



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO**



INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

TÍTULO

**“FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA REINCIDENCIA DEL
ENFERMO MENTAL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO VILLA
OCARANZA”**

**TESINA PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA EN
TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

P.L.T.S. OLGA LIDIA GARCÍA MARTÍNEZ

DIRECTORA

MTRA. GLORIA ELENA TINOCO TAPIA

JUNIO 2008

AGRADECIMIENTOS

*A mis Padres por darme la oportunidad de la vida y por los valores que me brindaron.
Florentino García Mendoza y Damiana Martínez Bautista.*

*A mis Hermanos (Irene, Nicol, Verónica, Juliana, Luis, Esteban y Florentino) por
acompañarme y orientarme en los momentos difíciles.*

*A mis catedráticos por haberme compartido sus conocimientos pero sobre todo su
experiencia, quienes engrandecen a nuestra querida Universidad.*

*A mi gran amor: Gerardo por su apoyo y comprensión que me brindo, con quien he
compartido los momentos mas maravillosos de mi vida.*

Mis grandes amigas Blanca y Johanna. Por su amistad incondicional.

*A mis sinodales y asesor de tesis quienes con su confianza y sugerencias ayudaron a
la construcción de este sueño.*

*A la coordinadora del Área Académica de Trabajo Social L.T.S Patricia Pineda Cortez
por su apoyo y orientación.*

ÍNDICE

CAPÍTULO I

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1	Introducción	1
1.2	Justificación	2
1.3	Planteamiento del Problema	3
1.4	Objetivo General	5
1.5	Objetivo Específico	5
1.6	Hipótesis	5
1.7	Metodología	6
	1.7.1 Diseño Metodológico	6
	1.7.2 Criterios de Inclusión	6
	1.7.3 Tipo de Estudio	6
	1.7.4 Límites	7

CAPÍTULO II

PANORAMA GENERAL DE SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1	Conceptos de Salud	8
2.2	Sistema Nacional de Salud	9
	2.2.1 Organización, Estructura y Funciones	9
2.3	Plan Nacional de Desarrollo	11
2.4	Plan Estatal de Desarrollo	12
	2.4.1 Objetivos	15
	2.4.2 Estrategias	15
	2.4.3 Líneas de Acción	16
2.5	Enfermedad Mental	17
2.6	Hospital Psiquiátrico	17
2.7	Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental: Villa Ocaranza	18
	2.7.1 Antecedentes	18
	2.7.2 Estructura de Villa Ocaranza	19
	2.7.3 Misión	20
	2.7.4 Visión	20

CAPÍTULO III

LA FAMILIA

3.1	Conceptos de Familia	21
3.2	Tipos de Familia	21
3.3	Funciones de la Familia	23
	3.3.1 Las Tradiciones	25
	3.3.2 Las Costumbres	26
	3.3.3 Estrato Social	26
	3.3.4 Prejuicios	27
	3.3.5 Cultura	28
3.4	La familia y su vinculo con el Enfermo Mental	29

CAPÍTULO IV

TRABAJO MEDICO SOCIAL

4.1	Antecedentes	31
4.2	Conceptos y Definiciones	34
4.3	Definición de Trabajo Social	34
4.4	Las Etapas del Proceso Metodológico de Trabajo Social	36
4.5	Los Niveles de Intervención de Trabajo Social	37
	4.5.1 Trabajo Social Individual	38
	4.5.2 Trabajo Social de Grupos	38
	4.5.3 Trabajo Social Comunitario	39
4.6	Trabajo Social Psiquiátrico	40
4.7	Funciones y actividades de Trabajo Social en Villa Ocaranza	42

CAPÍTULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1	Interpretación y Análisis de los Resultados	47
5.2	Conclusiones	73
	Bibliografía	75
	Anexos	77

CAPÍTULO I

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.1 Introducción

Los pacientes con trastornos mentales son enfermos crónicos, ya que su padecimiento no es curable si no controlable, lo que implica que estén utilizando los servicios e instalaciones psiquiátricas y en algunos casos los reingresos exceden a los que corresponden a la evolución propia de la enfermedad.

Algunos de los elementos que conforman la problemática psicosocial de los pacientes psiquiátricos son carecer de una red de apoyo social por la falta de relaciones interpersonales, la dificultad de establecer relaciones de pareja y el componente que puede ser conflictivo por la carga emocional de la enfermedad y que en algunos casos pueden derivar en crisis familiares.

Para la familia el enfermo mental es un integrante que transforma la dinámica familiar, que mueve los efectos en forma polarizada: por un lado puede tener una sobreprotección que lo hace sumamente dependiente y lo incapacita, y por otro, obtiene el rechazo total de la familia de tal manera que lo quiere asilar permanentemente en la Institución. Cuando existe un miembro de la familia con alguna enfermedad mental se observa una alteración importante en la relación familiar. Las características clínicas de estas enfermedades generan un gran número de situaciones negativas como dificultad para las relaciones familiares, empobrecimiento en la calidad de vida, aislamiento social que interfiere en el funcionamiento psicosocial, lo que genera el aumento en un factor adicional que angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a ser considerado como precipitante de recaídas y rehospitalizaciones.

Para la Institución que atiende este tipo de padecimientos los reingresos representan un problema debido a que la atención que recibe el usuario, los esfuerzos para lograr su

recuperación y los gastos económicos son inútiles pues el usuario se encuentra nuevamente enfermo y peor aún, cada vez más deteriorado.

Por lo que los objetivos del Modelo Hidalgo es promover la rehabilitación de las personas internadas en hospitales psiquiátricos para usuarios con padecimientos crónicos y apoyarlos en su reingreso a la comunidad, para que logren desenvolverse con la mayor autonomía y la calidad de vida posible.

1.2 Justificación

La presente investigación tiene la finalidad el obtener el título de Licenciada en Trabajo Social, además de analizar los distintos factores que influyen a la reincidencia del enfermo mental, observando el poco apoyo familiar y de las instituciones de asistencia social con las que cuenta su municipio de procedencia, esto genera a su vez un desequilibrio en el adecuado funcionamiento del tratamiento psiquiátrico.

Como profesionista en Trabajo Social es necesario no olvidar la encomienda de incrementar el bienestar social, analizar los problemas y necesidades de la población, interviniendo en la organización, planeación, ejecución y evaluación de programas y proyectos sociales, así como diseñar estrategias de organización y participación social, que me permitan complementar mi formación como Licenciada en Trabajo Social y por ende, cumplir con el compromiso que tengo socialmente con mi comunidad, estado y país, para contribuir al fortalecimiento de acciones encaminadas al desarrollo psico-social del ser humano, sin olvidar el objetivo primordial que me lleva a realizar la presente tesina.

Como propósito personal dejar el nombre de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en los más altos lugares de reconocimiento. Sin olvidar que *Mi Alma Mater* me brindó una educación y una formación profesional emprendedora, responsable y honesta, con el sólido sustento humanístico, científico y tecnológico, que contribuye al

desarrollo integral del Estado de Hidalgo, comprometiéndome en la solución de los diferentes factores que afectan la rehabilitación psico-social del individuo así como a la equidad cuyo objetivo debe ser la satisfacción de los usuarios por medio de las instituciones creadas para tal fin y así proyectar valores, conocimientos, habilidades y fomentar una cultura de protección a la salud mental.

1.3 Planteamiento del Problema

Las necesidades crecientes de atención en salud mental tanto actual como en el futuro próximo, requieren programas de intervención creativa y científicamente probada, así como de voluntad política y consenso social para impulsar los programas de rehabilitación psicosocial, estableciendo esquemas para promover la calidad y la eficacia de la prestación de servicios y ampliar la cobertura de la atención en salud mental a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas del Estado de Hidalgo, población vulnerable, carente de la atención y con la falta de herramientas que le permitan actuar adecuadamente en una situación de crisis.

En México la Norma Oficial NOM-025-SSA2 (1994), define la Rehabilitación Integral como el “conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural”.¹

El Modelo de Atención de Villa Ocaranza es una estructura de hospitalización de gran importancia, una vez superada la etapa aguda inicia la intervención del equipo multidisciplinario para la incorporación a las estructuras de reintegración social del

¹Secretaría de Salud (2001) Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos., *Lineamientos Generales*. Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental. México. Pp. 5.

Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental como son las casas de medio camino, departamentos independientes, talleres protegidos, cooperativas mixtas y sociedad en general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “el estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”². Aceptando esta definición, se puede decir que el estado mental también forma parte de la evaluación del estado de salud de cualquier sujeto; el concepto de salud hay que entenderlo siempre en un sentido amplio e integral, es dinámico, y está ligado a las condiciones de vida, los avances científicos y a la evolución de la cultura.

La salud mental es mucho más que la ausencia de trastorno mental, la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos. Se refiere a la manera como cada uno se relaciona con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con nuestros iguales y en general, en la comunidad. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

La prevención sobre salud mental, se desarrolla primordialmente por medio de la difusión, el diagnóstico y tratamiento oportuno que se otorga a los usuarios en centros de salud (núcleos básicos), en módulos de salud mental y en hospitales de segundo nivel, siendo los profesionales de la salud los que realizan esta función.

La participación de Trabajo Social es directamente en las terapias y actividades, realizando los enlaces con los familiares y amistades de los pacientes, además en caso necesario hará los contactos con otras instituciones para realizar la referencia y contrarreferencia de pacientes, es responsable de llevar el control de los estudios socioeconómicos, psicosociales y entrevistas.

² Concepto de Salud (OMS 1946). En www.eumed.net/libros, Enero, 2008.

La propuesta de esta investigación es la intervención a fondo de Trabajo Social como factor preventivo en la reincidencia del enfermo mental, analizando los factores principales que influyen en ésta, además de orientar al paciente y a la familia sobre las redes de apoyo y los recursos con los que cuenta para el seguimiento del tratamiento y rehabilitación.

De esta manera se pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Qué nivel de conocimiento tiene el familiar y el paciente respecto de los recursos con los que puede contar durante el tratamiento y seguimiento de su enfermedad?

¿Es la familia el factor primordial que influye en la reincidencia del enfermo mental en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza?

1.4 Objetivo General

Valorar los principales factores familiares que influyen en la reincidencia del enfermo mental en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza.

1.5 Objetivos Específicos

- Identificar la situación familiar del enfermo mental que reincide en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza.
- Informar al familiar responsable del usuario hospitalizado sobre las redes de apoyo disponibles.

1.6 Hipótesis

La falta de apoyo familiar en el tratamiento psiquiátrico en enfermos mentales influye en la reinserción al Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza.

1.7 Metodología

1.7.1 Diseño Metodológico

- 1) Determinación de los factores familiares que influyen en la reincidencia del enfermo mental en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza
- 2) Diseño de intervención: Se trata de un estudio transversal descriptivo
- 3) Diseño de instrumento: (Guía de entrevista, para conocer los principales factores familiares que influyen en la reincidencia del enfermo mental al Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza).
- 4) Aplicación de la guía de entrevista mediante entrevista semi-estructurada, en el período Febrero-Marzo del 2008 en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza del Municipio de Tolcayuca Hgo, con el objetivo de analizar los factores familiares que influyen en el tratamiento del paciente, con la finalidad de fortalecer su red de apoyo y el éxito de la continuidad de su tratamiento, una vez que el usuario egresa del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza
- 5) Resultado y análisis de datos
- 6) Conclusiones

1.7.2 Criterios de Inclusión

Todas las familias que asisten a la Consulta Externa y Hospitalización del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza del Municipio de Tolcayuca Hgo, en el periodo Febrero-Marzo del 2008.

1.7.3 Tipo de Estudio

Transversal-descriptivo, basándose en la metodología de Sampieri, se realiza en una sola etapa, se considera una muestra representativa (30 de 182 reingresos anuales).

1.7.4 Límites

Tiempo: De Febrero a Marzo del 2008.

Geográfico: Carretera México-Pachuca Km. 62.5, San Miguel Eyacalco, Municipio de Tolcayuca Hgo.

Universo: Familias de enfermos mentales que acuden de manera subsecuente con el paciente, al servicio de consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza.

CAPÍTULO II

PANORAMA GENERAL DE SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1 Conceptos de Salud

Para comprender el panorama de salud, es necesario considerar algunos conceptos, de acuerdo a la OMS la define como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades”³.

Otro concepto que se aproxima con este trabajo es el que fue dicho a la manera de Julio Frenk. (2002) La salud es, “Un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción... es un medio para la realización individual colectiva. Constituye un índice de éxito alcanzado por la sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar, que es a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo”. ⁴

“La salud es un argumento de gran complejidad que implica aspectos de tipo biológico, psicológico, social, económico, cultural, educativo, demográfico, ambiental, tecnológico y político”. ⁵ Propuesto por el centro de investigación y estudios médicos.

Se observa que el aspecto social, está inmerso en cualquier concepto de salud por lo que Trabajo Social, debe incluirse todavía más en la investigación social en materia de salud.

3 Ibidem

4 Secretaría de Salud (2002) Retos para las Instituciones encargadas de prestar servicios de salud. México.

5 Salud Mental (2004). Centro de Investigación y estudios médicos. Perú.

En la actualidad cuentan con la mayoría de los servicios médicos de un hospital general además de servicios profesionales específicos para tratar enfermedades mentales: psicólogos, médicos psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros especializados, laboratorios especializados, neurología, medicina interna, farmacia, etc.

2.2 Sistema Nacional de Salud

Es importante puntualizar la relevancia que tiene el Sistema Nacional de Salud (SNS) ya que “es el órgano rector de la Secretaría de Salud, de donde emana la normatividad para la creación de las unidades de salud sobre todo las que atienden a la población abierta que se encuentra en desventaja para ser atendida en instituciones de Seguridad Social o privadas”.⁶

2.2.1 Organización, Estructura y Funciones

“Existe el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) en el que participarán, coordinada y uniformemente las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como otras Instituciones u organismos que no formen parte de este sistema. De acuerdo a los niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud, de otras instancias comunitarias y del ámbito geográfico, la aplicación del SINAVE, se ejerce a través de los siguientes niveles: a) Operativo (local), b) Jurisdiccional o zonal (municipal), c) Estatal (delegacional o intermedio o regional), y d) Nacional”.⁷

En conclusión se denomina Sistema Nacional de Salud; al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

6 Secretaría de Salud (2001). *Norma Oficial Mexicana Nom-017-Ssa2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.*

México. Pp. 25

7 Ibidem

“Otorgando los servicios de atención a la salud de la población, e instrumentando acciones a cargo de las unidades de salud y otras instancias técnicas y administrativas, principalmente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de Regulación Sanitaria a través de los niveles siguientes:

El Nivel Jurisdiccional, es la entidad técnica administrativa de carácter regional, dentro de las entidades, que tiene como responsabilidad otorgar servicios de salud a la población abierta en su área de su circunscripción y coordinar los programas institucionales, las acciones intersectoriales y la participación social dentro de su ámbito de competencia.

El Nivel Estatal, es la estructura orgánica y funcional responsable de la operación de los servicios de salud en el ámbito geográfico y político de una entidad federativa, cuya infraestructura se organiza en Jurisdicciones Sanitarias y Hospitales.

El Nivel Central, es la estructura Administrativa de la Secretaría o de las Instituciones del SNS, a nivel técnico-normativo, cuya ubicación está en la capital del país y la cual tiene competencia jerárquica sobre todos los servicios distribuidos en el territorio nacional.

El nivel nacional, es la instancia o nivel técnico-administrativo máximo del SNSN y de los organismos que lo integran, cuyo ámbito de competencia comprende a los servicios y su organización en todo territorio el nacional”.⁸

En consecuencia en Hidalgo existe el Nivel Estatal a cargo de la Secretaría de Salud, responsable de la estructura orgánica y funcional de la operatividad del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza.

8 Secretaría de Salud (2001). Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. *Unidades Médicas por Nivel de Atención*. México

2.3 Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 realizado por el Presidente de la República Felipe Calderón Hinojosa, en cumplimiento al Artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de acuerdo a lo establecido en la Ley de Planeación, plantea en el ámbito de la salud como objetivos y estrategias primordiales las siguientes:

“Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución”. El Plan Nacional de Desarrollo plantea una estrategia integral de política pública al reconocer que los retos que enfrenta nuestro país son multidimensionales. Avanzar en sólo algunos ámbitos de acción, descuidando la necesaria complementariedad entre las políticas públicas, es una estrategia condenada a un desarrollo desequilibrado e insuficiente”⁹.

“Es preciso lograr condiciones de salud básicas para que exista una verdadera calidad de vida. Aún más, sólo teniendo condiciones básicas de salud, las personas en situación más vulnerable podrán aprovechar los sistemas de educación y de empleo. Es necesario, en forma concomitante, lograr una educación de calidad, enriquecedora en valores, relevante para el mundo productivo en todos los niveles de formación y que cada vez alcance a más mexicanos”¹⁰

“Para una familia que no cuenta con algún tipo de seguro médico, la atención que acarrea la enfermedad grave de uno de sus miembros puede significar la pérdida de su patrimonio para pagar el tratamiento y los medicamentos. Se busca avanzar sustancialmente en la cobertura de salud para todos los mexicanos, de modo que el usuario pueda acceder a los servicios necesarios para recuperar su

9 Calderón Hinojosa Felipe (2007-2012) *Plan Nacional de Desarrollo*. Pp. 82

10 Ibidem. Pp. 84

salud, sin afectar irremediablemente su presupuesto, promoviendo su incorporación al Seguro Popular, a los programas para no asegurados de que disponen la Secretaría de Salud y el IMSS”¹¹.

2.4 Plan Estatal de Desarrollo

Actualmente, en el estado se enfrentan cambios potenciales en cuanto a la sofisticación y especialización de los servicios requeridos y al incremento en la demanda de éstos, aunado a la presencia de una transición epidemiológica que demanda reformas profundas en las políticas públicas, con instrumentos de respuesta más efectiva y oportuna en el área médica, de seguridad social y administración.

“La atención y preservación de la salud es una premisa básica para el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades humanas y el bienestar general de la población. Alcanzar mejores estados de salud general en la población es una obligación del Estado y la sociedad, que en conjunto son los actores y factores determinantes para garantizar, preservar y mejorar el acceso a los servicios, con prontitud, calidad y responsabilidad. Mejorar el bienestar general de la población, requiere de especial atención en la salud pública. Es indudable que la atención a la salud se ha tornado más compleja y costosa”.¹²

La salud y la enfermedad son resultado de la interacción del hombre con su entorno biológico, socioeconómico y cultural, no son estados opuestos, sino diferentes grados de adaptación de nuestro organismo al medio. Hidalgo, al igual que el país, atraviesa por una intensa transformación que muestra grandes contrastes por cambios demográficos, culturales, educativos, económicos, políticos y sociales.

Uno de los rasgos distintivos de las condiciones de salud generales del país es la inequidad. Mientras que los daños a la salud de los grupos de mayores ingresos del país tienen un perfil similar al de primer mundo, en las regiones y grupos sociales

11 Ibidem. Pp. 85

12 Osorio Chong Miguel Ángel (2005-2011) *Plan Estatal de Desarrollo*. Editorial Elede Pp. 53

empobrecidos se observa una nación de escaso desarrollo con una brecha considerable entre las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres.

