



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCION  
PSICOLOGICA SOBRE LAS ACTITUDES HACIA LA  
ENFERMEDAD MENTAL EN FAMILIARES DE  
PACIENTES PSIQUIATRICOS (HOSPITAL  
PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ, SSA)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

EDUARDO GARCIA SILVA



DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA  
ASESOR: DR. FRANCISCO A. MORALES CARMONA

MEXICO, D. F.

1996.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Siempre es grato agradecer, y pretendiendo trascender la costumbre de toda tesis que es agradecer por agradecer, yo quiero agradecer a quienes se permitieron compartir tanto la ansiedad como el goce que se fueron experimentando durante toda la investigación; ansiedad generada por la incertidumbre que toda búsqueda de nuevo conocimiento implica, en tanto se descubre más lo que no se sabe que lo que se sabe, y si no se cree así, habrá que ver el apartado de sugerencias donde se evidencia que este trabajo no arrojó una verdad absoluta, sino que señaló nuevos caminos para investigar que pueden ser aún más enriquecedores si se los quiere andar, siendo esta la parte -creo- donde radica la importancia y la real aportación de este trabajo; y goce generado por un logro que queda suspendido en tanto siempre se desea lograr más y no petrificarse en un momento de placer y satisfacción. Las personas a las que me refiero son principalmente todas aquellas que nunca estuvieron comprometidas en la realización del trabajo y que mostraron todo el tiempo plena disposición para dar su apoyo, pero también a quienes dieron su apoyo aún cuando estaban comprometidas a hacerlo. Aquí es difícil nombrarles dado que siempre se corre el riesgo de herir susceptibilidades y categorizar posiciones que, finalmente, no dicen nada, pues lo que cada una de esas personas me significa es muy particular y no puede ser posicionada ni siquiera en referencia a otra ya que tiene su propia importancia para mí, dándole esto su carácter de única. Vengan pues los nombres sin ningún orden específico: Asunción Valenzuela, Claudia Baeza Saldivar, Fernando Vázquez, Fernando Silva Velázquez, Francisco Morales C., Ismelia Silva Lemus, Alfonso García Espinosa, Araceli Mendoza, Leticia Ponce Silva, Patricio Castro, Janet Jiménez G., Lucía Castañeda, Julio Ornelas, Francisco Monter García, Sofía García Espinosa, Susana Ponce Silva, Arturo González, Gerardo Hernández, Fabián Martínez, Angel Casales, Enrique Buzo Casanova, Jorge Alvarez M., Oscar Landero, Cristian Hernández G., Ma. Antonieta Guevara,

Isabel Tirado Reyes, Hortensia García Espinosa, Fernando Silva Lemus, Matilde Guerrero, Rubén Varela, Isafas Carlos, Georgina Juárez Olavarrieta, Fernando Martínez, Claudia E. Márquez Ponce, Ma. Antonieta Monter García, Lilliana Espinosa Pozos, Marisela Silva, Mónica H. Valera U., Martha Rosas, Isabel Agullar, Ana Luz Hernández, el personal del departamento de consulta externa y en general de todo el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que facilitó el trabajo, DGAPA y sobre todo agradezco a la máxima casa de estudios donde me formé: la Universidad Nacional Autónoma de México.

Valga una disculpa por omitir títulos y nombramientos en tanto en las personas mencionadas se encuentran: licenciados, doctores, maestros, jefes de departamento, familiares, etc. sin embargo, no me interesan dichos títulos más que la calidez e interés que su esencia como personas me brindaron durante la realización de este trabajo.

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo I. El paciente psiquiátrico</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo II. Actitud y enfermedad mental</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo III. Familia y enfermedad mental</b>	<b>29</b>
a) Herencia	30
b) Daño orgánico cerebral	31
c) Las relaciones familiares	33
<b>Capítulo IV. Intervención grupal en familiares de pacientes psiquiátricos</b>	<b>41</b>
<b>Capítulo V. Método</b>	<b>54</b>
• Objetivo	55
• Planteamiento del problema	55
• Hipótesis	56
• Variables	56
• Definición conceptual de las variables	56
• Definición operacional de las variables	57
• Sujetos	57

---

• Muestreo	58
• Tipo de estudio	58
• Diseño de investigación	58
• Instrumentos	59
• Procedimiento	59
• Análisis estadístico	62
Capítulo VI. Resultados	63
Capítulo VII. Discusión y conclusiones	76
Capítulo VIII. Limitaciones y sugerencias	92
Bibliografía	95
Anexo 1	101
Anexo 2	111

---

# R e s u m e n

El presente trabajo tuvo como finalidad analizar el papel de la intervención psicológica y orientación a familiares de pacientes psiquiátricos y de sus consecuencias tanto para el familiar como para el paciente. Fue motivado por la bibliografía que existe y por la propia observación del investigador en escenarios reales referente a que la emergencia de enfermedad mental en un miembro de la familia repercute en el resto de los integrantes ocasionando cambios en el sistema que influyen sobre la actitud de los miembros de dicha familia hacia el paciente identificado y en la interacción que se da entre ellos y que, a su vez, afecta directamente al paciente obstaculizando su recuperación e influyendo en la recaída, por lo que resulta importante tratar al familiar que se encuentra en esta situación (Minuchin, Ackerman). Se partió del supuesto hipotético de que los familiares de enfermos mentales que acuden a intervención psicológica logran, con esto, una actitud de aceptación hacia su enfermo y mejoría en sus relaciones interpersonales con el mismo a diferencia de quienes no asisten a servicios psicológicos.

Para llevar a cabo esta investigación se trabajó en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez con un grupo de 15 sujetos que tenían un familiar con enfermedad mental que era atendido en la misma institución como grupo experimental en sesiones que duraron una hora y media con frecuencia de una sesión por semana y teniendo por lo menos siete sesiones. Como grupo control se contó con el mismo número de sujetos que tenían un familiar con enfermedad mental y que, sólo tenían una sesión de psicología en consulta externa.

La intervención consistió en una orientación psicológica que ya previamente se ha estructurado en un programa del departamento de psicología del hospital y la cual se ha llevado a cabo desde hace siete años en la misma institución.

Las variables independientes fueron la intervención psicológica a los sujetos experimentales; el rango de edad de los sujetos -tanto experimentales como control- y



las categorías de parentesco entre sujetos y familiares con enfermedad mental. La variable dependiente fue la actitud de los familiares hacia la enfermedad mental

Se empleó para la evaluación un estudio transversal aplicando el test al grupo con una sola sesión (control) y otro al grupo de reflexión (experimental) en donde por lo menos los sujetos tenían siete sesiones. En esta evaluación se aplicó la Escala hacia la Enfermedad Mental de Stefani (1973). Los resultados obtenidos muestran que los individuos que tenían ya por lo menos siete semanas (sesiones) en la intervención psicológica, reportaron una actitud hacia a la enfermedad mental más neutra, en comparación con los sujetos que sólo tenían una sesión, quienes reportaron una actitud hacia la enfermedad mental más favorable.

---

# Introducción

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge debido a la peculiar característica observada por el autor en el campo del quehacer clínico de la psicología en las instituciones de salud mental y específicamente en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez; dicha característica concierne a la situación en la que el paciente identificado, una vez que ha recibido su tratamiento psiquiátrico y los síntomas han remitido, regresa comúnmente a recibir atención por la nueva emergencia de la sintomatología posterior al regreso a su situación familiar.

Esto nos lleva a pensar que el problema psicopatológico no es exclusivo del paciente identificado, sino como lo ha señalado Ackerman (1976), la familia juega un papel muy importante en la salud mental de sus miembros.

Otro motivo importante para llevar a cabo esta investigación es la escasa bibliografía que existe en torno a las actitudes de los familiares hacia sus pacientes identificados. Si bien han sido poco estudiadas las pautas de conducta de la familia, como lo resalta Ackerman (1986), las relaciones entre miembros de una familia resultan abiertas totalmente a la exploración. Con esto y con los antecedentes que existen respecto a la importancia de la dinámica familiar como influencia o determinante de psicopatología en sus miembros (Minuchin 1993 y Caparrós 1981), es prudente indagar precisamente sobre estas influencias familiares que llevan al sujeto a una recaída en la afección mental que supuestamente estaba ya controlada. Como aparece en el título del presente trabajo y a lo largo del mismo, la hipótesis fundamental que surge ante las observaciones hechas es que si la actitud de los familiares hacia el paciente es negativa, sus interacciones serán conflictivas o estresantes, productoras de ansiedad y sobre todo, favorecerán el resurgimiento de la enfermedad mental en el paciente aparentemente ya "curado"

A pesar de que el trabajo con la familia desde el punto de vista psicológico y/o psiquiátrico es relativamente nuevo (Goldman 1990), ofrece una alternativa de

tratamiento terapéutico ante las no siempre adecuadas -para el caso- farmacoterapia o terapia psicoanalítica (Ackerman 1969), entre otras

Cabe señalar aquí algunos de los aspectos más importantes que constituyen la intervención psicológica que será empleada en esta investigación. El programa del que partirá la intervención, conocido en la institución psiquiátrica como Programa de Orientación Para Familiares de Pacientes Psiquiátricos, se inició en mayo de 1988 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez con el objetivo general de propiciar que la familia resignifique la alianza terapéutica construida con la institución con el fin de beneficiar al paciente y así disminuir la posibilidad de cronificación y frecuentes ingresos del mismo (Castañeda 1991). Se decidió trabajar con familiares inmediatos del paciente ya que a través de diferentes estudios psicológicos realizados se ha observado que la enfermedad mental influye de manera importante en la alteración de las relaciones interpersonales e intrafamiliares. Asimismo es fundamental este trabajo por el hecho, conocido por todos, de que la población carece de información y orientación adecuada en relación a los padecimientos psiquiátricos, de ahí que los pacientes sean tratados de forma precaria e inadecuada además de que muy frecuentemente son rechazados en todos los medios: social, laboral, familiar, etc.

Así pues, se plantea la creación de grupos de orientación como una forma de incidir sobre esta problemática. Ahora, en este programa, la orientación es concebida como un proceso de aprendizaje en el que aparecen tres elementos: información, afecto y producción; tres conceptos que se presentan cuando se alude al cambio de actitudes. Este programa establece que "la información es proporcionada en el contexto de un hospital psiquiátrico, en esta situación ambiental se inicia el proceso de aprender sobre la enfermedad mental. El afecto es el que va a matizar de atracción o rechazo la información proporcionada. La producción se refiere a los elementos que surgen en el interjuego entre la coordinación y familiares con implicación de la afectividad y la información de ambas partes" (Castañeda 1991).

Este programa ha tenido algunas modificaciones desde su surgimiento hasta la actualidad, dichas modificaciones han sido impulsadas por el interés de un mejor abordaje para con los familiares de los pacientes psiquiátricos. De esta manera, encontramos en los antecedentes del programa en cuestión, que "tres meses después de haberse iniciado el trabajo en Consulta Externa se realizó una evaluación de los avances obtenidos hasta ese momento con el fin de analizar lo realizado y empezar a enmarcarlo en un marco referencial, que les permitiera diseñar estrategias de intervención mejor apoyadas. De esta forma el programa quedó finalmente integrado por dos niveles de atención: Primer nivel - Información-Sensibilización; Segundo nivel.- Grupos de reflexión". (Castañeda 1991).

Según el mismo programa los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:

1. Informar a los familiares acerca de aspectos relacionados con la enfermedad mental.
2. Propiciar el interés de los familiares en el proceso de reincorporación del paciente al medio familiar.
3. Crear espacios grupales para que los familiares reflexionen sobre su papel en la problemática del paciente psiquiátrico, así como en las propuestas para su posible incorporación en la búsqueda y ejecución de soluciones.
4. Estimular a los familiares en la identificación de problemas específicos y en la búsqueda de soluciones, modificando patrones de conducta y actitud ante el enfermo mental.

Las estrategias que se emplean en cada uno de los niveles de intervención a los grupos serán explicadas en el capítulo cuatro del marco teórico del presente trabajo, donde se habla de la intervención psicotógica con familiares de pacientes psiquiátricos.

Así pues, nos enfocaremos en la actitud de familiares de pacientes psiquiátricos hacia estos últimos antes y después de la intervención psicológica y secundariamente en la calidad de sus interacciones en las mismas etapas, de modo que atenderemos

los posibles cambios de actitud y de interacción entre los sujetos en cuestión. La intervención psicológica no representa nada nuevo, ya Bellak (1986) ha establecido criterios y objetivos de lo que se postula como una psicoterapia breve; si bien la intervención que se llevará a cabo no es propiamente una psicoterapia, si retoma aspectos de esta que favorecen el tratamiento (tiempo y estrategia). Lo novedoso serán los resultados que arroje dicha intervención en la mejoría de la situación afectiva de los familiares y sus relaciones interpersonales, que de darse así, todo este procedimiento pudiera llegar a evaluarse como un apoyo de suma importancia para el tratamiento del paciente identificado e individualizado, pero este ya es tema de otra investigación.

Prudente será ahora que aclaremos lo que aquí entenderemos por paciente psiquiátrico. Un paciente psiquiátrico es una persona que presenta alguna alteración de la conducta, del pensamiento o ambas y que desarrolla alguna psicopatología, pero además de esto, acude o es llevada por sus familiares a una institución especializada para estos casos con el objeto de brindarle apoyo mediante los tratamientos farmacológicos, psicológicos y clínicos correspondientes. Es importante aclarar esto, ya que alguna persona puede sufrir alguna alteración como las mencionadas y sin embargo esta condición no le convierte en paciente psiquiátrico, en este caso solo sería un enfermo mental.

La enfermedad mental, pues, no discrimina edad, posición social, sexo ni raza, por lo que podremos encontrar pacientes psiquiátricos adultos, infantes, varones y mujeres; así como ancianos y sujetos de todos los estratos sociales.

Esta alteración que se presenta en el sujeto enfermo puede llegar a ser lo suficientemente intensa como para producirle un malestar continuo que generalmente se reporta como sufrimiento y que incide sobre las áreas que conforman al paciente como ser humano, es decir, interfiere con sus relaciones interpersonales, con la

productividad en su trabajo, en la dinámica familiar, y cuando la alteración es más severa, afecta al sujeto también en el ámbito social y legal.

Si reflexionamos acerca de la situación en la que se encuentra un paciente psiquiátrico entonces podremos fácilmente imaginar lo que sucede en la interacción con los miembros de su familia y también podremos suponer las reacciones de estos familiares ante la presencia de la enfermedad mental en su paciente, a saber, ansiedad, irritabilidad, depresión, etc.; dependiendo de la personalidad de los miembros de la familia se dará esta reacción. Lo que es común a todos es que la interacción se conflictúa y el afecto se altera de modo que causa malestar en la persona. Sin embargo, esto es tan antiguo como la historia misma y no mucho se ha hecho al respecto.

"Desde los tiempos prehistóricos, los grandes y pequeños grupos de personas que constituyen unidades sociales han enfrentado el omnipresente problema de qué hacer con los miembros desviados cuya conducta desorganizada, relativamente incontrolada, constituye una carga excesiva, una amenaza o una fuente de aflicción intolerable para el resto" (Page 1982, p.88).

Ahora procederemos a hablar sobre el paciente psiquiátrico y cabe señalar que nos enfocaremos en la esquizofrenia debido a que esta alteración es la que se encuentra más cerca de la concepción que la gente tiene de la enfermedad mental, lo que coloquialmente se denomina como "locura" sin que importe (a la sociedad), su etiología o tipo de alteración. Además, los rasgos esquizofrénicos están presentes en muchas alteraciones mentales como lo son los trastornos disociativos, psicosis involutivas, trastornos paranoides, trastornos de la personalidad, depresiones agudas, psicopatías, sociopatías y alteraciones debidas a intoxicación producida por abuso de drogas, sin olvidar a las alteraciones generadas por daño orgánico cerebral (DOC). De todos estos tipos son las alteraciones que presentan los pacientes de los familiares con que se trabaja en esta investigación, predominando la esquizofrenia.

## *INTRODUCCIÓN*

---

Y es por esto mismo que la esquizofrenia nos parece la más indicada al hablar de alteraciones mentales si tomamos en cuenta esa concepción social que la gente tiene de la enfermedad mental, o sea, de lo que genéricamente denominamos psicosis. Lacan (1984), ya lo menciona en su seminario de Las Psicosis de 1955-1956: "Las psicosis son, si quieren -no hay razón para no darse el lujo de utilizar esta palabra- lo que corresponde a lo que siempre se llamó, y legítimamente se continúa llamando así, las locuras". p.12.



---

## Capítulo I.

---

# El Paciente Psiquiátrico

## CAPÍTULO I. EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

A lo largo de la historia del ser humano se ha observado la presencia de individuos con alteraciones mentales, se ha observado también que esta presencia de "enfermos mentales" ha producido reacciones diversas en sus respectivas sociedades y épocas, sin embargo, por muy diversas que hayan podido ser estas reacciones en las diferentes sociedades, hay factores que son comunes a todas y que han perdurado desde siempre, nos referimos al rechazo y al temor por los cuales se le discrimina y se le aísla a una persona con enfermedad mental.

Han existido por otro lado, y justo es decirlo, hombres interesados en estos sujetos y en la situación que padecen. Ellos se han preocupado por brindarles mejores oportunidades de vida; para esto se ha tenido que estudiar lo que fue, lo que ha sido y lo que es el paciente psiquiátrico.

La manera en que se ha tratado -aludiendo tanto a tratamiento como a trato- al paciente psiquiátrico, evidentemente, ha cambiado significativamente desde el hombre primitivo, pasando por los griegos, la edad media y principios de siglo, hasta la actualidad.

Siguiendo la línea que plantea Page (1982), desde los tiempos prehistóricos el hombre y las sociedades primitivas acudieron a teorías mágicas y sobrenaturales en busca de explicar todos los fenómenos que no alcanzaban a comprender de manera racional o lógica. Así pues, las manifestaciones de la enfermedad mental en miembros del grupo o de la población eran interpretadas mágicamente como consecuencias de posesiones de tipo espiritual. De este modo todos los síntomas psicóticos (alucinaciones, estupor, delirios, etc.), tenían una explicación "obvia", a saber, un espíritu había entrado en el cuerpo de la víctima y había logrado posesionarse de sus sentidos, lenguaje y acciones.

Ya mucho más adelante los griegos, que mostraron siempre un interés por la comprensión y el estudio de los fenómenos naturales y humanos y siendo altamente

influenciados por la naturaleza, fueron los primeros en abordar de manera atenta y objetiva al enfermo mental.

Kolb (1989), menciona que "en el siglo VI a.C. se efectuó un avance significativo cuando el interés de los curanderos griegos se volvió hacia la observación y la experimentación; estos fueron los primeros pasos científicos dentro de la ciencia biológica. Alcmeón disecó y señaló las relaciones de los órganos de los sentidos con el cerebro de lo cual dedujo que el centro de la razón y del alma se localizaba en este órgano" p.3.

Continúa Kolb diciendo que en los escritos de Hipócrates es donde precisamente se observa este primer movimiento científico, ya que él fue quien clasificó en melancolía, manía y frenitis a las enfermedades mentales por primera vez rechazando por completo la influencia de los dioses como causa de la enfermedad mental e influyendo también en las actitudes sociales de su tiempo. Así pues, "el pensamiento hipocrático no aisló a una enfermedad y la examinó nada más como problema especial en si misma. En la obra sobre Los aires, las aguas y los sitios se aconseja al médico observar de manera sostenida y con claridad a la persona que tiene la enfermedad, y ver a ese individuo en contraste con todos los alrededores naturales con sus propias leyes universales y sus características especiales" (Goldman 1989).

Hasta aquí ya se nota un cambio en el pensamiento humano que va del pensamiento mágico al pensamiento reflexivo.

Uno de los primeros giros en esta noción del enfermo mental, ya que el paciente psiquiátrico no se gestaba como tal, sobrevino al final de la era clásica y con la aparición de edades oscurantistas. Así pues, con el advenimiento de la religión, o mejor dicho, del pensamiento predominantemente religioso, los enfermos mentales pasaron a ser "víctimas de posesiones demoníacas" o "brujos". Con esta concepción,

## CAPÍTULO I. EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

el tratamiento estaba encaminado a "liberarlos del maleficio" por medio de los azotes y de la hoguera.

