



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"CREENCIAS Y ATRIBUCIONES SOBRE EL TRASTORNO  
OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS FAMILIARES DE  
PACIENTES CON ESTE DIAGNOSTICO ATENDIDOS EN EL  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA"

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A :

**MYRIAM ROJAS GOMEZ**

DIRECTOR DE TESIS: LIC. T.S. MARTHA ELENA SAUCEDO AVILA



MEXICO, D. F.

2005

m 351606



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.

Autoriza a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Myriam Rojas Gouvea

FECHA: 9-12-05

FIRMA: [Signature]  
-15-

## **NO CLAUDIQUES !**

Si en la lid el destino te derriba;  
si todo en tu camino es cuesta arriba;  
si tu sonrisa es ansia insatisfecha;  
si hay faena excesiva y vil cosecha;  
si a tu caudal se contraponen diques;  
date una tregua pero... ¡no claudiques!  
Rudyard Kipling

### **Este trabajo de tesis lo dedico a los dos seres mas importantes en mi vida**

Mi gran ausente y a la vez siempre presente, mi madre, ***Glafira Gómez Armenta***.

A mi compañía constante y ejemplo fiel, de lo que quiero y no quiero ser en la vida, mi padre, ***Jaime Rojas Altamirano***.

#### **Agradezco a:**

La ***Universidad Nacional Autónoma de México*** quien me brindo una educación de calidad totalmente gratuita.

Mis asesoras de tesis ***Martha Elena Sucedo Ávila*** y ***María Teresa López Jiménez***, quienes con paciencia y dedicación me apoyaron hasta el final, no siendo solo mis profesoras sino mis amigas.

Mi jurado revisor quienes siempre estuvieron dispuestos a escuchar mi punto de vista y respetaron la esencia de este trabajo "por todo su tiempo y la enseñanza Gracias".

- ***Mtro. Saturno Maciel Magaña***
- ***Lic. Ma. Eugenia Bernal Vargas***
- ***Lic. Claudia Cecilia López Olmedo***
- ***Mtra. Socorro García Rivas***

#### **Comparto este logro con:**

Todas aquellas personas que a lo largo de mi vida han acompañado mi andar y de una u otra manera contribuyeron con lo que soy hoy en día.

Mis amigos "incondicionales"

- ***Gabriela Arellano Moreno***
- ***Enrique Ángeles Mejía***
- ***Beatriz González Reyes***

Mi compañero, a quien conocí en el peor momento de mi vida y al que también le debo los mejores momentos, ***Daniel Carreón Quiroz***.

**Y sobre todo GRACIAS DIOS por permitirme llegar a este momento.**

# ÍNDICE

|   |        |
|---|--------|
| <b>JUSTIFICACIÓN</b> .....  | Pág.3  |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....   | Pág.7  |
| <b>OBJETIVOS</b> .....  | Pág.10 |
| <b>HIPÓTESIS</b> .....  | Pág.11 |
| <b>METODOLOGÍA</b> .....  | Pág.12 |
| <b>CAPÍTULO I</b><br><b>¿QUÉ ES EL TRANSTORNO OBSESIVO COMPULSIVO?</b> .....  | Pág.14 |
| Definición  |        |
| Descripción clínica   |        |
| Síntomas  |        |
| Rasgos de Carácter  |        |
| Epidemiología   |        |
| Aspectos Clínicos   |        |
| Manejo Farmacológico  |        |
| <b>CAPÍTULO II</b><br><b>LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL</b> .....                          | Pág.22 |
| Definición de familia   |        |
| Etapas de duelo ante una enfermedad   |        |
| Medios por los que se difunden los prejuicios sociales  |        |
| Definiciones de creencia, actitud, intención y comportamiento   |        |
| <b>CAPÍTULO III</b><br><b>ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL/ Trabajo con grupos</b> ..... | Pág.28 |
| Antecedentes del Trabajo Social   |        |
| Referencia Histórica de los Métodos del Trabajo Social  |        |
| Métodos del Trabajo Social  |        |
| Trabajo Social con Grupos   |        |
| El hombre y el grupo  |        |
| Las situaciones que vive un grupo   |        |
| La comunicación dentro del grupo  |        |
| Clasificación de los grupos   |        |
| Normas internas y externas del grupo  |        |
| El trabajo de grupo dentro del área Psiquiátrica  |        |
| Definición de Trabajo Social en el área de la salud   |        |
| Funciones y actividades de Trabajo Social en el área de la salud  |        |
| Antecedentes del Trabajo Social psiquiátrico  |        |
| El Trabajador Social como educador  |        |
| <b>CAPÍTULO IV</b><br><b>¿QUÉ ES LA PSICOEDUCACIÓN?</b><br><b>Cómo interviene trabajo Social</b> .....                | Pág.41 |
| Definición de Psicoeducación  |        |
| Definición propia de Psicoeducación   |        |
| Objetivos de la Psicoeducación  |        |
| Beneficios que obtienen los pacientes TOC con la Psicoeducación   |        |
| Definición de Terapia Cognitivo-conductual  |        |
| Procedimiento de la Terapia Cognitivo-Conductual en los pacientes Diagnosticados TOC y sus familias                   |        |
| <b>ANEXO (1)</b> .....  | Pág.47 |
| Instrumento y validación del mismo  |        |
| <b>ANEXO (2)</b> .....  | Pág.49 |
| Gráficas porcentuales   |        |
| <b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....   | Pág.70 |
| <b>CONCLUSIONES</b> .....   | Pág.77 |
| Comentario  |        |
| Sugerencias   |        |
| <b>GLOSARIO</b> .....   | Pág.85 |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....   | Pág.91 |
| Textos consultados (español-inglés)   |        |
| Artículos consultados   |        |
| Páginas Web consultadas   |        |

## JUSTIFICACIÓN.

La salud mental es parte integral de la salud general y de la calidad de vida a través de la cual la persona desarrolla plenamente sus potencialidades, tiene relación con la vida cotidiana de todas las personas, con el modo en que cada uno se relaciona con sus familiares, en el trabajo, colegio, etc.

Lamentablemente, *"son 400 millones de personas las que actualmente sufren de trastornos mentales o neurológicos"* (1). Muchas de estas personas los sufren en silencio ya que deben afrontar el estigma, la sensación de vergüenza, la exclusión y hasta la muerte prematura; todo este camino sembrado de mitos, vergüenza, y miedo. Este proceso vivido por enfermos y familiares desde tiempos ancestrales ya que las enfermedades psiquiátricas han sido tratadas a través de la magia, la religión, el origen diabólico y en la actualidad, a través de la ciencia.

En la antigua Grecia aquellos enfermos mentales, denominados "hijos imperfectos" eran sacrificados, las enfermedades mentales en la *"edad antigua eran consideradas como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos"* (2); En el Renacimiento *"se les atribuían al demonio y se trataban mediante la tortura aún si llegaba a la muerte, y a la cremación como un acto de piedad para liberar el alma del desdichado"* (3). En el siglo XVIII, aunque los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera, *"su suerte era aún restringida durante la ilustración. Si no eran internados en hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos"* (4). Cerca del año de 1873 se creó la *"Teoría de la Degeneración como causa de las enfermedades mentales," la cual decía que las enfermedades mentales eran consecuencia de eventos externos, como traumas sociales, alcoholismo, infecciones o delincuencia-criminalidad,* (5). En el siglo XX *"se empezó a promover la psiquiatría descriptiva, Freud contribuyó con el psicoanálisis, Carl Rogers con la psicoterapia, que responsabilizaba al paciente por sus sentimientos"* (6).

En el transcurso de la historia se ha utilizado a la psiquiatría como un agente genocida y así se manifiesta en octubre de 1939 cuando Adolfo Hitler ordenó a los médicos acabar con aquellos pacientes víctimas de enfermedades mentales, como parte de su doctrina nazi de preservar *"la pureza racial eliminando a los incompetentes biológicos. De este modo 270,000 enfermos mentales fueron asesinados"* (7).

De los años 60's a los 80's la Antipsiquiatría convirtió a las *"enfermedades mentales en un mito, un rótulo arbitrario e instrumento de poder opresivo"* (8).

Afortunadamente, la Psicofarmacología y otros tratamientos psiquiátricos han significado una revolución en el campo de la Psiquiatría, con la finalidad de que el paciente recobre una actitud mental equilibrada, que le permita afrontar de manera más adaptativa el estrés, realizar un trabajo fructífero y efectuar un aporte positivo a la comunidad.

La familia del paciente psiquiátrico es también una víctima de la enfermedad y de la sociedad ya que los estigmas, creencias y mitos la hacen presa de ella. En México, el detectar que un miembro de la familia padece algún trastorno psiquiátrico no es cosa fácil. La negación es uno de los principales impedimentos; sin embargo, la evolución de la enfermedad provoca que tengan que enfrentar la realidad. Esta situación juega un papel muy importante ya que solemos etiquetar a la enfermedad psiquiátrica, culpar y señalar a la gente, sin pensar en el dolor de quien la padece y de los que le rodean (la familia). Por lo que la familia lejos de brindarle apoyo y ayuda al enfermo, lo aísla, probablemente porque es un tema que nos asusta a todos. *"Nos imaginamos que es como en las películas: enfermos mentales incurables, gente peligrosa, loca, malvada, tal como solía pensarse a principios del siglo pasado"* (9).

Si bien hay que recalcar que en los últimos tiempos la conducta de la familia frente al paciente psiquiátrico se ha modificado, hoy en día el paciente se maneja en casa y con él todas las consecuencias que esto pueda traer. Es inevitable tomar en cuenta que la aparición de una enfermedad psiquiátrica en la familia puede llegar a ser una experiencia traumática y provocar desajustes en el sistema familiar de manera importante ya que lo que le ocurre a la persona enferma impacta al resto del sistema familiar, es por ello que muchas familias no comprenden lo que ocurre.

El núcleo familiar se ve sacudido por demasiados cambios y sentimientos, es el momento donde se *"reassignan roles, se manejan sentimientos de culpa y remordimiento por lo que le ocurre al enfermo. La culpa puede transformarse en sobreprotección o rechazo defensivo"* (10). Puede aparecer la vergüenza social que a su vez tiende a llevar un *"monto de angustia importante o a una pasividad que no ayuda"* (11).

A veces la atención del paciente provoca un aumento notorio de las responsabilidades de alguno de los otros miembros de la familia hasta el punto de crear una crisis individual. La desesperanza es otro sentimiento que está latente en este tipo de familias ya que *"siente que el familiar enfermo no se va a curar nunca o por tener expectativas irreales que provocan frustraciones y predisponen el conflicto entre los demás miembros de la familia o a achacarse responsabilidades que no existen"* (12). Muchas familias pueden manejar exitosamente la presencia de una enfermedad mental en el grupo, pero otras no. Estar bien informados (preguntando al médico lo necesario), ayuda notablemente a aliviar angustias. Cuando el conflicto se hace presente, a veces es necesario buscar ayuda para el grupo familiar a fin de mejorar el clima afectivo que es lo que permite que una situación dolorosa pueda manejarse, *"así como las cargas económicas, físicas, emocionales y sociales a que se enfrenta la familia"*.(13)

La familia también es parte importante del tratamiento, de ella depende en gran medida el éxito de éste, ya que un Trabajador Social, psicólogo o un

psiquiatra no puede trabajar solo, necesitan tanto la cooperación del paciente como de sus familiares.

Todos estos impactos están presentes en todos los trastornos psiquiátricos y por lo tanto, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) no es la excepción. Se caracteriza por la acumulación de ansiedad que origina las obsesiones, que son ideas recurrentes que pueden ser orientadas hacia diversos aspectos (contaminación, daño, comprobación, coleccionismo, recuento, orden, etc) ; estas ideas les causan temor por lo que recurren a las compulsiones, que son acciones repetitivas encaminadas a detener o disminuir la ansiedad que le producen al paciente estas obsesiones, (pueden ser lavado excesivo de manos, conteo, acumulación, repetición, organización, etc). Para el grupo interdisciplinario que labora en la clínica de TOC, los objetivos son: brindar la atención a los pacientes, la evaluación global, el manejo farmacológico, la terapia cognitivo conductual y el manejo familiar, investigación de aspectos clínicos, (aspectos neuro psicológicos y aspectos genéticos, en donde la intervención familiar ocupa un lugar muy importante).

Los familiares de los pacientes con trastorno Obsesivo Compulsivo tratados en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) acuden al grupo psicoeducativo que imparte la Lic. TS. Ma. TERESA LOPEZ en conjunto con psicólogos y médicos psiquiatras, la Psico-Educación es un modelo de intervención en grupo cuya técnica busca que el mismo interesado encuentre la solución y respuesta a su problemática a la vez que pone en práctica estas estrategias en su vida cotidiana, asesorado por el encargado(s) de guiar este método quien brinda la información necesaria a través de contenidos educativos específicos para que los asistentes puedan identificar vías de solución; estos programas Psicoeducativos aborda temas como:

- **Aspectos clínicos del TOC.**
- **Proceso de adaptación a los síntomas del paciente.**
- **Bases biológicas y manejo farmacológico.**
- **Aspectos neuro-psicológicos del TOC.**
- **Principios conductuales.**
- **Exploración de expectativas FAM-paciente.**
- **Ciclo vital de la familia.**
- **Manejo de límites.**
- **Importancia del desarrollo del ser humano.**
- **Importancia de roles.**
- **Autoestima.**
- **¿Cómo ejercer la autoridad?**
- **La comunicación.**

A través de los grupos con los que ha trabajado el grupo interdisciplinario se ha logrado observar un cambio sustancial en la concepción que la familia tiene de la enfermedad, pero es necesario realizar un estudio preciso para corroborar estas apreciaciones, por lo que en este trabajo se pretende aplicar un instrumento que permita describir de manera objetiva y científica el grado en

que la información tiende a modificar los mitos, atribuciones y creencias de los familiares hacia la enfermedad.

Debido que hasta el momento no se cuenta con información confiable y comprobable que indique si realmente estos temas han logrado el impacto esperado en las familias asistentes a los grupos, y si en realidad los mitos, atribuciones y creencias falsas, que las familias tienen en relación al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), llegan a ser un obstáculo importante en la adherencia terapéutica y para facilitar la mejora del paciente. De forma observacional se puede percibir que así es, pero en el campo de lo científico hacen falta pruebas tangibles que nos permitan afirmar que estos temarios están siendo útiles o bien detectamos que contienen deficiencias ante las necesidades que presentan estos individuos y sus familias.

- 1) Artículo recuperado de: [www.oms.mx](http://www.oms.mx). "OMS Día mundial de la salud".
- 2) Artículo recuperado de: [www.usuarios.lycos.es/jperaj/hist\\_psi.htm](http://www.usuarios.lycos.es/jperaj/hist_psi.htm) "LA ENFERMEDAD MENTAL HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA" Portocarrero Stuechi Santiago Medico Psiquiatra. pp. 1 de 11.
- 3) *Idem* (2) pp.4 de 11.
- 4) *Idem* (2) pp.7 de 11.
- 5) *Idem* (2) pp. 8 de 11.
- 6) *Idem* (2) pp. 8 de 11.
- 7) *Idem* (2) pp.9 de 11.
- 8) *Idem* (2) pp.9 de 11.
- 9) Artículo recuperado de: [www.licualcion.terra.com.mx/articulos/287.htm](http://www.licualcion.terra.com.mx/articulos/287.htm). " En mi familia NO". Por Garza Cantú, Alejandra PP.1 de 2
- 10) Artículo recuperado de: [www.humano.com.ve/pac/art/018.htm](http://www.humano.com.ve/pac/art/018.htm) Un paciente psiquiátrico en la familia.
- 11) Artículo recuperado de: [www.el-universi.com/1997/11/29/293148A.htm](http://www.el-universi.com/1997/11/29/293148A.htm) "Seguridad social y salud mental". Pp. 1 de 2
- 12) *Idem* (11) pp. 1 de 2
- 13) Guillén Jiménez Raúl, Familia una construcción social, 1998, pp. 421

## PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA.

El detectar que un miembro de nuestra familia padece de algún trastorno psiquiátrico, no es cosa fácil y es aun más difícil si este es denominado **Trastorno Obsesivo Compulsivo**.

La negación es uno de los principales impedimentos para el pronto tratamiento del paciente y esto es sólo una etapa de muchas que tendrá que afrontar la familia; en este proceso se trata de justificar y evadir la existencia de ésta; sin embargo, el curso de la misma enfermedad provoca que la familia solicite atención e inicie el proceso para adquirir conciencia de enfermedad. Llegado el momento, no queda más que reconocer: **"Tenemos un familiar enfermo diagnosticado con Trastorno Obsesivo Compulsivo"**.

La familia en busca de mejorar la calidad de vida y salud mental del familiar enfermo y a la vez mantener la salud mental de los demás miembros del núcleo familiar, debe enfrentar la realidad para así reconocer las limitaciones que el TOC genera en la familia y en el propio paciente.

Al estar insertada en las actividades de la clínica de especialidad de TOC en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), me he podido percatar por medio de la observación que los familiares de estos pacientes manejan en común un sin número de ideas erróneas, mitos, atribuciones y creencias acerca de todo lo relacionado con este trastorno; de igual forma (por medio de la observación) se ha descubierto que *"algunos aspectos comunes son: sentimientos de aislamiento, frustración y vergüenza"*. (14).

Si entendemos por **MITO**: *"Ficción alegórica, especialmente en materia religiosa"* (15) y por **CREENCIA**: *"Firme sentimiento y conformidad con alguna cosa. Completo crédito a un hecho o noticia, religión, convicción, fe"* (16) y por **ATRIBUCIÓN** *"Aplicar hechos o cualidades a alguna persona o cosa sin gran seguridad"* (17), nos podemos imaginar las repercusiones tanto en el sistema familiar como en el mismo paciente.

El que los miembros de la familia mantengan estas atribuciones falsas coadyuvan para que el de por si difícil camino de tener un familiar enfermo sea aun más escarpado.

Ya que el INP es una institución que cuenta con un espacio específico para la investigación y tratamiento de este trastorno, nos daremos a la tarea de poder especificar cuales son los mitos, atribuciones y las creencias recurrentes dentro de estas familias y se pretende identificar si estos se modifican después de que las familias participan en los grupos psico-educativos, en los que reciben información específica y dirigida a terminar con la desinformación en relación al padecimiento, utilizando para ello el método científico que permitirá identificar el impacto de esta intervención en los conceptos y creencias relacionados con la enfermedad. De esta misma manera, se buscará conocer si existen sentimientos de culpa en los miembros de las mismas y si estos se modifican. También, se recopilará la información necesaria para conocer las expectativas y

atribuciones que la familia tiene en relación con la recuperación de su familiar enfermo y al igual que las anteriores, identificar si éstas se modifican después de recibir la información impartida dentro de los grupos. El nivel de repercusión en el desarrollo social de los integrantes de las familias es otro punto de interés de la investigación, donde se buscará ubicar si éste se modifica al concluir el proceso del grupo. Se considera importante conocer estos mitos, creencias y atribuciones que se le dan al trastorno que en muchos estudios de diversos países se trata de involucrar a la familia en el proceso de recuperación del enfermo, si bien *"puede haber predisposición genética a desarrollar este trastorno cuando un individuo se desarrolla en un ambiente suficientemente bueno y nutritivo en cuanto a afecto, comprensión y comunicación es posible minorar en gran medida la evolución de dicho trastorno"* (18).

Por la importancia que tiene la familia para la realización de esta investigación se utilizará un instrumento validado ( que se elaboro en un inicio para familiares de pacientes con trastornos de la alimentación, pero que sin embargo ha sido utilizado con éxito para familiares de pacientes diagnosticados con Toc) (ver anexo I) que explora las atribuciones y creencias en relación a la enfermedad; este instrumento ya había sido aplicado en algunos de los grupos psico- educativos para familiares dentro de la clínica de TOC al inicio de las sesiones de éstos, sólo que no habían sido aplicados con constancia y nunca lo hicieron al término de los mismos para correlacionar las respuestas obtenidas **PRE** (antes de iniciar las sesiones) y **POST** (después de concluir con todas las sesiones). Sobre todo, no se había logrado analizar los resultados porcentuales obtenidos por este instrumento.

Estos resultados serán de suma importancia para el manejo que decidan darle los profesionales encargados del trabajo con la familia, puesto que sabemos que ella es el núcleo más importante donde se forma la personalidad. Si pensamos que la familia a consecuencia de estas atribuciones mal encaminadas pierde el equilibrio y cae en otras patologías, ya no será solo un familiar el enfermo, sino que paradójicamente **"cada uno de los miembros de ésta será un enfermo"**.

Este proceso de investigación no sólo será valioso para el INP, sino sobretodo para la población de familiares y pacientes diagnosticados con TOC y que son ahí atendidos, si tomamos en cuenta que **en México hay "2.5 millones de individuos que sufren de este desorden"** (19), se puede decir que hay 2.5 millones de familias que deben afrontar el hecho de que uno de sus miembros padezca de TOC.

Es por ese importante número de población afectada que los profesionales del trabajo social deben asumir la tarea de conocer y reconocer estos aspectos que deterioran el ámbito familia-paciente y a su vez identificar si éstos se modifican al recibir la información que se les proporciona en dichos grupos ya que sólo de esa forma se podrá lograr una mejor y más adecuada toma de decisiones que se mantenga apegada a las verdaderas necesidades de estas familias. Solo de esa forma se estará enfrentando al padecimiento desde todos

los ámbitos reforzando el tratamiento multidisciplinariamente y con ello ayudar a detener el proceso de deterioro que provoca la enfermedad.

Si bien el enfermo ya está siendo atendido médicamente, la familia, siendo el eje más importante de la sociedad y en el cual se sostiene el enfermo, también merece, requiere y necesita de atención específica; si la familia *"llega a aprender la forma de afrontar este trastorno, las relaciones familiares podrán mejorar y los síntomas disminuir"* (20) y con ello el objetivo de esta investigación será cubierto.

14) Noppen Van. I. Bárbara "Aprendiendo a vivir con el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Barcelona, 2001 .pp. 22

15) Diccionario de la lengua española, "Pomua", 2a.ED. Méx. 1999, pp. 293.

16) Ídem (15) pp.112

17) Diccionario de la lengua española, "Pomua", 2a.ED. Méx. 1999, pp. 301.

18) Artículo recuperado de: [www.licuación.terra.com.mx/articulos/287.htm](http://www.licuación.terra.com.mx/articulos/287.htm). " En mi familia NO". Por Garza Cantú, Alejandra PP. 2 de 2

19) Artículo recuperado de: [asoc-mx-tocyahoo.com](http://asoc-mx-tocyahoo.com). "El Trastorno Obsesivo Compulsivo"

pp.2 de 6

20) Noppen Van. I. Bárbara "Aprendiendo a vivir con el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Barcelona, 2001 .pp. 14

## **OBJETIVO GENERAL:**

**IDENTIFICAR SI LAS CREENCIAS Y ATRIBUCIONES MÁS RECURRENTES EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, QUE ACUDIERON A LOS GRUPOS PSICO-EDUCATIVOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA EN LOS AÑOS 2002-2003, FUERON MODIFICADOS AL CONCLUIR SU PARTICIPACIÓN DENTRO DE LOS GRUPOS.**

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

**1.-IDENTIFICAR SI LA IDEA DE CULPABILIDAD QUE MANEJAN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON *TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO* SE MODIFICA DESPUÉS DE SU ASISTENCIA A LOS GRUPOS.**

**2.-IDENTIFICAR SI LA REPERCUSIÓN EN EL DESARROLLO SOCIAL DE LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES OBSESIVO COMPULSIVOS SE MODIFICO A RAÍZ DE SU ASISTENCIA A LOS GRUPOS.**

**3.-IDENTIFICAR SI LAS EXPECTATIVAS Y ATRIBUCIONES HACIA LA RECUPERACIÓN DE EL FAMILIAR ENFERMO SE MODIFICARON CON LA ASISTENCIA AL PROCESO DE LOS GRUPOS.**

## **HIPÓTESIS.**

¿Acaso si las familias de pacientes diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo acuden a todas y cada una de las sesiones que conforman el programa del grupo Psicoeducativo impartido por los especialistas en el tema adscritos a la clínica de TOC en el INP, las creencias y atribuciones erróneas sobre el padecimiento, la culpabilidad, las expectativas y atribuciones falsas acerca de la recuperación, así como la negativa repercusión en el desarrollo social de los integrantes de estas familias, DISMINUIRAN considerablemente?.