“Dentro de los problemas emergentes que no causan gran mortalidad pero sí la pérdida de un importante número de años de vida saludable, alteraciones de la dinámica familiar y una carga económica considerable, destacan los trastornos neurológicos y de la salud mental, dentro de los que sobresalen, los trastornos depresivos, la epilepsia y los trastornos de ansiedad. La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, como dependencia responsable de dar respuesta a estas problemáticas, es quien ejerce la autoridad sanitaria y tiene bajo su responsabilidad una importante fracción de la población abierta del estado, estimada en 1,853,043 habitantes que representaron el 77% de la población total de la entidad en el año 2004. En Hidalgo, sólo el 23% está afiliado a la seguridad social. El IMSS, en su régimen ordinario, agrupa a 385,048 personas que representan 16% de la población; el ISSSTE a 144,393 que se significa por 6% y otras instituciones representan el 1% con 24,065 de la población total”.¹³

La población del Estado de Hidalgo se distribuye en 84 municipios que se agrupan en 13 Jurisdicciones Sanitarias, éstas se corresponden con la sectorización por regiones basada en variables socioeconómicas y geográficas que establece el Gobierno del Estado.

La distribución regional de la población tiene marcados contrastes, tan sólo 4 jurisdicciones, Tula, Pachuca, Tulancingo y Actopan suman la mitad de la población en una tercera parte de todas las localidades, a expensas de núcleos de gran concentración, en estas regiones se localizan 19 municipios con baja y muy baja marginación de los 27 que hay en la entidad con estas características.

“En contraste, 3 jurisdicciones: Tepehua, Metztitlán y Molango, de características acentuadamente rurales, suman sólo el 10.2 % de la población que habita en el 21% de localidades. En 16 de los 18 municipios que integran estas regiones la marginalidad es

13 Ibidem. Pp. 55

alta y muy alta. Esta última característica es compartida por las regiones de Huejutla y Zimapán.

Las diferencias señaladas en la población contribuyen a acrecentar la complejidad que significa otorgar servicios de salud eficientes y son motivo de búsqueda de estrategias para hacer llegar mayores recursos a quienes más lo requieren cumpliendo con los principios de equidad. Una de las estrategias ha sido el Seguro Popular que inició en Hidalgo en 2003, que actualmente tiene presencia en 34 municipios y otorga servicios médicos a través de 135 Centros de Salud y 7 Hospitales donde se atiende a cerca de 44 mil familias.

En cuanto a la capacidad física instalada del sector público en su totalidad, se cuenta con 764 unidades médicas, de las cuales 733 corresponden al primer nivel de atención más 31 centros hospitalarios que representan 1329 camas censables.

El personal institucional en contacto con pacientes asciende a 3225 médicos y a 4010 enfermeras. Cabe destacar que las actividades del sector en el medio rural se apoyan en personal no oficial extraído de la propia comunidad; en la actualidad, se han incorporado a estas labores 175 médicos tradicionales y cerca de 3000 personas más, entre parteras empíricas y auxiliares de salud, todas éstas, en capacitación permanente”.¹⁴

Si bien es cierto que el Estado debe asumir mayores responsabilidades en la atención a la salud, también lo es que este cambio planeado debe obedecer a un proyecto funcional y con una visión de largo plazo, que gradualmente conduzca a la separación de funciones de los componentes del sistema que lo integra: la consolidación administrativa de la Secretaría de Salud estatal y la reestructuración operativa en la prestación de los servicios de salud en la entidad.

¹⁴ Ibidem. Pp. 58

Las acciones en la materia habrán de centrarse en lograr la equidad en el acceso al servicio y consolidar un sistema de salud más eficiente y capaz de hacer frente a las necesidades de la población; en fortalecer la cobertura y la calidad de los servicios favoreciendo a los grupos más desprotegidos y en consolidar los esfuerzos por impulsar la investigación, el mejoramiento tecnológico, el desarrollo de infraestructura médica y la capacitación de los recursos humanos.

En el Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011 del Licenciado Miguel Ángel Osorio Chong, en materia de salud destaca como principales objetivos y estrategias las siguientes:

2.4.1 Objetivos

Promover una alta participación ciudadana en la formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación de políticas y programas de salud para efficientizar la atención médica y procurar su prestación con mayor calidad y calidez.

Contribuir a incrementar la gobernabilidad, la justicia social y el desarrollo en el Estado, garantizando el derecho constitucional a la protección social de la salud, en condiciones de equidad, certeza y prontitud.

Asegurar a la población el acceso y provisión de servicios de salud eficaces, permanentes, oportunos, de calidad y con protección financiera, privilegiando la oferta de servicios de salud a los grupos sociales de atención prioritaria y de alta vulnerabilidad.

2.4.2 Estrategias

Incorporar a todos los sectores sociales y de participación ciudadana en los programas y acciones que en materia de salud pública se lleven a cabo en la presente administración.

Establecer una cobertura completa de los servicios de salud en condiciones de equidad, inclusión y accesibilidad para toda la población hidalguense. Otorgar a la

población servicios de salud con calidad y calidez en la atención médica, acordes a los mayores estándares nacionales para la prestación de los mismos.

Mejorar los procesos de gestión institucionales, reduciendo los procesos burocráticos y optimizando los recursos públicos

2.4.3 Líneas de Acción

Consolidar la creación de un Sistema Estatal de Salud.

Intensificar la vinculación con sectores público y privado.

Impulsar la municipalización de la salud.

Estimular y establecer mecanismos para la participación ciudadana.

Mejorar y ampliar la cobertura de servicios del primer nivel de atención.

Extender los servicios de especialidad básica a toda la población.

Intensificar la prevención y protección de la sociedad contra los riesgos a la salud con la limpieza de ríos y presas contaminadas con aguas negras.

Incorporar a los beneficios del Seguro Popular a toda la población no derechohabiente.

Certificar la totalidad de las unidades de atención a la salud.

Establecer programas de calidad y mejora continua en todas las áreas de servicio y administrativas.

Fortalecer la cultura de la calidad y la actitud de servicio en los trabajadores de la salud.

Modernizar la administración de los recursos en todos los órdenes.

Fortalecer el desarrollo del capital humano que presta sus servicios en el área de salud.

Garantizar el abasto suficiente de insumos médicos.

Mantener la óptima funcionalidad de la capacidad física instalada.

Implementar un programa estatal de salud.

2.5 Enfermedad Mental

“La enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo”.¹⁵ Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Dependiendo del concepto de Enfermedad que se utilice, “algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental" (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana). Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales”.¹⁶

El concepto Enfermedad Mental aglutina un gran número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas diferentes.

2.6 Hospital Psiquiátrico

“El hospital psiquiátrico, es un establecimiento de salud, dedicado al diagnóstico y tratamiento de patologías psiquiátricas (enfermedad mental) que cuenta con internación (aloja a las personas en sus instalaciones), habitualmente funcionan como hospitales monovalentes, derivan históricamente de los asilos o manicomios”.¹⁷

15 El Concepto de “Enfermedad Mental”. *En w.w.w.eumet.net/libros, Febrero,2008.*

16 Ibidem

17 El Concepto de “Hospital Psiquiátrico”. *En w.w.w.eumet.net/libros, Febrero,2008.*

2.7 Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental: Villa Ocaranza

2.7.1 Antecedentes

La Salud Mental en México, ha tenido tres etapas en la atención de los usuarios:

“Primero en el año de 1910, con la creación del Manicomio General de la Ciudad de México “La Castañeda”, cuyo propósito era el de recluir a toda persona con enfermedad mental.

Segundo en el año de 1968, cuando el Lic. Gustavo Díaz Ordaz, entonces Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, dada la saturación de “La Castañeda”, inicia la creación de 10 nuevos hospitales campestres, dentro de ellos el Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Fernando Ocaranza”, los usuarios fueron desconcentrados, pero continuaron con el sistema asilar y sin posibilidades de recuperación.

Tercero denominado “Modelo Miguel Hidalgo”, impulsado por la T.R. Virginia González Torres, Presidenta de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, el Lic. José Antonio González Fernández, Secretario de Salud, el Lic. Manuel Ángel Núñez Soto, Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo y el Dr. Alberto Jonguitud Falcón, Director General de los Servicios de Salud de Hidalgo. Este nuevo modelo de atención surge el 21 de Noviembre del año 2000, al cerrarse de forma definitiva el Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza”.

El cambio de entorno obligó a clasificar a los usuarios, según repertorio conductual y de capacidades, diagnóstico y autonomía, esta clasificación permite establecer a través de un equipo multidisciplinario actividades específicas de la vida diaria, culturales, educativas, deportivas, recreativas y laborales. El diseño flexible de estas acciones permite que a través de las experiencias vivenciales se rediseñen los procesos y actividades de manera continua y propositiva.

En los meses de Marzo-Abril del 2001, se lleva acabo una nueva reestructuración a la misión de Villa Ocaranza, la cual a partir de esta fecha, se considera como una Unidad de Rehabilitación Psicosocial “CAMPUS VILLA OCARANZA”, formando parte del MODELO HIDALGO”.¹⁸

Actualmente se brindan los siguientes servicios: Psiquiatría, Neurología, Medicina General, Psicología, Enfermería, Rehabilitación, Trabajo Social, Odontología, Laboratorio, Dietología y Servicios Administrativos.

2.7.2 Estructura de Villa Ocaranza

El Hospital Villa Ocaranza, pieza angular en el Modelo Miguel Hidalgo de Atención a la Salud Mental es el producto de la incansable lucha de grandes personas interesadas en la salud mental en el estado y el país.

Como consecuencia, esta unidad ofrece servicios de calidad, con calidez y equidad en el marco de la eficiencia y la efectividad, buscando un proceso de mejora continua en la rehabilitación psicosocial y la satisfacción del usuario, su familia, la sociedad y el prestador del servicio.

Lo anterior se logra a través de una atención personalizada en consulta externa de psiquiatría y neurología, la Unidad de Hospitalización para usuarios en estado agudos, la Unidad de Terapia Intermedia cuyo objetivo la reinserción social de usuarios controlados, 8 casas de usuarios en total abandono por su estructura familiar provenientes del antiguo Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza” y dos casas de medio camino, administradas por la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental, I.A.P. (Organismo no Gubernamental) y que constituyen la máxima expresión del Programa de Reinserción Social, donde usuarios sin familia pero completamente rehabilitados llevan una vida relativamente normal dentro de la sociedad.

¹⁸ Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza. Archivo del Departamento de Trabajo Social.

2.7.3 Misión

“Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y favorecer su pronta reinserción social”.¹⁹

2.7.3 Visión

“Ser la mejor Institución de Salud Mental y ejemplo en el país, ofreciendo servicios flexibles de clase mundial que satisfagan las necesidades de atención integral a la Salud Mental en el Estado de Hidalgo, anteponiendo de forma externa la seguridad de todos nuestros usuarios”.²⁰

El Departamento de Trabajo Social participa en el Programa denominado “Vacuna Psicosocial”, cuyo objetivo es la psico-educación a las familias, orientar e informar sobre enfermedad y salud mental. Planteando además los siguientes objetivos específicos:

- Proporcionar a la familia conocimientos sencillos y prácticos que les ayuden a entender la problemática de la enfermedad mental.
- Reconocer la importancia de aceptar la enfermedad mental de su familiar.
- Resaltar la necesidad de un tratamiento integral para el bienestar del usuario y la familia.
- Identificar las ventajas de un buen apego a tratamiento.
- Entender la importancia de la familia para tener mejores resultados en la atención clínica del usuario.
- Visualizar alternativas de apoyo para que el usuario tenga continuidad en su tratamiento que eviten el abandono del mismo.

19 Ibidem

20 Ibidem

CAPÍTULO III

FAMILIA

3.1 Conceptos de Familia

De acuerdo al código Familiar Reformado y de Procedimientos Familiares de Hidalgo, describe “La familia es una institución social, permanente, compuesta por un conjunto de personas unidas por el vínculo jurídico del matrimonio o por el estado jurídico, del concubinato; por el parentesco de consanguinidad, adopción o afinidad”.²¹

“Reconoce a la Familia como el fundamento primordial de la sociedad y el Estado, garantiza la protección de la familia en su constitución y autoridad, como la base necesaria del orden social, indispensable al bienestar del Estado ya que la familia tendrá como función, la convivencia de sus miembros por medio de la permanencia y estabilidad de sus relaciones, permitiendo satisfacer las necesidades de subsistencia, defensa y seguirá siendo la esencia sobre la cual evolucione el Estado y desde el punto de vista sociológico se define a la familia como una unidad social de base comunitaria, constituida por lo lazos naturales originarios y espontáneos creados desde sus miembros y su relación familiar con los descendientes que le sobrevengan, por afinidad o consanguinidad”.²²

3.2 Tipos de Familia

“La nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

21 Código Familiar (2004). *Procedimientos familiares reformados para el Estado de Hidalgo*. México.

22 Ibidem

La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos(as) se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad".²³

Es por ello que la Familia es una unidad social, que se enfrenta una serie de tareas de desarrollo, con diferencias culturales, pero con raíces universales, para adherir los principios que constituyen la base de todos los hogares para enfrentar el desafío de cambios tanto internos como externos y mantener al mismo tiempo, su continuidad, ya que debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adaptan a una sociedad en transición.

23 Minuchin Salvador. (1980) Tipos de Familia. Madrid. Pp. 89-96.

3.3 Funciones de la Familia

En la familia ha permanecido la función asistencial, al asegurar la atención para la subsistencia de sus miembros dependientes. Las funciones de la familia tradicional de sus miembros se basaban en la estricta diferenciación de sus roles en función al sexo y edad. Es aquí donde la mujer prestaba un servicio fundamental de apoyo a la estabilidad, de forma que la estructura de esta clase de familia descansaba en las mujeres-cuidadoras.

En las últimas décadas por una serie de cambios que han forzado a un replanteamiento de la situación familiar sobre todo por sus cambios socioculturales, la incorporación de la mujer al campo laboral y productivo ha sido fundamental, así como los nuevos modelos de familias tales como las monoparentales y el desarrollo cada vez más extendido de la familia nuclear donde conviven ya solamente los padres y los hijos hasta su emancipación.

“Funciones de la familia nuclear moderna-acentuación de la pareja conyugal: en el sentido de Durkheim, según el cual la pareja de cónyuges constituyen el núcleo básico y permanente de la familia. La forma matrimonial es la monogámica, que no sólo es una exigencia legal, sino también ética. El vínculo matrimonial se establece mediante el matrimonio civil o religioso y se disuelve a través del divorcio, la presencia de los hijos es limitada y transitoria y termina una vez que se han alcanzado la madurez suficiente. En contraste con el pasado los niños ya no comparten con los padres tareas de producción económica en el hogar. Aquí se abre un campo problemático para las parejas ancianas que viven en una situación tradicional de “prestar ayuda” por parte de los hijos se ha relajado y quienes tienen jubilación apenas es suficiente”²⁴.

“Función económica, está representada por las empresas familiares y las explotaciones familiares campesinas, pero los miembros de las familias ya no trabajan en el seno de la familia ni trabajan juntos.

24 Tello Peón (2000). *Anales de Trabajo Social*. Revista No. 1. México

Función de protección, la familia y ha brindado protección social a sus miembros en el sentido de defender las vidas y las propiedades de estos.

Función afectiva, la familia moderna se constituye sobre la base afectiva de los cónyuges, ya que el efecto es un elemento de gran importancia en el desarrollo sanitario, emocional y psicológico de los niños y en todas edades, altas tasas de enfermedades y mortalidad son debidas a la falta de afecto sobre todo por abandono.

Función educativa o socializadora, “En el seno de la familia se genera la persona sociocultural del ser humano.” a través de mecanismos que se aprenden socialmente, de forma interactiva, primero convierte al ser humano en sociable a medida que este coordina sus funciones fisiológicas básicas y pone en práctica sus funciones de comunicación y segundo cuando es a través del aprendizaje de roles, normas y valores de la sociedad en que vive.

Función subsidiaria en la cual, los padres apoyan a los hijos por medio de su guía, educación y formación hasta que puedan valerse por sí mismos.

Función solidaria en la familia se da una interacción familiar y apoyo mutuo entre todos los miembros en forma desinteresada”.²⁵

No se puede dejar pasar desapercibido aquellos hogares con “jefas” mujeres, por lo que dentro del contexto económico y social, por efecto de la crisis económica han hecho evidente su creciente participación en la generación del ingreso familiar, sobre todo en las familias mexicanas con menores ingresos y el deterioro de los niveles de vida, la escasez desempleo masculino. La mujer se ve obligada a asumir el cargo no sólo del trabajo doméstico sino también de la manutención económica del hogar; hasta esta fecha no se tiene aún un diagnóstico sociodemográfico de las mujeres jefas de familia.