A este respecto Nathan (1983), escribe: "La idea de que la enfermedad mental es el producto del pecado y de la transgresión moral, ha perdurado casi hasta nuestros días. Pero su periodo de mayor influencia se dio después de la publicación, en 1487, de *The Witches' Hammer (Malleus Maleficarum)*, de John Sprenger y Heinrich Kraemer. Sprneger y Kraemer que fueron hermanos dominicos, escribieron un libro para "demostrar" que existía una relación invariable entre el pecado y la enfermedad mental. Ellos querían justificar la ejecución de las "brujas" quienes eran generalmente, mujeres pobres y dementes" p.23.

Siguiendo el mismo punto, y dando cuenta de la magnitud de la intervención religiosa en la concepción y tratamiento de los enfermos mentales, Goldman (1989), apunta que "Sprenger y Heinrich encabezaron la batalla contra los enviados del demonio y escribieron *Malleus Maleficarum*, obra en la cual el "tratamiento" prescrito para las enfermedades mentales era la tortura incluso hasta llegar a la muerte".

El mismo Sigmund Freud en su trabajo sobre histeria (1888) apunta acerca de las alteraciones mentales y la sintomatología histérica lo siguiente: "El nombre de <<histeria>> proviene de los primeros tiempos de la medicina y expresa el prejuicio, sólo superado en nuestra época, de que esta neurosis va unida a unas afecciones del aparato genético femenino. En la Edad Media desempeñó un significativo papel histórico-cultural; a consecuencia de un contagio psíquico se presentó como epidemia y constituye el fundamento real de la historia de las posesiones por el demonio y la brujería (...). Hasta entonces, la historia era la *bête noire* de la medicina; las pobres histéricas, que en siglos anteriores, como posesas, habían sido quemadas en la hoguera o exorcizadas, en la moderna época ilustrada ya no recibieron más que la anatema del ridículo, sus estados se consideraban mera simulación y exageraciones, y por consiguiente indignos de la observación clínica".

## CAPÍTULO I. EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Por su parte Biehler (1986) nos dice que "La Biblia fue la base de todas las discusiones sobre la conducta y el desarrollo -y todo lo demás- durante la Edad del Oscurantismo (desde el siglo IV al XIV). El punto de vista bíblico de la naturaleza humana, interpretada por los dirigentes de la iglesia durante este periodo era inconfundiblemente claro: los seres humanos nacen pecadores y malvados".

Con esta observación de Biehler y las anteriormente citadas, es fácil comprender de manera más clara la predisposición que había por parte del clero dominante a tratar como pecadores a todos aquellos que se alejaran en un ápice del orden establecido y de las reglas impuestas, ya sea deliberadamente, por ignorancia, o por enfermedad mental.

Durante el Renacimiento se volvió a la idea de que la enfermedad mental no era producto sobrenatural o demoniaco, sin embargo, la situación del enfermo no cambió mucho. No fue sino hasta que "Pinel, en 1793, al romper "las cadenas de los alineados" en Bicêtre realizó un gesto hermoso y correcto de médico liberando al enfermo mental de su condición de réprobo para consagrarlo como enfermo. Aunque la liberación del enfermo mental sólo sirviera para preparar su "encadenamiento legal", tuvo al menos el mérito de prescribir los límites de la "represión social" mediante la definición médica de la enfermedad mental" p. 53 (Ey, 1987).

Un largo periodo predominó este sistema de reclusión y "atención" al paciente psiquiátrico. Por ende, el sistema asilar y no el asistencial fue el sistema que predominó en la primera mitad de este siglo.

"Aunque nuestra sociedad ya no quema más brujas, todavía, hasta hace muy poco tiempo, reclusa a los enfermos mentales en "hospitales" donde las condiciones de vida y las perspectivas de tratamiento garantizaban una muerte en vida" p.24 (Nathan, 1983).

Esta situación, sin duda, se ha transformado ya en la segunda mitad del siglo XX. Ya Salomon (1976), señala algunos de los cambios más importantes en la funcionalidad del medio hospitalario, como él mismo le llama. Dice, por ejemplo, que en "algunos hospitales los pacientes en las unidades son clasificados en secciones bajo órdenes de un guía que bien puede ser un médico, una trabajadora social, una enfermera titulada o un terapeuta especialista en terapéutica recreativa".

"Una característica esencial del concepto del medio es, el de que todo el personal tiene un potencial terapéutico, es decir, no solo los profesionales habituales, sino también los ayudantes y todos los que entran en contacto con el paciente" (Salomon, 1976).

Y más adelante señala: "Debido a la disponibilidad de mejores cuidados en el hospital y puesto que el público ha aprendido a aceptar la psiquiatría como un método para resolver problemas inherentes, ha habido un notable aumento en el número de ingresos voluntarios".

Aquí Salomon (1976), se refiere a personas que padecen una afección no tan grave como la psicosis o la esquizofrenia, o sea, pacientes con neurosis o trastornos de la personalidad, y menciona que el número de éstos ha aumentado notoriamente en los últimos años, y con esto, se ha introducido una categoría completamente nueva de pacientes.

Esto, en realidad, no es importante por estadísticas nosológicas en hospitales, sino por sus implicaciones, a saber, el acercamiento hospital-comunidad; ahora es más estrecho, el estigma de las instituciones de salud mental ha cambiado y no es ahora ya solo un reclusorio para "locos", sino un lugar donde se brinda atención especializada a cualquier persona que sufra de una afección del afecto hasta un trastorno grave del pensamiento y la conducta. Actualmente se está viviendo un cambio muy positivo en el tratamiento de pacientes psiquiátricos ya que no sólo se le confina al hospital, sino que

se le atiende abordando la problemática que el sujeto presenta desde diferentes aproximaciones, las cuales constituyen una intervención multidisciplinaria. De esta manera, el paciente es medicado para la remisión de la sintomatología que le agobia, se trabaja terapéuticamente con el objetivo de reforzar su estructura de personalidad en recuperación y desarrollar las habilidades cognitivas y, valga decir, afectivas y motrices (si es el caso), para evitar un deterioro en estas áreas que pudiera ser secundario a la psicopatología original o principal; también se le aborda con especialistas en rehabilitación física; y trabajo social coopera con el enlace del paciente y su familia para optimizar los tratamientos que brinda el hospital.

Encontramos un aspecto más que tiene mucho que ver con lo que es el paciente psiquiátrico; nos referimos al diagnóstico. Como hemos revisado previamente, el diagnóstico ha estado influenciado al igual que el tratamiento por el pensamiento y la cultura de las diferentes épocas.

Remotamente los "males", o sea, la enfermedad mental, que padecía una persona eran explicadas desde un punto de vista religioso, mágico y/o espiritual; entonces se hablaba de maleficios y posesiones demoníacas. Posteriormente, al surgir el punto de vista médico, "se centra en la persona como organismo y en su ambiente la causa de la alteración", esto según Kraepelin en 1896; (Nathan, 1983).

Actualmente el diagnóstico de la enfermedad mental está en función, desde el modelo médico, de: origen, desarrollo y síntomas de la enfermedad. De cualquier modo, la función principal del diagnóstico es ordenar los datos recabados del paciente psiquiátrico y sugerir una línea adecuada de tratamiento para la enfermedad.

"Y el diagnóstico ayuda al médico a ordenar un montón de datos, que de otra manera sería abrumador, en relación con la conducta pasada y presente de un paciente, con su situación en el hogar, su historia vocacional y educacional, es decir, todos los hechos que integran la materia prima del proceso del diagnóstico. Sin un

## CAPÍTULO I. EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

sistema como éste, cada enfermo sería un problema nuevo y distinto, y su tratamiento se tendría que desarrollar por medio de experimentación de ensayo y error" p.120 (Nathan, 1983).

Esta revisión pone en relieve la evolución del pensamiento concerniente al trabajo con pacientes psiquiátricos, la concepción de la enfermedad y su causación, lo que nos muestra de alguna manera, es que ahora se hecha mano de la objetividad - tanto para el diagnóstico como para la intervención terapéutica-, más que de la intuición. Por otro lado, también se ha gestado un cambio no sólo en la percepción de la enfermedad mental por parte de quienes trabajan con ella, sino también de la comunidad; ahora parece ser más aceptado socialmente el hecho de que alguna persona acuda al psicólogo. Aunque no del todo se ha erradicado el estigma respecto a la "locura", si se observa ya el mayor acercamiento de las personas a las instituciones que atienden esta problemática.



---

## Capítulo II.

---

# Actitud y Enfermedad Mental

## CAPÍTULO II. ACTITUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Debido a los aspectos centrales con los que esta investigación trabaja, a saber, la actitud y la enfermedad mental, es prudente sentar en este capítulo las bases conceptuales de dichos términos para una adecuada comprensión de los mismos; es decir, explicaremos lo que en esta investigación entendemos por actitud y por enfermedad mental, pero no solo eso, sino que ya con las definiciones de ambos términos conformaremos lo que, a su vez, entenderemos por actitud hacia la enfermedad mental.

Primeramente comenzaremos por explicar lo que es la actitud. Según Dorsch (1985), el término actitud "indica una disposición compleja, adquirida, de relativa duración, a comportarse de un modo determinado. Designa un modo de ser enraizado en las capas profundas de la persona, que influyen decisivamente en las relaciones con ciertos objetos. Convicciones sentimentales, prejuicios y opiniones son expresión de esta modalidad anímica" p.p. 6-7.

El material que este autor nos proporciona, de alguna manera, da elementos importantes acerca de la definición de actitud, a saber, nos habla de que es una forma de comportarse de un modo determinado que influye en las relaciones con los objetos y/o personas. Sin embargo, obviamente, no es suficiente el conformarnos con lo que plantea Dorsch.

Encontramos una descripción que se antoja más adecuada, o al menos más práctica, por su explicación y brevedad en la definición que nos proporciona Bruno (1986), de actitud. El dice que "una actitud es una predisposición más o menos estable a reaccionar, sea de manera positiva o negativa, frente a determinadas categorías de personas o de objetos" p.p. 15.

## CAPÍTULO II. ACTITUD Y ENFERMEDAD MENTAL

En general, la mayoría de las definiciones de actitud versan sobre lo mismo; por ejemplo, Triandis (1971), señaló que las actitudes representan "una consistencia en la respuesta a objetos sociales" p.p. 2.

English & English (1977), por su parte, consideran a la actitud como "un aspecto de la personalidad que implica estimar la conducta persistente y consecuente hacia un conjunto de situaciones u objetos relacionados" p.p. 27; o sea, una clase determinada de objetos. Además hacen una aportación a la definición de actitud al considerar que es un estado de reacción persistente ante dicha clase de objetos no necesariamente como son, sino como el sujeto piensa o concibe que son. Esto es relevante ya que nos hace ver que puede haber un variado tipo de actitudes con respecto a un mismo evento u objeto debido a que las percepciones personalizadas del sujeto en relación al objeto en cuestión son diferentes de sujeto a sujeto pues sus personalidades también difieren.

Ahora intentaremos ahondar un poco más sobre esta definición. Primeramente tomaremos lo que Bruno (1986), nos dice en su definición y haremos algunas reflexiones al respecto. El autor menciona que la actitud es una predisposición más o menos estable a reaccionar, y aquí ya tenemos un primer punto para tomar en cuenta. Al hablar de una reacción tenemos que hablar de sus implicaciones, es decir, reaccionamos conforme a lo que pensamos y sentimos; de esta manera podemos entonces hacer una diferenciación de lo que es puramente una acción, pues entenderemos que la actitud incluye tanto al afecto, como al pensamiento y a la acción.

Así pues, una acción, si bien puede ser un factor importante de la actitud, no la constituye por sí sola. Encontramos antecedentes de esta postura en las teorías de la consistencia cognitiva que plantean que "la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes", y esto precisamente es lo que forma o cambia una actitud, según Papalia (1988) p.p. 631.

## CAPÍTULO II. ACTITUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Además, Triandis ya en 1971 plantea estos tres componentes de una actitud, discriminando así un componente cognitivo, un componente afectivo y un componente conductual. El componente cognitivo es la idea que tenemos acerca del evento u objeto; lo que sabemos que es y como es; para que sirve, como funciona, que nombre recibe, etc. El componente afectivo es la emoción de la que va cargada o matizada la idea; aquí incluimos dos tipos: el afecto positivo (agradable, placentero, etc.), y el afecto negativo (molesto, displacentero, etc.). Por último, el componente conductual está constituido por una predisposición a la acción y la acción misma.

Estos tres componentes ya son ampliamente conocidos y los encontramos citados por Rodríguez (1976), Salazar (1980) y Mayers (1995), entre otros.

A manera de resumir lo tratado hasta el momento en este capítulo, podemos decir que la actitud son los afectos, ideas y acciones que una persona, de manera regular tiene acerca de alguna situación o hacia algún individuo o grupo de individuos, valga decir, objetos psicológicos.

Pasaremos ahora a describir lo que es la enfermedad mental. Tendremos para esto que hacer la división del concepto comenzando por trabajar lo que es la enfermedad.

Por enfermedad se entiende una perturbación del equilibrio u homeostasis y trastorno del normal funcionamiento de los órganos y sistemas según Dorsch (1985). Nosotros agregaremos a esta definición que este trastorno o perturbación es vivido y reportado generalmente por la persona que los padece como malestar o sufrimiento.

## CAPÍTULO II. ACTITUD Y ENFERMEDAD MENTAL

La conceptualización de enfermedad mental, para los fines de esta investigación, quedará circunscrita solamente al trastorno esquizofrénico y que altere de manera importante la "funcionalidad" del sujeto que la padece y, por ende, sus relaciones interpersonales. Esto es importante señalarlo debido a los criterios de inclusión de los familiares de pacientes psiquiátricos, donde especificamos que el paciente padece lo que hemos llamado una "psicopatología severa" que será entendida así para los fines de esta investigación.

Luego entonces, la enfermedad mental tendría que ver con un desequilibrio en las funciones mentales o psíquicas del individuo ocasionadas por un trastorno no necesariamente orgánico, sino que se puede tratar de un trastorno funcional que entonces se referiría a la historia personal del individuo que lo padece, es decir, a la educación que tuvo, el trato que recibió de su familia, las situaciones estresantes que haya vivido, etc.

Ese desequilibrio en las funciones mentales se manifiesta con alteraciones del pensamiento (en su curso y en su contenido), como lo son delirios y obsesiones; alteraciones de la percepción, como las ilusiones y las alucinaciones; alteraciones en el afecto (manía y depresión) y alteraciones en la motricidad (estupor, catatonía y agitación).

Todos estos síntomas y manifestaciones de un desequilibrio en las funciones mentales, las podemos encontrar principalmente en la esquizofrenia o en alguno de los tipos de psicosis (Kaplan 1994), por esto mismo es prudente delimitar a la enfermedad mental en cuanto al concepto. Para la presente investigación no consideraremos a las neurosis (a excepción de las agudas, como ya se mencionó), ni a las demencias ni a los trastornos del carácter como enfermedad mental; esto debido a varias razones, a saber:

## CAPÍTULO II. ACTITUD Y ENFERMEDAD MENTAL

a) si bien es cierto que estas alteraciones incluyen algunos de los síntomas citados, su grado, intensidad y persistencia no alcanza los límites de la psicopatología aguda que estamos considerando. Asimismo, los individuos que padecen -¿o padecemos?- de una neurosis, generalmente no llegan a la incapacidad productiva ni a una conducta autodestructiva que, a su vez, altere de manera importante tanto la relación del sujeto, como su trabajo, ni su cuidado personal, sin ni siquiera llegar a poner en evidente riesgo la integridad física del mismo. Sabemos que un neurótico continuamente se encuentra ansioso, preocupado o irritado y que sin embargo se siguen desenvolviendo dentro de un contexto social y cultural de manera más o menos aceptable.

b) En el caso de las demencias, si bien existen alteraciones cognoscitivas y del afecto, como lo son la pérdida de la memoria, la alteración de la capacidad de juicio, lógico y la capacidad de atención, etc., tienen sus bases en un aspecto patológico específico, como lo es la edad, los infartos múltiples y la hidrocefalia normotensiva, entre otros; es decir, que si se nos objeta que la demencia de cualquier tipo constituye una enfermedad mental nosotros no contradecemos tal objeción, pues ciertamente la demencia constituye una alteración mental aguda y/o crónica. Empero, valga decir que es identificable la diferencia entre demencia y esquizofrenia debido a que el daño orgánico en la primera está circunscrito a criterios muy definidos que la discriminan de la esquizofrenia (DSM-IV).

La relación ahora entre actitud y enfermedad mental parece ya obvia. La actitud hacia la enfermedad mental puede ser entendida en el contexto que previamente explicamos como el conjunto de ideas, afectos y acciones que una persona tiene para con un individuo que padece un trastorno mental, el cual ha alterado su propio pensamiento, afecto y conducta.

Es decir, se trata de una predisposición a comportarse hacia alguien que padece una psicopatología ya sea de manera condescendiente y de aceptación o de un modo rechazante y/o restrictivo.

Como antecedente señalaremos la definición de "actitud hacia la enfermedad mental" que da Stefani -citada por González (1986) en su tesis-, ella dice que la actitud hacia la enfermedad mental es "Una predisposición del individuo adquirida directa o indirectamente, que lo conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental. Esta predisposición en interacción con características disposicionales y situacionales, lleva al individuo a actuar frente al trastorno psiquiátrico dentro de un continuo que varía desde una respuesta desfavorables hasta una netamente favorable".

Un estudio que se llevó a cabo recientemente referente a la actitud hacia la enfermedad mental encontró que los programas psicoeducativos que se elaboran en instituciones no determinan un cambio en dichas actitudes. Dicho estudio lo realizó Hugén (1993), quien condujo un trabajo educativo de siete horas con 22 miembros de familia que vivían con un familiar con trastorno esquizofrénico; sus resultados no mostraron cambios en las actitudes de los sujetos hacia su familiar enfermo, sin embargo, se encontraron cambios significativos relacionados con el conflicto familiar y las familias hospitalizaban menos seguido a sus pacientes (después de la intervención). O sea, que indirectamente se logró un beneficio tanto para el paciente como para la familia de este pese a que las actitudes familiares continuaron igual.

Cabe mencionar en este apartado que la actitud hacia la enfermedad mental, si bien ha sido estudiada, sólo de forma superficial. En México, por ejemplo, las investigaciones llevadas a cabo en torno a este tema no son suficientes. Las pruebas que existen para medir la actitud hacia la enfermedad mental son pocas si las comparamos con las pruebas que miden inteligencia o personalidad; por ejemplo,

encontramos las siguientes pruebas para medir inteligencia: WAIS, BETA II-R, MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN, BARSIT, WISC Y WPPSI; en el área de personalidad están el MMPI, MMPI 2, INVENTARIO DE TEMPERAMENTO DE TAYLOR Y JOHNSON, 16 PF, FRASES INCOMPLETAS DE SACKS, TAT, entre otras. Todas estas pruebas han sido ampliamente trabajadas, aplicadas y difundidas en el quehacer de la psicología. Podemos observar también la variedad de estas pruebas no sólo en número sino en estructura, es decir, las hay proyectivas, semiestructuradas y estructuradas. En escalas de actitud hacia la enfermedad mental encontramos solamente el AMI (Attitudes Toward Mental Illness), y el inventario de actitud hacia la enfermedad mental STEFANI que han predominado en el estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental.

Igualmente la bibliografía de la actitud hacia la enfermedad mental se encuentra claramente menos desarrollada que la demás bibliografía con la que trabaja la psicología clínica, como lo es la psicopatología, la psicoterapia, la familia, el diagnóstico, la personalidad, etc.

En cuanto a las investigaciones que se han llevado a cabo en México sobre la actitud hacia la enfermedad mental encontramos las siguientes:

1) Gutiérrez en 1983 estudia las actitudes de la comunidad hacia el enfermo mental (además de haber estudiado en esa misma investigación la actitud hacia el rol del psicólogo en la misma población), encontrando "una marcada actitud restrictiva hacia el enfermo mental" señalando que no se le ve con agrado y que se toma cierta distancia social hacia dicho enfermo debido a que su padecimiento no es transitorio.

2) González en 1986 lleva a cabo el estudio de la actitud hacia la enfermedad mental en una población ajena, o como él lo dice, no comprometida con la salud mental. En este estudio, González concluye que el sexo es un factor determinante en el



## CAPÍTULO II. ACTITUD Y ENFERMEDAD MENTAL

establecimiento de una actitud hacia la enfermedad mental y encontró en su muestra que existía una actitud favorable hacia la enfermedad mental.

3) Suárez (1990) estudió las actitudes hacia la enfermedad mental en personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y reporta no haber encontrado diferencia en cuanto a la actitud hacia la enfermedad mental entre los grupos de enfermeras estudiados y divididos por turno.