### **Operacionalización**

**Variable Indirecta:** Las expectativas y atribuciones falsas acerca de la recuperación, así como la negativa repercusión en el desarrollo social de los integrantes de estas familias, DISMINUIRAN considerablemente si:

**Variable Directa:** Las familias de pacientes diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo acuden a todas y cada una de las sesiones que conforman el programa del grupo Psicoeducativo.

## METODOLOGÍA.

El presente proyecto de investigación, de acuerdo con el periodo en que se captó la información el estudio, será de tipo **"RETROSPECTIVO PARCIAL"** (21) ya que se cuenta con una parte de la información y el resto está por obtenerse (para fines de clasificación como estudio "retrospectivo"). De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, el estudio será: **"LONGITUDINAL"** (22) pues medirá en varias ocasiones la o las variables involucradas e implica el seguimiento para estudiar la evolución de las unidades en el tiempo. De acuerdo con la comparación de las poblaciones, el estudio será: **"DESCRIPTIVO"** (23) ya que este estudio sólo cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual no existen hipótesis centrales. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, el estudio será: **"OBSERVACIONAL"** (24) ya que el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no podrá modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

Esta investigación servirá para establecer prioridades en los contenidos de los programas implementados dentro de los grupos psico-educativos dirigidos a familiares de pacientes TOC tanto del INP como en otros lugares donde se ocupe la terapia psico-educativa para el tratamiento de este trastorno. Para la realización de este proyecto se utilizará un muestreo probabilístico con los sujetos participantes dentro de los grupos impartidos dentro del INP. Deberán contestar de manera voluntaria el cuestionario (instrumento) de forma PRE, es decir antes de que asistan a la primera sesión del grupo y posteriormente de manera POST al término de las sesiones que conforman el programa del grupo psico-educativo. Instrumento, denominado "cuestionario sobre creencias y atribuciones en relación a la enfermedad" (**anexo 1**).

Para después darnos a la tarea de codificar todos y cada uno de estos instrumentos que llenen los criterios de inclusión requeridos para formar la base de datos que nos permita realizar el análisis de los mismos y graficarlos en dos grupos PRE y POST de manera que sea posible identificar si se modificaron las respuestas para continuar con el análisis descriptivo que surja de estos resultados y poder confirmar o descartar la hipótesis planteada. Se entregará el análisis y resultados de la investigación a la encargada directa de la realización de estos grupos, la **T.S. Ma. Teresa López Jiménez** para que ella tome las decisiones más pertinentes con respecto a los resultados generados del mismo.

Los criterios de inclusión para la muestra son:

- Ser familiares de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría y que actualmente el paciente se encuentre en tratamiento.
- Que su familiar enfermo cuente con un diagnóstico confirmado de TOC de acuerdo al DSM-IV.
- Aceptar participar de forma voluntaria dentro del grupo Psico Educativo.
- No haber participado en los grupos Psico-Educativos del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Haber asistido a todas las sesiones que conforman el programa del grupo.
- Aceptar responder el instrumento de manera voluntaria.
- Los instrumentos deberán ser contestados y entregados el mismo día que se les proporcionaron (tanto los PRE como los POST).

El tamaño de la muestra corresponde a aquellas personas que cumplieron con todos los criterios anteriormente descritos, siendo un total de 80 personas asistentes a los grupos, correspondientes a 4 grupos impartidos a lo largo del año 2002-2003.

El proceso de análisis, codificación y graficación de los datos se realizará a través de los programas: Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint.

21) Ramírez Méndez Ignacio, Guerrero Namithra Delia, Altamirano Moreno Laura, Martínez Sosa Cristina, "EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN" Lineamientos para su elaboración y análisis, ed. Trillas, agosto 1998 México, pp.11.

22) *idem*, pp.12

23) *idem*, pp. 12

24) *idem*, pp. 13

## CAPITULO I.

### ¿QUE ES EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO?

#### DEFINICIÓN:

La sintomatología esencial del trastorno obsesivo-compulsivo consiste en la presencia de obsesiones o compulsiones. *Definición y los criterios diagnósticos según el DSM-IV.*

Los términos *obsesión* y *compulsión* se utilizan a veces para referirse a patologías que no son auténticos trastornos obsesivo-compulsivos. Aunque algunas actividades como comer, la conducta sexual, el juego o la bebida pueden tildarse de «compulsivas» cuando son excesivas, se distinguen de las compulsiones reales en que las primeras se experimentan como placenteras y ego sintónicas, aunque sus consecuencias puedan ser cada vez más desagradables y egodistónicas. Los pensamientos negativos obsesivos, las rumiaciones o las preocupaciones propias de la depresión pueden ser desagradables, pero se distinguen de las verdaderas obsesiones en que no son tan absurdas o intrusivas y al individuo le parece que tienen algún sentido, aunque posiblemente sean excesivas y dolorosas.

Las diferentes presentaciones del trastorno obsesivo-compulsivo se basan en grupos de síntomas: Un grupo incluye a los pacientes con obsesiones sobre la limpieza y la contaminación cuyos rituales giran en torno al lavado compulsivo y la evitación de objetos contaminados; un segundo grupo incluye a los pacientes que cuentan patológicamente y que realizan comprobaciones compulsivas y un tercer grupo incluye los obsesivos puros que no presentan compulsiones.

El enlentecimiento obsesivo primario es la característica más evidente de otro grupo de pacientes. Los pacientes pueden pasar varias horas al día lavándose, vistiéndose y desayunando, por lo que su vida transcurre de un modo extremadamente lento. Otros pacientes, a los que se denomina *acumuladores*, son incapaces de tirar nada por el temor de que algún día puedan necesitar alguna de esas cosas. El DSM-IV clasifica el trastorno obsesivo-compulsivo entre los trastornos de ansiedad debido a que: 1) la ansiedad suele asociarse a las obsesiones y a la resistencia a las compulsiones, 2) la ansiedad o la tensión suelen aliviarse inmediatamente si se realizan las compulsiones y, 3) el trastorno acostumbra a presentarse en asociación con otros trastornos de ansiedad.

En cualquier caso, las compulsiones disminuyen la ansiedad sólo transitoriamente y la naturaleza de los temores en el trastorno obsesivo-compulsivo es diferente de la que se observa en otros trastornos de ansiedad.

Ciertas discrepancias en torno al diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo fueron investigadas en el estudio de campo del DSM-IV y los hallazgos resultantes derivaron en algunos cambios en los criterios y clarificaciones.

"A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

*Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):*

(1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

(2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

(3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

(4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

*Las compulsiones se definen por (1) y (2):*

(1) Comportamientos (p. Ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. Ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

(2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien, resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. Ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías

sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar si:*

**Con poca conciencia de enfermedad:** si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el sujeto no re-conoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Únicamente, existe una autocrítica importante en los pacientes. A pesar de que la mayoría posee cierto grado de auto crítica, aproximadamente el 5% están convencidos de que sus obsesiones y compulsiones son razonables. Sobre esta base, el DSM-IV especificó un tipo con poca conciencia de enfermedad, que describe a los pacientes que la mayor parte del tiempo durante el episodio actual no reconocen que las obsesiones y compulsiones son excesivas y poco razonables.

El DSM-IV también explicita que las compulsiones pueden ser de tipo conductual o mental. Los rituales mentales se observan en la mayor parte de los pacientes y, al igual que las compulsiones conductuales, intentan reducir la ansiedad o prevenir el peligro.

Aunque más del 90% de los pacientes presentan obsesiones y compulsiones, el 28% están preocupados principalmente por sus obsesiones, el 20% por sus compulsiones y el 50% por ambas .

## **DESCRIPCIÓN CLÍNICA:**

### ***Inicio:***

El trastorno obsesivo-compulsivo suele iniciarse en la adolescencia o al principio de la edad adulta, pero también puede hacerlo antes; el 31% de los primeros episodios ocurren entre los 10 y los 15 años y el 75% se desarrollan hacia los 30 años. En la mayoría de los casos no ha existido ningún suceso estresante que desencadenase la aparición de los síntomas y, tras un inicio insidioso, el trastorno sigue un curso crónico y con frecuencia progresivo.

### ***Síntomas:***

#### **Obsesiones:**

Los síntomas obsesivos y compulsivos se conocen desde hace siglos y fueron descritos por primera vez en la literatura psiquiátrica por Esquirol en 1838. En 1878, Karl Westphal definió los pensamientos obsesivos como tipo de ideas que, en el contexto de una inteligencia conservada, sin ser causadas por un estado emocional o afectivo determinado, y contra la voluntad de la persona... surgen y abarcan la globalidad de la conciencia.

Una obsesión es un fenómeno mental intrusivo, no deseado y que generalmente provoca ansiedad y malestar. Las obsesiones pueden ser pensamientos, ideas, imágenes, rumiaciones, convicciones, temores o impulsos, y suelen ser de naturaleza agresiva, sexual, religiosa, desagradable o absurda.

Las ideas obsesivas son pensamientos repetitivos que interrumpen el curso normal del pensamiento, mientras que las imágenes obsesivas son experiencias visuales normalmente muy vívidas. Gran parte del pensamiento obsesivo consiste en ideas espantosas.

La persona puede pensar en hacer la peor cosa posible (p. Ej., blasfemar, violar, asesinar, abusar de un niño). Las convicciones obsesivas se caracterizan por un elemento de pensamiento mágico, como que «pisar una parte determinada del suelo provocará que mamá se rompa la espalda».

Las rumiaciones obsesivas se caracterizan por pensamientos prolongados, excesivos e inconclusos sobre cuestiones metafísicas. Los temores obsesivos se suelen relacionar con la suciedad o la contaminación y se diferencian de las fobias en que siguen presentes en ausencia del estímulo fóbico.

Otros miedos obsesivos comunes tienen que ver con el temor a sufrir algún daño uno mismo o infligirlo a los demás a consecuencia de los errores del paciente, como que la casa se queme por no haber comprobado que la estufa estaba apagada, o atropellar a un peatón por no conducir con cuidado. Los impulsos obsesivos pueden ser agresivos o sexuales, como el impulso intrusivo de apuñalar al cónyuge o de violar a un hijo.

Al atribuir estas obsesiones a un origen interno, el paciente se resiste contra ellas o las controla en un grado variable, produciéndose siempre algún nivel de deterioro del funcionamiento.

La *resistencia* consiste en una lucha contra un impulso o un pensamiento intruso, mientras que el *control* es la capacidad del paciente para desviar sus pensamientos o impulsos intrusivos. Las obsesiones se acompañan normalmente de compulsiones, pero también pueden constituir el síntoma principal o único. Aproximadamente el 10-25% de los pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo son obsesivos puros o sufren obsesiones predominantemente.

Otro elemento fundamental del pensamiento obsesivo es la incertidumbre o la duda permanente. Al contrario de los que ocurre con los pacientes maníacos o psicóticos, que manifiestan una certeza anticipada, los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo son incapaces de conseguir una sensación de certeza entre la información sensorial interna y las propias creencias. Se preguntan a sí mismos cosas como: ¿tengo las manos realmente limpias?, ¿está cerrada la puerta?, ¿el fertilizante está envenenando el agua? Los rituales compulsivos tales como el lavado o las conductas de comprobación excesivas parecen

provenir de esta falta de certeza y constituyen una forma equivocada de intentar conseguirla.

### **Compulsiones:**

Un ritual compulsivo es una conducta que disminuye el malestar del paciente, pero que se lleva a cabo bajo una sensación de presión y de forma rígida. Estas conductas incluyen los rituales de limpieza, comprobación, repetición, evitación, lucha por la perfección y meticulosidad.

En la mayoría de las muestras, los *limpiadores* representan el 25-50%. Estos individuos se preocupan por la suciedad, la contaminación o los gérmenes, y pueden pasar muchas horas al día lavándose las manos o en la ducha. También intentan evitar contaminarse a través de heces, orina o secreciones vaginales.

Los pacientes comprobadores presentan dudas patológicas y se ven obligados a comprobar compulsivamente, por ejemplo si han atropellado a alguien con su coche o si se han dejado la puerta abierta. Con frecuencia la comprobación no resuelve la duda, y en algunos casos puede incluso exacerbarla. En el estudio de campo del DSM-IV, los dos grupos de compulsiones más frecuentes fueron el de lavado y el de comprobación.

Aunque la mayoría de los rituales producen un enlentecimiento, éste es la característica *principal* del raro e incapacitante síndrome de la lentitud obsesiva primaria. Vestirse para salir de casa puede ocupar varias horas. Esta lentitud también puede ser consecuencia de la incertidumbre.

Estos pacientes suelen experimentar poca ansiedad a pesar de sus obsesiones y rituales. Las compulsiones mentales son también bastante frecuentes y debería preguntarse sobre ellas directamente, ya que pueden pasar inadvertidas si el especialista investiga sólo los rituales conductuales. Estos pacientes, por ejemplo, pueden repetir una y otra vez en su mente conversaciones pasadas mantenidas con otras personas para asegurarse de que no han dicho nada que les pueda perjudicar.

En los estudios de campo del DSM-IV, el 80% de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo presentaban simultáneamente compulsiones conductuales y mentales, y las compulsiones mentales constituían el tercer grupo más frecuente tras el lavado y la comprobación.

Aunque existen diferentes presentaciones sintomáticas (pacientes lavadores, comprobadores, obsesivos puros, coleccionistas y lentos primarios), estos síntomas pueden superponerse o desarrollarse secuencialmente.

### **Rasgos del carácter:**

Los teóricos del psicoanálisis sugirieron una continuidad entre la personalidad compulsiva y el trastorno obsesivo-compulsivo. Janet (1908) afirmó que todos

los pacientes obsesivos poseen una personalidad premórbida relacionada causalmente con el trastorno obsesivo-compulsivo. Freud destacó la asociación de algunos síntomas de la "neurosis obsesiva" (es decir, del trastorno obsesivo-compulsivo) con rasgos de personalidad como la obstinación, la parsimonia, la puntualidad y el orden.

Sin embargo, la evidencia fenomenológica y epidemiológica sugiere que el trastorno obsesivo-compulsivo es una entidad distinta del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva. Los síntomas del primero son ego distónicos, mientras que los rasgos de la personalidad obsesivo-compulsiva son ego sintónicos y carecen de esta cualidad compulsiva contra la que uno se resiste. Los estudios epidemiológicos demuestran que la patología del carácter obsesivo-compulsivo no es ni necesaria ni suficiente para el desarrollo de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. Cuando los pacientes con rasgos obsesivos se descompensan psicopatológicamente, suelen presentar depresión, paranoia o síntomas somáticos más que un trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque los trabajos más antiguos sugerían la presencia de rasgos obsesivos bien definidos en dos terceras partes de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, no se utilizaron evaluaciones estructuradas de la personalidad. Más recientemente, en evaluaciones estandarizadas, se observó que sólo una minoría de los pacientes presentaban un trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, según criterios del DSM-III-R, mientras que otros trastornos de la personalidad como el trastorno por evitación o por dependencia eran de tipo más común.

Además, los trastornos de la personalidad podrían darse con más frecuencia en los trastornos obsesivo-compulsivos de larga duración, lo cual sugiere la posibilidad de que sean secundarios al trastorno del Eje I, y que, tras un tratamiento eficaz del trastorno obsesivo-compulsivo, no se mantengan los criterios diagnósticos para los trastornos de la personalidad.

## **EPIDEMIOLOGÍA:**

"Al principio se consideraba que el trastorno obsesivo-compulsivo era uno de los trastornos mentales más raros. Los primeros estudios sugerían una incidencia máxima de 5/10.000 personas.

Esto se debía probablemente a la relativa falta de familiaridad de los clínicos con el trastorno hasta la última década, al secretismo de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo sobre sus síntomas y el hecho de que la media de espera antes de buscar ayuda psiquiátrica era de 7,5 años.

Los datos actuales sugieren que el trastorno es bastante frecuente; su prevalencia al mes es del 1,3%, a los seis meses del 1.5% y a lo largo de la vida del 2.5%.

En las muestras clínicas de adultos con trastorno obsesivo-compulsivo se ha observado que la proporción de hombres y mujeres es casi la misma.

En una muestra epidemiológica, se observó una prevalencia al mes ligeramente mayor entre las mujeres (1,5%) que en los hombres (1,1%)

cuando se estudiaba la muestra en el rango de edad de los 25-64 años, aunque estas diferencias no fueron significativas.

De inicio en la infancia, aproximadamente el 70% de los pacientes son varones.

Esta diferencia parece ser causada por la menor edad de inicio en los varones y podría sugerir, en parte, la existencia de etiologías y vulnerabilidades distintas en ambos sexos. Los estudios realizados con gemelos y familiares obtuvieron un mayor grado de concordancia para el trastorno obsesivo-compulsivo (definido ampliamente para incluir los rasgos obsesivos) entre los gemelos monocigóticos que entre los bisigóticos, señalando que cierta predisposición a la conducta obsesiva es hereditaria.

No se han realizado estudios en niños adoptados o en gemelos monocigóticos criados por separado. Los estudios con familiares de primer grado de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo muestran una incidencia mayor de la esperada para diferentes síntomas y trastornos psiquiátricos, incluyendo los síntomas obsesivo-compulsivos, los trastornos de ansiedad y la depresión.

Los estudios familiares sugieren un vínculo genético entre el trastorno obsesivo-compulsivo y el síndrome de Gilles de la Tourette.

Existen trabajos que demuestran una posible comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo con la esquizofrenia, la depresión, otros trastornos de ansiedad como el trastorno de angustia, la fobia específica y social, trastornos de la conducta alimentaria, autismo y el síndrome de Gilles de la Tourette. Epidemiológicamente, el riesgo de comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo con otros trastornos psiquiátricos se observó que era ligeramente mayor pero no significativo.

### ***Aspectos clínicos.***

**Bioquímica:** Aumento de secreción de serotonina.

**Herencia:** Antecedentes familiares, edades de inicio más temprano y formas más severas.

**Imágenes cerebrales:** Disminución del metabolismo frontal.

### ***Otras enfermedades asociadas.***

1. Depresión.
2. Tics.
3. Trastornos de ansiedad.
4. Anorexia Nervosa.
5. Trastorno de personalidad obsesiva compulsiva.

### ***Manejo farmacológico.***

1. Clorimipramina.
2. Fluoxetina.
3. Paroxetina.

4. Fluvoxamina.
5. Serotonina.
6. Citalopram.
7. Benzodiacepina.

Quienes padecen TOC son sólo enfermos "noooo están locos" ya que este trastorno tiene una causa médica comprobable y quienes lo padecen sufren a causa de sus pensamientos y temen las consecuencias de estos. "Las obsesiones y compulsiones causan marcado malestar y angustia, interfieren significativamente con el desempeño global del paciente".

**Artículos y referencias:**

**The American Psychiatric Press DSM-IV Tratado de psiquiatría**

**Tomo I Robert E. Hales, M.D., M.B.A.**

**Professor and Chair, Department of Psychiatry University of California, Davis School of Medicine; Director, Behavioral Health Center, UC Davis Health System; Medical Director, Sacramento County Mental Health Services, Sacramento, California Stuart C. Yudofsky, M.D.**

**D. C. and Irene Ellwood Professor and Chairman, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Baylor College of Medicine; Chief, Psychiatry Service, The Methodist Hospital, John A. Talbot, M.D.**

**Professor and Chairman, Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland 3. a edición Barcelona - Madrid - París - Milán - Asunción - Bogotá - Buenos Aires - Caracas - Lima - Lisboa - México - Montevideo - Panamá - Quito Río de Janeiro - San José de Costa Rica - San Juan de Puerto Rico - Santiago de Chile, MASSOM, S.A. 1994, American Psychiatric Association. (Versión española: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Mas-son, Barcelona, 1995.)**

**Las citas textuales y de página que hacen referencia al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en sus versiones DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV se han tomado de las correspondientes ediciones españolas.**

**Tercera edición española de la tercera edición de la obra original en lengua inglesa The American Psychiatric Press. Textbook of Psychiatry de Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky y John A. Talbot, publicada por la American Psychiatric Press, Inc. de Washington Primera publicación en Estados Unidos por la American Psychiatric Press, Inc., Washington D.C. y London, England 1999. First published in the United States by American Psychiatric Press, Inc., Washington D.C. and London, England 1999.**

## **CAPITULO II:**

### **LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL.**

La familia es una institución tan antigua como la especie humana, es una entidad en constante transformación con el resultado del incesante proceso evolutivo que vive. La familia toma formas diferentes de acuerdo a las condiciones de vida que predomina en un lugar y tiempo dados.

A través de su ciclo de vida, la familia atraviesa por periodos de transición en los que su estructura debe de ser modificada para adaptarse a nuevas circunstancias, es por ello que en cada una de sus etapas de ciclo vital familiar debe tener la suficiente flexibilidad para hacer frente a los cambios y adaptarse a ellos de la mejor manera posible".(25) La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso; es también la unidad básica de la enfermedad y la salud, por lo que debe de ajustarse desde dentro a la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros. Existen situaciones extraordinarias en las vidas de las familias que alteran su funcionamiento, estas eventualidades pueden ser: un accidente, desastres naturales, muerte o una enfermedad mental.

Se han incrementado de forma alarmante las enfermedades mentales, debido a factores como el crecimiento demográfico y social.

El individuo enfrenta una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de alguna enfermedad mental, estos hechos sumergen a la persona y su familia en un estado temporal de desorganización, el cual se caracteriza sobre todo por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando sus métodos acostumbrados para solucionar sus problemas.

La manera en que se interpreta el suceso será decisiva para determinar el curso final en la resolución de la crisis, en especial respecto a temas importantes como la auto imagen y los planes para el futuro tanto del individuo como de la familia, ya que esta última podría verse en la necesidad de enfrentar algunas adaptaciones conductuales mientras perdure la enfermedad.

Si una enfermedad leve puede hacer que un individuo y su familia entre en crisis, cuanto más podría desequilibrarla el conocer que uno de sus miembros padece una enfermedad mental, lo que conlleva que tanto el enfermo como su familia se vean estigmatizados y excluidos, provocándoles sufrimiento tales discriminaciones.

Si tomamos en cuenta que las enfermedades mentales son padecimientos cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro, éste y su familia lo saben de pronto y se enfrentan por primera vez a la ineludible realidad de que son mortales.

Cuando una familia se entera de que uno de sus miembros sufre de una enfermedad mental responde al choque a través de una serie de etapas que van desde la negación hasta la aceptación.

Todo entra en crisis, aunque cada uno a su manera; esta crisis surge ante el hecho de que "la familia que era ya no lo será más", pues esta situación producirá cambios aunque no lo deseen." Suchecky señala que habrá cambios en la jerarquía, en las fronteras, en los roles, en el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares. Con la consecuente repercusión en su organización y funcionamiento.

Las etapas que pasa la familia y el paciente diagnosticado con un trastorno mental son: la "NEGACION, la cual resulta ser una reacción de ajuste. La negación se puede definir como el rechazo de una parte o de todo el significado de un evento, con el propósito de minimizar el dolor y la ansiedad. Pocas son las familias o individuos que permanecen en esta etapa durante mucho tiempo.

La segunda etapa se caracteriza por sentimientos tales como ENOJO, ira, resentimiento y coraje. Esta es una etapa difícil de manejar, ya que tanto el paciente como algunos miembros de la familia, desplazarán sus sentimientos negativos hacia otras personas, la mayor parte de las veces sin considerar contra quien lo harán, si esta fase llega a reconocerse y el paciente se siente aceptado y entendido en cuanto lo que está pasando, su enojo disminuirá, pues se sentirá amado y respetado. Algo similar ocurrirá con los otros miembros de la familia al saberse escuchados y sobre todo comprendidos.

La tercera etapa es la de REGATEO o PACTO. Cuando el paciente y su familia se dan cuenta de que la ira no cambia la situación, comienza el regateo, es decir, todos o algunos de los miembros del sistema familiar llegan a prometer algo "muy significativo" a cambio de obtener la curación del miembro enfermo. En la cuarta etapa el paciente y su familia se dan cuenta de que el regateo no remediará la gravedad de la enfermedad, ante lo cual surge la DEPRESION, se pueden identificar plenamente dos áreas a través de las cuales se explica este estado de ánimo en el individuo enfermo: a) la carga emocional y económica que el paciente siente que llega a ser para su familia y b) el duelo anticipado por la separación que sufrirá de sus seres queridos (en algunas ocasiones). Esta etapa por lo general es silenciosa, sin embargo, la necesidad de contacto físico tiende a aumentar.

Finalmente, tanto el paciente como su familia entrarán en la FASE DE RESIGNACIÓN, lo cual posibilitará para todos la aceptación de la enfermedad, iniciando pues, el proceso de "*vivir día a día con ella*". (26) Es allí en ese día a día donde el paciente y su familia, después de enfrentar todo este largo proceso de resignación, tienen que comenzar otro largo y arduo camino sólo que éste será impuesto por el entorno social ya que por lo general las creencias y atribuciones que se les da a las enfermedades mentales son acompañadas de actitudes e intenciones negativas tanto para el paciente como

para su familia. Esto genera un camino más escarpado que el de por sí ya difícil camino que impone la misma enfermedad.

Nunnally considera que las actitudes negativas hacia el enfermo mental derivan más de una carencia de información sobre la enfermedad mental que del conocimiento existente o de la información incorrecta o inadecuada.

Sabemos que las imágenes del mundo empírico (incluidos los valores, las creencias, las opiniones y las actitudes), son adquiridas, reforzadas y modificadas a través de la experiencia social, bajo la influencia de los patrones culturales de un grupo social determinado, que suelen ser transmitidos por cuatro medios fundamentales:

1. El contacto directo con la enfermedad mental, ya sea por padecerla personalmente o por conocer a algún enfermo mental.
2. El trato personal con profesionales dedicados a la salud mental.
3. La transmisión cultural de conocimientos, estereotipos o prejuicios.
4. La imagen difundida a través de los medios masivos de comunicación.

Todos estos conocimientos, estereotipo y prejuicios sociales deben (disminuir y posteriormente) deben desaparecer para que con ello la conciencia y el conocimiento de la salud mental tomen su lugar y así en conjunto sociedad, familia, médicos y paciente logramos reforzar esa otra área que el tratamiento farmacológico y terapéutico no cubre y que es muy necesaria para la recuperación del paciente; "EL RESPETO Y LA ACEPTACION SOCIAL".

En diversas áreas de la salud pública se ha comprobado que el éxito de programas comunitarios depende en gran parte de la actitud o disposición de la gente a cooperar con las autoridades y con los profesionales que se ocupan de ella; ejemplos claros son las campañas nacionales de vacunación, rehidratación oral, planificación natal y prevención del SIDA. A la vez, la cooperación del público depende en gran medida de los conocimientos, creencias y actitudes prevalecientes.

Conocer y comprender la estructura de las actitudes es muy significativo para los programas de prevención, educación y atención en la salud mental.

Desde tiempos remotos, el psiquiatra y el enfermo mental han sido objeto de mitos, estereotipos y ridiculización; la actitud de la sociedad hacia la psiquiatría siempre ha sido ambivalente, ya que por un lado se le admira y por el otro se le teme. En el cine y en la prensa se le suele mostrar como el agente de la sociedad que enferma a los débiles y a los inconformes, y no como el que devuelve la libertad a quienes la han perdido por causa de la enfermedad.

El estudio formal de las actitudes y la opinión pública con respecto a la enfermedad y los enfermos mentales se inició en los años 50, cuando se desarrollaron los primeros estudios aislados sobre el tema en los Estados Unidos de Norteamérica.

El número de estudios al respecto se elevó notablemente a partir de los años 60's y particularmente en las últimas dos décadas, al resultar evidente la importancia de las actitudes de la comunidad hacia los enfermos y sus familias en relación con el éxito o fracaso de los programas de psiquiatría comunitaria.

Al analizar el material bibliográfico que aborda este tema se aprecia que la mayor parte de los estudios han sido efectuados en países desarrollados, a los que corresponden un 80% del total de los artículos revisados, mientras que las investigaciones han sido muy escasas en los países en desarrollo. Ubicándonos específicamente en México, existe poca información sobre las opiniones, las actitudes y los conocimientos de la población en torno a la enfermedad mental, la cual proviene fundamentalmente de los estudios realizados por (Casco, Natera y Parra).

Casco y Natera, refieren que la mayoría de la comunidad mexicana confiere a la enfermedad mental una causalidad mágico-religiosa. Y conocimientos limitados acerca de las principales patologías.

Esto nos da el panorama de que en México existe y éste no es otro si no el de la falta de información ya que prevalece la ignorancia respecto a la naturaleza de la enfermedad mental, su etiología, las posibilidades de tratamiento y la forma en que este puede llevarse a cabo. En torno al comportamiento con respecto a los enfermos mentales, Angermeyer y Matschinger indican que la mayoría de la población mexicana muestra un comportamiento intolerante hacia el enfermo mental, encontrando rechazo a la farmacoterapia y preferencia a la psicoterapia, determinada por la visión popular del psicoanálisis.

En cuanto a la edad en el caso de México Natera y Casco, en 1991, encontraron que si está relacionada con las actitudes hacia la enfermedad mental, con mayor rechazo hacia los enfermos mentales conforme mayor edad.

Natera y Casco en 1985 reportaron que en México conforme menor el nivel socioeconómico, las actitudes son más tolerantes y benevolentes. Respecto a las fuentes de creencias reportan que la población no está informada y que las respuestas que dan carecen de lógica y manifiestan inseguridad. Además encontraron que las actitudes son negativas y están basadas en el temor. Los autores describen que "*se percibe una especie de halo negativo impreciso, que genera actitudes inconsistentes.*" Describen que conforme existen mayores experiencias personales, se da más aceptación.

Loo y Cols afirma que los servicios de atención para la salud mental en México son subutilizados por desconocimiento.

A partir de la revisión del material bibliográfico que habla sobre el tema en lo referente a nuestro país parece haber una orientación negativa o de rechazo hacia la enfermedad mental, los enfermos mentales y sus familias, los tratamientos psiquiátricos y los hospitales psiquiátricos, a la vez que una actitud ligeramente positiva hacia los psiquiatras.

En realidad, esta descripción queda corta si nos basamos en la experiencia de tipo observacional ya que todos hemos escuchado o visto las reacciones que suelen tenerse frente a un enfermo mental o su familia. Es allí donde las

actitudes toman forma así como las creencias, los estereotipos, prejuicios y estigmas que regulan nuestro comportamiento ante la salud mental y aquellos que carecen de ésta.

Definiendo estas palabras se diría que:

- **"Creencia** es la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de creencia y otro objeto, valor, concepto, o atributo.
- **Actitud** es la localización de una persona en una dimensión evaluativo o afectiva bipolar con respecto a algún objeto, acción o evento.
- **Intención** es la localización de una persona en una dimensión de probabilidad subjetiva que involucra una relación entre ella misma y alguna acción.
- **Comportamiento** se define como el conjunto de actos observables y se considera en gran parte determinado por su actitud hacia el objeto".(27)
- **"Atribuciones** es aplicar hechos o cualidades a alguna persona o cosa sin gran seguridad". (28)

En base a todas estas definiciones se podría postular una cadena causal en la que el comportamiento está determinado por las intenciones de desarrollar una conducta determinada, éstas dependen de una evaluación general o actitud, y esta a su vez es función de creencias sobresalientes. Las creencias acerca de un objeto proveen las bases para la formación de una actitud hacia tal objeto. La totalidad de creencias de una persona constituye la base informacional que determina sus actitudes, intenciones y comportamientos. De manera sintética, es posible plantear las relaciones como sigue:

- a) "Un individuo tiene diversas creencias acerca de un objeto determinado, esto es, lo relaciona con varios atributos.
- b) Asociada a cada atributo hay una respuesta evaluativa implícita, esto es, una actitud.
- c) A través del condicionamiento, la respuesta evaluativa se asocia con el objeto.
- d) Las respuestas evaluativas condicionadas se adicionan.
- e) Subsecuentemente, el objeto de actitud despertará esta respuesta evaluativa adicionada, o sea, la actitud completa".(29)

De acuerdo con este planteamiento, la actitud de una persona hacia cualquier objeto es una función de sus creencias acerca del objeto y de las respuestas evaluativas implícitas asociadas con tales creencias.

Teniendo claro que las actitudes de la sociedad son el reflejo de las creencias de la misma (falsas y erróneas) es allí donde los Trabajadores Sociales debemos formular los planes y proyectos que enriquezcan el proceso formativo de la Psico-educación para que así los más cercanos al paciente, sus Familiares y Amigos se vean beneficiados con esta construcción de iniciativas 100% dirigidas a cubrir las necesidades reales de estas familias y sólo así desencadenaremos la corresponsabilidad social que estos pacientes, sus familias y México requieren para abatir la exclusión social.

- 25) Hoffman L. "FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR". Un marco Conceptual para el cambio de sistemas. Ed. Fondo de Cultura Económica. México DF.1987 pp.87
- 26) Robles Teresa, "LA ENFERMEDAD CRONICA, EL PACIENTE Y SU FAMILIA". pp. 38.
- 28) Diccionario de la lengua española, "Porrua",2a.ED. Méx. 1999, pp. 301.
- 27) Silberman García Sarah, "EL SISTEMA DE ACTITUDES EN RELACION CON LA ENFERMEDAD MENTAL", México, 1998, pp.28.
- 29) Ídem, pp.29.

Libros, artículos y trabajos de tesis consultados para la realización de este capítulo:

- Garcías. "EL SIGNIFICADO PSICOLOGICO Y SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL". Tesis de Maestría, México, 1993, UNAM, Facultad de medicina.
- García S, "LA SALUD MENTAL Y EL CINE: UN ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE LA MODIFICACION DE LAS ACTITUDES." Revista Mexicana de Psicología, 1993.
- García S, "CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL Y EL PSIQUIATRA: ESTUDIO EXPLORATORIO. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 1993.
- González, S.R. "LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL". Tesis de Licenciatura, 1986, México, UNAM, Facultad de medicina.
- Natera, G. y Casco, "PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD MENTAL A TRAVES DE HISTORIETAS". Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, 1985.
- Natera, G. y Casco, "ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN POBLACION GENERAL Y EN UN GRUPO DE PROFESIONALES DE LA SALUD". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1991, IMP.
- Parra, F. "SOCIAL TOLERANCE OF THE MENTALLY ILL IN THE MEXICAN AMERICAN COMMUNITY". The International Journal of Social Psychiatry, 1985.
- Parra, F. "PERCEPTIONS OF MENTAL ILLNESS IN MEXICO: A DESCRIPTIVE STUDY IN THE CITY OF CHIHUAHUA". The International Journal of Social Psychiatry, 1987.
- Parra, F. y Yiu-Cheong A. "THE CHANGING PERCEPTIONS OF MENTAL ILLNESS IN MEXICAN-AMERICAN COMMUNITY. The International Journal of Social Psychiatry, 1983.

## **CAPITULO III**

### **ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL. Trabajo con grupos**

REFERENCIA HISTÓRICA DE LOS MÉTODOS CLÁSICOS (FORMAS DE INTERVENCIÓN) DEL TRABAJO SOCIAL.

La ayuda a los necesitados es tan antigua como la humanidad, en las sociedades primitivas la ayuda era asumida por la familia, la tribu o el clan.

El correr de los siglos, los hombres comenzaron a actuar por impulsos humanitarios y religiosos que los llevaban a socorrer a quienes no pertenecían a su círculo inmediato. Más adelante, es cuando los hombres establecen normas morales o religiosas, en las que se encuentran las primeras y más rudimentarias formas de ayuda y de asistencia.

En el siglo XVI, Luis Vives propone la sistematización del modo de actuar para la ayuda a los necesitados.

La limosna, los hospitales, la ayuda a los gremios o corporaciones: la acción de la Iglesia fueron las formas más institucionalizadas de ayuda.

Con el inicio y desarrollo de la revolución industrial y del capitalismo, se da una nueva distribución en las responsabilidades de ayuda a los necesitados y surgen nuevas instituciones de ayuda y las primeras legislaciones de tipo social para atender a estos requerimientos.

En Europa donde las formas de ayuda y asistencia habían tenido durante siglos un mayor desarrollo, fue en los Estados Unidos, entrado el siglo XX, donde se institucionaliza el Trabajo Social.

Producto de la conjunción de dos factores: la situación de la sociedad en un momento histórico determinado y la respuesta al desafío de esos problemas.

Las situaciones-problema derivadas del proceso de industrialización, la urbanización y los rápidos cambios sociales demandan una acción personal e institucional más formalizada. Por una parte se sistematizan las prácticas y por otra se utilizan y aplican los conocimientos de varias ciencias humanas, especialmente la sociología y la psicología.

En 1899 se dio en Holanda la creación de la primera Escuela de Asistencia Social.

En 1917 – Mary Richmond publica el “Social Diagnosis”. Libro considerado como la primera sistematización de la acción de los trabajadores sociales.

El "ayudar a la gente" termina por profesionalizarse, transformándose en una ocupación y en un trabajo profesional.

Ya iniciado el movimiento de reconceptualización la primera labor que se nos impone tiene una doble dimensión: reexaminar – los métodos tradicionales o clásicos del servicio social (hoy en día denominados formas de intervención), y aprovechar lo que en ellos se considera utilizable.

Las Formas de intervención son :

- Caso
- Grupo: Es un método de educación socializante, en el que se refuerzan los valores del individuo, ubicándolo en la realidad social que la rodea para promover su cooperación y responsabilidad en una acción integradora en el proceso de desarrollo.

Por una acción organizada con fines educativos, proyecta al ser humano por medio de la participación grupal, proporcionándole el agrado de sentirse miembro de una sociedad a la cual pertenece y respeta y con la que va a contribuir para alcanzar mejores niveles de vida. Su función se fundamenta en medidas correctivas, preventivas, rehabilitatorias y promocionales.

- Comunidad

La forma de intervención de Trabajo Social con grupos fué la base utilizada dentro de los grupos psico-educativos de los cuales nos referimos dentro de esta investigación, por lo que es necesario conocer sobre que bases se rige esta metodología.

### **Trabajo Social con Grupos:**

El valor del método de trabajo social de grupos está señalado en la eficiencia que tiene para operar sobre lo social y en la flexibilidad para adaptarse a situaciones concretas.

Las técnicas de trabajo social de grupos adecuadas y oportunamente aplicadas, proporcionan resultados altamente positivos.

Helen U. Phillips señala que estas técnicas nacen de la sensibilidad del trabajador social en su relación con los miembros del grupo, su firme relación con la institución y su política, así como su claro enfoque de los problemas. Las técnicas, solo funcionan cuando los conceptos se hacen convicciones y éstas se ponen a prueba en el trabajo con las personas integrando el conocimiento con la experiencia viva y real.

Todo trabajo social con grupos es una propuesta de trabajar juntos en una situación de encuentro y reencuentro, una invitación a pensar, actuar y sentir en compañía de otros.

Para ello deberemos disponer de:

- Un conjunto de personas con la necesidad de instrumentación para desarrollar una capacidad de inversión eficaz en los procesos sociales.
- Un coordinador del proceso con un encuadre teórico que concibe siempre a las personas en grupos y estos interactuando con otros grupos conformando un espacio de convivencia social, y
- Un conjunto de técnicas y procedimientos.

El trabajo social puede desarrollar la formación de grupos en diversas áreas, tales como instituciones de bienestar social, hospitales, escuelas, prisiones, fabricas, barrios, comunidades, etc. Este trabajo con grupos sociales, culturales, deportivos o recreativos reciben el nombre de clubes, centros sociales, círculos comités, brigadas, etc.

Sólo se capacita para el trabajo en y con grupos viviendo experiencias de grupo, desde la perspectiva de distintos roles asumidos.

Implica concebirnos como sujetos en una situación grupal. Situarnos implica operar con hechos, relaciones y condiciones en un tiempo y espacio dados.

Los hechos son los procesos que se dan en el grupo, los elementos son los miembros, lugar, sillas, todo lo que usan y disponen los miembros para la tarea, las relaciones son los vínculos que establecen entre los miembros y entre estos y el contexto, y las condiciones son aquellas variables que provenientes de ese contexto, inciden en los procesos determinando su dinámica, es decir, facilitan u obstaculizan el proceso grupal. Y esa capacitación nos permite operar en un plano que no es bipersonal (trabajador social-grupo) sino multipersonal, ya que todos hacemos el grupo.

El grupo es una totalidad de partes interdependientes (miembros), parte él de otra totalidad más vasta que lo contiene (comunidad, institución), así como sus miembros son totalidades más restringidas, partes también de otros grupos (familia, trabajo, clase social, grupo étnico).

Lo que se quiere transformar es precisamente una realidad humana, un conjunto de relaciones sociales cotidianas y concretamente vividas; en esa unidad convivencial y creadora, cooperante y solidaria que es el grupo.

En este proceso metodológico de los grupos buscamos conocer las necesidades de los miembros del mismo y concretar respuestas con ellos, que las satisfagan, los transformen y nos transformen.

El proceso de grupo es así siempre, una respuesta a las necesidades identificadas de sus miembros.

Para eso hay que descubrir, describir, interpretar, explicar y evaluar esas necesidades y predecir su desarrollo futuro según se intervenga o no en él.

Además este proceso lo llamamos investigación. Pero el trabajador social se inserta en el proceso grupal no solo para determinar cuáles son esas necesidades, sino también como se expresan en interacción, estableciendo nexos que permitan construir el grupo.

La investigación en grupo es siempre sensible y se centra en gran medida en el uso de la observación como técnica, recogiendo sistemáticamente información acerca del grupo, buscando regularidades que permitan generalizar y producir (interpretaciones) que movilicen el proceso.

## El hombre y el grupo

Todo hombre es una unidad biopsicosocial. Tenemos un cuerpo, una psiquis y somos el producto de una trampa de vínculos sociales en un tiempo y una sociedad determinada. Sin grupo no hay persona. En la relación hombre y hombre mundo, nos hacemos tales y vamos conformando mundo interno, mundo externo y ambos la situación total considerada en un momento dado. Y es la necesidad de satisfacer nuestras demandas de afecto, de arraigo, de abrigo, de alimentación, vivienda, etc., lo que nos mueve con otros y a conformar grupos.

Cada grupo como parte de un todo mayor que lo contiene, tiende a reproducir ese contexto que es socioeconómico, cultural y político.

Por ello la agresividad de los niños en un barrio marginal solo se puede comprender por el contexto. Esto demuestra que así como no hay individuo aislado, no existen tampoco grupos aislados.

## La situaciones que vive un grupo

Las técnicas de grupo se deben aplicar de acuerdo a cada situación y a las necesidades particulares: deben ser captadas a lo largo de toda la teoría, debido a que surgen del todo y de la experiencia.

Pueden unificarse y combinarse en determinados casos, sin perder de vista los objetivos del método y del programa, así como la realidad donde se ha de aplicar, respetando los valores, patrones y pautas culturales, el método aplicado a situaciones concretas, requiere de estructuras que le sirvan de apoyo, entendiendo esta como un conjunto de elementos constitutivos de un todo cuya razón de ser se define por su funcionalidad con miras a un objetivo determinado.

La estabilidad de una estructura estará dada por la cohesión de los roles que la integran, los vínculos que unen a los roles son las normas.

La situación grupal enfrenta a cada miembro consigo mismo y con los otros.

Siempre que se comienza un proceso grupal, los miembros se comportan pasivamente esperando que el coordinador indique lo que se debe hacer y la forma de hacerlo, o ritualmente repitiendo el esquema de una clase (escribiendo rápidamente) cada palabra en un cuaderno.

Mirar el suelo para no mirarse mutuamente, sacar cuaderno y bolígrafo para tomar apuntes, preguntar qué se va hacer hoy, aun cuando haya sido aclarado anteriormente, que alguien exprese la necesidad de presentarse o exclame "aquí la vamos a pasar bien", es el emergente de apertura.

El grupo es el escenario que permite expresar sentimientos y en el que los miembros suelen representarse a sí mismos.

Si bien las relaciones se deben a experiencias anteriores, vividas en el pasado, no es tarea del trabajador social analizar el pasado (psicoterapia), sino comprender a cada sujeto en la situación grupal.

## **La comunicación dentro del grupo**

Hemos definido la comunicación como el proceso de intercambiar ideas y afectos, del lenguaje verbal sino a través de expresiones faciales y posturas corporales.

## **CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS**

La agrupación es necesaria para vivir y para formar un conjunto armónico:

- **Grupos primarios y secundarios:** Grupo primario es la familia, donde se encuentran las características de los que llegarán a ser en la vida adulta los miembros que la forman. Grupo secundario está caracterizado por una relación funcional en base a un interés específico el que al perderse o terminarse lleva a la disolución.
- **Grupos según su forma de integración:** Es aquel que se forma sin que nadie lo motive, resulta homogéneo en edades e intereses, su vinculación es afectiva y su tendencia es cerrada. Son las pandillas o grupos formados en las esquinas de las calles
- **Grupo obligatorio:** Individuo que pertenece por voluntad ajena o por circunstancias diversas la adaptación dentro de estos grupos es buena cuando en ellos se ofrecen estímulos afectivos, de seguridad o de hábito. Los grupos naturales y obligatorios no son de objeto de estudio del trabajo social, ya que sus características de unión no están determinadas por la voluntad del individuo ni por un programa

especial. Puede trabajar con ellos, pero bajo las normas metodológicas de nuestra profesión.

- **Grupos motivados:** Son aquellos en los que los miembros participan en base a un objetivo determinado o varios sugeridos; estos grupos ingresan debido a la búsqueda de la aprobación o de los demás, por prestigio social etc.
- **Grupos preformados:** Aquellos cuyos miembros se conocen entre sí, estando unidos afectivamente antes de constituir un grupo. Existe un líder electo por prestigio, que es el que lo integra.
- **Grupos organizados:** Grupos en donde existen una división de trabajo para procurar una meta productiva en los que se establecen posiciones y roles, asumiendo cada miembro un papel especializado en función de socios.
- **Grupos desorganizados:** Son aquellos en los que cada uno asume roles independientemente del otro, no existe división de trabajo. No es productivo debido a su estructura.
- **Grupos abiertos y cerrados:** Los grupos abiertos son flexibles, permiten el ingreso y salida de los miembros y los grupos cerrados ofrecen resistencia al cambio de participantes, en algunos se establecen normas para la admisión.
- **Grupos voluntarios:** Grupos ideales para ser conducidos por trabajo social, ya que la concurrencia libre y voluntaria de los individuos y la relación que se produce entre ellos ofrece oportunidades educativas.

#### LOS GRUPOS VOLUNTARIOS SE SUBDIVIDEN EN:

- A. **Grupos de cultura homogénea:** Están formados por personas de condición cultural y social semejante.
- B. **Grupos de intereses homogéneos o especializados:** Reúnen a personas de distintas actividades culturales y sociales agrupadas por un interés común o por una especial actividad.
- C. **Grupos de múltiples actividades:** Están formados por asociación voluntaria y el objeto de ellos es estar juntos y desarrollar diversas actividades.
- D. **Grupos terapéuticos:** Son asociaciones voluntarias pero motivadas sus participantes son generalmente del mismo sexo y es necesario que exista entre ellos cierta similitud en relación con el problema que les afecta. Las actividades que se desarrollan son por lo general manuales y el trabajo social se

realiza con fines curativos y educativos a través de la interacción del grupo.

**E. Grupos según el sexo.**

F. **Grupos según la edad:** De acuerdo con Natalio Kisnerman, estos pueden ser; grupo preescolar, escolar, adolescentes, adultos, ancianos.

## **Las normas internas y externas del grupo**

En todo grupo, como en toda institución o comunidad, las normas regulan interna-externamente, las relaciones entre sus miembros, las internas surgen del grupo, las que sean explicitadas o no, configuran un contacto entre los miembros, en tanto especifican los modos con que se espera que actúen en el grupo.

## **El Trabajo de Grupo dentro del área psiquiátrica**

Es una táctica que ayuda a los individuos a mejorarse en su funcionamiento social, a través de la experiencia de grupo y regenerarse más eficazmente con sus problemas personales de su grupo.

El hombre ha trabajado con pequeños grupos durante la mayor parte de su vida sobre la tierra. Se ha demostrado, desde el punto de vista psicológico, que los grupos son más efectivos que los individuos en la resolución de ciertos tipos de problemas.

Los estudios sobre la conducta de grupo han descubierto que el individuo se comporta en forma diferente estando en grupo que estando solo.

El psiquiatra inglés S. H. Foulkes, uno de los organizadores del movimiento de terapia de grupo en Gran Bretaña, insistía en la importancia del fenómeno de un grupo como todo, al aparecer el concepto de redes de apoyo. Los grupos tienen una influencia psíquica que afecta al comportamiento individual, y unas propiedades distintas de las existentes en los individuos aislados.

Esta modalidad evalúa al individuo en cuatro procesos: investigación, diagnóstico social, plan de tratamiento y tratamiento.

## **DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD**

*El modelo de intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud define al TS en el área de la salud como " el conjunto de acciones metodológicas tendientes al estudio de carencias y necesidades sociales que*

*inciden en el proceso salud-enfermedad así como la identificación y utilización de los recursos disponibles para su atención y orientados a establecer alternativas de acción para la promoción, educación y recuperación de la salud, con la participación de individuos, grupos y comunidades". (30)*

El modelo de intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud cita que los trabajadores sociales que se encuentran insertados en el área de la salud, deberán contar con las siguientes características para su mejor desempeño:

**Deberán ser TS con "CONOCIMIENTOS":**

- *De la metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales y de la salud.*
- *En el desarrollo del proceso salud enfermedad*
- *De la evolución, del trabajador social en esta área, su teoría metodología y prácticas específicas*

**Deberán de contar con "CAPACIDADES":**

- *Como el desarrollo de diseños de investigación*
- *Para establecer diagnósticos*
- *Para optimizar recursos*
- *Para sensibilizar y movilizar a la población*
- *Para participar en procesos educativos*
- *Para atender problemáticas individuales*

**Deberán de contar con "HABILIDADES Y DESTREZAS":**

- *Para identificar la estructura jurídico-administrativa del sector salud*
- *Para manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos*
- *Para utilizar las técnicas de comunicación y educación social*
- *Para utilizar técnicas de investigación como son la observación y la entrevista*

**Deberán tener "ACTITUDES":**

- *Para mantener el apego a las políticas de la institución*
- *Para ser responsable de la información de la institución*
- *Para ser solidario con el equipo de trabajo*
- *Para respetar la delimitación de los campos profesionales(31)*

También se especifican las funciones que desarrollará un TS inmerso en el área de la Salud.

**Las funciones de trabajo social en el área de la salud son:**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Las funciones serán de forma interdisciplinaria, esto con el fin de promover y operar programas educativos y restauración de la salud.</i></li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Promoverá la organización de grupos y la participación comunitaria en la realización de actividades dirigidas a la capacitación, difusión, planeación, evaluación y toma de decisiones relacionadas con los problemas de salud.</i></li></ul> |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluará</b> el impacto de sus acciones en el logro de los objetivos de los programas prioritarios para <b>el tercer nivel de atención</b>.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Trabajador Social <b>en el tercer nivel de atención, fundamentará sus formas de intervención con grupos</b>, de acuerdo a las características de la morbilidad, demográfica y social a través de investigaciones que midan el impacto social, económico y sobre la calidad de vida, a fin de traducirlos en programas de atención específicos.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborará programas orientados a responder a las necesidades de la población y de las instituciones, basados en los resultados de sus investigaciones sociales.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generará directrices sobre los modelos de intervención de Trabajo Social para primero y segundo nivel de atención.</li> <li>• Desarrollará acciones de enseñanza formativa y continua.</li> <li>• Realizará investigaciones socio-médica acorde con la problemática de los pacientes.</li> <li>• Normará los procedimientos operativos.</li> </ul>           |

Los TS en relación a la asistencia, docencia, investigación y administración deben de realizar actividades específicas predeterminadas.

## **FUNCIONES ESPECÍFICAS Y ACTIVIDADES**

### **ASISTENCIA**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionará asesoría y orientación a los usuarios para el debido uso de los servicios médicos de cada uno de los institutos, (trámites administrativos en general, localización de familiares, referencias y contrarreferencia de pacientes) lo cual es parte de la función de gestoría.</li> <li>• Valorará el nivel socioeconómico de los pacientes.</li> <li>• Proporcionará atención directa a los usuarios de los servicios, y determinará los factores sociales relacionados con su problema de salud y abordarlos a través de la Metodología de Trabajo Social de Casos y de Grupos, además de los protocolos de investigación.</li> <li>• Establecerá coordinación intrainstitucional y extrainstitucional y con asociaciones civiles de apoyo económico y asistencial.</li> <li>• Participará en operaciones de programas nacionales de promoción para la restauración de la salud mediante la educación, individual o colectiva, por medio de sesiones informativas o formación de grupos.</li> <li>• Aportará al equipo de salud, la información sobre los aspectos sociales y económicos que influyen en la enfermedad, así como el impacto de ésta en el ámbito familiar, laboral y social del paciente.</li> <li>• Canalizará a la población, al servicio que corresponda de acuerdo con sus necesidades y su problemática.</li> </ul> |
|---|

## **DOCENCIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Desarrollará acciones de enseñanza formativa y continua que aseguran la actualización y superación del Trabajador Social en el área de la salud.</i></li><li>• <i>Organizará, asistirá y participará en eventos académicos.</i></li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Asesorará las prácticas profesionales y de servicio social a estudiantes y pasantes de las diferentes escuelas de trabajo social.</i></li><li>• <i>Organizará grupos transitorios y motivará a la población usuaria de los Institutos Nacionales de Salud, para promover hábitos y costumbres favorables a la salud.</i></li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Implementará un proceso de supervisión individual y grupal, estableciendo un proceso técnico administrativo de enseñanza-aprendizaje con el fin de superar omisiones o desviaciones técnicas en el desarrollo de las actividades profesionales del Trabajador Social.</i></li></ul>  |

## **INVESTIGACIÓN**

*Realizará investigación social, en relación con las características de morbimortalidad, demográficas y sociales, las que miden el impacto social y económico de las enfermedades y su repercusión en la calidad de vida, a fin de traducirlos en programas de atención específicos.*

*En tanto la investigación sociomédica será acorde con la problemática social y económica de los pacientes, con directrices para sustentar los modelos de intervención en Trabajo Social en el área de salud.*

### **El Trabajador Social:**

- *Identificará y caracterizará factores económicos y culturales que inciden en la frecuencia y distribución de la enfermedad (Metodología de Trabajo Social de Casos).*
- *Investigará el funcionamiento, eficiencia de los programas de trabajo social de las unidades y los programas en general.*
- *Propondrá programas e iniciativas, como producto de los resultados obtenidos por el desarrollo de protocolos de investigación.*
- *Elaborará y participará en protocolos de investigación social y sociomédica.*

- *Publicará artículos, producto de la investigación social y sociomédica.*

## **ADMINISTRACIÓN**

*El TS se insertará en este proceso dinámico, organizado en tiempo y espacio que tiende a transformar insumos o recursos, procurando su mayor aprovechamiento para lograr el objetivo trazado.*

*Las fases de este proceso son: Planeación, Organización, Integración, Dirección y Evaluación.*

### **El Trabajador Social:**

- *Elaborará y ejecuta; planes y programas, aplicando el proceso administrativo.*
- *Normará procedimientos operativos.*
- *Mantendrá constante supervisión a programas específicos.*
- *Evaluará y diagnosticará la situación del servicio.*
- *Realizará supervisión individual, grupal y evaluación del personal y de estudiantes.*
- *Evaluará cualitativa y cuantitativamente todos los programas.*
- *Evaluará el impacto de las acciones en el logro de los objetivos de programas prioritarios **para el tercer nivel de atención.***
- *Programará y organizará actividades con el equipo de salud, para que éste identifique las actividades que desarrolla el Trabajador Social en el proceso de la atención al paciente.*
- *Diseñará proyectos de educación para la salud, y dirigido a pacientes y a sus familiares.*
- *Formulará manuales de organización, normas y procedimientos así como de contenidos técnicos, para unificar los procesos en que participa el área de Trabajo Social. (32)*

Hemos visto a lo largo de este capítulo como el TS ha evolucionado de ser una actividad dirigida a la caridad, a ser una disciplina y una profesión que por su alcance social, ha tenido que modificar sus estrategias de acción para con cada una de las poblaciones que atiende.

Si bien el Trabajo Social en el área de la Salud ya es una de estas ramas específicas de atención, el Trabajo Social Psiquiátrico es una vertiente más,

que ayuda a proporcionarle a esta población estrategias aun más específicas y delimitadas de acción.

## **ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO.**

Con el paso del tiempo el Trabajo Social requirió especializarse, para abordar de mejor manera áreas específicas de la población necesitada, ese fue el caso de la comunidad de enfermos psiquiátricos; cuya situación obligaba al trabajador social a abordar sus problemáticas de maneras mas específicas.

En los inicios la tarea del trabajador social consistía en comprobar y completar las historias clínicas de los enfermos, progresivamente su función fue extendiéndose hasta participar en la solución de los innumerables problemas planteados por los trastornos psiquiátricos, la tarea fue asumiendo gran complejidad y responsabilidad en los tratamientos.

Fue en Estados Unidos e Inglaterra donde se comenzó a impartir cursos intensivos destinados a especializar a los trabajadores sociales en la salud mental.

En México el Trabajo Social comienza a incrementarse a partir de que se concede mayor importancia al ambiente social en que una persona se desenvuelve.

Los Trabajadores Sociales insertados en el área de la Psiquiatría (desde los años 60s-70s) participan actualmente tanto en la prevención de trastornos psiquiátricos como en la investigación de su gestión; su regresión y su rehabilitación.

## **EL TRABAJO SOCIAL COMO EDUCADOR**

Como ya hemos visto dentro de las funciones básicas del trabajo social, se menciona el de educador, el cual al igual que las otras funciones básicas del trabajo social, surge a partir de una necesidad social creciente; a consecuencia de una demanda de educación, de cultura, de bienestar social y de la posibilidad de una mayor realización personal.

En Institutos especializados de Psiquiatría su colaboración es esencial ya que es en él , en quien recae toda la logística de programas dirigidos a educar-reeducar a familiares y pacientes, pues solo así se logrará una real mejoría en cuanto a la dinámica familiar y el padecimiento.

En reiteradas ocasiones es el TS a quien se le deja toda esta tarea por lo que su compromiso con el área de la salud mental debe ser fortalecido cada día, esto con constante capacitación en relación a los padecimientos, farmacología, tratamientos y métodos de atención, para así brindar un servicio de calidad y calidez a quienes lo solicitan.

Y es de esta forma como el TS se integra a la psico-educación como método viable de alcanzar un mayor impacto en su población base.

30,31, 32) "MODELO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD. CINS,SSA. México1999, pp.22, 23

Libros y artículos consultados para la realización de este capítulo:

- Kisnerman Natalia y colaboradores. "GRUPO". Ed. Hnmanitas, Tomo VI, Buenos Aires 1992.
- LinkBarreiro, Telma. "TRABAJOS EN GRUPO: HACIA UNA COORDINACIÓN FACILITADORA DEL GRUPO SANO".Ed. Novedades Educativas, México 2000.
- Ander Egg, Ezequiel. "REFLEXIONES EN TORNO A LOS MÉTODOS DEL TRABAJO SOCIAL". Ed. El Ateneo, México 1982.

## CAPÍTULO IV

### ¿QUE ES LA PSICOEDUCACIÓN?

#### Y cómo interviene Trabajo Social.

El término "psicoeducación" aparece frecuentemente en la literatura, haciendo referencia a la utilización de técnicas que se utilizan en el tratamiento y rehabilitación de pacientes con una severa enfermedad mental.

Barter(33) define lo psicoeducativo como *"la utilización de técnicas de educación, métodos y aproximaciones que ayuden a disminuir los efectos de la enfermedad mental junto con el tratamiento de ésta y generalmente dentro del marco de un tratamiento que forma parte de un programa de investigación"*. Él describe una variedad de ejemplos de terapia familiar psicoeducativa, grupos de autoayuda y rehabilitación social, todas utilizando técnicas educacionales.

McFarlane y Beels (34), definen lo psicoeducativo como dos aproximaciones diferentes dentro de la intervención familiar en el tratamiento para la esquizofrenia. "La aproximación de Goldstein (35) y el modelo de Anderson". Éstas involucran la terapia familiar orientada a la crisis y las características de los objetivos del contrato terapéutico *"con los terapeutas firmemente abocados a controlar que el clima no esté sobre estimulado o emocionalmente cargado"* (36).

Es así como el conocimiento y pensamiento acerca de los desórdenes psiquiátricos aumenta y cambia tan rápidamente que nuestro lenguaje conserva su tono.

Como en el semejante e interminable debate sobre como denominar a nuestros pacientes (clientes, usuarios) es tiempo de hacer a un lado los problemas semánticos y solamente permitir que el trabajo se haga. Sin embargo pienso que un esfuerzo por clarificar nuestro lenguaje ayudaría a facilitar nuestro pensamiento y nuestras acciones.

Como plantea Fallon (37), *"necesitamos utilizar el lenguaje con una enorme habilidad de manera que describamos nuestros métodos lo más claramente posible, cuando menos con nuestros pacientes y sus familiares"*.

Uno de los objetivos es simplificar el concepto de psicoeducación y llegar a una definición de la línea de trabajo que se pueda admitir para mejorar la comunicación con pacientes, familiares, estudiantes y otros clínicos.

Las descripciones de Karasus (38) de los componentes activos en todas las técnicas terapéuticas fueron de ayuda para mi formulación de la definición de psicoeducación. Él sugiere que las técnicas psicoeducativas ejercen su influencia entre tres mecanismos: **"experiencia afectiva, habilidad cognitiva y regulación del comportamiento"**.

La definición de lo psicoeducativo está basada en los conceptos de **Karasus** y en las siguientes formulaciones acerca del rol de la educación en el tratamiento y rehabilitación.

Primero, la educación es una parte integral de la psicoterapia. Incluso, los tratamientos psiquiátricos que formalmente no abordan tratamiento psicoterapéutico tienen que incluir un componente educativo para ser más efectivos. "*Muchas investigaciones han demostrado la eficacia de la enseñanza como tratamiento*" (39).

Segundo, existe mayor evidencia de que los pacientes con un proceso educativo y sin contar con una experiencia formal de psicoterapia han mejorado los efectos de algunos síntomas severos, aún cuando la enfermedad persiste, esta intervención tiene un efecto que refuerza la adherencia terapéutica y la eficacia del tratamiento.

Tercero, si aceptamos la línea de Karasus sobre los tres mecanismos activos en toda psicoterapia porque enfatiza la habilidad cognitiva más que la experiencia afectiva. La regulación del comportamiento es un componente de ambas, psicoterapia y educación, incluso en ambos contextos existen muchas variaciones en las clases de comportamiento que se enfatizan. Ciertamente algunas formas de regulación de la conducta tales como una terapia cognitiva conductual o una terapia expositiva son altamente efectivas.

Cuarto, la educación tradicional se enfoca en los aspectos de la salud individual dando prioridad a mejorar la alteración. En la práctica es generalmente difícil separar los aspectos de salud y enfermedad de una persona.

Para que el tratamiento y la educación sean efectivos deben tratar a cada persona y ayudarles a fortalecerse.

Quinto, en la enfermedad mental crónica la rehabilitación es tan importante como el tratamiento y la psicoeducación tiene un papel importante para el éxito de ambos. Los tres conceptos **tratamiento, educación y rehabilitación** están sumamente ligados.

## **DEFINICIÓN PROPIA DE PSICOEDUCACIÓN.**

Basado en los conceptos y suposiciones descritas se definirá a la psicoeducación como sigue: educación o instrucción de una persona con un desorden psiquiátrico en áreas específicas de acuerdo a los objetivos de tratamiento y rehabilitación, por ejemplo: intensificar los esfuerzos para la aceptación de la enfermedad, promover la cooperación activa en el tratamiento y rehabilitación y fortalecer sus habilidades para compensar las limitaciones causadas por el padecimiento.

La psicoeducación no enfatiza los efectos, involucra la habilidad cognitiva y algunas formas de regulación del comportamiento, otras como la modificación formal de la conducta y la terapia expositiva.

La psicoeducación puede ser realizada con un apropiado y calificado entrenamiento de las personas que forman el equipo de tratamiento, entre ellos están Trabajadores Sociales Psiquiatras, Psicólogos o Psicoterapeutas.

Por otro lado, esta definición excluiría la educación que se proporciona a los familiares sobre el padecimiento para comprender mejor a su paciente como sugiere Hatfield (40) *"cuando tenemos familias con un enfermo mental debemos sacar el mejor partido a la etiqueta "educación"; para disminuir las implicaciones que para las familias tiene el padecimiento a involucrarse en el tratamiento"*.

El término psicoeducación puede aplicarse en algunas situaciones – como cuando un miembro de la familia es diagnosticado o se ajusta a las características del disorder. Un componente importante de esta definición es que la psicoeducación ocupa un lugar básico en coordinación con el tratamiento y la rehabilitación.

La educación que es dada a los pacientes por otros pacientes, como en los grupos de autoayuda, no puede ser considerada psicoeducación, al igual que la educación proporcionada a los pacientes sin la intervención de alguien que tenga relación con el equipo de tratamiento.

*"La psicoeducación consiste en otorgar al paciente y a los familiares por medio de personal calificado (en este caso Trabajadores Sociales) la **información detallada acerca del trastorno**, abarcando todos los aspectos, desde el meramente orgánico hasta el psíquico" (41); "Es un proceso que permite a las personas informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables haciendo énfasis en aspectos psicológicos como motor para alcanzar sus objetivos"*.

*Los cuales son:*

- *desarrollar comportamientos saludables y,*
- *asumir el compromiso de un verdadero cambio de actitud comprometido con el proceso de salud integral.*

*El logro de los objetivos está en relación a la **autoestima, la responsabilidad por el auto cuidado y la autonomía creciente** de cada individuo, que se convierten en verdaderos cimientos de la salud. Estas tres AUTO constituyen una verdadera fuente de desarrollo y superación del ser humano aún en las situaciones consideradas más difíciles o penosas" (42).*

*"Uno de los últimos desarrollos en Terapia Familiar son los Programas Psicoeducativos. La línea trazada por esta modalidad de terapia es la claridad conceptual, la posibilidad de su aplicación en Instituciones, la brevedad de los tratamientos, la sistematización y focalización en unos cuantos problemas bien*

*definidos*", (43) como se lleva a cabo dentro del INP en relación a diversos trastornos y en particular al del TOC.

Este tipo de abordaje, a diferencia de los enfoques tradicionales, que daban por sentado las influencias patógenas de la familia sobre el paciente, la consideran como un agente terapéutico activo en el proceso del tratamiento del individuo enfermo; por tanto, el *objetivo* de este tipo de programas es *orientar y ayudar* a la familia a *identificar* con claridad el problema, sus causas, el curso y cómo se desarrolla, cuáles son sus síntomas y los tratamientos empleados para que así puedan intervenir en el proceso de mejora y curación de sus familiares.

El desarrollo del modelo psicoeducativo ha representado el avance más prometedor en el campo de la intervención familiar en la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas graves y crónicas.

Los primeros intentos de aplicación de estos programas se inician en los años 70's con pacientes esquizofrénicos. En ellos se encontró que era efectiva la intervención educativa en las familias de los enfermos crónicos, sobre todo, en las recaídas, las cuales se reducían en un porcentaje elevado, además de ayudar a los familiares a modificar en lo posible los factores que precipitaban o predisponían a ésta. A partir de ello, se extendió su aplicación durante la década de los ochenta's como una alternativa a los tratamientos familiares clásicos que fomentaban la expresión de sentimientos intensos entre los miembros de la familia; o bien, se centraban en que la causa del problema era la familia en sí, por lo que en lugar de tener efectos terapéuticos, a veces resultaban conflictuantes.

Colom y cols (44) realizaron una revisión sobre diferentes tratamientos de psicoterapia en el Trastorno Bipolar, encontrando que el modelo psicoeducativo unido a alguna **técnica cognitivo-conductual**, parece ser la aproximación más positiva, focalizándose en la información, el cumplimiento del tratamiento y en habilidades para el manejo de la enfermedad.

Solomon<sup>(45)</sup> realizó un estudio con 183 familiares de personas que padecían un trastorno mental, distribuyó aleatoriamente a los familiares en tres grupos: los que recibían una consulta individual, los que recibían psicoeducación en grupo y los que eran asignados a una lista de espera durante 9 meses. Encontró que el grupo psicoeducativo ayudó a aumentar la auto eficacia en los familiares que nunca habían recibido algún tipo de apoyo.

*"Se ha demostrado que las familias que mantienen actitudes críticas y hostiles hacia el paciente o implicadas en exceso en la enfermedad (excesiva dedicación, poca atención sobre las necesidades propias y de otros miembros de la familia) favorecen de alguna manera las recaídas (Elevada Emoción Expresada).*

*La intervención familiar ha demostrado de forma reiterada su eficacia para mejorar la evolución del Trastorno Obsesivo Compulsivo. Los programas más eficaces de Psicoeducación se conjuntan con la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual y tienden a tener una duración mínima de 6 meses.*

*Proporcionan psicoeducación básica acerca de la enfermedad y su manejo, se esfuerzan en reducir la tensión en la familia, proporcionan apoyo y empatía y persiguen el establecimiento de una relación de colaboración entre el equipo asistencial y la familia.*

- *El principal beneficio de la Intervención Familiar en el TOC es la reducción en el número de recaídas.*
- *Reducción de hospitalizaciones.*
- *Se reduce la carga subjetiva familiar.*
- *Mejora el cumplimiento del tratamiento farmacológico.*
- *Mejora el deterioro social y reduce la emoción expresada en la familia. " (46)*

Son los profesionales en Trabajo Social los que han sido principalmente encargados de elaborar y brindar estos programas psicoeducativos ya que debido a su formación y experiencia en el área de lo social pueden entender y atender de mejor manera la tarea de educar a los familiares de pacientes psiquiátricos así como a los mismos pacientes.

Puesto que esta problemática requiere de personal experto, conocedor de los trastornos psiquiátricos y a la vez de sus consecuencias en el hábito de lo familiar, son los Trabajadores Sociales los que cubren el perfil profesional necesario (tales como la habilidad para trabajar de manera directa y empática con grupos, la capacidad de elaborar encuestas de gabinete, aplicar cuestionarios y sistematizar la información) para realizar adecuadamente este importante proceso formativo puesto que su adecuada programación y ejecución será el reflejo de un mejor apego al tratamiento y con ello se verá beneficiada altamente la calidad de vida de los que al paciente rodean y por supuesto, la del mismo paciente.

### **Terapia conductual.** (cognitivo-conductual)

Las **terapias de la conducta** (del comportamiento) son terapias psicológicas que se basan en técnicas activas y directivas, a diferencia del psicoanálisis clásico. Se trabaja en forma individual y grupal: generalmente se proponen de 10 a 15 sesiones, a razón de una por semana.

En el caso particular del TOC se elaboran en forma conjunta estrategias preventivas para no llegar a la compulsión, siendo la base el auto conocimiento y el reconocimiento de las situaciones precipitantes; estas estrategias se les dan a conocer tanto a los pacientes como a sus familiares.

Se les hace copartícipes a los familiares pues ellos como vínculo unilateral y más cercano que pueden apoyar en mucho a su familiar enfermo para que lleve a cabo estas estrategias y así, el mismo paciente pueda lograr evitar o disminuir las conductas compulsivas.

Este método requiere conocimiento y desafío de "las conductas y pensamientos autodestructivos", seguido de apropiados cambios en la conducta. De esta

forma, el paciente trabaja simultáneamente en las motivaciones interiores y las manifestaciones exteriores. Para ello se siguen varios pasos:

- **Intensificar el conocimiento del paciente de sus propios patrones de pensamiento.**
- Se le enseña a **reconocer la conexión entre ciertos sentimientos**, los pensamientos autodestructivos y la conducta compulsiva.
- **Examinar la validez de ciertos pensamientos** o creencias.
- **Sustituir las creencias erróneas** por ideas más apropiadas.
- **Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales** que subyacen en el desarrollo del Trastorno Obsesivo Compulsivo. (PSICO EDUCACIÓN).

(33)Barter JC: Psycho education, in *The Chronic Mental Patient; five years later*. Edited by Talbort JA. New York, Grune & Stratton, 1984, pp.21.

(34)Fallon IRH, Boyd JL, McGill CW: *Family Care of Schizophrenia*. New York, Guilford, 1984, pp.56.

(35)McFarlane WR (Ed): *Family Therapy in Schizophrenia*. *New Directions for Mental Health Services*, 1981, pp.74.

(36)Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ: The Psycho educational family treatment of schizophrenia. *New Directions for Mental Health Services*, 1981, pp79.

(37)McFarlane WR, Beeks CC: A decision tree model for integrating family therapy in Schizophrenia. Edited by McFarlane WR. New York, Guilford, 1983,pp16.

(38)Wachrach DJ: Slogans and Euphemisms: The functions of semantics in mental health and mental retardation care. Austin, Texas, Hogar Foundation, 1985,pp 62.

(39)Hatfield A: Semantic barriers to family and professional collaboration, *schizophrenia Bulletin*, 1986, pp 335.

(40) Artículo recuperado de: [www.usuarios.lycos.es/leonel/hist\\_psl.htm](http://www.usuarios.lycos.es/leonel/hist_psl.htm) "LA ENFERMEDAD MENTAL HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA" Portocarrero Stuchl Santiago Médico Psiquiatra. pp. 2 de 11.

(41)Artículo recuperado de: [www.viosalus.com/vs/B2C/cn/articulos/](http://www.viosalus.com/vs/B2C/cn/articulos/) "psicoeducación terapia conductual" pp. 1 de 2.

(42)Artículo recuperado de: [http://www.americasalud.com.uy/new/hwpat.01\\_/\\_psicoeducación](http://www.americasalud.com.uy/new/hwpat.01_/_psicoeducación), Dra. Ivette Almenrolas, pp. 1 de 3.

(43)Artículo recuperado de: <file:///A:/scrsencias%20iv%20atribuciones.htm>, "PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR EN GRUPO", PSIQUIATRÍA. COM-Vol 1 pp 1 de 11.

(44)Colom F, Vieta E, Martínez A, Jorquera A, Gastó C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychosom* 1998, pp 39.

(45)Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Impact of Brief family Psychoeducation on self-efficacy. *Schizoph Bull* 1996, pp50.

(46)"Artículo Atención Integral en la Enfermedad Mental de Caso Crónico", Bilbao, 5 y 6 de Octubre, Taller 1, 2002, pp 11--21.

Libros y artículos consultados para la realización de este capítulo:

- Coleman WE: *The struggle for control in health care settings: political implications of language usage*. Et. Cetera, 1983.
- Koseofkin HS, Marshall V, Goldstein MJ: Stages and impact of crisis-oriented Family therapy in the aftercare of acute schizophrenia, in *family Therapy in Schizophrenia*. Ibid,1989.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los grupos psicoeducativos que se imparten dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría y que se llevan a cabo con familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo atendidos dentro de esta institución, fueron los utilizados para aplicar el instrumento que se analizará.

Los grupos psicoeducativos han sido enumerados en orden ascendente, siendo el número 1 el primero que se llevó a cabo dentro del INP y la clínica de especialidad de Trastorno Obsesivo Compulsivo (pero este no fue tomado en cuenta para dicha muestra debido a que en esta ocasión no se aplicó a los familiares (que asistirían al grupo) el instrumento antes y después de su asistencia al grupo. Para realizar esta muestra se tomaron en cuenta los grupos (2, 3,4 ,5).

Para conocer algunos aspectos de los conceptos que los familiares tienen en relación al padecimiento \*antes y después de haber asistido a todas las sesiones del programa psicoeducativo \*(se les aplicó el cuestionario sobre creencias y atribuciones en relación a la enfermedad). Este cuestionario está formado por 16 ítems de los cuales 11 (los correspondientes a los números: 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16) son preguntas de opción múltiple cuyas respuestas son: Nada, Un poco, Bastante y Mucho, las preguntas (14, 15, 16) se responden con: sí ó no. Las 5 restantes (correspondientes a los números: 1, 6, 8, 9, 13) corresponden a preguntas de respuesta abierta que se les formularon rubros \***mismas que se agruparon en rubros de acuerdo a la frecuencia de respuestas similares** (tomando en cuenta las respuestas más recurrentes); estas preguntas abordan temas como: opiniones personales acerca de las causas del padecimiento, las atribuciones que se le daría a la mejora o empeoramiento de la enfermedad, y el sentir acerca de vivir con un paciente TOC. (Ver anexo 1)

Los criterios de inclusión para la muestra fueron:

- **Ser familiares de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría y que actualmente el paciente se encuentre en tratamiento.**
- **Que su familiar enfermo cuente con un diagnóstico confirmado de TOC de acuerdo al DSM-IV.**
- **Aceptar participar de forma voluntaria dentro del grupo Psico Educativo.**
- **No haber participado en los grupos Psico-Educativos del Instituto Nacional de Psiquiatría.**
- **Haber asistido a todas las sesiones que conforman el programa del grupo.**
- **Aceptar responder el instrumento de manera voluntaria.**
- **Los instrumentos deberán ser contestados y entregados el mismo día que se les proporcionaron (tanto los PRE como los POST).**

**El tamaño de la muestra corresponde a aquellas personas que cumplieron con todos los criterios anteriormente descritos, siendo un total de 80 personas asistentes a los grupos del año 2002-2003.**

*Cabe señalar que este análisis se realizó solo de manera grupal, es decir se tomaron en cuenta los porcentajes totales que se obtuvieron de la codificación del instrumento aplicado a la totalidad de los asistentes (que cumplieron los criterios de inclusión) a estos grupos.*

Para realizar el análisis final se unieron los resultados obtenidos dentro de los cuatro grupos psicoeducativos y analizamos las respuestas obtenidas en ambos Cuestionarios, tanto los que se aplicaron (de manera **PRE**)-es decir antes de que se comenzaran las sesiones del grupo psicoeducativo como aquellos que se aplicaron **posteriormente** de haber asistido al total de las sesiones que conforman el programa psicoeducativo, quedando las variables analizadas agrupadas de la siguiente manera:

La muestra total analizada fue de 80 personas, encontrando que predominan las mujeres con un 69% y sólo un 31% de asistencia a los grupos es de hombres.

Lo que nos deja entrever que a pesar de vivir en siglo XXI se le sigue dejando a la mujer la tarea de educadora, enfermera, madre, etc; ya que ellas son "más abiertas y receptivas" para ir en busca de opciones que puedan ayudar a su familiar enfermo. Y son ellas (como lo arrojan las cifras de la muestra) quienes en su mayoría llevan a el domicilio o núcleo familiar la información que dentro de estos grupos reciben.

En cuanto a su parentesco el 50% de la muestra corresponden a los Padres de los pacientes, el 26% corresponde a la Pareja del paciente y el 24% a algún Otro tipo de familiar.

Referente a estos datos, el mayor porcentaje lo ocupan los padres ya que como anteriormente se refirió, este trastorno aparece generalmente en la adolescencia por lo que los pacientes aún viven dentro del entorno familiar y su vínculo más cercano son sus propios padres.

Los rangos de edad se distribuyeron de la siguiente forma: el 46% de la muestra está en el rango de 36-46 años, 26% corresponde al rango de 47-57 años, en un 10% se encuentran los rangos de 58-68 años y 25-35 años y con un 8% está el rango de 69-79 años.

La escolaridad de los familiares asistentes a los grupos son: el 29% de la muestra cuenta con educación a nivel de secundaria, 26% con nivel Superior (Licenciatura o maestría), el 24% reporta contar con educación media superior (Bachillerato) y el 21% corresponde al nivel básico (primaria).

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 1 (*"En su opinión ¿Cuál es la causa del Trastorno Obsesivo Compulsivo en su familiar?"*) se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 28% de la muestra lo atribuyó a problemas familiares – de forma **post** sólo el 10% lo refirió a esta causa. Siendo el 72% de la muestra la que refirió como causa el aspecto Genético en el post. Estos resultados muestran que la psicoeducación favoreció un cambio de conceptos sobre las causas de la enfermedad pues se logró erradicar e implantar los verdaderos conceptos del por qué del trastorno y con ello se desmitificó como causa primordial "a los problemas o diferencias dentro del núcleo familiar" y como se podrá observar más adelante, esto ayudará en mucho a los familiares a disminuir su grado de culpabilidad.

Al comparar los resultados obtenidos **antes** y **después** en relación al ítem 2 (*"¿Se siente culpable en alguna medida de la enfermedad de su familiar?"*) se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 13% contestó señalando la opción "Mucho" y el 18% de la muestra eligió la opción correspondiente al rubro de "Bastante"- de forma **post** el 0% de la población eligió las opciones "Mucho" y "Bastante". Lo que nos deja ver un cambio radical en lo referente al sentimiento de culpabilidad que manejaban los familiares antes de recibir la psicoeducación. La información acerca de las causas que generan el trastorno ayudó a eliminar las creencias erróneas y con ello disminuir el grado de culpabilidad que manejaban hasta antes de entrar a los grupos los familiares de los pacientes TOC.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 3 (*"¿Llega usted a distanciarse de sus familiares por motivo de la enfermedad de su familiar?"*) se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 47% de la muestra eligió la opción correspondiente al rubro "Un poco" y el 10% al correspondiente a Bastante-; de forma **post** sólo el 33% eligió la opción correspondiente a "Un poco" mientras que el 0% se inclinó hacia la respuesta "Bastante". Lo que nos muestra una notable disminución en cuanto al aislamiento social que se auto imponen los familiares de pacientes diagnosticados con TOC. Al contar con mayor información acerca de la etiología de la enfermedad y el manejo del paciente pueden brindarle la información a aquellas personas que interrelacionan con ellos y de esa manera no aislarse del mundo por vergüenza, culpa, o rechazo social. Esto ayuda en mucho a mejorar la calidad familia-paciente.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 4 (*"¿Se ha visto afectada su vida social por la enfermedad de su familiar?"*) se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 46% de la muestra eligió la opción correspondiente a "Un poco" y el 40% al rubro "Nada"-; de forma **Post** esta vez sólo el 24% eligió la opción "Un poco" y el 71% prefirió la opción "Nada". Por lo que al igual que el ítem anterior nos deja ver una disminución considerable en el aislamiento y deterioro de la vida social de la familia. Esto a razón de que al conocer mejor el trastorno y el manejo familia-paciente, la familia puede sentirse con mayor

seguridad para afrontar los cuestionamientos sociales y comenzar a vivir el TOC no como un "castigo" sino como lo que es "una enfermedad". Otra de las razones por las que los miembros de una familia disminuyen su vida social es a causa del mismo paciente ya que éste frecuentemente (y como causa del mismo trastorno) amenaza con hacerse o hacerle daño a otras personas. Al conocer mejor el manejo del paciente y el alcance de éste ante sus síntomas, los familiares pierden el miedo a dejarlo solo y con ello pueden de nuevo comenzar a vivir e interactuar de manera más sana dentro del entorno social y no exclusivamente a través de la enfermedad.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 5 ("*¿Podría mejorar el Trastorno obsesivo Compulsivo de su familiar?*") se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 5% de la muestra eligió la opción de respuesta correspondiente a el rubro "No sabe"-; de forma **post** el 0% de la población eligió esta opción lo que nos indica que la psicoeducación logró eliminar este 5% de población que carece de información acerca de las posibilidades de mejoría de sus familiares enfermos. Esto ayuda en mucho a las familias ya que se les renueva la esperanza de volver a una vida más sana tanto para el paciente como para el resto del núcleo que lo rodea.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 6 ("*¿A qué atribuiría su mejoría?*") se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 45% de la población de la muestra atribuyó la mejoría a la "Toma de medicamentos" y el 18% lo imputó a la importancia de "Acudir a su terapias"-; de forma **post** el 71% eligió la opción de "Toma del medicamento y el 24% a la importancia de acudir a sus terapias". Por lo que se logra distinguir el impacto en el grado de conciencia de los familiares en relación a la eficacia de la toma continua e ininterrumpida del medicamento el cual ayudará a equilibrar sus niveles de secreción de serotonina y la asistencia regular a sus terapias (cognitivo conductual) para lograr una mejoría en su familiar enfermo.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 7 ("*¿Podría empeorar el Trastorno Obsesivo Compulsivo en su familiar?*") se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 24% de la población de la muestra eligió como respuesta la correspondiente a el rubro de "Mucho" y el 26% al de "Un poco"-; de forma **post** el 60% al rubro de "Mucho" y sólo el 3% citó el de "Un poco". Lo que nos permite observar que es mayor el porcentaje poblacional que conoce las magnitudes que puede llegar a alcanzar el padecimiento si no es tratado de forma adecuada y continua.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 8 ("*¿A que atribuiría su empeoramiento?*") se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 49% de la muestra eligió la opción "Abandono del medicamento (tratamiento)" y el 20% eligió la opción de "Abandono de la terapia"- de forma **post** el 69% contestó la

opción de "Abandono del medicamento (tratamiento)" y el 26% esta vez eligió la opción de "Abandono de la terapia". Por lo que es más que visible el cambio que se logró a través de la información con los familiares respecto a la concientización (familia-paciente) de la toma constante del medicamento y la asistencia a los grupos de terapia cognitivo conductual que les ayudará a los pacientes a manejar mejor sus obsesiones y compulsiones y con ello disminuir la ansiedad.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 9 ("*¿Qué puede hacer usted para ayudar al tratamiento de su familiar?*") se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 18% de la muestra respondió sobre "Vigilar la toma del medicamento"- de forma **post** el 71% dio como respuesta la opción referente a la de "Vigilar la toma del medicamento. Al observar este cambio porcentual dentro de la muestra total de los grupos analizados es, que al concluir las sesiones del grupo Psicoeducativo se logró infundar a los familiares de estos pacientes la importancia absoluta de estar pendientes de que no sea suspendida la toma del medicamento pues sólo éste puede mantener regulada adecuadamente la bioquímica del cerebro de estos pacientes.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 10 ("*¿Comprende la conducta del paciente?*") se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 51% de la muestra respondió que "Un poco" y el 13% prefirió la respuesta de "Mucho"-; de forma **post** sólo el 5% eligió como opción la correspondiente a "Un poco" y el 52% indicó la de "Mucho". Por lo que es visible el impacto educacional de los grupos para los familiares después de asistir al total de las sesiones. Y es que al conocer la etiología del trastorno, así como el por qué de cada una de sus acciones o actitudes, los familiares de estos pacientes logran comprender y con ello desmitificar las acciones y reacciones de su familiar enfermo; al hacer esto disminuyen el estrés que se genera al convivir diariamente con un paciente de estas características.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 11 ("*¿Le preocupa que su familiar pueda hacerse daño?*") se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 32% de la muestra respondió que "Bastante" y el 26% que "Mucho"-; de forma **post** sólo el 5% respondió que "Bastante" y otro 5% que "Mucho". Por lo que se puede observar que en la población muestra se disminuye el estrés que le ocasiona el tener a un familiar enfermo después de conocer los riesgos y alcances de la enfermedad, ya que como se mencionó anteriormente debido a las características de comportamiento de los pacientes con este trastorno, ellos suelen amenazar reiteradamente con hacerse daño o hacerlo a otras personas. En los grupos psicoeducativos se les informa a los familiares que es muy escaso el porcentaje de pacientes que llegan a hacerse algún daño dentro de estos períodos de ansiedad que les generan las obsesiones. Al conocer esta información aquellas personas que interactúan con el paciente, logran reanudar con mayor confianza las actividades propias de la

vida diaria y con ello, mejora en mucho su calidad de vida tanto en lo familiar como en lo social.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 12 (*"¿Siente que su familiar es irresponsable?"*) se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 58% de la muestra eligió la opción correspondiente a el rubro de "Un poco" y el 5% eligió la opción de "Mucho"; de forma **post** el 37% eligió la de "Un poco" y el 3% la de "Mucho". Tanto en estos rubros como en los demás, de forma **post**, los porcentajes disminuyeron dejándonos observar el cambio de opinión que logran los familiares después de tener toda la información en relación a las actitudes de sus familiares y la relación que tienen éstas con el padecimiento.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 13 (*"¿Qué es lo que más le molesta de su familiar enfermo?"*) se encontraron diferencias en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 51% contesta que son "Sus obsesiones y compulsiones" y el 10% refiere que "Nada"; de forma **Post** el 47% refiere que son "Sus obsesiones y compulsiones" y el 9% opina que "Nada". En lo relacionado con este ítem el resultado porcentual no es tan significativo en lo **pre** y lo **post** como en los anteriores aun así se logra una mejoría en cuanto al entendimiento de la sintomatología específica del TOC y con ello una mayor tolerancia del familiar enfermo, mejorándose la calidad de vida del paciente así como para aquellos que se interrelacionan con él.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 14 (*"¿Piensa que si su familiar quisiera podría controlar su enfermedad?"*) se encontraron diferencias significativas en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 71% responde que "Sí" y el 29% opina que "No"; de forma **post** el 71% elige la opción "No" y sólo el 29% elige la opción "Sí". Es claro el cambio porcentual que se obtiene de la población total de la muestra en lo relacionado a las creencias que tienen los familiares acerca del padecimiento y su familiar enfermo, ya que después de tener la información necesaria acerca de el origen y la evolución del mismo, logran comprender que está fuera de la voluntad inmediata del paciente el controlar los síntomas y sólo el medicamento acompañado de una adecuada y constante terapia cognitivo conductual podría ayudar a controlar los síntomas que genera la enfermedad.

Al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 15 (*"¿Piensa que su familiar hace lo que hace para molestarle?"*) no se encontraron diferencias en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 95% de la muestra eligió la opción "No" y el 5% la opción "Sí"; de forma **post** los resultados fueron iguales. Por lo que en lo referente a este ítem no se logra un cambio en la perspectiva de los familiares en relación al comportamiento de su familiar enfermo (es en casos como este, sería sumamente útil para una investigación futura el determinar cada una de las respuestas, tanto de manera **pre** como **post** es decir, comparar sujeto de caso por

sujeto de caso, ya que así se logrará ver quien mantuvo y quien cambio su perspectiva ante la enfermedad). Al profundizar en el análisis de por qué no se logra un cambio en este 5% de la población muestra con relación a este ítem el investigador se pudo percatar que ese cinco por ciento corresponde a las mismas personas que de forma Pre seleccionó la opción "Sí". Y esto tal vez sería a causa de la dinámica familia-paciente que viven estos individuos y tal vez sólo tal vez por ello no logran asimilar de manera adecuada y objetiva el por qué de la actitud de su familiar enfermo.

Por último al comparar los resultados obtenidos **pre** y **post** en relación al ítem 16 (*"¿Cree que es posible que su familiar tenga vida una vida normal cuando se estabilice?"*) se encontraron diferencias radicales en los porcentajes obtenidos entre las dos medias ya que de forma **pre** el 13% de la muestra respondió que "No" y el 87% eligió la opción "Sí"; de forma **post** el total de la muestra 100% respondió que "Sí". Lo que nos demuestra que en lo referente a las expectativas de calidad de vida para el paciente aumentan satisfactoriamente para todos aquellos familiares que conforman la muestra ya que su percepción ante la enfermedad es totalmente diferente a la que tenían antes de iniciar su asistencia a las sesiones de los grupos psicoeducativos.

## CONCLUSIONES

La situación en la que se encuentra el Trabajador Social frente a la calamidad de las enfermedades psiquiátricas es un gran reto, ya que los enfermos mentales nos enfrentan a planteamientos sumamente difíciles en los que se debe de contar con todos los elementos teóricos y prácticos para saber manejar las emociones, dudas, esperanzas y expectativas de las personas que viven con un paciente diagnosticado con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Además, también nos enfrenta a las familias que conviven con un paciente diagnosticado con TOC; estas familias viven la notificación de padecimiento dentro de un marco de grandes frustraciones, culpas, miedos, rencores, agresiones, miserias, desintegración familiar, pérdida del empleo, quebranto de la autoestima, falta de medicamentos y falsas creencias y atribuciones hacia el padecimiento.

El cuadro para el trabajador social ya suena de entrada difícil, sin embargo, el Trabajador Social ha salido adelante en su labor, tratando de proporcionar toda la información, orientación y ayuda necesaria, tomando en cuenta sus limitaciones para que los familiares de pacientes diagnosticados con TOC alcancen el conocimiento suficiente para poder darle a su familiar la aceptación de vivir con dignidad en su padecimiento.

En la formación del trabajador social no se nos enseña a laborar con los sentimientos y emociones de otras personas, tampoco llegamos a percatarnos de manera tangible de la gran cantidad de trastornos mentales y emocionales, que sufrimos como seres humanos.

En cambio, en la práctica profesional, debemos enfrentarnos a todo ello, debido a que acuden a nosotros personas que tienen algún familiar enfermo o bien, ellos mismos se encuentran padeciendo de algún trastorno.

El Trabajador Social en busca de brindarle la posibilidad de una mejor calidad de vida a familiares y pacientes diagnosticados TOC escudriña la manera de poder modificar aquellas ideas, creencias y atribuciones erróneas que va generando esta población (mediante los grupos psicoeducativos).

Debido a ello, surgió el interés de este trabajo de tesis ya que se buscaba identificar si se lograban modificar las creencias y atribuciones más recurrentes en los familiares de pacientes diagnosticados con TOC que acudieron a los grupos Psicoeducativos (en los cuales participaba de manera muy importante la Trabajadora Social) del INP en el año 2002 y 2003.

Al realizar esta investigación pudimos percatarnos de manera muy clara del impacto de la labor del trabajador social con los familiares de estos pacientes; ellos, al recibir la notificación del trastorno que padecían sus familiares, buscaron culpabilizar situaciones del entorno familiar o bien, problemas

emocionales de la niñez. Al recibir estos mismos sujetos la información de la Trabajadora Social (y demás especialistas) acerca del padecimiento, así como las técnicas de manejo, de la Terapia Cognitivo-Conductual, estas personas lograron cambiar su visión en relación de la causa real que generó el Trastorno en sus familiares, dándole el peso requerido a la parte de "predisposición Genética" y con ello manejándolo como "una enfermedad" y no como un efecto de problemas emocionales. Debido a estos resultados, logramos alcanzar el objetivo general de nuestro trabajo de investigación.

Uno de nuestros objetivos específicos fue el identificar si las ideas de culpabilidad que manejaban los familiares de pacientes con TOC se modificaba después de asistir a los grupos impartidos por la Trabajadora Social de esta área (acompañados de otros especialistas). Y logramos percatarnos de que esta idea, en la medida de que los familiares entendieron que su trastorno es "una enfermedad" (con causales físicas) dejaron de sentir culpabilidad (en la mayoría de los casos) y con ello comenzar a modificar las conductas de interrelación con su familiar enfermo. Tornándolas hacia "la salud – dentro de la enfermedad".

Misma que se logró alcanzar al identificar que efectivamente, el desarrollo social de los integrantes de la familia del paciente se modificó, ya que al conocer los alcances y el origen del trastorno, éstos pudieron retomar sin miedo "al estigma", su vida Inter - Familiar y social de una manera más sana.

De igual manera con el apoyo de estos grupos psicoeducativos, los familiares lograron visualizar de una manera realista las expectativas y atribuciones de recuperación de su familiar enfermo. Ya que al conocer los orígenes, el manejo, y los alcances del trastorno, también reconocieron la importancia del tratamiento conjunto, tanto farmacológico como de psicoeducación y terapia cognitivo conductual para alcanzar la mejoría y estabilidad en la batalla diaria que se libra con esta enfermedad.

Al percatarnos de los rotundos cambios de perspectivas, en relación a la enfermedad de sus familiares, logramos comprobar la hipótesis que nos formulamos al iniciar esta (aventura de) investigación; ya que aquellas personas que participaron en la totalidad de las sesiones, lograron eliminar las creencias y atribuciones erróneas que manejaban sobre el padecimiento al inicio de estas sesiones grupales, de igual manera, se logró dispersar la idea de culpabilidad en relación al padecimiento de su familiar.

La Trabajadora Social en conjunto con los demás profesionales que colaboran en la impartición de estos grupos, disminuyeron de manera importante el impacto en el desarrollo social que padecían estas familias al enfrentarse a éste.

Los familiares de los pacientes obtuvieron expectativas realistas de recuperación para ellos.

El ser trabajador social que interviene en el área de la salud y en este caso, con personas que padecen un trastorno psiquiátrico tan impactante como lo es el TOC, se constituye en un nuevo campo de acción ya que nuestra profesión tiene mucho que aportar, desde la experiencia en la práctica profesional hasta la teoría del Trabajo Social.

Laborar con familiares y pacientes con TOC es una tarea titánica, pues representa todo un reto personal, ya que los Trabajadores Sociales, en el área de la salud, deben entregarse a su trabajo además de vivir empáticamente y brazo con brazo el proceso de la enfermedad de familiares y pacientes TOC.

El Trabajador Social acompaña a los familiares y pacientes durante todo el proceso de búsqueda de su salud (que en ocasiones suele ser todo un vía crucis), que va desde el primer contacto con un hospital Psiquiátrico, la notificación de la enfermedad, hasta el seguimiento y el apoyo en los grupos psicoeducativos; esto conlleva un gran desgaste emocional del Trabajador Social, pues debe adquirir la capacidad de tolerar el fracaso ya que no se logra que el 100% de los familiares y pacientes que pasan por sus manos alcancen los avances que anteriormente describimos. Esto conlleva una fatal calidad de vida tanto para el núcleo familiar como para el mismo paciente.

Estos lamentables hechos pueden cambiar si los trabajadores sociales mantienen una actitud participativa (constante) en búsqueda de la investigación y las propuestas desde un punto vista netamente libre de prejuicios y de esa manera, será capaz de orientar de forma más correcta la información generalizada que se tiene acerca de los pacientes psiquiátricos y sus trastornos.

Los trabajadores sociales que intervienen en el área de la salud mental tiene el privilegio de colaborar con diversos campos de acción y de formas de intervención, esto los lleva a formarse como un profesional que no le teme al riesgo, a la adversidad y los desafíos que se le presentan.

Los trabajadores sociales que interactúan con estos familiares y pacientes llevan un modelo de intervención bien estructurado ya que brindan INFORMACIÓN a los pacientes y familiares de los mismos; hacen uso de la PROMOCION pues forman de manera logística los grupos de familiares con pacientes diagnosticados con TOC; los trabajadores sociales, aplican la EDUCACIÓN desde la partida teórico-práctica pues intervienen con la comunidad afectada.

Dentro de la práctica con esta comunidad, el trabajador social se ha dado a la tarea de la INVESTIGACIÓN, pues ha ido realizando estudios previos (como el instrumento que utilizamos en esta tesis), con el fin de que le permitan percatarse de las necesidades recurrentes de dicha comunidad a tratar, así como de los avances que ha obtenido con las estrategias de acción implementadas a lo largo del quehacer profesional.

Estos trabajadores sociales no quieren limitarse a referirse a textos o investigaciones de otros países, ya que si bien hay conductas que son similares, también es cierto que la situación social, cultural y económica de nuestro país modifica las conductas y necesidades adquiridas frente a esta enfermedad.

Por estas razones, es necesario que los trabajadores sociales que laboren con la población Psiquiátrica que padece TOC manejen una actitud 100% ético-profesional a la altura de la problemática, para que de esa manera podamos seguir demostrando, desde la práctica, los valiosos aportes que nuestra profesión puede brindar y con ello, alcanzar el tan anhelado reconocimiento profesional.

## Comentario:

En lo particular, al encontrarme inmersa en la clínica de especialización del TOC, pude adentrarme en todas y cada una de las etapas que conlleva el diagnóstico de este padecimiento. Observé las reacciones y patologías que familiares y pacientes generan ante la enfermedad (Todo aquello que alguna vez estudié).

Participé en la logística de la apertura de los grupos Psicoeducativos, y de cada una de sus sesiones (de manera activa). Acciones que me brindaron la oportunidad de percatarme de manera directa y en la práctica del impacto que tiene el trabajador social dentro de cualquier población.

Sólo mediante la experiencia directa se puede poner en práctica todos y cada uno de los conocimientos adquiridos en el aula, y es entonces que se comprende de manera total lo que es ser "trabajador social". Su importancia, sus alcances, su impacto, sus capacidades y sus retos.

Nada es más gratificante que ver a un entorno familiar mejorar, surgir del desconocimiento de la patología, el miedo y la incertidumbre. Saber que uno como Profesionista puso en práctica sus conocimientos y que con ello otros individuos se vieron beneficiados (y su calidad de vida mejoró).

Para mí eso es ser **TRABAJADOR SOCIAL**.

## SUGERENCIAS

Con el fin de alcanzar un mayor impacto en los resultados obtenidos con los grupos psicoeducativos, se sugieren las siguientes modificaciones a los grupos. (Las cuales provienen desde las necesidades que se observaron a partir del campo de la práctica, durante este período de la investigación).

1. Que los grupos Psicoeducativos tengan dos sesiones por semana en vez de una, pues de esta manera se logrará dar un seguimiento más apegado a los avances y modificaciones de conducta de los familiares.
2. Que los grupos sean impartidos (al mismo tiempo y en el mismo lugar), tanto a familiares como a pacientes, esto con el fin de evitar que en el traspaso de la comunicación se generen errores dentro de la misma o bien manipulación de ésta.
3. Aumentar el número de sesiones, pues el tiempo se torna limitado en las rondas de preguntas y respuestas.
4. Limitar el cupo de los asistentes a los grupos, con el fin de que todos y cada uno de los asistentes tengan la posibilidad de externar sus opiniones, dudas o comentarios dentro de las sesiones de grupo.
5. Mejorar el espacio de la impartición de los mismos (y con más razón si se unen a éstos los pacientes), con aulas mas amplias, con suficientes sillas y mejor ventilación.
6. Aumentar la apertura de grupos por mes para con ello acelerar la asistencia de familiares y pacientes (se encuentra un gran número de personas en lista de espera), y de esa forma mejorar su calidad de vida con más prontitud.

Se deberá hacer una selección (por la institución o bien la jefatura de Trabajo Social del Hospital o Instituto) de aquellos Trabajadores Sociales que se inserten en la impartición de grupos psicoeducativos ya que si bien los profesionales del Trabajo Social saben trabajar con grupos, no todos ellos tienen las habilidades para interactuar de persona a persona con pacientes y familiares, ya que esto va mas allá de difundir información ya que ante todo se debe de crear entre familiar, paciente y Trabajador Social ese vínculo empático que ayudará a que la información fluya de una manera mas adecuada (este vínculo nunca se generará si el mismo Trabajador Social mantiene mitos acerca de los padecimientos psiquiátricos y mucho menos si suele ser discriminador ante las diferencias físicas y emocionales de familiares y de estos tipos de pacientes).

1. Aquellos Trabajadores Sociales insertos en el área de la salud mental deberán sentirse atraídos en la atención de los trastornos psiquiátricos que trascienden en la dinámica de vida de familiares y pacientes ya que solo así agotarán todas y cada una de las formas existentes para llegar a impactar en las necesidades de información de cada individuo.
2. Los Trabajadores Sociales deberán gustar del trabajo constante y estar concientes que el trabajo con familias y pacientes psiquiátricos es arduo y en ocasiones parsimonioso por lo que la tolerancia al fracaso debe ser una más de las cualidades de estos profesionales.
3. Todo Trabajador Social que labore en el campo de lo psiquiátrico deberán tener la habilidad de la observación pues solo de esa forma se lograrán percatar de todas aquellas conductas que no verbalicen familiares y pacientes.
4. Aquellos Trabajadores Sociales que tengan la oportunidad de trabajar en directo con familiares y paciente deberán ser emprendedores, gustosos de la investigación, en busca de mejores formas de tratamiento para familiares y pacientes.
5. El Trabajador Social deberá ser un apasionado del bien común, del trabajo directo con la gente (un buen organizador) ya que solo así logrará dar el 100% de sus emociones, aptitudes y conocimientos a todos aquellos que se acerquen a él y de igual forma a los que por su situación personal y de vida lo puedan hacer de manera directa.

Debido al desconocimiento de los padecimientos Psiquiátricos y en particular del Trastorno Obsesivo Compulsivo, se realizan las siguientes sugerencias, con el fin de erradicar desde lo social (y no sólo a los que ya se encuentran inmersos en la enfermedad) los mitos y atribuciones erróneas con los padecimientos psiquiátricos (y en particular, este padecimiento de TOC).

Para esto, se podrá ocupar el apoyo e interés de los estudiantes de Trabajo Social que realizan práctica profesional o bien servicio social dentro de Instituciones Psiquiátricas.

1. Los trabajadores sociales buscarán la manera de informar acerca de los padecimientos psiquiátricos y en particular del TOC a la población. De una manera directa, con pláticas informativas en sitios de reunión frecuentados por la comunidad en general, como hospitales, iglesias, grupos de auto ayuda, escuelas, etc.
2. Los trabajadores sociales buscarán la manera de informar acerca de los padecimientos psiquiátricos y en particular del TOC a la población en general, utilizando medios como: folletos, revistas, anuncios y reportajes.

3. Los trabajadores sociales buscarán la manera de entablar convenios con aquellas empresas encargadas de la comunicación, como son la TV, el cine, el radio y la prensa escrita, para que ellas brinden espacios gratuitos para la información de los padecimientos psiquiátricos (con el fin de un mayor alcance en la conciencia pública) y en particular del TOC a la población en general. Ya que se ha percibido que en otras campañas informativas dirigidas a la población (como la de la planificación familiar o el SIDA) al ser difundidas por este medio se logra sensibilizar de manera impactante a un mayor número de la población.
4. Los trabajadores sociales concientizarán a la población que ya recibió la información acerca de las enfermedades psiquiátricas y del TOC, de pasarla de viva voz esta información a todas aquellas personas que aún la desconozcan.

Estas sugerencias que se realizan son con el fin de erradicar los mitos y atribuciones falsas acerca de los pacientes psiquiátricos y con ello, eliminar el "estigma" hacia ellos y sus familias.

Como trabajadores sociales, tenemos la obligación de buscar las mejores y más eficaces estrategias de acción que puedan mejorar la calidad de vida de la población.

En esa búsqueda de mejorar la calidad de vida de familiares y pacientes con este trastorno, parece sumamente conveniente y enriquecedor el realizar un proceso de investigación en donde se especifiquen los cambios que tuvo cada uno de los asistentes a los grupos psicoeducativos (dentro de sus creencias y atribuciones hacia la enfermedad), es decir conceptualizar sujeto de caso por sujeto de caso en relación a las respuestas otorgadas de manera PRE y POST del instrumento que se utilizó en esta investigación.

Esta información sería sumamente valiosa para poder determinar de manera individual (y no solo grupal como en este trabajo de investigación) la magnitud de cambio que tiene cada uno de los asistentes después de acudir a la totalidad de las sesiones del grupo.

## BIBLIOGRAFIA

### EN ESPAÑOL:

1. Ander Egg. Ezequiel. **DICCIONARIO DE TRABAJO SOCIAL**. Ed. Ateneo, 1982
2. Ander Egg. Ezequiel. **METODOLOGIA DEL TRABAJO SOCIAL**. Ed. Ateneo. México, 1994
3. Andreu, R. **ELEMENTOS DE PSIQUIATRIA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**. Ed. Jims. España, 1983
4. Caso, Agustín. **FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA...** Ed. Limusa. 3a Ed. México, 1989
5. **Diccionario de la lengua española**, "Porrúa", 2a. Ed. Méx. 1999
6. **Diccionario LAROUSSE"**, edición 1975, Ed. Herssey, México, 1975
7. Durkheim. Emile. **LAS REGLAS DE METODO SOCIOLOGICO**. Ed Coyoacán SA de CV, México, 1986
8. Evangelista Ramírez Elí, **HISTORIA DEL TRABAJO SOCIAL EN MÉXICO**. Ed. Plaza y Valdéz, México DF, 1997
9. García S, **CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL Y EL PSIQUIATRA: ESTUDIO EXPLORATORIO**. Acta psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 1993
10. García S, **LA SALUD MENTAL Y EL CINE: UN ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE LA MODIFICACION DE LAS ACTITUDES**. Revista Mexicana de Psicología, 1993
11. Garcías. **EL SIGNIFICADO PSICOLOGICO Y SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL**. Tesis de Maestría, México, 1993, UNAM, Facultad de Medicina.
12. González, S.R, **LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL**. Tesis de Licenciatura, 1986, México, UNAM, Facultad de Medicina.
13. Guillén Jiménez, Raúl, **FAMILIA UNA CONSTRUCCIÓN SOCIAL**. Revista Mexicana de Psicología, 1998.
14. Hoffman L. **FÚNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR**. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. Ed. Fondo de Cultura Económica. México DF. 1987
13. Hollingsworth y cols, **TRASTORNOS DE ANSIEDAD** CAPÍTULO 14, 599, MASSON, S. A. 1980; Swedo y cols, 1989c.
14. Kisnerman Natalio. **SALUD PÚBLICA Y TRABAJO SOCIAL**. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1990
15. Loyzaga. Cristina. **CASOS CLINICOS DE NIÑOS Y ADULTOS CON TOC**. Ponencia en la Asociación Mexicana de Trastorno Obsesivo Compulsivo. Ciudad de México 1996
16. **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en sus versiones DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV** se han tomado de las correspondientes ediciones españolas, 1980-1990.
17. Meave. Etna. **METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO SOCIAL DE CASOS**. Ed. Etrme Ediciones Colección de Trabajo Social. México, 1995
18. Mendoza Rangel Ma. Del Carmen. **UNA OPCIÓN METODOLOGICA PARA LOS TRABAJADORES SOCIALES**. Ed. EMETS, 1998

19. **MODELO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD.** CINS,SSA. México1999
20. Moix Manuel. **INTRODUCCIÓN AL TRABAJO SOCIAL.** Ed. Trivium. España, 1995
21. Natera, G. y Casco, **ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN POBLACION GENERAL Y EN UN GRUPO DE PROFESIONALES DE LA SALUD.** Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1991, IMP
22. Natera, G. y Casco, **PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD MENTAL A TRAVES DE HISTORIETAS.** Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, 1985
23. Noppen Van. L Bárbara **Aprendiendo a vivir con el Trastomo Obsesivo Compulsivo.** Ed. Barcelona, Barcelona, 2001
24. Ramírez Méndez Ignacio, Guerrero Namihira Delia, Altamirano Moreno Laura, Martínez Sosa Cristina, **EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN** Lineamientos para su elaboración y análisis, Ed. Trillas, agosto 1998 México
25. Robles Teresa, **LA ENFERMEDAD CRONICA, EL PACIENTE Y SU FAMILIA.** Ed. Alce, México,1997
26. Saavedra. A. **VOCABULARIO DE TRABAJO SOCIAL.** Ed. Estela. SA, México, 1968
27. Sandoval Ávila Antonio. **PROPUESTA METODOLOGICA DEL TRABAJO SOCIAL.** Ed. Espacio, Buenos Aires, 2001
28. Silverman García Sarah, **EL SISTEMA DE ACTITUDES EN RELACION CON LA ENFERMEDAD MENTAL.** Ed. Soler.S.A, México, 1998
29. Terán T. Margarita. **MODELOS DE INTERVENCIÓN DE COMUNIDAD EN TRABAJO SOCIAL.** ENTS, UNAM, México, 1986
30. Valero Chávez Aída. **DESARROLLO HISTORICO DEL TRABAJO SOCIAL.** Antología lecturas básicas. ENTS. UNAM. México DF ,1997
31. Willam J. Goode. **METODOS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL.** Ed. Trillas, México,1998

#### EN INGLES:

32. Anderson CM, Hog arty GE, Reiss DJ: **THE PSYCHO EDUCATIONAL FAMILY TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA.** New Directions for Mental Health Services, 1981.
33. Bachrach IJ: Slogans and Euphemisms: **THE FUNCTIONS OF SEMANTICS IN MENTAL HEALTH AND MENTAL RETARDATION CARE.** Austin, Texas, Hogg Foundation, 1985.
34. Barter jt: **PSYCHO EDUCATION, IN THE CHRONIC MENTAL PATIENT: FIVE YEARS LATER.** Edited by Talbort JA. New York, Grune & Stratton, 1984.
35. Coleman WE: **THE STRUGGLE FOR CONTROL IN HEALTH CARE SETTINGS: POLITICAL IMPLICATIONS OF LANGUAGE USAGE.** Et. Cetera, 1983.
36. Colom F, Vieta E, Martinez A, Jorquera A, Gasto C. **WHAT IS THE ROLE OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF BIPOLAR DISORDER?** PSYCHOSOM 1998
37. Fallon IRH, Boyd JL, McGill CW: **FAMILY CARE OF SCHIZOPHRENIA.** New York, Guilford, 1984.
38. Hatfield A: **SEMANTIC BARRIERS TO FAMILY AND PROFESSIONAL COLLABORATION, SCHIZOPHRENIA BULLETIN,** 1986.
39. Kopeikin HS, Marshall V, Goldstein MJ: **STAGES AND IMPACT OF CRISIS-ORIENTED FAMILY THERAPY IN THE AFTERCARE OF ACUTE SCHIZOPHRENIA, IN FAMILY THERAPY IN SCHIZOPHRENIA,**1986.

<http://www.ije.ufro.cl/wlink/webs/lbmg/paginas/emb1.htm>  
<http://www.monografias.com/trabajos12/madu/madu.shtml>  
[http://www.pastoralsida.com.ar/recursospastorales/elaborando\\_conceptos.htm](http://www.pastoralsida.com.ar/recursospastorales/elaborando_conceptos.htm)  
[http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art\\_2htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art_2htm)  
<http://www.sindioses.org/escepticismo/magico.html>  
[http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/000733.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/000733.htm)  
[psychobiology.ouvaton.org/glossaire.es/es-bxt-p06.20-02-glossaire.htm](http://psychobiology.ouvaton.org/glossaire.es/es-bxt-p06.20-02-glossaire.htm)  
[usuarios.lycos.es/doliresa/index-19.html](http://usuarios.lycos.es/doliresa/index-19.html)  
[usuarios.lycos.es/doliresa/index-22.html](http://usuarios.lycos.es/doliresa/index-22.html)  
[www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple10.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple10.html)  
[www.el-universl.com/1997/11/29/29314AA.html](http://www.el-universl.com/1997/11/29/29314AA.html)  
[www.fdc.org.co/glosario/glosario5.html](http://www.fdc.org.co/glosario/glosario5.html)  
[www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult\\_path\\_sp/glossary.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_path_sp/glossary.cfm)  
[www.humano.com.ve/pac/art/018.htm](http://www.humano.com.ve/pac/art/018.htm)  
[www.infodoctor.org/infodoc/alzheimer/articulos/criterios.htm](http://www.infodoctor.org/infodoc/alzheimer/articulos/criterios.htm)  
[www.licualicion.terra.com.mx/articulos/287.htm](http://www.licualicion.terra.com.mx/articulos/287.htm)  
[www.mipagina.cantv.net/sexualito\\_asesor/glosariosida.htm](http://www.mipagina.cantv.net/sexualito_asesor/glosariosida.htm)  
[www.monografias.com/trabajos20/pacientes-neuroticos/pacientes-neuroticos.shtml](http://www.monografias.com/trabajos20/pacientes-neuroticos/pacientes-neuroticos.shtml) - 101k  
[www.oms.mx](http://www.oms.mx)  
[www.sanytel.com/diccionario/s.htm](http://www.sanytel.com/diccionario/s.htm)  
[www.usuarios.lycos.es/igonzal/hist\\_psi.htm](http://www.usuarios.lycos.es/igonzal/hist_psi.htm)  
[www.viosalus.com/vs/B2C/cn/articulos](http://www.viosalus.com/vs/B2C/cn/articulos)  
[www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005400/unidades/unidad2/subunidad2a/glosario\\_2a.html](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005400/unidades/unidad2/subunidad2a/glosario_2a.html)

ANNO I

INSTRUMENTO APPLICATO

# ANEXO (1)

## Questionario sobre creencias y atribuciones en relación al trastorno Obsesivo Compulsivo.

Nombre:  
 Edad:  
 Escolaridad:  
 Parentesco:

(Este cuestionario está formado por tres tipos de preguntas, algunas son con respuesta de opción múltiple, otras con respuesta de, Sí o No y algunas más de tipo abierto).

1. En su opinión ¿Cuál es la causa del Trastorno Obsesivo Compulsivo en su familiar?
 

|                       |                       |         |             |          |
|-----------------------|-----------------------|---------|-------------|----------|
| *Problemas familiares | Problemas en la Niñez | No sabe | No contestó | Genético |
|-----------------------|-----------------------|---------|-------------|----------|

*\*Estas respuestas fueron las más recurrentes dentro del grupo muestra*
2. ¿Se siente culpable en alguna medida de la enfermedad de su familiar?
 

|      |         |          |       |
|------|---------|----------|-------|
| Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|------|---------|----------|-------|
3. ¿Llega usted a distanciarse de sus familiares por motivo de la enfermedad de su familiar?
 

|      |         |          |       |
|------|---------|----------|-------|
| Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|------|---------|----------|-------|
4. ¿Se ha visto afectada su vida social por la enfermedad de su familiar?
 

|      |         |          |       |
|------|---------|----------|-------|
| Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|------|---------|----------|-------|
5. ¿Podría mejorar el Trastorno Obsesivo Compulsivo de su familiar?
 

|      |         |          |       |
|------|---------|----------|-------|
| Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|------|---------|----------|-------|
6. ¿A que atribuiría su mejoría?
 

|                 |                     |                   |                          |
|-----------------|---------------------|-------------------|--------------------------|
| *Apoyo Familiar | Toma de Medicamento | Acudir a Terapias | Conciencia de Enfermedad |
|-----------------|---------------------|-------------------|--------------------------|

*\*Estas respuestas fueron las más recurrentes dentro del grupo muestra*
7. ¿Podría empeorar el Trastorno Obsesivo Compulsivo en su familiar?
 

|      |         |          |       |
|------|---------|----------|-------|
| Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|------|---------|----------|-------|
8. ¿A qué atribuiría su empeoramiento?
 

|                         |                          |                     |                            |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------|
| *Abandono de la Terapia | Abandono del Medicamento | Poco apoyo familiar | No reconocer la enfermedad |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------|

*\*Estas respuestas fueron las más recurrentes dentro del grupo muestra*
9. ¿Qué puede hacer usted para ayudar al tratamiento de su familiar?
 

|                  |                                 |                 |
|------------------|---------------------------------|-----------------|
| *Apoyo emocional | Vigilar la toma del medicamento | Apoyo económico |
|------------------|---------------------------------|-----------------|

*\*Estas respuestas fueron las más recurrentes dentro del grupo muestra*
10. ¿Comprende la conducta del paciente?
 

|      |         |          |       |
|------|---------|----------|-------|
| Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|------|---------|----------|-------|
11. ¿Le preocupa que su familiar pueda hacerse daño?
 

|      |         |          |       |
|------|---------|----------|-------|
| Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|------|---------|----------|-------|
12. ¿Siente que su familiar es irresponsable?
 

|      |         |          |       |
|------|---------|----------|-------|
| Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|------|---------|----------|-------|
13. ¿Qué es lo que más le molesta de su familiar enfermo?
 

|       |                           |                   |                           |             |
|-------|---------------------------|-------------------|---------------------------|-------------|
| *Nada | Obsesiones y Compulsiones | Carácter agresivo | No reconoce su enfermedad | Aislamiento |
|-------|---------------------------|-------------------|---------------------------|-------------|

*\*Estas respuestas fueron las más recurrentes dentro del grupo muestra*
14. ¿Piensa que si su familiar quisiera podría controlar su enfermedad?
 

|    |    |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|
15. ¿Piensa que su familiar hace lo que hace para molestarle?
 

|    |    |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|
16. ¿Cree que es posible que su familiar tenga una vida normal cuando se establezca?
 

|    |    |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

Referencia de este instrumento es: *estilo Vancouver*.  
 Salorio P, Ruiz ME, Torres A, Sanchos F, Navarro L. "PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR EN GRUPO EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN". Aplicación de un programa. *Psiquiatría. COM (Revista electrónica)* 1999 Marzo (citado 1 Abril 1999); 3(1) : (21 pantallas). Disponible en: URL [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art\\_2.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/art_2.htm)

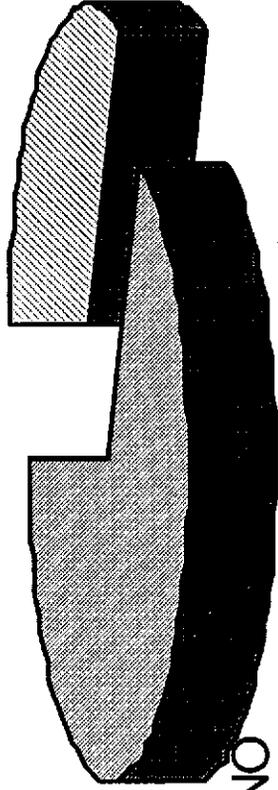
# ANEXO 2

# GRÁFICAS PORCENTUALES

# PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES QUE ASISTEN AL GRUPO PSICO EDUCATIVO

MASCULINO

31%



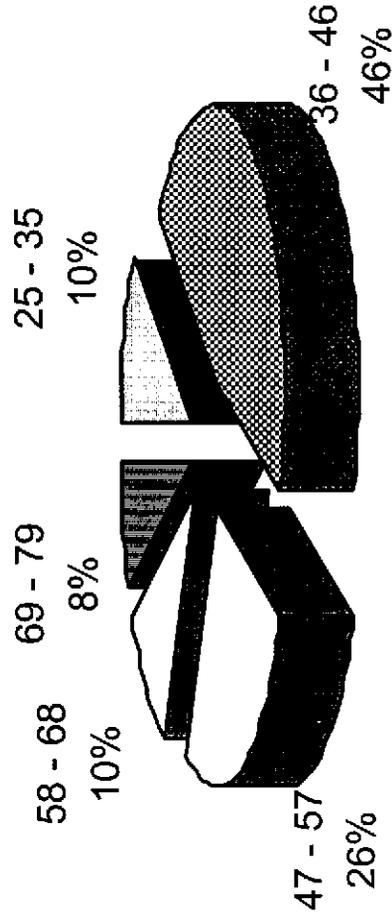
FEMENINO

69%

| SEXO      | Número de personas | Porcentaje |
|-----------|--------------------|------------|
| MASCULINO | 25                 | 31,2500%   |
| FEMENINO  | 55                 | 68,7500%   |

Muestra 80 Personas

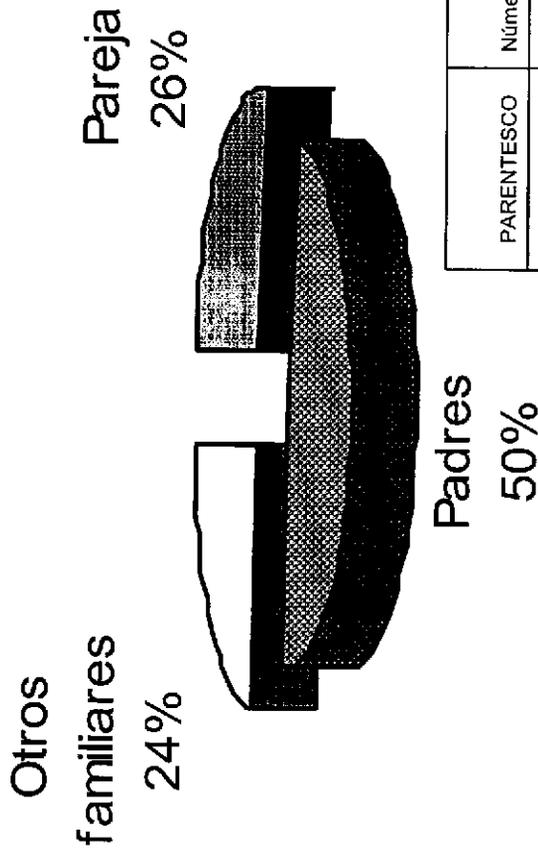
# RANGO DE EDAD DE LOS FAMILIARES QUE ASISTEN AL GRUPO PSICO EDUCATIVO DE LA CLINICA DE TOC



| RANGO DE EDAD | Número de personas | Porcentaje |
|---------------|--------------------|------------|
| 25 - 35       | 8                  | 10,0000%   |
| 36 - 46       | 37                 | 46,2500%   |
| 47 - 57       | 21                 | 26,2500%   |
| 58 - 68       | 8                  | 10,0000%   |
| 69 - 79       | 6                  | 7,5000%    |

Muestra 80 Personas

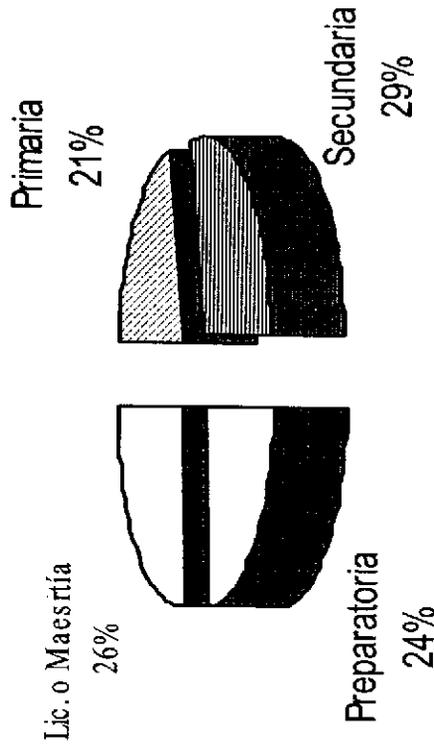
# PARENTESCO DE LAS PERSONAS QUE ASISTEN AL GRUPO PSICO EDUCATIVO DE LA CLINICA DE TOC



| PARENTESCO       | Número de personas | Porcentaje |
|------------------|--------------------|------------|
| Padres           | 40                 | 50,0000%   |
| Pareja           | 21                 | 26,2500%   |
| Otros familiares | 19                 | 23,7500%   |

Muestra 80 Personas

# ESCOLARIDAD DE LOS ASISTENTES AL GRUPO PSICO EDUCATIVO DE LA CLINICA DE TOC

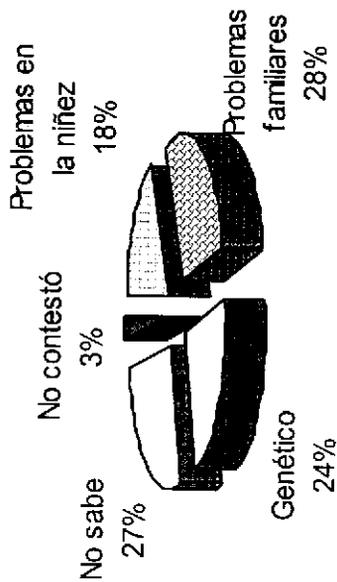


| ESCOLARIDAD     | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------|--------------------|------------|
| Primaria        | 17                 | 21,2500%   |
| Secundaria      | 23                 | 28,7500%   |
| Preparatoria    | 19                 | 23,7500%   |
| Lic. O Maestría | 21                 | 26,2500%   |

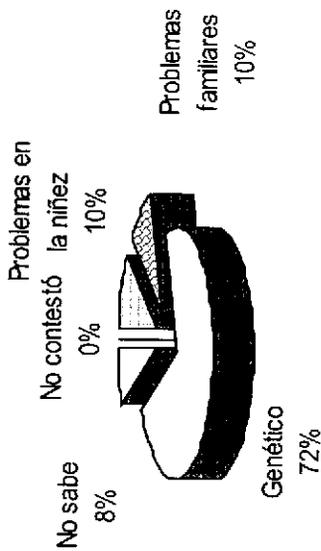
Muestra 80 Personas

# EN SU OPINIÓN ¿CUÁL SERIA LA CAUSA DEL TOC EN SU FAMILIAR?

PRE



POST



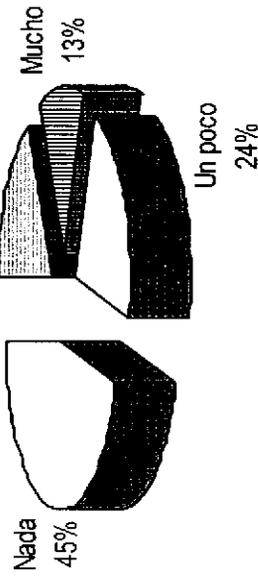
| CAUSA                 | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| Problemas en la niñez | 14                 | 17,5000%   |
| Problemas familiares  | 23                 | 28,7500%   |
| Genético              | 19                 | 23,7500%   |
| No sabe               | 22                 | 27,5000%   |
| No contestó           | 2                  | 2,5000%    |

| CAUSA                 | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| Problemas en la niñez | 8                  | 10,0000%   |
| Problemas familiares  | 8                  | 10,0000%   |
| Genético              | 58                 | 72,5000%   |
| No sabe               | 6                  | 7,5000%    |
| No contestó           | 0                  | 0,0000%    |

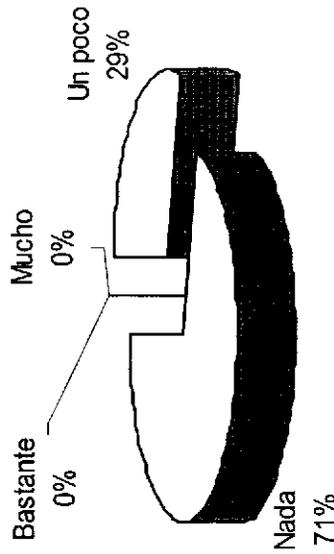
Muestra 80 Personas

# ¿SE SIENTE CULPABLE EN ALGUNA MEDIDA DE LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?

PRE



POST

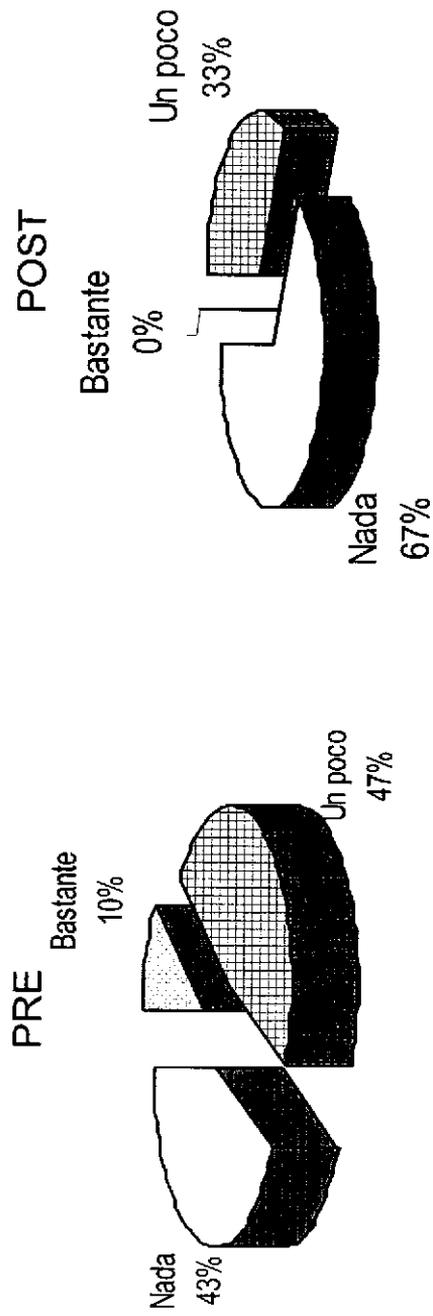


| Grado de culpabilidad | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| Bastante              | 14                 | 17,5000%   |
| Mucho                 | 10                 | 12,5000%   |
| Un poco               | 19                 | 23,7500%   |
| Nada                  | 37                 | 46,2500%   |

| Grado de culpabilidad | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| Bastante              | 0                  | 0,0000%    |
| Mucho                 | 0                  | 0,0000%    |
| Un poco               | 23                 | 28,7500%   |
| Nada                  | 57                 | 71,2500%   |

Muestra 80 Personas

# ¿LLEGA USTED A DISTANCIARSE DE SUS FAMILIARES POR MOTIVO DE LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?



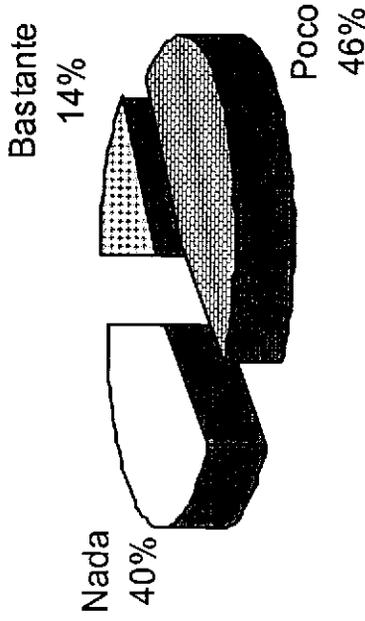
| DISTANCIAMIENTO | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------|--------------------|------------|
| Bastante        | 8                  | 10,0000%   |
| Un poco         | 38                 | 47,5000%   |
| Nada            | 34                 | 42,5000%   |

| DISTANCIAMIENTO | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------|--------------------|------------|
| Bastante        | 0                  | 0,0000%    |
| Un poco         | 26                 | 32,5000%   |
| Nada            | 54                 | 67,5000%   |

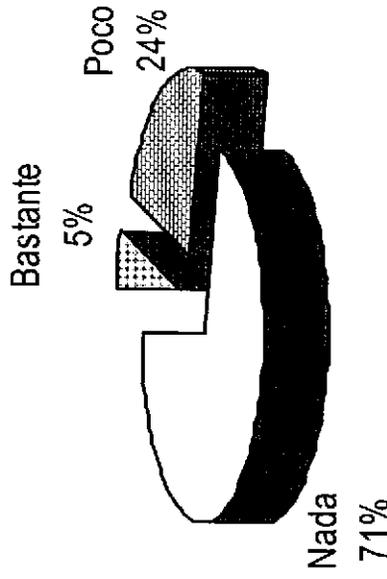
Muestra 80 Personas

# ¿SE HA VISTO AFECTADA SU VIDA SOCIAL POR LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?

PRE



POST



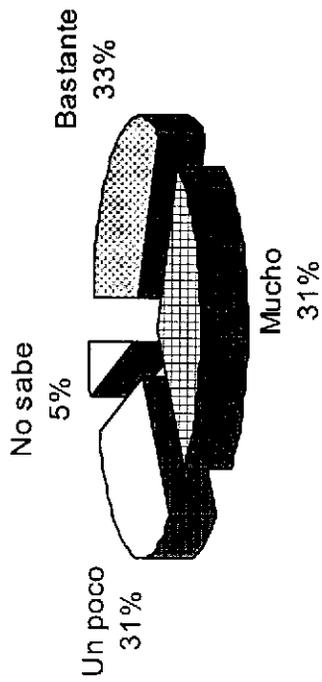
| SE HA VISTO AFECTADA SU VIDA SOCIAL | Número de personas | Porcentaje |
|-------------------------------------|--------------------|------------|
| Bastante                            | 11                 | 13,7500%   |
| Poco                                | 37                 | 46,2500%   |
| Nada                                | 32                 | 40,0000%   |

| SE HA VISTO AFECTADA SU VIDA SOCIAL | Número de personas | Porcentaje |
|-------------------------------------|--------------------|------------|
| Bastante                            | 4                  | 5,0000%    |
| Poco                                | 19                 | 23,7500%   |
| Nada                                | 57                 | 71,2500%   |

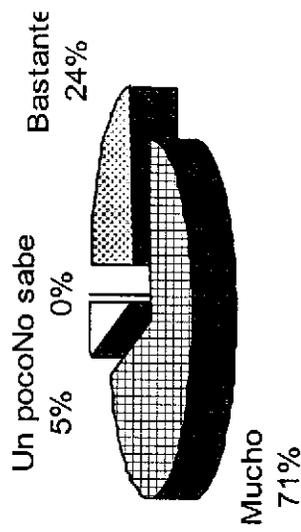
Muestra 80 Personas

# ¿PODRÍA MEJORAR EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE SU FAMILIAR?

PRE



POST



| PODRÍA MEJORAR EL TOC DE SU FAMILIAR | Número de personas | Porcentaje |
|--------------------------------------|--------------------|------------|
| Bastante                             | 26                 | 32,5000%   |
| Mucho                                | 25                 | 31,2500%   |
| Un poco                              | 25                 | 31,2500%   |
| No sabe                              | 4                  | 5,0000%    |

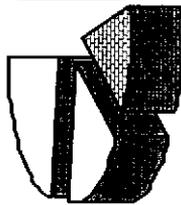
| PODRÍA MEJORAR EL TOC DE SU FAMILIAR | Número de personas | Porcentaje |
|--------------------------------------|--------------------|------------|
| Bastante                             | 19                 | 23,7500%   |
| Mucho                                | 57                 | 71,2500%   |
| Un poco                              | 4                  | 5,0000%    |
| No sabe                              | 0                  | 0,0000%    |

Muestra 80 Personas

# ¿A QUE ATRIBUIRÍA SU MEJORÍA?

PRE

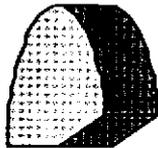
Apoyo familiar  
24%



Acudir a terapias  
18%

Concientización  
de la enfermedad  
13%

Toma de  
medicamentos  
45%



Acudir a terapias  
24%

Concientización  
de la enfermedad  
5%

Toma de  
medicamentos  
71%

POST

Apoyo familiar  
0%

| ATRIBUYE SU MEJORA A             | Número de personas | Porcentaje |
|----------------------------------|--------------------|------------|
| Toma de medicamentos             | 37                 | 46,2500%   |
| Concientización de la enfermedad | 10                 | 12,5000%   |
| Acudir a terapias                | 14                 | 17,5000%   |
| Apoyo familiar                   | 19                 | 23,7500%   |

| ATRIBUYE SU MEJORIA A            | Número de personas | Porcentaje |
|----------------------------------|--------------------|------------|
| Toma de medicamentos             | 57                 | 71,2500%   |
| Concientización de la enfermedad | 4                  | 5,0000%    |
| Acudir a terapias                | 19                 | 23,7500%   |
| Apoyo familiar                   | 0                  | 0,0000%    |

Muestra 80 Personas

# ¿PODRÍA EMPEORAR EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE SU

## FAMILIAR?

PRE

POST

Nada  
13%

Nada  
13%

Bastante  
24%

Un poco  
3%

Nada  
13%

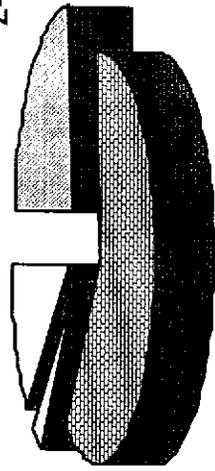
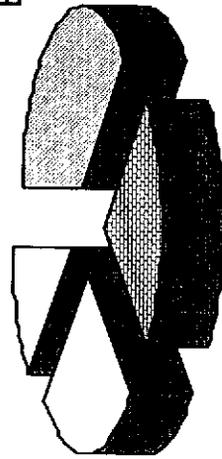
Bastante  
24%

Bastante  
37%

Un poco  
26%

Mucho  
24%

Mucho  
60%



| PODRÍA EMPEORAR EL TOC DE SU FAMILIAR | Número de personas | Porcentaje |
|---------------------------------------|--------------------|------------|
| Bastante                              | 30                 | 37,5000%   |
| Mucho                                 | 19                 | 23,7500%   |
| Un poco                               | 21                 | 26,2500%   |
| Nada                                  | 10                 | 12,5000%   |

| PODRÍA EMPEORAR EL TOC DE SU FAMILIAR | Número de personas | Porcentaje |
|---------------------------------------|--------------------|------------|
| Bastante                              | 19                 | 23,7500%   |
| Mucho                                 | 49                 | 61,2500%   |
| Un poco                               | 2                  | 2,5000%    |
| Nada                                  | 10                 | 12,5000%   |

Muestra 80 Personas

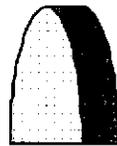
# ¿A QUÉ ATRIBUIRÍA SU EMPEORAMIENTO?

PRE

Poco apoyo familiar  
18%



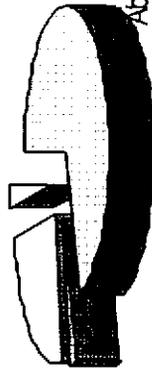
Abandono de la terapia  
20%



Abandono del tratamiento  
49%

No reconocer la enfermedad  
13%

Abandono de la terapia  
25%



No reconocer la enfermedad  
3%

Abandono del tratamiento  
69%

POST

| ATRIBUYE SU EMPEORAMIENTO A | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------------|--------------------|------------|
| Abandono del tratamiento    | 40                 | 50,0000%   |
| No reconocer la enfermedad  | 10                 | 12,5000%   |
| Abandono de la terapia      | 16                 | 20,0000%   |
| Poco apoyo familiar         | 14                 | 17,5000%   |

| ATRIBUYE SU EMPEORAMIENTO A | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------------|--------------------|------------|
| Abandono del tratamiento    | 56                 | 70,0000%   |
| No reconocer la enfermedad  | 2                  | 2,5000%    |
| Abandono de la terapia      | 20                 | 25,0000%   |
| Poco apoyo familiar         | 2                  | 2,5000%    |

# ¿QUÉ PUEDE HACER PARA AYUDAR AL TRATAMIENTO DE SU FAMILIAR?

PRE

Apoyo económico 5%

Vigilar la toma de medicamentos 18%



Apoyo emocional 77%

POST

Apoyo emocional 24%

Apoyo económico 5%



Vigilar la toma de medicamentos 71%

| AYUDARÍA EN TRATAMIENTO CON     | Número de personas | Porcentaje |
|---------------------------------|--------------------|------------|
| Apoyo económico                 | 4                  | 5,0000%    |
| Vigilar la toma de medicamentos | 14                 | 17,5000%   |
| Apoyo emocional                 | 62                 | 77,5000%   |

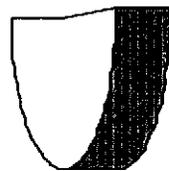
| AYUDARÍA EN TRATAMIENTO CON     | Número de personas | Porcentaje |
|---------------------------------|--------------------|------------|
| Apoyo económico                 | 4                  | 5,0000%    |
| Vigilar la toma de medicamentos | 57                 | 71,2500%   |
| Apoyo emocional                 | 19                 | 23,7500%   |

Muestra 80 Personas

# ¿COMPRENDE LA CONDUCTA DEL PACIENTE?

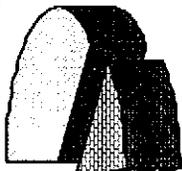
PRE

Nada  
0%



Un poco  
51%

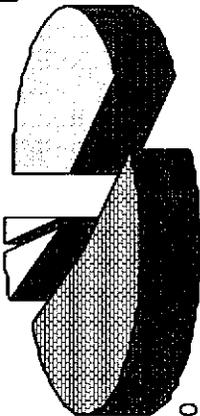
Bastante  
36%



Mucho  
13%

POST

Un poco Nada  
5% 3%



Mucho  
52%

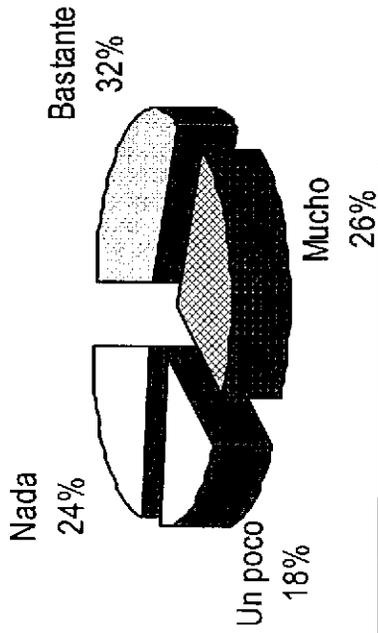
| COMPRENDE LA CONDUCTA DEL PACIENTE | Número de personas | Porcentaje |
|------------------------------------|--------------------|------------|
| Bastante                           | 29                 | 36,2500%   |
| Mucho                              | 10                 | 12,5000%   |
| Un poco                            | 41                 | 51,2500%   |
| Nada                               | 0                  | 0,0000%    |

| COMPRENDE LA CONDUCTA DEL PACIENTE | Número de personas | Porcentaje |
|------------------------------------|--------------------|------------|
| Bastante                           | 32                 | 40,0000%   |
| Mucho                              | 42                 | 52,5000%   |
| Un poco                            | 4                  | 5,0000%    |
| Nada                               | 2                  | 2,5000%    |

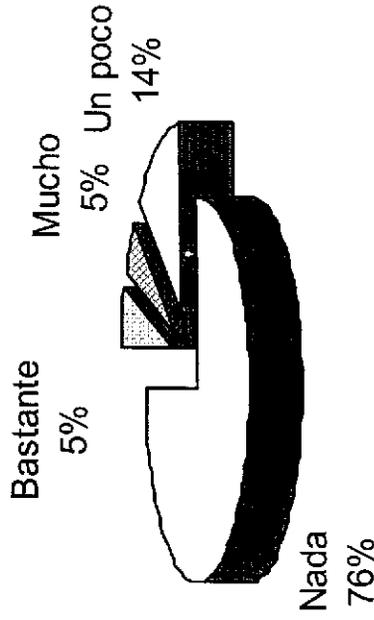
Muestra 80 Personas

# ¿LE PREOCUPA QUE SU FAMILIAR PUEDA HACERSE DAÑO?

PRE



POST



| LE PREOCUPA QUE SU FAMILIAR PUEDA HACERSE DAÑO | Número de personas | Porcentaje |
|--|--------------------|------------|
| Bastante                                       | 26                 | 32,5000%   |
| Mucho  | 21                 | 26,2500%   |
| Un poco  | 14                 | 17,5000%   |
| Nada   | 19                 | 23,7500%   |

| LE PREOCUPA QUE SU FAMILIAR PUEDA HACERSE DAÑO | Número de personas | Porcentaje |
|--|--------------------|------------|
| Bastante                                       | 4                  | 5,0000%    |
| Mucho  | 4                  | 5,0000%    |
| Un poco  | 11                 | 13,7500%   |
| Nada   | 61                 | 76,2500%   |

Muestra 80 Personas

# ¿SIENTE QUE SU FAMILIAR ES IRRESPONSABLE?

PRE

Nada  
24%

Bastante  
13%

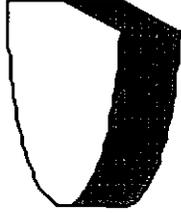
Mucho  
5%



Un poco  
58%

POST

Bastante  
13% Mucho  
3%



Nada  
47%

Un poco  
37%

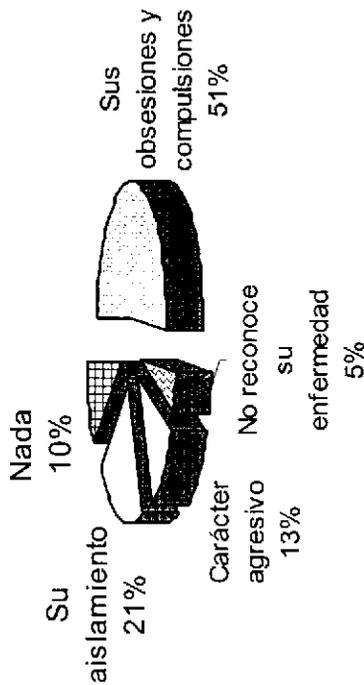
| SIENTE QUE SU FAMILIAR ES IRRESPONSABLE | Número de personas | Porcentaje |
|---|--------------------|------------|
| Bastante                                | 10                 | 12,5000%   |
| Mucho                                   | 4                  | 5,0000%    |
| Un poco                                 | 47                 | 58,7500%   |
| Nada                                    | 19                 | 23,7500%   |

| SIENTE QUE SU FAMILIAR ES IRRESPONSABLE | Número de personas | Porcentaje |
|---|--------------------|------------|
| Bastante                                | 10                 | 12,5000%   |
| Mucho                                   | 2                  | 2,5000%    |
| Un poco                                 | 30                 | 37,5000%   |
| Nada                                    | 38                 | 47,5000%   |

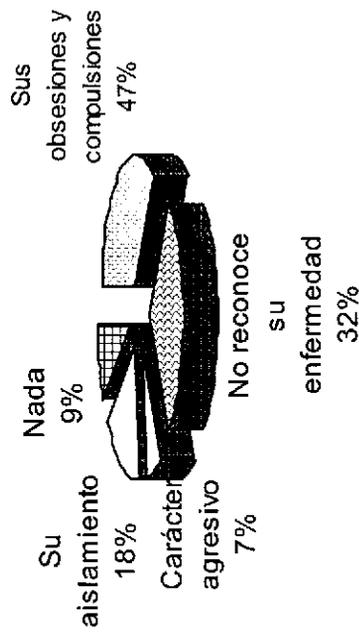
Muestra 80 Personas

# ¿QUÉ ES LO QUE MÁS LE MOLESTA DE SU FAMILIAR ENFERMO?

PRE



POST



| LE MOLESTA DE SU FAMILIAR ENFERMO | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------------------|--------------------|------------|
| Sus obsesiones y compulsiones     | 41                 | 51,2500%   |
| No reconoce su enfermedad         | 4                  | 5,0000%    |
| Carácter agresivo                 | 10                 | 12,5000%   |
| Su aislamiento                    | 17                 | 21,2500%   |
| Nada                              | 8                  | 10,0000%   |

| LE MOLESTA DE SU FAMILIAR ENFERMO | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------------------|--------------------|------------|
| Sus obsesiones y compulsiones     | 38                 | 47,5000%   |
| No reconoce su enfermedad         | 2                  | 2,5000%    |
| Carácter agresivo                 | 8                  | 10,0000%   |
| Su aislamiento                    | 21                 | 26,2500%   |
| Nada                              | 11                 | 13,7500%   |

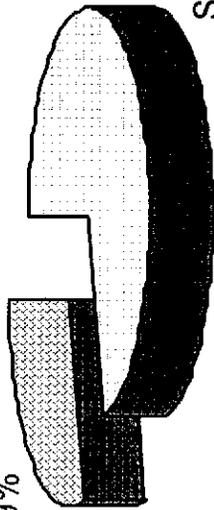
Muestra 80 Personas

# ¿PIENSA QUE SI SU FAMILIAR QUISIERA PODRÍA CONTROLAR SU ENFERMEDAD?

PRE

No

29%



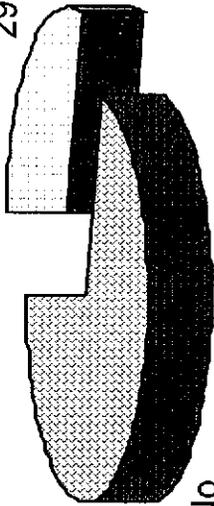
Sí

71%

POST

Sí

29%



No

71%

| SI SU FAMILIAR QUISIERA<br>PODRÍA CONTROLAR SU<br>ENFERMEDAD | Número de<br>personas | Porcentaje |
|--|-----------------------|------------|
| Sí   | 57                    | 71,2500%   |
| No   | 23                    | 28,7500%   |

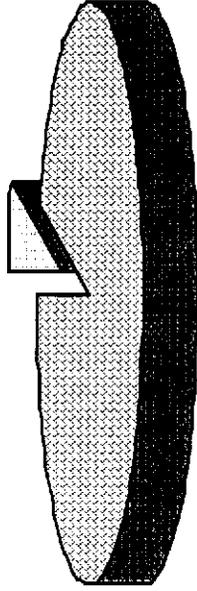
| SI SU FAMILIAR QUISIERA<br>PODRÍA CONTROLAR SU<br>ENFERMEDAD | Número de<br>personas | Porcentaje |
|--|-----------------------|------------|
| Sí   | 23                    | 28,7500%   |
| No   | 57                    | 71,2500%   |

Muestra 80 Personas

# ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR HACE LO QUE HACE PARA MOLESTARLE?

PRE

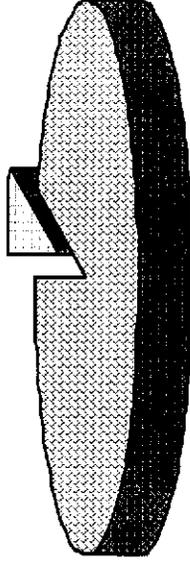
Sí  
5%



No  
95%

POST

Sí  
5%



No  
95%

| PIENSA QUE SU FAMILIAR LO HACE PARA MOLESTARLE | Número de personas | Porcentaje |
|--|--------------------|------------|
| Sí   | 4                  | 5,00000%   |
| No   | 76                 | 95,00000%  |

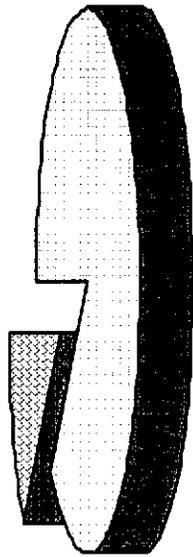
| PIENSA QUE SU FAMILIAR LO HACE PARA MOLESTARLE | Número de personas | Porcentaje |
|--|--------------------|------------|
| Sí   | 4                  | 5,00000%   |
| No   | 76                 | 95,00000%  |

Muestra 80 Personas

# ¿CREE QUE SU FAMILIAR TENDRÁ UNA VIDA NORMAL CUANDO SE ESTABILICE?

PRE

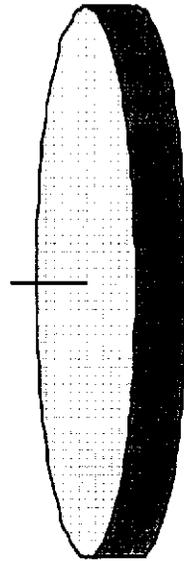
No  
13%



Sí  
87%

POST

No  
0%



Sí  
100%

| TENDRÁ UNA VIDA NORMAL AL ESTABILIZARSE | Número de personas | Porcentaje |
|---|--------------------|------------|
| Sí                                      | 70                 | 87,5000%   |
| No                                      | 10                 | 12,5000%   |

| TENDRÁ UNA VIDA NORMAL AL ESTABILIZARSE | Número de personas | Porcentaje |
|---|--------------------|------------|
| Sí                                      | 80                 | 100,0000%  |
| No                                      | 0                  | 0,0000%    |

## GLOSARIO

### **Ansiedad:**

*"Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión". (47)*

### **Bicigótico:**

*"Existen dos tipos de embarazos dobles : el bivitelino y el univitelino.*

*El bivitelino, también llamado bicorial o bicigótico, proviene de la fecundación de dos óvulos distintos, mientras que el univitelino, monocorial o monocigótico tiene su origen en un solo óvulo. Embarazo bivitelino ( gemelos desiguales o fraternos).*

*Constituye el 75% de los embarazos dobles. Su origen se debe al estallido de dos óvulos en el mismo ciclo ovárico. En muchos casos estos dos óvulos derivan de dos folículo separados, pero ocasionalmente pueden expulsarse de un mismo folículos. La presencia de óvulos binucleados se ha comprobado en la mujer, pero no es seguro que de los mismos puedan originarse gemelos". (48)*

### **Comorbilidad**

*"Término que se usa para indicar la presencia simultánea de un trastorno mental y uso de alcohol y otras sustancias; denotando con ello la coexistencia de dos trastornos independientes, pero invariablemente interactuantes. También conocido como diagnóstico dual". (49)*

### **Culpabilidad:**

*"Sería una emoción secundaria, causada por una evaluación cognoscitiva relacionada con la trasgresión de una norma interna al sujeto". (50)*

### **Egodistónicas**

*"Aquello que es vivido, por lo menos al comienzo, como pensamientos repugnantes y sin sentido, que el enfermo intenta denodadamente ignorar o suprimir". (51)*

### **Egosintónicas**

*"Aquello que es vivido, sin pensar en que es un problema. Sin molestia, sin angustia". (52)*

**Epidemiología:**

*"La epidemiología es la parte de la medicina que se dedica al estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas determinadas, así como la aplicación de este estudio a los problemas de salud. Por lo tanto la epidemiología estudia la salud del hombre en relación con su medio". (53)*

**Estigma:**

*"El estigma es un proceso social, o una experiencia personal conexas, caracterizados por la exclusión, condena o devaluación, que resulta de un juicio social adverso, sobre una persona o un grupo. El juicio se basa en un perdurable rasgo de identidad, atribuible a un problema de salud o a un estado relacionado con la salud, y este juicio es, fundamentalmente, médicamente injustificado".(54)*

**Etiología:**

*"Estudio de las causas de las enfermedades". (55)*

**Expectativas:**

*"Aquel estado de cosas o relación entre objetos y/o acontecimientos que se espera o diseña a base de condiciones conocidas o entendidas". (56)*

**Farmacoterapia:**

*"Utilizar sustancias psicoactivas para medicar mientras se retira la droga problema, es lo que llamamos estrategia de sustitución". (57)*

**Fenomenología:**

*"El objetivo fue superar el escepticismo, en la búsqueda de la verdad para atenerse al hallazgo de la verdad mediante la intuición, observando la realidad presente*

*Estudio descriptivo de un fenómeno, de la sucesión de los fenómenos o de un conjunto de fenómenos. Teoría general de vivencias. "Examen sistemático de los tipos y de las formas de experiencias internas, lo cual nos enseña la*

*naturaleza de lo psíquico y nos hace comprender el ser de nuestra alma. Es intuitiva y no ve más que la vivencia". (58)*

**Fobias:**

*"Una fobia es un miedo intenso y específico a situaciones y objetos concretos. Cuando la persona se enfrenta a ese objeto o situación experimenta ansiedad intensa de forma inmediata. La persona tiende a evitar la situación fóbica, aunque reconoce que el miedo es excesivo o irracional". (59)*

**Genético:**

*"Determinado por los genes o los cromosomas". (60)*

**Intrusivas**

*"Por definición es la presencia de una idea intrusiva, vivida como extraña que engendra por ello una lucha para liberarse de ella; provoca ansiedad que es "liberada" por el acto, la compulsión. (la idea) provoca ansiedad, que es aliviada por la compulsión (el ritual), que a su vez verifica la idea y por lo cual este ciclo tiende a reforzarse y repetirse". (61)*

**Maniacos:**

*"Aquel que sufre de una enfermedad del estado de ánimo caracterizada por una hiperactividad psíquica y un fondo de alegría, de euforia y actividad frenética, que no tienen motivación real alguna".(62)*

**Patología:**

*"Rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades, de sus causas, mecanismos y efectos sobre el cuerpo. La palabra patología procede del griego, estudio (logos) del sufrimiento o daño (pathos)". (63)*

**Pensamiento mágico:**

*"Actitud de explicar el mundo basándose en "explicaciones" espirituales, místicas, divinas o mágicas". (64)*

**Premórbida**

*"Periodo de tiempo anterior a una enfermedad". (65)*

### **Psicoanálisis:**

*"El psicoanálisis es una metodología para tratar enfermedades mentales, basada en la revelación de las relaciones inconscientes, de las que la persona tratada no suele tener conocimiento". (66)*

### **Psicopatológicamente**

*"Comprendido en aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como enfermedades o trastornos mentales". (67)*

### **Psicoterapia:**

*"Psicoterapia es un conjunto de técnicas que se creen que curan o ayudan a resolver problemas conductuales y otros en humanos. La parte común de estas técnicas es el contacto directo personal entre el terapeuta y el paciente, principalmente hablando. Debido a la naturaleza de estas comunicaciones, hay temas significativos de privacidad del paciente y/o confidencialidad del cliente". (68)*

### **Psicóticos:**

*"La definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias". (69)*

### **Repercusión**

*"Acción de retroceder o cambiar de dirección un cuerpo al chocar con otro. Provocar una acción en otro objeto.*

*Influencia de determinada cosa en un asunto o efecto que causa en él." (70)*

### **Rumiaciones:**

*"La supresión de los pensamientos es uno de los muchos intentos de nuestra mente por controlarse a sí misma, es decir, un tipo de Control mental. Esto refleja la tendencia a eliminar determinadas ideas y procesos de la conciencia, que se manifiesta de forma estable y repetida en algunos individuos. Dichos contenidos son evaluados por las personas que los padecen como negativos, molestos y muy repetitivos. La aparición de estas rumiaciones mentales está descrita tanto en la población clínica, personas que han sufrido un acontecimiento traumático, como en población normal. Estas rumiaciones se caracterizan por ser sucesos mentales que ocurren inesperadamente, interrumpen el flujo de la conciencia y a menudo suceden una y otra vez*

*puediendo ser positivos o negativos y tomando una variedad de formas, tales como imágenes, impulsos, pensamientos verbales o recuerdos recurrentes".(71)*

### **Síndrome de Gilles de la Tourette**

*"Es un trastorno neurológico heredado que se caracteriza por movimientos involuntarios repetidos y sonidos vocales (fónicos) incontrolables e involuntarios que se llaman tics.*

*En algunos casos, tales tics incluyen palabras y frases inapropiadas.*

*A esta enfermedad también ha tenido diferentes nombres o sinónimos como:*

- Tics Crónicos Múltiples.*
- Gilles de la Tourette, Síndrome de*
- Síndrome de Espasmos Habituales.*
- Paulitis.*
- Tic Motor Crónico.*
- Tourette, Síndrome de*

*Por lo general, los síntomas del Síndrome de Gilles de la Tourette se manifiestan en el individuo antes de los 18 años de edad. El (TS) puede afectar a personas de cualquier grupo étnico: los hombres se afectan 3 o 4 veces más que las mujeres.*

*El curso natural de esta enfermedad varía entre pacientes, varían desde leves hasta muy severos pero en la mayoría de los casos son moderados.*

*Sin embargo hay que tener en cuenta de ciertas características del síndrome que se repiten entre los pacientes, ellos lo son:*

- Usualmente tiene una temprana aparición en la niñez*
- Es hereditaria*
- Es neurológica, y no psicológica*
- Afecta más a varones que a hembras*
- No empeora de manera progresiva".(72)*

### **Sintomatología:**

*"Síntomas combinados de una enfermedad  
Sensación o cambio en el estado de salud de una persona". (73)*

### **Somáticos:**

*"Relativo o perteneciente al "soma" o cuerpo. En cultivo in Vitro se usa para referirse a células, tejidos, órganos o procesos que no están relacionados con la reproducción sexual". (74)*

## Terapéutico:

*"Es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico. Son sinónimos terapia, cura, método curativo". (75)*

## Trastornos del eje 1

*"Perturbaciones de la salud mental que afectan la categoría diagnóstica primaria (el problema dentro del individuo)". (76)*

- (47) Artículo recuperado de: [usuarios.lycos.es/doloresa/index-19.html](http://usuarios.lycos.es/doloresa/index-19.html) "BREVARIIO DE DEFINICIONES RELACIONADAS CON LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES" Profesora Restrepo Sánchez Lilyam, pp1 de 6
- (48) Artículo recuperado de: <http://www.ije.ufo.cl/wlink/webs/limg/paginas/emt1.htm> "EMBARAZO MÚLTIPLE", pp1 de 1
- (49) Artículo recuperado de: [www.cfravara.es/salud/anales/textos/20125/sup2/supls10.html](http://www.cfravara.es/salud/anales/textos/20125/sup2/supls10.html) "TRASTORNOS AFECTIVOS", Campos M.S, Martínez-Larrea J.A, pp 1 de 1
- (50) Artículo recuperado de: [psychobiology.ouvaton.org/glossaire.es/es-bt-p06\\_20-02-glossaire.htm](http://psychobiology.ouvaton.org/glossaire.es/es-bt-p06_20-02-glossaire.htm), "GLOSARIO", Castel Yohan, pp 2 de 11
- (51) Artículo recuperado de: [html.rincondelvago.com/autoevaluacion-para-psiquiatra-infantil.html](http://html.rincondelvago.com/autoevaluacion-para-psiquiatra-infantil.html), "MADURACIÓN", Machado Marina, pp 1 de 1
- (52) Artículo recuperado de: [www.monografias.com/trabajos12/madu/madu.shtml](http://www.monografias.com/trabajos12/madu/madu.shtml), "MADURACIÓN", Machado Marina, pp 1 de 1
- (53) Artículo recuperado de: [es.wikipedia.org/wiki/Epidemiología](http://es.wikipedia.org/wiki/Epidemiología), "EPIDEMIOLOGÍA", WIKIPEDIA, pp1 de 1
- (54) Artículo recuperado de: [http://www.uastorahida.com.ar/recursosastorahida/elaborando\\_conceptos.htm](http://www.uastorahida.com.ar/recursosastorahida/elaborando_conceptos.htm), "ELABORANDO CONCEPTOS SOBRE EL ESTIGMA", Paterson Gillan, pp1 de 1
- (55) Artículo recuperado de: [www.mipagina.cantv.net/sexualito\\_asesor/glosario5da.htm](http://www.mipagina.cantv.net/sexualito_asesor/glosario5da.htm), "GLOSARIO DE TERMINOS, Relacionados con el SIDA", pp1 de 1
- (56) "DICCIONARIO LAROUSSE", edición 1975, Ed. Hersey, México, 1975, pp.430
- (57) "DICCIONARIO LAROUSSE", edición 1975, Ed. Hersey, México, 1975, pp.460
- (58) Artículo recuperado de: [www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005400/unidades/unidad2/subunidad2a/glosario\\_2a.html](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005400/unidades/unidad2/subunidad2a/glosario_2a.html), "GRAN ENCICLOPEDIA LAROUSSE", Ed. Planeta, 1986, Barcelona, pp1 de 1
- (59) Artículo recuperado de: [es.wikipedia.org/wiki/Epidemiología](http://es.wikipedia.org/wiki/Epidemiología), "EPIDEMIOLOGÍA", WIKIPEDIA, pp 1 de 1
- (60) Artículo recuperado de: [www.fdc.org.co/glosario/glosario5.html](http://www.fdc.org.co/glosario/glosario5.html) "GLOSARIO DE TERMINOS PARA PACIENTES DIABÉTICOS", MD. Dario Escobar Iván, pp1 de 1
- (61) Artículo recuperado de: <http://biblioteca.consultapsi.com/articulos/toc/tocespectro.htm>, "CUADROS COMPULSIVOS E IMPULSIVOS(TOC-TCA): Integración de Psicoterapia Cognitivo Conductual y Farmacológica", Biblioteca consulta PSI, pp 1 de 1
- (62) Artículo recuperado de: [usuarios.lycos.es/doloresa/index-22.html](http://usuarios.lycos.es/doloresa/index-22.html), "BREVARIIO DE DEFINICIONES RELACIONADAS CON LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES" Profesora Restrepo Sánchez Lilyam, pp 3 de 6
- (63) Artículo recuperado de: [www.healthsystem.virginia.edu/VAHealth/adult\\_path\\_to/glossary.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/VAHealth/adult_path_to/glossary.cfm), "GLOSARIO", University of Virginia Health System, pp 1 de 1
- (64) Artículo recuperado de: <http://www.sindioses.org/escepticismo/magico.html>, "LO INEXPLICABLE Y EL PENSAMIENTO MÁGICO", Garenns Juan Carlos, pp 1 de 1
- (65) Artículo recuperado de: [www.infodictor.org/infodictor/alzheimer/articulos/criterios.htm](http://www.infodictor.org/infodictor/alzheimer/articulos/criterios.htm), "ALZHEIMER", pp 2 de 3
- (66) Artículo recuperado de: [es.wikipedia.org/wiki/Psicosis](http://es.wikipedia.org/wiki/Psicosis), "PSICOANÁLISIS", WIKIPEDIA, pp 1 de 1
- (67) "DICCIONARIO LAROUSSE", edición 1975, Ed. Hersey, México, 1975, pp.848
- (68) Artículo recuperado de: [es.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia](http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia), "PSICOTERAPIA", WIKIPEDIA, pp 1 de 1
- (69) Artículo recuperado de: <http://home.earthlink.net/~krwenger/mhargon.htm>, "MENTAL HEALTH JARGON", Roger Kim, pp1 de 1
- (70) Artículo recuperado de: <http://www.diccionarios.com/consultas.php>, "DICCIONARIOS.com", pp 1 de 1
- (71) Artículo recuperado de: [www.monografias.com/trabajos20/pacientes-neuroticos/pacientes-neuroticos.shtml](http://www.monografias.com/trabajos20/pacientes-neuroticos/pacientes-neuroticos.shtml) -101k, "LA ESTRUCTURA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES PORTADORES DE TRASTORNOS NEUROTICOS", MSc. Casanova Rodríguez Caridad Luisa, Dr. Herrera Jiménez Luis Felipe, Dr. Fernández Berrocal Pablo, pp 1 de 1
- (72) Artículo recuperado de: [http://www.umm.edu/esp\\_ency/artide/000733.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/artide/000733.htm), "SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE", Healthcare Network Vermed, pp 1 de 1
- (73) Artículo recuperado de: [es.wikipedia.org/wiki/Sintomatología](http://es.wikipedia.org/wiki/Sintomatología), "SÍNTOMA", WIKIPEDIA, pp 1 de 1
- (74) "DICCIONARIO LAROUSSE", edición 1975, Ed. Hersey, México, 1975, pp.955
- (75) Artículo recuperado de: [es.wikipedia.org/wiki/Tratamiento](http://es.wikipedia.org/wiki/Tratamiento), "TRATAMIENTO", WIKIPEDIA, pp 1 de 1
- (76) Artículo recuperado de: [http://www.biopsicologia.net/fichas/page\\_8038.html](http://www.biopsicologia.net/fichas/page_8038.html), "1.7.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL", pp 1 de 1