25 Ibidem

Se puede observar que “los hogares que tienen “jefas” mujeres presentan mayor vulnerabilidad económica y social por factores asociados a la estructura del hogar, tienen más edad, menor escolaridad y obtienen ingresos menores, además de ser la mayoría viudas, divorciadas o separadas y los hogares se concentran más en la última etapa del ciclo vital, son más pequeños y tienen mayor extensión familiar, son hogares sin cónyuge y con hijos solteros. Por lo que se debe de reconocer que la pobreza en México no se registra en los hogares con “jefas” mujeres y que no todos estos hogares se enfrentan a situaciones de vulnerabilidad económica y social”.²⁶

3.3.1 Las tradiciones

Respecto a los aspectos culturales se encuentra que las tradiciones y costumbres de la población solicitante de los servicios de salud, influyen y determinan la oportunidad de la atención en el hospital, específicamente en el servicio de Psiquiatría donde se enfrentan problemas que pueden o no beneficiar la salud del paciente, debido a las tradiciones y costumbres que prevalecen dentro del seno familiar por lo que a continuación se menciona cada uno de estos aspectos:

“La tradición, es un modo colectivo de comportamiento ya establecido, que está allí, como una pauta o ruta que invita a ser seguida y que ya ejerce la característica presión de los hechos sociales, pero no son considerados como obligatorias. Puede decirse que la tradición no está dotada de “validez”, puesto que nadie exige su cumplimiento, se transmiten de padres a hijos al correr los tiempos y suelen suceder en las generaciones, en especial tradición, es la costumbre de una antigua práctica que impone respeto en virtud de su largo pasado; una práctica iniciada por imposición autoritaria puede en determinadas circunstancias, llegar a hacerse tradicional, pero, en sentido estricto, la tradición no puede ser decretada, ya que su aceptación se basa en la convicción tácita de que

26 Beatriz Edamex (1998). *Familias y Relaciones de Género*. Cambios Trascendentales en América Latina.

México

su perduración a través de los tiempos acredite su valía y justifica su mantenimiento”.²⁷

3.3.2 Las costumbres

“Las costumbres individuales o hábitos son realizados mecánicamente sin reflexión; el realizar lo mismo todos los días o constantemente se convierte en costumbre. Por ello se pueden resumir como definiciones tradicionales de las estructuras sociales fundamentales y de relaciones que la propia sociedad o de un grupo determinado considerado esencialmente para su estabilidad en un lugar y período determinado. Permite a los individuos adultos encontrarse pertrechados para enfrentarse a la mayoría de los problemas que entrañan las relaciones sociales sin necesidad de recurrir a otros procedimientos más racionales u objetivos. Algunas de estas costumbres son las religiosas, lo que significa que para las personas el acudir periódicamente a la iglesia, percinarse ante una iglesia o altar, recibir la “bendición” por parte de la madre, padre o abuelo. Dentro de las costumbres sociales se tiene como ejemplo el matrimonio que es un requisito para poder realizar legalmente las relaciones sexuales”.²⁸

3.3.3 Estrato social

“Las llamadas clases o estratos sociales constituyen uno de los círculos colectivos de mayor volumen y relieve. Algunos grandes grupos totales suprafuncionales, como la comunidad social, la nación e incluso sectores más extensos, se hallan estratificados en varios niveles o capas, diferenciado por características específicas como la situación económica, la posición social, los modos de vida y las posibilidades de sus miembros. Las clases sociales son grandes conjuntos de personas, que se distinguen por los rasgos específicos de su cultura y su situación económica. Aún cuando el factor económico tiene una gran importancia para la

27 Ibidem. Pp. 63

28 Quinta Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud (2000). *Individuo, grupo y sociedad*. México.

determinación de la clase social, en realidad el factor decisivo es el de la cultura, puesto que sólo es posible el paso de los individuos de uno a otro círculo mediante la adaptación cultural. Estas clases no están tajantemente delimitadas una frente a la otra, sino que, por el contrario, en sus zonas marginales están interpenetradas la una con la otra, dando eso lugar a la existencia de clases mixtas”.²⁹

Le Bon, “denomina al grupo social, muchedumbre desde el punto de vista psicológico. Individuos semejantes o desemejantes, que sean género de su vida, de sus ocupaciones, de su carácter, de su inteligencia y su pensar, poseen alma colectiva que los hace pensar, sentir y obrar de manera diferente”.³⁰

El grupo social, también es el “conjunto de personas que se caracterizan porque existen roles o papeles interrelacionados; valores y creencias, relaciones recíprocas, que los diferencia de otro (s) grupo(s). Se derivan el grupo primario- de amigos de juego, la familia son: de larga duración. Y el secundario – una fábrica, tiene estabilidad, organización, obligaciones delimitadas y precisas”.³¹

3.3.4 Prejuicios

“La conciencia de clase origina con frecuencia el fallecimiento y el desarrollo de prejuicios y conductas discriminatorias, grave mal social que consiste en juzgar a las personas no en tanto como individuos, según sus méritos y en sus deméritos individuales, sino tan sólo por ser miembros de un determinado grupo al que se tiene una depreciación. El prejuicio puede ser desarrollado por aquellas personas que sufren gran inseguridad acerca de su propio valor personal. Otro factor de suma importancia que da lugar al prejuicio son las actitudes familiares, si el

29 Ibidem. Pp. 56

30 Azuara Pérez Leandro (2002) Sociología. Ed. Porrúa. México

31 Ibidem.

individuo se desarrolla en un ambiente autoritario o se tiene una tendencia a ser prejuicioso”.³²

3.3.5 Cultura

La (Enciclopedia Hispánica, 1982) define que “La cultura es el conjunto de elementos del mundo humano constituidos por las diversidades del lenguaje, ideas, creencias, códigos sociales, técnicas, ritos y concepciones artísticas, éticas y religiosas... constituyen una creación propia y particular de los grupos humanos”.³³

“Cuando los pueblos, como el mexicano, proceden de distintas raíces culturales, la falta de equilibrio en las respuestas a la satisfacción de las demandas de una comunidad diversa, es la principal fuente generadora de sectarismos, racismos, discriminaciones, destrucción de los bienes comunitarios, etc. Tanto en la formación de una cultura nacional mexicana, como en la participación de todos los grupos sociales en los beneficios derivados. Cuando una persona se muda de un lugar se expone a una cultura nueva para él, que representa ansiedad, confusión de valores y nuevas amenazas a su seguridad personal, le provoca un choque cultural, es por ello que para lograr la integración de los individuos a la nueva cultura, es necesario conocer y actuar conforme al nuevo sistema de valores y creencias, hasta que logran su adaptación y es cuando se da el cambio cultural. Por tal razón que la cultura es un elemento que conforma los procesos sociales e integra a las sociedades, en consecuencia el término cultura se refiere a “la forma de vida de la sociedad”.³⁴

El entorno ambiental y nuestra cultura son el principal legado para las generaciones futuras, por lo que los servidores públicos también tienen la

32 Individuo, grupo y sociedad (2002). *Factores sociales y culturales de la conducta*. México. Pp. 43

33 Vargas Hernández, J.G. Segunda Parte (2001). *La cultura organizacional de México*. México. Pp. 56

34 Ibidem. Pp. 58-60.

responsabilidad de promover en la sociedad su protección y conservación, por lo que al realizar sus actividades, debe evitar la afectación de nuestro patrimonio cultural y del ecosistema donde se vive, asumiendo una voluntad de respeto, defensa y preservación de la cultura y del medio ambiente de nuestro país, que se refleje en sus decisiones y actos.

3.4 La Familia y su vínculo con el enfermo mental

La familia ejerce un importante papel en la protección de la recaída de una persona con alguna enfermedad mental. La carencia de habilidades de comunicación y de resolución de problemas conduce al paciente y su familia a fracasos cíclicos y la tensión ambiental en el hogar. A medida que el estrés crece, el umbral de vulnerabilidad del familiar enfermo puede sobrepasarse y la recaída se produce.

“Puede ser difícil tener a alguien en la familia con una enfermedad física crónica, pero es aún mucho peor tener un familiar que está enfermo, no físicamente, sino mentalmente. Aunque las enfermedades mentales son tan comunes que afectan a una de cada cuatro personas, de todos los orígenes y medios culturales, todavía son mal entendidas. Existe el temor, por ejemplo, de que los enfermos mentales sean violentos, a pesar de que la mayoría de las personas con una enfermedad mental no son violentas. Así mismo, existe la idea de que una persona que se ha recuperado de una enfermedad mental como un "colapso nervioso, está todavía mentalmente "débil" en cierta forma. Sin embargo, las personas pueden tener una recuperación total, de la misma manera que alguien puede recuperarse completamente de una enfermedad física.

Otra situación es que mucha gente se siente muy inquieta o avergonzada si una persona mentalmente enferma se comporta de una manera extraña o diferente. Actitudes como las mencionadas hacen difícil la vida de las familias que viven con un pariente que es enfermo mental. Algunas familias piensan que tienen que ocultar la enfermedad de su pariente del resto de los demás o pueden sentirse aisladas, ya sea

porque es difícil invitar gente a su casa o porque otras personas pueden dejarlas de lado, incluso otros miembros de su familia que evitan visitarlas.

Es importante que las familias que se encuentran en esta situación no traten de enfrentar el problema solas. Al igual que cualquier otra enfermedad, una enfermedad mental puede ser tratada más fácilmente si se le detecta temprano. A veces las familias no prestan atención a los síntomas de la enfermedad mental, con la esperanza de que las cosas mejoren. Pero lo más probable es que las cosas empeoren y sea necesario hospitalizar a la persona cuando se la habría podido tratar en la casa si su enfermedad hubiera sido diagnosticada más temprano.

Lo mismo ocurre con familias que viven con un pariente con una enfermedad mental diagnosticada como la esquizofrenia o la psicosis maniaco depresiva, por ejemplo. Si la persona empieza a demostrar un comportamiento extraño o se niega a tomar medicación que controle su enfermedad, puede haber la tentación de esperar que el problema desaparezca. Pero esto puede empeorar las cosas. Es mucho mejor ponerse en contacto con el médico que trata a la persona, o con el equipo de salud mental del hospital más cercano o un centro comunitario de salud y obtener ayuda profesional. Esto hace más fácil controlar la enfermedad y mantener estable a la persona".³⁵

35 Herranz, Jesús (2006). *Psicología de la Salud, Módulo III La Familia y el Enfermo Mental*. México. Pp. 98-101

CAPÍTULO IV

TRABAJO MÉDICO SOCIAL

4.1 Antecedentes

Es importante precisar desde cuándo y porqué ha sido necesaria la intervención de Trabajadores Sociales en el campo de la salud en las principales unidades médicas y darse cuenta que este escenario es uno de los más desarrollados por Trabajadores Sociales, implicando también a las instituciones educativas para procurar una mejor formación académica hacia los profesionistas de esta rama que les permita enfrentar las problemáticas derivadas de la enfermedad en los aspectos Bio – Psico - sociales.

“A nivel internacional se encuentra como antecedente que la primera trabajadora social que desarrolló un programa específico en el área médico social, fue probablemente porque en el año 1905, el *Massachussets General Hospital* de Boston, a iniciativa del doctor Richard C. Cabot, solicitó la cooperación de una trabajadora social para establecer el departamento del servicio social en dicha institución”.³⁶

“En México la Secretaría de Asistencia Pública fue creada en 1937. A través de la Escuela de Salubridad del Departamento de Salubridad Pública donde se impartió un curso para auxiliar de trabajo social, señalando en el Artículo 28 de los principios del mismo departamento que: es deber del estado mexicano crear un tipo de visitadora social, eficaz, activa y honorable, capaz de ser maestra de salubridad y de recoger con fidelidad los elementos de información social demográfica. En 1937 el Lic. Silvestre Guerrero, secretario de Asistencia Pública solicitó de la secretaría de Hacienda y Crédito Público la inclusión de la clase de “trabajadoras sociales” dentro del grupo de especialistas. La Trabajadora Social fue un elemento clave de la oficina de Cooperación Privada y Acción Social de la Dirección de Asistencia Infantil de la Secretaria de Asistencia Pública por su labor de investigación, promoción, coordinación y seguimiento del caso hasta su mejoría o resolución positiva. El departamento de Asistencia Social

36 Castellanos (1981) *Manual de Trabajo Social*. México. Pág. 18

contaba en 1937 con 35 investigadoras sociales en calidad, aumentaron a 60 en 1939. Por otro lado la Secretaría de Salubridad y Asistencia, desde 1943, ha tenido significativa intervención de trabajadores sociales algunas empíricas y otras egresadas de esa época”.³⁷

“En el Hospital Infantil de México, en 1943, se funda el servicio de Trabajo Social la señora M. Urquidi, por breve lapso y después por la Trabajadora Social Ma. Elena Rincón con Master en Trabajo Social de la Universidad de Tulane, Nueva Orleans, distinguida por su capacidad, amor al servicio y la vocación.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1943 incorpora Trabajadoras Sociales a la oficina de Estudios Económicos y Sociales, dedicándose al estudio de las inconformidades, tales como el exceso de trámites en la atención médica extemporalidad de los servicios, dilación en el pago de subsidios, más tarde dependieron del departamento jurídico con actividades polifacéticas, después de la Subdirección General Médica, su finalidad era establecer un nexo entre el usuario y la institución.

En 1905, es inaugurado el Hospital General de México y aunque existen pocos datos de personas con mayor antigüedad, desde su inicio se contó con personas empíricas que se encargaban de fijar las cuotas de restitución y en contadas ocasiones se hacían cargo de problemas de orden social, trabajo desarrollado en la oficina de admisión de enfermos. Entre los años 1948 y 1949 se incorporan 2 trabajadoras sociales, para atender los servicios de Admisión, Consulta Externa, Urgencias Médicas, Medicina Preventiva , Ontología y Relaciones Públicas, que con el tiempo se fue ampliando el número de trabajadoras sociales, que eran capacitadas por 2 meses en el Hospital Juárez de México.

En Salud Mental en 1948, la intervención de trabajo social se hizo presente por 2 trabajadoras sociales impulsadas por la doctora Matilde Rodríguez. En los Hospitales

37 Ibidem. Pág 19-20

de Urgencias Médico Quirúrgicas del Distrito Federal, desde el Régimen del General Porfirio Díaz, iniciaron funciones de asistencia las damas voluntarias y posteriormente substituidas por trabajadoras sociales.

En el Instituto Nacional de Nutrición, hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, trabajo social por iniciativa del Dr. Salvador Zubirán, empezó a existir, pero por personal empírico que establecían las cuotas de recuperación mediante la clasificación socioeconómica de los pacientes.

El Instituto de la Comunicación Humana, en 1955, se inicia el trabajo social por dos señoras voluntarias y una trabajadora social.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE en 1959 al surgir la Subdirección General Médica, se crea un departamento de Trabajo Social, integrado por la Trabajadora Social Lidia Cárdenas, cuyas funciones eran visitas domiciliarias, estudio y tratamiento social de pacientes ambulatorios, orientación a derechohabientes, fomento de actividades sociales y culturales.

En el Instituto Nacional de Cardiología desde 1944, el servicio de trabajo social estuvo a cargo del personal empírico que realizaba visitas a enfermos y daba ayuda “espiritual” y asignaba cuotas de recuperación, hasta 1964 contó formalmente con trabajadoras sociales, que investigaban la situación social y económica de los pacientes para integrar diagnóstico médico social.

En el Estado de Hidalgo fue en el Hospital Psiquiátrico Campestre hoy conocido como “Villa Ocaranza” donde se dio origen al Departamento de Trabajo Social en el año de 1968 conformado por 7 trabajadoras sociales egresadas de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Actualmente lo integran 15 Trabajadoras Sociales distribuidas en los diferentes turnos y áreas de atención”.³⁸

38. Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza. *Archivo del Departamento de Trabajo Social.*

Dentro de las funciones y actividades eran: la elaboración de estudios socio-económicos para determinar la capacidad de pago, instrumentos realizados por los mismos Trabajadores Sociales, historias sociales, visitas domiciliarias, localización de familiares, notas de evolución, manejo de casos y de grupos, asistencia y participación en sesiones.

En las clínicas del IMSS Y del ISSSTE, se cuenta con trabajo social desde la función de dichas instituciones. Y “en el Hospital General de Pachuca, desde su inauguración en el año de 1978 se forma el departamento de trabajo social con trabajadoras sociales”³⁹ y hasta el momento existen 6 jefes en el departamento con incremento de personal y funciones específicas distribuidas en todos los turnos, matutino, vespertino, nocturnos y especial para cubrir las veinticuatro horas los trescientos sesenta y cinco días del año en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias.

4.2 Conceptos y definiciones

Es necesario distinguir algunos conceptos y definiciones sobre Trabajo Social elaborados por diferentes autores, para discrepar lo que para ellos significan y su relación con este campo de aplicación.

4.3 Definición de Trabajo Social

La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, el fortalecimiento y la soberanía del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno, os principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.

³⁹ Ibidem

Ezequiel Ander Egg. (1981) define que Trabajo Social “se apoya en conocimientos teóricos que proporcionan las diferentes ciencias sociales y se vale igualmente de técnicas de investigación, programación, intervención y evaluación comunes a estas disciplinas” y la originalidad de la profesión radica en la capacidad y creatividad para lograr la integración de todos los elementos desde la propia perspectiva operativa”.⁴⁰

“El Trabajo Social en el campo de la salud es la actividad que se ocupa, mediante el estudio, diagnóstico y tratamiento de los aspectos psico-sociales de la persona ingresada, de sus familiares y sus redes sociales más próximas, que la enfermedad no sea motivo de pérdida de la calidad de vida, discriminación o marginación social de la medicina”.⁴¹

No podemos dejar de mencionar el enfoque clínico el cuál nos dice que “durante cierto tiempo subsistió esta corriente, determinada por el Modelo Médico (diagnóstico y tratamiento), partiendo de la hipótesis de que los cambios sociales respondían al esquema médico-clínico de la curación (estudio, diagnóstico y tratamiento). Se consideró el problema social o individual como una enfermedad del individuo o del grupo, por lo consiguiente era necesario una prescripción y diagnóstico, que permitieran al Trabajador Social “paciente” su estado y pronóstico de su situación-problema”.⁴²

En consecuencia Trabajo Social se enfoca a la solución de problemas sociales, como agente de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades, basa su metodología en un cuerpo sistemático de conocimientos sustentados en la experiencia y derivados tanto de la investigación y evaluación de la práctica.

Es decir que Trabajo Social como filosofía de la acción es un arte que mediante ejercicios colectivos e innovadores de organización y participación social genera, promueve y realiza procesos de investigación, diagnóstico, planeación, gestión,

40 Ander, Egg Ezequiel (1979). Diccionario de Trabajo Social. Editorial Ecro. Argentina. Pp. 65

41 Universidad de Guadalajara (2004). *Departamento de Trabajo Social*. En World Wide Web
<http://fuentes.csh.udg.mx/divdep/deps/dtrabsoc.htm>.

42 García Alba Jesús (1993) *Hacia un Nuevo Enfoque de Trabajo Social*, nancea S.A., Madrid España, Pp. 84

desarrollo, evaluación, sistematización, comunicación de políticas, modelos, planes, programas y proyectos sociales indispensables para transformar positivamente la forma y el fondo de las necesidades y problemas sentidos de la población.

“Se canaliza e interrelaciona mediante métodos y técnicas propias para que las personas, grupos y comunidades obtengan una atención de acuerdo a cada tipo de problema contribuyendo a generar la organización y participación social, en el caso específico de salud la familia es el grupo más importante. Al acompañar en los procesos sociales encamina la construcción de sujetos sociales que les permite tener autonomía, esto implica la posibilidad de identificar y dar capacidad de respuesta a los problemas y necesidades de los usuarios”.⁴³

Es preciso establecer que el quehacer profesional de Trabajo Social, se sitúa en una estructura social entendida como “un conjunto de modos en los que las prácticas de grupos e individuos están organizados (instituciones) y relacionados entre sí (procesos sociales), en consecuencia se crean ejes de desigualdad que conforman la identificación de esos individuos y grupos, de igual forma los cursos de acción social (individual y colectiva)”.⁴⁴

4.4 Las Etapas del Proceso Metodológico de Trabajo Social

Norberto Alayón, considera cinco etapas que caracterizan al procedimiento metodológico básico de Trabajo Social. Este proceso es la dimensión operativa de la estrategia y estructura a la intervención como un proceso compuesto de un campo de etapas, cada etapa supone el desarrollo de un conjunto de actividades apoyadas en variadas técnicas.

Estas etapas son:

43 Introducción al Trabajo Social (1993), Editorial El Ateneo. México. Pp. 87

44 Ibidem

“La investigación social: en el procedimiento metodológico de Trabajo Social se incorpora la investigación social como una etapa del proceso de intervención, con el objeto de conocer el problema en el que se pretende intervenir. La forma de orientar la investigación depende de la corriente del pensamiento en la que se inscribe cada propuesta.

Diagnóstico Social: etapa que se estructura en base a definiciones y procedimientos derivados de la medicina, de la sociología y de la psicología y consiste en el tratamiento de la información, recabada en el estudio previo y se realiza para identificar las características particulares del problema y valorar qué tipo de situación debe enfrentar la intervención profesional y cuál es la forma de intervención adecuada al problema.

Planificación: etapa que se encuentra en base a los lineamientos típicos de la administración y de la planificación su objetivo es ordenar y organizar el tratamiento del problema, estableciendo estrategias de acción, seleccionando para ello objetivos, actividades, recursos y tiempos, que se consideran los más adecuados al problema.

Ejecución: se dice que esta etapa se pone en práctica a partir de los proyectos elaborados en la etapa anterior.

Evaluación: es una etapa terminal y también un proceso permanente a lo largo de todo el proceso de intervención. Su objetivo es valorar la marcha del proceso y generalmente se reduce a la conformidad de objetivos planteados y los productos logrados”.⁴⁵

4.5 Niveles de Intervención en Trabajo Social

Ricardo Hill... hace marcada referencia sobre los tres niveles de atención propios del campo de Trabajo Social.

45 Ibidem

También conocidos como niveles de intervención de Trabajo Social los que se describen a continuación.