4) Meléndez, también en 1990, emprende la investigación de las actitudes hacia la enfermedad mental con el personal de seguridad de hospital psiquiátrico y con personal de seguridad de hospital no psiquiátrico; concluye no haber encontrado diferencia entre los grupos estudiados acerca de su actitud hacia la enfermedad mental.

5) Lozano en 1991 realizó la investigación de las actitudes hacia la enfermedad mental en residentes de psiquiatría y de otras especialidades. Tampoco esta autora encontró diferencia entre grupos referente a su actitud hacia la enfermedad mental, sin embargo, señala que los residentes de psiquiatría "son discretamente más benevolentes pero a la vez más restrictivos que los de otras áreas.

6) Avalos, por su parte, en 1992 estudió la actitud hacia la enfermedad mental en estudiantes de medicina de dos facultades de la ciudad de México sin encontrar diferencia entre sus grupos por facultad, pero encontrando una actitud más favorable en los estudiantes de años avanzados en comparación con los de los primeros años; y

7) Gómez en 1993 realizó el estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental en personal de enfermería de un hospital psiquiátrico y de un hospital no psiquiátrico. Los resultados obtenidos mostraron que no existía diferencia entre los grupos respecto a su actitud hacia la enfermedad mental, a excepción de que en las enfermeras del

## CAPÍTULO II. ACTITUD Y ENFERMEDAD MENTAL

hospital psiquiátrico se reportó una mayor benevolencia que en las enfermera de hospital no psiquiátrico.

Es importante señalar aquí que las investigaciones anteriormente mencionadas, en general, no reportan diferencias significativas en cuanto a la actitud hacia la enfermedad mental en todos los grupos que fueron estudiados, además llama la atención que, a excepción de las investigaciones de Gutiérrez (1983) y la de González (1986), las demás investigaciones no reportan mucho acerca de esta actitud hacia la enfermedad mental, es decir, mencionan la diferencia o no diferencia entre sus grupos estudiados, empero, no describen ni siquiera que actitud fue la que se encontró en dichos grupos, no importando que haya existido diferencia o no, de ahí que no podamos saber si la actitud que se encontró fue de rechazo o de aceptación. Además de este aspecto de suma importancia y que fue omitido en las investigaciones señaladas, ninguna de dichas investigaciones ha tomado en cuenta a la persona más próxima al enfermo mental, e saber, el familiar, quien es el que vive y/o convive con él (el enfermo mental). Así, encontramos un factor más que motiva esta investigación y partimos de antecedentes opuestos, por un lado la conclusión de Gutiérrez (1983) acerca de que existe rechazo hacia el enfermo mental en la población mexicana, y por otro lado la conclusión de González (1986) de que existe una actitud favorable hacia la enfermedad mental.

Vale la pena mencionar los instrumentos que las investigaciones, llevadas a cabo en México en torno a la actitud hacia la enfermedad mental, han empleado. En la mayoría de ellas se utilizó el AMI, que es un inventario de actitudes hacia la enfermedad mental, y solamente González empleó el STEFANI, estandarizado en población argentina.

---

## **Capítulo III.**

---

# **Familia y Enfermedad Mental**

La importancia de tratar el tema de la familia y la enfermedad mental es inherente a los motivos de la investigación que aquí se trata y radica en comprender la relación que existe precisamente entre la familia y el paciente psiquiátrico mediante el estudio del interjuego que se presenta en una familia con un miembro que padece una alteración mental y/o afectiva.

Comencemos por señalar que al hablar de familia y enfermedad mental, sin duda alguna, tocamos un aspecto muy amplio en cuanto a la concepción que diferentes teóricos e investigadores tienen acerca del papel que esta familia desempeña en la enfermedad mental de uno de sus miembros; hay quienes, por ejemplo, piensan que existen aspectos genéticos y, por ende, de herencia en la causación de la enfermedad y específicamente de la esquizofrenia; otros plantean los desórdenes neurológicos como causa de la psicopatología; unos más sostienen que son las experiencias que el individuo tiene desde su infancia lo que contribuirá para que una alteración mental se presente en dicho individuo y aquí la familia juega un papel crucial con respecto a la aparición de la esquizofrenia.

#### **HERENCIA**

La idea que se tiene con respecto a que la esquizofrenia es heredada proviene de los estudios que han llevado a cabo los genetistas. Davison (1983) nos habla sobre los estudios de Rosenthal (1970) que arrojan datos sugerentes de que el riesgo de morbilidad en los padres de un caso esquizofrénico es de 0.2 hasta 12.0 por ciento, y el riesgo de que hermanos de esquizofrénicos padezcan la enfermedad es de 3.3 hasta 14.3 por ciento; señala también que cuando, además del sujeto esquizofrénico, uno de sus padres también lo es, el riesgo de morbilidad aumenta notablemente para todos los hermanos; ahí mismo, Davison cita el hallazgo de Garrone (1962); a saber, encontró un riesgo de morbilidad de 33.7 por ciento en hermanos de esquizofrénicos cuando

### CAPÍTULO III. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

también uno de los padres era esquizofrénico. Siguiendo la lógica que estos datos muestran, los hijos de padres esquizofrénicos tienen mayores posibilidades de volverse esquizofrénicos; Rosenthal (1970) señala un 35 por ciento aproximadamente.

Garnica (1995) informa sobre los estudios de gemelos idénticos y señala que cuando uno de los gemelos idénticos sufre de esquizofrenia, el otro la tiene en lo que llama un porcentaje sumamente alto también; además Garnica nos informa que los investigadores han estudiado a familiares que tienen diferentes grados de parentesco con el enfermo y han encontrado que entre mayor cercanía se tiene con este enfermo mayor es la posibilidad de padecerla. Otros estudios que anteriormente se realizaron con gemelos, como los que llevó a cabo Kalmann, según Jackson (1978), muestran que si uno de ellos sufre esquizofrenia, el otro tiene una probabilidad de un 85 por ciento de sufrirla también.

Sin embargo, estos estudios sólo sugieren una probabilidad de sufrir una enfermedad con respecto a una predisposición por transmisión genética.

Así pues, una reflexión que siga una lógica objetiva, nos llevará a tomar estos datos con cierta reserva, pues, en primera instancia, inferimos que una persona que tenga un gemelo esquizofrénico tendrá posibilidad de desarrollar también la enfermedad no solo por la predisposición hereditaria, sino también por el hecho de haber sido educados juntos y en un ambiente común; y en segunda instancia inferimos que si la transmisión genética fuera la única causa de la esquizofrenia, al ser esquizofrénico uno de los gemelos, obviamente el otro desarrollaría idéntica patología ya que los gemelos monocigóticos son genéticamente idénticos.

#### **DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL**

En un segundo grupo de investigadores están lo que comparten la idea de que la esquizofrenia se produce por alteraciones cerebrales, las cuales, a su vez, pueden ser motivadas por traumatismos craneoencefálicos, intoxicación por consumo de drogas y/o alcohol, o incluso por cambios hormonales y fisiológicos bruscos (como es el caso de las psicosis posparto o postmenopausia), o como las denomina Zax (1985): "psicosis involutivas". Aquí los estudios han revelado que siempre que hay una alteración en la producción, transmisión y captura de neurotransmisores (dopamina, serotonina, etc.), hay también invariablemente, una esquizofrenia manifiesta. Castañeda (1995) en un trabajo presentado en el XXV Aniversario de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, informa precisamente sobre las últimas investigaciones que se han realizado y que revelan dichas alteraciones neurofisiológicas en pacientes diagnosticados como esquizofrénicos.

A esta concepción sobre el daño orgánico cerebral (DOC) he de agregar que aunque los estudios han tenido importantes aportaciones para una mejor comprensión de este "fenómeno esquizoide" hay aún puntos ciegos, como lo pueden ser las dos consideraciones que en seguida planteamos. La primera es una deficiencia en los argumentos neurofisiológicos debido a que no todo paciente esquizofrénico presenta alteraciones de este tipo, es decir, no todos los pacientes han sufrido traumatismo craneoencefálico, o han tenido intoxicación por droga, o han atravesado una etapa fisiológica-crítica del desarrollo (menopausia o parto); son estos los llamados esquizofrénicos funcionales. El segundo aspecto es que no todas las pruebas clínicas y de laboratorio identifican el daño orgánico cerebral en el esquizofrénico. Las más conocidas y empleadas son el electroencefalograma, y la topografía computarizada y la resonancia magnética nuclear, estas dos últimas, según Garnica (1995), solamente han demostrado en dos terceras partes en los casos de esquizofrenia que el tejido cerebral se encuentra disminuido en tamaño en comparación con otras personas, por lo que se puede decir que en realidad ni siquiera existe una prueba directa de la alteración cerebral.

### CAPÍTULO III. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Obviamente estos investigadores dejan totalmente fuera a la familia de cualquier contribución a la enfermedad mental en un miembro de esta.

Ahora pasaremos a revisar las posturas que plantean a la familia como agente importante en relación con la alteración mental.

#### **LAS RELACIONES FAMILIARES**

Antes que nada no podemos negar la influencia que la familia tiene sobre cada uno de sus miembros, a saber, éstos, los integrantes de la familia, generalmente actúan y conviven entre sí alineados a normas establecidas en y desde el seno familiar, ya sean implícitas o bien explícitas. Así pues, la familia se convierte en una especie de catalizador entre el individuo, su comportamiento y su rol social. Al decir rol social me refiero a los atributos que se le adjudican al individuo para desempeñar un trabajo o una actividad que le otorgue una posición social, cualquiera que esta sea, y lo defina como ser humano productivo o improductivo, como sano o como enfermo.

Existen varias teorías acerca de la familia que la postulan como factor motivante y/o contribuyente de la enfermedad mental. Haciendo un recuento de estas teorías encontramos en primera instancia a Margaret Mahler (1986) que postula las etapas simbiótica y de separación-individuación como pasos normales en el desarrollo de todo niño; una falta en alguna de estas etapas será la causa de la esquizofrenia. Cuando el niño, siguiendo a Mahler, establece una simbiosis con la madre que trasciende en intensidad y tiempo a lo que se espera es cuando deviene en patología este modo de conducirse del niño en cuanto a su percepción del mundo exterior, de sí mismo y de sus relaciones interpersonales. De igual modo, si no se logra ni siquiera en un momento de la vida del infante un adecuado apego y lazo afectivo (simbiosis) con la madre, el efecto resultará en la incapacidad del niño para relacionarse con los demás fomentando o perpetuando los rasgos autistas tan característicos de la esquizofrenia.

Por lo mismo Mahler (1986) declara que "una individuación defectuosa o ausente se encuentra en el centro de una psicosis infantil" p.52. Y más adelante apunta: "los diferentes tipos de psicosis en niños pueden ser entendidos como distorsiones psicopatológicas de las fases normales del desarrollo del yo y de sus funciones dentro de una relación primaria madre-hijo" p.90.

Bowel, citado por Jackson (1974), se manifiesta en favor de concebir a la familia como un factor que permite el origen y/o desarrollo de la esquizofrenia. Esta concepción es compartida por Caparrós (1981), quien plantea lo que él mismo llama "un problema de capital importancia: la presencia de la familia en la formación del ser humano como instancia a la vez modeladora y deformante".

Más ampliamente y retomando aspectos sociales y culturales, aunque valdría tal vez decir socializadores, Ackerman (1969) también toma en cuenta a la familia en el curso de una psicopatología y nos dice que la familia sirve a la continuidad biológica al proporcionar un patrón grupal socialmente sustentado para que el hombre y la mujer se unan y puedan cuidar a sus hijos. La familia es un plano universal de vida. Es la unidad del crecimiento y la experiencia, de realización y de fracaso, es también la unidad de la salud y de la enfermedad. Cumple dos funciones: asegura la supervivencia, y plasma la humanidad esencial del hombre. Más allá del fin primario de proteger la integridad biológica del individuo, la principal responsabilidad de la familia es la socialización de sus miembros. Allí donde fracasa la socialización, también fracasa la calidad humana de los miembros, como lo muestran claramente y dramáticamente aquellas familias en las que el fracaso de la función socializadora se manifiesta en hijos que se portan como animales, que están brutalizados, que se transforman en criminales o en perversos, o que se convierten en víctimas de la enfermedad mental. Así el dar y recibir emocional de las relaciones familiares constituye el punto nodal de fuerzas que consolidan o destruyen la salud mental. La familia determina el destino emocional del hijo, afecta también el desarrollo emocional de los miembros adolescentes y adultos.



### CAPÍTULO III. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

La estabilidad de la familia depende del complicado y sensible patrón del equilibrio e intercambio de emociones. La conducta de cada miembro se ve afectada por la conducta de los demás miembros.

Debido a esto que señala Ackerman podríamos pensar que generalmente en familias donde hay un enfermo mental existe una tendencia hacia la morbilidad en los demás miembros del núcleo familiar, es decir, se pueden observar rasgos psicopatológicos en estos miembros que sin embargo no son tan agudos como en la psicopatología del paciente identificado.

Wolfgang (1990) en un estudio que lleva a cabo con familias de pacientes psiquiátricos encontró una asociación familiar de trastorno por angustia así como depresión grave en las familias de los pacientes controles con dicho diagnóstico (en comparación de las familias de controles sanos). Con esto se evidencia que el Dr. Wolfgang y sus colaboradores encontraron una comorbilidad en familias con pacientes psiquiátricos; por lo que nuevamente encontramos una estrecha relación entre la psicopatología del paciente identificado y el tipo de interacción familiar, por lo que resulta importante trabajar con los familiares de los enfermos mentales que acuden a los servicios que ofrece el centro de salud mental.

Por otro lado, y con lo hasta aquí expuesto tenemos ya indicadores que nos sugieren la respuesta al porqué un paciente que es dado de alta, frecuentemente regresa al hospital después de haber estado en su seno familiar.

Escalante (1993), señala que existe una real necesidad de que la familia del paciente se incluya en el proceso del tratamiento y rehabilitación del mismo para lograr originar en estos familiares una actitud responsable para la atención del paciente una vez que haya sucedido la alta, de igual modo que se promueva una adecuada reinserción al núcleo familiar y social al que pertenece.

### CAPÍTULO III. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Así es que la familia afecta considerablemente al miembro con enfermedad mental de manera que no sólo se la puede producir, sino que además parece, en ocasiones, esforzarse para perpetuarla, y este punto es crucial en la presente investigación ya que debido a esto, los reingresos al hospital o las recaídas pueden ser prevenidas si se trabaja con los familiares y las actitudes que estos toman ante su paciente.

Hay autores que van más allá y señalan incluso que "el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia"(Minuchin 1993)p.80.

Además de esto que acabamos de señalar es importante hacer la observación de que la afectación referente a la psicopatología sobre las relaciones interfamiliares es bilateral, es decir, no sólo la familia afecta al paciente, sino que también el paciente con enfermedad mental afecta a los miembros de la familia. Salléh (1994) realizó un estudio sobre la "carga" en familias malayas que cuidaban a un familiar con esquizofrenia; encontró una determinación en la prevalencia de afecciones neuróticas entre 210 sujetos quienes eran principalmente cuidadores de esquizofrénicos. En este estudio 23 por ciento de los sujetos desarrollaron desórdenes neuróticos resultantes del estrés, y cerca de la mitad de ellos tuvo depresión neurótica. Por su parte Moltz (1993) también reporta que existen afectos recíprocos de la enfermedad mental en un estudio que llevó a cabo en el año citado, donde hizo énfasis de estos efectos de la enfermedad mental sobre la familia. Esto da pauta para suponer un "circulo vicioso" en las relaciones de pacientes psiquiátricos y sus familiares, y si aceptamos lo ya expuesto hasta aquí podemos decir que:

- 1) La familia contribuye y/o participa en la enfermedad mental de uno de sus miembros mediante sus procesos particulares y patológicos de interacción.

### CAPÍTULO III. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

---

2) La enfermedad mental en un miembro de la familia al parecer contribuye al desarrollo de caracteres neuróticos y, por ende, patológicos de interacción.

De estas dos premisas podemos concluir que la intervención con familiares puede ayudar a establecer relaciones interpersonales e intrafamiliares más sanas, de manera que los familiares no se vean tan afectados por la patología de uno de sus miembros y a su vez, dicha intervención, puede servir para que este miembro enfermo encuentre un efectivo soporte en su familia.

Biagini (1994), en un estudio que hace sobre el paciente psiquiátrico y la relación de la dinámica familiar con éste, identifica tres causas etiológicas de la esquizofrenia generada en el medio familiar conforme lo postulan los primeros desarrollos teóricos sobre el tema. de este modo:

1. La esquizofrenia se considera como producto de una alteración de la comunicación en el medio familiar.
2. La esquizofrenia se considera como resultante de una alteración en la formación del pensamiento.
3. La esquizofrenia se considera como producto del tipo de relaciones que se establecen al interior de ciertas familias.

Los tres puntos anteriormente señalados podrían englobar las propuestas de Ackerman, Minuchin y los autores ya señalados en este apartado, además de que también se puede incluir la aproximación que hace Fromm-Reichman al postular el término "madre esquizofrenizante" para tratar de comprender la etiología funcional de la esquizofrenia en función de las relaciones que el individuo tiene con su núcleo familiar. Cabe señalar aquí que Fromm-Reichman tomó únicamente a la madre como

### CAPÍTULO III. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

---

miembro importante de la familia que influye determinadamente sobre la salud mental de sus hijos; sin embargo, Fontana, citado por Davison (1983), en muchos estudios realizados sobre la familia de esquizofrénicos aporta dos conclusiones importantes:

1. Hay más conflictos entre los padres de esquizofrénicos que entre los padres de los sujetos del grupo control.
2. Existe menos comunicación afectiva entre los padres de esquizofrénicos que entre los padres de los sujetos del grupo control.

Así, estas dos conclusiones incluyen a un sujeto más en la determinación de la etiología funcional de la esquizofrenia en un individuo, a saber, el padre. Otro aspecto muy importante que se discrimina en estas conclusiones es que no sólo se trata del padre y/o de la madre, sino de la relación que existe entre ellos y, por ende, del clima afectivo familiar en el que el niño se desenvuelve.

No obstante, y después de revisar algunas investigaciones empíricas, que no prueban nada acerca de los puntos señalados, Biagini (1994) concluye que hasta la fecha no se ha identificado ninguna variable singular del medio familiar como el factor necesario y suficiente en la etiología de la esquizofrenia; además de no existir evidencia de que la terapia familiar por sí sola sea un tratamiento efectivo para esta. La autora acepta, sin embargo, que se ha establecido lo que llama una fuerte asociación entre varias variables descriptivas de características familiares y un brote de esquizofrenia en un miembro de la familia.

Esto nos muestra la existencia de la diversidad de teorías que tratan de explicar el origen de la esquizofrenia; por ejemplo, Grinspoom, entre otros, ya desde 1972 en su libro sobre esquizofrenia, menciona brevemente las explicaciones que dan cuenta de la esquizofrenia como un desorden del cerebro; la esquizofrenia como un desorden

### CAPÍTULO III. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

metabólico y la esquizofrenia como un desorden funcional, parte en la cual habla sobre la interacción madre-infante.

Obviamente no pretendemos dar aquí una respuesta a tales divergencias, pero coincidimos con el comentario final de Biagini (1994), referente a que existe "una posibilidad de que el núcleo familiar desempeñe un papel preventivo en sus miembros de alto riesgo y/o un papel positivo en su rehabilitación

Así pues, la variedad de tendencias epistemológicas sobre la génesis de la esquizofrenia (donde podemos ubicar dos grandes grupos: el de etiología orgánica y el de etiología psicológica) y su estudio, nos ayudan a comprender mucho mejor, y de manera más amplia esta enfermedad de características tan complejas. No podemos, por ende, tomar en cuenta un solo factor determinante ya que son innegables la alteración cerebral que presentan los esquizofrénicos, como la tendencia hereditaria igualmente que el tipo de relaciones intrafamiliares que se asocian a la esquizofrenia y la coexistencia entre estos factores; es decir, la línea de esta investigación se centra en la intervención con la familia del esquizofrénico valiéndose del previo conocimiento de esas aproximaciones teóricas y empíricas con la finalidad de averiguar qué influencia tiene la intervención psicológica sobre los familiares de pacientes esquizofrénicos ya que, a su vez, la influencia de la familia sobre la enfermedad mental es un hecho observado ampliamente y aceptado tanto por los psicólogos como por los psiquiatras independientemente de la etiología de esta última.

