



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

“INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA
ATENCIÓN AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN VILLAS
OCARANZA ”

M O N O G R A F Í A

Que para obtener el título de
Trabajador Social

P R E S E N T A

JOSE REYES ESCALANTE

Pachuca de Soto, Hgo. Enero 2009

A Dios:

Por tener siempre en el
Una luz, que ilumino mi camino y el
de mi familia.

A Mis Padres:

Gracias por haberme dado la
existencia, y la oportunidad de
hacerme un hombre de bien, y con
hambre de éxito.

Con cariño y admiración para L.T.S.
Lucia Maricela Uribe Mora por su
invaluable apoyo en la asesoria en
este trabajo.

Por la importante labor realizada al
honorável jurado revisor.

A todas las personas que nunca creyeron en mí, hoy únicamente los admiro con mayor énfasis.

Luchar por brindarle lo mejor a mí campeón es

Una forma de demostrarle que se puede cumplir las metas trazadas en la vida.

Ilusión que hoy agradezco a dios, a mí familia y a los que me ayudaron para la realización de mis metas.

Sabes, no es fácil llegar, se necesita ánimo, lucha, deseó, pasión, confianza, entrega y sobre todo un gran esfuerzo para ser el mejor cada día.

Es por eso que te quiero decir que

Nunca debes de rendirte por muy difíciles que sean las cosas, mejor

Ríe y piensa que siempre tendrás un apoyo de un **AMIGO** un **PADRE** en el momento que tu lo requieras.

Imagina y crea, tus propios sueños siempre tendrás el apoyo

Que tú requieras, no importa la distancia, el tiempo.

Únicamente quiero pedirte que no tengas miedo a enfrentarte al mundo, recuerda que siempre tendrás el apoyo, cariño y el amor de los seres que te quieren

Especialmente de tus padres, gracias hijo por darme la fuerza de terminar las cosas, de robarte parte de tu tiempo, que te perteneció, pero sobre todo por ser mi luz que ilumina nuestro camino.

Vencer en esta ocasión era un reto

Entonces necesite de tu confianza, tiempo, apoyo.

Recuerdo que fue un tiempo el cual los abandone y hoy!

Oh. ! Sorpresa tengo que darte el mejor regalo.

Nada hubiera sido fácil, sin tu confianza, apoyo y sobre todo de tú.

Incansable paciencia, con mi campeón. Gracias por permitirme

concluir una obra inconclusa que el día de hoy

Concluyo con gran éxito, del cuál tú formas parte

A ti gracias.

A todas las personas gracias, en especial a **IDE****M** que algún día creyó en mí, y me dieron la oportunidad de seguir adelante apoyándome con su tiempo del trabajo, personal.

Para quien (idem) no escatimo en nada y con estímulos, no hubiese podido llevar a feliz término esta importante obra para mí.

Agradezco las palabras de aliento, que me brindaste en los momentos más difíciles, el apoyo en el transcurso de mi vida, con lo cuál he logrado realizar la más grande de mis metas.

Agradezco su tiempo, así mismo el haber compartido mis éxitos como fracasos, tristezas y alegrías.

Gracias por haberme aguantado. Hoy quiero decirte que mi gratitud y amistad a diario es cada día mas grande.

MONOGRAFÍA

“INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN VILLAS OCARANZA.”

I.- MODELOS DE ATENCIÓN Y DE PREVENCIÓN.

1. PSIQUIÁTRIA DE LA COMUNIDAD
2. PREVENCIÓN: CENTRO DE ATENCIÓN DE SALUD CON MODULO DE SALUD MENTAL
3. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN
4. VILLAS DE TRANSICIÓN Y DE REINTEGRACIÓN SOCIAL

II.- VILLAS OCARANZA.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS
2. BIOGRAFÍA DEL “DR. FERNANDO OCARANZA”
3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO
4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
5. MISIÓN DE VILLAS OCARANZA
6. PROYECCIÓN HACIA LA COMUNIDAD

III.- TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO.

1. HISTORIA SOCIAL DE LA PSQUIATRÍA E INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL
2. EL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIÁTRICO
3. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA PSIQUITRICA
4. PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA PSIQUIÁTRICA.
5. FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL PSQUIÁTRICO
6. PARTICIPACIÓN DENTRO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS VILLAS OCARANZA.
7. PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LA FAMILIA Y LOS USUARIOS DE LAS VILLAS

PROPUESTAS.
CONCLUSIONES.
BIBLIOGRAFIA.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo I. Modelo de Atención y de Prevención	
1 Psiquiatría de la Comunidad.....	4
2 Prevención: Centro de Atención con Módulo de Salud Mental.....	8
2.1 Centros de Salud.....	9
2.2 Centros de Salud con Modulo de Salud Mental.....	9
2.3 Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM).....	10
2.4 Centros Integrales de Salud Mental (CISAME).....	10
3 Área de Hospitalización.....	11
4 Villas de Transición y Reintegración Social.....	13
Capítulo II. Villas Ocaranza	
1 Antecedentes Históricos.....	16
2 Bibliografía del “Dr. Fernando Ocaranza”.....	22
3 Organización y Funcionamiento.....	25
4 Misión, Visión y Valores de los Servicios de Salud en Hidalgo.....	28
5 Misión de Villas Ocaranza.....	30
6 Proyección hacia la Comunidad.....	31
Capítulo III. Trabajo Social Psiquiátrico	
1 Historia Social de la Psiquiatría e intervención del Trabajador Social	33
2 El Trabajador Social Psiquiátrico.....	40
3 Rol del Trabajador Social en el área Psiquiátrica.....	45
3.1 Pacientes exaltados e hiperactivos.....	47
3.2 Pacientes Depresivos.....	48
3.3 Pacientes con tendencia al aislamiento.....	49
3.4 Esquizofrénicos.....	49
3.5 Hebefrénico.....	51
3.6 Psicosis Simple.....	52
3.7 Catatónico.....	53
3.8 Paranoia.....	55
3.8.1 Delirios de Persecución.....	55
3.8.2 Delirios de Reivindicación.....	56

3.8.3	Delirios Celotípico.....	56
3.8.4	Delirio Eromático.....	56
3.8.5	Delirios Hipocondríacos.....	56
3.8.6	Delirios de Grandeza.....	56
3.8.7	Delirios de Referencia.....	57
3.4	Neuróticos.....	57
3.5	Pacientes con Conductas Antisociales.....	58
3.6	Pacientes con estado de Retraso Mental.....	58
4	Perfil del Trabajador Social en el área Psiquiátrica.....	68
4.1	Definición del Perfil de Trabajo Social	69
4.2	Concepto de Trabajo Social Psiquiátrico.....	70
4.3	Trabajo Social en psiquiatría.....	70
4.4	Perfil del Trabajador Social psiquiátrica.....	71
5	Funciones del Trabajador Social Psiquiátrico.....	74
6	Intervención del equipo interdisciplinario dentro de las Villas	78
7	Ocaranza.....	83
7.1	Participación del Trabajador Social con la familia y los usuarios de las Villas.....	88
7.2	Familia y enfermedad mental.....	88
	El Trabajador Social en la relación familia - enfermo mental.....	95
	Propuestas.....	97
	Conclusiones.....	101
	Bibliografía.....	103

INTRODUCCIÓN

Durante la mayor parte de la historia, la ciencia médica se ha ocupado principalmente de remediar las enfermedades físicas que lisian o que matan. A medida que estos esfuerzos van alcanzando un éxito cada vez mayor, se va presentando más atención a los trastornos emocionales que pueden lisiar también gravemente a una persona que físicamente está sana.

El hablar del modelo de atención y de prevención es remontarnos a los problemas de salud mental, los conceptos y los tratamientos que eran utilizados en los pacientes. En nuestro estado con el cierre del Hospital Psiquiátrico Dr. Fernando Ocaranza el 21 de noviembre del año 2000, permitió la creación de un nuevo modelo de atención a la salud mental único a nivel nacional, cuyo objetivo es el lograr la reintegración del paciente a su vida normal mediante la rehabilitación de las capacidades conservadas y lograr la inclusión a la unidad productiva.

Esto es uno de los logros de mayor trascendencia porque permite proporcionar una atención integral de prevención a través de los centros de salud, así mismo de hospitalización y lo más importante una reintegración social a través de las villas.

Los antecedentes históricos de las villas Ocaranza tienen su origen desde la creación del Hospital Psiquiátrico del cual formó parte de la “operación Castañeda” y la inauguración fue el día 21 de julio de 1968.

La Secretaría de Salud en Hidalgo, la Fundación Mexicana para la rehabilitación de personas con enfermedad mental y el gobierno del estado, son la base para la creación del nuevo modelo de salud el cual tienen la misión, visión y valores que nos permitirán la reintegración del paciente a su vida normal mediante la rehabilitación de las capacidades conservadas.

La parte medular que es trabajo social psiquiátrico dentro de la institución es parte fundamental toda vez que es el enlace del paciente y familia.

El trabajo social psiquiátrico se origino en los hospitales ingleses en el año de 1880 cuando se reconoció que los pacientes mentales dados de alta necesitaban de atención posterior en su hogar, para evitar que sufrieran recaídas, trabajo social psiquiátrico tuvo un gran impulso durante y después de las dos guerras mundiales.

Considero que la labor del trabajador social en la prevención de las enfermedades mentales, es de gran importancia, además de que se tiene un gran campo de trabajo en el desarrollo de programas de prevención de enfermedades mentales.

Se ha manifestado el interés por solucionar el problema de la salud mental se han creado instituciones como el hospital la Canoa en el año de 1770, posteriormente se construye el “Manicomio General de la Castañeda” del cual se origino que se creara una red de hospitales psiquiátricos campestres, lo cual en su momento funciono sin embargo a través del tiempo rodeada por una serie de ineficiencias, provocadas por el mismo sistema hospitalario incapaz

de proporcionar al enfermo mental los requerimientos mínimos indispensables de atención médica.

Lo cual dio origen a la transformación estructural de las instituciones psiquiátricas, lo cual permitió la creación de un nuevo Modelo de Atención a la Salud Mental, único a nivel nacional.

El papel que desempeña el trabajador social dentro de la institución es de vital importancia, participando en terapias y actividades, además de ser el enlace del usuario y familia, así mismo hará los contactos con otras instituciones clínicas y psiquiátricas que le permitan una mejor rehabilitación al paciente.

El trabajador social tiene mucho que ofrecer, aprender además lo más importante es que debe de contar con una praxis transformadora que impulse el cambio en los usuarios y dentro de su terreno de trabajo.

I.- MODELO DE ATENCIÓN Y DE PREVENCIÓN

1.- PSIQUIATRÍA DE LA COMUNIDAD

Hoy se vive en un mundo agitado, lleno de tensiones, problemas sociales, económicos, laborales, etc., todo lo anterior hace una configuración, generando cada día mayor número de desajustes emocionales. Aunando a esto, el bajo nivel educacional de nuestro país y un esquema cultural de menosprecio a las personas que sufren algún padecimiento mental, ocasiona que se mantenga oculto por voluntad del paciente o porque éste o sus familiares no lo reconocen como una enfermedad susceptible de atención y mejoría.

Sin embargo, aun bajo esta perspectiva en nuestro país, la salud mental continua rodeada por una serie de ineficiencias, provocadas por un sistema hospitalario incapaz de proporcionar al enfermo mental los requerimientos mínimos indispensables de atención médica, bajo un contexto de respeto a los derechos fundamentales de todo hombre.

Foucault Mitchel refiere que según Boutroux “las leyes psicológicas, hasta las más generales, son relativas a una fase de la humanidad. Desde hace tiempo, un hecho es lugar común en la sociología y la patología mental, la enfermedad no tiene realidad ni valor de realidad, más que en una cultura que la reconoce como tal”.¹

¹ Foucault, Michel “ Enfermedad Mental y Personalidad” Editorial RHC. Sigma Pág.59

En un discurso ante la Asociación de Psicología (American Psychological Association), hace algunos años, George A. Millar (1996) comenzó con las siguientes palabras “Los problemas más urgentes de nuestro mundo actual, son los problemas que nosotros mismos hemos creado, no han sido creados por una naturaleza inanimada y maliciosa, ni tampoco nos las han impuesto como un castigo, son problemas humanos cuya solución requiere un cambio en nuestra conducta” ²

Por lo que es evidente que los seres humanos han tenido siempre una gran necesidad de entenderse entre sí y entender al mundo. La enfermedad mental fue uno de los acontecimientos que desafiaban las expectativas racionales.

Actualmente la psiquiatría social o comunitaria, juega un papel importante en la organización de los servicios extramurales, a través de la colaboración y coordinación entre hospitales, clínicas, instituciones intermedias y la fusión de prevención y rehabilitación desempeñada por la comunidad.

Las acciones se dirigen principalmente hacia los niveles de prevención. El nivel de prevención primaria se divide en dos períodos, el primer período, prepatógenico de la enfermedad, implica acciones dirigidas a la promoción de la salud mental, a través de programas educativos sobre salud mental, estos programas deben elaborarse obedeciendo a pautas dadas por la comunidad y a intereses y necesidades de toda la población y de la institución ejecutora.

² Lawrence C. Kolb TR. Leopoldo Chagoya Beltrán Psiquiatría Clínica Moderna, 5ta Edición, Prensa Médica Mexicana.

Un elemento importante de la prevención, es la educación dirigida a la población con el objeto de incrementar su capacidad para la auto asistencia a través del conocimiento del desarrollo integral del individuo, que le sirva de base para alertar y detectar los casos incipientes de enfermedad mental entre sus miembros y la oportuna solicitud de atención en las etapas primarias del padecimiento.

La intervención profesional en este nivel, implica la capacitación del personal que labora en este campo con el objetivo de educar a la población y a la vez tratar el mayor número de casos leves remitiendo aquellos que exigen un tratamiento más especializado, entrando así en el segundo período de prevención, el curativo de la enfermedad, el cual es tratado directamente por el equipo terapéutico de las Unidades Asistenciales o de Instituciones Psiquiátricas, Neurológicas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la S.E.P. etc, siendo estas organizaciones estatales de carácter descentralizado, ya que cuentan con las estructuras, programas para avanzar en la materia y poder combatir o prevenir una enfermedad mental o física.

“Todas las personas que sufren trastornos mentales, aunque sean psicopáticos siguen siendo seres humanos con las mismas necesidades, que tiene todo el mundo sienten, sufren, aman y odian”

3

³ José L. Patiño, Psiquiatría Clínica, Clasificación de Enfermedades Mentales, México Editorial Sol 2001 Pág. 24.

La educación para la Salud Mental, debe contar con una etapa de investigación y diagnóstico, en las que se trate de identificar el trastorno, explorar el problema comunitario de salud, analizando junto con la comunidad los aspectos psico sociales, tomando en cuenta las diferentes características económicas y culturales que nos permiten prevenir la enfermedad mental.

La psiquiatría comunitaria implica una toma de conciencia, de responsabilidad y participación por parte de la comunidad y un trabajo coordinado y nacido del convencimiento por parte del personal del Centro de Salud y la comunidad.

Es pertinente hacer alusión a un concepto que menciona la Organización Mundial de la Salud O.M.S. “la gente debe de tomar como suya, la empresa de cuidar y fomentar su salud y participar más activamente en esa tarea” ⁴

⁴ De La Fuente, Ramón. “ La Prevención en el campo de la Salud Mental “,Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiátrica, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental UNAM, México.

2.- PREVENCIÓN: CENTRO DE ATENCIÓN DE SALUD CON MÓDULO DE SALUD MENTAL.