4.5.1 Trabajo Social Individual

“Es la serie de procesos que desarrollan la personalidad de cada individuo a través de ajustes efectuados conscientemente y realizados en las relaciones sociales de los hombres con el medio en que viven”.⁴⁶

En el proceso para el estudio social de casos comprende las etapas siguientes:

- “La investigación constituye el aspecto fundamental del estudio social.
- El diagnóstico social es el análisis que abarca además de la apreciación de los signos de los factores que determinan las causas.
- El plan, que es un enlace entre el diagnóstico social, plan y tratamiento para convertirse en acción que produzcan resultados inmediatos.
- El tratamiento social, es un proceso de integración del individuo a su medio”.⁴⁷

4.5.2 Trabajo Social de Grupos

Un grupo es “un proceso, una reunión, actividad grupal, etc. El para qué se reúnen los miembros. Siempre debe ser considerado como el medio para lograr los objetivos profesionales”.⁴⁸

“Trabajo social de grupos es un proceso que a través de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social, además es un instrumento esencial en la motivación y

46 Etna Meave (1998). Metodología para el estudio Social de Casos. Colección de Trabajo Social. Etme Ediciones. México. Pp. 143-145

47 Ibidem

48 Natalio Kisnerman, David Mústieles Muñoz (1997). Sistematización de la Práctica con grupos, Editorial Lumen. Argentina. Pp. 75-77

ecuación social para el cambio de estructuras siendo un factor terapéutico, preventivo y rehabilitatorio.

Las etapas de un grupo son: formación, organización, integración y declinación o muerte del grupo”.⁴⁹

Para la formación de un grupo se requiere contar con un diagnóstico social, el que se obtiene de un estudio o investigación previa, lo que permitirá formular metas y la planeación que se realiza en esta etapa.

La organización es el desarrollo del grupo algunas de sus propiedades equivalen a que exista una asistencia regular, decrezca, surja un líder natural, todos los miembros asuman su responsabilidad, exista aceptación y sentido de pertenencia del grupo.

La integración es la parte de la maduración del grupo ya que se expresa la estabilización del grupo, se logran los propósitos, hay un consenso y dirección en relación a objetivos, se logra una mayor participación, el desarrollo favorece el cambio.

Un grupo declina o muere cuando las metas se han alcanzado, en un periodo de tiempo se concluyen las actividades planeadas, o cuando faltó integración y hubo una mala adaptación de los integrantes.

4.5.3 Trabajo Social Comunitario

“Como en todo método de intervención social – el desarrollo comunitario se incluye, en su formulación, una reducción/simplificación de un proceso de actuación, dentro de un sector delimitado y determinado de la realidad social, para

49 Contreras de Wilhem, Yolanda (2000). *Trabajo Social de Grupos*. Argentina. Pp. 45-58

lograr un objetivo. El método de desarrollo de comunidad es, en última instancia, un método emergente que depende de 4 factores:

- a. Marco de referencia que está más allá de la ciencia y del método lógico que condicionan un abordaje y sistema de ideas que explican de la sociedad, del hombre, del mundo, del cosmos y que apuntan a lo que debe ser.
- b. Los condicionamientos contextuales, histórico-sociales y culturales en la que surge y en la que se aplica. Según el campo de actuación y circunstancias en que se aplica.
- c. La coherencia y competencia (en lo humano, lo profesional, lo metodológico y lo ideológico) de quién o quiénes aplican este método.
- d. La recreación de los actores sociales implicados: en la aplicación correcta de los métodos y técnicas, de cómo expresan sus problemas, necesidades, preocupaciones, etc., ante esto se debe considerar que ningún método, técnica o procedimiento de actuación se debe hacer “al pie de la letra”.

Este método se aplica en comunidades que están esperando colaboración y ayuda para resolver sus problemas y no que los estén estudiando, en comunidades marginadas o excluidas se tiene que considerar que la mayoría de programas de desarrollo comunitario se realizan bajo auspicio de gobiernos con planes para su alcance”.⁵⁰

4.6 Trabajo Social Psiquiátrico

Con anterioridad la psiquiatría se ha mantenido rezagada de los aspectos prioritarios de la salud pública y al comprobarse que los enfermos mentales tienden a aumentar, en proporción al crecimiento de la población, se ha creado la necesidad de incorporar la salud mental entre los componentes prioritarios de salud, articulándola con otros sectores de la sociedad: en la educación, el trabajo y la familia, entre otros, cobrando así, mayor importancia la participación del trabajador social.

⁵⁰ Ander-Egg (2000). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Ed. Lumen Humanitas.

Buenos Aires-México. Pp. 67

“En el momento actual se amplía la cobertura para realizar programas psiquiátrico multi e interdisciplinarios, enfocados a la salud mental; el gobierno federal, en el Programa Nacional de Salud 1994-1988, los incluye entre los trece programas prioritarios, siendo sus metas la prevención de los desórdenes mentales, fomentar la salud mental a través de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, organizar los servicios y programas para la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y rehabilitación, propiciando la participación activa de la colectividad en estas acciones”.⁵¹

Con las premisas planteadas se hace mención de la situación de la psiquiatría actual en México, al hablar de la enfermedad mental, se hace referencia también al equipo de salud, el cual incluye a Trabajo Social y donde el autor menciona las instituciones que se apegan al modelo médico social, en las que se realizan las actividades siguientes:

- “Se cuenta con ambientes terapéuticos que ayudan a aliviar la crisis del paciente.
- Protegen al enfermo del medio familiar y social en lo referente a su estigmatización como “loco”.
- A la familia se le da orientación, capacitándola en las formas de manejo y control de su enfermo, sobre su responsabilidad, derechos y obligaciones.
- Desde el ingreso se involucra a la familia, con programas uni o plurifamiliares, paralelos al tratamiento del paciente, encargándose el psiquiatra del paciente y de la familia, el trabajador social, quien realiza un diagnóstico de familia, efectuando tratamientos de múltiple impacto.
- Las emergencias y las interurrencias son atendidas con profesionalismo por el equipo interdisciplinario, aplicando un manejo práctico y eficiente en los casos de crisis.
- Cuenta con programas post-tratamiento, incluyendo la colaboración del paciente, su familia y el equipo de salud.
- Proporciona formación y capacitación continua a estudiantes y profesionistas.
- Efectúan investigaciones cinéticas, inter y multidisciplinarias.
- El promedio de estancia se trata de reducir al máximo y la hospitalización sólo se efectúa si la crisis se requiere.

51 Barrera Rubio Kebia (1989). El Trabajo Social Psiquiátrico en México. Pág. 48-49

- No se desvincula al paciente de la familia y la comunidad, hospitalizando únicamente los casos de difícil manejo en el grupo familiar.
- Propician el tratamiento ambulatorio de los pacientes”.⁵²

4.7 Funciones y actividades de Trabajo Social en Villa Ocaranza

“El Trabajador Social en el campo de la salud, debe ser una persona equilibrada y amable, saludable física y mentalmente, poco aprensiva y libre de temores exagerados respecto al contagio de enfermedades, ya que tiene que luchar con enfermos afectados no sólo física sino psíquica o emocionalmente, pues son pocas las enfermedades que no van acompañadas por estos trastornos que alteran su conducta. Por ello se deben tomar medidas de precaución en cumplimiento a postulados de medicina preventiva, no reflejar en su rostro ni en sus actos hacia el paciente que refleje repugnancia, temor o lástima.

La situación emocional y la economía pueden ser en la mayoría de los casos un obstáculo para su tratamiento. Además las enfermedades no sólo alteran su nivel económico, sino también sus hábitos y costumbres, sus intereses, las relaciones familiares y sexuales, la vida profesional, sus ocupaciones, sus dietas y hasta sus vicios, todas estas razones suelen cambiar la esfera física, la psíquica y la social de la persona.

Muchos pacientes con padecimientos crónicos deambulan por sí mismos, algunos no son peligro de contagio, pero si generan conflictos en el hogar o en la misma institución cuando se suponen que son rechazados o mal atendidos.

Es por ello que en las unidades de salud, la trabajadora social es parte fundamental del equipo interdisciplinario para poder lograr una atención de manera integral de la población, por lo que una de sus principales funciones es la de llevar a cabo investigaciones sociales sobre todo en este campo tan antiguo como es el de la salud,

⁵² Ibidem

su intervención en casos y grupos coadyuva al desarrollo de la comunidad de los grupos vulnerables con trascendentales daños de la salud, para contribuir al bienestar social, cambiar estilos de vida de los pacientes, facilitar el acceso al servicio, tener una información más aplicada a la realidad sobre las implicaciones socio-económicas y culturales que determinan la morbilidad y mortalidad de los hidalguenses, sobre todo cuando se trata de salvar una vida sin importar la procedencia, raza, credo, sexo, nacionalidad, escolaridad, religión, estado civil, estrato social y nivel socio-económico al que pertenezcan”.⁵³

Propiamente las actividades de la Trabajadora Social en las diferentes áreas de atención dentro del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza son:

Consulta Externa

Se brinda atención especializada ambulatoria en Psiquiatría, Psicología y Neurología. La intervención se clasifica en dos etapas: Admisión Hospitalaria y Consulta externa

ADMISIÓN HOSPITALARIA

- Recibir al usuario y familiares en el área de la consulta externa que acuden por primera vez a la institución.
- Brindar información y orientación para referir al servicio correspondiente (Psiquiatría).
- Realizar el llenado de la ficha inicial.
- Entregar la ficha inicial al servicio de archivo clínico para su integración.
- Dirigir al usuario o familiar al archivo para la recopilación de datos personales propias del expediente y a caja a realizar pago correspondiente según tabulador oficial.
- Fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia.
- Registrar datos generales de consulta externa en control interno de Trabajo Social.

⁵³ Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (2006). *Capacitación sobre el papel del Trabajador Social en el Área de la Salud*. Hidalgo

- Entregar el pase de salida.
- Registro de actividades en hoja diaria.

HOSPITALIZACIÓN

- Realizar el estudio socioeconómico a los familiares del usuario.
- Llenado de formato de consentimiento informado (responsiva legal)
- Proporcionar orientación sobre el reglamento interno de hospitalización.
- Concientizar e invitar a los familiares para acudir a la sesión de la vacuna psicosocial.
- Solicitar artículos de aseo personal y hacer la entrega de pertenencias.
- Realizar la nota de ingreso del usuario en expediente clínico
- Entregar el pase de salida al concluir el proceso.

Terapia Breve

La Terapia Breve es un área de atención para usuarios en una fase aguda de enfermedad mental que son hospitalizados por indicación del médico psiquiatra.

PROCEDIMIENTOS:

- Recorrido diario por turno para reportar incidencias.
- Actualizar censo diario de usuarios.
- Elaborar notas de evolución en expediente clínico
- Entrevista directa al usuario.
- Gestionar trámites correspondientes para el traslado de usuarios a otra Institución por indicación médica.
- Atender visitas familiares.
- Realizar llamadas telefónicas por indicación médica
- Acudir a Ministerio Público a notificar en caso de abandono de tratamiento del usuario.
- Visitas domiciliarias para trasladar a usuarios en caso de abandono familiar
- Elaborar los trámites correspondientes de egreso de usuario.

- Por mejoría
- Petición familiar
- Por abandono de tratamiento
- Por defunción
- Registro de actividades en hoja diaria

Terapia Intermedia

Esta área ofrece la consolidación terapéutica en la cual se prepara al usuario para su egreso y reinserción en su entorno biopsicosocial elaborando un plan terapéutico.

PROCEDIMIENTOS:

- Recorrido diario por turno para registrar incidencias.
- Actualizar el censo diario de usuarios.
- Entrevista directa con el usuario.
- Realizar notas de evolución en expediente clínico
- Realizar llamadas telefónicas por indicación médica
- Realizar visitas domiciliarias por indicación médica.
- Acudir a Ministerio Público a notificar en caso de abandono de tratamiento del usuario.
- Participación activa en la vacuna psicosocial.
- Apoyo en sesiones informativas
- Intervención en juntas clínicas.
- Apoyo en grupos de expresión.
- Sensibilizar a la familia sobre la importancia de apego al tratamiento
- Interactuar con el equipo multidisciplinario
- Visitas domiciliarias para trasladar a usuarios en caso de abandono familiar
- Realiza trámites de egreso por:
 - Mejoría
 - Petición familiar
 - Abandono de tratamiento

- Defunción
- Registro de actividades en hoja diaria

Terapia Continua

Área de rehabilitación psicosocial específica, a los usuarios de estancia prolongada con mejora continua en la calidad de vida.

- Recorrido diario por turno para reportar incidencias.
- Apoyar en las actividades de la vida diaria.
- Gestionar trámites correspondientes para el traslado de usuarios a otra Institución por indicación médica.
- Realizar notas de evolución social
- Apoyar en actividades socio recreativas.
- Gestionar apoyos en especie en otras instituciones.
- Realiza tramites de egreso por:
 - Máximo beneficio
 - Abandono de tratamiento

CAPÍTULO V

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

Después de haber desarrollado el trabajo de investigación donde se aplicó un proceso metodológico para la obtención de los datos, a continuación se hace una descripción detallada sobre la relación de variables y que permiten a su vez poder hacer un análisis sobre el objetivo de la investigación.

5.1 Interpretación y Análisis de los Resultados

Para conocer de manera específica el objetivo general de la investigación, es necesario conocer los factores que intervienen de manera directa o indirecta en la reincidencia del usuario, los datos que a continuación se mencionan fueron recabados del Departamento de Estadística del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza acerca de la procedencia de la población que acude al servicio, el total de reingresos presentados en el año 2007 y los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes.

ANUAL REINGRESOS 2007 (PROCEDENCIA)		
JURIDICCIÓN		TOTAL
1	PACHUCA	59
2	TULANCINGO	10
3	TULA	6
4	HUICHAPAN	4
5	ZIMAPAN	8
6	IXMIQUILPAN	11
7	ACTOPAN	11
8	MEZTITLAN	9
9	MOLANGO	13
10	HUEJUTLA	8
11	APAN	8
12	TIZAYUCA	14
13	TEPEHUA	6
OTROS		15
TOTAL		182

Tabla 1. Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza. Enero 2008.

En el área de hospitalización se brinda atención especializada a los pacientes que presentan descontrol de su enfermedad mental, los cuales provienen de los 84 municipios del estado de Hidalgo y en ocasiones de Estados cercanos como lo son: Puebla, Tlaxcala, México o D.F.

De acuerdo a la información recabada, en el 2007 del mes de Enero a Diciembre, se presentaron un total de 182 reingresos, de los cuales la mayoría corresponden a la jurisdicción Pachuca con un total de 59.

REINGRESOS POR MESES (2007)		
MES		TOTAL
1	ENERO	8
2	FEBRERO	9
3	MARZO	18
4	ABRIL	15
5	MAYO	16
6	JUNIO	19
7	JULIO	13
8	AGOSTO	18
9	SEPTIEMBRE	19
10	OCTUBRE	17
11	NOVIEMBRE	16
12	DICIEMBRE	14
TOTAL		182

Tabla 2. Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza. Enero 2008.

Los reingresos son considerados cuando el usuario es hospitalizado por más de una ocasión, aunque se han implementado diversas estrategias para prevenir esta situación, hay población vulnerable a evitar esta situación. Como nos muestra la tabla anterior en el 2007 se presentaron 182 reingresos de los diferentes municipios, observando que en el mes de Junio y Septiembre se igualaron a 19 y en el mes de Enero solo se registraron 8.

A continuación se muestra un glosario sobre las enfermedades mentales más frecuentes, clasificadas en el CIE-10 (Clasificación internacional de las enfermedades mentales de la OMS).

F01 Demencia vascular

“La demencia vascular (antes llamada demencia arteriosclerótica) incluye a la demencia multi-infarto, y se distingue de la demencia en la enfermedad de Alzheimer por el modo de comienzo, las características clínicas y la evolución, se manifiesta un cierto deterioro de la memoria y del pensamiento. El comienzo de la enfermedad tiene lugar en la edad avanzada”.⁵⁴

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales

“Alteración de la personalidad y del comportamiento puede ser debida a una enfermedad, una lesión o una disfunción cerebral puede ser de carácter residual concomitante con una enfermedad, daño o disfunción cerebral”.⁵⁵

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas

“Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico)”.⁵⁶

54 CIE_10 (2003). Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales. Pp. 20

55 Ibidem. Pp. 22

56 Ibidem. PP. 30

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

“Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas”.⁵⁷

F20 Esquizofrenia

“Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo”.⁵⁸

F30 Episodio maníaco

“Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Todas las subdivisiones de esta categoría deben utilizarse sólo para episodios maníacos aislados. En el caso de que haya episodios del trastorno del humor (afectivos) anteriores o posteriores, ya sean depresivos, maníacos o hipomaníacos, debe recurrirse al trastorno bipolar”.⁵⁹

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

“Trastornos la ansiedad que se ponen en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que

57 Ibidem. Pp. 52

58 Ibidem. Pp. 54

59 Ibidem. Pp. 70

no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor”.⁶⁰

F70 Retraso mental leve

“Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal”.⁶¹

F90 Trastornos hiperkinéticos

“Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo”.⁶²

F60 Trastornos específicos de la personalidad

“Incluye trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta”.⁶³

60 Ibidem. Pp. 92

61 Ibidem. Pp. 133

62 Ibidem. Pp. 157

63 Ibidem. Pp. 289

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

“Estado de ánimo alterado que ocurre durante el tratamiento con esferoides o antidepresivos”.⁶⁴

G40 Epilepsia

“La epilepsia es un síndrome cerebral crónico de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes debidas a unas descargas excesivas hipersincronicas de impulsos nerviosos por las neuronas cerebrales, asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas. Las crisis pueden ser convulsivas o no convulsivas. No todas las personas que padecen una crisis epiléptica se diagnostican de epilepsia. Se consideran epilépticos cuando padecen por lo menos dos ataques, los cuales no siempre son asociadas a los temblores motores de una convulsión”.⁶⁵

64 Ibidem. Pp. 122

65 Ibidem. Pp. 21

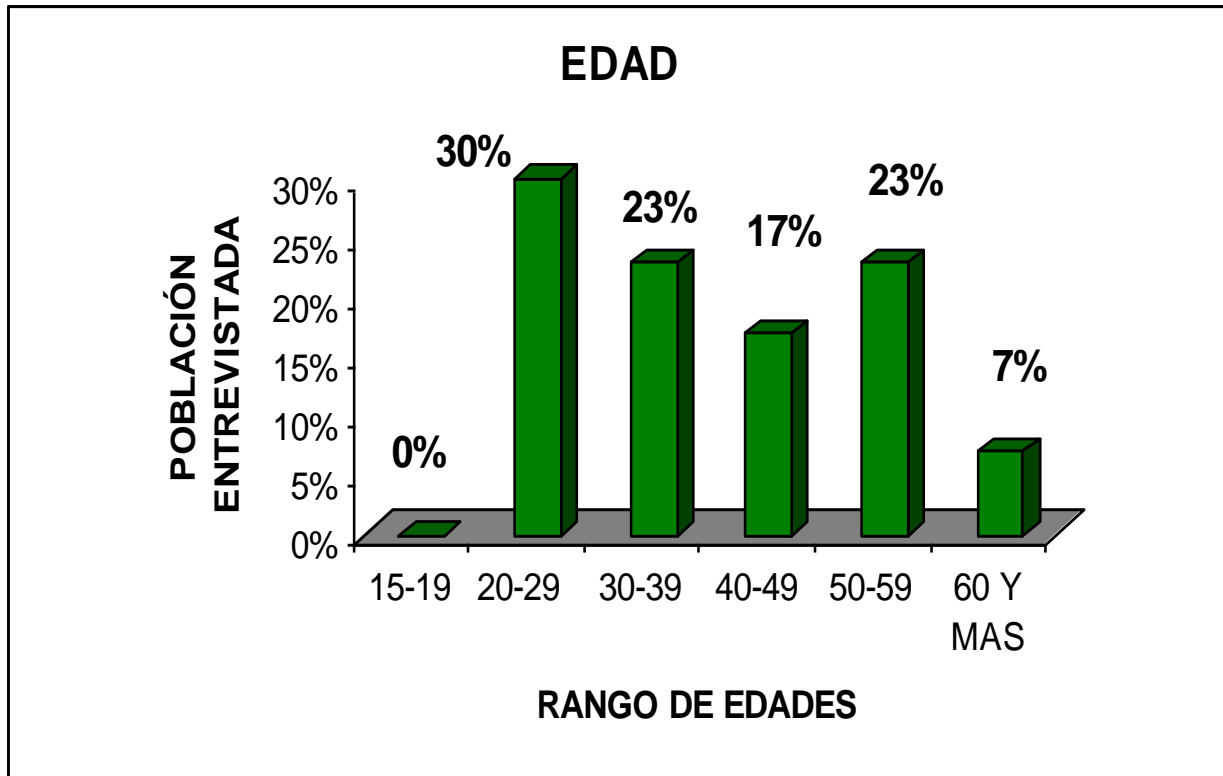
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES		
DX		TOTAL
F01	Demencia vascular	0
F07	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	12
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.	8
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.	10
F20	Esquizofrenia	79
F30	Episodio Maniaco	29
F40	Trastornos de ansiedad fóbica	2
F70	Retraso Mental Leve	16
F90	Trastornos Hipercinéticos	0
G40	Epilepsia	7
F60	Trastornos Específicos de la Personalidad	5
F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.	13
OTROS		1
TOTAL		182

Tabla 3. Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza. Enero 2008.