Con respecto a esta influencia de la familia sobre la enfermedad mental, Eiguier en 1989 señaló que las familias con un paciente esquizofrénico o psicótico son ellas mismas colectivamente psicóticas y propone, dentro de lo que puede ser su línea de trabajo, que el psicoanálisis debe de tratar a los miembros de dichas familias como grupos, por que sus modos patológicos de pensar, comunicarse, afectos y fantasía pueden solamente ser revelados y diagnosticados en interacción, no individualmente,

### CAPÍTULO III. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

así este tipo de familias en su carácter regresivo expresa parcialmente las psicopatologías del paciente identificado.

Así pues, con todo esto no hemos agotado en absoluto el tema, sin embargo, hemos sentado algunas de las bases teóricas que dan sustentación a las pretensiones del que aquí escribe para llevar a cabo la investigación.

A partir de un abordaje multifactorial en la problemática que se ha focalizado en el individuo enfermo mental se puede plantear que la familia, ciertamente, constituye un factor, ya sea contribuyente, causante o desencadenante de la psicopatología en el paciente identificado.

---

## Capítulo IV

---

Intervención Grupal en

Familiares de Pacientes

Psiquiátricos

#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

El trabajo que actualmente se lleva a cabo en relación a las intervenciones psicológicas con la familia es muy amplio. De cualquier manera, los abordajes que se hacen a la familia -desde cualquier enfoque que este sea- tienen por lo general dos motivos, a saber, el uno es la perturbación que existe en las relaciones familiares entre sus miembros y que genera conflictos y malestar; el otro es la emergencia de la enfermedad mental en un miembro de la familia, como ya lo hemos venido tratando. Sin embargo, esta emergencia bien puede ser la consecuencia de las perturbaciones en las relaciones familiares.

Se dice, por ejemplo, que "las familias que acuden a terapia tras una lucha prolongada por lo común han individualizado a uno de sus miembros como la fuente del problema" p.p.80 (Minuchin 1993).

En ese mismo trabajo, Minuchin (1993), más adelante asevera que es en las pautas de interacción de la familia donde se localiza el problema y no en el paciente individualizado.

Esta concepción de la psicopatología familiar pertenece a un enfoque sistémico y tiene también su propia propuesta de abordar el problema. Lo cierto es que la aparición de una psicopatología en un miembro de la familia -causada por el tipo de sus interacciones o no- incide en las pautas de comportamiento del resto de sus individuos.

Existen otros enfoques más, evidentemente, para abordar a las familias; en el psicodinámico encontramos por ejemplo, a Ackerman. Su visión acerca de la familia es ya conocida. Goldemberg (1991), nos dice que Ackerman vio a la familia como un sistema de personalidades interactuando, cada individuo es un importante subsistema dentro de la familia, tal como la familia es un subsistema dentro de la comunidad.



#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

En cuanto al trabajo psicoterapéutico grupal, podemos decir que existen ciertas ventajas para los individuos que son intervenidos en esta modalidad psicoterapéutica. Por ejemplo, los resultados de esta intervención podrán ser más fácilmente practicados por el sujeto fuera del contexto terapéutico, pues el hecho de convivir e interactuar con otros sujetos habilitan al individuo en el aspecto de socialización y manejo de relaciones interpersonales, siendo estos importantes puntos no exclusivos del trabajo grupal terapéutico, sino de la cotidianidad de la vida del sujeto en cuestión, como lo son su interacción en el núcleo familiar, laboral y social. Tal como lo menciona O'Donnell (1974): "El grupo psicoterapéutico (microgrupo) reproduce -no puede dejar de hacerlo- las características del contexto socioeconómico (macrogrupo)" p.9.

Así entonces, podemos suponer que lo vivenciado y aprendido en el grupo psicoterapéutico podrá ser reproducido en el contexto social por parte del sujeto. Dicho de otro modo, se produce un cambio en la persona a través de la interacción con otros, o, en palabras de Strong (1985), "El consejo y la psicoterapia son las artes de cambio y curación a través de la interacción personal. Mediante conversaciones íntimas, las personas hallan un alivio de los sentimientos dolorosos y de las dificultades, encuentran fuerza y vitalidad renovadas en las relaciones con los demás y un nuevo propósito para vivir". p.11. Eslo es válido tanto para la psicoterapia individual como para la grupal.

Para Yalom (1986) el cambio terapéutico es un proceso complejo que ocurre mediante la interacción de diversas experiencias, las cuales ha llamado "factores curativos", y que se presentan en toda terapia de grupo.

Aunque la división de los factores curativos es un tanto arbitraria, pues se pueden presentar simultáneamente, ser algunos mecanismos del cambio y otros condiciones del cambio, etc., el autor señala once categorías básicas, a saber: 1)

## **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

Infundir esperanza; 2) La universalidad; 3) Ofrecer la información; 4) El altruismo; 5) La recapitulación correctiva del grupo familiar primario; 6) El desarrollo de las técnicas de socialización; 7) La conducta de imitación; 8) El aprendizaje interpersonal; 9) La cohesión del grupo; 10) La catarsis, y 11) Los factores existenciales.

Ahora pasaremos a explicar brevemente lo que Yalom (1986) entiende por cada uno de ellos y por qué son importantes en el grupo.

### **1) Infundir esperanza.**

Importante en toda psicoterapia; sirve no únicamente para mantener al paciente en la terapia, sino que la fé en un tipo de terapia puede ser en sí terapéuticamente eficaz. Así, se ha encontrado en varias investigaciones que una elevada esperanza de recibir ayuda se relaciona de manera significativa con el resultado positivo de la misma.

### **2) La universalidad.**

Comprende el hecho de que el paciente en grupo se percate de que su situación (afectos, ideas, hechos), no son singulares exclusivamente a él, sino que algunos otros miembros también aceptan encontrarse en situaciones semejantes. Esto constituye una poderosa fuente de consuelo y aceptación.

### **3) Impartir información.**

En este rubro se considera la instrucción didáctica sobre la salud mental, sobre las enfermedades mentales, los consejos, las sugerencias o la orientación directa sobre los problemas vitales. Así, cuando se les ofrece a los miembros del grupo una estructura cognoscitiva, se les ayuda a enfrentarse con más eficacia al "shock cultural" inicial partiendo de la base de que explicar un fenómeno es el primer paso para controlarlo.

### **4) El altruismo.**

#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

Se considera en este punto a la oferta de apoyo, seguridad, sugerencias, ideas y el compartir problemas similares mutuos entre los pacientes del grupo. Esto ayuda a los integrantes de dicho grupo si tomamos en cuenta de que la gente necesita sentirse necesaria.

##### **5) La recapitulación del grupo familiar primario.**

No menos importante este punto, radica en que el paciente en grupo podrá presentar diversas conductas hacia los coordinadores y hacia los demás miembros (dependencia excesiva, rechazo, atributos irrealistas, etc.) tal como lo hizo anteriormente en su núcleo familiar. Esto debido a las transferencias de cada uno de los miembros. Así pues, lo importante aquí no es solo que los primeros conflictos familiares sean reactivados, sino que se revivan correctivamente, es decir, los estereotipos de las conductas deben cuestionarse continuamente y se deben de alentar las reglas básicas de la prueba de la realidad y ensayar nuevas conductas de manera que para muchos pacientes resolver un problema con los terapeutas y con otros miembros del grupo también significa resolver asuntos que han estado pendientes desde hace mucho.

##### **6) Desarrollo de las técnicas de socialización.**

Implica habilitar las capacidades sociales básicas del sujeto de modo que aprenda a vivir en armonía con el proceso siendo útil para otros, adquiriendo métodos para resolver conflictos sintiéndose menos inclinado a juzgar a los demás para poder sentir y expresar empatía completa.

##### **7) La conducta de imitación.**

La imitación es una fuerza terapéutica eficaz ya que generalmente el paciente de grupo imita comportamientos del terapeuta o de otros miembros del grupo; es pues, ensayar nuevas conductas que finalmente le ayuden a definir su situación aunque las abandone por ser incompatibles con su persona, pues "descubrir qué no somos es un proceso que sirve para descubrir qué somos"

##### **8) El aprendizaje interpersonal.**

#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

Se incluye aquí la importancia de las relaciones interpersonales, la experiencia emocional correctiva y al grupo como un microcosmo social donde tiene lugar la introspección y el funcionamiento de la transferencia.

##### **9) La cohesión del grupo.**

Este factor curativo puede ser definido como una empatía grupal que favorece el resultado terapéutico en los miembros del grupo, pues se sabe que el éxito terapéutico depende del tipo de relación que hay entre terapeuta y pacientes y entre estos últimos. La cohesión es, entonces, la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros y que favorece la catarsis, la aceptación y otros aspectos importantes de la terapia grupal.

##### **10) La catarsis.**

La catarsis (liberación de sentimientos reprimidos), en el grupo sobrepasa el mero acto de desahogarse, expresar sentimientos hacia otro miembro indica el papel de la catarsis en el proceso interpersonal activo.

##### **11) Factores existenciales-**

Por último, esta categoría comprende aspectos de la vida del individuo como lo son la responsabilidad (cada individuo debe hacerse responsable en última instancia de la manera como vive su vida); el aislamiento básico (el individuo debe reconocer que no importa que tan nitidamente este relacionado con otra gente, aún tiene que vivir solo su vida); la contingencia, el reconocimiento de nuestra condición mortal y las consecuencias de esto en la conducta de nuestra vida.

Estos pues, son los factores curativos que Yalom propone para tomar en cuenta en toda psicoterapia grupal y que no solamente operan en esa modalidad, sino que también algunos de ellos operan en toda intervención grupal, sea psicoterapéutica o no.

Ahora bien, el trabajo que se lleva a cabo en las instituciones es primordialmente trabajo de grupo, no necesariamente trabajo o terapia de la familia.

#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

Estos grupos con los que se trabaja en las instituciones hospitalarias en México son llamados grupos de apoyo (GA) y difieren de los grupos psicoterapéuticos y de autoayuda en cuanto a los objetivos particulares de unos y de otros; en el tipo de interacción que se da entre sus miembros y sobre todo en el tipo de estrategias que el coordinador emplea (García, Día y Rodríguez 1994).

Las características más importantes de estos grupos de apoyo (GA), según García y colaboradores (1994) son:

"1) Aportar un apoyo social, disminuyendo la sensación de aislamiento y frustración ante un padecimiento de difícil manejo y evolución progresiva; 2) fomentar el desarrollo de la responsabilidad personal para la solución de los problemas; 3) proporcionar un sentimiento de auto-estima positiva, modificando su autopercepción y mejorando su autoconcepto; 4) brindar información y apoyo, con el fin de proteger al cuidador de los efectos perjudiciales del estrés, manteniendo un ajuste psicológico positivo" p.8.

Nosotros al hablar de que se incluirá a familiares de pacientes psiquiátricos en un grupo para trabajar con ellos no queremos decir que se va a tratar de una terapia de familia, sino que se abordará sólo uno de los miembros de una familia -los padres, el hijo o únicamente la madre o el padre del paciente identificado por ejemplo- Esto sucede así debido a que en primer lugar, no existe la infraestructura suficiente para abordar a familias nucleares enteras, y en segundo lugar porque rara vez toda la familia (nuclear), acepta o puede acudir a este servicio. No obstante, el tener un grupo constituido por diferentes miembros de diferentes familias no representa una limitante para el trabajo del que se esperan repercusiones también en los miembros de la familia que no acuden al tratamiento.

#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

En relación a este punto Kris (1990), apunta que aunque en la terapia se incluya sólo a un individuo, el terapeuta puede tratar de aprehender, desde una perspectiva sistémica las estructura de interacción familiares relacionadas con los síntomas, el modo en que los miembros de esta familia tal vez reaccionen frente a los cambios del paciente -o los boicoteen inconscientemente para conservar la homeostasis- y planear sus intervenciones en consecuencia.

Algo parecido sucede con la intervención a familiares de pacientes en los grupos de apoyo. No acude toda la familia del paciente, es cierto, sin embargo, el miembro que sí participa en dicho grupo vive la experiencia de trabajar su problemática con otros individuos pertenecientes a otras familias y esta experiencia (la sensibilización), aunada a la intervención del terapeuta puede producir cambios que repercuten en los miembros de la familia que no asisten a la intervención, incluso en el paciente identificado.

Esta idea está acorde con la aseveración de Garcia y cols. (1994) de que un apoyo sostenido a los cuidadores es sin duda un factor determinante en la salud del enfermo. Ahí mismo, la autora señala que los profesionales de la salud pueden otorgar apoyo y abrir expectativas optimistas al promover un contacto del paciente con su familia y amigos; adiestrar los mecanismos eficaces para la solución de problemas; es decir, las habilidades con las que ya cuenta el miembro del grupo pero que no ha empleado o las desconoce; además en poco tiempo se pueden determinar objetivos y metas realistas y, por último, sugerir que los problemas de salud se canalicen como una oportunidad para crecer y adaptarse; tal como lo postulan las teorías sobre las crisis (Slaikeu 1988), y ciertamente que la emergencia de la enfermedad mental produce crisis.

#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

Ahora bien, el Programa de Grupos de Orientación a Familiares de Pacientes en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez , (Castañeda 1987), se establece con el objetivo de propiciar que la familia resignifique la alianza terapéutica construida con la institución psiquiátrica con el fin de beneficiar al paciente y así disminuir la posibilidad de cronificación y frecuentes ingresos del mismo. Ya más específicamente se pretende:

- ◆ Proporcionar a los familiares la información necesaria que les posibilita mayor comprensión del problema.
- ◆ Disminuir los índices de deserción, ya que la experiencia adquirida demuestra que la ausencia de los familiares determina en alto grado el abandono del tratamiento por parte del paciente identificado.
- ◆ Proporcionar mediante el grupo un continente de la ansiedad que genera el tener dentro de la familia a un paciente con patología mental.
- ◆ Promover el cambio de las actitudes frente al paciente identificado.

Las técnicas utilizadas son principalmente educativas o de aprendizaje con la finalidad de propiciar un conocimiento específico y que pueden ser enriquecidas por algunas dinámicas de grupo. Así, las actividades que se realizan dentro de estas técnicas de aprendizaje son la preparación y exposición de temas (los cuales señalaremos al final de este capítulo), relacionados con la interacción familia-paciente-institución, mismos que son revisados y discutidos con el grupo de sensibilización.

En cuanto a las técnicas de intervención dentro de este programa se citan el señalamiento, la clarificación, la confrontación y, ante la emergencia de algún elemento grupal latente, la interpretación grupal.

#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

Es importante ahora señalar el papel que juega el coordinador del grupo dentro del mismo. El programa establece que la coordinación funcione por parejas, en la que cada uno de los miembros del equipo desempeña un rol previamente establecido, esto es, el rol de conductor y el de observador participante. El conductor es el encargado de guiar y rescatar la temática grupal valiéndose de las técnicas psicoterapéuticas anteriormente señaladas. El observador participante se encarga de registrar la crónica de la sesión y de realizar una selección del material más significativo de la temática grupal y la devuelve al grupo antes de finalizar la sesión. Esta intervención busca poner a prueba la significación que el observador hace del discurso del familiar en los grupos.

En este trabajo grupal el equipo coordinador debe rescatar y promover los elementos terapéuticos del grupo y desalentar los que impiden el proceso grupal. En este sentido es sumamente importante la realización de la post tarea una vez finalizada cada sesión, en este momento se hace una revisión de la crónica tomada durante la sesión para que el equipo coordinador tenga la oportunidad de elaborar y analizar el proceso vivido durante la sesión, además de tener la posibilidad de planear aspectos a trabajar en próximas sesiones, cuando la temática del grupo así lo permita.

Existen ventajas al tratar una persona en grupo cuando se pretende modificar su conducta en el contexto social o familiar. González (1986), señala que "la terapia de grupo brinda a los individuos la posibilidad de desarrollarse en un campo más relacionado con la misma vida y evita el que se genere una dependencia del individuo a su terapeuta, puesto que promueve o fomenta el fortalecimiento de relaciones con un grupo mayor de gente" p.77.

Ya específicamente la ventaja del trabajo en grupos de sensibilización, según González (1986), el cual es la modalidad de intervención de esta investigación, es la



#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

de que se confronta al paciente con su propia imagen propiciando en él un cambio de conducta. Además, le da oportunidad de conocer sus problemas emocionales, su modo de comunicación y sus tensiones interpersonales, también lo ayuda a profundizar en sus emociones y sentimientos y en la interacción con otros, alentándolo a mantener nuevas conductas en su trabajo.

Este tipo de intervenciones suele tener éxito en cuanto a la adhesión del familiar con la institución, interesándolo en su paciente y concientizándolo respecto a su propia problemática. Canive y colaboradores (1993) examinaron los efectos de una intervención psicoeducativa para 41 madres y 27 padres de 45 personas (entre 18-45 años) con esquizofrenia en Madrid. Encontraron que los padres de los pacientes con esquizofrenia pueden ser enganchados y retenidos en intervenciones psicoeducativas; además de haberse reportado un incremento significativo en el conocimiento de los padres acerca de la esquizofrenia después de tal intervención.

Anteriormente se realizó un estudio semejante; este fue llevado a cabo por Berkowitz (1990), quien evaluó un programa de educación para familiares de pacientes esquizofrénicos. Trabajó con 33 familiares de esquizofrénicos que recibieron cualquiera de dos programas educativos ( 4 lecturas sobre diagnóstico, síntomas, causas y tratamiento) o terapia familiar. Después de nueve meses de seguimiento se observaron varios cambios positivos en la actitud de los familiares que recibieron el programa educativo.

Así, el trabajar con familiares de pacientes psiquiátricos, sus actitudes hacia la enfermedad mental, y por ende hacia el mismo paciente en estos grupos de orientación y sensibilización estaremos fomentando ese cambio al respecto en el individuo que trascienda el marco terapéutico y hospitalario para aterrizar por consecuencia en el ambiente familiar e interpersonal.

#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

Volviendo al programa de atención a familiares de pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, encontramos algunas similitudes con los programas citados por Berkowitz (1990), especialmente en el educativo. El autor propone cuatro lecturas que, como ya lo señalamos, versan sobre diagnóstico, sintomatología, causas y tratamiento; ahora bien, en el programa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez la información se otorga de una manera semejante, con la diferencia de que en éste no se hacen lecturas, sino que los psicólogos exponen verbalmente y con apoyo de material didáctico temas que se consideran de importancia para el familiar. Dichos temas son: 1) enfermedad mental; 2) efectos secundarios del medicamento; 3) servicios hospitalarios; 3) el regreso del paciente a casa; 5) La familia (basado en el ciclo vital de la familia); y 6) Hospital parcial. Estas exposiciones se llevan a cabo con un tema por sesión y después de que se ha otorgado la información del tema en turno se procede a aclarar dudas que los familiares tengan acerca del mismo. Así pues, podemos concebir a este programa como un programa educativo que pretende promover un mejor entendimiento hacia el paciente por parte de su familiar. Las sesiones se trabajan una vez a la semana, esto es, con frecuencia de cada ocho días los familiares acuden al grupo de orientación. Es importante señalar que en este espacio y tiempo que ofrece el trabajo de grupo no solo se bombardea al familiar con información, sino que se promueve su participación activa en dicho grupo de modo que externé conflictos que hasta el momento no ha podido resolver o afrontar satisfactoriamente, es decir, se movilizan aspectos de tipo dinámico en el miembro del grupo y no únicamente receptividad pasiva (orientación-sensibilización).

La propuesta de este programa de intervención a familiares apunta a dar un apoyo al paciente identificado mediante el trabajo con sus respectivos familiares en un ambiente donde se cuestione y se responda acerca de la problemática que viven en torno a la enfermedad mental, ya que como lo comentan Delgado, Hernández y

#### **CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

---

Jiménez (1996), las respuestas que estos familiares ofrecen a sus pacientes son provocadas en gran medida por sus propias actitudes, las cuales en esta intervención, y según lo señala el programa más reciente (1996) de trabajo de grupos, se intenta modificar dichas actitudes, o, por lo menos, que los familiares las puedan identificar y estar conscientes de las mismas.

El acercamiento a la experiencia del aprendizaje en grupo es otro elemento importante que se promueve en el programa de grupos de sensibilización del hospital.

En cuanto al grupo de reflexión podemos apuntar lo siguiente: a las personas que hayan cubierto su ciclo de sesiones en el grupo del primer nivel (de información-sensibilización), y que estén dispuestos a continuar con la intervención psicológica se les invita a participar en el grupo de reflexión (de segundo nivel), durante seis meses; siendo el objetivo principal su integración a un grupo, mismo que les permitirá hablar de las emociones y conducta que genera el tener un paciente con estas características (enfermedad mental). Dicho grupo también trabaja una sesión por semana.

