfermos mentales son una carga en nuestra sociedad	1	2.0	1	2.0	26	<u>52.0</u>	22	<u>44.0</u>	1	2.0	50	100
El gasto fiscal en los servicios de salud mental es una pérdida de dinero	1	2.0	1	2.0	21	<u>42.0</u>	27	<u>54.0</u>	---	---	50	100
Existen suficientes servicios de salud mental	1	2.0	---	---	18	36.0	23	<u>46.0</u>	1	2.0	50	100
Es mejor evadir a las personas con problemas mentales	1	2.0	4	8.0	22	44.0	27	<u>54.0</u>	4	8.0	50	100
Total	111	22.2	131	26.2	115	23.0	136	27.2	7	1.4	50	100

Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica. "Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría dentro del INNN". Octubre, 2008.

Base: 50 entrevistados

La benevolencia se define como la simpatía y buena voluntad hacia las personas; de esta manera, este segmento de la escala hace referencia a las actitudes o postura que creen los familiares de pacientes con enfermedad mental debería de adoptar principalmente el gobierno. (Cfr. Tabla No. 9)

Coinciden en la necesidad del incremento del presupuesto y la mejora de los servicios de salud, ya que incluso en el 2002, Guido Belsasso, entonces titular del Consejo Nacional contra las Adicciones, admitió que de los 15 millones de mexicanos que padecen algún tipo de enfermedad mental, sólo para su atención “el sector salud dispone de 28 hospitales psiquiátricos. Pero de éstos únicamente cinco están en buenas condiciones [...] Además, de los 4 mil 600 pacientes que están internados en esos nosocomios, alrededor de 2 mil son una "verdadera carga para el Estado", porque son personas que han sido abandonadas por sus familias y tienen entre 15 y 20 años asilados.”⁸ (Cfr. Tabla No. 10)

Tabla No.10
Costos relacionados con las enfermedades mentales

Grupo de personas	Costo de atención	Costo de productividad	Otros costos
Personas afectadas	Tratamiento y pago de servicios	Discapacidad laboral, pérdida de ingresos	Angustia/sufrimiento Efectos colaterales del tratamiento Suicidio
Familias y amigos	Cuidado no formal	Ausencia del trabajo	Angustia, aislamiento, estigma
Empleadores	Contribuciones al tratamiento y cuidado	Reducción en la productividad	
Sociedad	Oferta de atención de salud mental y médica general (impuesto/seguro)	Reducción en la productividad	Pérdida de vidas; enfermedades no tratadas (necesidades no satisfechas), exclusión social

Fuente: Organización Mundial de la Salud. “Invertir en Salud Mental.” Suiza, 2004.

A partir de esta declaración, también se debe de reconocer la necesidad de que la familia de enfermos psiquiátricos también sean coparticipes en el tratamiento y responsabilidad de estos, pues uno de los graves problemas que presenta el sector salud con estos pacientes, es el abandono.

Por otra parte, la adherencia al tratamiento es sumamente importante, la Organización de las Naciones Unidas considera que éste es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores

⁸ “La Salud Mental en México”. Op Cit.. Consultado el Día 01 de julio del 2008.

denominados “dimensiones”, por ello no es un acto exclusivo de los pacientes, sino que además intervienen:⁹

- Factores socioeconómicos
- Factores relacionados con el tratamiento
- Factores relacionados con el paciente
- Factores relacionados con la enfermedad
- Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria

Se ha reconocido que existe aproximadamente un “[...] abandono del tratamiento superior a 70% sin tendencias atribuibles a edad, sexo o residencia. La categoría diagnóstica *orgánico* mostró un abandono ligeramente superior aunque inconsistente de año a año. Los motivos de abandono más frecuentes incluyeron: sentirse mejor (19.6%), atenderse en otra institución (17.4%), falta de recursos (10.9%), motivos varios (7.6%), efectos colaterales de medicamentos (6.5%) y maltrato del tratante (6.5%)”.¹⁰

De tal manera, que la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo, compromete gravemente la efectividad del tratamiento e implica un recurso económico mal utilizado y con grandes repercusiones para los servicios de salud.

Aunque los costos, no sólo hacen referencia al pago de consultas y medicamentos, sino que además, es importante considerar los costos psicológicos y sociales de familiares y, principalmente, del cuidador primario: la angustia, el miedo, el sufrimiento y estigma, también son padecidos por la gente que rodea al enfermo; y aún más si pensamos que todas las enfermedades tienen una carga genética.

Por lo anterior, también resulta necesario el implementar estrategias de atención a los cuidadores primarios, tendientes a disminuir la sobrecarga que sufren y a prevenir la violencia que pueden llegar a sufrir.

⁹ Organización Mundial de la Salud. “Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción”. Organización Mundial de la Salud. 2004 pág. 28.

¹⁰ Velázquez R. Alejandro; Sánchez Sosa, Juan José; Lara M. Ma. del Carmen; Senties C. Héctor. “El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional” en IUPsyS Healthnet Project Web Site Disponible en <http://www.healthnet.unam.mx/lecturas/AbandonoPsiquiatrico.pdf> Consultado 28 de octubre de 2009

Respecto a la sección denominada restricción social, hace referencia a prohibir, limitar o reducir actividades (económicas, sociales) a los enfermos psiquiátricos, y sobre la representación que hay entre el binomio enfermo mental-violencia. En los medios de comunicación se ha llegado a difundir notas como las siguientes.

“Una mujer de 96 años y su enfermera así como varios elementos de seguridad pública resultaron intoxicados con pimienta la tarde de ayer cuando personal de la Policía Metropolitana de Tampico auxiliaban a una familia para trasladar a un enfermo mental al Hospital Psiquiátrico de Tampico; éste atacó a la fuerza pública con el producto envasado para defensa personal.”¹¹

Enfermo mental atacó a joven estudiante

“Vecinos de la calle Escarmiento en el Centro Histórico de la ciudad [de Morelos], recolectan firmas con la finalidad de que el DIF Morelos atienda a un hombre afectado de sus facultades mentales, el cual se torna muy agresivo con los transeúntes siendo el caso este fin de semana en que lesionó a una estudiante, por lo cual tuvo que intervenir la seguridad pública para quitárselo de encima.”¹²

En general, se tiende a pensar que un enfermo psiquiátrico es una persona violenta o con una predisposición a cometer algún delito, aun cuando científicamente no se ha comprobado nada de esto, hay que reconocer que un delito es un fenómeno multifactorial, sin duda; la pobreza, el analfabetismo, la baja autoestima y la baja educación son factores determinantes que desencadenan actos violentos.