Los diagnósticos psiquiátricos observados anteriormente son los que con mayor frecuencia se presentan, el médico especialista para poder designar tal diagnóstico se basa en el CIE_10 (Clasificación internacional de las enfermedades mentales de la OMS). La esquizofrenia es la enfermedad más común ya que del total registrado 79 pacientes la padecen.

A continuación se muestran los resultados arrojados en el trabajo de campo que se llevó a cabo con la aplicación de 30 entrevistas realizadas de manera aleatoria a la población que acudió de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza y que en algún momento había estado hospitalizada en la Institución. Los indicadores que se obtuvieron permitió conocer cuales son los factores que influyen en la reincidencia del paciente.

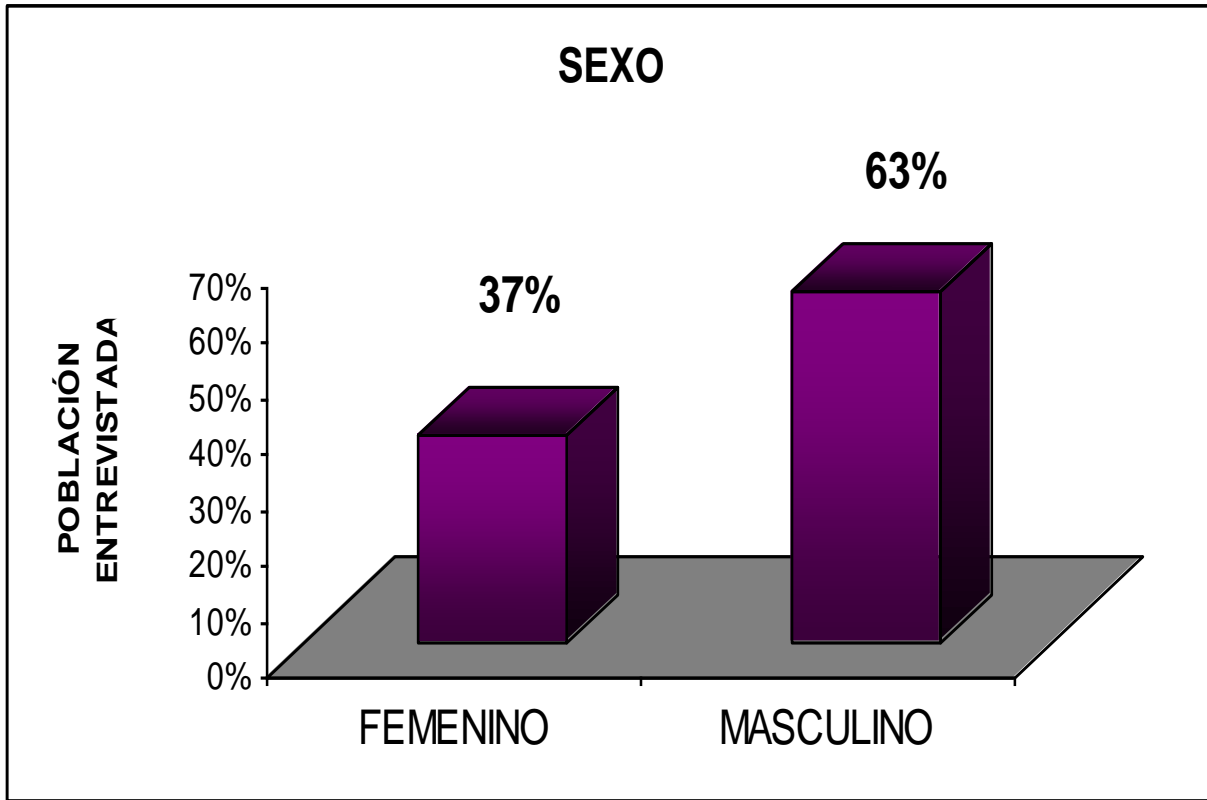
Gráfica No. 1: Rangos de Edad de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

La edad, cuyo resultado reporta que los pacientes que han presentado reincidencia en su mayoría oscila entre los 20 a los 29 años de edad con un 30%, esto significa que la gente joven es la más vulnerable a presentar uno o más reingresos considerando que no aceptan el tratamiento con facilidad, muchas ocasiones al sentir mejoría lo abandonan o no le dan la importancia necesaria a la enfermedad, por la busca de diversas expectativas; por otra parte se observa que en un 23% comprende a la población con un rango de edad de los 30 a los 39 años de edad y en igualdad a los que tienen de 50 a 59 años y sólo con un 7% a la población que cuenta con 60 años o más.

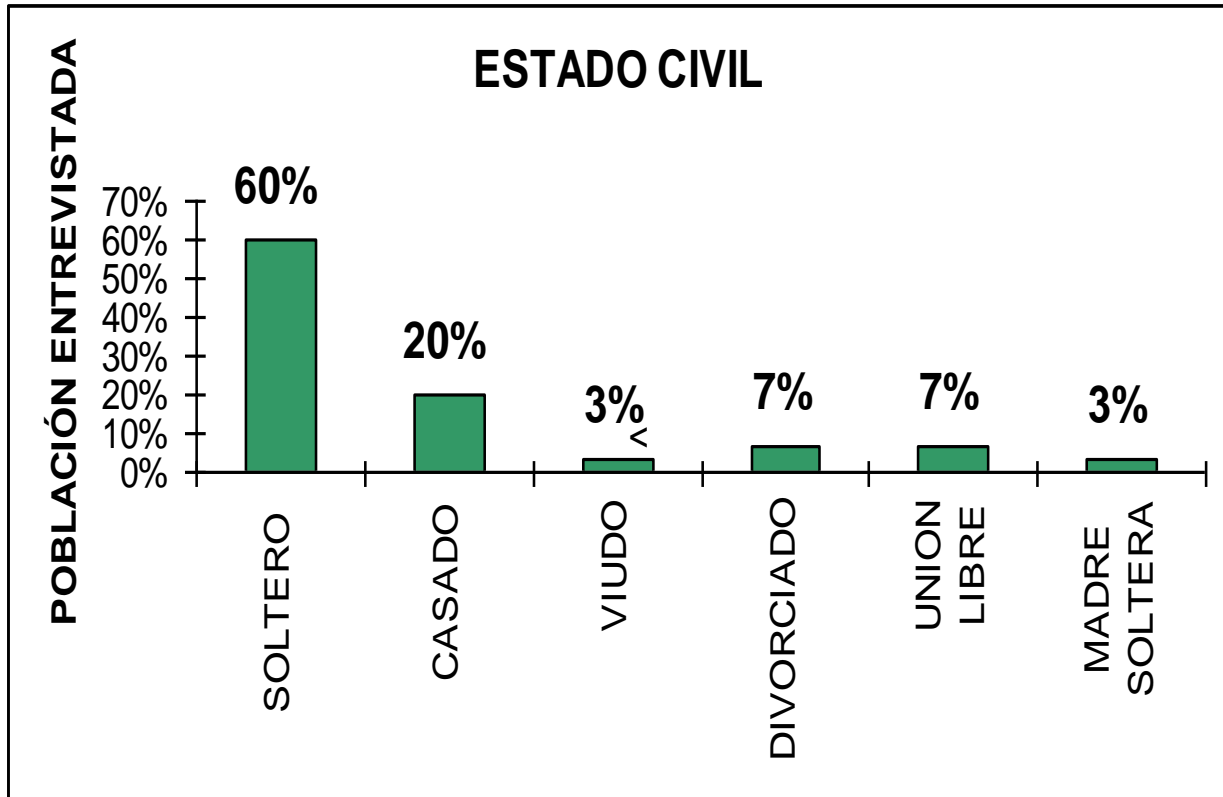
Gráfica No. 2: Sexo de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

De la población que se entrevistó la mayoría corresponde al sexo masculino con un 63%, éste puede ser un factor importante ya que puede verse fortalecido o debilitado el apoyo moral y económico de la familia, tomando en cuenta que los hombres en su mayoría toman el rol de jefes de familia, son los que trabajan para solventar los gastos de su hogar, a diferencia de las mujeres que sólo se registró a un 37% y ellas en muchas ocasiones cuentan con el apoyo de su familia y/o pareja.

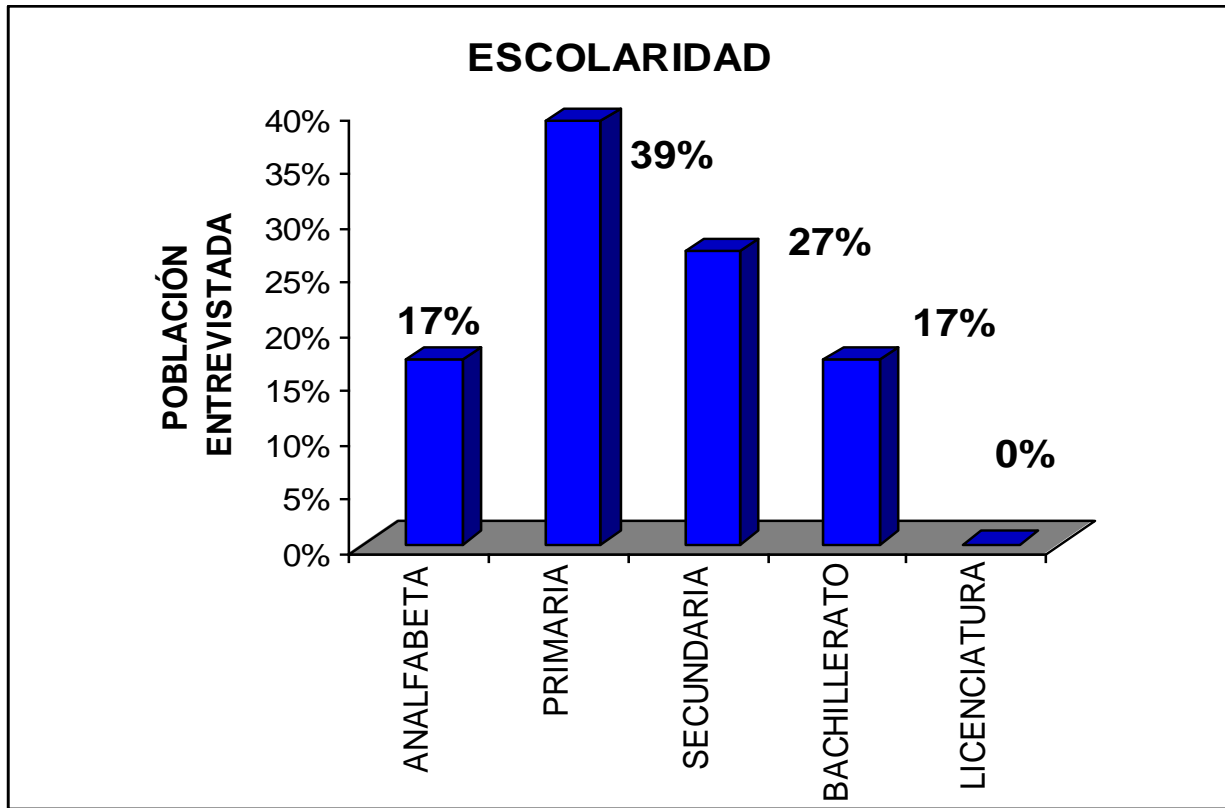
Gráfica No. 3: Estado Civil de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

En cuanto al estado civil, se puede observar que en un 60% la población detectada permanece soltera, es un indicador demasiado alto donde se explica que la gente que padece de alguna enfermedad mental no con facilidad tiene la posibilidad de casarse, sólo un 20% mencionó estar casado y en un 7% las personas que se encuentran divorciadas al igual que los que mantienen una relación de pareja en unión libre y con un mínimo porcentaje en igualdad a los que se encuentran viudos y son madres solteras.

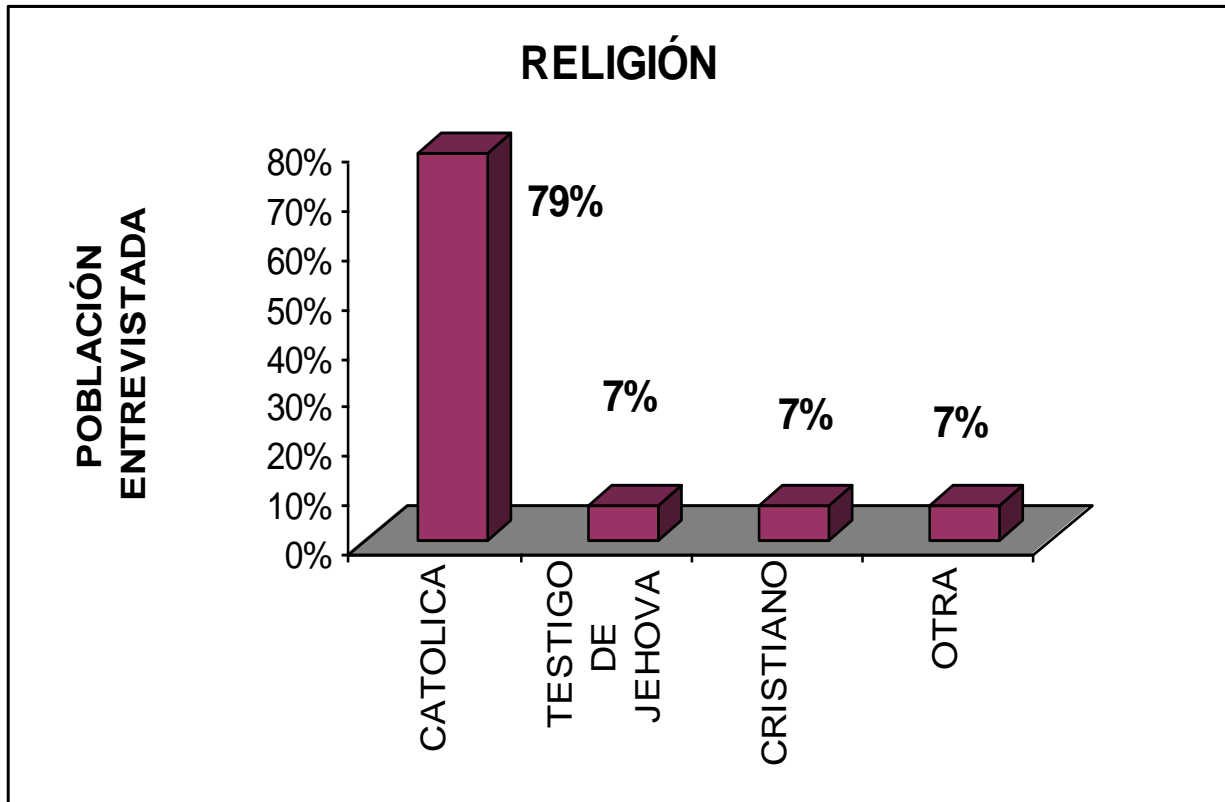
Gráfica No. 4: Escolaridad de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

La escolaridad es otro dato que nos indica bajo nivel educativo ya que el 39% de la población menciona tener estudios básicos de primaria, seguido en un 27% a los que cuentan con secundaria y en coincidencia con un 17 % la gente que es analfabeta y la que cuenta con estudios en nivel medio superior. En este aspecto se puede mencionar que la población que acude a recibir la atención es gente con bajos recursos económicos, provenientes de áreas rurales, donde los medios y las distintas circunstancias no les permiten o permitieron seguir superándose en este aspecto.

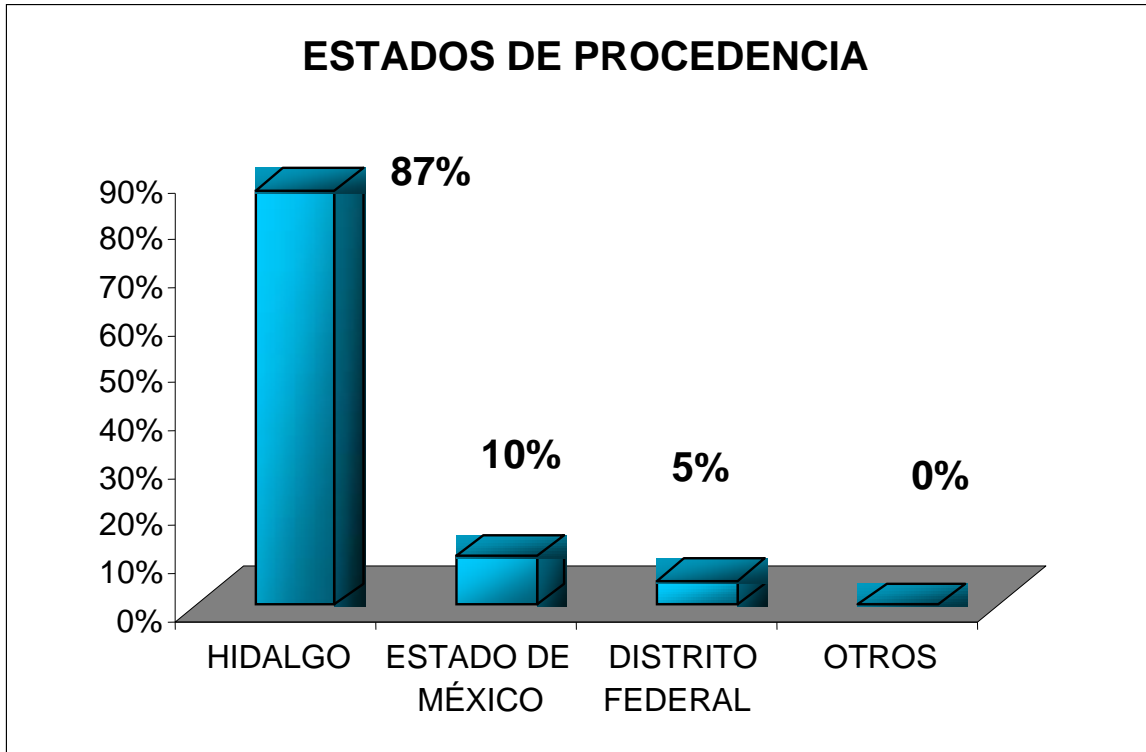
Gráfica No. 5: Religión de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

Otro aspecto importante es la religión que predicen los pacientes, a considerar que existen personas que por sus creencias rechazan la existencia de una enfermedad mental o a recibir un tratamiento psiquiátrico. Un 79% mencionó profesar la religión católica y en equivalencia con un 7% los que son testigos de Jehová, cristianos o tienen alguna otra religión.