Además es importante señalar que dentro de los cambios tácticos y técnicos - debidos a la actualización del programa- que se hicieron a la intervención que se da a estos grupos en febrero de 1995 se incluye uno especialmente importante para esta investigación, a saber: se especifica ahora en este programa actualizado, el cual ya estaba funcionando en el momento de llevar a cabo la investigación, que dichos grupos les permita a los familiares de pacientes psiquiátricos que asisten a ellos "integrarse de forma más activa en el proceso de tratamiento y rehabilitación de su paciente a través de los diferentes niveles de atención que van de la información, orientación y aprendizaje hacia un nuevo cambio de actitud en relación a la enfermedad" (Delgado et, al, 1996); justamente la evaluación que se presenta como objetivo principal de este trabajo de investigación.

---

## Capítulo V.

---

Mé t o d o

## OBJETIVO

El objetivo que se planteó esta investigación fue elucidar de qué manera influye la intervención psicológica grupal en familiares de pacientes psiquiátricos con respecto a la actitud que el familiar toma hacia la enfermedad mental.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricos es importante tanto para el tratamiento, pronóstico y rehabilitación, como para la calidad de interacción que se da entre paciente identificado y sus familiares. Así pues, es relevante el estudio de la situación afectiva en la que se encuentran los familiares de un paciente psiquiátrico y del modo en que se dan las interacciones entre ellos, así como los cambios que pueden aparecer con una intervención psicológica, ya que al identificar posibles patrones o pautas de conducta como lo son: la reacción del familiar ante la enfermedad mental en un miembro de la familia y la situación afectiva prevaleciente durante la misma; esto permite detectar y/o adquirir herramientas adecuadas para la intervención profesional encaminadas a la mejoría de la interacción y de la actitud del sujeto hacia su familiar enfermo; y con esto facilitar las intervenciones futuras de manera que se logre una ganancia en tiempo, esfuerzo y eficacia de dicha intervención profesional en beneficio de las personas que acuden al servicio y de la población en general.

La emergencia de enfermedad mental en un miembro de la familia repercute en el resto de los integrantes ocasionando cambios en el sistema que influyen sobre la actitud de los miembros de dicha familia hacia el paciente identificado, y por lo tanto, en la calidad de interacción que se da entre el paciente identificado y sus familiares. Debido a esto y a los numerosos afectos de componentes hostiles y ansiosos que son movilizados en el sistema, la intervención psicológica a familiares orientada hacia una mejor comprensión de la situación del paciente identificado resulta en una adecuación

de las relaciones intrafamiliares y en favor de la salud mental de los miembros de la familia. Por lo tanto es necesario cuestionarnos si ¿es posible incidir sobre las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes esquizofrénicos a través de un programa de intervención grupal?, y ¿qué importancia tiene y que papel juega la intervención psicológica en las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricos?

### **HIPÓTESIS**

Existe relación entre el tiempo de intervención psicológica grupal y las actitudes que los miembros tienen hacia la enfermedad mental.

### **VARIABLES**

(VI) Variable Independiente = Intervención psicológica.

(VD1) Variable Dependiente 1 = Actitud del familiar hacia la enfermedad mental.

(VD2) Variable Dependiente 2 = Interacción entre familiar y paciente.

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES**

(VI) Intervención psicológica = Tipo de intervención psicológica grupal que se lleva a cabo con los familiares de los pacientes enfocado a la información, orientación y sensibilización de los miembros del grupo.

(VD1) Actitud del familiar hacia la enfermedad mental = Conjunto de afectos, ideas y acciones que el familiar tiene acerca y para con su paciente antes y después de la intervención.

(VD2) Interacción entre familiar y paciente = Tiempo y calidad de convivencia existente entre familiar y paciente.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES**

(VI) Intervención psicológica = Tipo de intervención psicológica grupal que se lleva a cabo con los sujetos que acuden al grupo a orientación de familiares de pacientes en consulta externa y que está sustentado en el programa de intervención elaborado previamente a esta investigación y el cual se describe en el marco teórico del presente trabajo además de incluirse al final del mismo trabajo como un anexo.

(VD1) Actitud del familiar hacia la enfermedad mental = La actitud, o el tipo de actitudes (positiva, neutra o negativa), es determinada por el puntaje que obtiene el sujeto en la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental de Stefani.

(VD2) Interacción entre familiar y paciente = El tipo de interacción, o su calidad, entre familiar y paciente es determinada cualitativamente por una autoevaluación que los mismos sujetos hacen a este respecto y por una entrevista que el investigador hace a los sujetos en cuestión.

**SUJETOS**

Los sujetos que participaron en la investigación fueron treinta, de los cuales quince conformaron el grupo control y quince que conformaron el grupo experimental. Las características que cubrieron, los criterios de inclusión, fueron los siguientes:

- ♦ Parentesco directo con el paciente identificado (padres, hermanos, hijos o cónyuges).
- ♦ Residir en la misma casa que el paciente identificado.
- ♦ El paciente identificado presentó una psicopatología aguda, preferentemente esquizofrenia.
- ♦ El paciente identificado estaba hospitalizado y era atendido en consulta externa.
- ♦ Se descartó deficiencia mental en el paciente identificado.

## **MUESTREO**

La muestra que se tomó fue intencional debido a las características arriba mencionadas, conformándose dos grupos: control y experimental.

## **TIPO DE ESTUDIO**

Por las características expuestas se trata de un Estudio Transversal Prospectivo Cuasi Experimental Aplicado de Campo debido a que no comprende todos los criterios del estudio experimental (control riguroso de todas las variables intervinientes, espacio y condiciones ambientales controladas -ambiente de laboratorio- etc.); fue prospectivo por el hecho de que se incidió sobre la población y se esperaron cambios a futuro y a corto plazo; y fue aplicado de campo porque la intervención tiene que ver con la praxis clínica más que con el estudio de procesos básicos de la conducta, además de que fue realizado en el ambiente natural de los servicios hospitalarios; por último fue transversal ya que se aplicó el test a individuos del grupo de información que por primera vez acuden al mismo y se aplicó un test a individuos que ya se encontraban el grupo de reflexión y que por ende tenían como mínimo siete sesiones de intervención puesto que ya habían acudido al primer grupo.

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

**G 1 - Test**

**G 2 - Test**

donde:

G 1 = Grupo de información-sensibilización (grupo control).

G 2 = Grupo de reflexión (grupo experimental).



## INSTRUMENTOS

El instrumento de medición que se empleó en esta investigación fue La Escala de Actitudes Hacia la Enfermedad mental creada por Stefani en Argentina (1977). Consta de 59 reactivos no ambiguos estructurados por la técnica de intervalos sucesivos de Thurstone, misma que nos permite identificar la actitud en un continuo favorable-desfavorable respecto a la enfermedad mental.

La validez que presenta la escala es de tipo interjueces, debido a que la autora pidió a los jueces que clasificaran los reactivos originales en aquellos que representarían, según su criterio, una actitud favorable, neutra o desfavorable hacia la enfermedad mental, para posteriormente desechar los que presentarían un desvío estándar mínimo no mayor a 1.60.

La confiabilidad que el instrumento presenta se encuentra en ser invariante con respecto a la edad y a la ocupación, es decir, en el estudio original se eliminaron los reactivos que tenían diferencias significativas de estas variables que acabamos de mencionar, a su vez, estas diferencias se obtuvieron mediante una prueba de diferencia de medias para muestras independientes, fijándose un nivel de probabilidad de .01. En esta escala se toma en cuenta una actitud como favorable cuando los puntajes que arrojan los resultados caen entre 7 y 4.1; los puntajes neutros, o sea, los que no muestran una actitud ni favorable ni desfavorable, son aquellos que caen entre 4 y 3.1 y los negativos -desfavorables-, corresponden al rango de 3 a 1.

## PROCEDIMIENTO

Cabe mencionar aquí que inicialmente se tenía previsto trabajar con un control más riguroso de variables, a saber, se pretendió crear un grupo de familiares que llegaran al servicio por primera vez y constituir un grupo cerrado, al cual se le iba a aplicar el pretest en su primer sesión, posteriormente se llevaría a cabo la intervención

psicológica de ambos niveles (orientación y reflexión). finalmente, a estos mismos sujetos del grupo, se les aplicaría el posttest una vez concluida la intervención. Con esto se pretendía realizar un estudio longitudinal en tanto se trataba de evaluar mediante un seguimiento a los mismos sujetos antes y después de la intervención. No fué posible llevar a cabo así la investigación debido a que las características institucionales del hospital no permitieron conformar el grupo debido al grado de deserción, pues a los primeros sujetos que eran reclutados se les citaba con mucho tiempo diferido, durante el cual se esperaba reclutar al resto de los integrantes, así los últimos sujetos que fueron reclutados fueron citados sólo con una semana diferida ya que el grupo estaba completo, sin embargo en la primer sesión no llegaron los primeros sujetos reclutados. Posteriormente se decidió trabajar con los grupos que ya estaban constituidos y funcionando en consulta externa y entonces aplicar el test a los sujetos que llegaban al grupo de información-sensibilización por primera vez y que cubrieran los criterios de inclusión; se quiso así llevar el seguimiento de los quince sujetos que esta vez conformarían el grupo, empero, nos encontramos con que sólo llegaban al grupo de reflexión muy pocos. Finalmente se decide trabajar con las evaluaciones de sujetos en grupo de información y con las evaluaciones de sujetos en grupo de reflexión para concretar así un estudio transversal en lugar de uno longitudinal quedando el proceso que la investigación la investigación siguió del siguiente modo:

a) Reclutamiento de los sujetos.

De los sujetos que asisten al grupo de orientación a familiares se tomaron a quienes estén presentes en dicho grupo por vez primera para el grupo uno (control), hasta completar el total de sujetos con los que se trabajó en esta investigación; para el grupo dos se tomaron a los familiares de los pacientes que acuden al grupo de reflexión y que tuvieron por lo menos una sesión en dicho grupo. Lo anterior se llevó a cabo así dado que si se tomaba a los sujetos del grupo uno antes de que acudan al grupo, la mayoría de las veces no asisten, pese a que aceptan y confirman su asistencia previamente.

Además de esto, los sujetos cumplieron los criterios del punto "7" de este mismo trabajo con el objetivo de homogeneizar la muestra lo mayormente posible, por lo que la extracción de esta línea base fue intencional conforme los criterios ya citados, es decir, por cuota.

b) Aplicación del test.

El horario de la aplicación del pretest para los sujetos del grupo uno fue a las 12:20 hrs. aproximadamente del martes correspondiente, hora en la que la sesión termina. El lugar fue el consultorio 18 del departamento de consulta externa, donde se llevan a cabo las sesiones. Justificamos la aplicación del test sólo después de la primer sesión debido a que no se sabe cuales de los sujetos que fueron invitados al grupo asistirán sólo hasta que llegan a su primer sesión; tampoco es posible la aplicación antes de que entren a dicha sesión debido a que los familiares llegan aproximadamente 10 minutos antes en el mejor de los casos y el consultorio está ocupado hasta las 11:00 hrs. (hora en que inicia la sesión).

Para el grupo dos la aplicación del test se llevó acabo con los familiares que asisten al grupo de reflexión, la hora fue a las 12:30 hrs. aproximadamente del miércoles correspondiente, hora en que la sesión termina y el lugar fue el mismo consultorio 18. La consigna con la que se pidió la participación en la resolución del cuestionario para ambos grupos fue la siguiente: "Dentro de los servicios que ofrece este hospital se incluye uno de atención a familiares de pacientes encaminado a conocer la situación del familiar con respecto a su paciente por lo que pedimos su colaboración para contestar un cuestionario, ya que con la información recabada esperamos poder ofrecerles un mejor servicio".

c) Intervención psicológica.

Como ya se mencionó, dicha intervención se llevó a cabo cada martes para el grupo 1 en horario de 11:00 hrs. a 12:20 hrs. en el consultorio 18 del departamento de consulta externa, y cada miércoles para el grupo 2. El contenido de la intervención no

se mencionará aquí ya que está contenido en el capítulo correspondiente del marco teórico del presente trabajo.

d) Forma de aplicación del instrumento.

Se les pidió a los sujetos que tomaran asiento en las sillas que había en el consultorio, posteriormente se les entregó, en cantidad de uno por sujeto, un lápiz del número dos y medio, una goma blanca y la escala de Actitud hacia la Enfermedad Mental de Stefani; entonces se les pidió que de manera individual respondieran los reactivos de dicha escala, permitiéndoseles borrar en caso de rectificación de algún error o malentendido cometido. No hubo un tiempo límite para concluir la escala, cada sujeto trabajó a su propio ritmo; hay que recordar que no se trata de una prueba de velocidad sino de ejecución típica.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El tratamiento estadístico al que se sometieron los datos se hizo a través del uso de la prueba estadística de U de Man-Withney, por corresponder esta a un diseño cuasi-experimental de dos grupos independientes -en esta investigación grupo control (primera sesión en información) y grupo experimental (grupo de reflexión)-, y a un nivel de medición ordinal según la clasificación de la escala (Stefani). Otra razón de emplear dicho tratamiento estadístico radica la forma en que se extrajo la muestra ya que fue por cuota, impidiendo así cumplir con los requisitos establecidos para emplear pruebas paramétricas (T de Student para los grupos independientes por ejemplo), tales como homogeneidad de la varianza y elección aleatoria de la muestra y que esta provenga de una población teóricamente distribuida en forma normal.

---

## Capítulo VI.

---

# Resultados

TABLA 1.

Relación de actitud hacia la enfermedad mental por grupos.

U de Mann- Withney	Probabilidad de U	Valor de Alfa	Ho
96	.5125	.05	Se acepta

#### Interpretación y conclusión estadísticas.

Como se puede observar en la tabla 1, el valor correspondiente a la probabilidad de U de Mann, es decir, a que ésta ocurra es del .5125, y como este valor es mayor que el valor de alfa de .05 entonces aceptamos la hipótesis nula y concluimos que no hay diferencia en la actitud hacia la enfermedad mental entre los grupos estudiados.

TABLA 2.

Relación de la actitud hacia la enfermedad mental entre los individuos con pocas sesiones y los individuos de más de 11 sesiones del grupo de reflexión.

U de Mann- Withney	Probabilidad de U	Valor de Alfa	Ho
16.5	.2238	.05	Se acepta

#### Interpretación y conclusión estadísticas.

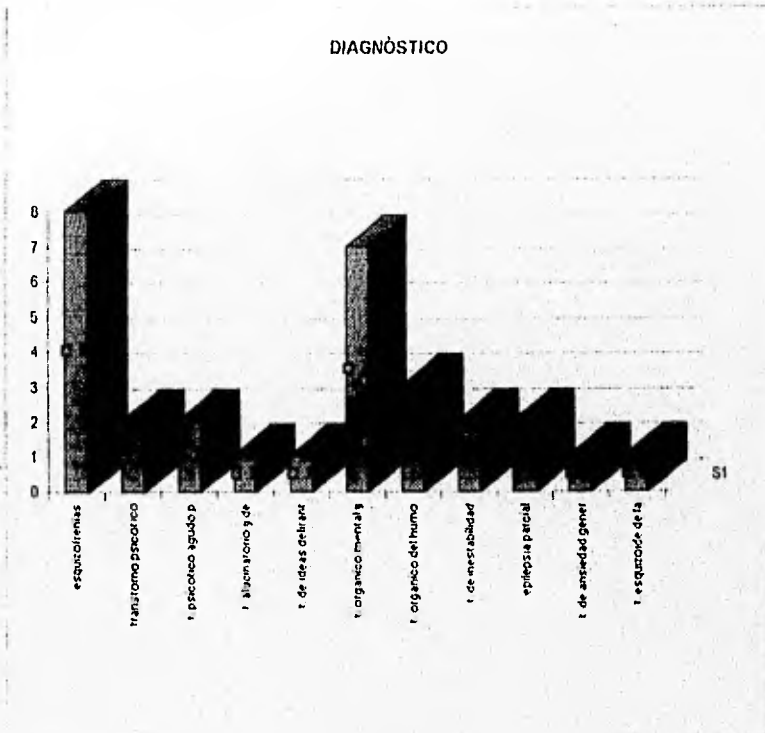
Debido a que el valor de la probabilidad de U de Mann es de .2238 y por lo tanto mayor que el valor de alfa, entonces aceptamos la hipótesis nula y concluimos que no

existe diferencia significativa en la actitud hacia la enfermedad mental entre los miembros del grupo de reflexión con pocas sesiones (de 7 a 11), y los miembros del mismo grupo con muchas sesiones (de 25 a 38).

GRÁFICAS

Gráfica 1.

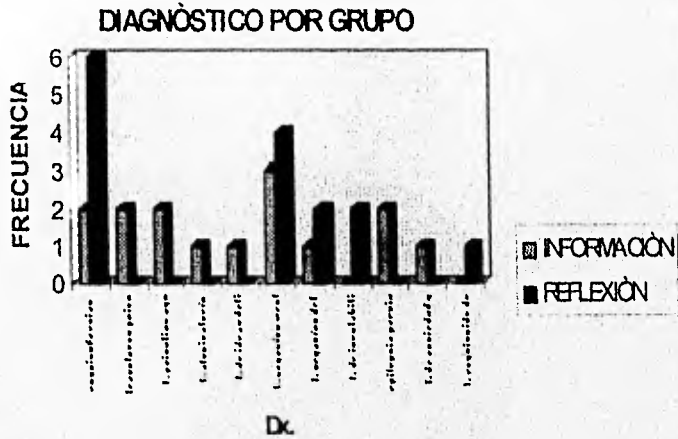
Esta gráfica muestra la distribución de los diagnósticos entre los treinta pacientes identificados.





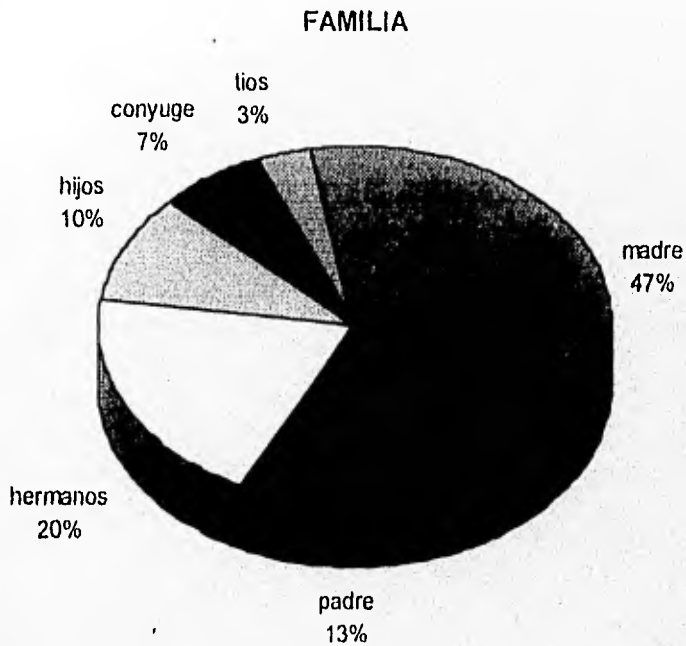
Gráfica 2.

Esta gráfica muestra la distribución de los diagnósticos de los pacientes identificados por grupo de atención a familiares según los familiares que participaron en la muestra.



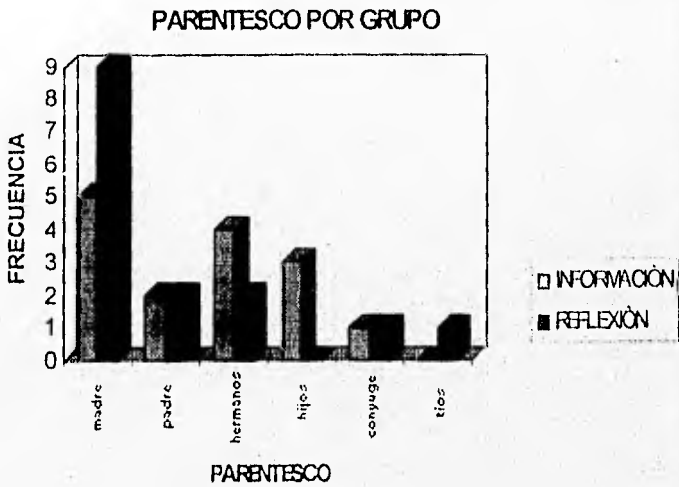
Gráfica 3.

En esta gráfica se observa la distribución y porcentaje del parentesco que los individuos que participaron tenían con su paciente identificado.