Es importante identificar que la enfermedad mental no es sinónimo de criminalidad, ni de delincuencia y aunque sí hay enfermos mentales que cometen delitos, no son todos. Por lo que se debe de diferenciar entre aquellos que padecen una enfermedad mental “pura” (esquizofrenia, trastornos delirantes), de aquellos con padecimientos mentales que tienen componentes sociopáticos o antisociales.

¹¹ Antonio Sosa, Rafael. *El Sol de Tampico*, 17 de diciembre de 2008 disponible en <http://www.oem.com.mx/elsoldetampico/notas/n973256.htm>/ Consultado el Día 26 de octubre del 2009.

¹² Bahena S., Sergio. “Enfermo mental atacó a joven estudiante” en *El Sol de Cuautla*. 10 de septiembre de 2007 Disponible en <http://www.oem.com.mx/elsoldecuautla/notas/n412534.htm>/ Consultado el Día 26 de octubre del 2009.

Además, existen estudios que correlacionan negativamente el riesgo de violencia con el diagnóstico de esquizofrenia y síntomas psicóticos activos. (Monahan, 2000). Asimismo, se ha señalado que el consumo de tóxicos es la variable clínica más clara y consistentemente relacionada con el riesgo de conducta violenta (Norko, 2005). Los principales factores de riesgo para desarrollar una conducta violenta son ser joven, hombre, estatus socioeconómico bajo y abuso del alcohol y drogas (Norko, 2005).

Por otra parte, la inserción de personas con enfermedad psiquiátrica al mercado laboral, no sólo posibilita la adquisición de los ingresos necesarios para obtener independencia económica destinada a la satisfacción de las necesidades básicas; sin embargo; también hay que considerar que la valoración que cada persona otorga a su trabajo, contribuye a formar la imagen de si mismo, permite el desarrollo constante de una actividad física y mental, además del desarrollo de un círculo de relaciones sociales.

De ahí la importancia del enfermo mental a incorporarse a actividades que le remuneren económicamente, aunque es importante que empleadores identifiquen que hay personas con alguna enfermedad mental que es posible incorporar a empleos, hay otros que por la gravedad de la enfermedad interfiere con el óptimo desarrollo de una persona, más no porque implique un riesgo.

De acuerdo a la encuesta realizada, 34.0% refiere estar en desacuerdo y 32.0% de acuerdo en que cualquier persona con antecedentes de enfermedad mental debe ser excluida para realizar trabajos públicos, la división de opiniones en gran medida obedece a que algunas enfermedades psiquiátricas son incapacitantes, definitivamente ello descarta la posibilidad de realizar algún trabajo, no obstante el (38%) señalan que No debe dársele responsabilidad alguna a un enfermo mental (Cfr. Tabla No.11), sin embargo, es importante que se considere la gravedad de la enfermedad del paciente, el tipo de trabajo, y principalmente, que acuda a sus citas médicas y tenga una buena adherencia al tratamiento, pues las enfermedades psiquiátricas no son curables pero si tratables.

Uno de los tres niveles de intervención en Trabajo Social, lo constituye la comunidad, este término proviene del latín *communis* que denota hombres viviendo juntos en un espacio. Partiendo de considerar que el término comunidad hace referencia a:

“...la relación hombre-suelo que se caracteriza por la posesión de los elementos siguientes:

- Grupo de personas directamente localizadas en un área geográfica, como el resultado de una interacción social en el mismo grupo y entre éste y el medio físico.
- Área geográfica continúa.
- Concentración de intereses funcionales comunes, de los cuales no es suficiente la vecindad.
- Unidad funcional, como forma expresiva de la solidaridad, entre sus componentes”.¹³

Además de considerar que se deben diferenciar entre “los aspectos que inciden en la localización de las acciones en el territorio, de aquellas que obran para la delimitación de las mismas.”¹⁴ De esta manera, distingue entre dos tipos de interacción que se originan y desarrollan dentro de la comunidad:

- Hombre-suelo: son todos aquellos aspectos que condicionan la relación hombre-suelo, tales como la distribución de los recursos naturales y los cambios en la composición humana.
- Hombre-hombre: en ésta se engloban aquellas características que condicionan la relación hombre-hombre, como son: las relaciones de intercambio y competencias, la evolución histórica y la acción política.

Por otra parte, se puede considerar también que la comunidad es:

“[...] fundamentalmente un modo de relación social, es un modelo de acción social intersubjetivo construido sobre el afecto, la comunidad de fines y de valores y la incontestable esperanza de la lealtad, de la reciprocidad; la comunidad es un acabado ejemplo del tipo ideal de la acción social, una construcción teórica de alguna manera extraña de la propia realidad que acostumbra ser algo más sentido que sabido, más emocional que racional”¹⁵

¹³ Diéguez José Alberto, “Promoción Social Comunitaria.” Edit. Espacio, Argentina, 1988, Pp.12

¹⁴ *Ibidem*

¹⁵ *Ibid.* 13

Tabla No.14
Restricción social

Enunciado	Completamente de acuerdo		De acuerdo		Completamente desacuerdo		Desacuerdo		No sabe		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No debe dársele responsabilidad alguna a un enfermo mental	4	8.0	19	38.0	3	6.0	22	44.0	2	4.0	50	100
El enfermo mental debe ser aislado del resto de la sociedad	2	4.0	13	26.0	11	22.0	24	48.0	---	---	50	100
Una mujer debe ser tonta para casarse con un hombre que ha sufrido una enfermedad mental, aun cuando este parezca estar totalmente recuperado	2	4.0	13	26.0	14	28.0	20	40.0	1	2.0	50	100
No me gustaría ser vecino de alguien que ha estado enfermo mentalmente	5	10.0	9	18.0	18	36.0	16	32.0	2	4.0	50	100
Cualquier persona con antecedentes de enfermedad mental debe ser excluida para realizar trabajos públicos	4	8.0	16	32.0	13	26.0	17	34.0	---	---	50	100
No se les deben negar sus derechos individuales a los enfermos mentales	6	12.0	17	34.0	13	26.0	14	28.0	---	---	50	100
Se les debe motivar a los enfermos mentales para que asuman las responsabilidades de una vida normal	11	22.0	30	60.0	6	12.0	3	6.0	---	---	50	100
Nadie tiene derecho a excluir a los enfermos mentales de su vecindario	10	20.0	28	56.0	7	14.0	5	10.0	---	---	50	100
Los enfermos mentales son mucho menos peligrosos de lo que la gente supone	13	26.0	17	34.0	7	14.0	13	26.0	---	---	50	100
Se puede confiar en muchas mujeres que fueron pacientes en un hospital o servicio de salud mental para que trabajen de niñeras	5	10.0	14	28.0	13	26.0	13	26.0	5	10.0	50	100
Total	62	12.4	176	35.2	105	21.0	147	29.4	10	2.0	50	100

Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica. "Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría dentro del INNN". Octubre, 2008.

Base: 50 entrevistados

Por lo anterior, en últimos años se ha considerado que la incorporación del enfermo psiquiátrico a la sociedad, es una alternativa que incide en su tratamiento, pero a pesar de la declarada asimilación del paciente psiquiátrico a

cualquier otro ciudadano que requiera intervención sanitaria, persiste el estigma que acompaña a algunas enfermedades mentales. Consecuencia del estigma es la insuficiente aceptación de los procesos de reforma y el modelo comunitario, derivada de que los ciudadanos, por lo general asumen su necesidad pero no facilitan en modo alguno su implantación y desarrollo si les afectan directamente o suponen que un colectivo de enfermos pase a residir o a ser atendido en su cercanía.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, el 96% de los familiares de pacientes psiquiátricos señalaron estar de acuerdo en que los residentes deben permitir la instalación de centros de salud mental en sus vecindarios a modo de suplir las necesidades de la comunidad local (Cfr. Tabla No. 12), pues los costos del tratamiento de estas enfermedades, el gasto en medicamentos y el de las consultas es muy alto, y si a esto hay que agregarle que este tipo de pacientes generalmente son mantenidos por sus familiares, toda vez que no se les permite trabajar o sus posibilidades se reducen ante los constantes episodios de la enfermedad que continuamente manifiestan, los costos aumentan en gran medida. En el Distrito Federal, son pocas las instituciones dedicadas a la salud mental, a continuación se mencionan algunas de ellas:

- Centro Comunitario de Salud Mental "Cuauhtémoc"
- Centro Comunitario de Salud Mental "Zacatenco"
- Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa
- Centro Integral de Salud Mental (CISAME)
- Clínica de Neurología y Psiquiátrica (ISSSTE)
- Clínica de Salud Mental, Departamento de Psicología Médica Psiquiátrica y Salud Mental, Facultad de Medicina (UNAM)
- Clínica Mexicana del Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A.C.
- Fundación Alzheimer IAP
- Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno"
- Hospital Central Militar. Secretaría de la Defensa Nacional
- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
- Hospital Psiquiátrico "Hospital San Fernando" (IMSS)
- Hospital Psiquiátrico "San Juan de Aragón" (IMSS)
- Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar 10 (IMSS)
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
- Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón De la Fuente"

Tabla No.12
Percepción de la salud en la comunidad

Enunciado	Completamente de acuerdo		De acuerdo		Completamente desacuerdo		Desacuerdo		No sabe		Total	
	f	%	f	%	f	f%	f	%	f	%	f	%
Los residentes deben permitir la instalación de centros de salud mental en sus vecindarios a modo de suplir las necesidades de la comunidad local	13	26.0	34	<u>68.0</u>	1	2.0	1	2.0	1	2.0	50	100
La mejor terapia para muchos pacientes mentales es la reinserción en la vida de la comunidad	15	30.0	33	<u>66.0</u>	1	2.0	1	2.0	---	---	50	100
Los servicios de salud mental deberían ser otorgados mediante facilidades entregadas en cada comunidad	17	34.0	30	<u>60.0</u>	1	2.0	---	---	2	4.0	50	100
El situar instituciones mentales en barrios residenciales no pone en peligro a los residentes de dicho barrio	14	<u>28.0</u>	27	<u>54.0</u>	1	2.0	8	16.0	---	---	50	100
Los residentes no tienen nada que temer de personas que acudan a su vecindario en busca de servicios mentales	12	24.0	33	<u>66.0</u>	1	2.0	4	8.0	---	---	50	100
Las instituciones de salud mental NO deben ser situadas en barrios residenciales	1	2.0	6	12.0	19	38.0	23	<u>46.0</u>	1	2.0	50	100
Los residentes tienen buenas razones para oponerse a la instalación de instituciones de salud mental en sus vecindarios	1	2.0	4	8.0	21	42.0	23	<u>46.0</u>	1	2.0	50	100
El reinsertar a enfermos mentales en la comunidad es una buena terapia para ellos, pero implica demasiados riesgos para los residentes de dicha comunidad	---	---	13	26.0	21	<u>42.0</u>	16	<u>32.0</u>	---	---	50	100
Asusta el pensar que enfermos mentales vivan en barrios residenciales	---	---	8	16.0	22	<u>44.0</u>	18	36.0	2	4.0	50	100
El situar instituciones de salud mental en un barrio residencial denigra y desvalora dicho barrio	---	---	1	2.0	21	42.0	26	<u>52.0</u>	2	4.0	50	100
Total	73	14.6	189	37.8	109	21.8	120	24.0	9	1.8	500	100

Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica. "Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría dentro del INNN". Octubre, 2008.
Base: 50 entrevistados

Algunos de los centros hospitalarios antes mencionados, no sólo atienden a pacientes del D.F. sino también de otros estados de la república mexicana y

otros tienen restricciones sobre a quienes puede proporcionarles la asistencia médica. Finalmente, es importante generar campañas tendientes a disminuir la estigmatización del enfermo y sus familiares.

V

Intencionalidad de la experiencia

Durante el desarrollo de la experiencia, la parte nodal consistió en participar en la investigación denominada: *“Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos del INNN”*. De esta manera, a través de la propuesta de Morgan y Quiroz se pretende sistematizar la participación del prestador del servicio social dentro del protocolo de investigación denominado “Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos del INNN”.

Si bien es cierto, este proceso ha sido una guía para tener un acercamiento de lo que la sistematización de la experiencia, se han carecido de precisar categorías e instrumentos que permitan la recuperación de lo que fue esta intervención, no obstante a continuación se presenta una aproximación de dicha práctica.

5.1 Protocolo de investigación “Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos del INNN”

Resumen

Antecedentes

A lo largo de la historia de la humanidad las enfermedades mentales han sido explicadas a través de la magia y la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedad, atribuyéndoles un origen diabólico o espiritual.

Es hasta 1793, que Philippe Pinel aporta un nuevo enfoque a la sociedad sobre el enfermo mental, promulgando que también son merecedores de atención médica y que deben ser tratados como seres humanos. Posteriormente, en los inicios del siglo XX, la psiquiatría cobra auge al identificar las causas y desarrollo de los más importantes problemas mentales, además se describieron criterios clínicos sobre el diagnóstico, las psicoterapias y la psicofarmacología; las mayores aportaciones en este aspecto fueron de parte de Kraepelin, Bleuler y Meller. Sin embargo, en 1960 se genera un enfoque opuesto denominado *antipsiquiatría*, que rechazaba el concepto de enfermedad mental visto como anomalía biopsíquica, para enfocarlo como un problema de contexto económico e histórico-social, este enfoque fue propuesto por Thomas Sas y David Cooper.¹

Actualmente, el Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental 2008-2012, hace “énfasis en la necesidad de cambiar el paradigma en la prestación de [servicios de atención médica mental] y en la apremiante necesidad de invertir más recursos”². Dentro de éste se plantea desarrollar en cada estado de nuestro país al menos una Unidad de Especialidad Médica en Salud Mental (UNEMES), teniendo como objetivo “la detección, atención y rehabilitación en salud mental ambulatoria de usuarios con repercusiones

¹ “Programa de acción específicos 2007-2012” Op.Cit. pág. 30

² “Programa de acción específicos 2007-2012”, Op. Cit. pág. 15

psicológicas y/o trastornos mentales que requieran de atención,³ además de fomentar una cultura de protección a la salud mental que reduzca riesgos y promueva estilos de vida saludables.