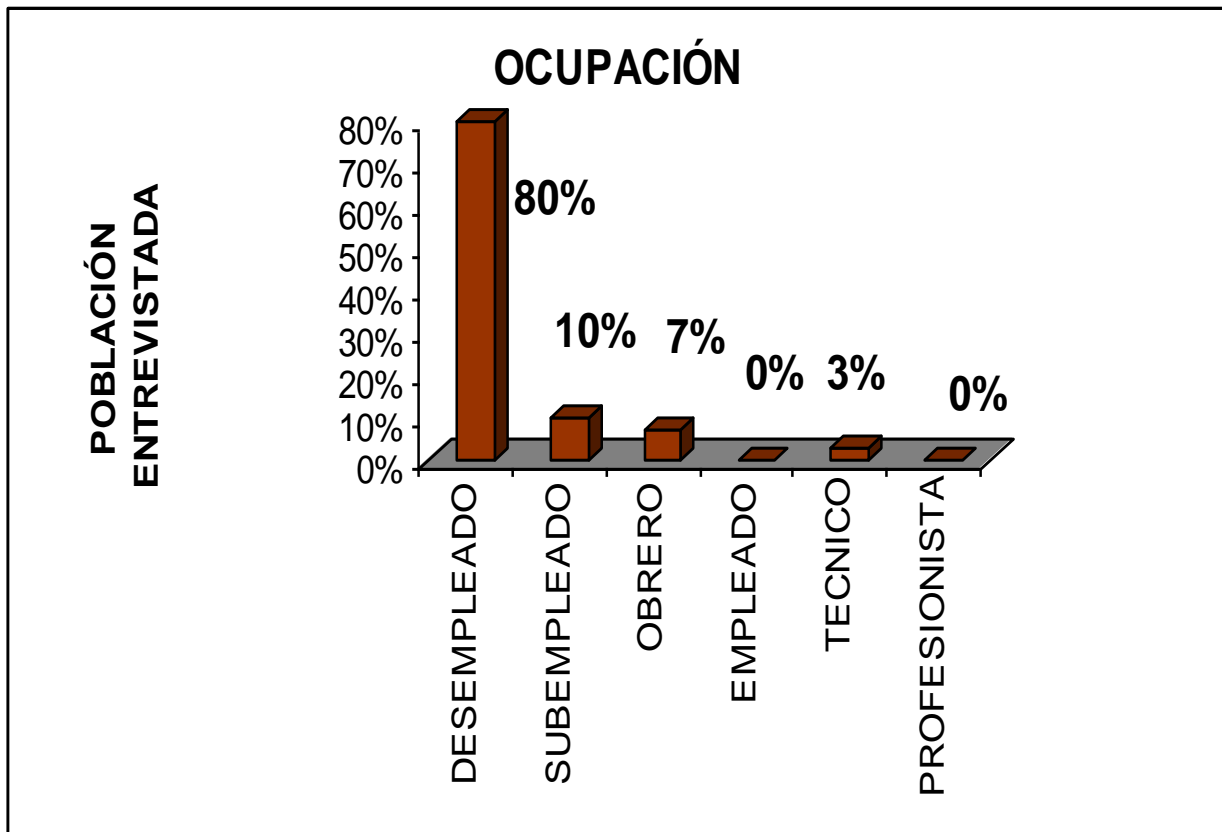
Gráfica No. 6: Procedencia de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

A pesar que el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza fue creado para atender a la población del Estado de Hidalgo, existen personas que por la cercanía a la Institución, como lo es el Estado de México en un 10%, el Distrito Federal en un 5% y en algunas ocasiones de estados como Puebla o Tlaxcala, que en algún momento no puede negarse el servicio de Psiquiatría, pero en la mayoría de las ocasiones son referidos a sus unidades correspondientes para dar atención a la población proveniente de los 84 municipios del estado de Hidalgo, distribuidos en sus 12 jurisdicciones sanitarias que reportó una cifra del 87%.

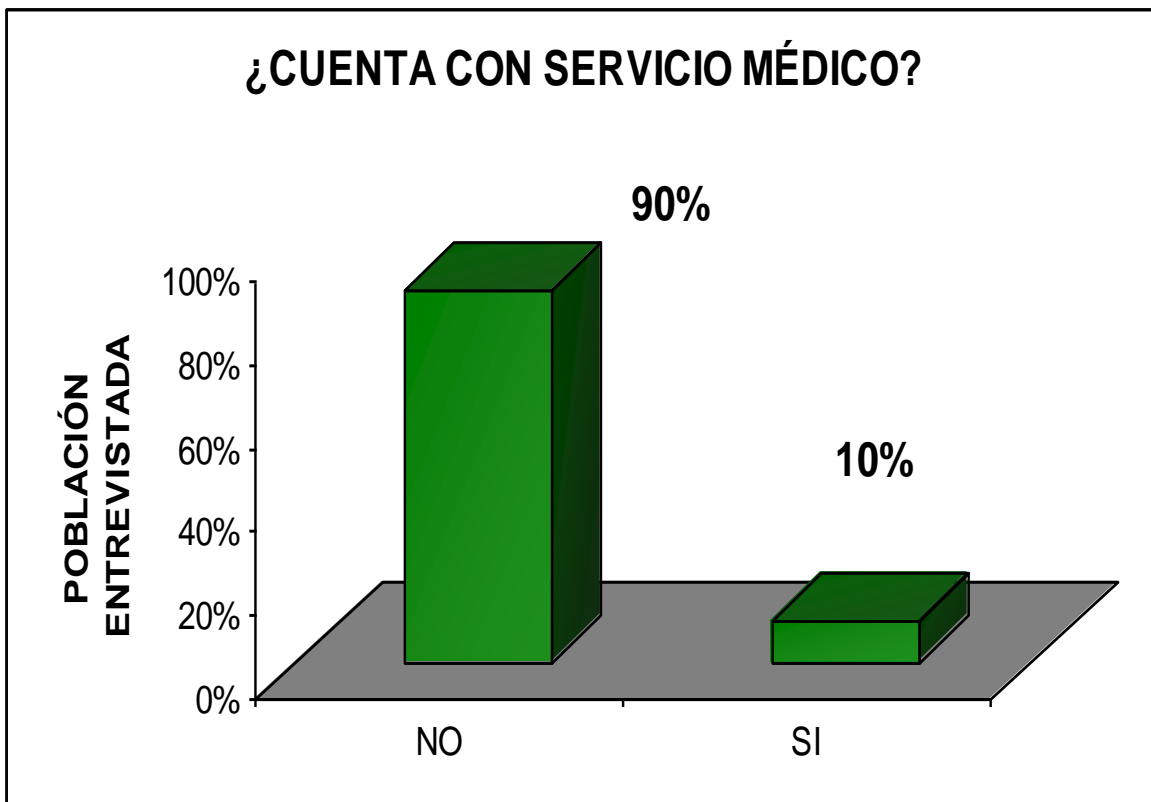
Gráfica No. 7: Ocupación de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

En este indicador se observa en gran porcentaje (80%), que la población no realiza ninguna actividad laboral, a consecuencia de que existen pocas oportunidades laborales para las personas que tienen una enfermedad mental, o se ven imposibilitadas a buscar un trabajo; en su mayoría dependen de su familia, solo un 10% se encuentran en el rubro de subempleados (personas que realizan alguna actividad y reciben ingresos inferiores al salario mínimo, entre ellos se encuentran los vendedores ambulantes, los trabajadores del campo, trabajadoras domésticas, pensionados, ayudantes de albañil etc.) y en un 7% los obreros y sólo un 3% a las personas que realizan alguna actividad técnica.

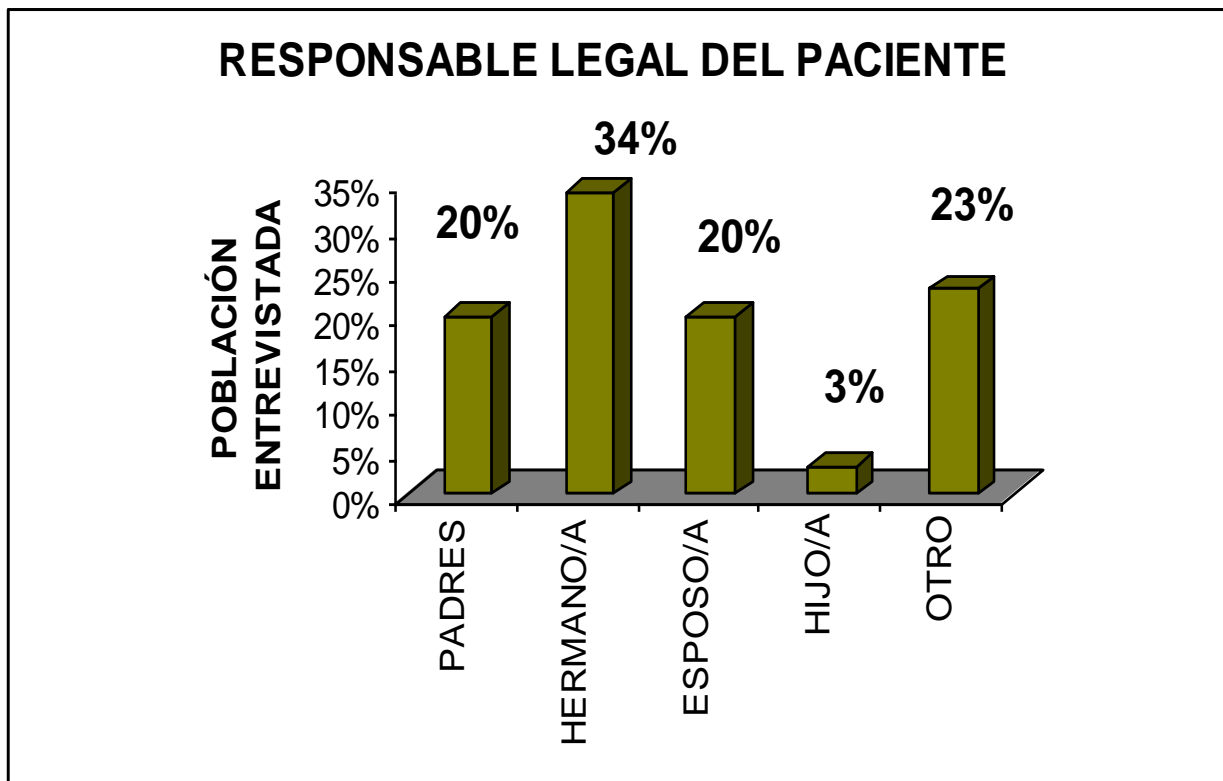
Gráfica No.8: Seguridad Social de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

En lo referente a seguridad social se puede observar que el 90% de la población carece de afiliación a algún servicio médico, sólo un 10% cuenta con el servicio de Seguro Popular, IMSS o ISSSTE, en estos dos últimos a pesar que cuentan con el servicio de Psiquiatría acuden a recibir atención en Villa Ocaranza; mencionando que son ayudados con medicamento en sus unidades correspondientes.

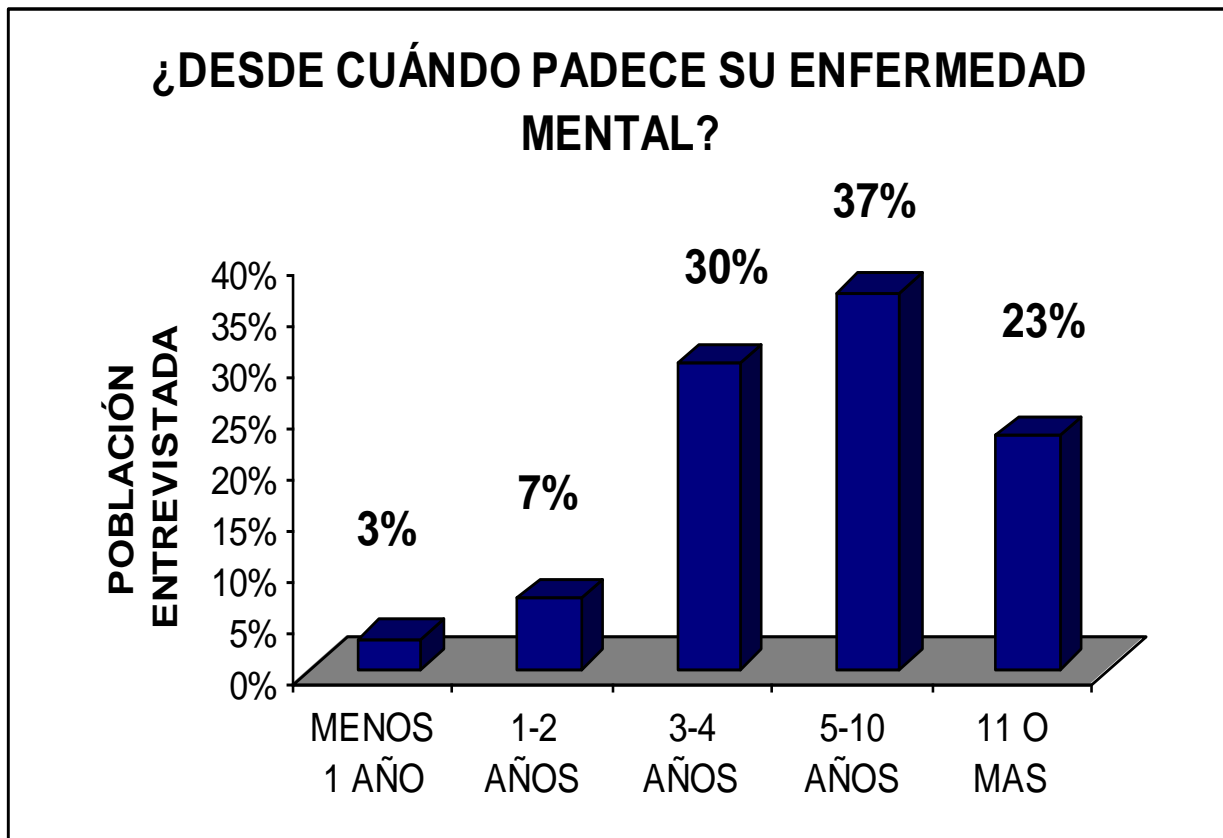
Gráfica No.9: Familiar o Responsable Legal de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

Esta categoría representa al familiar o responsable legal del paciente, que se ven involucrados directamente con la enfermedad del usuario, en este rubro se puede notar que en un 34% son los hermanos los que se involucran más, seguido en un 23% con la participación de otros (sobrinos, amistades, yernos, nueras, nietos, cuñados, suegros, tíos, incluyendo a los vecinos), que de alguna manera establecen estrecha comunicación con el usuario y personal de salud; en igualdad con un 20% los padres y el esposo o la esposa y solo con un 3 % se ven implicados los hijos.

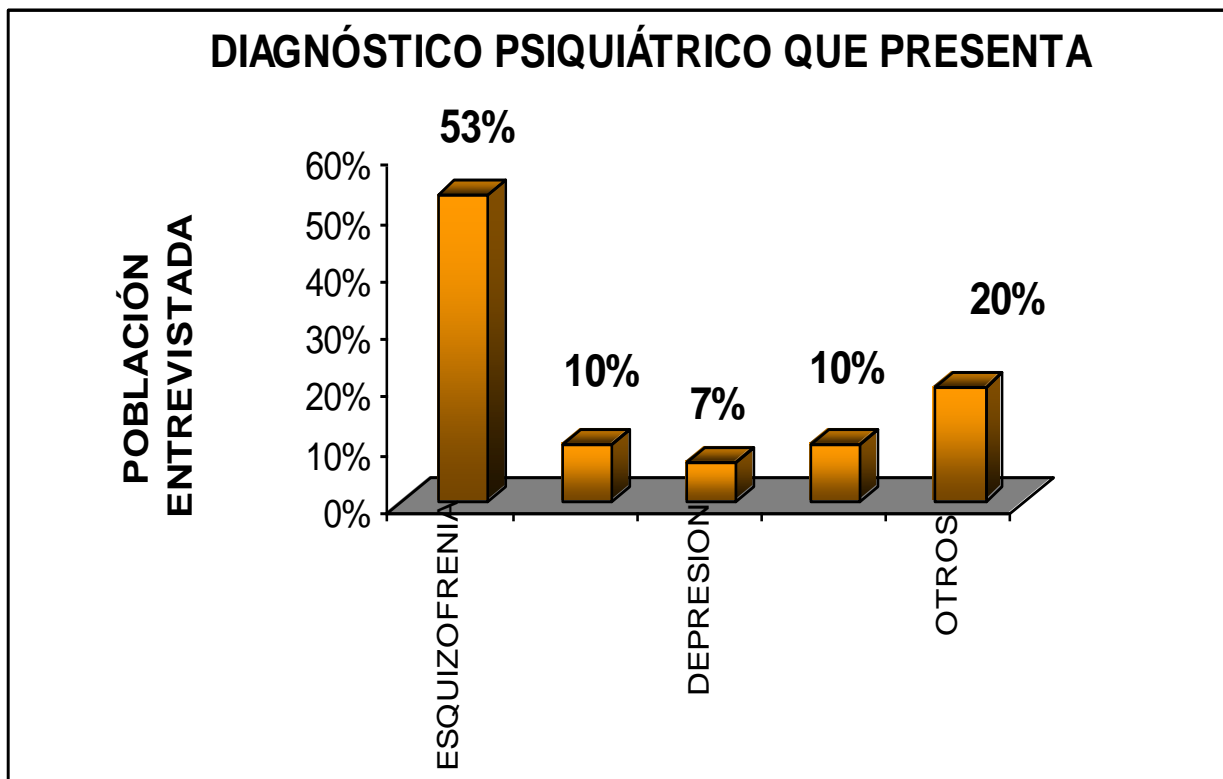
Gráfica No.10: Tiempo de padecer la enfermedad mental de la población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

La gráfica anterior muestra que el 37% de la población entrevistada menciona presentar su enfermedad desde hace 5 a 10 años, seguido los que comenzaron a presentar los primeros síntomas hace 3 a 4 años en un 30%, en un 23 % los que presentan la enfermedad desde hace 11 años o más, sólo el 3% refiere que en menos de un año empezó con su padecimiento. Cabe hacer mención que las enfermedades mentales no tienen recuperación total, son enfermedades que se controlan a través de la medicación constante e ininterrumpida y lo que se pretende es que el usuario cada vez tenga menos reingresos y que sólo acuda de manera subsecuente con el especialista.

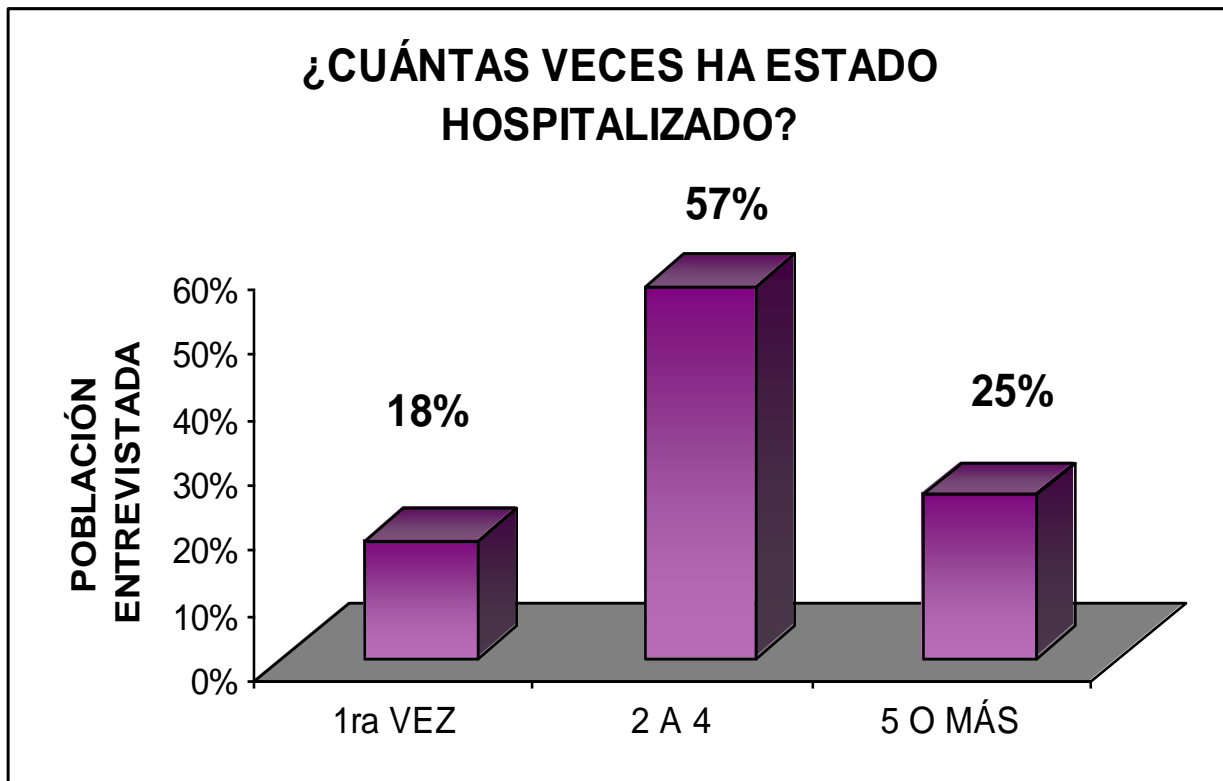
Gráfica No.11: Diagnóstico Psiquiátrico presentado



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

La esquizofrenia es la enfermedad mental con mayor índice de atención en la unidad, como se muestra en la gráfica anterior el 53% de las personas mencionan tener dicho padecimiento, en igualdad con un 10% los que presentan Epilepsia y Trastornos por el Abuso de Drogas y Alcohol, el 7% los que presentan Depresión; aunque se atienden otro tipo de trastornos los mencionados anteriormente son los más comunes, el 20% refiere presentar otro tipo de padecimiento, todos ellos registrados en el CIE_10 (Clasificación internacional de las enfermedades mentales de la OMS).

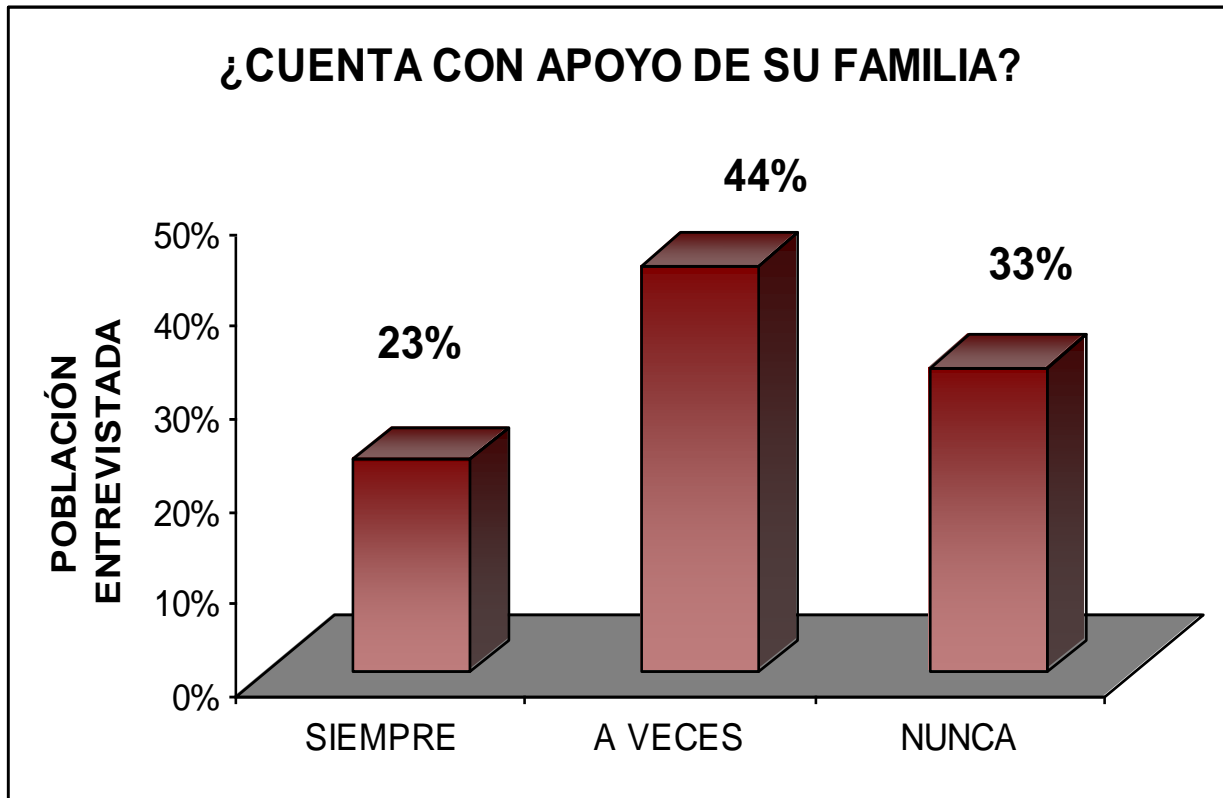
Gráfica No.12: No. de veces que ha presentado una hospitalización



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

En la pregunta anterior se muestra que un porcentaje considerable de población con un 57% menciona haber estado hospitalizado de 2 a 4 ocasiones, seguido en un 25% los que han presentado de 5 a más reingresos y sólo en un 18% ha estado una ocasión. Es importante conocer cuáles son los factores que se ven involucrados para que el paciente presente más de una ocasión descontrol en su enfermedad y esto amerite constantes reingresos.

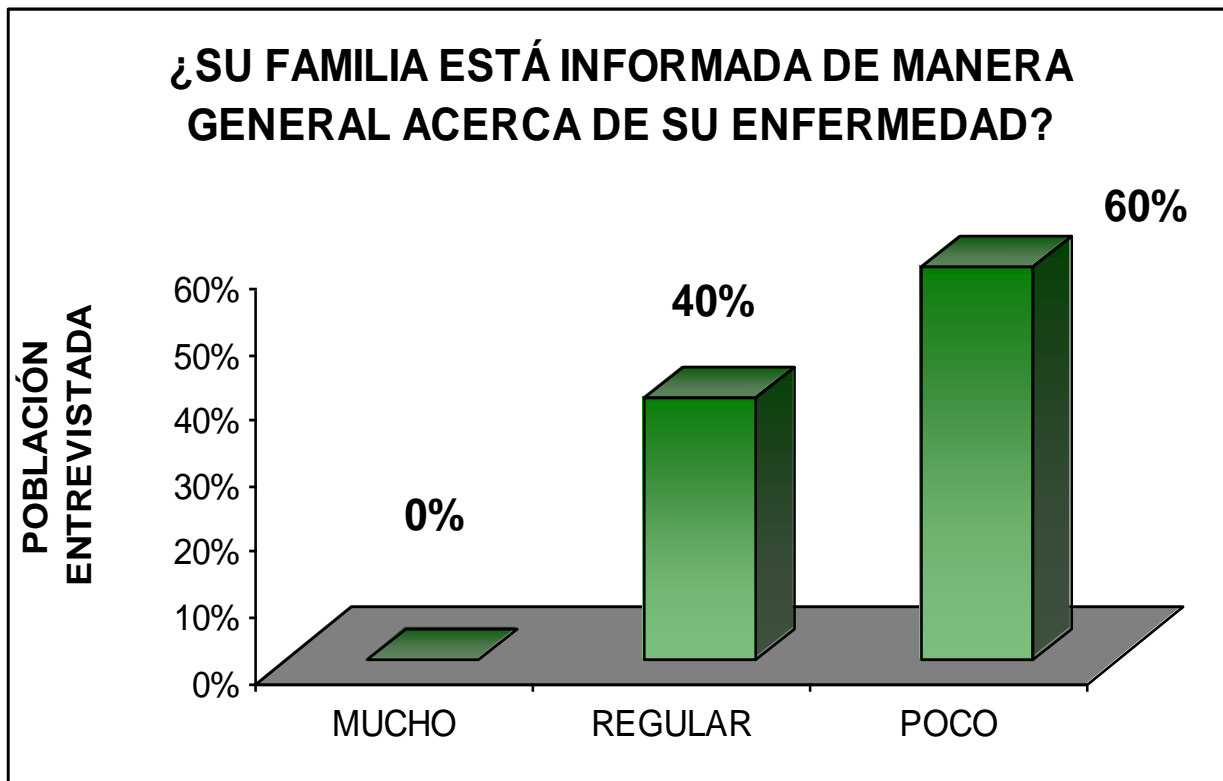
Gráfica No.13: Grado de apoyo familiar brindado al paciente



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

En estas últimas graficas que se presentan se preguntó de manera directa aspectos que se ven relacionados en el ámbito familiar, con el propósito de conocer los factores familiares que se ven involucrados para que el usuario presente constantes reingresos. Se interrogó si contaban con apoyo de su familia para el control de su enfermedad, a lo que el 44% mencionó que a veces, en un 33% refiere que nunca y en último lugar con un 23% los que siempre cuentan con dicho apoyo.

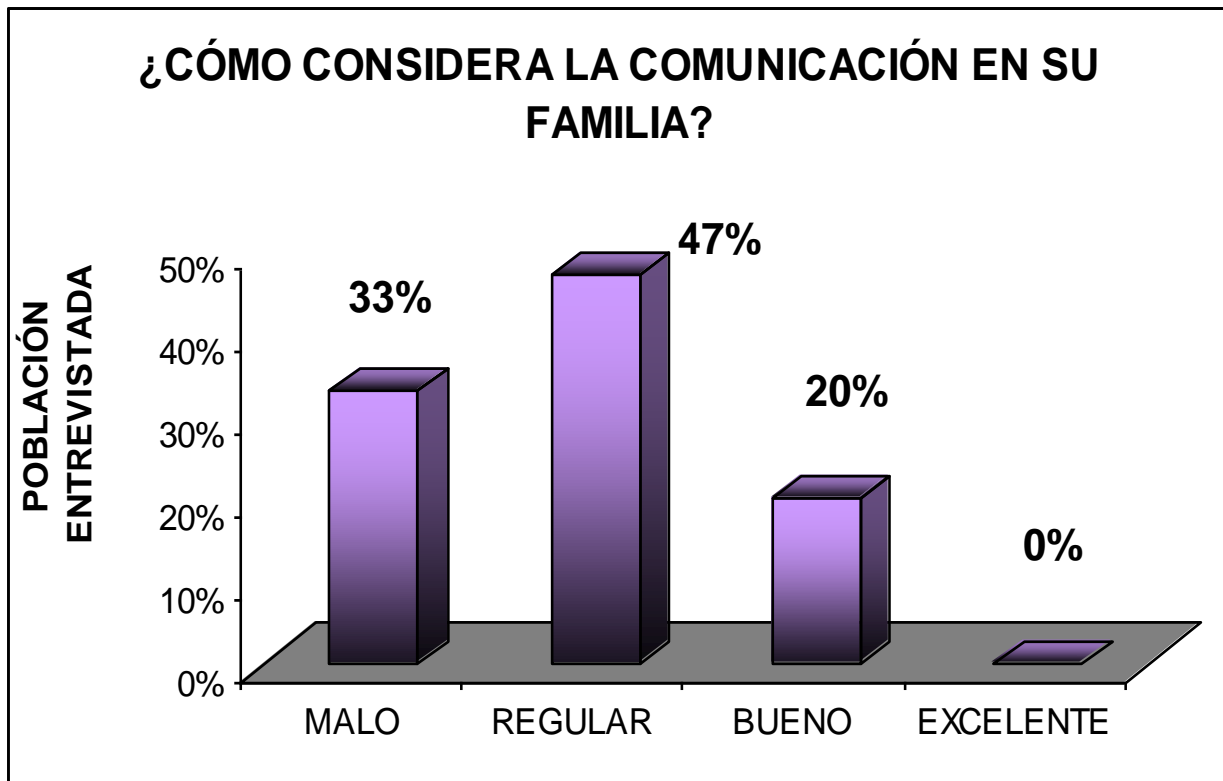
Gráfica No.14: Información de manera general por parte de la familia acerca de la enfermedad que presenta el paciente.



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

Otro aspecto considerable de saber es, si la familia está informada de manera general acerca de la enfermedad mental presentada por el paciente; es decir, los síntomas comunes presentados, las reacciones secundarias de los medicamentos, el origen o causa del padecimiento y cómo controlar la enfermedad. A lo que el 60% de la población menciona que sus familiares están poco informados al respecto, el 40% refiere que regular.

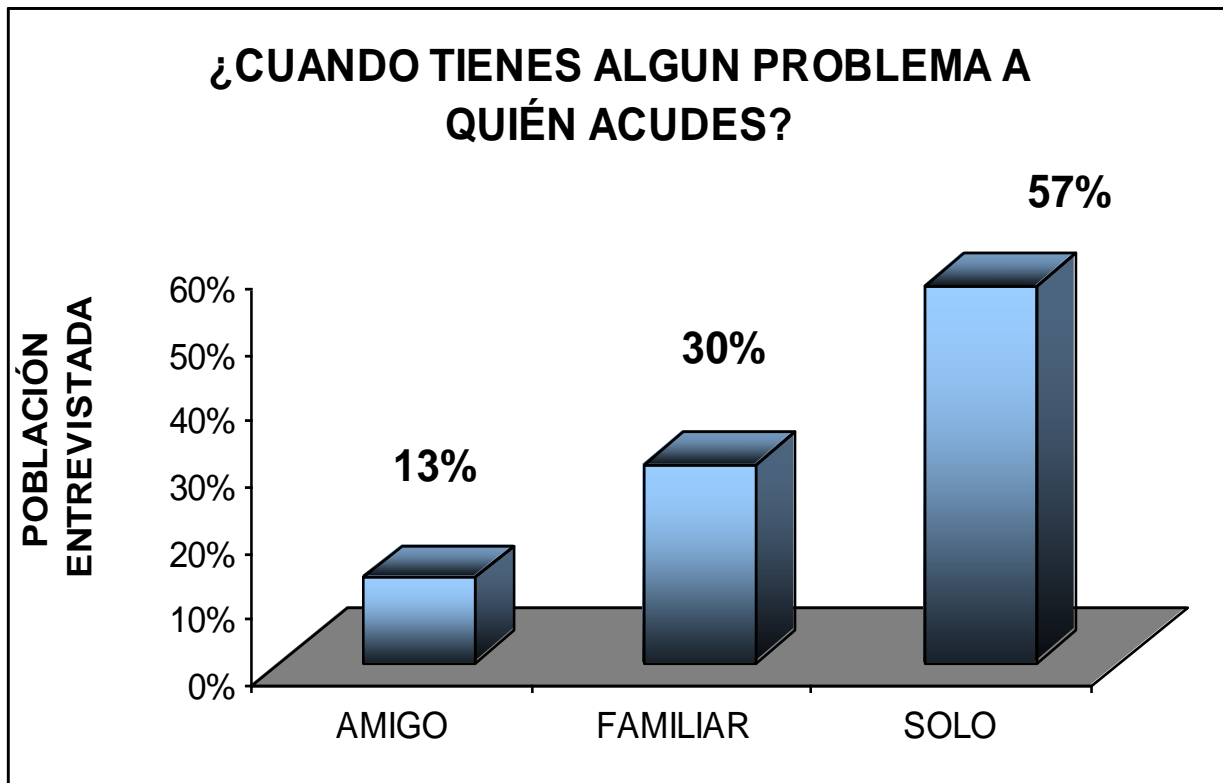
Gráfica No.15: Comunicación dentro de la Familia de la Población Entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

La excelente comunicación de la familia dentro de un hogar donde existe un paciente con una enfermedad mental debe de ser fundamental; sin embargo, al presentarse este tipo de padecimiento se rompe la dinámica familiar. El 47% de la población menciona que es regular la comunicación, seguido en un 33% quien la considera mala, solo un 20% menciona que es buena y ninguno mencionó que sea excelente.