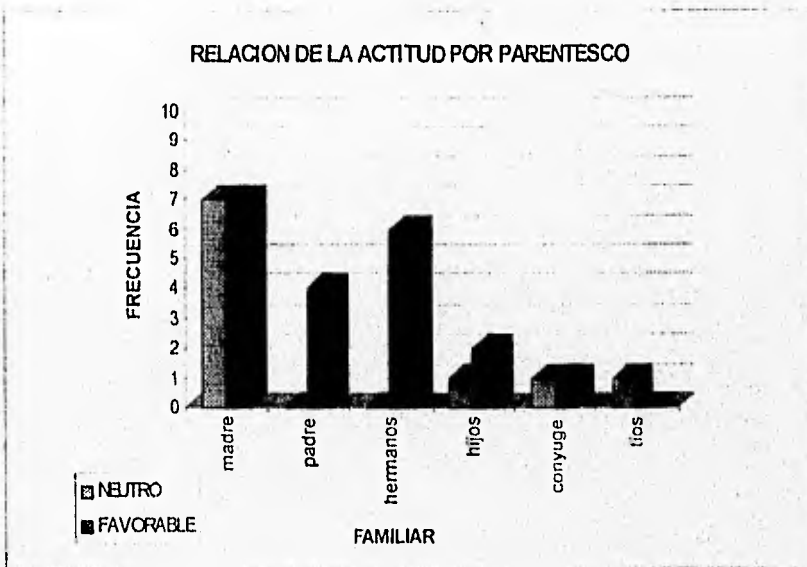
Gráfica 4.

Aquí se muestra la distribución por frecuencia del parentesco que tuvieron los familiares con respecto a su paciente identificado dependiendo del grupo en el que se encontraron.



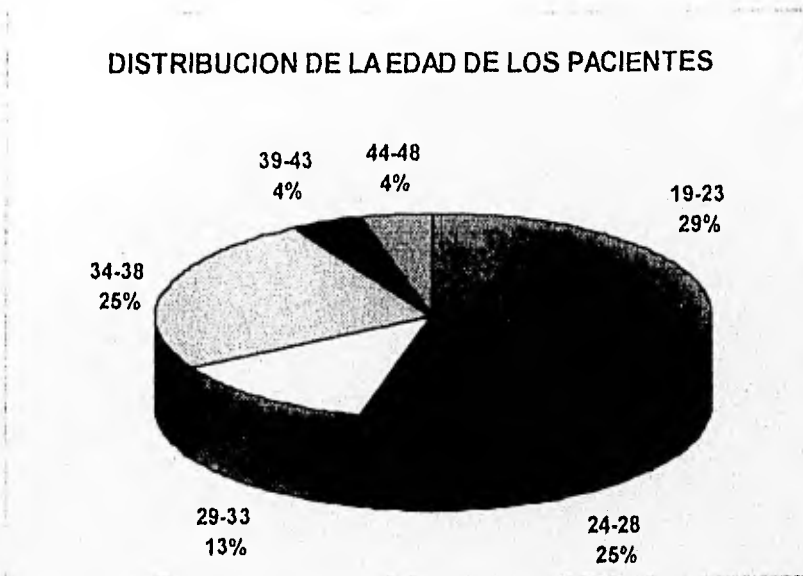
Gráfica 5.

Esta gráfica muestra la distribución de la actitud hacia la enfermedad mental en frecuencia según el parentesco que tuvieron con el paciente identificado.



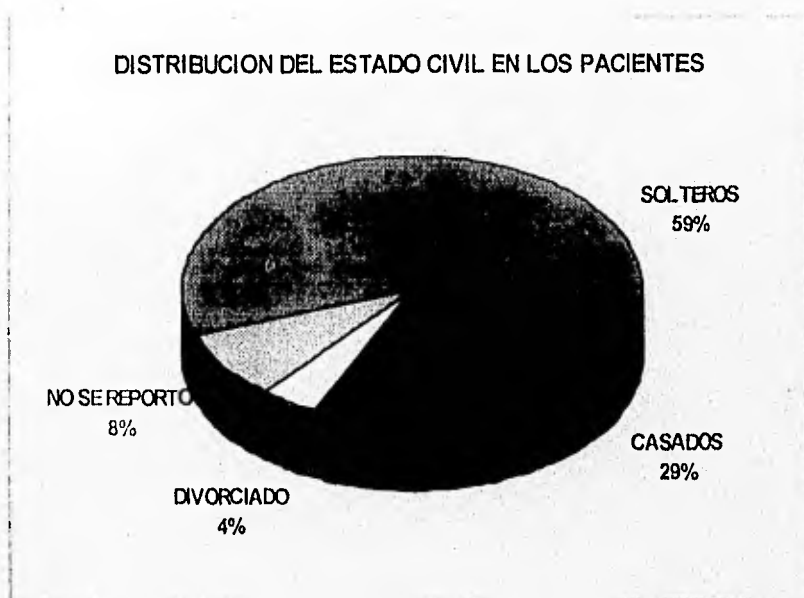
Gráfica 6.

En esta gráfica observamos la distribución de la edad de los pacientes identificados.



Gráfica 7.

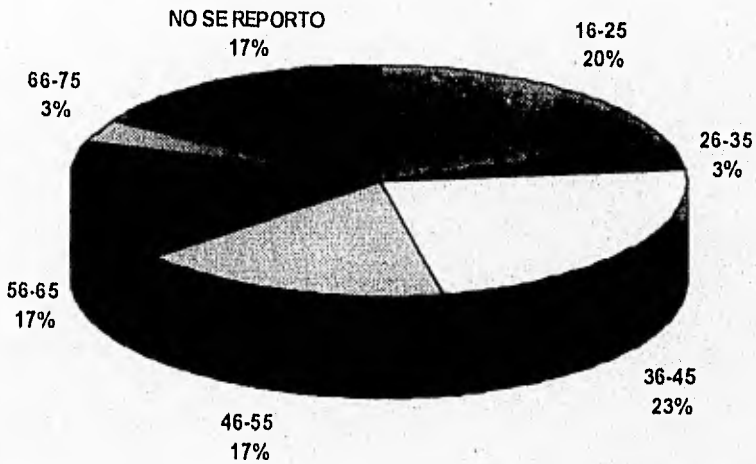
Aquí se presenta la distribución que se obtuvo según el estado civil que tuvieron los pacientes identificados.



Gráfica 8.

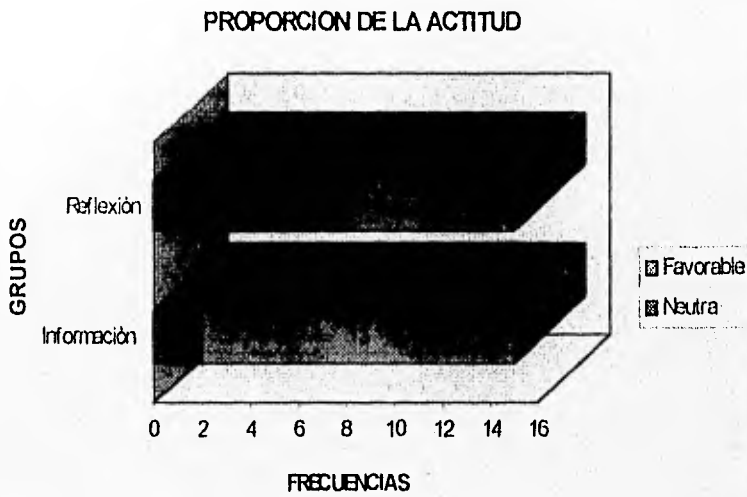
En esta gráfica aparecen los porcentajes de la edad por rangos de los familiares de los pacientes identificados y su distribución.

DISTRIBUCION DE LA EDAD DE LOS FAMILIARES



Gráfica 9.

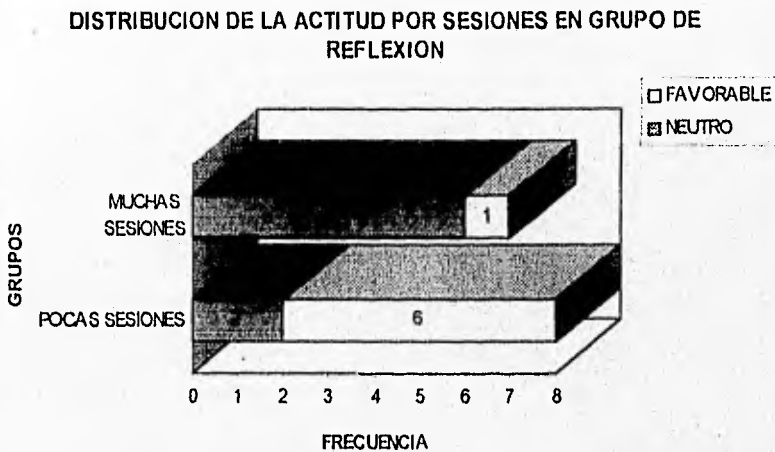
Esta gráfica muestra la distribución de la actitud hacia la enfermedad mental que obtuvieron los familiares de ambos grupos de intervención.





Gráfica 10.

La distribución que presenta esta gráfica corresponde a la actitud hacia la enfermedad mental que obtuvieron los sujetos del grupo de reflexión con respecto al número de sesiones al que asistieron.



---

## Capítulo VII.

### Discusión y Conclusiones

Comenzaremos aquí por hablar de las dificultades con que nos encontramos en la investigación, desde su diseño hasta la ejecución de la misma.

## **SOBRE LA METODOLOGÍA**

Inicialmente se había ideado trabajar con un grupo control y uno experimental, en el grupo control se incluirían los sujetos familiares de pacientes psiquiátricos que no tenían intervención alguna del servicio de psicología en el hospital, por su parte, el grupo experimental se iba a formar con familiares de pacientes con los que se iba a abrir un grupo de intervención que cubriría las actividades de información-sensibilización y de reflexión; se trataría de un grupo cerrado y el test se aplicaría antes de iniciarse y al concluir con las actividades pertenecientes al segundo nivel de intervención en el grupo y las cuales se señalan en el capítulo cuarto de este trabajo. Con esto pretendíamos tener un mayor control de las variables durante la realización de la intervención y su evaluación.

Primeramente encontramos que la conformación de un grupo "nuevo" no era posible puesto que para reclutar a los primeros sujetos se les dio una fecha de inicio alejada en dos meses del día de la invitación, por lo que al concluir con las quince invitaciones de los sujetos que participarían, los primeros ya habían olvidado la invitación o habían perdido interés en acudir al grupo, así, el día en que se iniciaban las actividades acudieron solamente seis sujetos, en la segunda sesión sólo cuatro. En cuanto al grupo control sucedió algo semejante, pues cuando los familiares se presentaron por primera vez en consulta externa se les aplicó lo que sería el pretest y se les dio fecha para que acudieran a la aplicación del postest y...no regresaron.

Así las cosas, se procedió a integrar a los sujetos del grupo que se había abierto al grupo ya existente y entonces empezar a trabajar con los sujetos que llegaron por primera vez al grupo de información-sensibilización y aplicarles el pretest después de su primera sesión porque, como ya se mencionó en la metodología, no sabíamos

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

cuales de los sujetos que habían sido invitados iban a acudir al grupo. En este punto de la investigación planeábamos hacer un seguimiento con esos quince sujetos que entraron al grupo del primer nivel (cada uno en diferentes fechas), y después de que pasaran al grupo de segundo nivel -de reflexión- y de que asistieran por lo menos a una sesión en este grupo aplicarles el postest. Encontramos que los sujetos no llegaban al grupo de segundo nivel, la mayoría abandonaba la intervención después de haber concluido sus seis sesiones en el grupo del primer nivel, y algunos otros quisiera concluía la intervención en este primer grupo.

Aquí un cambio más en la metodología para salvar este nuevo obstáculo en la investigación y que consistió en hacer un estudio transversal en lugar de uno longitudinal, pues no era posible el seguimiento ya que no hubo constancia de parte de los sujetos. Ahora el plan a seguir (que es el que finalmente se empleó en la investigación) fue aplicar un test a los integrantes que ya se encontraban en el grupo de reflexión y que, obviamente, tuvieran por lo menos una sesión en este grupo y, por ende, siete sesiones en total de intervención de grupo en el hospital. Cabe señalar que este aspecto referente al abandono de los sujetos en el grupo del primer nivel es un factor que se observa permanentemente en el departamento de consulta externa, es decir, la incidencia y la frecuencia de la deserción en familiares de pacientes es muy alta, lo que imposibilita la continuación y terminación del tratamiento, a saber, que los sujetos asistan a los dos niveles de intervención (de información-sensibilización y de reflexión).

### **SOBRE LOS OBJETIVOS DE LOS GRUPOS Y LA DINÁMICA DE LA INTERVENCIÓN.**

Un elemento importante y que llama la atención es el hecho de que a pesar de que en el grupo de información-sensibilización se tenían hasta más de treinta sujetos en una sesión, estos, no llegaban al segundo grupo. Esto nos habla de que

probablemente no existía adherencia entre sus miembros en cuanto al grupo y nos lleva a plantearnos la pregunta siguiente: ¿Existe correspondencia entre los objetivos que el programa le plantea al grupo y los objetivos del grupo como tal?. Revisando los objetivos del programa (capítulo 4) encontramos bien especificado precisamente lo que el mismo programa persigue, a saber, informar. En este grupo la dinámica que se sigue es meramente expositiva y de aclaración de dudas respecto del tema en turno que en esa sesión se haya presentado. Los miembros del grupo pues, asisten, toman asiento, escuchan y, si se generaron inquietudes, preguntan. Con esta "dinámica" no se observa interacción entre los miembros del grupo y debido a la tasa de abandono de los miembros del grupo, parece ser que tampoco hay un adecuado enganche terapéutico. La actitud de los miembros es más bien receptiva y un tanto cuanto pasiva en relación a la participación. Es hasta el segundo nivel, el de reflexión, donde se observa mayor participación en los sujetos; aquí los miembros tienen más oportunidad de hablar de su situación en específico y de interactuar entre ellos, entonces es más factible que se presenten elementos indispensables para que el grupo se mantenga como tal y que aparezcan lo que Yalom (1986) llama los factores curativos y que se revisaron en el capítulo cuarto. Obviamente las personas que llegan a este nivel son los menos de los que en total asisten al grupo del primer nivel. Como dato adicional y hasta cierto punto relevante es prudente señalar que una causa más que impidió conformar en poco tiempo el grupo que originalmente sería el experimental se debe a que no fueron referidos sujetos a este grupo por parte del personal en consulta externa ya que no cumplían los requisitos de inclusión, o bien porque el personal "olvidaba" hacer la invitación a los familiares para asistir a este grupo en específico, ¡vaya lapsus!

### **SOBRE EL INVENTARIO DE ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.**

En cuanto al cuestionario que se empleó (Inventario de Actitud Hacia la Enfermedad Mental Stefani) se observaron esos siempre pequeños detalles en su

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

estructuración que se prestaron para malos entendidos por quienes lo contestaban. En primer lugar, los términos que se presentan de *Favorable* y *Desfavorable* parecen haber dado lugar a interpretaciones morales de los mismos, además de causar confusión en las afirmaciones donde se presentaba una doble negación, así el sujeto solía apuntar del lado de *Favorable* cuando en verdad quería apuntar lo contrario, o sea, *Desfavorable*. En segundo lugar, encontramos afirmaciones en tercera persona, lo que da ya desde su lectura una apreciación impersonal de la situación que se plantea con referencia a la enfermedad mental (caso de la afirmación No.23). En tercer lugar la inconsistencia en los términos empleados, como es el caso de *enfermo mental* y luego *paciente mental*, (observación hecha por la supervisora interina de la investigación), que también puede contribuir de algún modo para generar confusión en los familiares que respondían al cuestionario; en cuarto lugar, la expresión de *ex-paciente mental* igualmente pudiese generar confusión debido a sus implicaciones, es decir, en tanto se habla de *ex-paciente*, luego entonces ¿la enfermedad mental "se cura"? Estas implicaciones en las afirmaciones que se presentan en el cuestionario pueden ser importantes si tomamos en cuenta que más adelante se encuentran afirmaciones con respecto a la cura de la enfermedad mental, donde se le pide al sujeto conteste de acuerdo a su apreciación; es decir, si un sujeto lee, por ejemplo la afirmación 33 que dice: "A la gente le resulta más fácil compartir sus horas de trabajo con un *ex-enfermo mental* que convivir con él", este sujeto puede dar por hecho que toda alteración mental es curable en tanto se habla de *ex-enfermo mental*, y entonces influir en su respuesta de otros reactivos, como el No.50: "Un enfermo mental nunca se volverá sano". Principalmente, pensamos, los términos de *Favorable* y *Desfavorable* son los que generan más confusión en los sujetos. Se observó, por ejemplo, que los sujetos en el momento de contestar el inventario acudían al aplicador para aclarar dudas de esta índole. Pongamos como caso el sujeto que al contestar el reactivo No.5 ("El enfermo mental es un ser violento"), preguntó que si ubicar su respuesta del lado de *Favorable* equivalía a decir que era bueno (*Favorable*) que un enfermo mental fuese violento. En este sentido creemos que se adecuarían más los términos *De acuerdo* y *En desacuerdo* para los fines que persigue este inventario de actitud hacia la enfermedad

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

mental. Este problema se solucionó dando la explicación pertinente a los sujetos que presentaban esta duda, procediendo de manera individual con cada uno de ellos y observando su ejecución en otro reactivo que presentara las mismas características que el que causó su confusión inicialmente, si entendía correctamente dicho reactivo se le permitía que continuara solo con el inventario, de lo contrario se le daba nuevamente una explicación hasta observar que las dudas se despejaran. Obviamente este aspecto retardó la aplicación del inventario durante las sesiones correspondientes.

Probablemente esta comentada confusión con la terminología del inventario sea facilitada por el nivel escolar y/o intelectual de la población a quien le fue aplicado. Se observó que la mayoría de los sujetos no tenían estudios después de la secundaria, este dato, sin embargo, no se puede afinar debido a que no se encuentra registrado en los expedientes del hospital que se revisaron para el estudio de la población. Los datos del familiar del paciente identificado que son registrados son muy pocos y los de los pacientes las más de las veces son insuficientes cuando se trata de una exploración de las características como las que aquí requerimos (escolaridad y estado civil por ejemplo).

### **SOBRE EL PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO**

El hecho de no tener la información demográfica de la población -arriba señalada- impidió realizar un procesamiento estadístico más complejo como lo es una regresión múltiple, de modo que solo se trabajó con la mayor cantidad de datos demográficos que se encontraron en los expedientes del hospital y en los estudios de trabajo social. Tampoco fué posible emplear otro estadístico debido a que las características de la población estudiada no se prestan para ello, a saber, la cantidad de sujetos y la variable medida, así que, finalmente, se adecuaba más el estadístico empleado (U de Mann-Whitney) aún con las limitaciones que ello implica.

## SOBRE LOS RESULTADOS

En cuanto a los resultados hablaremos primero de los que se obtuvieron del estudio de la población, tanto de familiares como de pacientes identificados.

### **A) Diagnósticos.**

En primer lugar presentamos los diagnósticos de los pacientes identificados. Como lo mencionamos en la última parte de la introducción, los trastornos que a continuación se presentan en la gráfica No.1 de los resultados, mantienen estrecha relación con la sintomatología psicótica aguda en tanto se observan alucinaciones, pérdida de la capacidad de juicio lógico, pérdida del juicio de realidad -delirios principalmente- y trastornos severos de los afectos -angustia y depresión- acompañados de otros síntomas importantes.

Claramente se observa una mayor incidencia en la esquizofrenia y en el trastorno orgánico mental y del comportamiento, que como ya lo apuntamos, incluye sintomatología de orden psicótico. Ahora bien, los otros trastornos, aunque de menor incidencia, no dejan de hablarnos de esos síntomas psicóticos que, finalmente, son comunes a todos los trastornos, con excepción de la alucinación que no se presentó en un paciente con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

Es importante ahora indicar que los diagnósticos obtenidos están en función del diagnóstico asignado en el expediente del hospital, se trata pues, de un diagnóstico "oficial". A su vez, estos diagnósticos, que los psiquiatras asignan, corresponden a la clasificación del CIE-10 en la mayoría de los casos, los menos corresponden a la clasificación del DSM-IV.

Por otra parte, la distribución que se dio de los diagnósticos en cada uno de los grupos de familiares, muestran una mayor incidencia de esquizofrenias en el grupo de



reflexión en comparación con el de información al igual que sucede con el trastorno orgánico mental y del comportamiento, tal como se le puede observar en la gráfica No.2 de los resultados.