Desde los albores de la historia el hombre ha tenido que enfrentarse con diversos problemas de salud mental, razón por la cual en el campo de la salud prevalece la posibilidad de prevenir los desordenes mentales y las incapacidades que se asocien a ellos, existen trastornos y disfunciones psicopatológicas que si bien no han sido atendidas, podrían abordarse con éxito en forma preventiva.

En el Estado de Hidalgo se cuenta con 25 Centros de Salud donde se brinda atención en Salud Mental. En el cual se llevan acciones para la promoción de la salud mental, teniendo como objetivo evitar que se presente la enfermedad por lo que se ha llevado a cabo en el periodo pre-patogénico o de génesis de la enfermedad, mediante la promoción de la salud y la protección. A través de centros de salud, centros de salud con módulos de salud mental, centros comunitarios de salud mental (CECOSAM) y centros integrales de salud mental (CISAME).

2.1) CENTROS DE SALUD.

Deben contar con médicos generales capacitados en materia de salud mental y en los trastornos psicopatológicos más frecuentes. Cuando detecta la necesidad especializada el médico debe de referir al usuario al centro de salud con módulos de salud mental.⁵

2.2) CENTROS DE SALUD CON MODULO DE SALUD MENTAL.

Existe uno en el Municipio del Mineral de la Reforma (Pachuquilla).

Deben de contar con los elementos y equipos necesarios para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier enfermedad mental o en su caso para la referencia de usuarios, así como para realizar actividades de fomento y promoción de la salud mental. El equipo de profesionales que atienden incluye un médico psiquiatra, un psicólogo, trabajador social y una enfermera.⁶

⁵ Dirección General de Rehabilitación Psico social participación Ciudadana y Derechos Humanos, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental I.A.P. (Méjico D.F. 2000) Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental.

⁶ Idem

2.3) CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL. (CECOSAM)

Deben de contar con equipos interdisciplinarios integrados por psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapeutas, entre otros, y con la infraestructura necesaria para dar el servicio.⁷

2.4) CENTROS INTEGRALES DE SALUD MENTAL. (CISAME)

Además de funcionar con la misma estructura interdisciplinaria que los anteriores, cuenta con un personal y equipo especializados para el diagnóstico como laboratorio de análisis clínico, electroencefalografía, laboratorio de sueño, mapeo cerebral. Así mismo promoverá actividades culturales y socio recreativas para los usuarios, que de preferencia sean coordinadas por el comité ciudadano.⁸

En Trabajo Social Psiquiátrico se dice “MÁS VALE PREVENIR QUE LAMENTAR” y se puede llevar a cabo desde la etapa prenatal, hasta la vejez, sin embargo algunas de las principales acciones de prevención en el área de salud mental no está bajo la responsabilidad directa de los especialistas, si no del medico general familiar ya que puede influir, significativamente, evitando la aparición de desordenes psiquiátricos e impidiendo así sus consecuencias.

En estos centros las acciones de prevención y promoción de salud, se brinda por medio del otorgamiento de información, auxiliándose de folletos, pláticas, simposium, conferencias, formación

⁷ Idem

⁸ Idem

de grupos de acción social y/o de análisis sobre problemas mentales, grupos de padres de familia estos últimos invitándoles a reflexionar sobre la dinámica familiar, orientar y capacitar a la población con la finalidad de evitar problemas que posteriormente puedan traducirse en trastornos psicopatológicos con su correspondiente influencia negativa dentro de su núcleo familiar, fomentar actividades educativas, recreativas y cívicas que fortalecen los lazos de la familia, promocionar la formación de grupos con fines de auto ayuda. Así mismo en caso de ser necesario, se refiere al mismo a otra estructura de la red de servicios de una atención especializada.⁹

3) ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Los usuarios reciben atención médica individualizada y permanecen como internos el tiempo que estrictamente requiere su tratamiento.

Comprende:

1.- La unidad de Psiquiatría en Hospital General con Comité Ciudadano.

Su objetivo es dar tratamiento especializado en hospitales generales, contando con el servicio hospitalización breve de 15 a 30 días durante el cual se debe proporcionar atención integral médico psiquiátrica. Así mismo esta unidad debe de contar con el servicio de

⁹ Dirección General de Rehabilitación Psico social participación Ciudadana y Derechos Humanos, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental I.A.P. (México D.F. 2000) Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental.

consulta externa y urgencias psiquiátricas con área de observación para estancias comprendidas de 12 a 48 horas.

La unidad de psiquiatría debe de contar con comedor, sala de descanso y un espacio suficientemente amplio para los usuarios ya que debido a la naturaleza de su padecimiento o los efectos del medicamento lo requieren para mayor seguridad de su integridad física.

2.-Villas de transición hospitalaria:

Es un área de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, donde los usuarios tendrán una estancia máxima de 3 a 6 meses. Dentro del complejo de villas ocaranza existen 10 y tienen 4 habitaciones independientes y cada habitación tiene la capacidad para 12 personas, cada una tiene un baño, sala de descanso, comedor, cocineta, módulo de enfermería, consultorio médico y baño para el personal médico y una de las principales características es que son de puertas abiertas hacia las áreas comunes y además de dar atención medico psiquiátrica intensifican las acciones de rehabilitación mediante constantes salidas de los usuarios a la comunidad.

3.- Talleres donde los usuarios llevan a cabo un trabajo productivo y renumerado, lo cual favorece su reintegración social.¹⁰

¹⁰ Idem

4.- VILLAS DE TRANSICIÓN Y DE REINTEGRACIÓN SOCIAL.

Contemplan las estructuras donde la comunidad apoya al usuario en su proceso de reintegración social, éstas son:

Casas de medio camino:

Son casas que se ubican dentro de las comunidades, en las que viven usuarios que están dados de alta de las estructuras de hospitalización o aquellos usuarios que lo soliciten voluntariamente y el tiempo de permanencia de los mismos será de acuerdo a su proceso de evaluación. En el estado se cuenta con dos casas de medio camino, con 17 usuarios por casa.¹¹

Residencias comunitarias:

Es un espacio que tiene las mismas características físicas de las casas de medio camino. Son casas dentro de la comunidad en la que los usuarios viven independientes, de manera voluntaria y sin aportar ninguna cuota económica para el funcionamiento de las mismas.¹²

El tiempo de estancia es de acuerdo a la decisión del usuario.

¹¹ E- Mail: rehabilitación a astermedia.com | dgrppcydh a salud. gob. mx

¹² Idem

Departamentos independientes:

Son espacios que forman parte de la comunidad, estando ubicados en distintos puntos de la ciudad y el único apoyo que se proporciona a los usuarios es económico para el pago de sus rentas, mediante convenios donde se especifica el tiempo de duración de este apoyo.

Dentro de estos departamentos o cuartos, son rentados dentro de la comunidad y los usuarios que residen en ellas son totalmente independientes.

Residencias para adultos mayores:

Esta estructura a un no entra en función y es el único programa comunitario que dadas las características de edad de los residentes, contara con personal médico especializado en psicogeriatría y las instalaciones estarán adecuadas a las necesidades propias de esta población y no pagarán ninguna cuota de recuperación.¹³

Talleres protegidos:

Dentro de estos talleres los usuarios aprenden un oficio y reciben un apoyo económico por su participación, con el fin de que puedan lograr su autonomía económica a través de un trabajo formal renumerado.¹⁴

¹³ Norma Oficial NOM-25-SSA2-1994

¹⁴ Idem

Cooperativas mixtas:

Son constituidas por usuarios y miembros de la comunidad, con el objetivo de lograr la autosuficiencia económica en los usuarios.¹⁵

Clubes Sociales:

Estos son centros de reunión dentro de la comunidad para que los usuarios puedan participar en actividades culturales, deportivas y recreativas.

En esta última fase se requiere de la participación de la sociedad civil, donde su apoyo es invaluable para la reinserción a la sociedad, la readaptación a la vida cotidiana, lo que permite que el usuario empieza a tener conciencia de su propia persona.¹⁶

¹⁵ Idem

¹⁶ Idem.

II.- VILLAS OCARANZA

1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

México posee históricamente el antecedente de haber sido el primer país en el continente Americano en fundar las primeras instituciones para enfermos mentales. En el año de 1566 el “Hospital de San Hipólito” por Fray Bernardino Álvarez. Posteriormente en 1568 se funda una red de hospitales como el de Santa Cruz en Oaxtepec, San Roque en Puebla, La Concepción en Jalapa, Belén en Perote y otros más en Guadalajara, Acapulco y San Juan de Ulúa. Todos estos hospitales fueron fundados por Fray Bernardino Álvarez.¹⁷

En 1910 se fundó en la Ciudad de México “EL MANICOMIO GENERAL DE LA CASTAÑEDA” en los terrenos de la antigua hacienda de la Castañeda, teniendo una capacidad original para 1,000 camas, albergando a 3,000 pacientes, la sobre población y el descuido de sus instalaciones y servicios lo hicieron poco menos que inoperante; por ello a partir de 1960 se inició la planeación y construcción de una red de 11 hospitales denominada Operación Castañeda que culminó en 1968.

Dentro de la llamada “Operación Castañeda” el objetivo primordial era sustituir al antiguo Manicomio General ubicado en Mixcoac, D.F. y crear hospitales que en conjunto tendrían la capacidad de 4,406 camas, que geográficamente se ubicarían tres en el Distrito Federal, (Hospital Fray Bernardino Álvarez, Hospital

¹⁷Quintana Salvador – Guzmán Pascual “Diagnóstico Psiquiátrico Dr. Fernando Ocaranza “San Miguel Eyecalco, Hidalgo, julio de 1996. Pág. 46-47

infantil Dr. Juan N. Navarro, Hospital Campestre Dr. Samuel Ramírez Moreno), tres en el Estado de México (Hospital Campestre Dr. Rafael Serrano, Hospital Campestre José Sayago, Hospital Campestre Dr. Adolfo M. Nieto), uno en el Estado de Hidalgo (Hospital Campestre Fernando Ocaranza), tres en los Estados del Sur y Suroeste (Hospital Granja la salud Tlazolteotla, Hospital Granja Villahermosa, Hospital Granja Cruz del Sur), y otro más en Sonora (Hospital Granja Cruz del Norte), prevaleciendo el criterio del hospital granja, por lo cual sus instalaciones se encuentran alejadas de las ciudades, con excepción de dos de ellos destinados a la atención de enfermos con padecimientos agudos, para adultos y niños ubicados en el Distrito Federal.¹⁸

Lo que hoy en día conocemos como Villas Ocaranza, fue el Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza” espacio que perteneció al rancho de San Miguel Eyecalco.

En el año de 1894 la señora María Ana Viuda de Terreros, registró bajo el número 24; hoja 28, tomo 19, la hacienda de San Javier con una extensión de 12,0000 hectáreas.

El 11 de diciembre de 1894, bajo el número 25; fojas 32, tomo 19 doña Matilde de Terreros, cede la hacienda de San Javier a su hermano Miguel Ángel Cervantes Estavilla.

En 1907 registrado con el número 229, fojas 25, vuelta, tomo 23, sección I, don Miguel Cervantes Estavilla cede la fracción I de la

¹⁸ Boletín informativo (Archivos Secretos) Periódico Ovaciones de fecha 4 de noviembre de 1998,
Pág. 4-9

hacienda de San Javier denominada Rancho San Miguel Eyecalco a Pedro Cervantes y Terreros Conde de Regla, valuado en \$ 36,300.00 pesos con una extensión de 30 hectáreas, 28 áreas y 16 cm. cuadrados.

Desde 1932 a 1966, la hacienda estuvo en el poder de 9 distintos dueños, registrando con el número 16 fojas, 19 vueltas, tomo 83, volumen 2 sección I.

El 1ro. de julio de 1966, el señor Salvador de Biel Castañeda, último dueño vendió a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la hacienda de San Miguel Eyecalco, la cual se encontraba en ruinas y es como surge el Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza" que se construyó en la localidad de San Miguel Eyecalco, Municipio de Tolcayuca, Hidalgo, geográficamente ubicado al norte de la Ciudad de Pachuca a 30 Km. de esta, a 7 Km. de la población de San Mateo Ixtlahuaco del Estado de México, aprovechándose el casco de la hacienda y otras áreas que fueron rehabilitadas, además de otras que construyeron, dieron como resultado a cuatro pabellones con capacidad para 600 camas, distribuidas de la siguiente manera:

PABELLONES	CAMAS
Niños (hasta 15 años)	128 Camas
Hombres	124 Camas
Seniles	252 Camas
Oligofrénicos	96 Camas
Total	600 Camas
Enfermería	10 Camas no censables

De acuerdo a uno de los objetivos de la Operación Castañeda en cuanto a la descentralización de los pacientes a lugares en donde tuvieran extensiones de terrenos, fue para incorporar programas y actividades agrícolas y de granja, tratando que fueran autosuficientes.

En el año 1966 se inició la construcción de lo que se conocería como el Hospital Campestre “Dr. Fernando Ocaranza” cuyos terrenos constaban de 302,960 metros cuadrados, sin olvidar que en este lugar se ubicaba una hacienda, a la cual hubo la necesidad de adaptarle 16,135.55 mts. cuadrados parte que le correspondía a lo poco que quedaba de la construcción original, a pesar de las dificultades que se presentaron en el transcurso de la construcción y remodelación fue posible inaugurar dicho nosocomio el día 21 de junio de 1968 a cargo del C. Presidente Constitucional de la Republica Mexicana, Gustavo Díaz Ordaz, en compañía del Dr. Rafael Moreno Valle, Secretario de Salubridad y Asistencia a nivel Nacional, 10 años después se presentaron obstáculos que dificultaban el buen funcionamiento del hospital, uno de ellos fue el rehabilitar el área física y por ello se tuvo la necesidad de que el 50 % de la población total fuera distribuida a otros nosocomios, los cuales debían estar incorporados a la Dirección General de Salud Mental y como consecuencia se redujo el funcionamiento de las camas siendo 333 las instaladas, las cuales estaban en función, en 1983 se descentraliza a la jefatura de Servicios Coordinados de Salud en el Estado de Hidalgo.

El panorama de reforma de Salud Mental en el transcurso del tiempo tiende a dar servicios más integrales, a través del fomento de intervenciones rehabilitatorias y trabajo comunitario, con el fin de disminuir al máximo hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización.

La puesta en marcha de la reestructuración del Sistema de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de México, se debe a la necesidad de crear nuevos modelos de atención en salud mental, donde se contemple la creación de nuevas estructuras de atención y esté basado en el respeto a los derechos de los usuarios, de recibir una atención integral médico-psiquiátrica con calidad y calidez.

El Estado de Hidalgo es pionero en la aplicación de un nuevo modelo para la atención de Salud Mental, este nuevo modelo (denominado por el nombre del Estado donde se encuentra), nació en el año 2000 como propuesta de la Secretaría de Salud, de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de personas con enfermedad mental (IAP) y del Gobierno del Estado, con la intención de rehabilitar a los pacientes brindándoles atención integral y de calidad, además de capacitarlos para lograr su autonomía y su reinserción a la sociedad.

El complejo de las Villas Ocaranza se construyó en San Miguel Eyecalco sustituyendo al antiguo Hospital Psiquiátrico, donde se invirtieron 17 millones de pesos. Al implementar este nuevo concepto

en Psiquiatría, el Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza” dejaría de funcionar el día 21 de noviembre del año 2000.¹⁹

Las Villas Ocaranza disponen de unidades para la atención a la Salud Mental en 2 esquemas complementarios: el primero es el que enfoca a la rehabilitación de enfermos representado por el programa de Villas Ocaranza con capacidad de 150 camas y el segundo componente corresponde a una red conformada por Centros de Salud de las distintas Jurisdicciones Sanitarias de Pachuca, Tulancingo de Bravo, Zimapán, Huejutla de Reyes, Actopan, junto con el Hospital General de la capital del Estado, con estos esquemas se da la cobertura a la necesidades de la población en esta materia.²⁰

Hoy en día el presupuesto otorgado a esta Institución se aporta por el Gobierno del Estado y en cuanto al personal, éste se registra en la Jefatura de Servicios Coordinados de Salud Pública de Hidalgo, dependiendo de la Dirección de Salud Mental a nivel Nacional, por esta razón las Villas de Ocaranza se convierten en el enlace de referencias de Instituciones Hidalguenses como hospitales generales, centros de salud, D.I.F municipales, hospitales especializados de otros Estados y como consecuencia se apoya en consulta externa a todo usuario que lo requiera, teniendo prioridad la población hidalguense en su totalidad. ²¹

¹⁹ Servicios de Salud en Hidalgo, Villa (modelo de salud mental) Pachuca noviembre 2000

²⁰ http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2003-11-04

²¹ Idem

2.- BIOGRAFÍA DEL DR. FERNANDO OCARANZA

Médico e historiador, nació el 30 de mayo de 1867 en la Ciudad de México, sus padres fueron, don Ramón Ocaranza Maciel y doña Antonieta Carmona, su origen fue vasco, sus primeros años los vivió en Ixtlahuaca y San Felipe de Progreso, Estado de México, donde su madre, viuda entonces ocupaba el cargo de directora de la escuela local.

En Toluca, Estado de México, en el Colegio Hispano Mexicano terminó sus estudios primarios, posteriormente ingreso a la Escuela Normal anexa al Instituto Científico y Literario del Estado, en la ciudad de México estudio la carrera de médico, distinguiéndose por su brillantez y su constancia.

Al servicio del ejercito obtuvo el grado de mayor, se incorporó al 19 Batallón con destino a Sonora, en donde intervino en varias campañas contra los Yanquis, posteriormente fue asignado al Hospital Militar de Jalapa, Veracruz y después de una breve estancia como jefe de la sala 2 de cirugía del Hospital Militar de México, abandonó el ejercito para radicar como médico independiente en Guaymas Sonora, donde permaneció hasta 1914.

Durante su instancia en ese puerto fue Director del Hospital Municipal y formó parte del cabildo del ayuntamiento donde se encargó del departamento de Salubridad, mercados y panteones, posteriormente se trasladó a la Ciudad de México, donde se

desempeño como médico de la prefectura de Tacubaya, Cirujano de la Cruz Roja y del Hospital General.²²

En abril de 1915 ingresó al cuerpo de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de México como profesor de fisiología, cátedra que impartió por más de 30 años en la Facultad de Medicina y sin desligarse de la enseñanza también se dedicó a la investigación de la fisiología, biología, en este mismo año obtuvo el cargo de jefe del Instituto Médico General, tiempo después formó una escuela de fisiólogos mexicanos y sin restarle importancia encabezó una campaña contra la viruela, y sin que todo lo que realizó en ese tiempo le pareciera suficiente, en 1935 fue Director del Departamento de Salubridad, así como también formó parte del Consejo Superior de esta Secretaría.

Finalmente, en ese mismo año tuvo el cargo de Director del Instituto Científico del Estado de México y como reconocimiento a su labor incondicional, en apoyo a la enseñanza, fue miembro distinguido de varias academias y asociaciones médicas del país.

En 1923 fue director del Instituto de Higiene. Director de la Escuela de Medicina (1924-1934), desde fines de 1934 a 1938 Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.

²² Boletín Informativo la Verdad “Diagnóstico Psiquiátrico Dr. Fernando Ocaranza” No. 9 Editado por Salvador Quintanar.- Pascual Guzmán, Julio del 2001 Pág. 45 - 57

Después de jubilado intensificó su labor de historiador, realizó obras como: fisiología general, sinópsis clínica, historia de la medicina en México, tragedias de un rector, Juárez y sus amigos, entre otras más, publicó cerca de 190 trabajos médicos, perteneció a varias agrupaciones y asociaciones científicas tanto nacionales como extranjeras, recibió condecoraciones como La Legión de Honor, Las Palmas Académicas y varias cruces y medallas de las naciones del Japón, Francia, Colombia y México.²³

²³ Idem

3.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

De acuerdo a los parámetros de lo que debe ser una institución para que funcione acorde y sin contratiempos, es necesario tener una organización y funcionamiento completo que facilite su acceso a la comunidad demandante.

Hoy en día, las Villas Ocaranzas, cuentan con los servicios de Hospitalización, Consulta Externa de Especialidad, Farmacia, Servicios Generales, (Lavandería, Cocina). Dentro de las áreas administrativas existen las áreas de Contabilidad, Recursos Humanos y Materiales, Almacén, Transportes, dentro de esta institución también se cuenta con jardines y áreas de esparcimiento para los pacientes.

Existen departamentos de hospitalización, consulta externa, en donde gira el funcionamiento de las villas del cual haremos mención.

HOSPITALIZACIÓN:

PSIQUIATRÍA:

Desempeña la vital función de proporcionar consulta a los usuarios agudos y crónicos y como consiguiente un tratamiento para su rehabilitación, al igual se desempeña como jefe de hospitalización, de consulta externa y admisión, de acuerdo a los programas establecidos.²⁴

²⁴ Manual de procedimientos de Villas Ocaranza, Pachuca, Hidalgo.

COORDINADOR DE PSICOLOGIA:

Apoya al Psiquiatra a brindar terapias individuales y grupales en la aplicación de Test al solicitante, ya sea de la comunidad hospitalaria o comunitaria, al igual realiza programas de psicomotriz, gruesa, fina para los usuarios de las villas. ²⁵

MÉDICOS GENERALES:

Tiene como objetivo primordial la valoración del usuario afectado por enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus) y otras enfermedades como desparasitación intestinal, padecimientos cutáneos, desnutrición, planificación familiar, detección oportuna de Cáncer Cervico Uterino, Cáncer Mamario. ²⁶

COORDINADOR DE TERAPIA Y REHABILITACIÓN:

(TERAPISTAS).

Existe un objetivo trazado que es el de guiar a los pacientes para que realicen manualidades de costura, autoayuda, psicomotricidad, terapia ocupacional, terapia física, músico terapia, ludo terapia, terapia cognoscitiva, terapia de lenguaje, con la finalidad de coadyuvar en su rehabilitación como ser humano.²⁷

²⁵ Idem

²⁶ Idem

²⁷ Idem

TRABAJADOR SOCIAL:

Desempeña la función de realizar visitas domiciliarias, envío de cartas, telegramas, traslados a otras instituciones, control de visitas familiares, notas de evolución, biblioterapias, al igual que es el primer contacto que tiene la familia con este departamento, y por lo consiguiente es el enlace paciente- familia.

Dentro de estos departamentos médicos y paramédicos se elaboran programas de trabajo, así como tempo-gramas, se elaboran los manuales de procedimientos bajo la dirección y supervisión del personal de la Dirección General de Salud Mental.

Hoy en día, las Villas Ocaranza cuentan con una plantilla de 321 empleados que desempeñan sus labores en las distintas áreas.

Se cuenta con 7 médicos psiquiatras, 9 médicos generales. Dentro del área paramédica, se cuenta con 1 odontólogo, 9 psicólogos, 9 trabajadoras sociales y 110 enfermeras.

Los recursos humanos en las áreas de lavandería, cocina, servicios generales, vigilancia, etc., que desempeñan su labor en 4 turnos: matutino, vespertino, nocturno, y especial hacen que se tenga un mejor funcionamiento de las Villas Ocaranza, existiendo la posibilidad de que se brinden más plazas, para una mejor atención al paciente, ya que de acuerdo a la Organización de Salud Mental debe de ser un paciente por trabajador.²⁸

²⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-025 SSA2 1994, Para la Prestación Servicios de Servicios Integral Hospitalario- Médico Psiquiátrico, Núm. 1 año 1994, México 1995 Pág.10-11

4.- MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

Es importante señalar que en el año 2000, se realizó uno de los logros de mayor trascendencia, dentro del Sector de Salud, sin duda alguna fue el poder brindarle un enfoque diferente para poder entender y atender la salud mental, por lo consiguiente su esquema es el siguiente:

MISIÓN:

Garantizar la cobertura, calidad y calidez en la prestación de servicios de salud para elevar el nivel de vida de la población hidalguense, a través de la promoción, la atención integral, la investigación y el desarrollo de recursos, en congruencia con el panorama social y de salud del Estado.

VISIÓN:

Ser una institución de excelencia, confiable, resolutiva y comprometida que garantice el acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud, de conformidad a las necesidades y expectativas de la población del Estado de Hidalgo.

VALORES:

Expresión que exalta el elevado nivel de compromiso con el que se asume trabajar a favor de la salud de la población. De esta manera, resulta comprensible que los más altos valores en los que se finca la misión y visión institucionales son la honestidad, la eficiencia, la ética, el compromiso, la humanidad, la responsabilidad,

la integridad y la moral, pero sobre todo el servicio, que significa deberse a los demás de manera consciente y libremente aceptada y es palabra imprescindible en la denominación de una dependencia caracterizada por esta cualidad, los servicios de salud de Hidalgo.²⁹

²⁹ Folleto “Modelos de Atención de Salud Mental en el Estado de Hidalgo, Pág. 2, Secretaría de Salud en Hidalgo.

5.- MISIÓN DE VILLAS OCARANZA

La misión de las Villas Ocaranza es el de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, así como la pronta reinserción a la sociedad, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de implementación de programas extra hospitalarios y comunitarios.

Actualmente, juegan un papel importante las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral, las acciones antes mencionadas permiten restablecer la integridad del ser humano y el desarrollo de su potencialidades para integrarse a la sociedad exterior.³⁰

³⁰ Información Tomada de Manual de Villas Ocaranza.

6.- PROYECCIÓN HACIA LA COMUNIDAD:

En la actualidad, la vida acelerada provoca alteraciones biológicas, psicológicas y sociales, afectando a un gran porcentaje de usuarios urbanos y rurales que requieren una atención y deberían ser sin duda alguna, una constante preocupación para las autoridades del país.

De acuerdo a los parámetros de Villas Ocaranza y la nueva reforma administrativa se amplia la cobertura de atención de consulta interna y externa, contando con los servicios de un psiquiatra, un psicólogo, un internista, un neurólogo con sub-especialidad en neurofisiología; además de un trabajador Social, los cuales permitirán un mejor servicio a la población en general.

Hoy en día, se atiende un mayor número de pacientes con alteraciones afectivas, neurosis, depresión, problemas de adaptación y pacientes con patología crónica, en menor medida.

Actualmente la labor preventiva se continua realizando en escuelas secundarias, correspondientes a las comunidades de los Ángeles, municipio de Tolcayuca y Villa de Tezontepec, la institución también se ha distinguido por apoyar académicamente la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y del Estado de México, (preparatorias) así como otorgar facilidades a los pasantes de las diferentes áreas, para la realización del servicio social, lo que permite poner en práctica los conocimientos adquiridos a través de nuestra formación profesionista.

Desafortunadamente, en pleno siglo XXI, la estigmatización que existe en cuanto a trastornos mentales es aún considerable.

Es importante reconocer que en muchos de los casos la falta de información en relación a la salud mental, la cultura y principalmente porque se tiene un concepto equivocado de los padecimientos mentales, ocasiona que las personas no acudan al servicio médico, prefiriendo acudir a las personas dedicadas a efectuar limpias o los llamados brujos, sean ellos los que curen o les den algún tratamiento, aunado a lo anterior, también la imagen falsa que tienen de las villas y los prejuicios sociales que tiene cada persona, por estas razones ilógicas se niegan a ser atendido, porque consideran que ahí se atienden a “LOCOS” o les causa vergüenza el hecho de que sean reconocidos por alguna persona que preste sus servicios en el lugar.³¹

De acuerdo a la comunidad hospitalaria se considera que se requiere de más hospitales o villas psiquiátricas, dentro de la nación y apoyos de médicos psiquiatras dentro de instituciones de salud. Así como un mejor asesoramiento por parte de los departamentos de las villas.

Así mismo este modelo de atención ha considerado los aspectos de prevención, hospitalización y todo el proceso de reintegración social.

³¹ Folleto Nueva opción en el Estado de Hidalgo para enfermos mentales

III.- TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO

1.- HISTORIA SOCIAL DE LA PSIQUIÀTRIA E INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

Las concepciones sobre la salud y enfermedad mental son relativas y cambiantes, cultural e históricamente y los modelos terapéuticos implementados para su manejo, obedecen a esa realidad histórica, es por eso que las diferentes disciplinas competentes en la intervención, sólo han podido inscribirse en ella a medida que avanzan los conocimientos y las concepciones ideológicas lo permiten.

Se describe entonces la evolución, sobre la concepción de la enfermedad mental, dividiéndola en cuatro momentos históricos: antes del siglo XVIII, período comprendido en el siglo XIX, siglo XX y XXI, enmarcando estos periodos, los enfoques terapéuticos, el aporte de las ciencias sociales y la inscripción del trabajador social en cada época detallando sus funciones.

Período anterior al siglo XVIII.

En la cultura primitiva, las causas de los trastornos físicos y mentales, estaban influidos por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales y de manera específica, en la influencia de los antepasados del clan.

El sistema mágico religioso, influyó en la filosofía de los métodos primitivos curativos, puede considerarse como un intento de introducir racionalidad y de satisfacer necesidades socialmente

esperadas, de la experiencia psicológica aparentemente caótica del hombre primitivo.³²

Las enfermedades mentales representan una crisis en el sistema mágico y son atribuidas a la violación de un tabú, omisión de las obligaciones rituales y posesiones demoníacas.

Debido a la concepción religiosa de la enfermedad, inicialmente el trato fue relativamente humanitario. Eran recluidos en casas de orates, vigilados por religiosos, gradualmente se convirtió en brutal y punitivo con la publicación del Melleus Maleficarum (el mazo para las fechorías) en el cual el tratamiento preescrito para el enfermo mental eran la tortura y la muerte, ya sea ahogándolo, o quemándolo en hogueras.

Los conocimientos eran primitivos, dominados por comunidades religiosas, las cuales atribuían como génesis en la enfermedad mental, la voluntad divina.

El trabajo social no participa en este periodo, no ha comenzado a formarse como disciplina.

³² Antología Bibliográfica de Trabajo Social Psiquiátrico, I P.D.T.S. Patricia Melo Zuvire, Pachuca, Hidalgo. UAEH 1995

Período comprendido en los siglos XIX.

Aparecen algunos adelantos en la concepción del enfermo mental, que obedece al auge de las ciencias biológicas y al florecimiento de la medicina. La naturaleza en la enfermedad es concebida como biológica, describe al enfermo como un ser diferente al normal, semejante al delincuente. Se implementa para ello un tratamiento de custodia, se crean hospitales alejados de la comunidad, convirtiéndose el hospital en un asilo de pacientes crónicos. El valor básico era la seguridad o protección de la comunidad, ya que se consideraba al enfermo mental como peligroso e impredecible.³³

Se inicia el modelo terapéutico, en el cual el papel del trabajador social se limita a acciones curativas, dirigidas a proveer a las familias de los recursos económicos necesarios para la reclusión permanente de sus miembros enfermos.

Con respecto a las funciones que posteriormente desempeñarían, encontramos que las enfermeras Lilian Wold y Mary Brewster (1893), empezaron a visitar los hogares de los enfermos que por su pobreza no podían pagar los servicios médicos, constituyéndose así en las propulsoras del trabajo social psiquiátrico.

En este período emergieron como disciplinas distintas y con un creciente cuerpo de teoría, la psicología, la antropología social, la sociología, la lingüística y las ciencias políticas, sin un impacto fuerte en la concepción de la enfermedad mental, por encontrarse todavía

³³ Idem

en las primeras fases de su desarrollo, esto despertó un interés en grado ínfimo en la psiquiatría.

La psicología se hallaba en la etapa casi exclusiva del estudio de los mecanismos conductuales y de la experimentación, los antropólogos se entregaban a la descripción de las costumbres de los pueblos primitivos y las relaciones que observan entre la cultura y la personalidad, eran todavía muy vagas.

La sociología estaba delimitado su objeto como una ciencia autónoma, independiente de la filosofía y de la economía política por lo cual no podría contribuir a la concepción de la salud o la enfermedad mental. La psicopatología empezó arrojar cierta luz sobre la dinámica psiquiátrica y sobre las estructuras y funciones normales.

Podría decirse que es en esta época, con Tuke, en Inglaterra, Chiarugi en Italia y Phillipine Pinel Francia, éste último empieza simbólicamente la psiquiatría moderna al ordenar que fueran quitadas las cadenas a 35 dementes cambiándolas por camisas de fuerza y la creación de instituciones específicamente diseñadas para el efecto, deslindando al enfermo mental de los delincuentes ordinarios.³⁴

³⁴ González Arambulo Francisco (Salud Mental y Terapia.) Editorial Trillas , México Pág. 24

Período siglo XX.

En los comienzos de este siglo, la enfermedad mental era considerada como una entidad bio-psicológica, influencia de esta concepción por las tendencias psicologistas en las ciencias sociales, se consideraba que las comunidades y los grupos no tenían por si mismos realidad alguna sino que los constituyan formas de relaciones interindividuales, se veía que el individuo no existía verdaderamente sino mas que por él y a través de él. Es una realidad espiritual y orgánica y solo a través de la comunidad desarrolla su individualismo.³⁵

El individuo enfermo es considerado como un desviado social, cuya individualidad estaba desajustada. Surge con la influencia del Psicoanálisis un marcado interés por basar el diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales, en el estudio de la personalidad del individuo, se trabaja con los pacientes en forma individual, basados en la relación médico-paciente, excluyendo a la familia y al medio social, se comienzan los tratamientos de tipo físico en los hospitales que continúan siendo custodiales, basados en el modelo terapéutico médico, se realizaban tratamientos de tipo físico como, el coma terapéutico insulínico (Sakel) y luego la terapia convulsiva con cardizal y electrochoques.

Dentro del campo del trabajo social, por la misma época se empezó a reconocer que la mayor parte de los pacientes eran ineptos para mantener un trabajo, sostener relaciones estables y constructivas dentro de la sociedad, adaptarse a las normas, formar

³⁵ Idem

un hogar equilibrado, es decir, eran por lo general personas inadaptadas, cuya conducta obedecía a causas psíquicas.

Fue en 1905, en el estado de Massachussets, Inglaterra, con el Doctor Richard Cabot, que se reconoció la necesidad del trabajador social, para llevar a los pacientes al egreso del hospital a seguir las ordenes del médico y para dar instrucciones a su familia acerca de la forma de administrar las prescripciones médicas, a la vez explicar a la familia, la naturaleza de la enfermedad y proporcionar la orientación necesaria sobre las precauciones específicas que deberían considerar para evitar la reincidencia de la enfermedad. Su acción además consistía en aportar elementos para el diagnóstico de la enfermedad, a través de comprobar y completar la historia de los enfermos.

En el intervalo de las dos guerras mundiales, se dio un mayor énfasis al trabajo social, ante la presencia de un considerable número de neurosis de guerra que revelaba la necesidad de realizar una labor intensiva, para la curación de los trastornos nerviosos y mentales, para ello la Cruz Roja concedió becas y cooperó con las escuelas de trabajo social.

En 1992 los esfuerzos combinados del psiquiatra Elmer Southerd y la trabajadora social Mary Jarret, contribuyeron a establecer los principios y bases del trabajo social psiquiátrico, los cuales quedaron consignados en “The Ring dom of Euils”

La comunidad terapéutica llevó a mirar la estructura del hospital mental tradicional, mostrándose que este produce un grave daño los pacientes, porque aumenta su aislamiento social y su dependencia.

El modelo asilo-hospital psiquiátrico empieza a evidenciar sus fallas, es estático, autoritario, opresivo y rígido, centrado en su servicio y con nula cobertura asistencial.

Se inicia entonces una reacción ante las prácticas anti-terapéuticas que prevalecían hasta el momento, haciendo uso del ambiente social como medio importante en la recuperación del paciente y estimulado a éste para que cambie el papel del enfermo por uno más activo, independiente y colaborador, tal concepción, en contraste con la anterior, es democrático, flexible e igualitario, su objetivo es la resolución de la situación patológica. El paso de una a la otra, reduce el tiempo del internamiento de los pacientes, lo cual no se debe a una mayor o menor eficacia relativa, sino a un cambio de objetivo. Allí donde el paciente llegaba para quedarse, estará ahora el mínimo tiempo posible.

Siglo XXI.

En la actualidad, se requiere llevar a cabo la transformación estructural de las instituciones psiquiátricas, motivada por los cambios de la atención a las personas con enfermedad mental en el ámbito mundial.

El cambio se construye al crear las condiciones que favorezcan la integración social del usuario, mediante estructuras en forma de red de prevención, hospitalización y reintegración social que dan como resultado el “Primer Modelo Hidalgo” de atención en salud mental en nuestro país.³⁶

³⁶ Sector de salud. gobhgo.com. mx

2.- EL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIÁTRICO

Con el objeto de introducirnos al trabajo social, se hace referencia que existen diferentes campos de trabajo.

El trabajo social psiquiátrico, aunque evidentemente posee características que le son propias, es esencialmente “Trabajo Social” y se rige por los mismos principios fundamentales: principio de aceptación y derecho a la propia determinación”

PRINCIPIO DE ACEPTACIÓN:

Se trata de la aceptación del paciente como persona y entender que la conducta desordenada que presenta el síntoma de la enfermedad, es el que padece.

El trabajador Social tiene que realizar algo todavía más difícil que la aceptación del enfermo como persona, es el aceptarse así mismo como la persona que es.

El enfermo mental necesita, antes que ningún intento terapéutico, o mejor dicho como primera fase de cualquier intento terapéutico, ser aceptado como la persona que es, la aceptación configura toda una gama de hechos y conductas, que poseen valoración y dignidad.

Lo primero que tenemos que trasmitir es nuestro interés en él como persona, y no como caso. La premisa es tratamos con una persona que tiene una enfermedad, y no con una enfermedad que está en un paciente.

Es necesario que el Trabajador Social aprenda a identificar, a través de las expresiones verbales de los enfermos, los sentimientos que traen implícitos y por otro lado evitar la interpretación intelectuales, que muchas veces es solo un mecanismo de defensa que utiliza el profesional ante la angustia o ansiedad que le provocan ellos, por el mensaje que le envía el enfermo. Es importante que el Trabajador Social sepa hablar con el enfermo y escucharlo, no simplemente guarde silencio para que hable, sino oír atentamente lo que dice y comprender el significado de lo que intenta trasmitir.

LA RELACIÓN:

Se debe de partir de que no hay enfermedades como elementos abstractos, sino que hay seres humanos enfermos, el hombre no puede ser tampoco, considerado como un objeto de estudio si no como una persona que tiene y vive con sus grupos (familia, laboral, amistoso, social, etc.) inserto en una comunidad e instrumentando su proceso vital en base a sus propios valores.

Uno de los elementos más importantes que entra en la relación, es la comunicación.

TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN:

Se aplica el esquema de la cibernetica. Y se realiza por medio de los siguientes elementos. Emisor- canal- receptor-mensaje-código.

El emisor (individuo) es el productor del mensaje que se traslada a través del canal hasta el receptor (individuo).

La comunicación se da cuando el mensaje emitido por el emisor es recibido por el receptor, ya sea por verbalización o gesticulación, es decir se cierra el circuito de ida y retorno y se le conoce con el nombre de “feed back”. Para que este exista en la comunicación es necesario un “código” común. Por código se entiende al sistema de símbolos que presentan los distintos objetos, es decir el lenguaje. Cuando el circuito no se cierra o crea dudas, es decir, cuando no se produce el “feed back”, ello se debe a los “ruidos” en la comunicación.

Los ruidos se pueden localizar en:

1.- Emisor. Por falta de claridad en la expresión, mala modulación de la voz, mala fonación, falta de ubicación frente al receptor, utilizando un lenguaje inadecuado.

2.- Receptor, por falta de interés, falta de atención, no manejar el mismo vocabulario del emisor.

3.-Canal de comunicación, por ruidos ambientales (tránsito, altoparlantes, puertas abiertas, columnas que obstruyen la visión y todo otro tipo de elemento capaz de polarizar o molestar la atención).

La comunicación también puede verse interferida por el prejuicio que es una forma de ruido.

Dentro del contexto de la comunicación entre el trabajador social psiquiátrico y el paciente existe una relación Inter.-humana, entra en juego la ansiedad, la angustia, la alegría, la euforia, la

depresión y todas estas sensaciones son, de alguna manera, compartidas.

Debemos diferenciar la relación profesional de la mera relación social, la primera es únicamente para beneficio de una de las partes (es una relación instrumentada), mientras que la segunda comprende dar y tomar de una situación social, el logro de un beneficio equitativo para ambas partes integrantes de esa relación.

La relación es algo que no solo debe establecerse al principio del tratamiento, sino que debe mantenerse a través de él.

Un aspecto importante para el trabajador social es la empatía, (capacidad de compartir hasta cierto punto los sentimientos de otra persona).

Depende gradualmente de nuestra capacidad de interpretar la conducta expresiva de un individuo. Esto, a su vez depende de que nos interesemos o nos preocupemos verdaderamente por esa persona.

Algunas personas evidentemente tienen una mayor capacidad de empatía que otras.

Una actividad importante que el trabajador social desempeña, es la expresión física de la emoción desempeña un papel importante en nuestras relaciones con el mundo que nos rodea.

Las respuestas patentes de las diversas partes del cuerpo, de la cara y del mecanismo de la voz, participan directamente en nuestra manipulación del ambiente.

EXPRESIÓN FACIAL.³⁷

Comúnmente, el rostro de una persona es un buen medidor de su emoción y nos advierte de que tal vez nuestras palabras han sido demasiado “fuertes” o quizá nos permita tener la seguridad de que está comprendiendo nuestras ideas.³⁸

EXPRESIÓN ORAL.

Las pautas de expresión emocional, presentes desde la infancia, se va volviendo más claras y definidas a medida que madura al aparato vocal. El tono de voz relacionando con una determinada reacción emocional está determinado en parte por las convenciones sociales, aunque los tonos de timbre agudo y estridentes relacionados con la ira, por ejemplo, son indudablemente innatos.³⁹

REPRESENTACIÓN GRÁFICA.

Los efectos de los sentimientos emocionales en formas de expresión gráficas tales como el dibujo o la escritura no han sido estudiados sistemáticamente.⁴⁰

³⁷ Floyd L. Ruch. “Expresión de la emoción” Biblioteca Técnica de Psicología Pág. 486

³⁸ Idem

³⁹ Idem

⁴⁰ Idem

3.- ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIÁTRICO ANTE LOS DISTINTOS ENFERMOS.

Lo desconocido, insólito, inexplicable y misterioso siempre ha tenido una particular fascinación para el hombre en sociedad, a la mayoría de los seres humanos le produce temor el conocimiento de las características de los padecimientos psiquiátricos, por lo cual las personas definidas como locos son comúnmente rechazados y aislados.

Se ha diagnosticado algunas causas que dan origen, a los diferentes padecimientos, que son:

- .- Shock experimentado en la infancia del individuo.
- .-Traumas o lesiones en la cabeza.
- .-Infecciones tóxicas producidas por narcóticos o alcohol.
- .-Presiones (económicas, sociales, culturales, políticas), ansiedad, miedo, preocupación.

Es importante enfatizar que algunas características físicas, mentales, conductuales, de los diversos padecimientos como: psicosis simple, esquizofrenia, hebefrenia, paranoide, etc. nos sirve para tener un mejor panorama de lo que es una enfermedad mental.

Características físicas:

- . - Apetito anormal.
- .- Cambio extremo de peso, presión arterial, color de piel, coordinación motriz deficiente.

Conducta:

- .-Llanto, risa, gritos inmotivados.
- .-Movimiento constante en el individuo.
- .-Actividad psicomotriz disminuida.
- .-Repetición constante del mismo acto (estereotipia).
- . -Despliegues como caminar arrastrando los pies.
- .-Movimientos extraños en las manos.

Mentales.

- .- Pérdida del entendimiento del habla.
- .- Fuga de ideas.
- .-Ideas fijas u obsesión, así como perturbaciones de la percepción tales como alucinaciones.
- .-Pérdida de capacidad para percibir.
- .-Delirios significativos del juicio.

Uno de los factores que el trabajador social debe tener es la convicción de obtener la confianza del paciente y el tener conocimientos adecuados para saber diferenciar cuando una persona fluctúa en un estado de enfermedad o de salud, aunque puede ser variada y debido a las grandes variaciones psicológicas del individuo

El rol del trabajador Social tiene variantes de acuerdo al padecimiento que presenta el enfermo mental.

3.1) Pacientes exaltados e hiperactivos.

Este tipo de enfermos se dan perfectamente cuenta de la realidad y reaccionan a estímulos exteriores, a menudo son cáusticamente sarcásticos, vulgares. La hiperactividad es extrema, tanto física como mental, son irritables y se dejan dominar fácilmente por la ira.

Los pacientes hiperactivos se caracterizan por tener un enorme acceso de energía y habitualmente se les hospitaliza porque el escape que dan a esa energía resulta peligroso, ya sea para sí mismo o terceros.

Este tipo de pacientes no tiene poder de concentración para realizar tareas finas, tampoco deben de participar en juegos de carácter competitivo debido a que esto los estimula en exceso y se hace difícil controlarlos

Ante estos enfermos el trabajador social psiquiátrico tiene que actuar sin prisa y sin exigencias, porque de lo contrario se vuelven

hostiles y agresivos. Así mismo, no se les puede integrar a algún grupo ya que la presencia de otros pacientes los irrita, hay que tratarlos en forma individual y evitando en su presencia todo tipo de objetos que puedan resultar estimulantes.

En conclusión podemos decir que el trato del trabajador social, para con ellos, deberá ser amable, comprensivo tratando de manera individual., y una vez aceptada su conducta como parte de la enfermedad, es posible reencausar su energía.

3.2) Pacientes depresivos:

Estos enfermos padecen sentimientos de culpa, desprecio por sí mismos y distintas creencias que los hacen acusarse permanentemente.

Tienen una marcada tendencia al suicidio, lo cual hacen negándose a comer, dormir y pierden todo el interés por su apariencia personal, muchas ocasiones los sentimientos de culpan que experimentan desaparecen cuando reciben lo que ellos consideran un castigo y quizá éste sea el valor terapéutico.

Para trabajar con pacientes de estas características se requiere de mucha paciencia ya que se trata de personas con retardo en el pensamiento y el sentimiento. La acción les requiere de un gran esfuerzo y tiempo.

El trabajador social podrá llegar, únicamente, a tener una conducta con ellos profesional, amistosa, hasta lograr que los pacientes se motiven lo suficiente como para tomar parte en

actividades de grupo y poco a poco ir resolviendo su conducta con apoyo del equipo interdisciplinario.

3.3) Pacientes con tendencia al aislamiento.

Se caracterizan por usar pautas de conducta que los aíslan de la realidad, para tratar de conseguir seguridad personal y son los diagnosticados como “esquizofrénicos”.

Tienden a ser personas frías, suspicaces, excéntricas y con un nulo sentido del humor.

3.4) Esquizofrénicos:

Son padecimientos mentales que provocan una desorganización de la personalidad que da como resultado el individualismo crónico y hospitalización por toda la vida.

El autor que acuño el termino esquizofrenia fue Eugene Bleuler, diagnóstico, que resultó ser mucho más frecuente en los Estados Unidos que en Europa.

Está considerada como una de las enfermedades más graves que una persona pueda sufrir, es una psicosis que aparece como una reacción distorsionada en individuos que tienen falencias de las capacidades y sentimientos que se necesitan para manejarse en la realidad.

La esquizofrenia comienza más frecuentemente entre los 18 años y los 25 años en los hombres y entre los 26 y 45 en las mujeres, sin embargo, no es extraño que comience en la niñez o en

la adolescencia temprana. La instalación puede ser súbita, en el curso de días o semanas, o a lo largo de años.

El padecimiento tiene un riesgo asociado de suicidio del 10%, en promedio, la esquizofrenia reduce en 10 años la esperanza de vida.

Los síntomas que presenta clínicamente son:

- Ideas delirantes fragmentadas.
- Alucinaciones visuales predominantes que no sean limitadas a unos breves momentos.
- Conducta catatónica.
- Afectividad embotada o claramente inapropiada, apática, lenta y fría en sus relaciones emocionales.
- Ideas delirantes extrañas, difusión del pensamiento.
- Alteraciones cenestópaticas y olfagustativas (el enfermo puede comentar que se siente pinchado, quemado o molestado sexualmente.)
- Trastornos sensoperceptivos, alteraciones de la conciencia de la realidad del mundo.
- Autismo y alteraciones en el comportamiento psicomotor (se repliega sobre sí y se aísla de la realidad objetiva para vivir en el mundo de representaciones fantásticas.)
- Alucinaciones psíquicas auditivas (toman la forma de voces que critican e injurian al paciente, incluso lo amenazan.)

- Alucinaciones psíquicas del lenguaje interior (el enfermo tiene la impresión de que todos los movimientos mecánicos articulatorios le son impuestos y por lo tanto se le hace hablar en contra de sus deseos.)

Diferentes médicos como Hipócrates, Philippe Pinel, Morel, Emilin Krapelin, Sigmún Freud, Eugene Bleuler, realizaron aportes valiosos para el desarrollo de la psiquiatría. Krapelin distinguió cuatro formas clínicas básicas de esquizofrenia denominadas: catatónica, la hebefrenica, paranoide y la simple.

3.5) Hebefrénico:

Es la forma de inicio más precoz y se presenta en las primeras etapas en la pubertad, posee las mismas alteraciones de la esfera afectiva que las formas simples progresivas, estos pacientes pierden la capacidad de planificar y prever el futuro, llevando una vida errante y sin finalidad alguna.

Se preocupan en forma ligera y trivial de cuestiones filosóficas y científicas y se consideran grandes inventores y benefactores de la humanidad.

El hebefrénico muestra un grado exagerado de la tendencia disociativa.

Características clínicas.

- Verborreicos.

- Personalidad regresiva (regresión a la conducta infantil).
- Incoherencias del pensamiento.
- Amaneramientos desusados.
- Alucinaciones auditivas y visuales.
- Delirios fantásticos, conducta obscena.
- Hipochondría, indeferencia emocional.
- Florecimiento del apetito sexual.
- Los accesos de una risa inmotivada, incoercible y vacía junto a un aspecto risueño y de ensoñación, son las expresiones emocionales predominantes.
- Tiende a la propensión a las bromas pueriles y a actividades motoras extravagantes.
- Tiende a descuidar su apariencia, sus esfuerzos por vestirse o asearse son inútiles.

3.6) Psicosis Simple:

Se caracteriza por indiferencia, inaccesibilidad, falta de interés en el sexo opuesto e incapacidad para aceptar responsabilidades.

Este tipo de padecimiento es quizás el más difícil de diagnosticar. La indiferencia o el encallamiento combinadas con la ausencia de voluntad y del impulso. Da origen a trastornos del pensamiento, pero en ocasiones es difícil de descubrirlos, el padecimiento progresara durante años y lleva lentamente a la destrucción de la personalidad.

Características clínicas.

- Pérdida de la respuesta afectiva.
- Aislamiento de la realidad.
- Reducción de interés externo y relaciones afectivas.
- Apatía, retraimiento.
- Ilusiones o alucinaciones poco notables.
- Cierta desintegración de los procesos del pensamiento.
- Conducta agresiva frecuentemente de experiencias hipocóntricas.
- Desenfreno sexual.
- Comunicación y la disociación se hacen gradualmente más sobresalientes.

3.7) Catatónico:

Tiene pérdida de la animación y tendencia a permanecer inmóvil en estereotipada posición, conducta que alterna con períodos de excitación e hiperactividad.

Es una forma clínica relativamente poco frecuentemente e incluso se ha señalado una progresiva disminución a lo largo de estas últimas décadas. Los pacientes que tienen esquizofrenia catatónica, es también conocida como flexibilidad cérea, dentro de la psiquiatría. Este tipo de padecimiento es de manifestación más repentina que la de otros tipos, con alucinaciones vívidas y delirios de grandeza, alternada entre el estupor y la agitación y puede mantenerse durante cierto tiempo una postura inmóvil estereotipada.

Características típicas.

- Es el bloqueo motor que realiza el paciente.
- Negativismo que lo lleva a rechazar el alimento, ensuciar el vestido con materiales fecales.
- La forma más simple del negativismo es la rigidez.

Sería incompleta si no se menciona las anormalidades físicas ajenas al campo motor, color sucio y piel grasienta, especialmente en la cara, extremidades manchadas y cianóticas siempre frías, un olor peculiar y difícil de describir, salivación excesiva, peso relativamente bajo, pulso lento y presión sanguínea baja.

El paciente catatónico llega abandonar todo intento de adaptación, una forma más simple es la rigidez que aparece cuando uno se dirige al enfermo y desaparece cuando lo dejan solo, entonces realiza diferentes muecas faciales como levantar el labio superior con expresión de desagrado, sonreír guiñando los ojos como si estuviera avergonzado, sacudir o levantar la cabeza, mover los dedos, realizar diferentes posturas con su cuerpo las cuales pueden ser fijas, a veces por minutos o hasta horas, sin reaccionar aun a los síntomas más dolorosos.

Este tipo de paciente son de recuperación más rápida que los demás ya que los síntomas presentados se consideran puramente físicos y pueden explicarse neurológicamente.

3.8) Paranoia:

Es la forma clínica que posee la presentación más tardía, aceptándose en las últimas revisiones al respecto, la edad en la que se presenta con mayor frecuencia es de 34 a 45 años.

El término paranoia deriva del griego para, de lado paralelo y nous, espíritu, pensamiento, traduciéndose, sería pensamiento paralelo o espíritu no centrado.

La aparición de la sintomatología paranoide puede presentarse en distintos momentos, puede coincidir con desintegraciones sociales, en especial en personalidades predispuestas así como los estratos sociales menos favorecidos económicamente y educativamente.

El delirio paranoide se asocia por lo general al tema de persecución y auto referencial y surge a partir de un conflicto psico afectivo. Los tipos de delirios paranóico más característicos son los siguientes:

3.8.1) Delirios de persecución:

Este tipo es el más frecuente destaca en estos individuos, la tendencia a la interpretación y a explicarlo todo. Afirman que lo que les ocurre es debido a la persecución de sus enemigos.

3. 8.2) Delirios de reivindicación:

Se establece en diferentes niveles, es cuando la reivindicación, se ciñe sobre temas trascendentales (religiosos, políticos, salud, económico.)

3.8.3) Delirio celotípico:

Los celos constituyen una constante en estos pacientes. El individuo se siente frustrado y privado de una buena relación, lo cual se interpreta en el sentido de que el cónyuge prefiere a otro.

3.8.4) Delirio eromático:

El paciente tiene convicción de ser amado por alguien que a menudo ocupa un rango social superior al suyo.

3.8.5) Delirio hipocondríaco:

Los temas más frecuentes incluyen la infestación de la piel por un parásito, infestación interna por gusanos, etc. Los pacientes son extraordinariamente persistentes y energéticos en sus quejas y repiten siempre lo mismo de una forma estereotipada.

3.8.6) Delirios de grandeza:

Crean que son personas, de gran categoría, inventor o algún héroe.

3.8.7) Delirios de referencia:

El paciente interpreta los acontecimientos fortuitos como si lo estuviese a él directamente como objeto.

Para iniciar una relación con estos pacientes, es útil que el trabajador social se haya informado, previamente, sobre los antecedentes del enfermo, que haya analizado su historia vital, la mayoría de los esquizofrénicos luchan con conflictos originados en la niñez, la característica relevante para el trato con estos enfermos, es la veracidad, no se les debe engañar nunca, por cuanto esto hará, que inmediatamente cese de confiar en quien lo haya engañado volviendo a su conducta regresiva.

3.4) Neuróticos:

El comportamiento de estos enfermos se caracteriza por una constante esfuerzo para obtener seguridad y vencer su inalterable angustia mediante la utilización de síntomas físicos, sin causa orgánica, o recurriendo a la ejecución de maniobras repetitivas y rituales.

La angustia representa una fuga de la tensión mental, derivado en un estado de enfermedad física funcional.

La histeria se produce a través de un objetivo inconsciente del enfermo, así mismo puede traducirse en una serie de síntomas de carácter físico, como la ceguera, la parálisis, etc. y de carácter mental, como la amnesia o la epilepsia.

También dentro de este cuadro se encuentran los fóbicos, que son aquellos pacientes que experimentan un miedo patológico específico, que no está en relación proporcional, con el estímulo.

Los que padecen de neurosis obsesivo - compulsivo son aquellos enfermos que se ven obligados a hacer o pensar algo que incluso ellos mismos reconocen inapropiado.

3.5) Pacientes con conductas antisociales:

Se describen como sujetos que poseen personalidad psicopática con reacciones antisociales, entre los defectos de conducta que caracteriza a este grupo de individuos con personalidades sociopáticas están las perversiones en las esferas moral y sexual.

Generalmente, son personas de inteligencia superior al promedio, atractivas y con facilidad para realizar conversaciones interesantes, razón por la cual el trabajador social tiene que estar muy atento a la conducta que manifiestan y ver que no estén utilizando su personalidad seductora para manejar y aprovechar en su beneficio personal a otros pacientes. El trabajo con este tipo de enfermos tan difíciles suele desgastar mucho a los profesionales que lo realizan.

3.6) Pacientes con estado de retraso mental

Se trata de individuos que han nacido con un déficit más o menos acentuado de su capital mental o de agenesias en el desarrollo y no de una destrucción de su ser psíquico.

El término retraso mental significa un funcionamiento intelectual generalmente notable por debajo del promedio, que existe con deficiencias de adaptación y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo. Definición tomada por la American Association On Mental Deficiency (AAMD), la cual nos brinda una visión no estática del retraso mental.

El retraso mental se aplica a todos los estados en que el individuo no ha alcanzado el desarrollo mental propio de su edad cronológica, por lo consiguiente se da cuando el individuo llega tarde significativamente a las distintas etapas del desarrollo intelectual y personal, suele ser evidente desde los primeros años de vida.

Existen diferentes características notables que son: los niños aprenden hablar más tarde que un niño normal, el desarrollo motriz y su coordinación aparecen tardíamente, su pensamiento es muy rudimentario, proceso difícil de aprendizaje y sociabilización, reacción de rechazo, exclusión por parte de la sociedad, dificultad para integrarse a un grupo, irritabilidad, baja autoestima.

Se han realizado numerosos intentos de clasificación del padecimiento., Lewis en 1993 AAMD (American Association On Mental Deficiency), 1961 Y 1963 OMS (Organización Mundial de la Salud), 1978 APA-DSM III 1980 y APA-DSM III-R1987,que además de demostrar desacuerdo entre sí diagnostican o clasifican a los sujetos atendiendo únicamente y exclusivamente a su grado de deterioro mental.

A pesar de las limitaciones se utiliza con mayor frecuencia la clasificación del DSM III-R (1987), que divide el retraso mental en niveles de gravedad:

TERMINOLOGIA	COEFICIENTE INTELECTUAL	EDAD MENTAL SIENDO ADULTOS
Deficiencia mental leve	50 a 70 puntos	12 y 8 años
Deficiencia mental moderada	35 a 55 puntos	4 y 7 años
Deficiencia mental grave	20 a 35 puntos	3 y 6 años
Deficiencia mental profundo	Inferior a 20 puntos	0 a 2 años

Sin embargo, para diagnosticar el retraso mental se deben cumplir tres criterios.

1.- Una prueba estándar de inteligencia.

2.- Debe manifestar una deficiencia de adaptación en su conducta, la adaptación del individuo a las exigencias de su ambiente natural o social, debe ser inferior a la de sus compañeros de la misma edad.

3.- Deficiencia en la conducta de adaptación y funcionamiento intelectual por debajo del promedio, tiene que manifestarse durante el periodo de desarrollo hasta los 18 años.

El retraso mental se debe a muchas causas y puede dividirse en:

Factores prenatales.

- Trastornos del metabolismo de los aminoácidos, grasas, hidratos de carbono.
- Infecciones maternas durante el embarazo (sífilis congénita, rubéola).
- Complicaciones del embarazo. (golpes sobre el vientre, radioterapia, administración de ciertos medicamentos).
- Anomalías del desarrollo, producidas por mecanismos genéticos recesivos o desconocidos (hidrocefalia, microcefalia, porencefalia, etc.).
- Anomalías de los cromosomas sexuales (síndrome de tuner, disgenesia ovárica).
- Enfermedades de la nutrición.

Factores perinatales.

- Prematuridad.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Lesiones durante el nacimiento.
- Lesiones traumáticas cerebrales.

Factores post-natales.

- Traumas.
- Intoxicación por plomo.
- Trastornos convulsivos.
- Espasmos infantiles.
- Parálisis cerebral.
- Mal nutrición.

Factores socio culturales.

Problemas médicos, sociales y emocionales, de privación ambiental, retraso mental familiar.

Las alteraciones de conducta más habituales en el retraso mental son la hiperactividad, la evitación y la agresividad.

La persona con retraso mental es hiperactiva y tiene dificultades de adaptación por su inquietud y bajo nivel de atención al proceso de aprendizaje y socialización, lo cual dificulta su integración en cualquier grupo.

La irritabilidad puede estar siempre, o solo manifestarse de forma esporádica en momentos de creciente estimulación ambiental o interna.

La agresividad puede ser imprevisible y no provocada por alguna acción específica, está suele ir unida a un bajo control de impulsos y a una conducta destructiva.

Los estadios dentro del retraso mental son: leve, moderado, profundo y grave.

Nivel de retraso	Edad preescolar (0-5) maduración y desarrollo.	Edad escolar (6-12) entrenamiento y educación.	Adulto (21 en adelante) suficiencia social y vocacional
Deficiencia mental leve	Puede adquirir destrezas sociales y de comunicación, retraso mínimo en los campos sensorio- motrices, rara vez se distingue del normal hasta una edad más avanzada	Puede aprender destrezas escolares hasta alcanzar el sexto grado después de los 15 años. No puede aprender temas generales de secundaria, necesita educación especial.	Capaz de una determinada suficiencia social y vocacional si se le da una educación y entrenamiento adecuado. Frecuentemente necesita vigilancia y orientación en caso de crisis económica y social grave.

41

⁴¹ Psicología y Vida (biblioteca técnica de psicología) Enfoques psicométricos de la personalidad, Floyd I. Ruch, Editorial Trillas, México 1999, Pág. 190

Nivel de retraso	Edad preescolar (0-5) maduración y desarrollo.	Edad escolar (6-12) entrenamiento y educación.	Adulto (21 en adelante) suficiencia social y vocacional
Deficiencia mental moderada	Puede hablar o aprender a comunicarse, escasa conciencia social, desarrollo motor bueno, le puede beneficiar el entrenamiento para que se atienda a sí mismo, se le puede tratar con vigilancia moderada.	Puede aprender destrezas escolares funcionales hasta el nivel de cuarto grado, aproximadamente después de los 15 años, si se le da educación especial.	Es capaz de mantener a si mismo en ocupaciones semicalificadas o que no requieren calificación. Necesita vigilancia y orientación en crisis sociales o económicas no muy graves.

42

⁴² Psicología y Vida (biblioteca técnica de psicología) Enfoques psicométricos de la personalidad, Floyd I. Ruch, Editorial Trillas, México 1999, Pág. 190

Nivel de retraso	Edad preescolar (0-5) maduración y desarrollo.	Edad escolar (6-12) entrenamiento y educación.	Adulto (21 en adelante) suficiencia social y vocacional
Deficiencia mental grave	Mal desarrollo motor, conducta verbal mínima, en general incapaz de aprovechar un entrenamiento para que se atienda a sí mismo, poca o ninguna destreza de comunicación.	Puede hablar o aprender a comunicarse, se le puede entrenar por lo que respecta a hábitos de salud elementales, no puede aprender destrezas escolares funcionales, se puede beneficiar de un entrenamiento sistemático de los hábitos.	Puede contribuir parcialmente a sostenerse a sí mismo en condiciones de vigilancia completa, adquirir destrezas de auto protección hasta un nivel útil mínimo, en un ambiente controlado.

43

⁴³ Psicología y Vida (biblioteca técnica de psicología) Enfoques psicométricos de la personalidad, Floyd I. Ruch, Editorial Trillas, México 1999, Pág. 190

Nivel de retraso	Edad preescolar (0-5) maduración y desarrollo.	Edad escolar (6-12) entrenamiento y educación.	Adulto (21 en adelante) suficiencia social y vocacional
Deficiencia mental profundo	Retraso enorme, capacidad mínima de funcionamiento sensorio motriz, necesita atención continua	Presencia de algún desarrollo motor, no le beneficia el entrenamiento para que se atienda a sí mismo, un	Algún desarrollo motor y del habla, totalmente incapaz de mantenerse a sí mismo, necesita cuidados y vigilancia completos.

44

Los estadíos antes mencionados requieren de ayuda de una institución especializada para su desarrollo y adaptación y así desarrollar sus potencialidades para una mejor adaptación en su medio social.

El nacimiento de un niño con retraso mental se puede considerar como una tragedia, situación que no debe de existir. Por lo consiguiente se le debe de brindar a la familia información, terapias tanto individuales, como de grupo según sea el caso.

44 Psicología y Vida (biblioteca técnica de psicología) Enfoques psicométricos de la personalidad,
Floyd I. Ruch, Editorial Trillas, México 1999, Pág. 190

Así mismo brindarles terapias recreativas, la ludo terapia tiene una eficacia demostrada para la rehabilitación de la deficiencia mental.

4- PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA PSIQUIÁTRICA

Los primeros trabajos acerca de Trabajo Social Psiquiátrico, fueron de manera filantrópica, teniendo mayor énfasis en 1893, apareciendo Lilia Wold, Mary Brewster, enfermeras precursoras de Trabajo Social Psiquiátrico.

En México la participación del trabajador social en el área psiquiátrica se remota a la asistencia que brindaban damas de caridad en algunos hospitales de la ciudad de México.

Trabajo social profesional, es la base de trabajo social psiquiátrico el cual persigue la rehabilitación de la personalidad del paciente y la profilaxis psico-social que tiende a evitar los desajustes humanos.

La incorporación del trabajo social y demás disciplinas a la psiquiatría, ha permitido ir ganando no sólo en experiencias de trabajo interdisciplinario, si no también, y esto es lo más importante, ver extendida su área de influencia terapéutica y preventiva a sectores de la comunidad que antes le eran inalcanzables.

Dentro de las villas existe un equipo interdisciplinario formado por psicólogo, psiquiatra, médico general, enfermera especializada, terapista y la parte esencial e importante, Trabajadores Sociales (as) ya que colaboran, la mayor parte con el psiquiatra, en lo que se refiere al estudio del medio ambiente, presente y pasado del paciente, utilizando una metodología. Debido a que muchas ocasiones en el medio social radica la etiología de su problema.

Con el objeto de introducirnos al trabajo social psiquiátrico, faremos una breve referencia del perfil de trabajo social, concepto de trabajo social psiquiátrico y del perfil de trabajo social psiquiátrico, punto de partida para el trabajador social en psiquiatría.

4.1) Definición del perfil de Trabajo Social.

“Es el profesional que investiga problemas sociales, los diagnostica y jerarquiza para planear acciones que logren cambios sociales favorables inmediatos y mediados, organiza a la comunidad a través de actividades individuales, grupales, comunitarias, en coordinación con las instituciones de servicio social a fin optimizar los recursos existentes en beneficio del desarrollo integral de la comunidad, forma parte de los equipos de trabajo inter y multidisciplinarios encaminados a tratar de resolver problemas sociales, ejecuta acciones de orientación, educación y promoción, hacia la población con carácter preventivo, curativo y rehabilitatorio, según establezca la problemática social que evalúa los logros alcanzados en base a los objetivos establecidos por los programas de trabajo, para informar resultados y proponer alternativas de solución”.⁴⁵

⁴⁵ Antología Bibliográfica de Trabajo Social, Unidad II T.S.P. Ma. Viola López Fernández, Pachuca, Hidalgo. UAEH 1994

4.2) Concepto de Trabajo Social Psiquiátrico.

Persigue la rehabilitación o reestructuración de la personalidad del paciente y la profilaxis (conjunto de métodos y disposiciones encaminadas a evitar, enfermedades o su propagación) psicosocial que tiende a evitar los desajustes humanos.⁴⁶

4.3) Trabajador Social en Psiquiatría

El trabajador social psiquiátrico es un especialista de un campo particular del trabajo social. Su entrenamiento especial en los Estados Unidos consiste en dos años de estudio de postgrado, que le permiten obtener el grado de maestría en trabajo social en psiquiatría.

El trabajador social en psiquiatría estudia las realidades sociales de la situación del paciente, sus relaciones interpersonales especialmente con miembros de la familia y los factores socioeconómicos estructurales, que afectan a la familia considerada como una unidad. Esta información, acerca del paciente ayuda al psiquiatra o al psicólogo clínico a realizar un diagnóstico preciso. Además de suministrar estos datos, el trabajador social en psiquiatría contribuye al tratamiento al ayudar al paciente y a su familia a solucionar problemas relacionados con el que tiene importancia capital, tales como los reparos que se pone a la aceptación del cuidado psiquiátrico, ó los problemas que plantean las relaciones sociales.

⁴⁶ Idem

Las tendencias al trabajo preventivo, los programas, positivos de salud mental y el número creciente de personas que solicitan servicios de salud mental están haciendo que algunos trabajadores sociales en psiquiatría se hayan dedicado a cumplir sus funciones en campos no estrictamente médicos, como lo son educación pública y los servicios de orientación.⁴⁷

4.4) Perfil del Trabajador Social Psiquiátrico.

“Es el profesional que investiga problemas sociales, los diagnostica y jerarquiza para planear acciones que logren cambios sociales favorables inmediatos y mediados.”⁴⁸

“Es el profesional con habilidad de percibir, conceptualizar y ejecutar acciones de prevención.”⁴⁹

Forma parte de los equipos de trabajo Inter. y multidisciplinarios encaminados a tratar y resolver problemas sociales y ejecuta acciones de orientación, educación y promoción hacia la población con carácter preventivo, curativo y rehabilitatorio según establezca la problemática social.

Es importante que el trabajador social cuente con una especialidad en psiquiatría, en el cual incluyan prácticas de trabajo,

⁴⁷ Foyd I. Ruch. Psicología y Vida “ Capítulo Salud Mental y Terapia “ Editorial Trillas, México
1999, Pág. 588

⁴⁸ Antología Bibliográfica de Trabajo Social, Unidad II T.S.P. Ma. Viola López Fernández, Pachuca, Hidalgo. UAEH 1994

⁴⁹ Idem

en un ambiente psiquiátrico, por lo consiguiente debe de poseer características, las cuales le permitan contribuir a la realización más completa del enfermo mental.

Enunciaremos algunas de las muchas que existen:

- Capacidad de ajuste.
- Congruente.
- Ego sano.
- Sensitivo.
- Dinámico.
- Perspicaz.
- Responsable.
- Calidad, calidez profesional.
- Tolerancia.
- Aceptación.
- Motivador.
- Humano.
- Ecuánime.
- Ética.
- Empatía.
- Consejero, no juez.
- Actuar con equidad.
- Estricto para hacer validar las reglas de sesiones terapéuticas.
- Espíritu de superación.

Podemos concluir que el trabajador social psiquiátrico trabaja de manera directa con el enfermo mental y tiene que contar con un

sin número de actitudes y aptitudes para una mejor estancia y desarrollo del paciente, características que se tomaron de la fusión con ciencias como son: psicología, higiene mental, psicoterapia, psiquiatría general, orientación vocacional, etc. brindando cada día nuevas oportunidades de servir y realizar labores en niveles de promoción, atención y rehabilitación dentro del campo de salud.⁵⁰

⁵⁰ Antología Bibliográfica de Trabajo Social, Unidad II T.S.P. Ma. Viola López Fernández, Pachuca, Hidalgo. UAEH 1994

5.- FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL PSQUIATRICO

El trabajo social se practica en todo el mundo, en los países democráticos está catalogado como una actividad profesional con campos de acción definidos y ejercida específicamente por un grupo de personas con una preparación académica determinada.

El trabajador social psiquiátrico cuenta con un campo de acción que está dividido en dos grupos: intramuros y extramuros.

La actividad intramuros, es la que realiza dentro de la institución donde el trabajador social se desempeña, dando atención especial a los pacientes internados, sin excluir a los familiares de la indagación que permitirá conocer las razones que dieron inicio a la patología en el usuario, esta investigación se apoyará con la aplicación del estudio psico - social.

El trabajador social psiquiátrico es considerado un miembro activo del grupo interdisciplinario, interviene en la elaboración del diagnóstico social, tratamiento y rehabilitación social y el trabajo preventivo general, todo esto, debe estar fundamentado en apoyo teórico, permitiendo un mejor desenvolvimiento en el manejo de los métodos de caso, grupo y comunidad., así mismo, el trabajador social deberá de contar con principios de aceptación de sí mismo, lo cual permitirá trasmitir seguridad al enfermo como persona y no considerarlo como un objeto de estudio, que su diálogo sea acorde a la realidad, dinámico que siempre actúe brindando soluciones precisas.

Se establece que la acción institucional se desarrolle en tres niveles de los cuales a continuación se hace mención:

1.- ASISTENCIA. Tarea intramuros y extramuros con el paciente y su familia.

a) Entrevista de admisión, tanto al enfermo como al familiar o a quien lo acompañe.

b) Integrante del equipo interdisciplinario, que atenderá al paciente.

c) Tratamiento a la familia, en caso de ser necesario, pero en todos los casos trabajar con ella para mantenerla al tanto de la evolución de los pacientes.

d) Seguimiento de los casos dados de alta por un período determinado, según sea el caso.

e) Proyección a la comunidad inmediata y mediata, ya sea trabajando directamente con ella a través de charlas informativas, organizadas a efecto de motivar a la comunidad para la aceptación del enfermo mental rehabilitado.

f) Orientación y/o derivación a otras instituciones de los casos que así lo requieren.

g) Investigaciones que permitan ir esclareciendo la problemática del enfermo mental.

h) Formación de grupos de enfermos en base a los intereses comunes a fin de desarrollar tareas que, a la vez sirven como elemento socializador.

- i) Fortalecer los canales de comunicación entre el paciente y su entorno social.
- j) Organizar salidas periódicamente de los enfermos para su pronta reincorporación al medio social, lo que nos permitirá evitar la aculturación al medio del establecimiento.
- k) Orientar al enfermo hacia su propio desenvolvimiento y limitar, progresivamente, su dependencia del medio protector.
- l) Seguimiento a los pacientes ya egresados y a su familia, a fin de evitar la reaparición de conflictos del padecimiento.

II ACADEMICA. Capacitación y aprendizaje.

En esta etapa el trabajador social psiquiátrico recibe capacitación de los diferentes padecimientos psiquiátricos que presentan los pacientes y todo lo referente a la actualización de la materia, es necesario que adquiera conocimientos que le permita desarrollar sus habilidades, destrezas, etc. para el manejo de niveles de la problemática psicológica, esta capacitación y actualización también la reciben los diversos miembros del equipo interdisciplinario, impartidas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, e Instituciones del sector salud, DIF Nacional, Estatal en la Ciudad de México y de Pachuca.

III.- INVESTIGACIÓN Integración en equipos de investigación en el campo psiquiátrico.

Cabe destacar que dentro de las Villas Ocaranza, esta etapa no es llevada a cabo, ya que existe el temor por parte de las autoridades de la institución, de que la información recabada no sea eficaz, debido a la carencia de fundamentos que respalden.

Es importante mencionar que las investigaciones, no se ejecutan por falta de presupuesto económico, material y de recursos humanos, se hace énfasis que únicamente la integración de equipos de investigación, donde se integran trabajadores sociales, es realizado por el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Las actividades extramuros comprenden lo que se realiza fuera de la institución, como son trámites que efectúan por referencia y transferencia, a las instituciones que se requiere, al igual otorgar proyección comunitaria, parte esencial es la labor de conscientización y aceptación del paciente dentro de la familia en el trabajo, con los amigos y la sociedad.

Las funciones del Trabajador Social Psiquiátrico varían, de acuerdo, con su preparación específica, la organización de la institución y sus objetivos, razón por la cual debe de poseer los conocimientos específicos, para poder orientar las diversos intereses de los usuarios y familia, de una manera cortes, respetuosa, oportuna y resolutiva.

6.- INTERVENCIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DENTRO DE LAS VILLAS OCARANZA.

En la actualidad, dentro del campo de las ciencias de la salud es necesaria una relación interprofesional, ya que nos permite reunir elementos biológicos, psíquicos, médicos y sociales, mostrando diversas ramas del saber que intervienen en la consecución de un estado de bienestar biopsicosocial.

Lo cual nos permite la integración de las funciones que desarrollan diferentes técnicos y/o especialistas a través de un programa planificado que persigue objetivos concretos, como es el promover el desarrollo de la colectividad a la cual sirve y el progreso individual de los integrantes del equipo, desarrollar actitudes de búsqueda de soluciones nuevas para la vida y enseñar a organizarse creando el espíritu de grupo, estimular la práctica de cooperación, la inter ayuda, la solidaridad, la comprensión mutua, eliminando el caudillismo y el paternalismo, estimular la capacidad creadora de los individuos y el desarrollo de las acciones espontáneas.

Un equipo para trabajar dentro del equipo interdisciplinario de las Villas de Ocaranza estaría integrado por: médico psiquiátrico, psicólogo, enfermeras, trabajador social, odontólogo, médicos generales, terapeutas, además, de los encargados de la administración.

En términos generales las actividades específicas del personal que intervienen en la institución son:

DIRECTOR.

- Emitir los manuales de operación y someterlos a consideración del equipo interdisciplinario.
- Tomar medidas conducentes a lograr que se cumpla lo establecido en el reglamento.
- Revisar que los gastos que se realizan, sean estrictamente indispensables para el desempeño de las funciones del hospital, así como el que se apeguen a los lineamientos estipulados en el ejercicio presupuestal.
- Coordinar las diferentes áreas de actividades laborales, educativas, recreativas, deportivas y sociales del interno.
- Presidir el equipo interdisciplinario.

SUBDIRECTOR.

- Auxiliar a la dirección en cada una de las atribuciones.
- Fungir como secretario del equipo interdisciplinario.
- Sugerir traslados a las instituciones hospitalarias o de atención especializada, cuando sean necesarios.
- Apoyar a las demás áreas que lo soliciten.
- Instrumentar el programa de salud mental integral.

TERAPIA Y REHABILITACIÓN

- Enseñar a los pacientes en la creación de manualidades, ayuda en psicomotricidad, terapia ocupacional, terapia física, música terapia, ludo terapia, terapia cognoscitiva, terapia de lenguaje.

ENFERMERAS

- Dar atención de enfermería al individuo, a través de técnicas que le son propias.
- Administrar los medicamentos para el control del paciente.
- Ayudar a identificar las necesidades de salud del individuo y su familia.
- Colaborar en la interpretación de las normas de salud y avances de la ciencia médica.
- Colaborar en la identificación y concientización de los problemas de salud y en su jerarquización.
- Evaluar el programa de trabajo del equipo de enfermería y participar en la evaluación total con los demás miembros que constituyen el equipo.
- Realizar actividades con los usuarios sobre la vida diaria.
- Apoyar en las actividades educativas y recreativas individuales y de grupo.
- Reeducación de hábitos excretorios y utilización de utensilios en el comedor.

TRABAJO SOCIAL.

- Agente de cambio, guía, orienta.
- Elabora programas y los evalúa.

- Ayuda a la gente a que conozca sus propias necesidades y busque sus recursos.
 - Realizar visitas domiciliarias.
 - Envío de cartas, telegramas.
 - Traslado a otras instituciones.
 - Control de visitas domiciliarias.
 - Control de visita familiar.
 - Entrevistas periódicas con los usuarios.
 - Notas de evolución.
 - Enlace paciente - familia.

El trabajador social se integra a través de distintas actividades, como:

1. Entrevistas de admisión, tanto al enfermo como al familiar o acompañante.
2. Integrante del equipo psiquiátrico que atenderá al usuario.
3. Tratamiento a la familia, en caso de ser necesario, pero siempre trabajar con ella para mantenerla al tanto de la evolución del usuario.
4. Proyección a la comunidad inmediata y mediata, ya sea trabajando con ella o a través de pláticas informativas, organizadas al efecto de motivar a la comunidad para la aceptación del enfermo rehabilitado.

El trabajador social será un apoyo para el usuario, ya que coadyuvará en las relaciones del con el medio exterior, siendo de especial importancia la actividad de este profesionista realizar, ya que directamente se encargara de la organización y del desarrollo de

actividades, las cuales tiene como objetivo principal la rehabilitación e integración del usuario a su medio social.⁵¹

⁵¹ Manuales de Operatividad de Villas Oacaranza.

7.- PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LA FAMILIA Y LOS USUARIOS DE LAS VILLAS

Para comprender todos los factores que se desarrollan en el núcleo familiar, el trabajador social debe investigar entre sus miembros la forma en que se perciben los problemas, las situaciones y sus necesidades, previo a esto tendrá que comprender como punto de referencia lo que significa “FAMILIA” ya que de esto dependerá el trato y el éxito para buscar solución a los problemas familiares que en su desarrollo profesional se le irán presentando.

La familia ha demostrado ser históricamente, el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cuál desde todos los puntos de vista depende de ella para su supervivencia y crecimiento.

La familia es considerada el más importante de todos los grupos sociales y goza de una distribución universal, sin embargo al igual que en todas las demás formas sociales, culturalmente determinadas, existe una cierta variación en la estructura y funciones de los distintos tipos de familia.

Definiciones de familia de los diferentes autores como a continuación se señala.

“La familia es un sistema vivo de tipo abierto el cual se encuentra intercomunicado con otros sistemas biopsicosociales y ecológicos, cuenta además con funciones como el nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden ser normales o patológicas.,

que viven bajo un mismo techo y los une una carga emotiva intensa y significativa a sus miembros”⁵²

Dicho sistema esta integrado por tres subsistemas

- .- Subsistemas marital (relación entre cónyuges)
- .- Subsistemas parental (relación entre padres e hijos)
- .- Subsistemas fraternal o filial (relación entre hermanos)

DR. LAURO ESTRADA INDA.

“Es el núcleo primario y fundamental para proveer, la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo, del los hijos en su carácter de dependientes, para así poder lograr un optimó resultado en un proceso de crecimiento y desarrollo”⁵³

SANCHEZ AZCONA

“La familia es el núcleo primario, que se encuentra constituido por personas relacionadas entre sí, teniendo como base lazos de parentesco, así como de vivienda en común”⁵⁴

HARRY M. JHONSON

⁵² Antología Bibliográfica de Trabajo Social, Unidad II T.S.P. Ma. Viola López Fernández, Pachuca, Hidalgo. UAEH 1994

⁵³ Idem

⁵⁴ Idem

“La familia es el lugar donde se crean las personas que viven humanamente y entre los cuales se suscitan cuatro aspectos de la vida”

- I. Los sentimientos que uno tiene de si mismo, la autoestima, que puede ser alta o baja.
- II. Las formas que la gente utiliza para expresar, lo que quiere decir el uno al otro, la comunicación puede ser abierta o cerrada.
- III. Las normas que utilizan para actuar y sentir, del sistema familiar.
- IV. Las relaciones de la gente con los demás y con las instituciones, y el enlace con la comunidad.⁵⁵

VIRGINIA SATIR

La asociación de la familia se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para prever la procreación y crianza de los hijos y que gire en torno a la legitimación de la vida sexual entre los padres así como la formación y cuidados de los hijos.

⁵⁵ Idem

A pesar de las distintas variables que pudiera tener la familia siempre cumple con dos requisitos fundamentales:

I.- Con tener miembros de ambos sexos y capaces.

II.- Que su unión sea duradera y estrecha para ser operativa.

Existen dos tipos de organización familiar, la familia conyugal (que está integrada por ambos cónyuges) y la familia consanguínea (unida por lazos de sangre). Cuando la familia se configura en torno al padre recibe el nombre de “PATRIARCAL” y cuando lo hace en torno a la madre “ MATRIARCAL”., así mismo, tanto una como la otra organización puede ser monogamia, poliandria o poligamia.

Las funciones básicas de la familia pueden cumplirse con diferentes grados de efectividad de una cultura a otra, y los detalles relativos a las maneras según las familias realizan en el seno de diferentes sistemas, producen considerablemente diferentes resultados en lo relativo a las personalidades de los niños y de los adultos.

La familia conyugal, cumple por lo menos con cuatro funciones básicas.

I.- La institucionalización de la unión con la pertinente regulación de la actividad sexual.

II.- La división cooperativa del trabajo entre el varón y la mujer.

III.- La educación de los niños en una atmósfera de intimidad.

IV.-La preparación cultural básica de la próxima generación.

La familia actual, en principio está formada por una pareja unida por lazos de amor y compañerismo, dentro de un sistema igualitario, y de sus hijos. Existen dos teorías respecto a la estructura familiar en relación con la sociedad, mientras uno sostienen que el grupo familiar es la matriz de la sociedad, otro afirman que el funcionamiento de la familia es influido por dicha sociedad de acuerdo con las distintas necesidades, si tomamos en cuenta la última teoría, se ve en primera instancia que no existe una estructura rígida en la familia como grupo, si no por el contrario, ésta es maleable o flexible a las influencias sociales o externas, pero también lo es en las internas.

El tipo de estructura familiar va cambiando, también es merito a la movilidad de miembros de ese grupo que va produciendo con el devenir del mismo. Así pasa de una primera estructura que corresponde a la formada por ambos cónyuges, por la del matrimonio con hijos y los distintos momentos en que estos van desapareciendo, como así de crecimiento, a la de matrimonio con hijos casados, llegando a los nietos para finalmente concluir en la estructura correspondiente a la de ser primer matrimonio en etapa de vejez. Con algunas ligeras variantes, en términos generales serían las distintas estructuras familiares.

La actitud de la familia puede verse desde varios puntos de vista, ya que el enfermo, puede pertenecer al núcleo familiar, el cual es uno de los factores primordiales identificados con la presencia de

innumerables problemas que determinan, incluso propician los conflictos que surgen entre los miembros que lo forman.

7.1) FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

La familia constituye la pauta básica o matriz para el desarrollo de la experiencia de “el estar con otros,” de “la capacidad para ser con el otro”

La actitud que el niño adopta frente a sus familiares está marcando, el tipo de relación que tendrá en la vida adulta. Cuando el desarrollo psíquico es normal, implica un proceso en el cual gradualmente el individuo pasa de una dependencia paterna al propio auto dirección.

El principio de la dependencia es total, debe gradualmente y de acuerdo con el proceso evolutivo, ir aprendiendo a satisfacer por sí mismo sus necesidades del niño.

La conducta de los padres condicionan este proceso, si el niño ante las nuevas dificultades que tiene que resolver solicita ayuda y ésta se le brinda indiscriminada, se habituara a seguir pidiéndola, lo cual lo transforma en un adulto débil e inútil. Por otro lado, si los padres otorgan al niño una independencia prematura, lo estarán privando de la oportunidad de realizar el aprendizaje que necesita hacer de sus padres, lo cual también lo incapacitara para ubicarse adecuadamente en la vida adulta.

Es importante que los padres actúen equilibradamente y respetando las distintas etapas de maduración por las cuales pasa el

niño y no olvidando que su buen desarrollo depende fundamentalmente de las actitudes que estos tomen.

Si bien es de suma importancia conocer la familia de la infancia por el rol que desempeña en la aparición de las perturbaciones, también es imprescindible analizar a la familia actual del enfermo.

Todo individuo al formar su “familia” es decir al casarse y crear otro núcleo familiar tiene dos posibilidades:

I.- Repetir el mismo esquema de la familia de la infancia.

II.- Crear una totalmente nueva.

Considerando que la enfermedad mental como una vulnerabilidad potencial que existe en el individuo desde la infancia es importante analizar si esa familia que el individuo forma la protege de la eclosión (aparición), de la enfermedad o por el contrario, lo precipita a ella.

Si el trabajador social aprende a manejar una sensibilidad instrumentada, podrá ser capaz de identificar las necesidades emocionales del paciente y logrará realizar acciones positivas y de utilidad para él, por ello debe de crear un clima terapéutico. Muchas veces las características del enfermo o su enfermedad, permiten que esté se realice un tratamiento ambulatorio (marcha, locomoción) y de poco valdrá gozar de un excelente clima terapéutico en la institución, si este no se contempla en su lugar – habitad- aquí juega un rol importante el trabajador social como creador del mismo en su trabajo, con la familia y grupos relevantes del enfermo mental.

El trabajo con la familia comprende distintos aspectos que, si bien pueden no ser correctivos, tampoco son excluyentes si no complementarios, las prioridades del enfoque están determinadas para cada caso particular y siempre partiendo de la premisa de que, la no participación de la familia en el tratamiento, es el camino más seguro de un futuro reingreso del paciente al hospital psiquiátrico, con el consiguiente desgaste y frustración.

Se trabaja con la familia para:

I.- Realizar un estudio de su problemática socio- familiar que pudiera estar coadyuvando a la patología del paciente.

II.- Efectuar análisis de las relaciones de la familia con el enfermo siguiendo sobre la relación paciente- grupo familiar, que dan estas conclusiones:

a) Lo corriente es observar individuos enfermos en familias también enfermas.

b) Lo excepcional encontrar individuos sanos en familias enfermas.

c) Es excepcional encontrar individuos muy enfermos en familias sanas.

III.- Realizar el tratamiento social a través de reuniones periódicas durante las que se orientará mediante técnicas de clasificación, a los distintos miembros para que lo logren alcanzar niveles más armónicos de convivencia y un mayor grado de equilibrio, contribuyéndose con ello a la terapéutica global, incluido el enfermo.

IV.- Preparar para el reingreso del paciente a su núcleo familiar, la proximidad del alta de un paciente implica el cambio estructural, de su personalidad por ende, la incorporación al grupo familiar promueve una reacomodación de las relaciones entre los miembros. La forma más eficiente para lograr esa reacomodación está dada por el hecho de que el grupo familiar, haya acompañado al enfermo en su evolución o sea, que se haya preparado para asumir nuevos roles que deriven en conductas más adaptadas a una realidad actual, distinta de aquella en que se dio la enfermedad mental.

Como ya no se considera a la enfermedad mental como una entidad aislada de la dinámica familiar, si no que se le ve como el emergente de la enfermedad familiar, que aparece en el miembro del grupo familiar más fuerte ó mas débil “miembro enfermo”, si no que se aparte de analizar la sintomatología que éste presente, es necesario conocer la distancia de su familia.

Se debe de considerar los siguientes aspectos:

I.-Grado de autonomía del enfermo frente a su familia.

II.-Conducta de sus integrantes del núcleo familiar, entre ellos y para el paciente.

III.-Roles que cumplen dentro del grupo familiar, si son adecuados o no.

IV.-Conducta de la familia frente a la sociedad.

Es conveniente en todo estudio referido a las familias del enfermo mental, tener presente los tres principios básicos de Ackerman:

I.-La conducta de los adultos tiene raíces en la experiencia adquirida en la familia de su infancia, pero continua moldeándose en la familia actual.

II.-No se puede diagnosticar ni cursar las perturbaciones emocionales de un niño, si se le considera aislado de su medio familiar.

III.-Puede entenderse mejor, los trastornos de la personalidad y de la adaptación social de los adultos si se les examina como una estructura dinámica cambiante, influenciada continuamente por los efectos recíprocos de la interacción familiar.

Existen distintos tipos de clasificación de familias.

De acuerdo con los diferentes criterios existentes Jackson, da cuatro tipos en base a criterios de adaptación, la clasificación en “estable o inestable” y la “comunicación “satisfactoria o insatisfactoria”, de la cual resulta:

I.-Familia de adaptación inestable y comunicación satisfactoria, a la familia emocionalmente sana y madura.