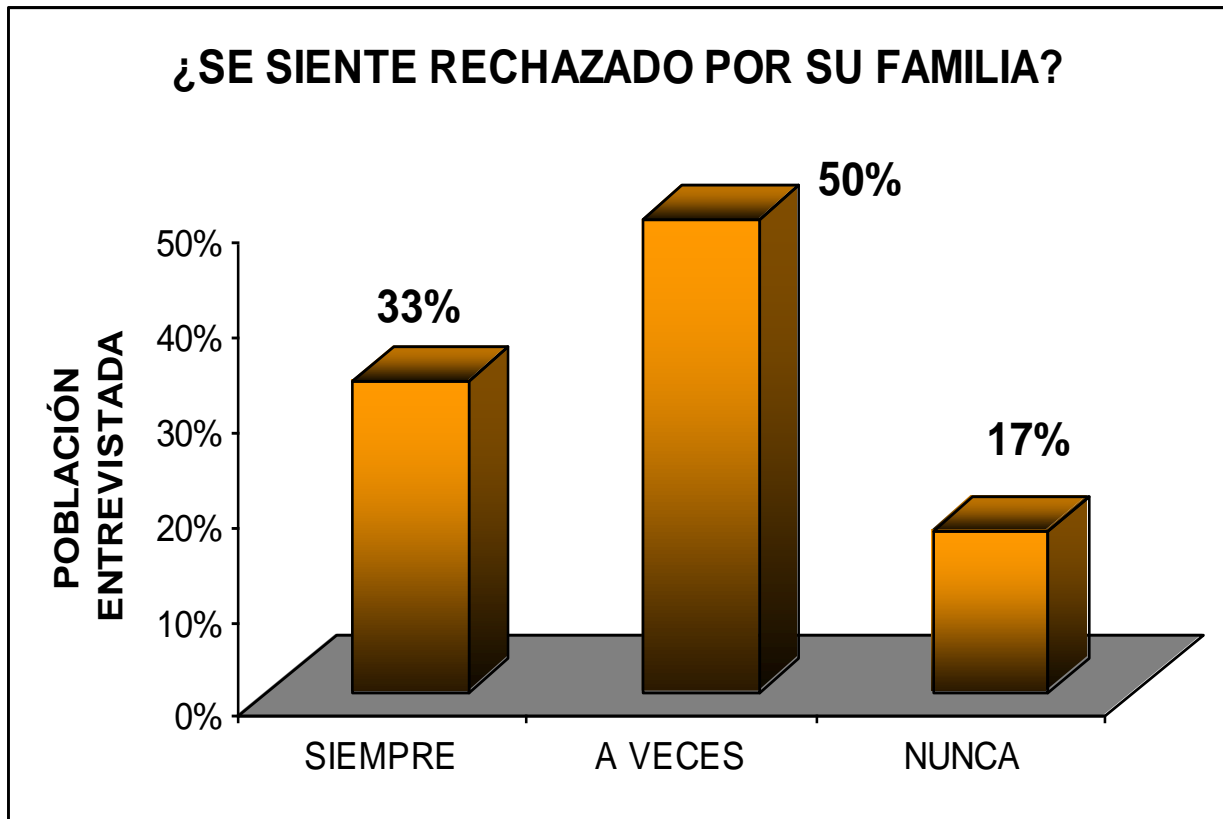
Gráfica No.16: En caso de presentar algún problema con quien acude la población entrevistada



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

Las personas que presentan alguna enfermedad mental por lo regular son rechazadas hasta por su propia familia, por su comunidad o ellos mismos se aíslan. Tal es como se muestra la gráfica anterior que un 57% menciona que cuando tiene algún problema ya sea emocional, económico etc., prefieren arreglarlo solo, el 30% cuenta con el apoyo de la familia y el 13% acude con un amigo.

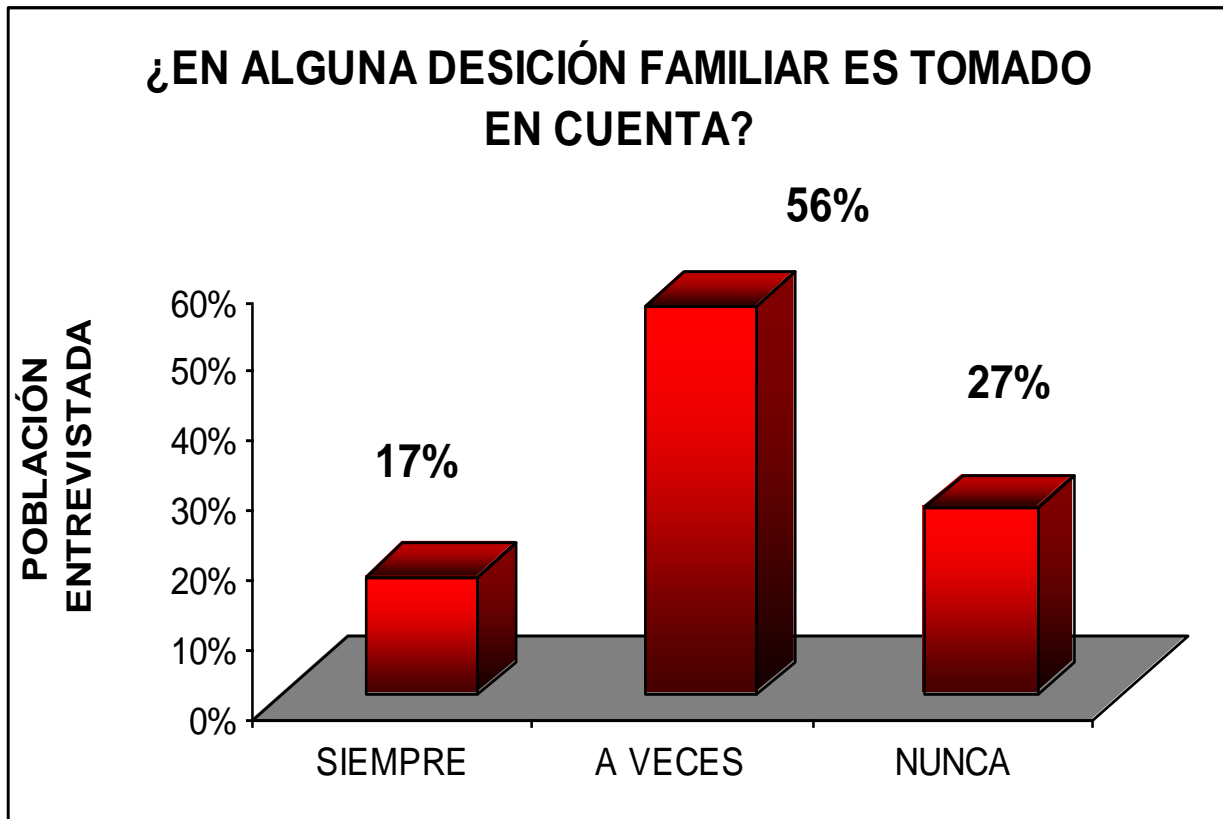
Gráfica No.17: Rechazo de la Familia



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

Como se mencionaba anteriormente en pocas ocasiones el paciente siente apoyo por parte de su familia, debido a que la gente está mal informada acerca de la enfermedad, continuamente son rechazados dentro de su seno familiar. El 50% de la población siente que en ocasiones es rechazado, seguido del 33% que lo percibe siempre y sólo el 17% menciona que nunca se ha sentido rechazado. Un paciente que siente rechazado, el tratamiento no funciona al 100%.

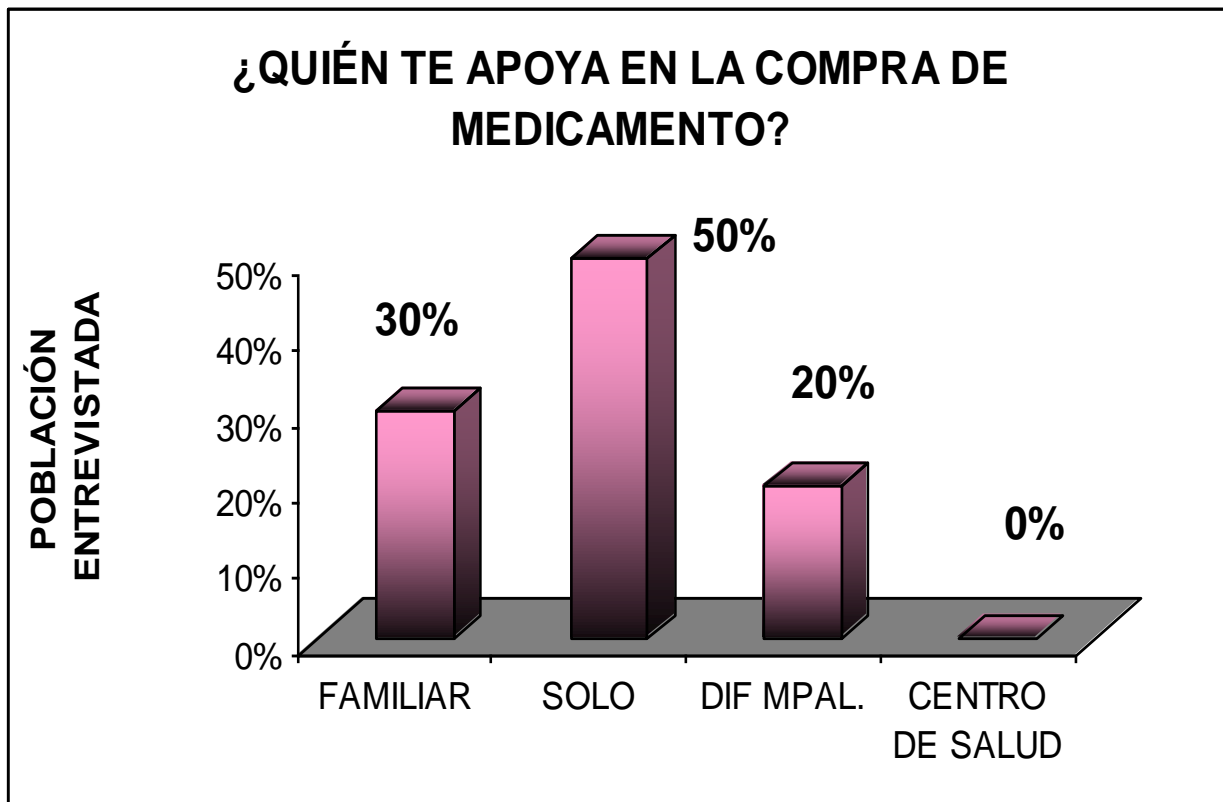
Gráfica No.18: Son considerados en alguna decisión familiar



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

El 56% menciona que a veces son considerados para tomar alguna decisión familiar, el 27% no les toman parecer en ningún aspecto y el 17% considera que son tomados en cuenta. Durante el proceso de rehabilitación en donde se involucra a todos los miembros de la familia, este aspecto siempre es tomado en cuenta y se hace conciencia en que deben de involucrar al paciente hasta en la mínima decisión familiar, esto repercute de manera significativa en el tratamiento médico.

Gráfica No.18: Apoyo en la compra del medicamento.



Fuente: Entrevista a pacientes que acudieron de manera subsecuente al servicio de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (Marzo 2008).

Como ya se mencionó anteriormente para el control de una enfermedad mental debe de existir un apego estricto al tratamiento farmacológico, se observa que una de las causas principales en el reingreso del usuario es por el abandono de tratamiento derivado principalmente al aspecto económico, el tratamiento es muy costoso y la mayor parte de las veces quien tiene que cubrir este gasto es la familia como se observa en la gráfica con un porcentaje del 50% destacando que las familias que acuden a la unidad presentan una déficit economía y sólo alcanzan a cubrir los gastos necesarios, el 30% menciona que él sólo se encarga de la compra de sus medicamentos, el 20% recibe apoyo por parte de DIF Municipal de su localidad y ninguno menciona recibir apoyo por parte del centro de salud debido a que existe desabasto de medicamento para este tipo de enfermedades.

5.2 Conclusiones

La enfermedad mental sigue estigmatizándose y se considera un “peligro” social, sin posibilidad de recuperación. La sociedad tiende a considerar al enfermo mental como un peligro, por lo que la necesidad que percibe es la de recluirlo. Es tarea de los profesionales de la Salud Mental sensibilizar a la población y ayudar a cambiar el concepto negativo de enfermedad mental con objeto de mejorar la atención integral al paciente.

La Familia es un elemento fundamental a tener en cuenta durante todo el proceso (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación). Es imprescindible proporcionar a la familia la información sobre el manejo de situaciones problemáticas y apoyo, no se puede depositar en la familia toda la responsabilidad del tratamiento y evolución del paciente, debe de incluirse dentro del Plan de Rehabilitación y brindarle si es necesario apoyo psicológico

Existe la necesidad de crear programas de sensibilización social sobre la problemática de la enfermedad mental, así como diseñar una red de recursos sanitarios y sociales para la orientación, información, rehabilitación, que mejore la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias. De esta manera fortalecer y dar respuesta a lo planteado en el Plan Estatal de Desarrollo (2005-2011).

La administración pública debe de considerar que las personas que padecen de una enfermedad mental necesitan de espacios donde puedan laborar, con la finalidad de mantenerse ocupados, siendo esta característica algo que funciona positivamente en su tratamiento.

También que dentro del ámbito de la salud se destine mayor recurso a las unidades de atención en salud mental, ya que en el Estado de Hidalgo sólo existe un Hospital Psiquiátrico que da atención a los 84 municipios, a pesar de que los servicios de salud de Hidalgo puso en marcha un programa de capacitación donde los médicos generales ubicados en los núcleos básicos de salud (existentes en todos los municipios) se

capacitaron para poder solucionar y dar seguimiento a las personas que presentan alguna enfermedad mental.

Por otra parte fortalecer las diferentes redes de apoyo con las que cuenta el paciente, que aprenda él mismo junto con su familia a gestionar la ayuda para la compra de su medicamento, situación que se ha vuelto una carga económica y la causa de que el paciente constantemente abandone su tratamiento y por ende presente varios reingresos. Mencionar que la Rehabilitación del enfermo mental no sólo es dentro del ámbito clínico sino social.

La labor fundamental del Trabajador Social es proporcionar a la familia de manera oportuna, expédita y sistemática las gestiones de ingreso-egreso del usuario, además de promover la continuidad y apego al tratamiento médico, a través de la orientación sobre la importancia de la salud mental, así como detectar y fortalecer las redes de apoyo.

Atiende el medio social del individuo con padecimiento mental con el fin de detectar las alteraciones, que presentan en sus diferentes áreas de desenvolvimiento, que determinan y/o agudizan su padecimiento. Además de participar en la vinculación y fortalecimiento de las redes de apoyo, receptoras del usuario rehabilitado y ser el conciliador de intereses entre usuario, familia y prestador.

Bibliografía

- Ander, Egg Ezequiel (1979). *Diccionario de Trabajo Social*. Editorial Ecro. Argentina.
- Ander-Egg (2000). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Ed. Lumen Humanitas. Buenos Aires-México.
- Archivo del Departamento de Trabajo Social (2007). *Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza*.
- Azuara Pérez Leandro (2002). *Sociología*. Ed. Porrúa. México.
- Código Familiar (2004). *Procedimientos familiares reformados para el Estado de Hidalgo*. México.
- Barrera Rubio Kebia (1993). *El Trabajo Social Psiquiátrico en México*.
- Beatriz Edamex (1998). *Familias y Relaciones de Género*. Cambios Trascendentales en América Latina. México.
- Calderón Hinojosa Felipe (2007-2012). *Plan Nacional de Desarrollo*.
- Castellanos (1981). *Manual de Trabajo Social*. México.
- CIE_10 (2003). *Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales*. México.
- Contreras de Wilhem, Yolanda (2000). *Trabajo Social de Grupos*. Argentina.
- García Alba, Jesús (1993) *Hacia un Nuevo Enfoque de Trabajo Social en México*, Narcea S.A., Madrid, España.
- Herranz, Jesús (2006). *Psicología de la Salud*, Módulo III La Familia y el Enfermo Mental. México.
- Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza (2006). *Capacitación sobre el papel del Trabajador Social en el área de la salud*. Hidalgo.
- Individuo, grupo y sociedad (2002). *Factores sociales y culturales de la conducta*. México.
- *Introducción al Trabajo Social* (1993), Editorial El Ateneo. México.
- *Metodología para el estudio Social de Casos* (1998). Colección de Trabajo Social. Etna Meave, Etme Ediciones. México.
- Minuchin Salvador (1980). *Tipos de Familia*. Madrid.

- Natalio Kisnerman, David Mústieles Muñoz (1997). *Sistematización de la Práctica con grupos*. Editorial Lumen. Argentina.
- Osorio Chong Miguel Ángel (2005-2011). *Plan Estatal de Desarrollo*. Editorial Elede.
- Quinta conferencia mundial de la promoción de la Salud (2000). *Individuo, grupo y sociedad*. México.
- Salud Mental (2004). *Centro de Investigación y estudios médicos*. Perú.
- Secretaria de Salud (2001). *Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos. Lineamientos Generales. Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental*, México.
- Secretaría de Salud (2001). *Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño*. Unidades Médicas por Nivel de Atención. México.
- Secretaria de Salud (2001). *Norma Oficial Mexicana Nom-017-Ssa2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica*. México.
- Secretaría de Salud (2002) *Retos para las Instituciones encargadas de prestar servicios de salud*. México.
- Tello Peón (2000). *Anales de Trabajo Social. Revista No. 1*. México
- Vargas Hernández, J.G. Segunda Parte (2001). *La cultura organizacional de México*. México.

Páginas Web

- Definición de Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social. Universidad de Guadalajara. En World Wide Web.
<http://fuentes.csh.udg.mx/divdep/deps/dtrabsoc.htm>. Diciembre 2007.
- El Concepto de “Enfermedad Mental”. En www.eumed.net/libros, Enero, 2008.
- El Concepto de “Hospital Psiquiátrico”. En www.eumed.net/libros, Febrero, 2008.
- El Concepto de “Salud” (OMS 1946). En www.eumed.net/libros, Enero, 2008.

Anexos

SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO HOSPITAL PSIQUIATRICO "VILLA OCARANZA"

GUIA DE ENTREVISTA APLICADA A USUARIOS QUE ACUDEN DE MANERA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN VILLA OCARANZA UBICADO EN CARR. MEXICO-PACHUCA KM 62.5, SAN MIGUEL EYACALCO, MUNICIPIO DE TOLCAYUCA HGO.

OBJETIVO: CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO DEL ENFERMO MENTAL AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO VILLA OCARANZA

1.- Nombre del usuario: _____

2.- Edad: _____

3.- Sexo: M () F ()

4.- Edo. Civil: Soltero/a () Casado/a () Viuda/o () Divorciado/a () Unión Libre () Madre Soltera ()

5.- Escolaridad: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura ()

6.- Religión: Católica () Testigo de Jehová () Cristiana () Otra ()

7.- Procedencia: Hidalgo () Edo. de México () D.F. () Otros Estados ()

8.- Ocupación: Desempleado () Subempleado () Obrero () Empleado () Técnico () Profesionista ()

9.- Servicio Médico: Si () No ()

 Especifique cuál IMSS () ISSSTE () Seguro Popular ()

10.- Responsable legal del Paciente:

 Papá () Mamá () Hermano/a () Esposo/a () Hijos () Otros ()

11.- ¿Desde cuándo padece su enfermedad mental?

 Menos de un año () 1 a 2 años () 3 a 4 () 5 a 10 () 11 o más ()

12.- ¿Cuál es el Dx psiquiátrico que presenta?

 Esquizofrenia () Epilepsia () Depresión () Trastorno por el abuso de drogas y alcohol () Retraso Mental () Otros ()

13.- ¿Ha estado hospitalizado en esta Institución?

 SI () NO () ¿Cuántas veces? 1 vez () 2 a 4 () mas de 5 ()

14.- ¿Cuenta con el apoyo de su familia para su enfermedad?

 siempre () a veces () nunca ()

15.- ¿Su familia está informada de manera general acerca de la enfermedad que padece?

mucho () regular () poco ()

16.- ¿Cómo considera la comunicación dentro de su familia?

malo () regular () bueno () excelente ()

17.- ¿Cuándo tienes algún problema con quién acudes?

amigo () familiar () solo ()

18.- ¿Se siente rechazado por su familia?

siempre () a veces () nunca ()

19.- ¿En alguna decisión familiar es tomado en cuenta?

siempre () a veces () nunca ()

20.- ¿Quién te apoya en la compra de tu medicamento?

Solo () Familiar () DIF Municipal () Centro de Salud ()