Así este modelo tiende a buscar la integración del enfermo mental a su comunidad, sin embargo, se enfrentan diferentes obstáculos, uno de los principales es la estigmatización que hay hacia estas personas, pues en algunas ocasiones las representaciones sociales más negativas sobre éstas provienen de sus familiares.

Justificación

La enfermedad mental se conceptualiza como los “desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desórdenes químicos en el cerebro, las cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica”⁴.

“Al menos 15 millones de personas padecen de alguna enfermedad mental en México, esto es, alrededor del 15% de la población [...] Según las estadísticas del INPRF (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) nos indican que el 7% de la población padece depresión mayor, el 1.6% t. [trastorno] bipolar, el 1% esquizofrenia y el 2% TOC [Trastorno Obsesivo Compulsivo] entre otras. Dando un total aproximado de más del 15% de la población afectada”⁵.

No obstante, aún cuando la vulnerabilidad a padecer alguna enfermedad mental es elevada, existen diversos factores que la mantienen en las sombras, tan es así que “en México existe un desconocimiento severo sobre los problemas de salud mental, e incluso la mayoría de veces pasan de 4 a 20 años para que un paciente acuda y reciba atención adecuada... [Además existe un grave] desconocimiento sobre los padecimientos mentales [...] la Encuesta Nacional sobre Salud Mental avala ello, pues arroja que más del 80

³ “Consejo Nacional de Salud mental”. Op. Cit/ Consultado el Día 29 de mayo del 2008.

⁴ “Danielle Goerg”, Op. Cit/ Consultado el Día 03 de mayo del 2008.

⁵ “Hammeken Carla”. Op. Cit/ Consultado el día 03 de mayo 2008.

por ciento de la población no busca la atención en el lugar adecuado”⁶. Este desconocimiento genera miedos alrededor de las personas que padecen alguna enfermedad mental, pues el medio social, establece categorías, patrones y atributos, principalmente de carácter peyorativo o estigmatizantes.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” desde su fundación se consideró imprescindible incluir el estudio y atención de los pacientes con enfermedades psiquiátricas, así la neuropsiquiatría es uno de los tres pilares básicos de este Instituto, área que no existe en ninguna otra institución de salud en México. Estudios realizados por Aída Valero (2007, 2008), con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y epilepsia atendidos en esta institución han identificado que estos difícilmente pueden integrarse al medio social y laboral, por las estigmatizaciones que los familiares de estos tienen sobre la enfermedad de su pariente.

Por ello, es pertinente que Trabajo Social reconozca esta problemática a fin de propiciar la reinserción del enfermo mental a su comunidad y a la sociedad, comenzando por investigar las representaciones sociales que se tiene sobre el enfermo y la enfermedad mental en la sociedad; ésta no ha sido abordada al interior de la familia, que para este tipo de enfermos es de gran importancia, ya que ésta puede actuar de manera favorable o desfavorable en la adherencia terapéutica al tratamiento de estos, así como en la búsqueda de su integración social, entendiendo ésta como un proceso dinámico que posibilita al paciente a participar en el mínimo de bienestar sociovital.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son las actitudes que familiares de pacientes atendidos en la Unidad de Neuropsiquiatría tienen sobre el enfermo y la enfermedad mental?

¿El sexo, edad, religión, escolaridad, parentesco y ocupación, influyen en las representaciones sociales que se tienen sobre el enfermo y la enfermedad mental?

⁶ “Mexicanos dejan pasar hasta 20 años para atender enfermedades mentales”. *Op.Cit/ Consultado el Día 03 de mayo del 2008.*

Objetivos

General

Describir las actitudes que acerca de la enfermedad mental y del enfermo mental tienen los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Neuropsiquiatría del INNN.

Específicos

- Identificar la influencia de las actitudes respecto a la enfermedad y enfermo mental que tienen familiares de pacientes atendidos en la Unidad de Neuropsiquiatría del INNN en la integración social del enfermo mental.
- Explicar la relación de las variables sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad parentesco, ocupación y padecimiento) en la construcción de las representaciones sociales del enfermo y enfermedad mental.

Hipótesis

La religión y escolaridad son las variables que más influyen en la construcción de las actitudes que desfavorecen la integración social del enfermo mental al medio social.

Tabla No. 13
Variables Independientes

Variable	Definición
Enfermedad Mental	Desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desórdenes químicos en el cerebro, las cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica. ⁷
Enfermo Mental	Aquella persona que por una causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales o psíquicas. Goffman lo concibe como una incorrección situacional reflejada en la ruptura de las normas sociales existentes dentro de una comunidad, lo cual provoca una desviación social. ⁸
Salud Mental	Es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos, genera como consecuencia un trastorno mental y las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad mental, reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención (trastorno por déficit de atención), la memoria (demencia), el pensamiento (esquizofrenia) el estado de ánimo (depresión) la sensopercepción (esquizofrenia), el aprendizaje (trastornos del desarrollo infantil), etc., interfiriendo en la vida y la funcionalidad del individuo. ⁹

Tabla No. 14

⁷ "Danielle Goerg", *Op Cit/ Consultado el Día 03 de mayo del 2008.*

⁸ Saldaña Javier, "Derechos del enfermo mental", ed. Cámara de diputados. LIX legislatura. Universidad Nacional Autónoma de México, primera reimpresión de la 2da edición, México 2004, pág. 83.

⁹ "Programa de Acción Específicos 2007-2012". *Op Cit. pág. 29*

Variables Dependientes

Variable	Definición
Actitud	"[...] es una tendencia psicosocial, la cual es expresada para evaluar un hecho particular, ya sea de forma reprochable o aceptable." ¹⁰
Estigmatización	Es un atributo personal negativo que hace diferente a una persona de las otras y las toma a una categoría social inferior" ¹¹ así "se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales" ¹² , es decir, en este caso, la enfermedad y sus manifestaciones conductuales.