Los diagnósticos en esta distribución entre los grupos no es normal (estadísticamente) debido a que la extracción de la muestra correspondió a criterios diferentes a los de diagnóstico; más bien el diagnóstico del paciente estuvo en función de la elección de su familiar en tanto cumpliera con los requisitos señalados en la metodología de este trabajo con la excepción de que este diagnóstico debía corresponder a una alteración mental aguda.

### **B) Parentesco.**

La mayoría de los familiares que acuden al hospital en compañía del paciente son madres del mismo (gráfica No.3), en menor porción son padres y hermanos y en una mínima hijos, cónyuge y tíos. Ya en la distribución de ambos grupos, se observa (gráfica No.4), que las madres son quienes más continúan en el proceso terapéutico, es decir, quienes aparentemente muestran un mayor interés en su enfermo, y probablemente el aspecto cultural (madre protectora), sea el que intervenga aquí para que se den así las cosas. Los padres del enfermo por su parte se mantienen igual en ambos grupos, aunque, como lo muestra la gráfica No.4, no se evidencia una mayor constancia en ellos que la que presentan las madres con respecto al interés por el paciente y por la intervención. El mismo caso sucede con los cónyuges con la variante de que estos acuden en menor número al hospital en compañía de su familiar enfermo y probablemente la distribución en la frecuencia de los cónyuges se da así debido a que la mayoría de los pacientes son solteros (véase inciso "C"). Por otro lado, los hermanos tienden, parece, a perder interés en la intervención y abandonan más frecuentemente el grupo sin llegar al segundo nivel, al igual que los hijos.

### **C) Estado civil y edad.**

La gráfica No.6 muestra claramente como la mayoría de los pacientes identificados son jóvenes y la No.7 muestra como la mayoría son también solteros. Esto mantiene relación con el hecho de que la mayoría de los familiares hayan sido madres y la minoría cónyuges de los pacientes. Si pensamos que la mayoría de las personas que desarrollan una enfermedad mental y llegan al hospital son solteros, nos damos cuenta de que es significativo, pues si es verdad que también son jóvenes, lo son solo en relación con los familiares y este aspecto nos lleva a cuestionarnos si *los pacientes están locos porque no se han casado, o no se han casado porque están locos*, como reza un dicho popular entre el personal de este hospital psiquiátrico, que como todo chiste tiene su parte seria que invita a la reflexión.

Quizá otro hecho que contribuya a que se registre una población joven con alteraciones psiquiátricas se deba a que actualmente, además de existir más gente joven que adultos o senectos, la droga en cualquiera de sus presentaciones ha invadido de manera alarmante a la población, y especialmente a la gente joven, pues observamos que la mayoría de los pacientes presentan un trastorno mental secundario a daño orgánico por la ingesta de droga según los expedientes revisados de la muestra de pacientes que aquí trabajamos y que además de modo general se observa en todo el hospital. Es muy frecuente que lleguen pacientes al hospital con este tipo de alteraciones mentales secundarias al consumo de drogas, es decir con daño orgánico cerebral según lo apuntamos en el capítulo tres.

#### ***D) De la actitud hacia la enfermedad mental (lo cualitativo).***

Como se observó en los resultados, la correlación de la actitud hacia la enfermedad mental entre los grupos no mostró una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo, cualitativamente es muy significativo que en el grupo de reflexión la actitud hacia la enfermedad mental tienda a ser más neutra que favorable y en el grupo de información, valga decir con los sujetos que no tienen intervención psicológica la actitud tienda a ser mayoritariamente favorable, pues estos resultados

están en franca oposición a los resultados que nosotros esperábamos con base en nuestras hipótesis, a saber, que con la intervención "mejoraria" la actitud de los sujetos de neutra a favorable o de desfavorable a neutra, pues, suponíamos, la sensibilización, la información y la reflexión en grupo favorecería que los sujetos superaran prejuicios existentes en ellos en torno a la enfermedad mental y entonces lograrán aceptar más a su paciente identificado en tanto no lo estigmatizaran más como el "loco". Ahora bien, el hecho de que haya sucedido justamente lo contrario no indica que la intervención sea contraproducente o que degenera en una especie de iatrogenia, sino que una actitud más de tipo neutro parece indicar una mayor objetividad del sujeto con respecto a la situación que esta viviendo en casa con un enfermo mental. Debido a que el sujeto con intervención en el segundo nivel se permite hablar y trabajar la ansiedad, la irritabilidad e incluso la hostilidad que le genera el convivir con alguien que continuamente alucina, no entiende, agrede, rompe cosas y que además es alguien también querido en tanto es familiar, da lugar a entender mejor dicha situación ya que el conflicto ambivalente de irritarse con alguien a quien se ama va cediendo lugar a la comprensión y a la aceptación de esa otra parte de la interacción entre familiar y paciente, es decir, "la molestia". Esto mismo en términos de técnica terapéutica quedaría así: en la medida en que el sujeto se permite reconocer, hablar, trabajar y aceptar una situación harto incómoda y desgastante, además de irritante, permite que no se la actúe sin conocer el porqué se le actúa; en otras palabras: un material originalmente reprimido, del que no tiene noticia el sujeto, emerge en una acción que bien podría llamarse de compromiso y se actúa una y otra vez manifestándose en la interacción entre el familiar y su paciente. No nos extenderemos mucho en esto, pues caeríamos en terrenos del psicoanálisis y nos alejaríamos del tema focal que aquí tratamos así que remitimos al texto *Recuerdo, repelición y elaboración* de Freud (1913), para quien tenga mayor interés en este aspecto. En cuanto a los objetivos que se manejan para el grupo de reflexión podemos decir que si se cumplen dado que se observa mayor contención de la ansiedad (generada por tener a un enfermo mental en casa), en los miembros de este grupo que entre los miembros del grupo del primer nivel y en cuanto al cambio de actitud que se pretende con la intervención podemos decir

que si se presenta y que es obvio si atendemos a los resultados de esta investigación y que ya mencionamos

Por su parte, los sujetos que no tuvieron intervención (los de la primera sesión del grupo de información), al mostrar una actitud en su gran mayoría favorable, sugiere que la ejecución del inventario se realizó con otro tipo de factores, a saber, la no aceptación de una situación incómoda, la compensación a dicha situación a manera de formación reactiva, donde el sujeto se muestra benévolo, comprensivo y tolerante para con su paciente identificado encubriendo así o negando la hostilidad y la irritabilidad que le causa la interacción con el mismo, en otras palabras, la permisividad de expresión de los afectos es menor en los sujetos que no han tenido una intervención psicológica que en los que ya la tuvieron o la tienen, es decir, se encuentran (estos afectos) reprimidos no solo por la cuestión meramente intrapsíquica del sujeto, sino también por aspectos morales -hay que tolerar a un enfermo-, aspectos culturales -hay que dar cuidado y atención a un enfermo- y de deseabilidad social, esto último es muy comprensible si situamos al sujeto en el marco institucional, verbigracia: si yo sujeto llego a un hospital donde va a ser atendido mi familiar y el personal médico me pide contestar un cuestionario que tiene que ver con la situación de mi paciente y además con mi postura ante esta situación, luego entonces trato de "colaborar" lo mejor posible y dar esa buena imagen que supongo requiero para que la atención a mi enfermo sea adecuada.

Como observamos en las gráficas 9 y 10 que se presentan en resultados, obtenemos un dato más que arroja mayor fundamentación a nuestra hipótesis, sugerida por los resultados, de que quienes no tienen intervención psicológica poseen menos capacidad de expresión de los afectos que quienes llevaron dicha intervención. Así pues, no solo se hizo la correlación entre ambos grupos (de información y de reflexión), sino que en el mismo grupo de reflexión la llevamos a cabo y aunque nuevamente no fue significativa dicha correlación estadísticamente, cualitativamente si lo fue ya que se "reprodujo" el resultado obtenido entre los grupos; en esta ocasión dividimos al grupo

de reflexión en dos. los sujetos que tenían pocas sesiones en el mismo y los sujetos que ya tenían por lo menos 25 sesiones en el grupo. De manera que se mostró que en el grupo de quienes tenían pocas sesiones la actitud hacia la enfermedad mental fue predominantemente favorable en comparación con el subgrupo de los que tenían muchas sesiones, en este subgrupo la actitud hacia la enfermedad mental fue predominantemente neutra. El supuesto hipotético, que no por ser hipotético carece de fundamento, pues la consistencia de resultados le respaldan, es el mismo que el que comentamos para la diferencia de la actitud entre los grupos de información y reflexión, a saber, que quienes han trabajado el material displacentero en la intervención que ofrece este hospital en consulta externa, tienden a aceptar más sus mociones hostiles hacia su familiar enfermo que los que no lo han hecho, de manera que la visión de la situación que están viviendo puede ser entonces más objetiva.

Muy significativo fue, además de encontrar lo contrario a lo que esperábamos, que en ninguno de los sujetos a quienes se les aplicó el inventario se encontró una actitud desfavorable, vale preguntarnos si acaso no se deba este hecho a que existe, aún en quienes han llevado la intervención una reminiscencia de la resistencia a ver al familiar como a alguien irritante y que se preferiría rechazar; podría ser, ya que el sujeto continua inmerso en el mismo ambiente cultural, social y educativo en el que siempre ha estado y el hecho de que haya asistido a la intervención psicológica a trabajar sus afectos no le exime de seguir siendo influenciado en cierta medida por este medio, finalmente eso nos habla de una adecuación a la realidad.

Cabe señalar ahora que quienes mostraron mayor neutralidad (nos referimos aquí a neutralidad no como al rango de los resultados correspondiente a actitud neutra, sino en tanto objetividad), fueron las madres (gráfica 5), quienes además de mantenerse con mayor adherencia a la intervención psicológica, también se mantienen proporcionales en cuanto la actitud hacia la enfermedad mental, al igual que los cónyuges, aunque estos asistan menos. Diferentes resultados se obtuvieron con los otros familiares, quienes primordialmente mostraron una actitud favorable

independientemente de que hayan llevado o no la intervención, tal fue el caso de los padres, hermanos y los hijos. Debido a esto y a la observación de que tanto madres como cónyuges son quienes se mostraron con mayor neutralidad y proporcionalidad en cuanto a la actitud que tomaban para con su paciente, creemos que son ellos quienes más contacto tienen con el mismo, por lo que incluso el interés por la asistencia a estos grupos puede ser mayor que en los demás familiares. Es importante también señalar, y retomando estas últimas ideas, que en las madres aparece una actitud proporcionalmente distribuida, es decir, igual número de madres aparece con actitud favorable que neutra, en cambio en los hermanos observamos únicamente una actitud neutra, por lo que ratificamos lo que recién comentábamos, a saber, que son las madres quienes tienen mayor contacto con el paciente identificado y mayor interés en el tratamiento.

### ***E) De las investigaciones previas.***

En el capítulo dos, que trata sobre la actitud y la enfermedad mental, se presentaron resultados de investigaciones que recientemente se han realizado en torno a este tema. Pues bien, diremos lo siguiente: Los resultados aquí obtenidos no concuerdan con los que obtuvo Gutiérrez en 1983, pues ella reportó "una marcada actitud restrictiva hacia el enfermo mental", nosotros, como lo mencionamos, no encontramos ni siquiera a un solo individuo que reportara una actitud desfavorable; los resultados de González (1986), en cambio sí concuerdan con los nuestros pues ahí se encontró una actitud favorable hacia la enfermedad mental en una población no comprometida con la salud mental, lo que apoyaría nuestros supuestos respecto a que el individuo en nuestra cultura tiende a ignorar los aspectos reales que pueden ser hostiles y que surgen de la convivencia con un enfermo mental. Igualmente correspondientes son los resultados obtenidos por Avalos en 1992, que encontró una actitud favorable en estudiantes de medicina de años avanzados y que, por supuesto, no viven con familiar con enfermedad mental en casa, y los resultados obtenidos por Gómez en 1993, quien encontró mayor benevolencia en enfermeras psiquiátricas que

en enfermeras de hospital no psiquiátrico. Las otras investigaciones (Suárez 1990 y Meléndez 1990), ni siquiera tuvieron el cuidado de mencionar qué tipo de actitud es el que habían encontrado, solo se limitaron a señalar que no había diferencia en cuanto a la actitud hacia la enfermedad mental en los grupos que se estudiaron.

A modo de conclusión podemos decir que este tipo de intervención en grupos de familiares de pacientes psiquiátricos facilita la emergencia de la manifestación de los afectos que son penosos para las personas que están en contacto continuo con un enfermo mental de modo tal que dichos afectos son aceptados, cuestionando además, el sujeto en intervención, cuál ha sido su papel desempeñado en torno a la enfermedad de su paciente identificado, es decir, cómo ha reaccionado ante la enfermedad, cómo le ha afectado y qué es lo que ha hecho en el transcurso del padecimiento de su enfermo, por lo que volviendo a lo que señalábamos anteriormente su visión podrá ser más objetiva y su actitud hacia la enfermedad mental más neutra. En este sentido, la intervención psicológica con grupos de familiares de pacientes en consulta externa cumple con uno de sus objetivos propuestos en el programa que señala una "mejoría" en la actitud hacia la enfermedad mental; ahora nosotros entendemos en que sentido se da esta mejoría. Por otro lado es evidente que en el grupo de primer nivel, llamado de información-sensibilización presentan dificultades en cuanto a la adherencia al grupo por parte de los familiares muy probablemente debido a la receptividad pasiva que esta "dinámica" fomenta en los miembros del grupo de información, lo que puede promover la pérdida de interés en las sesiones, puesto que el compromiso grupal no se ha establecido en este nivel y por tanto la cohesión es baja, característica común a todo grupo en formación.

Además de lo anterior, podemos también decir que esta investigación cumplió con el objetivo que se planteó en un inicio ya que elucidó el papel que juega el trabajo terapéutico con familiares de pacientes psiquiátricos con respecto a su importancia en torno a la actitud hacia la enfermedad mental de estos familiares para con sus pacientes identificados, dando así respuesta a la pregunta inicialmente sugerida en el planteamiento del problema de la misma. Si también consideramos las cuestiones

planteadas en el capítulo tres del marco teórico, podemos inferir, con nuestros resultados, que la intervención psicológica en familiares de pacientes psiquiátricos repercute positivamente en la interacción del familiar con su paciente identificado ya que su actitud es de mayor comprensión tanto del paciente como de sí mismo.

Como ya mencionamos en el capítulo cuarto del marco teórico, la experiencia grupal le permite al sujeto aprender y aprehender algunas maneras de conducirse para poder manejar situaciones conflictivas dentro de este grupo, para después emplearlas en situaciones externas al contexto grupal, tal como lo expresa Strong (1985). Es importante señalar que en nuestra experiencia con los grupos con los que se trabajó observamos la presencia de lo que Yalom (1986), llama *los factores curativos*, también mencionados y definidos en el capítulo cuarto.

Por otro lado, la intervención a familiares en grupo aporta importantes ventajas para sus miembros, sobre todo desde la perspectiva de lo que García y colaboradores (1994), definen como grupos de apoyo y que consiste en dar un apoyo social, fomentar el desarrollo de la responsabilidad personal para la solución de los problemas, brindar información y apoyo con el fin de proteger al cuidador de los efectos perjudiciales del estrés y disminuir la sensación de aislamiento y frustración ante un padecimiento de difícil manejo.

En lo institucional se observa una ventaja más, a saber, en lugar de trabajar todo el tiempo con familias completas, en estos grupos se trabaja solo con uno o dos miembros de la familia facilitando así una atención con mayor cobertura en tanto no se requiere de más personal que trabaje con dichas familias, sino que en estos grupos abiertos, al incluir a miembros de diferentes familias, se puede ejercer influencia también sobre los miembros que no acuden a la intervención, tal como lo resalta Kris (1990), al referirse que al incluir solo a un individuo de la familia en la terapia, el terapeuta puede abordar la estructura de interacción familiar relacionada con los



síntomas y el modo en que los miembros de ésta reaccionen frente a los cambios del paciente, o en como los boicoteen inconscientemente

En relación a la intervención psicológica que se da a familiares podemos decir que actualmente se están llevando a cabo con más frecuencia. Anteriormente (principalmente en instituciones), este trabajo no se tomaba en cuenta y se trabajaba únicamente con el paciente identificado dejando de lado a la familia ya que no se visualizaba como un factor de relevante importancia que podía contribuir no solo para el abordaje de la problemática del enfermo mental, sino también como una contención por parte de la familia en la recuperación del mismo y en el mantenimiento de ese restablecimiento.

---

## **Capítulo VIII.**

---

### **Limitaciones y Sugerencias**

Las limitaciones que esta investigación presenta están dadas por el procedimiento del que dependió la extracción de la muestra, a saber, por cuota, esto no permitió que la población estudiada fuese normal, además de que los sujetos que participaron en la investigación conformaron grupos pequeños impidiendo esto una generalización amplia, sin embargo, no por eso, los resultados obtenidos dejan de ser aplicables a la población estudiada. Otra limitación importante de señalar es el hecho de que dado el instrumento que se empleó para recabar los datos referentes a la actitud hacia la enfermedad mental, no podemos identificar aspectos dinámicos o más profundos que determinen dicha actitud en los sujetos con quienes se trabajó, impidiendo esto hacer mayores inferencias al respecto y dar una mayor aportación teórica. Una limitación más la encontramos en el procesamiento estadístico de los datos en tanto no permitió discriminar más finamente los resultados como se hubiera deseado. El motivo de no haber usado otro procesamiento se encuentra en el apartado correspondiente de la discusión.

Como sugerencias se pueden plantear:

1. Realizar más investigaciones de calidad en torno a este tema con el objetivo de obtener más datos y se pueda entonces contar con un patrón informativo que guíe las ulteriores intervenciones institucionales en busca de una mejor atención a los familiares de los pacientes psiquiátricos.
2. Igualmente, en cuanto a futuras investigaciones, proponemos la realización de una investigación que de cuenta de la relación que puede existir entre el cambio de actitud hacia la enfermedad mental en el familiar con un posible cambio de interacción entre este familiar y su paciente identificado y observar entonces si este cambio de actitud produce también un cambio en la interacción familiar, donde se encuentra inmerso el paciente identificado, por ende, un cambio interaccional familiar-paciente y ver, además, si este cambio de actitud no solo produce cambios en el familiar que asiste al grupo dejando de lado a la familia.

3. Retomando parte de la conclusión que dimos al final de la anterior sección, a saber, sobre el cambio de actitud que se muestra en los familiares con intervención psicológica de favorable a neutra, se sugiere también dar mayor impulso a este tipo de intervenciones en grupo
  
4. En cuanto al grupo de primer nivel, se sugiere implementar alguna dinámica que pudiese dar mayor motivación al familiar para continuar con la intervención, porque, como ya lo señalamos anteriormente, en todo individuo que inicia un tratamiento psicoterapéutico se presentan resistencias al mismo además de ser característico de todo grupo (o del sujeto que se inicia en grupo ya conformado), que demore en aparecer el sentido de cohesión y adherencia al mismo grupo por la misma resistencia.

Por último es grato señalar aquí que el personal de psicología de consulta externa (quienes tuvieron conocimiento de esta investigación y dieron facilidades a la misma), mostraron interés en continuar este trabajo y realizar una investigación partiendo de los resultados aquí obtenidos; este hecho permitiría contribuir con los alcances de la investigación, ya que finalmente, -tal como lo proponemos en la justificación- esto retribuirá en ganancias para la población que acude a estos servicios y para el mismo personal que ahí labora en tanto su trabajo puede hechar mano de estos resultados y emprender medidas más efectivas de intervención.

---

# Bibliografía

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Ackerman, N. (1986). Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires: Hormé.
2. Ackerman, N. (1976). Familia y Conflicto Mental. Buenos Aires: Hormé.
3. Ackerman, N. (1969). Psicoterapia de la Familia Neurótica. Buenos Aires: Hormé.
4. Bach, G. (1984). Psicoterapia Intensiva de Grupo. Buenos Aires: Hormé.
5. Bellack, L. (1986). Psicoterapia Breve y de Emergencia. México: Pax.
6. Berkowitz, R., Shavit, N. & Leff, J. (1990). "Educating relatives of schizophrenic patients". Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25 (4), p.p.216-220.
7. Biagini, M. (1994). "Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales". Salud Mental 17. p.p. 12-17. México.
8. Biehler, R. (1986). Introducción al Desarrollo del Niño. México: Diana.
9. Bruno, F. (1986). Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales. Barcelona: Paidós.
10. Canive, J., Sanz, F., et al. (1993). "Psychoeducation in Spain". Hospital and Community Psychiatry, 44 (7), p.p. 679-681.
11. Caparrós, N. (1981). Crisis de la Familia: revolución del vivir. Madrid: Fundamentos.