II.-Familia de adaptación inestable y comunicación satisfactoria es la familia productora de neurosis.

III.-Familia de adaptación inestable y comunicación insatisfactoria.

Estos dos tipos darían las familias productoras de psicosis, especialmente esquizofrenias y psicopatías. Lewin por su parte clasifica a las familias en :

.- Aglutinadas.

.-Dispersas.

.- Mixtas.

Las aglutinadas se caracterizan por la viscosidad y agresividad y estarían relacionados con las neurosis excesivas, epilepsias, histerias y psicopatías, presenta así mismo dos formas de actuar con el enfermo, lo cuida y lo aísla.

La dispersa, estarían en relación con los esquizofrénicos y por ultimo las mixtas serían la idea de tratar a tales familias como una unidad enferma, dicha idea no se ha extendido lo suficiente y debido a ello siempre el que consulta es aquel miembro que tiene más dificultades, pero es obligación del equipo terapéutico tener en cuenta todo lo analizado y actuar en consecuencia.

Para alcanzar el bienestar individual y familiar, que le permita convivir en armonía, rehabilitarse y regresar al medio social, el trabajador social investiga, conoce y atiende el problema que presenta el usuario, al realizar un estudio exhaustivo inmediato de las características biosicosociales, incluyendo a la familia, puesto que ella permite completar los datos obtenidos con el usuario, aunado a

que representa la base fundamental en el tratamiento, el cual se le brinda para alcanzar su integra rehabilitación.

El trabajador social es el profesionista que se encuentra en contacto más directo de los usuarios, por lo cual una de las actividades principales es la orientación y auxilio en la solución de sus problemas, así mismo el enlace del paciente para enviar correspondencia, realizar llamadas telefónicas, con el objetivo de establecer contacto con la familia, debido que en ocasiones dejan de visitarlo y esta desconoce su evolución que va teniendo el caso.

El trabajador debe de concientizar a la familia y orientarla ya que el enfermo mental necesita, como primera fase de cualquier intento curativo terapéutico, ser aceptado como la persona que es, tiene que ser capaz de descubrir por sí mismo las conductas “anormales” que manifiesta, el trabajador social debe saber que “tratamos con una persona que tiene una enfermedad y no con una enfermedad que está en el paciente”.

La relación entre el trabajador social y el enfermo mental no solo debe establecer el principio de tratamiento, si no debe de mantenerse a través de él, aunque también es necesario señalar que si bien la relación es muy importante en trabajo social como instrumento técnico, no lo es todo para solucionar el caso.

Cualquier que sea la relación que se desarrolle entre el enfermo mental y el trabajador social, la obligación de éste es de capitalizarla en sentido terapéutico. Esto también dependerá de la capacidad del trabajador social para proporcionarle al paciente experiencias nuevas y positivas en la convivencia con otras.

7.2) EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA RELACION FAMILIA – ENFERMO MENTAL

El trabajador social aplica esta profesión en la investigación de problemas sociales, los diagnostica y jerarquiza para planear las acciones que logren cambios sociales favorables, inmediatos y mediados, a través de actividades individuales, grupales y comunitarios, organiza a la colectividad en coordinación con las instituciones de servicio social a fin de optimizar los recursos existentes en beneficio de tratamiento.

Forma parte de los equipos de trabajo Inter y multidisciplinario encaminados a tratar de resolver problemas sociales, ejecuta acciones de orientación, educación y promoción hacia la familia con carácter preventivo, curativo, rehabilitatorio según establezca la problemática social, para informar resultados y proponer alternativas de solución.

El trabajador social psiquiátrico, atiende en forma particular al enfermo mental aplicando un procedimiento que se lleva a cabo en dos fases.

1. El diagnóstico.- a través del estudio bio-psicosocial, se determinan las causas que influyeron para que el usuario, presente desequilibrio emocional.

2. El Tratamiento.- está encaminado a lograr la curación del enfermo mental a través de la intervención del equipo interdisciplinario, que persigue el objetivo de mejorar las condiciones físicas, psíquicas y sociales por medio de la aplicación coordinada de una serie de acciones curativas y reeducativas que dirigen la capacidad de adaptación del enfermo mental, en base a la disposición consiente y a la participación dinámica de éste y la familia, como parte esencial para el tratamiento que se aplica, el cual coadyuva a su rehabilitación.

El trabajador social, al mantener el contacto con la familia, investiga la problemática socio familiar, analiza las relaciones interpersonales de sus miembros y el grado de responsabilidad de la familia como factor determinante que influye en la enfermedad del paciente, además, orienta, concientiza y motiva a ambos para que exista la armonía en la convivencia dentro de su medio social y la estabilidad emocional, contribuyéndose con ello al tratamiento que se le brinda a él durante el tiempo que permanece interno en las Villas Ocaranza.

Trabajo social es una disciplina científica de suma importancia en la atención del problema, su adecuada aplicación proporciona el óptimo tratamiento que coadyuva a la rehabilitación, mediante métodos, técnicas y procedimientos sistemáticos en los cuales se apoya.

La función de este tipo de instituciones consiste en el tratamiento integral del usuario ya sea con internamiento o consulta externa.

PROPUESTAS

Teniendo en cuenta las necesidades de los profesionales de la salud, se denota la importancia de organizar un equipo piloto de salud mental a nivel Estado conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras psiquiatras, terapeutas familiares y especialistas en educación especial, que funcionen en forma ambulatoria, asistiendo a los centros de salud y que cumplan las siguientes funciones:

- ❖ Elaborar un programa preventivo sobre salud mental
- ❖ Atender casos detectados y/o remitir a otras instituciones especializadas.

A nivel Municipal contar con un grupo de salud, conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, que ejecuten los programas preventivos dirigidos a las comunidades donde se involucren a maestros, líderes, padres de familia y comunidad en general.

Convocar a grupos de padres, educadoras, maestros y todas las personas que tiene a su cargo guiar la niñez, a que asistan a cursos, pláticas, conferencias impartidas por especialistas en la materia, lo cual nos permitirá ampliar sus conocimientos sobre salud mental y sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención en salud mental.

Organizar a nivel municipal eventos recreativos y culturales, con la participación de las niñas y niños fomentando una mente sana.

Con el objeto de apoyar a la rehabilitación e inserción social de los usuarios se propone crear talleres protegidos, para ofrecer a los usuarios trabajo apropiado y debidamente renumerado, estos talleres se pretenden poner en marcha en coordinación con la iniciativa privada.

Incrementar la creación de villas y casas de intermedio de manera regional, que permita la rehabilitación de niños, adultos, adolescentes con algún padecimiento.

Que el Sistema Educativo contemple la prevención en salud mental, dentro de los Centros Escolares.

Construir albergues para enfermos crónicos de difícil recuperación, en donde se les brinde la vigilancia adecuada, así como la atención médica que en su caso requieran, pero a un menor costo que en los actuales hospitales psiquiátricos de la iniciativa privada.

Buscar subsidios financiados por la federación, gobierno estatal, municipal e iniciativa privada, para que las actuales Villas puedan ofrecer el servicio a un menor costo.

Implementar en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo la especialidad de Trabajo Social Psiquiátrico, incluyendo en gran parte prácticas directas con los pacientes y familiares.

El plan de estudios deberá estar conformado de tal manera que la teoría tenga concordancia con la práctica, en donde las actividades programadas deben ser realizables y funcionales, para

forjar profesionistas que cuenten con los elementos necesarios para poder brindar un servicio de calidez y calidad.

Como parte del perfil del trabajador psiquiátrico, el profesionista que se dedique a esta rama deberá reunir las siguientes características: tener una firme convicción, compromiso, seriedad, una personalidad firme e inquebrantable.

Fomentar relaciones profesionales a través de reuniones anuales en donde se expongan temas de vanguardia por expertos en la materia realizando las respectivas memorias.

Contar con un sistema de actualización permanente, que nos permita mantener informados y realizar campañas de prevención, de salud mental a población en general.

Llevar a cabo una mayor difusión de los objetivos trazados en las Villas Ocaranza y al mismo tiempo informar a la población en general sobre los servicios que presta dicha institución, permitiendo la erradicación de los estigmas sobre los Hospitales Psiquiátricos, casas de medio camino, villas.

Crear una fundación que se encargue de buscar apoyos económicos para poder brindar becas en el extranjero a los Trabajadores Sociales psiquiátricos, con la finalidad de actualizar sus conocimientos.

Realizar intercambio de personal médico y de apoyo con instituciones psiquiátricas con la finalidad de acrecentar su acervo de conocimientos.

Brindar facilidades dentro de las Universidades a nivel Nacional para la realización de la especialidad en psiquiatría .

Que las actividades de trabajo social dentro de las instituciones psiquiátricas, deben de ser realizables y funcionales y en su aplicación ser comprobables, evaluables y aportativas.

Que dentro del sector de Salud en el Estado de Hidalgo, exista un grupo de trabajadores sociales que se ubiquen de manera regional, para poder brindar un seguimiento al paciente cuando sea dado de alta, todo esto en coordinación con las villas ocaranza.

Involucrar a la sociedad y familiares en el proceso de rehabilitación para reinsertar al usuario en su núcleo familiar y social, a través de spot de radio, televisión, conferencias, folletos, etc.

Que el departamento de trabajo social, deberá tener una planeación y organización evitando duplicidad en funciones y satisfacer las necesidades de la comunidad hospitalaria.

Formar comités preventivos de apoyo dentro de las instituciones de educación preescolar y escolar, donde permita que el trabajador social desarrolle estrategias sobre higiene mental.

CONCLUSIONES

Por nuestra ubicación dentro de las Ciencias Sociales nos corresponde actuar sobre los problemas de las relaciones sociales entre los hombres. Dadas las condiciones sociales, económicas y familiares de nuestro país, se han generado una serie de desajustes individuales y grupales que muchas veces han contribuido al desarrollo de alteraciones psiquiátricas que ponen en riesgo el proceso de la salud mental de la humanidad. Sin embargo, aun bajo esta perspectiva mundial, en nuestro país la salud mental continua rodeada por una serie de ineficiencias, provocadas por un sistema hospitalario deficiente de proporcionar al enfermo mental los requerimientos mínimos indispensables de atención médica, bajo un contexto de respeto a los derechos fundamentales de todo hombre.

Es necesario promover e incrementar el nivel educacional y cultural de nuestro país para evitar el menosprecio a las personas que sufren algún padecimiento mental, lo que ha provocado que se mantengan ocultos por la voluntad del enfermo o de la familia, las cuales no la reconocen como una enfermedad susceptible de atención y mejoría.

Sin embargo resulta preocupante que cada día se incremente los trastornos mentales y neurológicos, así como los problemas sociales, por ello es necesario que el Gobierno y la Sociedad que juegan un papel trascendental, revisen las políticas sobre salud mental, pero lo mas importante es que sean promovidas mas allá del sistema de salud mental, que incluya la educación, el trabajo,

y las diferentes instituciones , así como proporcionar una cobertura de atención básica y asignar fondos a la investigación de este campo.

BIBLIOGRAFÍA

Ander Egg Ezequiel
Diccionario de Trabajo Social
Editorial el Ateneo
8º Edición, México D.F. 1985

Antología Bibliográfica de Trabajo Social Psiquiátrico, I
P.D.T.S. Patricia Melo Zuvire, Pachuca, Hidalgo. UAEH 1995.

Antología Bibliográfica de Trabajo Social, Unidad II T.S.P. Ma.
Viola López Fernández, Pachuca, Hidalgo. UAEH 1994

Archivos Secretos
La Castañeda....Hacienda.... Garito.... Manicomio
(Periódico Ovaciones) Pag. 4-9

Ardilla Alfredo
Feggy Ostrosky- Solis
Diagnóstico de Daño Cerebral (Enfoque Neuropsicológico)
Editorial Trillas enero 1998
Etiología del Daño Cerebral. Pag. 67-100

Calderón Narváez Guillermo
Salud Mental Comunitario
Enfoque de la Psiquiatría
Editorial Trillas Segunda Edición
México D.F. Febrero 1992
Pág. 164-166

Carrol Herbert A
Higiene Mental Dinámica del Ajuste Psíquico
Compañía Editorial Continental S.A.
México - España- Argentina- Chile- Venezuela.
4ta. impresión

Compilación bibliográfica de La Familia
T.S.P. Ma. Viola López Fernández
Pachuca, Hidalgo. UAEH 1994

De La Fuente, Ramón.
“La Prevención en el campo de la Salud Mental “
Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiátrica, Departamento
de Psiquiatría y Salud Mental UNAM, México 2001.

Dirección General de Rehabilitación Psico social participación
Ciudadana y Derechos Humanos, Secretaría de Salud,
Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental
I.A.P.(MEXICO D.F. 2000) Nuevo Modelo de Atención en Salud
Mental.

E- Mail: rehabilitación a astermedia.com | dgrppcydh a salud. gob. mx

Foucault, Mitchel
“Enfermedad Mental y Personalidad”
Editorial RHC. Sigma
Pág.59

Folleto Nueva opción en el Estado de Hidalgo para enfermos mentales.

Floyd L. Ruch. "Expresión de la emoción"

Biblioteca Técnica de Psicología

Editorial trillas Pág. 486

Floyd L. Ruch,

Psicología y Vida (biblioteca técnica de psicología) Enfoques psicométricos de la personalidad,

Editorial Trillas, México 1999, Pág. 190

Gómez Lara Francisco

Ávila j. Rosalía

Morales R. Martha

Salud Comunitaria, Teoría y Técnica

Ediciones Nueva Sociología

México D.F. Av. 523 N. 198

Gómez Jara Francisco

"Sociología" (Patologías)

Editorial Porrua, S.A.

Ediciones, México 1983., Pág. 59-62

Lawrence C. Kolb TR. Leopoldo Chagoya Beltrán

Psiquiatría Clínica Moderna, 5ta Edición,

Prensa Médica Mexicana.

Karl Jaspers

Psicopatología General (Colección de psicología, psiquiatría y Psicoanálisis)

Fondo Cultural Económico, México año 1996

Sentimientos y Estados Afecitivos, Pág. 124-133

Krassolvitch M.

Demencial Presenil y Senil

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Ciencia y Cultura Latinoamericana S.A. De .C.V.

Editorial Salvat.

Manual de Procedimientos del Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza”

Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Salud Mental BII NOMT -05/2 Pág. 164-166

Patiño José L.

Psiquiatría Clínica, Clasificación de Enfermedades Mentales

México Editorial Sol 2001, Pág. 24

Pierre Marchais

Proceso Psicopatológicos del adulto

Ediciones Científicas la Prensa Médica S.A. Año 1985

Pág. 6-342

Psicología gran enciclopedia científica cultural / comportamiento
Tomo 1 al 20 edición mexicana organización cultural.
(Padecimientos), Pág.125- 126

Quintana Salvador - Guzmán Pascual
Diagnóstico Psiquiátrico Dr. Fernando Ocaranza
1 Edición San Miguel Eyecalco, Hidalgo julio 1996
Pág. 46,50

Servicios de Salud en Hidalgo, Villa (modelo de salud mental)
Pachuca noviembre 2000.

Sector de salud. gobhgo.com. mx

Vega Franco Leopoldo
"Bases Esenciales de Salud Pública"
Prensa, Medica Mexicana año 1984
7^a impresión Pág. 8

Walshe Thomas M.
Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica
Nueva editorial interamericana México. D.F. 1987
(Capítulo XII enfermedades Neurológicas)
Pág. 331- 354

3r Informe de Gobierno del Estado de Hidalgo