Metodología

La investigación se caracterizó por ser de tipo exploratorio, transversal y cuantitativo; para conocer las actitudes que se tienen sobre el enfermo y enfermedad mental, se realizó el siguiente procedimiento:

1.- Aplicación de la Escala Community Attitudes Toward Mentally Ill (CAMI)

Esta escala fue realizada por Taylor S. M y Dear M. J., se encuentra organizada en 4 áreas (Autoritarismo, benevolencia, restricción social y percepción de la salud mental en la comunidad), cada una de ellas contiene 10 preguntas relacionadas con las actitudes de la comunidad acerca de los enfermos mentales.

La aplicación de este instrumento, fue a un familiar del total de pacientes atendidos en la Unidad de Neuropsiquiatría del INNN, durante los meses de Agosto y Septiembre del 2008, que ascendió a 50 familiares que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Personas con más de 18 años de edad.
- Que su familiar (paciente) haya sido atendido en la Unidad de Neuropsiquiatría del INNN durante los meses de Agosto y Septiembre del 2008.
- Aceptar la entrevista a través de un consentimiento informado.
- Que guarde relación de parentesco con el paciente.

¹⁰ *Introduction to social Psychology a European Perspective. Four edition. Ed. BPS. Textbooks.2008. pág.115*

¹¹ "Programa de Acción Específicos 2007-2012". *Op Cit. pág. 29*

¹² "Estigma, la identidad deteriorada", *Op Cit. pág. 172.*

Por lo tanto, los criterios para excluir a entrevistados y eliminar las encuestas que no contribuyan al desarrollo de la investigación, son:

- Personas que sean menores de 18 años.
- No aceptar la entrevista a través de un consentimiento informado.
- No tener relación de parentesco con el paciente psiquiátrico.
- Que no se concluya la encuesta.

2.- Análisis de resultados

Al tener las respuestas de las encuestas, se identificaron y clasificaron las diversas actitudes que los entrevistados han expresado, para con ello codificar los datos y finalmente analizarlos.

Para llevar a cabo esta actividad, se tomaron en cuenta diferentes categorías de análisis, que finalmente son los elementos clave que caractericen la actitud de la enfermedad mental y el enfermo mental. Las categorías de análisis son: enfermedad mental, enfermo mental, estigma, salud mental e integración social.

Los resultados obtenidos del instrumento, se vaciaron en una base de datos, diseñada en el programa estadístico SPSS, donde para las variables sociodemográficas se realizaron pruebas estadísticas, descriptivas como la media, mediana y la desviación estándar.

Consideraciones Éticas

Debido a que la presente investigación en esencia recorre la opinión de los familiares con algún pariente diagnosticado con enfermedad mental, es necesario tomar en cuenta que debe existir un respeto profundo sobre la opinión y situación de los entrevistados.

Igualmente es preciso que exista por parte de los entrevistadores la tolerancia hacia la postura y posición de los mismos, por lo que se buscó generar empatía con los participantes.

Se contó con la confidencialidad y manejo de información exclusivamente para fines académicos por parte de los investigadores, respetando los principios del derecho a la intimidad, privacidad y uso responsable de la información de los colaboradores, informándoles acerca del motivo de la investigación, así como de la importancia de su contribución, respetando las dediciones que cada familiar asuma.

Es necesario tener el sentido de responsabilidad ante la investigación, para ello se solicitó firmar la carta de conocimiento informado a los participantes.

VI

Conclusiones

Dentro de este trabajo, se presentaron algunas eventualidades, situación que es normal como en muchos otros proyectos y procesos, ello complicó la realización del trabajo, al grado de llegar a pensar en la suspensión de esta opción de titulación y elegir otra modalidad de titulación.

La asistencia obligatoria al curso de sistematización, era para que el alumno recibiera los conocimientos y herramientas necesarias para sistematizar el desarrollo del servicio social, y así lograr el objetivo principal de cada alumno: cubrir el servicio social y titularse de la licenciatura. Desafortunadamente el avance que se logró desarrollar durante éste sobre la sistematización de la experiencia, generó situaciones conflictivas entre quienes coordinaban el curso de sistematización: Centro de Educación Continua, el Departamento de tesis y exámenes profesionales y el Departamento de servicio social, ya que no hubo coherencia ni coordinación entre estas áreas, y fue difícil que coincidieran en los elementos a desarrollar dentro del Programa de Servicio Social y el guión de sistematización.

Respecto al curso, la intencionalidad educativa que se pretende generar en los alumnos, resultaba complicada, ya que es preciso reconocer que se debe de estar participando en el área del proyecto que se está trabajando para poder tener una visión complementaria y lograr los objetivos que se plantean tanto en el proyecto, como en el curso.

A la par, este trabajo permitió aplicar conocimientos adquiridos durante la formación académica de la Licenciatura en Trabajo Social, estos se lograron a través de la recopilación de información por medio de entrevistas directas, estructuradas y aplicadas por el alumno inscrito en la carrera de Trabajo Social.

Es de gran relevancia señalar la importancia del INNN, donde dicho Instituto tiene un gran compromiso con la población en general, este compromiso es el de atender los problemas de salud mental que existen en la población, además de enfrentar eficazmente y de manera oportuna todos los casos que se le presenten, con el fin de poder brindar una alternativa de solución para la enfermedad mental que daña a los pacientes internados dentro del INNN.

El Instituto como tal, tiene distintas unidades de investigación, en las cuales se pretende buscar soluciones que permitan a las personas poder tener una mejor solución a los problemas que padecen cuando atraviesan algún problema de enfermedad mental, así como también a los mismos familiares y a la sociedad en general como poder participar de una manera que resulte benéfica hacia estas personas.

Pero también pretende hacer investigaciones principalmente médicas y sociales que puedan servir para prevenir que las enfermedades mentales sigan acrecentándose en la población, logrando así minimizar lo más posible, dichos padecimientos o mínimo tener un mejor control de ellos.

Podría decirse que el compromiso del Instituto como tal, es brindar la mejor atención posible, pero también trata de prevenir e innovar en la medicina nuevas estrategias para combatir tan difíciles enfermedades que se presentan o que van surgiendo en la actualidad.

Parte fundamental de esta institución es el Laboratorio de Investigación Sociomédica, ya que no sólo podemos centrarnos en la visión médica cuando

una persona padece alguna enfermedad mental, también es importante saber qué sucede alrededor, en el contexto con la comunidad en que el paciente se desenvuelve, saber que percepciones genera el enfermo, tanto en la comunidad como a la sociedad en la cual convive.

Es por ello, que el Laboratorio es una alternativa más a la solución de los problemas que enfrentan las personas que padecen alguna enfermedad mental, buscando encontrar procedimientos que partan de la sociedad para contribuir de forma adecuada a la aceptación, por parte de la sociedad, a todas las personas que padecen enfermedades mentales.

De lo anterior se desprende el compromiso que este trabajo pretende adquirir, buscando que el enfermo mental pierda el estigma que siempre lo ha perseguido, o deje de ser el señalado como un individuo inadaptado, o que no debe de ser mezclado en la sociedad común. Se pretende cambiar la visión común o general que hay sobre el enfermo mental. Creando una consciencia, de manera que podamos en conjunto, hacer participar al enfermo mental como una persona más con las limitaciones que su enfermedad conlleva pero sin dejar el lado humano que la sociedad debe mostrar ante tal situación.

Por ello, primeramente es necesario trabajar con los familiares que son los cuidadores o que conviven más con el enfermo, ya que se pudo concluir que muchos de las familiares que asisten continuamente al Instituto desconocen mucho sobre las distintas enfermedades y como debe ser su actuar ante una situación como la que están pasando.

Se pretende tener una forma nueva de ver a su propio paciente y que éste entienda que no debe ser aislado o sentirse anormal, ello mismo debe de crear que la demás población modifique el estigma que siempre ha caracterizado al enfermo mental dejando de lado esa parte negativa y sacando el mejor provecho que las personas que padezcan alguna enfermedad puedan brindar hacia la población.

Los resultados de este trabajo dan pie a buscar alternativas de intervención con el enfermo mental y el apoyo que debe recibir por parte de la familia, para lo cual se requiere de una atención de forma multidisciplinaria.

La continuidad de los trabajos que se elaboran, son lo único que puede llevar al éxito, por ello, la institución debe continuar con este proceso de investigación y lograr los máximos objetivos puestos.

Pese a que el trabajo se realizó solamente con una muestra de 50 personas que eran los que acudían constantemente a la Unidad de Neuropsiquiatría, es una muestra clara de que desafortunadamente son muy pocos los conocimientos que hay para poder tomar una actitud de manera positiva hacia el enfermo mental y la enfermedad, es por ello, que Trabajo Social debe hacer énfasis en buscar formas de intervención de cómo poder orientar mejor, tanto al familiar del enfermo, así como al resto de la población, logrando que la misma sociedad sea un incentivo más hacia la pronta mejora de dicho enfermo.

Pero también académicamente Trabajo Social debe realizar programas con el familiar, en donde dichas situaciones que se lograran detectar puedan ser modificadas, logrando así que los casos de enfermedades como las antes mencionadas, sean en menor proporción posible.

Por último; puedo decir que el proceso de sistematización, es una herramienta indispensable en la creación, elaboración y aplicación de los conocimientos por parte del Licenciado en Trabajo Social, ya que el acercamiento que logré describir en este informe me permitió tener una mirada crítica y de reflexión sobre el proceso que viví como prestador de servicio social dentro del proyecto de investigación *“Actitudes frente a la enfermedad y enfermo mental de familiares de pacientes internados en la Unidad de Neuropsiquiatría”*, realizado en el Laboratorio de Investigación Sociomédica dentro del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suarez”.

Scale Community Attitudes Toward Mentally Ill (CAMI)

AUTORITARISMO		en acuerdo Completamente	Acuerdo	en desacuerdo Completamente	Desacuerdo	No sabe
1.	Una de las principales causas de enfermedad mental es la falta de disciplina y falta de voluntad.					
2.	La mejor manera de manejar a un enfermo mental es al encerrarlo bajo llave.					
3.	Existe algo en los enfermos mentales que hace fácil el diferenciarlos de personas normales.					
4.	En cuanto una persona muestre signos de alteración mental debe ser hospitalizado.					
5.	Pacientes mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que un niño.					
6.	Una enfermedad mental es una enfermedad igual a cualquier otra enfermedad.					
7.	El enfermo mental no debe ser tratado como marginado social.					
8.	Se debería poner menor énfasis en proteger a la población de los enfermos mentales.					
9.	Los hospitales mentales son un medio antiguo y pasado de moda para tratar a los enfermos mentales.					
10.	Virtualmente cualquier persona puede llegar a transformarse en un enfermo mental.					
BENEVOLENCIA		en acuerdo Completamente	Acuerdo	en desacuerdo Completamente	Desacuerdo	No sabe
1.	Los enfermos mentales han sido por demasiado tiempo objeto de burla.					
2.	Se deberían destinar mayores fondos estatales para el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales.					
3.	Necesitamos adoptar una actitud de mayor tolerancia hacia los enfermos mentales en nuestra sociedad.					
4.	Nuestros hospitales mentales parecen más prisiones que lugares adecuados para que los enfermos mentales adquieran cuidados.					
5.	Tenemos la responsabilidad de otorgarles a los enfermos mentales el mejor cuidado posible.					
6.	Los enfermos mentales no se merecen nuestra simpatía.					
7.	Los enfermos mentales son una carga en nuestra sociedad.					
8.	El gasto fiscal en los servicios de salud mental es una pérdida de dinero.					
9.	Existen suficientes servicios de salud mental.					
10.	Es mejor evadir a las personas con problemas mentales.					

RESTRICCIÓN SOCIAL		en acuerdo Completamente	Acuerdo	en desacuerdo Completamente	Desacuerdo	No sabe
1.	No debe dársele responsabilidad alguna a un enfermo mental.					() ()
2.	El enfermo mental debe ser aislado del resto de la sociedad.					() ()
3.	Una mujer debe ser tonta para casarse con un hombre que ha sufrido una enfermedad mental, aun cuando este parezca estar totalmente recuperado.					() ()
4.	No me gustaría ser vecino de alguien que ha estado enfermo mentalmente.					() ()
5.	Cualquier persona con antecedentes de enfermedad mental debe ser excluida para realizar trabajos públicos.					() ()
6.	No se le deben negar sus derechos individuales a los enfermos mentales.					() ()
7.	Se les debe motivar a los enfermos mentales para que asuman las responsabilidades de una vida normal.					() ()
8.	Nadie tiene derecho de excluir a los enfermos mentales de su vecindario.					() ()
9.	Los enfermos mentales son mucho menos peligrosos de lo que la gente supone.					() ()
10.	Se puede confiar en muchas mujeres que fueron pacientes en un hospital o servicio de salud mental para que trabajen de niñeras.					() ()
PERCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD		en acuerdo Completamente	Acuerdo	en desacuerdo Completamente	Desacuerdo	No sabe
1.	Los residentes deben permitir la instalación de centros de salud mental en sus vecindarios a modo de suplir las necesidades de la comunidad local.					()
2.	La mejor terapia para muchos pacientes mentales es la reinserción en la vida de comunidad.					()
3.	Los servicios de salud mental deberían ser otorgados mediante facilidades entregadas en cada comunidad.					()
4.	El situar instituciones mentales en barrios residenciales no pone en peligro a los residentes de dicho barrio.					()
5.	Los residentes no tienen nada que temer de personas que acudan a su vecindario en busca de servicios mentales.					()
6.	Las instituciones de salud mental NO deben ser situadas en barrios residenciales.					()
7.	Los residentes tienen buenas razones para oponerse a la instalación de instituciones de salud mental en sus vecindarios.					()
8.	El reinsertar a enfermos mentales en la comunidad es una buena terapia para ellos, pero implica demasiados riesgos para los residentes de dicha comunidad.					()
9.	Asusta el pensar que enfermos mentales vivan en barrios residenciales.					()
10.	El situar instituciones de salud mental en un barrio residencial denigra y desvalora dicho barrio.					()

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

Los datos personales obtenidos serán protegidos y tratados por el laboratorio de investigación Sociomédica con fundamento en la ley federal de acceso a la información pública gubernamental (IFAI).

FECHA: _____

N. _____

A través de esta carta esta usted recibiendo una invitación a participar en la aplicación de la escala denominada Scale Cmunity attitudes toward mentally ill (CAMI), por lo tanto la encuesta durará de 5 a 15 minutos.

Cuyo objetivo es describir las actitudes que se tienen acerca de la enfermedad mental y del enfermo mental, aplicado por el área del Laboratorio de Investigación Sociomédica INNN-ENTS.

Su participación en el estudio es voluntaria por lo tanto conserva el derecho de retirarse de la entrevista en el momento en que lo considere conveniente o puede dejar preguntas sin responder, las respuestas que usted proporcione deberán ser lo mas honestas posible, pues serán completamente confidenciales y anónimas, además usted no recibirá pago alguno por su participación, pero tampoco le ocasionará gastos.

La información recabada de este documento no modificara el nivel asignado por el instituto; y mucho menos repercutirá en el servicio proporcionado por el INNN. Se pretende que la información obtenida de esta investigación ayude posteriormente al diseño de un proyecto de intervención, a fin de disminuir las actitudes de discriminación o estigma hacia las personas que padecen algún tipo de trastorno mental.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado "Enfermedad y enfermo mental, aproximación a las actitudes que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos del INNN", a si mismo que la información obtenida sea utilizada con los fines que el instituto menciona.

Nombre y firma del entrevistado

Nombre y firma del Entrevistador

Bibliografía

Alfredo H. Cía. La ansiedad y sus trastornos. Ed. Polemos. Argentina Buenos Aires. 2002. Pág. 34

Allan V. Horwitz. Teresa L. Scheid. A handbook for de study of mental health, sicla, context, theories and systems. Cambridge. 1999.

Ander-Egg Ezequiel. "Introducción a las técnicas de investigación social". Ed. Humanitas. Buenos Aires, 1977.

APA. "Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales IV", E.U., 2005

Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, Montreal, Canadá, 2000

Bello, Mariana. "Prevalencia y Diagnóstico de Depresión en población adulta en México". Vol 47. suplemento 1. 2005, México

Cifuentes Gil, Rosa María. "La sistematización de la práctica del trabajo social.". Ed. Lumen-Hvmanitas. Buenos Aires, 1999

Danj. Stein, M.D. Manual Clínico de los trastornos de ansiedad. Ed.Ars médica. México D.F. 2005

Diéguez Jose Alberto. "Promoción Social Comunitaria". Ed. Espacio Argentina, 1988

Elkin David. Psiquiatría clínica Ed. Mc. Graw Hill. 2000.

Escobedo, Francisco y Corona, Teresa. Cuarenta años de Historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. México. 2004.

Focault Michel. Enfermedad mental y personalidad. Ed. Paidos. México. 1990.

Giménez, Gilberto, La teoría y el análisis de la cultura, Vol. 1, CONACULTA, México. 2005.

Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. "Plan Nacional de Desarrollo" México,2007

Goffman Erving "Estigma, la identidad deteriorada" Ed. Amorrortu. Buenos aires 1963,

Goffman, Erving. "Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos"._Amorrortu Editores. Buenos Aires 1961.

H. Cia. Alfredo. "La ansiedad y sus trastornos". Ed. POLEMOS, Argentina Buenos Aires. 2002.

Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, "Fundamentos de metodología de la investigación"

Higashida Hirose, "Ciencias de la salud", 2da edición Ed. Mc Graw Hill México, 1990

Hollander, Eric, WONG M. Cheryl, "Conceptos Actuales en el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos Frecuentes", Segunda edición, Estados Unidos, 2004, pp. 188.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Manuel Velasco Suarez. Guía institucional 2008. Dirección de enseñanza, Departamento de publicaciones Científicas.2008.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. En Surgical Neurology. Volumen 61. 2004

Introducción to social Psychology a European Perspective, Four Edition. Ed. Textbooks.2008

Jakes, Ian, "Enfoques Teóricos del Trastorno Obsesivo Compulsivo", Ed. Desclée de Brouwer, SA, España, 2001, pp. 218. 1999; 56(2):131-2

Jara H., Oscar. "Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica." Ed. Alforja Costa Rica, 1997.

J.L. Martí Tusquets. Enfermedad mental y entorno urbano, metodología e investigación. Ed. Del Hombre 1988

Jodelet Dense, La Representación Social: fenómenos, concepto y teoría en Moscovichi, Psicología Social II, Barcelona Paidós. 1984. En:

Lars Freden. Aspectos psicosociales de la depresión. Ed. FCE. 1982.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Artículo 2. México.2000

Lindón Villora Alicia. "De la investigación de las ciencias sociales, de las "tesis" y la metodología de la investigación". En Documentos de investigación. El Colegio Mexiquense.

Medina Mora, ma Elena, Borges, Guilherme. "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México" Revista de Salud Mental, vol 26 num4, México 2003.

Morgan, M.L (coord.): Sistematización de experiencias de trabajo en salud, Módulo V del Curso de Educación a Distancia sobre Salud comunitaria y promoción del desarrollo, CELATS, Lima, 1992.

Morgan Luisa, Quiroz Teresa, La sistematización de la práctica cinco experiencias con sectores populares. HVMANITAS-CELATS. 1ª Edición.1988.

Moscovici Serge. Introducción a la teoría social. 1975.

Nicolini, Humberto; et. al. "Estudio del paciente obsesivo compulsivo en una muestra mexicana. Experiencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría." En *Salud Mental*. Vol. 15 (4): 1-11, Diciembre, 1992. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, D.F.

Norko M, Baranoski M. "The state of contemporary risk assessment research". *Canadian Journal of Psychiatry*. 50:1. 18-26. 2005

Organización Mundial de la Salud. "Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción". Organización Mundial de la Salud.2004

Padmal de Silva y Stanley Rachman.Trastornos Obsesivo Compulsivo, los hechos. Ed. Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer. 1995. Bilbao.

Poder ejecutivo. Programa Nacional de Salud 2000-2006. México, 2000

Programa de acción específicos 2007-2012. "Atención en Salud Mental". Marco conceptual de la salud mental, Primera edición. México. DF.2007. (CD),

Ríos Molina Andrés. "La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio la Castañeda, 1910-1920". Tesis de doctorado en Historia. El colegio de México, 2007.

Rodríguez Salazar Tania "El debate de las representaciones sociales en la psicología social", El colegio de Michoacán, vol, 93. 2004

Rosas Araceli, Arellano Abigay, Avalos Rosaura, "Procesos de sistematización en Trabajo Social Antología" Septiembre 2005.

Saldaña Javier, "Derechos del enfermo mental", ed. Camara de diputados. LIX legislatura. UNAM, primera reimpresión de la 2ª edición. México 2004

Secretaría de Salud Pública. "Programa de Acción Específicos" 2007-2012. "Atención en Salud Mental". Primera edición. México. DF.2007. (CD)

Selim Abou, *L'identité culturelle*, Editions Anthropos, París,1981

Silva Arciniega, Rosario. "Dimensiones Psicosociales de la pobreza". Percepción de una realidad recuperada. ENTS-UNAM, 2000.

Disponible en:

Taylor, S.J., Bogdan, R. "El trabajo con los datos" en "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Ed. Paidós. Pp. 343

Taylor, S. M. y Dear M. J. (1981) Scalling Comunita Attitudes Toward the metally ill. Schizophrenia Balletin, 7,225-240.

Valero Chávez Aída. El Trabajo Social en México. Desarrollo y Perspectivas. Ed. UNAM. 1995

Vasilachis, de Gialdino Irene. "Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales".Barselona Gedisa. 2003

50 Años del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México 2004

Consulta electrónica

Antonio Sosa, Rafael. El Sol de Tampico, 17 de diciembre de 2008 disponible en <http://www.oem.com.mx/elsoldetampico/notas/n973256.htm>

Bahena S., Sergio. "Enfermo mental atacó a joven estudiante" en El Sol de Cuautla. 10 de septiembre de 2007 Disponible en <http://www.oem.com.mx/elsoldecuautla/notas/n412534.htm>

Calcedo Barba AL. Violencia y Esquizofrenia. En: Delgado Bueno S. Psiquiatría Legal y Forense 1994;2(82): 913-22. Desviat M. Tratamiento o condena. Psiquiatría Pública 1998;10(3):153-9.

Consejo Nacional de Salud mental, UNEMES. "Visión", Disponible en: http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/uneme/objetivo_principal.html. Consultado el 29 de mayo del 2008.

Danielle Goerg, Werner Fischer, Eric Zhinden, José Guimon "*Diferenciacion en las representaciones sociales y los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos.*" Department of Psychiatry, University, Hospital of Geneva, SWITZERLAND. (Sitio en Internet). Disponible en: <http://209.85.173.104/search?q=cache:BawM633bAYJ:scielo.isciii.es/pdf/ejp/v18n4/225.pdf+Diferenciaci%C3%B3n+en+las+representaciones+sociales+de+los+trastornos+mentales+y+los+tratamientos+psiqui%C3%A1tricos.&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx&client=firefox-a> Consultado: 3 mayo 2008.

DGS-SIID-SIA. "La Salud Mental en México". Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf>. Consultado 01 de Julio de 2008, pág 39

Epidemiologic Catchment Area surveys. Hosp Community Psychiatry 1990; 41: 761-70

Espacio logopédico.com “Integración Social” (Sitio de Internet) Disponible en: <http://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=436>

Geocities.com. “El modelo de Serge Moscovici”, disponible en <http://www.geocities.com/Paris/Rue/8759/mosco2.html>, consultado el 4 junio de 2008.

Geocities.com “Historia de las enfermedades mentales” (Sitio en Internet). Disponible en: <http://www.geocities.com/bakuninn/enfermedades.htm> Consultado: 3 mayo 2008.

Hammeken Carla. Congreso Internacional Inclusión Educativa y Social, Unidos por la diversidad (Noviembre 12-16). 2007)(Sitio en Internet) Disponible en: <http://portal.vozprosaludmental.org.mx/modules.php?Name=News&file=article&sid=223Art?Culo>

“Enfermedad mental y discapacidad”. Consultado: 3 mayo 2008.

Historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía ‘Manuel Velasco Suárez’. <http://www.innn.edu.mx/index.php/instituto/C60> (Marzo 2007).

http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermo#Definici.C3.B3n_de_enfermo.

<http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/rh/46/percepcion.htm>

http://www.invenia.es/inveniaextensions:percepciones_creencias_torno_salud_enfermedad_mental_narradas_curanderos_urbanos_ciudad_mexico

<http://www.planeacion.unam.mx/Agenda/2009/>

<http://www.trabajosocial.unam.mx/licenciatura.htm>

<http://www.unam.mx/serviciosocial/fr3/programas.htm/>

INEGI. “II Censo de Población y Vivienda”. México, 2007

Notimex “Mexicanos dejan pasar hasta 20 años para atender enfermedades mentales” La crónica de hoy/[Salud](#). Disponible en: http://www.cronica.com.mx/nota.php?Id_notas=333935. Consultado: 3 mayo 2008.

Psiquiatric, “Enfermedades mentales”, disponible en: <http://psiquiatric.blogia.com/> Consultado 08 de Mayo de 2008

Saavedra Solano, Nayehli. Berenzon Gorn, Shoshana. Hernández Hernández, Fair. "Percepciones y creencias en torno a la salud-enfermedad mental, narradas por curanderos urbanos de la Ciudad de México" (Sitio en Internet). Disponible en: <http://www.invenia.es/oai:dialnet.unirioja.es:ART0000047670> Consultado: 3 mayo 2008.

Shoshana Berenzon Gom - Jair Hernández Hernández - Nayehli Saavedra Solano "Percepciones y creencias en torno a la salud-enfermedad mental, narradas por curanderos urbanos de la ciudad de México." Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México. (Sitio de Internet)

Stuart H. Violence and Mental Illness: an overview. *World Psychiatry* 2:2, 121-124. 2003

Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the

UNAM (2004), "Enfermedades mentales: cuando las voces imaginarias y los fantasmas se vuelven reales", en *Gaceta Biomédicas*, Instituto de Investigaciones Biomédicas. Consultado el 30 de Mayo de 2008.

Velázquez R. Alejandro; Sánchez Sosa, Juan José; Lara M. Ma. del Carmen; Senties C. Héctor. "El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional" en IUPsyS Healthnet Project Web Site Disponible en <http://www.healthnet.unam.mx/lecturas/AbandonoPsiquiatrico.pdf>

Violencia, Enfermedad Mental y Estigma José Uriarte. Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación, Hospital Zamudio. <http://www.Psiquiatricalegal.org/EstigmaViolencia1.pdf>