## BIBLIOGRAFÍA

---

12. Castañeda, L. (1991). Programa de Grupos de Orientación Para Familiares de Pacientes Psiquiátricos en el Servicio de Consulta Externa. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (SSA), México.
13. Castañeda, J. (1995) Trastornos psicóticos. Reunión académica para la conmemoración del XXV aniversario: Neurociencias y Psiquiatría. Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. México.
14. Davison, G. (1983). Psicología de la Conducta Anormal. México: Limusa.
15. Delgado, L. Hernández, A. & Jiménez, M. (1996). Programa de trabajo 1996. "Orientación a familiares en consulta externa". Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (SSA). México.
16. Dorsch, F. (1985). Diccionario de Psicología. Barcelona Herder.
17. Eiguera, A. (1989). "La familia del psicótico: nuevas hipótesis". Clínica y Análisis Grupal 2. p.p. 455-476.
18. English, H. y English, A. (1977). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
19. Escalante, M. (1993). "Qué es lo que viene a pedir el otro cuando uno de ellos tiene una enfermedad mental". XIII Congreso Nacional, Asociación Psiquiátrica Mexicana, Zacatecas, México.
20. Ey, H. (1987). Tratado de Psiquiatría. México: Masson.
21. Freud, S. (1992). Obras Completas. Argentina: Amorrortu Editores, Vol. 1

## BIBLIOGRAFÍA

22. Garcia, C., Díaz, C. y Rodríguez, Y. (1994). "Los grupos de apoyo para pacientes neurológicos y psiquiátricos en México". Salud Mental. 17 (4), p.p. 7-11.
23. Gárnica, R (1995). ¿Qué es la esquizofrenia? México: Clínica de esquizofrenia.
24. Goldman, H. (1990). Psiquiatría General. México: Manual Moderno.
25. Goldemberg, I. y Goldemberg, H. (1991). Family Therapy: an overview. California: Brooks/Cole Publishing Company Pacific Grove.
26. González, N. et al. (1978). Dinámica de Grupos. México: Concepto
27. Hugen, B. (1993). The effectiveness of a psychoeducational support service to families of persons with a cronic mental illness. Research on Social Work Practice, 3 (2), p.p. 137-154.
28. Jackson, D. (1974). Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires: Amorrortu.
29. Jackson, D. (1978). La esquizofrenia. p.p. 425-434. En Atkinson, R. Psicología Contemporánea. Madrid: H. Blume.
30. Kaplan, H. y Sandock, B. (1994). Compendio de Psiquiatría. México: Salvat.
31. Kolb, L. (1989). Psiquiatría Clínica Moderna. México: Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana.
32. Kris, J (1990). Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu.
33. Lacan, J. (1984). Las Psicosis. Barcelona: Paidós.



## BIBLIOGRAFÍA

34. Lagner, T. y Michael, S. (1963). Life Stress and Mental Health. Toronto: The Free Press of Glencoe.
35. Mayers, D. (1995). Psicología Social. México: McGraw-Hill.
36. Minuchin, S. (1977). Familia y Terapia Familiar. Barcelona: Garnica.
37. Minuchin, S. (1993). Técnicas de Terapia Familiar. México: Paidós.
38. Moltz, D. (1993). "Bipolar disorder and the family: an integrative model. Special Section: Family therapy perspectives on maniac-depressive disorder". Family Process, 32 (4), p.p. 409-423.
39. Nathan, P. (1983). Psicopatología y Sociedad. México: Trillas.
40. O'Donnell. (1974). Teoría y Técnica de la Psicoterapia Grupal. Argentina: Amorrortu.
41. Page, J. (1982). Manual de Psicopatología. Barcelona: Paidós.
42. Papalia, D. (1988). Psicología. México: McGraw-Hill.
43. Rodríguez, A. (1976). Psicología Social. México: Trillas.
44. Rosenthal, D. (1983). Genetic, Theory and Abnormal Behavior. En Davison, G. Psicología de la Conducta Anormal. México: Limusa.
45. Salazar, J. et al. (1980). Psicología Social. México: Trillas.

## BIBLIOGRAFÍA

---

46. Salleh, M. (1994). "The burden of care of schizophrenia in Malaya families". Acta Psychiatrica Scandinavica, 89 (3), p.p. 180-185.
47. Salomon, P. (1976). Manual de Psiquiatría. México: Manual Moderno.
48. Slake, k.(1988). Intervención en Crisis. México: Manual Moderno.
49. Strong, S. & Claiborn, C. (1985). El Cambio a través de la Interacción. España: Desclee de Brouwer.
50. Triandis, H. (1971). Attitudes and Attitud Change. New York: Jhon Wiley & Sons, Inc.
51. Vázquez, L. y Gonzalez, S. (1986). Actitud hacia la Enfermedad Mental en una Población no comprometida en el Área de la Salud Mental. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
52. Woolfgang, M. y Lichtemann, R. (1990). "La superposición del trastorno por angustia y la depresión evidenciada por estudios de familias de los pacientes". Conferencia Internacional de Trastorno por Angustia y Ansiedad. Ginebra.
53. Yalom, Y. (1986). Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo. México: Fondo de Cultura Económica.
54. Zax, M. y Cowen, E. (1985). Psicopatología. México: Nueva Editorial Interamericana.
55. Zinser, O. (1992). Psicología Experimental. México: McGraw-Hill.



SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

CONSULTA EXTERNA  
PROGRAMA DE TRABAJO  
1996

DR. ALEJANDRO MORENO  
JEFE DE SERVICIO

PSIC. LETICIA DELGADO HERNÁNDEZ  
PSIC. ANA LUZ HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ  
PSIC. MARITZA JIMÉNEZ DE LA MORA

MÉXICO, D.F. 15 DE FEBRERO DE 1996

**ORIENTACIÓN A FAMILIARES EN  
CONSULTA EXTERNA**

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo que ha tenido la explicación de la enfermedad mental, en el curso de la historia de los diferentes pueblos es variada dependiendo del grado cultural de cada uno de ellos, es así como hasta el siglo XVIII, las reacciones anormales, producidas por la enfermedad mental, se atribuían a alguna forma de intervención sobrenatural.

La mayoría de las explicaciones propuestas suponen que el individuo afectado era una víctima de los espíritus del mal, la brujería, las almas perdidas, las influencias astrológicas, etc.

Durante el siglo XIX los progresos médicos reavivaron el interés en extender su campo hacia las enfermedades de la mente por lo que estos profesionales empezaron a ofrecer tratamiento especializado a los pacientes internados en los hospitales, comprobándose en los años 50's y 60's la utilidad de los tratamientos farmacológicos, la terapia electroconvulsiva, la psicocirugía y las psicoterapias.

Siendo nuestro país el primero en el continente que funda un hospital para enfermos mentales ofreciendo los recursos con que se contaba en esos momentos.

Actualmente el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", ofrece atención integral al enfermo mental agudo mayor de 18 años, que no se encuentra protegido por los sistemas de seguridad social, especialmente a pacientes de escasos recursos económicos.

Dado este objetivo, es en 1988 cuando se genera dentro de esta institución la necesidad de crear espacios para los familiares de nuestros pacientes, ya que partimos del entendido de que la enfermedad mental es un problema de salud determinado multifactorialmente desde 3 dimensiones: social, familiar e individual.

A partir de este planteamiento nuestra atención se dirigió hacia el individuo en relación con su entorno, dándole un significado, por lo que se consideró importante detenernos en la estructura familiar, ya que es en ésta donde el sujeto se ha constituido a través de ocupar un lugar y desempeñar un rol.

De ahí que se plantea la necesidad de formar grupos de orientación que les permita a los familiares de los pacientes psiquiátricos que asisten al servicio de consulta externa de este hospital, integrarse de forma más activa en el proceso de tratamiento y rehabilitación de su paciente.

A través de los diferentes niveles de atención que van de la información, orientación y aprendizaje hacia un nuevo cambio de actitud en relación a la enfermedad.

En el presente programa la orientación pretende informar a la población acerca de la enfermedad y su tratamiento, así como de las alternativas y servicios que presta el hospital.

Por otro lado consideramos importante que se establezca un compromiso con los familiares para que asistan a éste, ya que de esta forma contarán con un espacio, donde junto con otros familiares y apoyados por el equipo de psicología, puedan compartir sus experiencias en el manejo de sus pacientes, así como el que se permitan dar cuenta de como muchas de las respuestas que ofrecen sus pacientes, en gran medida son provocadas por las actitudes de ellos. Las cuales se intentará modificar o bien por lo menos que puedan estar conscientes de éstas.

## **ANTECEDENTES**

En el mes de mayo de 1988, se inició el primer programa de orientación para grupos de familiares del paciente psiquiátrico en el servicio de consulta externa.

En agosto de este mismo año el programa se hizo extensivo a todo el hospital, quedando la coordinación a cargo del servicio de psicología.

Para lograr el adecuado funcionamiento de esta nueva actividad, los psicólogos pioneros en esta actividad realizaron reuniones con el personal del área paramédica (psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras), quedando como resultado el documento llamado "PROGRAMA DE GRUPOS DE ORIENTACIÓN A FAMILIARES" en el que quedaron asentados los objetivos, estrategias y actividades que involucraban dicho proyecto.

Tres meses después de haberse iniciado el trabajo en consulta externa, se realizó una evaluación de los avances obtenidos hasta ese momento, con el fin de analizar lo realizado y empezar a enmarcarlo en un marco referencial, que les permitió diseñar estrategias de intervención mejor apoyadas.

De éste trabajo surgió la necesidad de iniciar otro nivel de orientación a familiares que por diversas razones económicas, culturales y/o psicológicas no podían asistir una vez por semana, durante tres meses a los grupos ya planeados. Es así como en el mes de agosto da inicio la formación de los grupos de orientación con objetivos de información-sensibilización. Este nivel permitió ampliar la cobertura del programa, hacia aquellos familiares que sólo podían asistir una vez a los grupos.

*Grupos de Reflexión:* son grupos abiertos, por lo que existe entrada y salida frecuente de los integrantes. Se atiende una vez por semana.

Número de sesiones	48
Número de asistentes promedio	780

*Actividades de Organización:*



Reuniones de pre-tarea y post-tarea	334
Elaboración de informes y reportes	250
Elaboración de guiones temáticos, material de difusión y de apoyo	24

## LIMITES

### Tiempo:

Es el nivel de información se realizará una sesión plenaria, una vez por semana los martes con hora y media de duración.

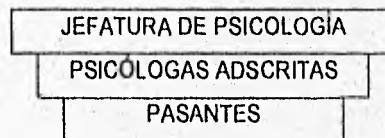
### Espacio:

Se utilizará el cubículo correspondiente a la Unidad de Orientación Familiar del servicio de Consulta Externa.

### Universo:

Se atenderá la demanda de familiares de pacientes que acuden a esta área del hospital o bien sean canalizados del área de hospitalización continua.

## ORGANIZACIÓN



De esta forma el programa quedo finalmente, integrado por dos niveles:

Primer Nivel:	Información-Sensibilidad
Segundo Nivel:	Grupos de Reflexión

Actualmente el programa de orientación familiar de consulta externa se encuentra funcionando con este modalidad, sin embargo es importante mencionar que a partir de febrero de 1995 se realizaron algunas modificaciones temáticas y de organización.

## **JUSTIFICACIÓN**

Dada la actitud de abandono, rechazo, sobreprotección, etc. de la mayor parte de los familiares frente a este tipo de pacientes, se considera pertinente la inclusión de estos, en programas de trabajo que les permitan tener mayor claridad en relación a la patología y alternativas que de forma conjunta permitan al paciente mayor posibilidad de acercamiento familiar y apego a su tratamiento, así como de expresión de las emociones que les genera enfrentar este tipo de problemática.

## **OBJETIVO GENERAL**

Informar a los familiares acerca de las principales enfermedades mentales así como de sus características y alternativas de tratamiento.

Propiciar que la familia forme alianza terapéutica con la institución, con el fin de beneficiar a éste y a su paciente, disminuyendo de esta forma la posibilidad de cronificación y los frecuentes reingresos.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Proporcionar a los familiares la información necesaria que les posibilite mayor comprensión del problema.

Disminuir los índices de deserción, ya que la experiencia adquirida demuestra que la ausencia de los familiares determina en alto grado, el abandono del tratamiento por parte del paciente identificado.

Proporcionar mediante el grupo, un continente de la ansiedad que genera el tener dentro de la familia un paciente con patología mental.

Promover el cambio de actitudes de los familiares frente al paciente identificado.

## ACTIVIDADES

Debido a las características de la población que acude a este servicio, se hizo necesario establecer dos niveles de atención. *Los grupos de información-sensibilización:* tienen como objetivo principal el que los integrantes a través de la información que se les proporciona, puedan conocer y comprender los aspectos más importantes relacionados con la enfermedad mental, así como establecer un primer acercamiento a la experiencia grupal.

Las técnicas empleadas son didácticas, dinámicas, apoyándonos con material audiovisual, rotafolio, etc.

Como parte de las actividades se realiza la preparación de los temas para los cuales contamos con una guía temática surgida de nuestra experiencia laboral con grupos de orientación en el área de hospitalización continua.

De este grupo seleccionamos a quienes hayan cubierto su ciclo de sesiones, estén dispuestos a continuar involucrados en nuestros programas y que se comprometan a asistir en forma constante al segundo nivel de atención.

*Los grupos de reflexión:* una vez que los familiares concluyeron el primer nivel, se les invita a participar en este, durante seis meses, siendo nuestro objetivo principal su integración a un grupo, mismo que les permitirá hablar de las emociones y conductas que les genera el tener un paciente con estas características, dicho grupo trabajará una vez por semana, enfocándose a alcanzar los objetivos ya planteados en el presente programa.

Siendo las técnicas empleadas para este grupo las psicoterapéuticas como son: la clarificación, el señalamiento y la confrontación.

## **METAS**

Se proponen anualmente, considerando el trabajo desarrollado el año anterior:

Grupo de Información:

Número de sesiones	45
Promedio de familiares por sesión	20
Número de familiares atendidos	1,140

---

A n e x o 2

## ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL (STEFANI, 1977)

### INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan 59 afirmaciones con respecto a la enfermedad mental. Cada una de ellas tienen en la parte inferior 7 líneas que van desde una actitud totalmente desfavorable en el lado izquierdo, hasta totalmente favorable del lado opuesto, siendo la línea intermedia equivalente a una actitud neutra. Usted deberá colocar una equis (X) sobre la línea que considere se apega más a su actitud con respecto a cada afirmación.

En caso de que tenga duda, antes de empezar a contestar, pregunte al aplicador.

Recuerde poner sólo una equis (X) en cada una de las afirmaciones.

Cuestionario No. \_\_\_\_\_

1. Podría ser amigo de un ex-enfermo mental como de cualquier otra persona.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

2. Los enfermos mentales son seres egoístas.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

3. En un hospital psiquiátrico, si un paciente hace algo incorrecto es obligación del médico hacerlo castigar.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

4. Los hospitales psiquiátricos no deben ser vigilados por policías  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
5. El enfermo mental es un ser violento.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
6. Dado el tipo de enfermos internados en los hospitales psiquiátricos, es inútil realizar mejoras en las condiciones de las salas.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
7. Un ex-paciente mental puede ser tan o más responsable que cualquier otra persona que no haya padecido ninguna enfermedad mental.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
8. Los enfermos mentales son seres agresivos.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
9. Los enfermos mentales atacan en forma imprevista.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
10. Es difícil reconocer a alguien que alguna vez padeció alguna enfermedad mental grave.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
11. El trato severo ni perjudica ni ayuda al enfermo mental.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
12. No compartiría mi habitación con alguien que haya estado mentalmente enfermo.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

13. Los enfermos mentales son seres que inspiran a la gente ganas de ayudarlos  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
14. Haber sido un enfermo mental es haber fracasado en la vida  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
15. La expresión de los ojos de los enfermos mentales es fría y distante.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
16. Aunque las personas que han sido pacientes en un hospital psiquiátrico nunca volverán a ser como antes, son capaces de resolver problemas cotidianos.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
17. Los enfermos mentales son seres fácilmente distinguibles por sus diferentes modales.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
18. Los enfermos mentales poseen los mismos criterios morales que la mayoría de la gente normal.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
19. Una persona es mentalmente enferma a causa de su baja moral.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
20. El enfermo mental es el único culpable de padecer una enfermedad psiquiátrica.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable
21. Todos los enfermos mentales tienen fuerza de voluntad para curarse.  
Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable



22. En ningún caso el enfermo mental es culpable de su enfermedad.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

23. Por más enamorado/a que estuviera no se casaría con alguien que haya padecido alguna enfermedad mental grave.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

24. De ningún modo una familia se desprestigia por tener un enfermo mental entre ellos.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

25. Los hospitales psiquiátricos deben estar en un lugar aislado para que no perturben la vida cotidiana de los ciudadanos.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

26. En un hospital psiquiátrico, los pacientes que causen el más mínimo escándalo deben ser rápidamente aislados.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

27. Los pacientes psiquiátricos son capaces de realizar tareas especializadas útiles para la sociedad, aunque estén mentalmente muy enfermos.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

28. En un hospital psiquiátrico, si un enfermo hace chistes y bromea con los pacientes, éstos le perderán el respeto.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

29. Es vergonzoso para una familia tener un miembro que sea enfermo mental.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

30. En un hospital psiquiátrico, el paciente requiere de un trato benévolo y comprensivo.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

31. En un hospital psiquiátrico el personal debe ser más severo con los pacientes.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

32. A cualquier persona que haya estado internada en un hospital psiquiátrico no se le debe permitir votar.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

33. A la gente le resulta más fácil compartir sus horas de trabajo con un ex-enfermo mental que convivir con él.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

34. Las personas que permanecen mentalmente enfermas es porque carecen de fuerza de voluntad para rehabilitarse.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

35. La disciplina que se aplica a los pacientes en los hospitales psiquiátricos debe ser muy severa.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

36. Los enfermos mentales son capaces de una amistad real.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

37. Los enfermos mentales no tienen expresiones en su cara que los haga diferentes de cualquier persona normal.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

38. La mayoría de los pacientes mentales tienen deseos de trabajar.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

39. Aunque los pacientes dados de alta de un hospital psiquiátrico parezcan curados, no se les debe permitir casarse.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

40. Los especialistas tratan de curar a los enfermos mentales, pero en la mayoría de los casos no lo consiguen.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

41. Me gustaría ayudar al personal de los hospitales psiquiátricos a cuidar a los enfermos mentales.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

42. Aunque algunos enfermos mentales parezcan estar bien, es peligroso olvidarse por un momento que están mentalmente enfermos.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

43. Todos los enfermos mentales inspiran miedo.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

44. En la mayoría de los casos los pacientes psiquiátricos que fracasan en su recuperación, deben culparse a sí mismos.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

45. Cuando un enfermo mental es dado de alta en un hospital psiquiátrico se puede esperar de él que asuma algunas de sus responsabilidades como ciudadano.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

46.No hay inconveniente en que una mujer que haya estado mentalmente enferma se emplee como niñera.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

47.En ningún caso se puede pronosticar la curación de las personas que están mentalmente enfermas.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

48.A los ex-pacientes mentales se les debe permitir trabajar en cualquier tipo de empleo.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

49.Un enfermo mental es alguien a quien se puede querer y apreciar como a cualquier otra persona

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

50.Un enfermo mental nunca se volverá sano.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

51.Es posible que un enfermo mental se cure totalmente

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

52.Es muy difícil que un enfermo mental se vuelva útil a la sociedad.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

53.Los enfermos mentales en su mayoría, deben culparse a sí mismos y no a otras personas por los problemas que tienen.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

54.No hay inconveniente en que un ex-enfermo mental se les permita tener empleos que requieren responsabilidades.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

55.La mayoría de los pacientes de un hospital psiquiátrico no son peligrosos.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

56.Los enfermos mentales no logran curarse a pesar de poner todo su empeño en ello.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

57.Los enfermos mentales hablan con palabras que no pueden ser comprendidas por la gente normal.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

58.A pesar de que una persona haya padecido una enfermedad mental grave, se le debería permitir votar.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable

59.Las personas que han sido pacientes en un hospital psiquiátrico nunca volverán a ser como antes.

Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable