



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"APLICACION Y EVALUACION DE UN PAQUETE DE
INTERVENCION CONDUCTUAL PARA FAMILIARES
DE PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

SILVIA MACARIO HERNANDEZ

VERONICA SAGRARIO NAVARRETE SANCHEZ

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

DIRECTOR DE LA FACULTAD: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA



CIUDAD UNIVERSITARIA

JUNIO DE 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

141
219



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, porque en ellas fué posible nuestra preparación como profesionistas.

A todos los profesores que nos transmitieron sus conocimientos, enseñándonos a ser cada vez mejores en el campo profesional.

En especial agradecemos al Maestro Samuel Jurado C. por su incondicional apoyo en la realización de este trabajo y que con su enseñanza, preparación y calidad humana nos ha inculcado que cada día se puede ser mejor.

Agradecemos a los integrantes del Jurado las observaciones y críticas realizadas al presente trabajo, con las cuales nos fué posible mejorarlo: Asunción Valenzuela C., Horacio Quiroga A., Marquina Terán G., Samuel Jurado C. y Angelina Guerrero.

Agradecemos también al Profr. Humberto Zepeda, a la Profra. Blanca Girón y a la Lic. Hilda Esquivel G., por su apoyo en el aspecto estadístico y por la facilidad que nos brindaron en la captura de datos en la realización del presente trabajo.

Expresamos nuestro amplio agradecimiento a las autoridades del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" por las facilidades y apoyo brindados en la realización de la investigación.

Agradecemos a todas aquellas personas que tan amablemente participaron en la investigación haciendo posible la culminación de ésta.

DEDICATORIAS

VERONICA

GRACIAS...

A ti Señor, por permitirme vivir y darme las fuerzas para lograr una de mis metas anheladas, tu sabiduría y ejemplo me han impulsado a ser un instrumento de tú paz.

A los Señores Santiago Navarrete, Rosendo Sánchez, Esperanza Hernández y Lucina Suárez; gracias abuelitos por su cariño demostrado durante todo mi desarrollo.

A mis padres, Rosa y Rogelio de quienes he recibido apoyo incondicional. Les dedico con todo cariño este trabajo, que también es suyo. Gracias por inculcarme paciencia y perseverancia en todo lo que hago, ya que sin estas no hubiera podido culminar esta fase de mi vida. Los amo.

A mis hermanos, Santiago, Israel, Rogelio y Blanca, por ser fundamentales en mi vida y alentar mi superación. También agradezco a mis sobrinos de quienes he recibido alegría y amor: Lili, Santi y Susu.

A mis amigos de siempre: Angélica, Blanca, Julieta, Georgina, Sergio, Daniel L., Daniel A. y Juan.

A todas aquéllas personas que me han apoyado personal y profesionalmente:

Maestro Samuel Jurado, su paciencia y perseverancia y excelencia académica son cualidades que me han transmitido, gracias a estas he logrado culminar este paso tan importante. Gracias por su amistad y comprensión y por el apoyo brindado.

Dr. Francisco Rocha, sus consejos me han permitido desarrollo profesional y crecimiento personal. Gracias a sus valiosos consejos que me inculcan superación constante.

Dr. Mario Lara, por haberse interesado en el presente trabajo, revisarlo y hacer importantes comentarios para su desarrollo.

Psic. Alma Luz y Ma. Eugenia, gracias a su apoyo académico brindado desinteresadamente.

A la enfermera Mari Campos, así como a los coordinadores de Participación Ciudadana, que confían y creen en mi trabajo, por darme la oportunidad tan grande de desempeñar mis actividades, ya que sin ésta no hubiera podido lograr esta meta.

A tí Carlos, por la amistad y cariño que nos une, por estar a mi lado durante el desarrollo de este trabajo. Gracias por tus palabras de aliento y por tu paciencia en los momentos difíciles. Te quiero.

SILVIA

Con incondicional amor a:

DIOS: ¡Mil gracias señor! por ser la energía que vive dentro de mi y permitirme realizar mis más grandes anhelos.

Con eterno amor y profundo agradecimiento a:

MIS PADRES:

- Margarita y Alfonso -

Que con disciplina y amor me han enseñado el camino al logro de mis objetivos, ¡Gracias! por los desvelos que junto a mi han pasado.

MI ABUELITA:

- Felicitas -

Quien me ha enseñado la fortaleza de la mujer y me ha acompañado y apoyado a lo largo de mi vida.

LA MEMORIA DE MIS ABUELITOS:

- Francisca, Celestino y Manuel (Q.P.D.) -

Con infinito amor a:

MIS HERMANOS:

- Ma. Luisa, Maricela, Alfonso, Jorge, Alejandro y Guille -
Cada uno de ustedes es un pilar importante en la familia
y respresentan parte fundamental en mi vida.

MIS SOBRINOS:

- Ponchito y Alex -
Con su ternura y cariño, me han
enseñado a ver la vida desde
otra perspectiva.

Con profundo cariño y agradecimiento a:

MI GRAN AMIGO:

- Francisco M. M. -
Por tu incondicional apoyo en la
realización de éste y otros
trabajos.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I. ENFERMEDAD MENTAL

- 1.1 Antecedentes históricos en México 6

CAPITULO II. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

- 2.1 Aspectos familiares 18
- 2.2 La dualidad: familia-enfermedad mental 22
- 2.3 La ansiedad dentro del núcleo familiar 25

CAPITULO III. PROGRAMAS ORIENTADOS A LA FAMILIA

- 3.1 Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" . 31
- 3.2 Estudios con familias de esquizofrénicos 35

CAPITULO IV. PAQUETE DE INTERVENCION CONDUCTUAL

- 4.1 Asertividad 46
- 4.2 Terapia Racional Emotiva 49
- 4.3 Relajación Muscular 54

METODO

Objetivo	62
Hipótesis	63
Sujetos	64
Muestreo	65
Variables	65
Tipo de Estudio	68
Diseño de Investigación	69
Escenario	69
Instrumentos y Material	69
Procedimiento	70
Resultados	77

DISCUSION Y CONCLUSIONES	97
------------------------------------	----

SUGERENCIAS	108
-----------------------	-----

APENDICES	109
---------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	129
--------------------------------------	-----

INTRODUCCION

La "ENFERMEDAD MENTAL" existe y es reconocida como tal en todos los contextos culturales; lo que varía es la forma de manifestarse y el modo de expresarla.

El "ENFERMO MENTAL" es el individuo que se queja -o bien, las personas que lo rodean-, de su conducta, de sus pensamientos o de sus sentimientos, ya que la "enfermedad mental" no afecta exclusivamente al que la padece, sino que también repercute en gran parte de la sociedad y de manera directa afecta al núcleo básico de la misma: LA FAMILIA.

La familia del paciente tiene participación, a veces decisiva, en las acciones del médico; de hecho, con gran frecuencia el trato no es bilateral, médico-paciente, sino tripartita, paciente-familia-médico.

Sin embargo, así como sabemos que la familia puede aportar a la medicina colaboración valiosa en el tratamiento o en el curso de la rehabilitación, también puede participar en el origen, el curso de "la enfermedad", sus complicaciones y cronicidad.

Para los trabajadores de la salud y específicamente para los de la salud mental es de suma importancia la participación de la familia durante el proceso de tratamiento y rehabilitación del

paciente. Siendo ésto tan importante, en las instituciones de salud mental se llevan a cabo diversos programas enfocados a informar, orientar y/o educar a la familia con respecto a la "enfermedad mental", así mismo se proporciona terapia familiar en algunos casos. Estas acciones favorecen que el paciente reciba el trato digno que todo ser humano merece.

Sabemos que la presencia de una persona con una " enfermedad mental" dentro del núcleo familiar va a desencadenar diversos sentimientos y emociones. Durante la prestación del servicio social, realizado en el departamento de Psicología Clínica del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tuvimos la oportunidad de participar en distintas actividades, entre las que se encontraban "orientación a grupos de familiares", en donde se vivenciaba de manera directa la situación emocional que el familiar presenta como respuesta a la enfermedad (ansiedad, tensión, aprehensión, temor, sentimientos de culpa y negación de la misma, así como rechazo y abandono del paciente) experimentándose como desagradable para su integridad personal y un obstáculo para la adecuada rehabilitación del paciente.

Lo anterior nos motivó a investigar, desarrollar y probar la efectividad de un programa de intervención conductual para familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Se le ha llamado paquete de intervención "conductual" porque en su mayoría

está integrado por técnicas derivadas de este enfoque, sin embargo, es importante resaltar que también contiene elementos cognoscitivos.

El modelo conductual ha tenido gran aceptación debido a que las técnicas que utiliza favorecen cambios en la persona a corto plazo.

El paquete de intervención conductual diseñado para familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados, se encuentra conformado por técnicas de asertividad, relajación y por los principios de la terapia racional emotiva, las cuales tienen la finalidad de que los sujetos aprendan: como detectar, aceptar y modificar pensamientos irracionales (Ellis, 1986), nuevas formas de interacción personal-familiar, nuevas formas de hacerle frente a los problemas y el uso de la técnica de relajación, de esta manera los sujetos podrán disminuir la ansiedad que experimentan ante diversas situaciones, proporcionando bienestar físico y emocional a la persona, considerando que en estas condiciones los familiares estarán mejor preparados para afrontar la "enfermedad mental" y sus consecuencias, permitiendo una mejor interacción familia-paciente.

En apoyo a lo anterior, en el presente trabajo se realiza una revisión sobre la "enfermedad mental", incluyendo sus antecedentes históricos en México, la concepción de la

"enfermedad mental", la familia en relación a la misma, la ansiedad dentro del núcleo familiar y los programas orientados a la familia, dentro de los que se menciona al programa de orientación a familiares realizado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y los estudios realizados con familias de pacientes esquizofrénicos. Así mismo, se hace una revisión del paquete de intervención conductual. Esta revisión sustenta el proyecto de investigación que se describe en la sección de método y apoya los resultados obtenidos de la misma.

Con el presente trabajo no se intenta hacer una comparación entre enfoques psicológicos, tampoco es el objetivo hacer una comparación entre los programas de tratamiento orientados a la familia, a pesar de que el grupo control se haya tomado de los grupos de orientación a familiares del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", dicho grupo se integró por la dificultad que había de formarlo con una población pura (sin ningún tipo de tratamiento).

Capítulo I

ENFERMEDAD MENTAL

La concepción de la "enfermedad mental" ha tenido diversos e importantes cambios a lo largo de la historia. La figura del "loco" ha jugado siempre un papel determinado en la sociedad. Considerado como la manifestación de la ira de una deidad, poseído, enviado por Dios, alienado, anormal o finalmente "enfermo mental", se ha hecho presente en la vida cotidiana. Un gran número de representaciones populares de la locura aparecen en las producciones culturales a lo largo de la historia de la humanidad, manifestándose a través de opiniones, actitudes e incluso de las instituciones creadas alrededor de la figura del "loco".

La enorme cantidad de información a través de los medios de comunicación, los avances tecnológicos y científicos y sobre todo su difusión, han generado las transformaciones que han experimentado las creencias generales acerca de la locura. Así, actualmente encontramos en nuestra sociedad una mezcla de concepciones antiguas y recientes, producto de la experiencia cotidiana e influenciadas por el conocimiento científico al que se tiene acceso, en el discurso popular que hace referencia a la

"enfermedad mental".

Dependiendo de la concepción que se tenga de la " enfermedad mental", serán los sentimientos que se manejen dentro de un determinado grupo social, por ejemplo la familia; por tal motivo es necesario hacer una breve revisión histórica de la "enfermedad mental" y un planteamiento de la situación actual de ésta en nuestra sociedad.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN MEXICO

a) Epoca prehispánica

Antes de la conquista de los españoles ya existía en nuestro país una concepción de la "enfermedad mental" y de su tratamiento, impregnada de creencias mágicas de las culturas existentes.

A pesar de que fueron muchos los grupos culturales existentes en esta época, de los Aztecas es de quien se posee mayor información respecto a la concepción de la misma.

Para los Aztecas los componentes principales de la salud mental de los individuos se encontraban en el equilibrio de la relación rostro-corazón. El rostro es considerado como "fisonomía moral" y el corazón como el "principio dinámico del ser humano".

La falta de equilibrio entre estos dos elementos se debía a diferentes causas, dando como resultado la "enfermedad".

El origen de la "enfermedad mental" se conceptualizaba de diversas maneras. Los Aztecas creían que eran los Dioses los que determinaban todo acontecimiento. La conducta reprobable o la envidia a una divinidad traían como consecuencia que ésta se encolerizara, lo que se manifestaba a través de diferentes castigos entre los cuales se encontraba la "enfermedad mental". De esta manera, "los factores principales que provocaban alteraciones mentales eran: el susto, provocado por alguna señal o augurio de perturbaciones de la vida, el pecado y el castigo divino" (Valderrama, 1986).

Otro factor importante en el origen de la "enfermedad mental" según la Cultura Azteca era el tiempo, regido por dos calendarios, el Tonalpahualli y el Xiuhpohualli, éste influía en la vida de los individuos de tal forma que el día de nacimiento de una persona podía determinar la predisposición a ciertos comportamientos tales como la tendencia a la embriaguez o a la cobardía y a la propensión a los accidentes.

Por otra parte, los echacames (aires) considerados como seres individuales subordinados a los Dioses, dotados de voluntad, inteligencia y memoria, que vagan dispersos en el aire, escondiéndose en cuevas, honduras de pozos o remansos, eran

considerados como espíritus errantes a consecuencia de las faltas que habían cometido en vida. A estos aires se les atribuían las enfermedades del mal de ojo, el mal de oído y la parálisis facial (Flores, 1981).

En esta época la "enfermedad mental" también podía tener su origen en los actos de las deidades sobre la vida del hombre o en la intervención de un individuo en la vida de otro, como era el uso de hechizos y brujerías en perjuicio de alguno.

En la cultura Azteca era importante el diagnóstico, el cual consistía en el conocimiento de las causas de la enfermedad, ya que, dependiendo del origen divino o humano sería el rito que se seguiría para su curación.

Después de conocer el diagnóstico, el Tonalpohuqui o curandero, especialista dedicado a resolver los problemas "psicológicos", intentaba la cura del enfermo "buscaba reestablecerle el rostro y recuperar el 'yo'" (Valderrama, 1986). Al mismo tiempo que el curandero realizaba el rito necesario, con palabras suaves y oraciones recomendaba al enfermo el remedio medicinal que habría de contribuir a la cura. El tratamiento tenía como finalidad calmar el enojo divino, o bien desviar sus efectos, y en otros casos estaba dirigida directamente al órgano afectado para reestablecerlo.

Como tratamiento médico se usaba entre otras plantas la flor de Yolloxóchitl considerada como la medicina más efectiva para el corazón, además del Ixtauhyatl y el Teonacate, hongo medicinal que servía para modificar las funciones mentales. También se recomendaba el uso de un amuleto como una concha, piedras o talismanes, además de la ingestión de mezclas como las que se hacían con una piedra llamada Quiauhteuciatatl y agua (Flores, 1981).

En la cultura Nahuatl, no había una concepción de "alma" como una sustancia espiritual e inmortal, capaz de entender, querer y sentir, que informa al cuerpo humano y con él constituye la esencia del hombre, idea que corresponde al pensamiento occidental.

b) La Colonia

Con la llegada de los españoles, la Cultura Indígena Mexicana, vive grandes transformaciones. El pensamiento mágico, esotérico y la concepción de la vida y del hombre regidas entonces por una religión politeísta, se ve violentamente transformada por las ideas que gobiernan el pensamiento cristiano del mundo occidental que imponen la práctica de los sentimientos cristianos de piedad, caridad, abnegación y amor al prójimo, que se reflejaba en el trato hacia los "enfermos".

Esta visión humanista respecto de la importancia de ayudar al

desvalido o desprotegido, influye directamente en el trato hacia los "enfermos mentales". En este contexto surge la figura de Bernardino Alvarez a mediados del S. XVI, quien influenciado por la labor iniciada en Zaragoza, España, por Juan Gilberto Jofre, crea la primera institución de auxilio al enfermo mental en América llamada "Hospital de San Hipólito", que albergaba a hombres y mujeres dementes y deficientes mentales provenientes de todo el territorio mexicano. En esta institución se les procuraban cuidados humanitarios y la satisfacción de sus necesidades básicas.

También a finales del S. XVI se publicaron los primeros tratados psiquiátricos de México. Agustín Farfán escribe en esta época su tratado breve de medicina y de todas las "enfermedades mentales" y en particular de la melancolía, además intenta dar una clasificación y explicación de sus causas.

La obra "Tratado breve de medicina y de todas las enfermedades mentales" nos muestra las prácticas imperantes sobre el conocimiento y manejo de los "enfermos mentales" (Vázquez; González, 1986).

Al tiempo que transcurrían estos acontecimientos en la historia, la Inquisición tomaba fuerza en México y aún cuando no funcionaba con la misma rigidez, cumplía las mismas funciones: "mantener la pureza de la fé católica, evitar a sangre y fuego la

heregía, la heterodoxia y el desvío de la ortodoxia tradicional sancionada por la iglesia". De esta manera, cualquier individuo que se comportara de manera extraña o se alejara de las normas preestablecidas por la iglesia, por ejemplo, los que creían ver a Dios, tener poderes sobrenaturales o de alguna manera el no respeto a la autoridad de la iglesia eran considerados como herejes, brujas o endemoniados y debían ser juzgados por los tribunales de la inquisición, que no tenía clemencia con ellos. Incluso muchos trastornos de conducta que actualmente no se consideran patológicos resultaron sospechosos de influencia demoníaca y eran juzgados y aún condenados con toda severidad.

Esta fué la suerte que corrieron aquéllos enfermos cuyo padecimiento no cubría las características de una enfermedad natural, considerando a su enfermedad como sobrenatural.

A finales del S. XVII, José Sayago, carpintero de bajos recursos económicos decide, junto con su esposa, brindar su casa a algunas mujeres con padecimientos mentales. Esto sucedió en 1687. Más tarde, con la ayuda de Francisco de Aguilar y Seijas su obra crece y se instala en una casa ubicada frente a la iglesia de San Pedro y San Pablo, un espacio para alojar a 60 enfermos mentales, permaneciendo en este lugar hasta que otra congregación, la del Divino Salvador compra una casa en la calle de Canoa, para fundarse allí un hospital para "enfermos mentales" en el año de 1700. Años más tarde el gobierno se hace cargo de

este hospital (Vázquez; González, 1986).

En el transcurso del S. XVIII no se dan muchos progresos en el área de la "enfermedad mental" y el manejo de ésta se encuentra principalmente a cargo de la iglesia católica.

c) Siglos XIX y XX

Durante el S. XIX, los dos hospitales existentes se mantienen brindando atención a los "enfermos mentales". Sin embargo, es el hospital de la Canoa el que recibe mayor apoyo y en 1824 se le conceden las utilidades de una lotería por lo que la atención a los internos mejora.

En el año de 1910 y con motivo del primer centenario de la Independencia se inaugura el Hospital de la Castañeda con el propósito de reubicar a los pacientes y brindarles mejor atención de la recibida hasta entonces en los hospitales de la Canoa y San Hipólito. Al inicio de su fundación el Hospital de la Castañeda ofrecía la atención adecuada a los pacientes. En los años 30's mejoró debido al uso de nuevas terapias creadas por médicos especialistas en desórdenes neurológicos y mentales. Además, en el transcurso de las primeras décadas de este siglo se inauguraron también otros Hospitales y sanatorios para enfermos mentales con el fin de apoyar la función del manicomio general de la Castañeda, como el Hospital Granja de recuperación para

enfermos mentales de León Guanajuato, el Hospital granja Bernardino Álvarez en Tlalpan en 1960, el Hospital granja la salud en 1961, el Hospital granja de Villahermosa Tabasco en 1962, el Hospital Campestre de Tepexpan en 1962, el Hospital granja Cruz del sur de Oaxaca en 1963, el Hospital granja Cruz del norte de Hermosillo en 1964, entre otros (Calderon, 1984).

En la década de los años 50's se introduce la utilización de fármacos como los que restauraban el contacto con la realidad y estabilizaban el humor abatido y exaltado, lo cual repercutió en la concepción del "enfermo mental", brindándoles la posibilidad de recibir un mejor tratamiento. Así, el interés por su rehabilitación se modificó de un nivel más individual y centrado en el paciente a un interés social, centrado en la familia, en la comunidad y en la necesidad de crear programas de prevención (Vázquez; González, 1986).

En 1965, el presidente G. Díaz Ordaz, considerando las características obsoletas de las instalaciones con las que contaba el manicomio general de la Castañeda (que fué construido a principios del Siglo cuando privaba el criterio de aislar al "enfermo mental" con miras a proteger a la sociedad en que vive) dió instrucciones al Dr. Rafael Moreno Valle, secretario de salud de suprimirlo definitivamente para sustituirlo por instalaciones modernas que estuvieran de acuerdo con la evolución que la psiquiatría había sufrido.

Después de un cuidadoso estudio, la alternativa elegida abarco los siguientes edificios:

1. Un hospital de 630 camas para "enfermos mentales" agudos (Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez").
2. Un hospital pediátrico de 200 camas para rehabilitación psiconeurológica (Hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro").
3. Tres hospitales campestres de 520 camas (Hospital mixto para adultos "Dr. Rafael Serrano", en Batán Puebla; Hospital para varones "Dr. Samuel Ramírez Moreno, en Tlahuac D.F. y el Hospital para mujeres "Dr. Adolfo M. Nieto").
4. Un hospital hogar de 632 camas para enfermos de difícil recuperación (Hospital campestre "Dr. Fernando Ocaranza", en San Miguel Eyalco Tizayuca).

d) Actualidad

A través de la historia, las formas de abordar el estudio de la "enfermedad mental" y su tratamiento han sido muy variadas. Sin embargo, en la actualidad podemos afirmar que en la mayoría de las instituciones para "enfermos mentales" en México sean privadas o públicas, el enfoque básico para su estudio y tratamiento es el médico, aquel en el que se plantea la "enfermedad mental" con la presencia de psicopatología.

Aunque esta aproximación sea la base para el estudio y

tratamiento de la "enfermedad mental", y sea fundamentalmente la Psiquiatría quien la maneja, se han tomado en cuenta opiniones, críticas y aportaciones de otros enfoques y de otras disciplinas. De hecho en las instituciones actuales se intenta ofrecer al paciente un programa de atención integral en donde participan psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y terapistas ocupacionales, entre otros trabajadores de la salud, con el fin de lograr la atención integral del paciente y su mejor reincorporación a la vida social. Se pretende también que este trabajo interdisciplinario se realice no sólo con el paciente sino con su entorno familiar y social, para lograrlo se han implementado programas de prevención y detección temprana de casos con proyección en la comunidad, además de programas educativos para el paciente y para sus familiares (García, 1994).

En la actualidad México cuenta con instalaciones como Hospitales psiquiátricos y Hospitales-Granjas, públicos y privados, para pacientes agudos, subagudos y crónicos, en los que se les brinda una atención integral.

En el área de la Psicología el enfoque conductual ha tenido importantes aportaciones como la implementación de técnicas y programas de modificación de conducta enfocados al tratamiento y rehabilitación del "enfermo mental" (Caballero, Cervantes y Rodríguez, 1981; Domínguez, 1982; Ayala, Chism, Cárdenas, Rodríguez, Cervantes y Caballero, 1982; Quiroga, Rodríguez,

Cárdenas, Mata, Molina y Ayala, 1986; Valencia, 1986; Vite, 1989; Valencia, 1991). Estos estudios no son descritos en el presente trabajo debido a que la población con la que se trabajó no es la misma a la considerada en este estudio.

El enfoque conductual, así como otras orientaciones critican el concepto de "enfermedad mental"; ya que para los seguidores del primero ésta es considerada, principalmente, como conductas aprendidas. Además de ser un concepto que no es ajeno al sistema de creencias y valores sociales, así como a su construcción simbólica a través del lenguaje y que como Szasz (1971) menciona la historia de la psiquiatría institucional refleja los condicionantes sociales en la construcción del concepto, tal como lo han mostrado los teóricos del etiquetado.

Así mismo, el considerar el comportamiento de aquellas personas cuya conducta difiere de la de sus semejantes -sea por no alcanzar la norma habitual del grupo o por superarla- constituye un misterio o una amenaza etiquetarlos bajo el término de "enfermo mental".

Sin embargo y a pesar de que la presente investigación se basa en su mayoría en el enfoque conductual, se retoma el término "enfermedad mental" por la trascendencia que este término ha tenido en la sociedad y principalmente en las instituciones psiquiátricas, en las cuales se educa a la familia del paciente a

considerarla como una "enfermedad mental" y no como una conducta aprendida.

Capítulo II

FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

La "enfermedad mental" como cualquier otra enfermedad involucra dos aspectos familiares generales: La familia como agente de cuidados para el enfermo y la cuestión del rol de la familia o su contribución a la mala salud en virtud del descuido, la transmisión de uno o más defectos o el mantenimiento de la condición o rol de enfermo (Kaplan, 1989; Kornblit, 1984).

2.1 ASPECTOS FAMILIARES

Para entender la dinámica familiar en la que existe un miembro con una "enfermedad mental"; empezaremos por decir que la familia es la unidad básica de la sociedad, es una institución que tiene funciones y objetivos específicos, en donde se imparten las enseñanzas primarias de las normas y valores de su cultura, así como de la conducta aprobada y esperada en el grupo social. Mediante un conjunto de relaciones socialmente definidas que dependen de la cultura a la que pertenece, la familia es el lazo de unión entre el individuo y la sociedad, desarrollándose de

esta manera, el proceso indivisible hombre-familia-sociedad, mediante el cual se perpetúan las normas directas del grupo social particular (Chagoya, 1975; Carter, 1980; Caparrós, 1981; Estrada, 1991).

La dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y que les da el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de otros miembros (Chagoya, 1975). Todas estas relaciones que se dan en la familia son las que ayudan o inhiben un adecuado desarrollo social y humano, ya que, ésta cumple dos funciones:

- 1) Asegurar la supervivencia física y,
 - 2) Construir lo esencialmente humano del hombre
- (Ackerman, 1971).

Minuchin (1977), conceptualiza a una familia normal en tres facetas:

- 1) Una familia se transforma a lo largo del tiempo adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. sin embargo, es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda al estrés del desarrollo apeándose en forma inadecuada a esquemas

estructurales previos.

2) La familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. Esto se refiere a algunas pautas suficientes para responder a los requerimientos habituales. Pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transeccionales alternativas cuando las condiciones externas o internas de la familia le exigen una reestructuración.

Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambien.

3) Una familia se adapta al estrés de un modo tal que mantiene la continuidad de ésta, al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al estrés con rigidez, se mantiene en pautas disfuncionales.

Por lo tanto, se dice que una familia que funciona efectivamente es un sistema social abierto en transformación con un campo de personalidades en interacción, cada uno de los cuales se esfuerza por satisfacer sus deseos y que además mantiene lazos con lo extrafamiliar, posee capacidad para el desarrollo y tiene una estructura organizativa compuesta de subsistemas (Minuchin, 1984).

Por otra parte, una familia disfuncional, es un sistema que ha respondido a requerimientos internos o externos de cambio, estereotipando su funcionamiento; dándose una escasez de experiencias afectivas compartidas, de una participación menos intensa y de un menor intercambio de información respecto de sí mismos.

Dentro del sistema familiar se encuentran subsistemas con funciones específicas, Minuchin (1977) las describe de la siguiente manera:

1. **SUBSISTEMA INDIVIDUAL.** El niño adquiere un sentido de pertenencia y un sentido de separación o individuación. El sentido de identidad se va formando en las diversas interacciones con la familia, que define para el niño quién es y cuál es su función en la estructura familiar.
2. **SUBSISTEMA MARITAL.** Este subsistema tiene su propia frontera y no incluye al niño. Los niños pueden ser usados o adoptados en alianza por uno de los esposos al tratar de resolver su conflicto o su frustración de la relación conyugal, siendo éstos víctimas o chivos expiatorios.
3. **SUBSISTEMA PARENTAL.** Es el subsistema del cruce generacional. En este contexto se involucra la socialización del niño y sus funciones de crianza tales como la nutrición, guía y

control. Su sentido de adecuación en el manejo de la autoridad esta delineado en cómo él es escuchado por sus mayores y por la capacidad del sistema para enseñarle y responderle en términos relevantes y adecuados para su edad.

4. **SUBSISTEMA DE LOS HIJOS.** Aquí se desarrollan patrones de negociación, cooperación y competencia.

La familia no puede funcionar sino mediante las diferencias individuales que existen entre sus miembros, las cuales les asignan los tres roles íntimamente relacionados de padre, madre e hijo; si estas diferencias son negadas o desatendidas aunque fuera sólo por un miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que condiciona la vida normal creándose un estado de confusión y caos.

2.2 LA DUALIDAD: FAMILIA-ENFERMEDAD MENTAL

Dentro de la familia podemos encontrar alteraciones emocionales que pueden integrar o desintegrar la relación familiar. La "enfermedad emocional" de un miembro puede complementar la de otro o tener efectos antagónicos. Algunas formas de enfermedad pueden ser compartidas por dos o más miembros de la familia (Bernstein, 1976).

Cuando las alteraciones emocionales se vuelven más intensas, la familia, proporciona la socialización para el rol de enfermo, contribuye a las sensaciones de alienación y de estigma, interviene para alterar el curso de la hospitalización y, puede además menoscabar la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos. No es el único público que está involucrado en la "enfermedad mental", pero debido a su posición de control e influencia, habitualmente es el más importante de los grupos que ejercen una actividad mediadora en el curso de la enfermedad del paciente.

La aparición de una enfermedad mental en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de ésta y también un cambio en su entorno:

El cambio en el interior está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. Para adaptarse a esta nueva situación y hacer frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares; si se trata de una enfermedad crónica, estas interacciones se cronifican y muchas veces dificultan la posterior rehabilitación del paciente, sobre todo cuando la enfermedad cubre una necesidad del sistema familiar.

Robles de Fabre (1987), establece las características de la estructura de la familia con un "enfermo mental" crónico:

- a) Los límites entre los subsistemas de la familia con el entorno se hacen más permeables, tienden a diluirse permitiendo que el enfermo se vuelva central, es decir, que las interacciones en la familia se hagan en función de él. Como consecuencia se modifican también las jerarquías.
- b) El subsistema marital tiende a perder importancia frente al parental. Si había problemas previos entre los esposos, éstos tienden a formar coaliciones, teniendo como base al enfermo, al tratamiento y a la enfermedad. Si ya existían coaliciones y debido a la disolución de los límites, éstas tienden a ampliarse, abarcando a un número mayor de personas.
- c) Es frecuente, como consecuencia de la tensión que se produce en el sistema familiar la aparición de la enfermedad crónica y además la aparición de conductas disfuncionales en otros miembros como consecuencia de los cambios adaptativos que el sistema tiene que realizar.
- d) En general, los problemas que existían previamente tienden a agravarse, pero en algunos casos se forman interacciones de unión frente a la enfermedad y los problemas previos pasan a

segundo plano, con lo que puede observarse una mejoría en las relaciones familiares. Cuando esto se da puede preverse que el sistema familiar dificulte la rehabilitación del paciente, porque ésta implicaría el resurgimiento de los viejos problemas.

Los "enfermos mentales" interactúan siempre con las personas significativas para ellos; éstos, a su vez, reaccionan a ellos de forma benéfica o patógena. Casi siempre estas personas significativas son de la familia, se trate de la familia de origen o no. Los conyuges son las personas implicadas más importantes, pero cualquier relación significativa lleva elementos prototípicos de relaciones familiares anteriores (Kaplan, 1989).

2.3 LA ANSIEDAD DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR

La familia tiende a caracterizarse por focos especiales de ansiedad y conflicto, algunas veces están bien establecidos, en otras son erráticos y varían en su expresión. Estos focos aparecen cuando las relaciones familiares no llegan a satisfacer las expectativas afectivas de sus miembros. Con ésto, podemos decir, que la interacción familiar puede intensificar o disminuir la ansiedad. Esta interacción estructura el marco humano en el que se expresan los conflictos y contribuye al triunfo o al fracaso en la solución de estos problemas (Chagoya, 1975).

FALTA PAGINA

No. 26

actividad del sistema nervioso autónomo. Estos estados pueden variar y fluctuar a través del tiempo, con lo que la ansiedad estado se refiere a la experimentada en un momento dado.

- b) **Ansiedad Rasgo (A-Rasgo)**, se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado.

Siendo la ansiedad un fenómeno universal, podríamos decir que la mayoría de los autores la conceptualizan de la misma forma, sus diferencias son sólo en grado, utilizando diferente terminología para referirse a ella (Bleger, 1977; Chagoya, 1980; Spielberger, 1980;).

La ansiedad puede ser evaluada mediante pruebas y escalas psicológicas, entre las que se encuentran: la escala de ansiedad manifiesta de Taylor, el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) y el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE); éste último será utilizado en la presente investigación por la característica que tiene de medir la ansiedad en sus dos modalidades: rasgo y estado.

Kaplan (1989), menciona que los factores de ansiedad extra e intrafamiliar producen una imbricación de diversos mecanismos psicológicos y biológicos mediadores del enfermo. Este puede volverse sintomático y experimentar crisis, relacionándose de forma diferente con su familia y cambiando su funcionamiento estable a medida que los miembros de la familia afrontan el hecho de asistir al "enfermo".

El "enfermo mental", suele producir ansiedad, temores, confusión y cólera entre los restantes miembros de la familia. La familia no puede permanecer tranquila, soportante y consistente, si no que, por el contrario, se vuelve disfuncional o sus pautas de disfuncionalidad se acentúan (Sullivan, 1964). Las familias disfuncionales pueden lastrar tanto el tratamiento médico como el crecimiento emocional del enfermo. Las actitudes comunes de las familias disfuncionales son de sobreprotección y enredo, rigidez, rechazo y descuido del "enfermo". Por último, hay un grupo de familias disfuncionales caracterizadas por prolongados conflictos matrimoniales o conflictos entre los padres y algunos de sus hijos, en los que el paciente identificado sirve como instrumento de evitación de conflictos. Los problemas familiares se han ocultado tras el "enfermo". Cualquier tipo de disfunción familiar puede reforzar los síntomas psicofisiológicos del paciente (Broustra, 1979).

El reconocimiento de estas interacciones familiares es imprescindible para que el equipo médico sea capaz de proporcionar una asistencia global a la familia.

Se debe tener en cuenta la reacción familiar a la enfermedad grave de uno de sus miembros. Si se trata de una alteración psiquiátrica y especialmente si precisa institucionalización, la familia necesita atención psicoterapéutica por cuatro motivos: Primero, la familia puede estar implicada en la génesis de la "enfermedad" y esto debe ser analizado por los clínicos que quieran ayudar a ambos. En segundo lugar, el regreso del paciente a su familia después de la recuperación debe verificarse después de haber determinado que la familia va a servir de apoyo benéfico y no va a tener un impacto patológico. En tercer lugar, cuando es hospitalizado un miembro de la familia, la crisis afecta a todos los miembros, y ésto exige una atención psicoterapéutica y de apoyo. En cuarto lugar, el regreso del paciente a su familia puede ser nocivo para ésta y los psiquiatras deben sopesar las ventajas de devolver al paciente a su familia frente a los posibles efectos enfermizos que ésto puede tener sobre él, su familia o bien ambos. Algunas familias se sienten tan aliviadas por la marcha de un miembro "enfermo", que establecen un nuevo equilibrio; mismo que puede obstaculizar el rápido regreso del paciente. Este problema suele plantearse con respecto a los padres ancianos con trastornos mentales, muchos de los cuales se quedan aislados o incluso pueden convertirse en deambulantes

desamparados, fenómeno que también aumenta entre personas jóvenes. Este divorcio entre los pacientes psiquiátricos y sus familias (si éstas no se desintegran) ha sido un factor importante para la sombría subsistencia de muchos pacientes en la comunidad y de sus repetidos reingresos en el hospital (Kaplan, 1989).

Capítulo III

PROGRAMAS ORIENTADOS A LA FAMILIA

En México se han realizado diversos programas y estudios orientados a la familia de pacientes psiquiátricos en diferentes instituciones de salud mental; Sin embargo, y para los fines de la presente investigación hablaremos solamente del programa que se lleva a cabo en el Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y algunos estudios realizados por Tarrier, Barrowclough, Vaughn, Bamrah, Porceddu, Watts, Freman (1989).

3.1 PROGRAMA DE ORIENTACION: HOSPITAL "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

El programa de orientación a familiares para hospitalización continua se crea en 1988, en el mismo hospital. Este programa destaca la importancia de incluir a los familiares en el proceso de tratamiento y recuperación de sus "enfermos", responsabilizándolos para su cuidado posterior al alta

hospitalaria y de su reincorporación a la comunidad.

La orientación a grupos de familiares de los pacientes reestablece el vínculo a través del conocimiento de las características y la problemática de la enfermedad de los pacientes, así como los procedimientos para su manejo, haciéndoles participes de este proceso terapéutico paciente-familia-institución.

El programa de orientación a familiares consta de un ciclo de ocho semanas, en el que se imparten ocho pláticas de temas relacionados con la "enfermedad mental" y con el funcionamiento de la institución.

La coordinación del programa esta a cargo del área de Psicología, quién se encarga de elaborar el rol de pláticas y asignar al expositor de ésta; los temas que son expuestos en el programa son los siguientes:

1. Servicios que presta el hospital y trámites administrativos.

Expone: Trabajo social.

2. ¿Qué es la enfermedad mental?

Expone: Psiquiatría

3. Administración del medicamento y manejo del paciente

Expone: Enfermería

4. Efectos secundarios de los medicamentos

Expone: Psiquiatría

5. Farmacodependencia

Expone: Psiquiatría

6. El paciente psiquiátrico y la familia

Expone: Psicología

7. Sexualidad y planificación familiar

Expone: Ginecología

8. Regreso del paciente a casa

Expone: Psicología

El programa de orientación a familiares tiene como metodología de trabajo dos niveles: 1) Información-sensibilización y, 2) Reflexión.

Antes de iniciar la sesión, se tienen 15 minutos de pre-tarea para dar una breve explicación de la misma. Después de ésta se tienen 15 minutos de post-tarea, para trabajar dudas e impresiones de la plática. La actividad tiene una duración de una hora y media.

Los objetivos del programa son los siguientes:

1. Establecer una relación entre la institución y la familia en la que exista una alianza de trabajo a partir de la cual se anime a ayudar al paciente.
2. Eliminar fantasías y mitos sobre el tipo de tratamiento, informando aspectos generales sobre el funcionamiento de la institución.
3. Disminuir la angustia de los familiares de pacientes que son ingresados por primera vez a la institución.
4. Promover cambios de actitudes y patrones de conducta en la familia para evitar, en la medida de lo posible, el deterioro y posibles reingresos del paciente.
5. Incidir en el medio familiar del paciente teniendo más elementos para planear su reinserción a la comunidad.
6. Provocar un cambio en la conducta que facilite el manejo ambulatorio del paciente a su egreso y evitar las recaídas hasta donde le sea posible.

Los grupos son abiertos y no existe un número límite de integrantes, ya que los familiares se integran a estos de acuerdo

a la fecha de ingreso del paciente.

Es importante mencionar, que el programa de orientación a familiares esta relacionado con el programa de visita de puertas abiertas que consiste en que los familiares puedan entrar al lugar donde se encuentran hospitalizados sus pacientes y convivir con ellos durante 20 minutos en el lugar de la sección que ambos (paciente-familiar) decidan. Esta actividad tiene el objetivo de eliminar fantasías y mitos sobre el lugar donde están internados sus pacientes (García, 1994).

3.2 ESTUDIOS CON FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

El estudio de las familias de pacientes esquizofrénicos ha proseguido durante muchos años, sobre todo en Estados Unidos. Los primeros autores estuvieron influidos por el concepto de madre esquizofrenogénica de Fromm-Reichmann (1981). Estos investigadores estudiaban pautas de crianza que fueran destructivas para el desarrollo de los niños que posteriormente habrían de ser esquizofrénicos. Diferentes autores describieron pautas familiares como la insatisfacción de las necesidades básicas del niño y otorgar experiencias negativas a la vida de éste que en su opinión contribuían a la causa y a la patogenia de la enfermedad.

Los estudios familiares tenían diversas dificultades

metodológicas, incluida la escasez de familias normales como grupo control, el que se realizaran después del inicio de la enfermedad y el fracaso en controlar la posibilidad de que las conductas de los padres fueran producto de una esquizofrenia latente, a pesar de estas dificultades, estos estudios fueron la base para la investigación en este campo. El rigor de las investigaciones han seguido mejorando, y actualmente se está dirigiendo la atención hacia el estilo de comunicación familiar, sobre todo hacia la forma como las familias resuelven los problemas y su estilo para solucionarlos. Se sabe que las familias de los pacientes esquizofrénicos muestran más problemas de comunicación que las familias control. Además, los trabajos más recientes sugieren que la desviación de la comunicación puede preceder al inicio de la enfermedad real en el hijo (Kaplan, 1989).

Con la confirmación en Inglaterra, los Estados Unidos e India del hallazgo de que las actitudes críticas o de hiperinvolucración emocional de los familiares -emoción expresada- figura entre los más potentes predictores de la recaída en la esquizofrenia, se han diseñado y comprobado empíricamente varios modos de terapéutica familiar en lo relativo a su capacidad para cambiar el clima emocional de la familia y reducir estas recaídas. Estos nuevos enfoques de la terapéutica familiar tienen un fundamento diferente a los antiguos estudios

clínicos de los años 50s y 60s, que implicaban a la estructura familiar, la comunicación y a las relaciones familiares, suponiendo que tenían un papel etiológico en la esquizofrenia. De hecho, como parte de los contactos iniciales con el grupo familiar, los nuevos tratamientos familiares no consideran el vínculo etiológico entre las relaciones familiares y el desarrollo de la esquizofrenia. Por el contrario, se invoca la idea de vulnerabilidad al estrés para explicar de qué forma el estrés de una enfermedad mental ya establecida puede suponer un lastre tanto para el paciente como para sus familiares, elevando así los niveles de tensión de la familia para producir, dada la frágil capacidad defensiva del paciente, una recaída en la enfermedad. Los precursores de estos nuevos modos de terapia familiar fueron los estudios realizados hace más de dos décadas por Pasamanick; Langsley y cols. (citados por Kaplan, 1989).

Estos estudios demostraron la eficacia y la efectividad en relación con el costo de realizar intervenciones de apoyo familiar en el hogar en comparación con el tratamiento más tradicional de base hospitalaria de los pacientes con trastornos mentales agudos y crónicos.

Las nuevas terapéuticas familiares se realizan en diferentes lugares -el hogar, la consulta privada, la clínica, el hospital- y con diferentes modalidades teóricas y operativas. La mayor parte de estos tratamientos tienen en común el énfasis de educar

al paciente y sus familiares acerca de la naturaleza de la esquizofrenia y de los recursos terapéuticos disponibles. Se dedica un tiempo a desmitificar los diferentes síntomas, signos y pronósticos asociados con el trastorno y a traducir los conceptos neurobiológicos a la terminología profana. Se resalta también el papel de los fármacos neurolépticos en el tratamiento y profilaxis de la esquizofrenia, a fin de mejorar el cumplimiento del régimen farmacoterapéutico. Algunos terapeutas prefieren reunirse sólo con los familiares durante las primeras sesiones e invitar al paciente a participar más tarde, cuando ha remitido la sintomatología aguda y se han ampliado sus márgenes de atención. Los terapeutas realizan intervenciones educativas y de otro tipo en las unidades familiares individuales, en los grupos familiares múltiples y en talleres intensivos de supervivencia. Además de las sesiones familiares, al paciente se le recetan fármacos antipsicóticos (Olayo, 1988; Kaplan, 1989).

Las modalidades de terapéutica familiar siguen un continuo que va desde las que utilizan métodos estratégico-sistémicos a las de carácter de apoyo o conductual. Muchos de los terapeutas estratégico-sistémicos utilizan intervenciones paradójicas, que son especialmente útiles en las fases iniciales de introducir al paciente y sus familiares en una relación terapéutica mediante la demostración de la capacidad de la familia para cambiar sus reglas y reacciones a pesar de la considerable inercia y resistencias existentes. La mayoría de las modalidades han

producido una reducción altamente significativa de los índices de recaída. En las familias cuyos integrantes tienen una alta expresividad emocional, el índice base de inercia en pacientes que recibían cuidado de mantenimiento durante el primer año después del alta hospitalaria descendió entre el 50 y 60%. Las terapéuticas de apoyo y conductuales que utilizan métodos educativos y de fomento de las facultades han reducido los índices de recaída a menos de 10%, y aún menos con el uso de fármacos neurolépticos. La notable eficacia de la terapéutica familiar merece confirmaciones sistemáticas, pero los resultados prometen una innovación en el tratamiento de la esquizofrenia que puede ser tan significativa como la introducción de los fármacos antipsicóticos.

Las nuevas terapéuticas familiares de la esquizofrenia surgieron de los estudios naturales que indagaban los factores familiares predictores del resultado y que maduraron por su confirmación empírica en ensayos clínicos controlados. Entre estos nuevos enfoques, se encuentra la terapéutica familiar conductual, que ha sido objeto de las pruebas clínicas más rigurosas (Kaplan, 1989).

La atmósfera emocional del ambiente doméstico al que regresan los pacientes esquizofrénicos ha sido estudiada también en relación a sus efectos sobre la recaída. Los índices de recaída

resultaron estar vinculados significativamente con tres medidas de expresión emocional (EE): Los comentarios críticos, la hostilidad y la hiperinvolucración emocional. Los hogares fueron definidos como hogares de alta o baja emocionalidad expresada y se compararon los índices de recaída (De acuerdo al cuestionario de EE elaborado por Brown, 1985; Vaughn y Leff, 1976). Este índice era 58% en los hogares con alta EE y sólo 16% en los hogares con baja EE; la diferencia es altamente significativa. La separación de los pacientes con respecto a sus familiares en hogares con alta EE mejoraba los índices de recaída. Los pacientes que vivían en hogares con baja EE no precisaban neurolépticos para prevenir la recaída (Tarrier, Barrowclough, 1990).

Los resultados anteriores fueron confirmados en sujetos esquizofrénicos y extendidos luego a los depresivos. Como los resultados de la confirmación fueron suficientemente similares, fue posible combinar las poblaciones en un único grupo mayor de 128 pacientes esquizofrénicos, 71 que vivían en hogares con baja EE y 57 en hogares con alta EE. Los índices de recaída fueron 13 y 51% respectivamente. En los hogares con alta EE la reducción del contacto con la familia a menos de 35 horas a la semana hizo disminuir el índice de recaída hasta 28%; los pacientes cuyo contacto no pudo ser reducido tuvieron un índice de recaída del 69%. Los fármacos redujeron el índice de recaída sólo en los esquizofrénicos que vivían en hogares con alta EE. También hay ciertas pruebas de que las familias con alta EE pueden

beneficiarse de intervenciones terapéuticas, con la consiguiente disminución del índice de recaída en sus familiares. Estos datos sugieren claramente que el estrés familiar puede desempeñar un papel decisivo en los índices de recaída de determinados pacientes esquizofrénicos. Existen autores que han realizado estudios con familiares de pacientes esquizofrénicos, entre los que se encuentran Falloon, Boyd, McGill, Razani, Moss, y Gilderman, (1982, 1984); Williamson; Pederson; Cardin y Simpson, (1984). Quienes han trabajado con la terapéutica familiar conductual, obteniendo resultados en los que no sólo se aprecia la gran incidencia terapéutica en la recaída, rehospitalización y síntomas psicóticos, sino que además ésta modalidad de terapéutica familiar estuvo asociada a considerables beneficios en relación al costo, mayor adaptación social y profesional y reducción de la carga familiar. El que los objetivos y métodos específicos de la terapia relacionados con la resolución conductual de problemas fueran los responsables de mejores resultados, muestran la mayor capacidad de resolución de problemas de los pacientes y de sus familiares después de tres meses de terapéutica familiar conductual. Otros estudios han encontrado mejores resultados en correlación con la disminución de la expresividad emocional (Kaplan, 1989).

Sin embargo, Tarrier y Barrowclough (1989, 1990, 1991); Bamrah, (1989, 1991); Porceddu, Watts, y Freeman, (1989) y Lowson, (1991); son los investigadores que han realizado los

estudios más amplios sobre el trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos y la comparación de diversos programas de tratamiento (intervención conductual, tratamiento psiquiátrico tradicional y programas cortos de educación). Al involucrar 73 pacientes y sus familias en una investigación de varios años, analizan en primer término, la aplicación y efectividad del tratamiento conductual, considerando todas las variables que pudieran intervenir. En el seguimiento a dos años, analizan el porcentaje de recaídas y los factores que la producen, como la Emoción Expresada y la vulnerabilidad al estrés y por último, indagan como interfiere el factor económico en la aplicación y desarrollo de los diversos procedimientos.

A pesar de estos estudios, es preciso realizar nuevas investigaciones para analizar qué elementos educativos y de apoyo para la familia pueden determinar una mejor interacción familia-paciente, disminuyendo así el índice de recaída (Kaplan, 1989).

Capítulo IV

PAQUETE DE INTERVENCION

CONDUCTUAL

El paquete de intervención terapéutico conductual se integró con la finalidad de aplicar y evaluar su impacto. Las técnicas que incluye son ASERTIVIDAD, RELAJACION MUSCULAR y TERAPIA RACIONAL EMOTIVA; las cuales tienen la finalidad de que los familiares disminuyan sus niveles de ansiedad mediante el aprendizaje de nuevas formas de interacción personal-familiar, el aprendizaje de nuevas formas de razonamiento de los problemas que enfrentan y el uso de la relajación.

No se encontro información en la que se reportara el uso de las tres técnicas en conjunto, sin embargo, si existen documentos en los que se reporta el uso y beneficio de cada una de ellas, por ejemplo:

Según Wolpe (1979) el entrenamiento asertivo es aplicable al descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad inadaptables que se presentan como una respuesta ante la gente con la que el individuo interactúa. Agrega que un gran número de

emociones, principalmente las "agradables", parecen implicar acontecimientos corporales que compiten con la respuesta de ansiedad. Wolpe basó sus planteamientos en las aportaciones hechas por varios autores que llevaron a cabo estudios para determinar las interrelaciones entre eventos psicofisiológicos y estados emocionales. Estos estudios apuntaron hacia la existencia de centros diferentes y recíprocamente inhibidores de la ira y la ansiedad en el mesencéfalo.

Wolpe desarrolló la idea de que en el ser humano las respuestas de ansiedad eran condicionadas a través de una historia de aprendizaje. Estas respuestas de ansiedad inadaptativas, impiden la ejecución de una conducta "normal". Wolpe derivaba que "las respuestas de ansiedad interpersonal llevan a veces a canalizar las pulsiones por caminos inadaptativos" (Guerra, 1996).

En la práctica actual, podemos decir que el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del individuo para adoptar la conducta asertiva de manera socialmente apropiada. Usualmente las metas conductuales incluyen la expresión de sentimientos negativos como el odio y el resentimiento, de la misma manera los procedimientos asertivos se emplean para facilitar la expresión de sentimientos positivos como el afecto o el elogio (Rimm y Master, 1980).

En relación a las técnicas de relajación muscular, su importancia no reside en ellas mismas -al igual que ocurre con cualquier técnica- sino en la aplicación que se haga de ellas. No son fines en si mismas, sino medios para alcanzar una serie de objetivos. El objetivo fundamental de estas técnicas es dotar al individuo de la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas que la está produciendo tensión o ansiedad. Estas situaciones pueden ser:

1. Actividades rutinarias que el sujeto esta llevando a cabo con mas tensión de la necesaria para su correcta realización, que le está provocando un elevado estado de activación o ansiedad generalizada.
2. Situaciones específicas ante las que el sujeto experimenta ansiedad o estrés.

Finalmente a la terapia racional emotiva se le ha reportado como un tratamiento de elección para sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación y hostilidad.

En una situación de crisis al utilizar esta terapia las dificultades emocionales que la acompañan son con frecuencia muy similares y pueden ser comprendidas y reducidas en un periodo asombrosamente corto.

La terapia puede ser utilizada para ayudar a que las personas

superen sus sentimientos y conductas inapropiadas a corto plazo, debido a que es un enfoque amplio y múltiple: es decir, emplea métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante y así mismo es una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes y esto muestra claramente a esas personas cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas.

El uso terapéutico de estas técnicas en conjunto fue probado previamente con estudiantes universitarios, en un curso/taller de siete sesiones, con duración de tres horas cada una, impartido por las autoras del presente trabajo. Sabemos que las fuentes de tensión entre esta población y la población que conformo al grupo experimental no son las mismas, sin embargo, este paquete se aplicó a la primera población con la finalidad de obtener experiencia para un mejor manejo de las técnicas que integran el paquete de intervención conductual.

A continuación se describe brevemente cada una de estas técnicas:

4.1 ASERTIVIDAD

Wolpe (1983) define a la asertividad como la expresión adecuada de cualquier emoción, que no sea la ansiedad hacia otra persona.

La conducta asertiva emerge como una libertad emocional que se refiere a la defensa de los propios derechos. Y supone importante: 1) Conocer los derechos, 2) Hacer algo al respecto y 3) Hacerlo dentro del marco de la lucha por la libertad emocional. Considera también, que se inicia con el reconocimiento de los derechos de los demás y el respeto de los mismos.

Ser asertivo es la habilidad aprendida para expresar nuestros sentimientos y preferencias cuando las sentimos, sin incomodar a los otros. Es la habilidad para ejercer nuestros propios derechos sin violar los derechos de los demás (Fensterheim, 1976; Smith, 1983, 1989).

El entrenamiento asertivo consiste en adquirir habilidades para ser capaces de dar y recibir cumplidos fácilmente; iniciar, mantener y terminar conversaciones, con otros que nosotros elijamos, ser capaces de expresar cómo nos estamos sintiendo sin incomodarnos y cómo evitar que otros tomen ventaja de nosotros. De esta manera, adquirimos más opciones para elegir, más control sobre nuestras vidas y más respeto hacia nosotros mismos por estos cambios autodirigidos (Smith, 1983).

De forma opuesta la conducta no asertiva está representada por dos extremos de conducta aprendida: ya sea reprimiendo nuestros sentimientos y negando su expresión, o logrando nuestras metas de

una manera agresiva, aún a costa de los otros y, dado que la conducta no asertiva es aprendida, puede ser reemplazada con nuevas habilidades asertivas aprendidas (Smith, 1989).

Además de considerar importante los derechos que como personas tenemos (Ver apéndice 3), toma en cuenta las conductas asertivas no verbales (Contacto visual, expresión y postura corporal, tono de voz, fluidez del lenguaje y contenido de éste), las técnicas asertivas (Disco rayado, banco de niebla, aserción negativa, interrogación negativa, libre información, autorrevelación y compromiso viable), el juego de roles y el ensayo de la conducta.

En el término asertividad se consideran dos realidades distintas. Por una parte, se tiene un constructo de personalidad que se refiere a un tipo de pensamiento categórico y no reflexivo (Marchais, 1985) y por otra, un conjunto de técnicas conductuales orientadas a la mejora de las interacciones sociales las cuales son susceptibles de medición psicométrica a través de inventarios tales como: la escala de asertividad de Rathus; constriction scale; inventario de asertividad de Lawrence; cuestionario de asertividad; inventario de asertividad de Gambrill y Richey (1975) entre otros.

La mayoría de los inventarios y escalas dan puntuaciones globales de asertividad tratando de diferenciar distintas

categorías de conducta asertiva. Dado que en nuestro país sólo se cuenta con el MERA (Flores, 1989) y con los trabajos de traducción, adaptación y validación para población mexicana del inventario de asertividad de Gambrill y Richey (Guerra, 1996) y tomando en cuenta las características de cada uno de éstos dos últimos instrumentos, para los propósitos del presente trabajo de emplearé el Inventario de Gambrill y Richey como instrumento para medir la asertividad, el cual consta de dos subescalas (grado de incomodidad, GI y probabilidad de respuesta PR).

4.2 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

A lo largo de las tres últimas décadas, la Terapia Racional Emotiva (TRE) se ha convertido en una de las formas de psicoterapia más influyentes. Es practicada por miles de profesionales de la salud mental en todo el mundo (Hurber y Barut, 1991).

El punto de vista racional-emotivo sostiene que los seres humanos nacen con fuertes predisposiciones biológicas, entre ellas una poderosa tendencia a tener relaciones de sexo-amor y a vivir en algún tipo de grupo familiar. De acuerdo con Hurber (1991), Ellis sostiene que tienen también una fuerte predisposición a aprender fácilmente desde que nacen las

costumbres y tradiciones de las personas significativas con quienes viven, en particular los miembros de su familia de origen. La terapia racional-emotiva postula que los seres humanos son falibles por naturaleza; la perfección es un ideal inalcanzable. Siendo falibles, los seres humanos tienen una tendencia natural a cometer errores y a derrotarse a sí mismos en la prosecución de sus metas y objetivos básicos (Ellis, 1986).

La TRE, es una forma de intervención psicológica que constituye un tratamiento de elección para sentimientos de ansiedad intensos y profundamente arraigados, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración. Está especialmente diseñada para tener eficacia terapéutica y estimula de modo particular la terapia de plazo relativamente corto (Ellis, 1986).

La TRE puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiados en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que, por una parte, es amplio y múltiple: es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante. Y por otra, es, así mismo, una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, y ésto muestra a esas personas cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas (Ellis, 1986).

La TRE concede una importancia primordial al pensamiento racional. En esta perspectiva, lo racional no tiene una definición fija. Por lo general se entiende referido a pensamientos que ayudan e instigan a los individuos a alcanzar sus metas y objetivos. En cambio, irracional se entiende referido a pensamientos que impiden o bloquean el logro de los objetivos (Dryden, 1984).

Al igual que los pensamientos se definen en términos de racionalidad o irracionalidad, las emociones y comportamientos se definen de un modo más o menos similar. Las emociones y comportamientos equilibrados o útiles como los pensamientos racionales, se refieren a las que ayudan e instigan a los individuos a alcanzar sus metas y objetivos. Las emociones desequilibradas o perjudiciales, como los pensamientos irracionales, son las que impiden o bloquean el logro de los objetivos (Aguilar, 1964).

La TRE, postula que las tres modalidades de expresión humana (conocimientos, emociones y comportamientos), son inseparables e interactivas y se influyen recíprocamente. De esta manera, trabaja con el esquema del ABC o autoanálisis, el cual describe la interrelación existente entre los acontecimientos (A), las creencias (B) y las consecuencias (C). El esquema comienza con un suceso activador (A). Mientras que el punto de vista comúnmente aceptado es que A conduce directamente a C, el punto de vista racional-emotivo sostiene, por el contrario, que las importantes

contribuciones de las creencias (B) de la persona acerca de lo ocurrido en A conducen a C. Por otra parte, las creencias se clasifican, dándose un papel central a las que son valorativas (Dryden, 1984).

El esquema del ABC, es útil, para proporcionar una explicación sencilla y no misteriosa de la interrelación existente entre sucesos, creencias y consecuencias. Ofrece también una base fácilmente comprensible para subrayar la contribución de las creencias (Dryden, 1984).

Una de las formas más objetivas con la que se pueden evaluar las creencias racionales o irracionales es el formato ya mencionado, de la técnica del ABC o autoanálisis (véase apéndice 2).

Además del anterior, también se cuenta con el cuestionario de registro de opiniones (Davis, McKay, Eshelman, 1989) que consta de 100 preguntas que evalúan las diez creencias irracionales básicas propuestas por Ellis (1986):

1. Para un adulto existe una necesidad absoluta de cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
2. Hay que ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.

3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
4. Es horrible cuando las personas y las cosas no son como uno quisiera que fueran.
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
8. Se necesita contar con algo más fuerte y más grande que uno mismo.
9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.
10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

Aunque no se tienen evidencia de la validez psicométrica de dicho instrumento a población mexicana, después de la aplicación del mismo a una pequeña muestra de voluntarios se observó que es un buen indicador de la racionalidad/irracionalidad, motivo por el cual será utilizado en el presente trabajo como instrumento de medición.

4.3 RELAJACION MUSCULAR

Los métodos de relajación son procedimientos terapéuticos que tratan de obtener en el individuo una "distensión muscular y psíquica" con la ayuda de ejercicios apropiados. La descontracción neuromuscular produce un "tono de reposo" que es la base para la liberación física y psíquica, por lo tanto, la relajación es una técnica que busca reposo lo más eficazmente posible, al mismo tiempo que la economía de las fuerzas nerviosas puestas en juego por la actividad general del individuo.

Así, la relajación puede definirse como un estado de reducción de tono muscular a nivel de la musculatura esquelética voluntaria, caracterizado por una actitud pasiva, en la que no interfieren los pensamientos, las imágenes, ni los sentimientos de la conciencia, y en la que se evita cualquier tipo de preocupación (Benson y Klipper, 1977). Generalmente es consciente

y voluntariamente provocada, a diferencia de la hipnosis. El estado de relajación no se experimenta con frecuencia y no se produce espontáneamente (Benson y Klipper; 1977). La respuesta de relajación de cada individuo depende, entre otras variables, de su umbral de respuesta, de las variaciones genético-fisiológicas, y de su tipo de personalidad (Donald, 1988).

Entre las alteraciones para las que habitualmente se aplica la relajación con resultados exitosos en el campo clínico, pueden señalarse:

- a) Las perturbaciones del sueño (insomnio).
- b) Los dolores de cabeza tensionales, y con menos éxito, la migraña.
- c) La ansiedad en general.
- d) La ansiedad al hablar, tartamudeo, tics.
- e) El miedo.
- f) La hipertensión arterial.
- g) El asma.

También se ha obtenido éxito, aunque en menor grado, con alteraciones conductuales tales como: beber en exceso, hiperactividad y control de la ira; en trastornos orgánicos tales como: colitis, úlceras y artritis; al igual que como técnica complementaria de otras terapias médicas; por ejemplo en la relajación necesaria para disminuir la respuesta negativa a fin de facilitar la quimioterapia en el tratamiento del cáncer

(Jacobson, 1976).

Se ha sugerido la necesidad de aplicar procedimientos estandarizados y de describir las sesiones realizadas, indicando qué métodos se usaron exactamente, y si se introdujeron cambios, cuáles fueron los propósitos y la razón para hacerlos. También es evidente la necesidad que se tiene para conceptualizar los cambios que se espere obtener en relación con la conducta y las metas, llevando a cabo de manera frecuente las evaluaciones a través de registros conductuales (Masson, 1985).

La técnica de relajación progresiva de Jacobson, involucra ejercicios de tensión-relajación, con los que se pretende hacer sentir al sujeto grados de tensión cada vez más débiles e inducirlo a que perciba esta graduación:

- a) Entre una contracción o tensión fuerte
- b) Localizando una tensión menor
- c) Sentir contracciones mínimas.

De acuerdo con Jacobson (1976) las percepciones de estas sensaciones se agudizan y se rebaja el umbral gracias al entrenamiento, que permite sentir la tensión residual.

La relajación se puede cuantificar en tres niveles:

1. A nivel de las medidas autoregistradas (cuando el mismo

sujeto proporciona información al experimentador o terapeuta, evaluando subjetivamente su propio estado).

2. A nivel fisiológico (cuando se puede detectar por medios técnicos).
3. A nivel conductual (cuando se detecta a través de pruebas de rendimiento, de coordinación de resolución de problemas, de la expresión verbal y del manejo de situaciones ambientales específicas).

Las primeras dos medidas han sido las más usadas, y las que menos se han utilizado han sido las conductuales (Bernstein y Borkovec, 1983).

La mayoría de los procedimientos de relajación que se aplican, no están estandarizados, por lo cual resulta difícil de evaluar con exactitud el éxito que se obtiene con ellos en determinados problemas conductuales (Cautela y Groden, 1985).

Las técnicas de relajación que se aplican actualmente varían mucho en sus componentes, procedimientos, número de sesiones, y tipo de instrucciones -en vivo o grabadas- (Davis; McKay; Eshelman, 1989).

PROCEDIMIENTO PARA LA TECNICA DE RELAJACION

1. Evaluar que no exista ninguna queja física, ni contraindicaciones médicas para el uso de la relajación.
2. El lugar para la relajación debe ser silencioso y lo más atractivo posible, con iluminación adecuada. Lo ideal es que se cuente con un sillón reclinable y acolchonado, cómodo. En caso de que la relajación se realice en el piso podrán utilizarse protectores para el frío. La ropa de la persona debe ser holgada, en el caso de las mujeres sin nada que les pueda apretar o molestar durante los ejercicios, igualmente se deben retirar lentes ya sea de contacto o normales, zapatos o cualquier aditamento que no permita la libertad de movimientos.

Todos los ejercicios consisten en tensar entre 10 y 15 segundos y luego soltar la tensión. Cada ejercicio se repite dos veces y después se continúa con el siguiente. Entre los ejercicios se intercalan respiraciones profundas en serie de tres; la última con la variante de llenar completamente los pulmones y contener el aire hasta el máximo posible, posteriormente ir exhalando muy suavemente al tiempo que mentalmente se autoinstruye en "hacer más y más profundamente la sensación de relajación" conforme expelle el aire.

A todos los participantes se les dice que es muy importante comprender que deberá poner mucha atención a las "sensaciones de relajación" que experimente en cada uno de los ejercicios. Que aprenda a focalizar esas sensaciones y a inducir las con el sólo pensamiento, cada vez más y más profundas (Bernstein, Borkovec, 1983).

MUSCULOS QUE INVOLUCRA EL EJERCICIO DE RELAJACION

* BRAZOS. Apretar el puño y soltar. Con el brazo extendido doblar la mano hacia atrás con las puntas de los dedos hacia arriba para lograr tensión en el antebrazo. Levantar el antebrazo y doblar la mano con la palma hacia el techo para lograr tensión en los músculos del biceps.

* CARA:

FRENTE. Tensar levantando las cejas como si se quisiera tocar el borde del nacimiento del cabello.

PARTE CENTRAL. Arrugar la nariz y apretar los ojos. Con los párpados cerrados tensar los músculos de los ojos moviéndolos izquierda, derecha, arriba, abajo.

PARTE INFERIOR. Apretar los dientes. Hacer las comisuras hacia atrás para relajar los músculos de la garganta contar del diez al cero, empezando con tono de voz alto y terminando

casi en silencio.

* CUELLO. Empujar la barbilla hacia abajo poniendo resistencia.

Doblar la cabeza hacia la izquierda y a la derecha.

* HOMBROS. Levantar los hombros como si se quisiera tocar la oreja correspondiente.

* PECHO Y ESPALDA. Hacer un arco con el pecho tratando que los homóplatos se junten por debajo, al mismo tiempo que el pecho se levanta como si se tratara de tocar el techo.

* ADBOMEN. Ponerlo duro como si se fuera a recibir un golpe. Tratar de sumir el estómago como si el ombligo se uniera a la columna vertebral.

* PIERNAS. En posición estiradas dirigir la punta del pie hacia la cara con lo que se logra tensión en toda la pierna. En posición estiradas dirigir la punta del pie hacia el frente. En ambos casos haciendo tensión.

Finalmente se les da la instrucción de permanecer acostados durante unos momentos después de haber terminado el procedimiento para disfrutar la sensación que brinda el ejercicio de relajación.

En el presente trabajo se utilizará como medida de evaluación

de la relajación la hoja de registro de tensión general, la cual mide el autoreporte del sujeto en una escala ascendente de 1 al 10 el nivel de tensión que se experimenta (véase apéndice 4). Y con el objeto de mantener lo más constante posible el procedimiento de relajación, se empleó un cassette de audio con la grabación de una sesión completa de relajación (Procedimiento que fué descrito anteriormente).

METODO

De acuerdo a lo ya expuesto se considera que una familia con un "enfermo mental" presenta ansiedad, aprehensión, temor, sentimientos de culpa, etcétera; por lo que el OBJETIVO del presente estudio fué: aplicar y evaluar un paquete de intervención conductual para familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Las preguntas de investigación se plantearon de la siguiente manera:

- a) ¿Ayuda la aplicación de un paquete de intervención conductual (basado en la técnica de asertividad, terapia racional emotiva y relajación) para familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados a disminuir la ansiedad experimentada por éstos?
- b) ¿Es posible evaluar el impacto de la intervención a través del reporte de los familiares en el sentido de la reducción de la ansiedad experimentada?
- c) ¿El entrenamiento asertivo, la relajación y la terapia racional emotiva provocan un cambio de actitud en los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados?

HIPOTESIS

Hi. La aplicación del paquete de intervención conductual ayuda a reducir significativamente la ansiedad en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Ho. La aplicación del paquete de intervención conductual no ayuda a reducir significativamente la ansiedad en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Hi. La asertividad se modifica favorablemente en los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados mediante el entrenamiento asertivo.

Ho. La asertividad no se modifica favorablemente en los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados mediante el entrenamiento asertivo.

Hi. A través de la Terapia Racional Emotiva se disminuyen los pensamientos irracionales de los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Ho. A través de la Terapia Racional Emotiva no se disminuyen los pensamientos irracionales de los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Hi. Por medio de la relajación muscular progresiva se disminuyen los niveles de tensión muscular reportados por los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Ho. Por medio de la relajación muscular progresiva no se disminuyen los niveles de tensión muscular reportados por los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

SUJETOS

Participaron 62 sujetos, de los cuales 21 eran hombres y 41 eran mujeres. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1) Ser familiar de un paciente psiquiátrico hospitalizado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", internado en el tercer piso sección hombres.

2) Se consideró a los familiares de aquellos pacientes que tuvieran entre uno y cuatro ingresos hospitalarios, para intentar controlar que los niveles de ansiedad fueran similares.

3) Ambos sexos.

4) Edad Indistinta.

5) Que preferentemente vivieran en el D.F.

6) Que manifestaran tener una relación de convivencia con el paciente y que habitaran en el mismo hogar.

De acuerdo a estos criterios se formaron cinco grupos de 10 personas cada uno, debido a que el aprendizaje de las técnicas se facilita con grupos pequeños, de estos grupos se obtuvo la muestra de 31 sujetos para el grupo experimental, los restantes fueron dados de baja por inasistencia a las sesiones.

Aunque se pretendió obtener un grupo control puro, las condiciones institucionales nos impidieron formarlo. Por lo tanto, la muestra para el grupo control fué de 31 sujetos y se obtuvo de los asistentes al programa de "Orientación a Grupos de Familiares y Visita de Puertas Abiertas", que se imparte en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

MUESTREO

El muestreo utilizado fué no probabilístico accidental (Kerlinger, 1985), ya que los sujetos que participaron fueron familiares de algún interno del Hospital. Se sabe además, que estos sujetos no son representativos de la población en general; en el mejor de los casos son representativos de los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- * Entrenamiento asertivo
- * Entrenamiento en terapia racional emotiva
- * Entrenamiento en relajación muscular progresiva

VARIABLES DEPENDIENTES:

- * Puntaje obtenido en el IDARE (Ansiedad-Rasgo-Estado)

- * Puntaje obtenido en el inventario de asertividad de Gambrill y Richey.
- * Puntaje obtenido en el cuestionario de registro de opiniones
- * Puntaje obtenido en la hoja de registro de tensión general

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES:

ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Es la técnica que nos enseña a expresar nuestros sentimientos y preferencias cuando las sentimos, para ejercer nuestros derechos, de manera responsable, sin violar los derechos de los demás (Smith, 1983).

ENTRENAMIENTO EN RELAJACION: Es la técnica que nos enseña a reducir el tono muscular a nivel de la musculatura esquelética voluntaria en la que no interfieren los pensamientos, las imágenes, ni los sentimientos de la conciencia y en la que se evita cualquier tipo de preocupación (Masson, 1985).

ENTRENAMIENTO EN TERAPIA RACIONAL EMOTIVA: Intervención psicológica que nos enseña a cambiar pensamientos, intensos y profundamente arraigados, que provocan sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración (Hurber, Barut, 1991).

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES:

PUNTAJE OBTENIDO EN EL IDARE: Reporte expresado por las personas en respuesta al IDARE (Spielberger, 1975). El puntaje que se obtiene con este instrumento es de 20 puntos mínimo y 80 máximo, para la presente investigación se consideraron a todos los sujetos cuyos puntajes se encontraban 10 puntos por abajo de la media en adelante.

PUNTAJE OBTENIDO EN EL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY: Las respuestas dadas por los sujetos al inventario de asertividad de Gambrill y Richey. Para la columna de Grado de Incomodidad (G.I.), la calificación T que nos indica que el sujeto es inasertivo es de 56 a 80 (por arriba del promedio) y de 25 a 45 (por abajo del promedio), mientras que los sujetos que se consideran asertivos son aquellos cuyos puntajes se encuentran entre 46 a 55 (promedio). Para la columna de Probabilidad de respuesta (P.R.), la calificación T que nos indica que el sujeto es inasertivo es de 56 a 80 (por arriba del promedio) y de 23 a 45 (por abajo del promedio), mientras que los sujetos que se consideran asertivos son aquellos cuyos puntajes se encuentran entre 46 a 55 (promedio) (Guerra, 1996).

PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUESTIONARIO DE REGISTRO DE OPINIONES:
Respuestas dadas al cuestionario "Registro de Opiniones"

(Davis y cols. 1989), como ya ha sido mencionado este cuestionario no cuenta con los criterios de validez y confiabilidad necesarios, por lo que tampoco se cuenta con una norma que establezca a partir de que puntaje las ideas de un individuo se consideran racionales o irracionales, lo que si se sabe de este instrumento es que valora 10 ideas, las cuales arrojan un puntaje total de 100 y se considera que a partir de un puntaje de 60 el individuo cuenta con ideas irracionales. A pesar de las carencias de este instrumento, en la presente investigación fué utilizado debido a que, previamente había sido aplicado a una muestra de voluntarios, arrojando datos clínicos importantes.

PUNTAJE OBTENIDO EN LA HOJA DE REGISTRO DE TENSION GENERAL:
Respuestas subjetivas dadas al formato "registro de tensión general" (véase apéndice 1). Este formato cuenta con una valoración que va del 1 al 10, la cual es subjetiva y permite solo una estimación estadística no paramétrica, por otro lado arroja datos clínicos que se consideraron importantes en la realización del presente estudio.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utilizó fué experimental aplicado de campo, ya que el manejo de la V.I. se realizó en el escenario

hospitalario.

DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño de investigación fué Pre-Test Post-Test, con grupo control (Hernández, Fernández y Baptista 1993; Zinser, 1987).

ESCENARIO

La presente investigación se realizó en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", para lo cual se utilizó un aula con 12 sillas movibles y seis cobertores, para las sesiones de relajación.

INSTRUMENTOS Y MATERIAL

Los instrumentos utilizados fueron:

- Instrumentos de evaluación:
 - * Inventario de Ansiedad rasgo-estado (Spielberger, 1975)
 - * Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (Guerra, 1996)
 - * Cuestionario de Registro de opiniones (Davis y cols., 1989)
 - * Hoja de registro de tensión general (veáse apéndice 1)
 - * Hoja de ABC (veáse apéndice 2)

- * Hoja de evaluación cualitativa de la intervención conductual (véase apéndice 4)

El material utilizado fué:

- Rotafolio con láminas que ilustran la información relevante acerca de las técnicas que integran el paquete de intervención conductual.
- Pizarrón.
- Hojas blancas.
- Lápices del No. 2
- Cassette de audio con la grabación de una sesión completa de relajación muscular.

PROCEDIMIENTO

Se dividió en dos fases:

Fase I

1. Se solicitó a las autoridades del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" el acceso a los expedientes de los pacientes.

De los expedientes se registró y codificó el diagnóstico específico, la fecha de inicio del padecimiento, sexo y edad del

paciente. Así como, antecedentes familiares, y datos sociodemográficos.

2. Se identificó a los familiares que cumplieran con los requisitos de participación y se les contactó para invitarlos a participar en el programa, diciéndoles:

" Somos pasantes de psicología de la UNAM, nos encontramos realizando nuestra tesis de licenciatura en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", con un programa orientado a las familias de los pacientes. Sabemos que éste tipo de programas se llevan a cabo dentro del hospital, sin embargo, mediante nuestro trabajo presentamos una alternativa para Ud. que deseamos conozca, porque tiene el objetivo de atender la problemática que implica el tener un familiar con enfermedad mental. El programa le brindará elementos para un mejor manejo de la problemática individual y familiar con lo que se busca facilitar la interacción con el paciente.

La forma de trabajo consiste en una reunión semanal de tres horas, con un máximo de ocho sesiones.

Nos gustaría contar con su asistencia y participación. Ello nos dará información acerca de

la eficacia del programa y del posible impacto del mismo como alternativa para brindar atención a familias con este tipo de problemas".

Después de decirles lo anterior, las personas interesadas se inscribieron y se les comunicó que la participación no implicaba ningún costo económico, y que el compromiso que tendrían sería el de asistir, participar en las sesiones y cumplir con el llenado de cuestionarios y formularios de recabación de datos.

Una vez que se integró cada grupo, se aplicaron los instrumentos de evaluación:

- Inventario de ansiedad rasgo-estado "IDARE"
- Inventario de asertividad de Gambrill y Richie.
- Cuestionario de Registro de Opiniones
- Hoja de evaluación cualitativa (se realizó al finalizar el paquete de intervención conductual).

Se les enseñó a realizar el llenado de la hoja de "registro de tensión general" que se utilizó en las seis sesiones programadas para relajación y se impartió la primera sesión informativa para el grupo experimental en la que se habló del tema "La enfermedad mental" y se dió una breve introducción sobre el contenido del programa.

Es importante señalar que los 5 grupos experimentales fueron continuos, es decir, dos sesiones antes de terminar con un grupo se realizaba la misma invitación a los sujetos detectados y que contarán con los criterios de inclusión, así, al concluir con un grupo se iniciaba el siguiente.

4. Para el grupo control se aplicaron los mismos instrumentos en la primera sesión del programa "Orientación a Grupos de Familiares y Visita de Puertas Abiertas"; los instrumentos fueron aplicados nuevamente al finalizar las sesiones de dicho programa.

Fase II

Consistió en el tratamiento que fué aplicado a los participantes del grupo experimental y estuvo distribuido en 7 sesiones semanales, con duración de 3 hrs. cada una, con un intervalo de 15 minutos de descanso.

El paquete conductual está integrado y estructurado por los siguientes aspectos (para mayor información véase apéndice 3):

SESION I

- ¿Qué es ser asertivo?
- ¿Qué es ser no asertivo?

- ¿Qué es el entrenamiento asertivo?
- Información general sobre técnicas de relajación muscular
- Ejercicio práctico de relajación muscular.

SESION II

- Tipos de relaciones asertivas
- Derechos humanos
- Ejercicio práctico de relajación muscular.

SESION III

- Introducción a los principios de la terapia racional emotiva
- Discriminación de pensamientos racionales e irracionales
- Ejercicio práctico de relajación muscular.

SESION IV

- Uso del formato de autoanálisis o ABC
- Ejercicio práctico de relajación muscular.

SESION V

- Conductas asertivas no verbales
 - . Contacto visual
 - . Expresión y postura corporal
 - . Tono de voz
 - . Saludo de mano
 - . Contacto físico

- . Espacio corporal
- Ejercicios prácticos individuales y grupales de las conductas asertivas no verbales
- Ejercicio práctico de relajación muscular.

SESION VI

- Técnicas de entrenamiento asertivo
 - . Disco rayado
 - . Banco de niebla
 - . Aserción negativa
 - . Interrogación negativa
 - . Libre información
 - . Autorrevelación
 - . Compromiso viable
- Ejercicios prácticos individuales y grupales de las técnicas del entrenamiento asertivo
- Ejercicio práctico de relajación muscular.

SESION VII

Esta sesión estuvo constituida por las siguientes etapas:

- a) Ejercicios prácticos en los que los participantes emplearon de manera integral todas las técnicas incluidas en el paquete conductual.
- b) Se aplicaron a manera de post-test, todos los instrumentos aplicados en la sesión informativa.

c) Los participantes aportaron sus opiniones del programa al que estuvieron sometidos.

RESULTADOS

Los datos obtenidos en cuanto a las características de los sujetos que participaron en la investigación se reportan con base en estadísticas descriptivas.

El análisis de frecuencias de las muestras obtenidas para el grupo experimental y para el grupo control nos indica que los sujetos contaron con las siguientes características:

SEXO

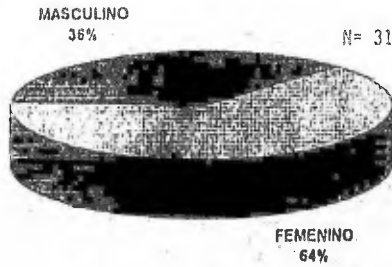
Dentro de esta característica la muestra del grupo experimental estuvo conformada por 36% de hombres y 64% de mujeres. Mientras que para el grupo control 29% de hombres y 71% de mujeres (Ver Gráfica 1).

En general la muestra de ambos grupos estuvo constituida por 33.9% de hombres y 66.1% de mujeres, lo que nos indica que las mujeres tienen mayor participación en la atención de familiares psiquiátricos hospitalizados y mayor interés en asistir a un programa dirigido a familiares de los mismos.

GRAFICA 1

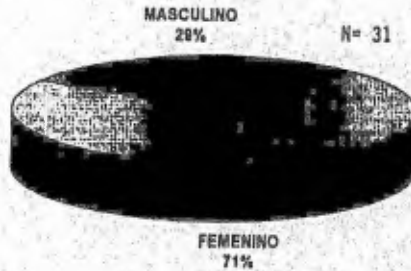
SEXO

GRUPO EXPERIMENTAL



GRAFICA 1.1 Muestra que el grupo experimental estuvo constituido por 36% de hombres y 64% de mujeres.

GRUPO CONTROL



GRAFICA 1.2 Muestra que el grupo control estuvo constituido por 29% de hombres y 71% de mujeres.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EDAD

La muestra del grupo Experimental, obtuvo el 36% en el rango de edad que va de los 20 a 30 años y el resto de las categorías (menos de 20, de 31 a 40, de 41 a 50 y más de 50) obtuvieron el 16% para cada una. En el grupo Control las categorías de 20 a 30 y de más de 50, obtuvieron un 36% del total de la muestra, el rango de 31-40 constituyo el 12%, el rango de 41-50 obtuvo un 10% y el rango de menos de 20 un 6% (Ver Gráfica 2).

ESTADO CIVIL

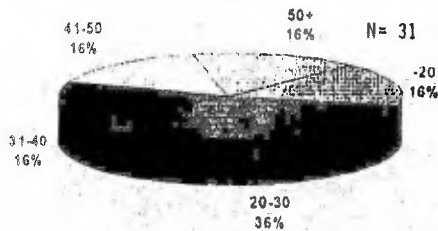
Las gráficas muestran que el grupo Experimental estuvo conformado por un 52% de sujetos casados, un 42% de solteros y un 6% de viudos. Se observa que dentro de este grupo no existió la categoría de unión libre y divorciado. Para el grupo Control la categoría de casado fué también la más alta con un 49%, continuando con un 26% la categoría de soletros, con un 16% la de unión libre, 6% la de viudos y 3% de divorciados (Ver gráfica 3).

En general la muestra de ambos grupos estuvo conformada por un 50% de casados, 33.9% solteros, 8.1% en u. libre, 6.5% de viudos y 1.6% de divorciados.

GRAFICA 2

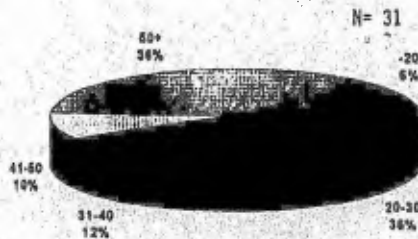
EDAD

GRUPO EXPERIMENTAL



GRAFICA 2.1 Indica la edad de los participantes del grupo experimental.

GRUPO CONTROL

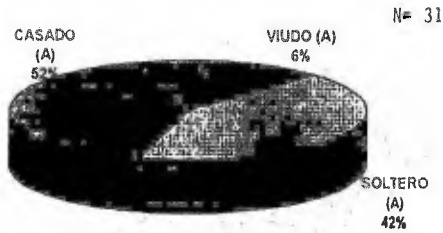


GRAFICA 2.2 Indica la edad de los participantes del grupo control.

GRAFICA 3

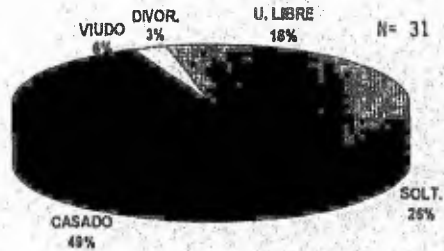
ESTADO CIVIL

GRUPO EXPERIMENTAL



GRAFICA 3.1 Indica el estado civil de los participantes del grupo experimental.

GRUPO CONTROL



GRAFICA 3.2 Indica el estado civil de los participantes del grupo control.

ESCOLARIDAD

La muestra en general estuvo conformada por 40.3% de sujetos con escolaridad primaria; 24.2% con escolaridad secundaria; 21% con escolaridad preparatoria; 4.8% con estudios técnicos; 4.8% con licenciatura y 4.8 % sin escolaridad. De los cuales para el grupo Experimental y para el Control se dividió de la siguiente manera:

En el grupo Experimental observamos que la mayoría de los participantes contaban con escolaridad primaria con un 36%, el 23% con secundaria, el 22% con preparatoria, un 10% sin escolaridad, el 6% con estudios profesionales y un 3% con 2 estudios técnicos. De la misma manera en el grupo Control se observó a la mayoría con escolaridad primaria la cual representó el 45% de la muestra, el 26% con secundaria, el 20% con preparatoria, el 6% con estudios técnicos y el 3% con estudios profesionales.

Es importante destacar que en el grupo Control no existieron sujetos sin escolaridad, a diferencia del grupo Experimental, en el que encontramos un 10% de la muestra con esta característica (Ver Gráfica 4).

ESCOLARIDAD

La muestra en general estuvo conformada por 40.3% de sujetos con escolaridad primaria; 24.2% con escolaridad secundaria; 21% con escolaridad preparatoria; 4.8% con estudios técnicos; 4.8% con licenciatura y 4.8 % sin escolaridad. De los cuales para el grupo Experimental y para el Control se dividió de la siguiente manera:

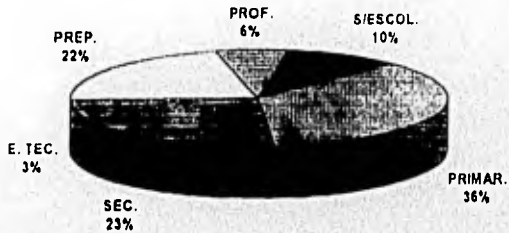
En el grupo Experimental observamos que la mayoría de los participantes contaban con escolaridad primaria con un 36%, el 23% con secundaria, el 22% con preparatoria, un 10% sin escolaridad, el 6% con estudios profesionales y un 3% con 2estudios técnicos. De la misma manera en el grupo Control se observó a la mayoría con escolaridad primaria la cual representó el 45% de la muestra, el 26% con secundaria, el 20% con preparatoria, el 6% con estudios técnicos y el 3% con estudios profesionales.

Es importante destacar que en el grupo Control no existieron sujetos sin escolaridad, a diferencia del grupo Experimental, en el que encontramos un 10% de la muestra con esta característica (Ver Gráfica 4).

GRAFICA 4 ESCOLARIDAD

GRUPO EXPERIMENTAL

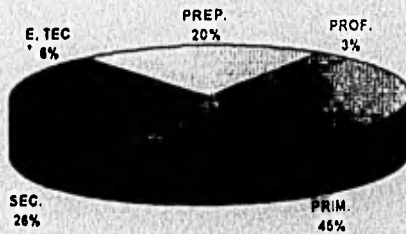
N= 31



GRAFICA 4.1 Indica la escolaridad de los participantes del grupo experimental.

GRUPO CONTROL

N= 31



GRAFICA 4.2 Indica la escolaridad de los participantes del grupo control.

OCUPACION

En esta característica el grupo Experimental estuvo representado por 3 categorías (hogar, estudiante y empleado), de los cuales la categoría de hogar obtuvo un 42% que representó a 81a mayoría de la muestra, seguida por la categoría de empleado con un 35% y finalmente la categoría de estudiante con un 23%. El grupo Control se conformó por 6 categorías (hogar, estudiante, empleado, jubilado, profesionistas y desempleado), de la misma manera que el grupo Experimental la categoría de hogar representó a la mayoría con un 49%, seguida por la categoría de empleado con un 32%, la categoría de estudiante con un 10% y las categorías de profesionista, jubilado y desempleado con un 3% respectivamente (Ver Gráfica 5).

PARENTESCO

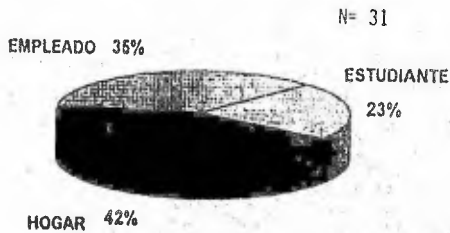
Esta característica estuvo dividida en 6 categorías (padre, madre, hermano -a-, cónyuge, hijo -a- y primo -a-). Para el grupo Experimental la categoría de hermano (a) representó el 48% de la muestra, siendo este el mayor porcentaje, seguido de la categoría de madre con un 26%, las categorías de cónyuge e hijo (a) con un 10% respectivamente y las categorías de padre y primo (a) con un 3% respectivamente. Para el grupo Control esta característica se dividió en 8 categorías (padre, madre, hermano

(a), hijo (a), cónyuge, primo (a), sobrino (a), cuñado (a). De la misma manera que en el grupo Experimental la categoría de hermano (a) representó la mayoría de la muestra con un 42%, seguida de la categoría de madre con un 32%, cónyuge y padre ambas representadas por un 6%; hijo(a), sobrino (a), primo (a) y cuñado (a) con un 3% respectivamente (Ver Gráfica 6).

GRAFICA 5

OCUPACION

GRUPO EXPERIMENTAL



GRAFICA 5.1 Indica la ocupación de los participantes del grupo experimental.

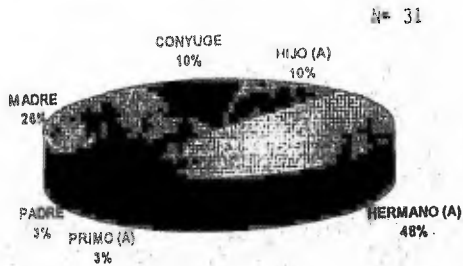
GRUPO CONTROL



GRAFICA 5.2 Indica la ocupación de los participantes del grupo control.

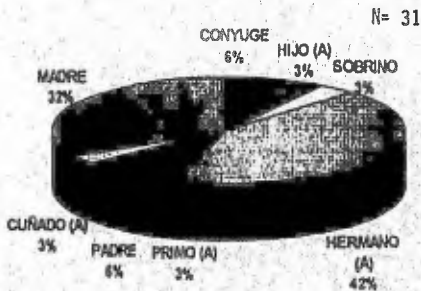
GRAFICA 6 PARENTESCO

GRUPO EXPERIMENTAL



GRAFICA 6.1 Indica el parentesco de los participantes del grupo experimental con el paciente hospitalizado en el HPFBA.

GRUPO CONTROL



GRAFICA 6.2 Indica el parentesco de los participantes del grupo control con el paciente hospitalizado en el HPFBA.

MEDIAS DE PUNTAJES OBTENIDOS PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL

IDARE

	Pre-test	Post-test
Ansiedad-Rasgo	42.90	37.90
Ansiedad-Estado	48.06	44.90

En esta tabla se observa que para el grupo Experimental las medias del pretest del IDARE fueron para A-rasgo 42.90 y para A-estado 48.06, éstas disminuyeron notablemente en el post-test, en donde se obtuvo un puntaje para A-rasgo de 37.90 y para A-estado de 44.90.

ASERTIVIDAD

	Pre-test	Post-test
Probabilidad de respuesta	48.70	39.03
Grado de incomodidad	53.22	40.32

Esta tabla nos muestra que los puntajes de las medias en el pre-test fueron para probabilidad de respuesta 48.70 y para grado de incomodidad 53.22, estos puntajes disminuyeron en el post-test, obteniéndose para probabilidad de respuesta 39.03 y para grado de incomodidad 40.32.

REGISTRO DE OPINIONES

Ideas irracionales	Pre-test	Post-test
1	4.64	2.58
2	5.67	4.12
3	4.70	2.74
4	4.58	2.90
5	3.29	1.96
6	5.83	3.48
7	5.00	3.00
8	5.19	3.29
9	4.93	3.35
10	4.83	3.12

Como se puede ver en esta tabla los puntajes del pre-test de las diez ideas irracionales se encuentran en niveles inferiores al post-test de las mismas.

MEDIAS DE PUNTAJES OBTENIDOS PARA EL GRUPO CONTROL

	IDARE	
	Pre-test	Post-test
Ansiedad-Rasgo	44.03	46.87
Ansiedad-Estado	49.64	50.61

En esta tabla se observa que para el grupo Control las medias del pretest del IDARE fueron para A-rasgo 44.03 y para A-estado 49.64, éstas se vieron ligeramente elevadas en el post-test, en donde se obtuvo un puntaje para A-rasgo de 46.87 y para A-estado de 50.61.

ASERTIVIDAD

	Pre-test	Post-test
Probabilidad de respuesta	49.03	53.22
Grado de incomodidad	50.96	56.77

Esta tabla nos muestra que los puntajes de las medias en el pre-test fueron para probabilidad de respuesta 49.03 y para grado de incomodidad 50.96, estos resultados se modifican en el post-test, elevando los puntajes para probabilidad de respuesta a 53.22 y para grado de incomodidad a 56.77.

REGISTRO DE OPINIONES

Ideas irracionales	Pre-test	Post-test
1	4.35	4.93
2	5.32	5.93
3	4.77	5.32
4	3.70	4.70
5	3.32	4.64
6	5.87	6.48
7	4.29	5.35
8	5.29	6.51
9	4.29	5.19
10	4.38	4.96

Como se puede ver en esta tabla los puntajes del post-test de las diez ideas irracionales se encuentran ligeramente elevados en relación a los puntajes del pre-test.

COMPARACION DE MEDIAS EN AMBOS GRUPOS

IDARE				
	Pre-test		Post-test	
	Experimental	Control	Experimental	Control
A-Rasgo	42.90	44.90	37.90	46.87
A-Estado	48.06	49.64	44.90	50.61

En el pre-test de las dos escalas del IDARE (A-rasgo y A-estado), la primera se encontraba a un nivel para el grupo Experimental de 42.90 mientras que para el grupo Control se encontraba a un nivel de 44.90 y la segunda para el grupo Experimental fue de 48.06 y para el grupo Control de 49.64.

En el post-test de las dos escalas se observan cambios, mientras que para el grupo Experimental sus puntajes disminuyen a 37.90 en A-rasgo y a 44.90 en A-estado, para el grupo Control sus puntajes se elevaron a 46.87 en A-rasgo y 50.61 en A-estado.

ASERTIVIDAD				
	Pre-test		Post-test	
	Experimental	Control	Experimental	Control
P.R.	48.70	49.03	39.03	53.22
G.I.	53.22	50.96	40.32	56.77

En el pre-test del inventario de asertividad de Gambrill y Richey se obtuvo un puntaje para el grupo Experimental de 48.70 en probabilidad de respuesta y de 53.22 en grado de incomodidad, mientras que el grupo control obtuvo un puntaje de 49.03 para probabilidad de respuesta y 50.96 para grado de incomodidad, observándose que el post-test el grupo Experimental redujo sus puntajes de probabilidad de respuesta a 39.03 y de grado de incomodidad a 40.32, a diferencia del grupo Control cuyos puntajes se elevaron en probabilidad de respuesta a 53.22 y en grado de incomodidad a 56.77.

.1s1

REGISTRO DE OPINIONES

Ideas I.	Pre-test		Post-test	
	Experimental	Control	Experimental	Control
1	4.64	4.35	2.58	4.93
2	5.77	5.32	4.12	5.93
3	4.70	4.77	2.74	5.32
4	4.58	3.70	2.90	4.70
5	3.29	3.32	1.96	4.64
6	5.86	5.87	3.48	6.48
7	5.00	4.29	3.00	5.35
8	5.19	5.29	3.29	6.51
9	4.93	4.29	3.35	5.19
10	4.83	4.38	3.12	4.96

En esta tabla se observa que el puntaje de ideas irracionales en el pre-test del cuestionario de registro de opiniones se encuentra similar en ambos grupos, mientras que en el post-test del grupo Experimental este puntaje se vió disminuido a diferencia del grupo Control cuyos puntajes fueron iguales e incluso algunos aumentaron.

Para el análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios utilizados (IDARE, inventario de asertividad y registro de opiniones) se empleo el estadígrafo "t", que es una prueba estadística paramétrica que nos permite distinguir si existe diferencia entre grupos independientes. Observándose lo siguiente:

**RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS
AMBOS GRUPOS**

IDARE

GRUPO EXPERIMENTAL					GRUPO CONTROL					
	GL	.01	"t"	Hi	Ho	GL	.01	"t"	Hi	Ho
Rasgo	30	2.45	5.65	si	no	30	2.45	-4.11	no	si
Estado	30	2.45	7.92	si	no	30	2.45	-1.92	no	si

Los valores de "t" calculados para el grupo Experimental son de 5.65 y 7.92, los cuales resultan superiores al valor de la tabla estadística (Zinser, 1987) en un nivel de confianza de .01 ($5.65 > 2.45$; $7.92 > 2.45$) por lo tanto aceptamos la hipótesis de investigación que dice "La aplicación del paquete de intervención conductual ayuda a reducir significativamente la ansiedad en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados" y por lo tanto rechazamos la hipótesis nula.

Por otro lado, los valores de "t" calculados para el grupo Control son de -4.11 y -1.92, los cuales resultan inferiores al valor de la tabla estadística (Zinser, 1987) en un nivel de confianza de .01 ($-4.11 < 2.45$; $-1.92 < 2.45$) por lo tanto, rechazamos la hipótesis de investigación y aceptamos la nula.

ASERTIVIDAD

GRUPO EXPERIMENTAL					GRUPO CONTROL				
GL	.01	"t"	Hi	Ho	GL	.01	"t"	Hi	Ho
Derecha									
30	2.45	5.48	si	no	30	2.45	-3.05	no	si
Izquierda									
30	2.45	5.24	si	no	30	2.45	-5.21	no	si

Los valores de "t" calculados para el grupo Experimental son de 5.48 y 5.24, los cuales resultan superiores al valor de la tabla estadística (Zinser, 1987) en un nivel de confianza de .01 ($5.48 > 2.45$; $5.24 > 2.45$) por lo tanto aceptamos la hipótesis de investigación que dice "La asertividad se modifica favorablemente en los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados mediante el entrenamiento asertivo" y rechazamos la hipótesis nula.

Mientras que los valores de "t" calculados para el grupo

Control son de -3.05 y -5.21, los cuales resultan inferiores al valor de la tabla estadística (Zinser, 1987) en un nivel de confianza de .01 ($-3.05 < 2.45$; $-5.21 < 2.45$) por lo tanto, rechazamos la hipótesis de investigación y aceptamos la nula.

REGISTRO DE OPINIONES

GRUPO EXPERIMENTAL					GRUPO CONTROL				
GL	.01	"t"	Hi	Ho	GL	.01	"t"	Hi	Ho
Ideas									
30	2.45	8.42	S	N	30	2.45	-2.82	N	S
30	2.45	5.87	S	N	30	2.45	-2.18	N	S
30	2.45	7.23	S	N	30	2.45	-2.13	N	S
30	2.45	4.58	S	N	30	2.45	-4.71	N	S
30	2.45	5.17	S	N	30	2.45	-5.55	N	S
30	2.45	6.53	S	N	30	2.45	-2.51	N	S
30	2.45	7.19	S	N	30	2.45	-6.38	N	S
30	2.45	5.00	S	N	30	2.45	-3.83	N	S
30	2.45	5.09	S	N	30	2.45	-5.14	N	S
30	2.45	4.37	S	N	30	2.45	-2.42	N	S

Los valores de "t" calculados para el grupo Experimental son de 8.42, 5.87, 7.23, 4.58, 5.17, 6.53, 7.19, 5.00, 5.09 y 4.37 los cuales resultan superiores al valor de la tabla estadística (Zinser, 1987) en un nivel de confianza de .01 ($8.42 > 2.45$, $5.87 > 2.45$, $7.23 > 2.45$, $4.58 > 2.45$, $5.17 > 2.45$, $6.53 > 2.45$, $7.19 > 2.45$, $5.00 > 2.45$, $5.09 > 2.45$ y $4.37 > 2.45$) por lo tanto aceptamos la hipótesis de investigación que dice "A través de la terapia racional emotiva se disminuyen los pensamientos irracionales de los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados" y rechazamos la hipótesis nula.

Por otro lado, los valores de "t" calculados para el grupo Control son de , los cuales resultan inferiores al valor de la tabla estadística (Zinser, 1987) en un nivel de confianza de .01 ($-4.11 < 2.45$; $-1.92 < 2.45$) por lo tanto, rechazamos la hipótesis de investigación y aceptamos la nula.

Por otra parte, los resultados obtenidos en las seis sesiones de relajación se sometieron a un análisis estadístico no paramétrico con la prueba de Kruskal Wallis, ya que el formato que nos permitía recabar esta información se distribuía en una escala ordinal del 1 al 10. En este análisis se contrastaron las respuestas dadas antes y después de cada sesión de relajación, obteniéndose los siguientes resultados:

Sesiones de relajación	Puntaje de Chi-Cuadrada	Nivel de Significancia
1	19.9504	.0000
2	23.7653	.0000
3	15.8743	.0001
4	22.2517	.0000
5	15.0393	.0001
6	14.0871	.0002

Los resultados muestran que el contraste fué significativo al .001, por lo que aceptamos la hipótesis de investigación que dice "Por medio de la relajación muscular progresiva se disminuyen los niveles de tensión muscular reportados por los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados".

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La literatura reporta que cuando en un grupo familiar existe un integrante con alguna enfermedad, la familia junto con el sujeto que la padece presenta ciertas alteraciones como miedo, preocupación, angustia, tensión, etc.; sin embargo, éstas se incrementan cuando la enfermedad es de tipo "mental" debido a ciertos factores:

Por una parte como se ha referido dentro del marco teórico, las concepciones que se tienen sobre la enfermedad mental han sido consideradas desde hace muchos años como un tabú, así vemos que los familiares o incluso el mismo paciente dan explicaciones mágicas para justificar lo que está sucediendo, con esta falsa concepción se fomenta rechazo hacia el padecimiento por parte del enfermo y por parte de la familia.

También, es importante considerar que el familiar (como cualquier persona que no está enfrentando este tipo de situaciones) presenta pensamientos irracionales, deficiencias en su comunicación y tensiones, que se elevan cuando la enfermedad mental se hace presente en alguno (s) de los miembros de la familia y se agudiza cuando el paciente requiere ser hospitalizado, lo que afecta las relaciones intrafamiliares e interpersonales que los demás miembros de la familia puedan tener.

Lo anterior actuará en detrimento del tratamiento y rehabilitación del enfermo mental, así como en la vida de cada integrante de la familia.

Se aplicó y evaluó un paquete de intervención conductual, que permitía modificar las deficiencias de comunicación, disminuir la ansiedad y tensión, así como crear hábitos de pensamiento racional, lo que se comprobó por los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, que apoyan lo que autores como Jacobson (1976), Benson y Klipper (1977), Wolpe(1983), Ellis (1986), Hurber y Barut (1991), han postulado sobre la relajación, la asertividad y la terapia racional emotiva con resultados exitosos en el campo clínico, con poblaciones diferentes a la empleada en el presente trabajo.

Por esta razón consideramos que en la medida que los familiares acepten las deficiencias propias y de sus pacientes, así como el conflicto y crisis por la cual están pasando podrán apoyar al familiar enfermo y a sí mismos, enfrentando de manera óptima la situación a la que están sometidos.

Para analizar las características demográficas de la muestra obtenida es menester resaltar que aún, cuando se tenía contemplado desde el inicio del estudio que se tuvieran grupos apareados, ésto no pudo realizarse debido a que la elección de los sujetos se hizo de acuerdo al acceso que se tuvo a ellos

dentro de la población que reunía los criterios de inclusión, ya que la finalidad era disminuir los niveles de ansiedad de los familiares de pacientes psiquiátricos.

Dentro de estas características se observaron datos que podrían ser importantes y que nos indicarían la forma en que se presenta usualmente la relación familia-paciente, por ejemplo:

El porcentaje de participantes de ambos grupos estuvo representado en su mayoría por mujeres (64% para el grupo experimental y 71% para el grupo control) probablemente esta participación se deba a que la población con la que se trabajó eran familiares de pacientes del sexo masculino, se observa que de esta población sólo el 10% era el cónyuge del paciente en el grupo experimental y el 6% en el grupo control. Lo que nos indica que no necesariamente es el cónyuge el que participa en este tipo de programas. Por lo anterior suponemos que los familiares de sexo masculino como el padre y los hijos, delegan en las mujeres la responsabilidad de atender al enfermo y asistir a programas orientados en beneficio del mismo, lo que nos habla de los roles de la estructura y organización de la familia que en cierta medida cumple con la configuración tradicional.

De la misma manera, la ocupación de estas mujeres (hogar), les da la oportunidad de atender a sus enfermos, ya que no cuentan con un trabajo en el que se tiene que cumplir con un horario

establecido a diferencia de los hombres que se dedican a trabajar para dar sustento al hogar, justificando con ello su poca participación en la atención del enfermo.

En la característica de parentesco, la subdivisión de hermano (a) para el grupo experimental y para el control fué la de mayor porcentaje (48% y 42% respectivamente), lo que nos muestra que los hermanos juegan un papel importante en la atención de sus familiares enfermos y manifiestan un mayor interés en recibir atención para sí mismos, posiblemente se deba al temor de presentar alteraciones parecidas a las del paciente y a una necesidad de informarse al respecto. Por otro lado, sus ocupaciones (en su mayoría estudiantes) les permitían participar de una manera constante.

En ambos grupos las edades oscilaban de 17 a 68 años de edad, considerándose como factor importante que en la institución en la que se realizó la investigación no se permite el acceso a menores de edad; para el grupo experimental, los sujetos con edades entre 20-30 años (36%) mostraron un mayor interés en el programa de intervención. Mientras que para el grupo control el porcentaje más alto fue de sujetos con edades de 20 a 30 años y más de 50 años (36% respectivamente). Esto tal vez se deba a su deseo de adquirir mayores conocimientos para apoyo personal y hacia el paciente.

En un estudio realizado por García (1994) se evaluó el "programa de orientación a familiares" reportando deserción de un 100% de familiares que procedían del interior de la República por lo que uno de los criterios de inclusión que se pretendió controlar fue que los sujetos que participaran en el grupo experimental preferentemente vivieran en el D.F. con la finalidad de aumentar la probabilidad de que las personas que vivieran cerca asistieran a las sesiones, a diferencia de aquellas que tienen que trasladarse desde puntos de la República retirados. Lo referido por García no se observó dentro de la presente investigación, ya que el 100% de las deserciones que se mencionaron en el apartado de elección de la muestra fueron habitantes del D.F., mientras que las personas que provenían de provincia (Edo. México, Puebla, Michoacán, Veracruz y Morelos) continuaron en el programa, por lo que concluimos que este criterio no es importante para que el familiar participe en las sesiones del programa de intervención conductual. Esto nos puede indicar que el contenido de la intervención (teórico-práctico-terapéutico) influye en la motivación e interés de los familiares para asistir a este tipo de programas a diferencia del programa de orientación familiar realizado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Aún cuando no se pretende realizar comparaciones entre programas, este es un dato sobresaliente.

Como se observó en los resultados el pre-test de las dos

escalas del IDARE (Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo) la ansiedad de los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados se encontraba en un nivel similar en ambos grupos, (X grupo experimental A.R.= 42.90 y X A.E.= 48.06 ; X grupo control A.R.= 44.03 y X A.E.= 49.64) presentándose puntajes de ansiedad estado ligeramente elevados en comparación con la ansiedad rasgo; esto nos señala que el total de los sujetos participantes estaban sometidos a situaciones que elevan sus niveles de ansiedad, representado en este caso por un integrante de la familia con una enfermedad mental que se encuentra hospitalizado, lo anterior apoya lo que Spielberger (1975) menciona sobre la ansiedad como un estado transitorio (A.E.) y un rasgo relativamente estable de la personalidad (A.R.), enfatizando que la elevación de la ansiedad estado dependerá de la tendencia que se tenga a responder a situaciones percibidas como amenazantes. De igual forma, la elevación en los puntajes del IDARE confirma lo que Chagoya (1975) menciona sobre el aumento de la ansiedad cuando no se satisfacen las expectativas afectivas de los miembros de la familia dentro de este mismo núcleo.

En el post-test del mismo instrumento los resultados se modificaron para el grupo experimental (X A.R.= 37.90 y X A.E.= 44.90) ya que los puntajes de ambas escalas disminuyeron, sin embargo, en la escala de A.E. la disminución de los puntajes fue mayor debido a que la intervención conductual cuenta con técnicas

enfocadas a disminuir la ansiedad y a modificar la percepción que se tenga de las situaciones causantes de ansiedad. Mientras que para el grupo control se observó una ligera elevación en la media de sus puntajes (X A.R.= 46.87 y X A.E.= 50.61) que señala la posibilidad de que mientras los familiares de un enfermo mental no reciban atención psicológica, éstos continuaran ansiosos e incluso podrán aumentar sus niveles de ansiedad.

Los resultados obtenidos en el análisis estadístico del IDARE confirman que el grupo experimental redujo sus niveles de ansiedad rasgo-estado, como resultado al tratamiento al que fueron sometidos, en comparación al grupo control cuyos puntajes para ambas escalas se elevaron.

En el grupo experimental se observaron cambios significativos en la mejora de la asertividad (Grado de Incomodidad y Probabilidad de Respuesta), es decir, los participantes lograron tener una expresión adecuada de cualquier emoción que no fuera la ansiedad hacia otra persona (X pre-test P.R.= 48.70 y G.I.= 53.22; X post-test P.R.= 39.03 y G.I.= 40.32), en comparación al grupo control que aumento sus puntajes probablemente debido a que las relaciones interpersonales e intrafamiliares siguen dándose dentro del marco ya establecido (X pre-test P.R.= 49.03 y G.I.= 50.96; X post-test P.R.= 53.22 y G.I.= 56.77).

La ansiedad que se genera dentro del núcleo familiar con un

paciente psiquiátrico hospitalizado puede aumentar los pensamientos irracionales dificultando la solución de problemas, con la finalidad de modificar tales pensamientos se tomó como parte de la intervención conductual a los principios de la terapia racional emotiva (Dryden, 1984). Los resultados mostraron cambios en favor del grupo experimental, con una X en pre-test= 4.87 y con una X en post-test= 3.05; mientras que en el grupo control la X del pre-test= 4.55 y X en post-test= 5.40.

Los resultados obtenidos en la técnica de relajación confirman los datos mencionados anteriormente, ya que éstos indican que los niveles de ansiedad disminuyen significativamente en el grupo experimental.

Cabe señalar que los resultados estadísticos reportados se vieron apoyados por una **evaluación cualitativa** (ver apéndice 4) realizada a los participantes. En ella se solicitó a los integrantes del grupo experimental sus comentarios sobre la utilidad del tratamiento. El análisis de las respuestas de la mayoría de los participantes señala que para ellos es importante implementar este tipo de tratamiento para los familiares de pacientes psiquiátricos, porque debido a que se sentían más relajados y sin temor a acercarse al enfermo fué posible entablar una comunicación más abierta, que les ayudó a enfrentar su problemática desde una perspectiva más positiva, de la misma manera sus relaciones en las diferentes áreas mejoraron y les

ayudó a sentirse mejor tanto física como mentalmente entre otros aspectos.

Como ya ha sido mencionado la finalidad de la intervención conductual está enfocada a la mejora de los sentimientos desadaptados facilitando el bienestar del individuo, la familia y el enfermo mental, fomentando un apoyo en el tratamiento de este último. Se han realizado estudios en los que las características de los familiares que viven con el enfermo repercuten en el mismo padecimiento, en su tratamiento y rehabilitación, por ejemplo, TARRIER y cols. (1964, 1990 y 1991) consideran que la modificación favorable de la emoción expresada (EE) es importante para que el paciente tenga un clima adecuado dentro de su hogar y las recaídas disminuyan, consideramos que esto se asemeja a la asertividad que incluye técnicas que fomentan la adecuada expresión de sentimientos, sin que necesariamente sea la ansiedad y que conjuntamente con la terapia racional emotiva y la relajación crean un clima que permite al familiar del paciente psiquiátrico tener un mejor estilo de vida, dándole herramientas para enfrentar la problemática que se le presenta, intentando con esto disminuir la posibilidad de rechazo, abandono del paciente e índices de recaídas.

Debido a que no tuvimos acceso al cuestionario de evaluación de los índices de recaída utilizado por TARRIER y cols. (1964, 1990, 1991) no se pretendió evaluar este aspecto en la

investigación.

Las formas de abordar el estudio y tratamiento de la "enfermedad mental" han variado. En la actualidad éste es interdisciplinario, en el que intervienen psicólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales entre otros trabajadores de la salud mental, con el fin de lograr la atención integral del paciente y su mejor reincorporación a la vida social (Kaplan, 1989). También se han implementado programas de prevención y detección temprana con proyección a la comunidad, así mismo, existen hospitales psiquiátricos en los que se han implementado programas educativos para el paciente y sus familiares (Olayo, 1982).

Las investigaciones desarrolladas en torno a la familia del enfermo mental son numerosas y variadas; sin embargo, en la literatura revisada fue poco lo que se encontró en relación al tratamiento a familiares con un enfoque conductual, a pesar de que Tarrier y cols. (1964, 1990 y 1991) sólo han estudiado familias de pacientes esquizofrénicos consideramos importante retomar estos estudios ya que han utilizado este modelo reportando resultados exitosos en la comunicación.

Esta investigación aportó datos relevantes que nos muestran la importancia de incluir a la familia dentro del tratamiento; sin embargo consideramos que el presente estudio aún no está

concluido, es una investigación preliminar que sirve de apoyo a futuras investigaciones que puedan ampliar y aún mejorar las aportaciones de la misma.

SUGERENCIAS

Consideramos que en investigaciones futuras es necesario tomar en cuenta las características demográficas de la población, intentando que los grupos sean apareados para obtener un mejor control de la investigación.

Otro factor que sería importante controlar es el registro del desarrollo de las sesiones y el registro fuera de ellas, por ejemplo podría sugerirse la existencia de un coterapeuta que fuera miembro de la misma familia, con la finalidad de tener un mejor manejo del tratamiento brindado al grupo experimental.

También sería conveniente que para posteriores investigaciones se cuente con autoregistros de relajación más específicos e incluso se pueden emplear medidas fisiológicas y/o conductuales, así mismo tratar de que los instrumentos a utilizar cuenten con los requisitos de confiabilidad y validez necesarios.

Por último, como se observó en el apartado de discusión y conclusiones creemos que sería de gran utilidad realizar estudios en los que se evaluara el índice de recaída del paciente en relación al tratamiento de los familiares con esta intervención, porque de acuerdo con Tarrier y cols. (1990) consideramos que en la medida que la familia reciba atención los índices de recaída del paciente disminuirán.

APENDICES

APENDICE 1

HOJA DE REGISTRO DE TENSION GENERAL

Puntúese Ud. mismo en esta escala del 1 al 10, antes y después de haber realizado los ejercicios de relajación.

- 1
Totalmente relajado.
No hay tensión
- 2
Muy
relajado
- 3
Moderadamente
relajado
- 4
Bastante
relajado
- 5
Ligeramente
relajado
- 6
Ligeramente
tenso
- 7
Bastante
tenso
- 8
Moderadamente
tenso
- 9
Muy tenso
- 10
Extremadamente tenso
(Lo más incómodo que
se puede sentir).

FECHA	ANTES DE LA SESION	DESPUES DE LA SESION	COMENTARIOS

APENDICE 2

HOJA DE ABC O AUTOANALISIS

A. HECHOS. Describirlos en forma sencilla, clara y específica. Se trabaja con un hecho cada vez. Se requiere una hoja para cada hecho.

DA. CONFRONTACION CON A. Si el hecho no es objetivo o no está bien descrito aquí se corrige. Si se pusieron sentimientos o pensamientos en A, éste es el momento de quitarlos y ponerlos en la sección correspondiente

B. PENSAMIENTOS. Todos los pensamientos que se tengan respecto al hecho descrito en A. Todo lo que se dice a sí mismo, no importan cuántos sean.

B1

B2

DB. CONFRONTACION CON B. Una vez checados los pensamientos puestos en B, los que fueron irracionales se cambian en esta sección por una alternativa racional.

DB1

DB2

La valoración de estos pensamientos se hacen tomando en cuenta las siguientes preguntas, que son criterios del pensamiento racional:

1. Este pensamiento es verdadero?
2. Me lleva a proteger mi vida?
3. Este pensamiento me ayuda a conseguir lo que quiero?
4. Me ayuda a sentirme como me quiero sentir?
5. Me evita problemas con los demás?

C. SENTIMIENTOS. Escribir cómo me siento o me sentía ante este hecho.

E. SENTIMIENTOS POSITIVOS QUE QUIERO TENER. Escribir cómo me quiero sentir.

CONDUCTAS:

Describir las conductas que se tienen con respecto al hecho descrito en A.

CONDUCTAS DESEABLES:

Escribir las conductas que deseo tener.

APENDICE 3

SESIONES DE LA INTERVENCION CONDUCTUAL

El contenido de las sesiones que integran el paquete de intervención conductual es el siguiente:

- S E S I O N I

OBJETIVOS:

En esta sesión los participantes deberán:

1. Diferenciar qué es ser asertivo y no asertivo
2. Conocer qué es el entrenamiento asertivo
3. Aprender de manera teórica el proceso de relajación
4. Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en el punto anterior con la ayuda de un audio-cassette.

DESARROLLO:

Se dió una breve introducción sobre el origen de nuestra INASERTIVIDAD. Considerando que la conducta no asertiva está representada por dos extremos de conducta aprendida: ya sea reprimiendo nuestros sentimientos y negando su expresión o logrando nuestras metas de una manera agresiva aún a costa de otros. De esta forma, la conducta de una persona puede ser como un péndulo que oscila entre la agresividad y la pasividad.

Se diferenció de la CONDUCTA ASERTIVA, entendiéndose como la habilidad aprendida para expresar nuestros sentimientos y

preferencias cuando las sentimos sin incomodar a los otros, explicando que el ENTRENAMIENTO ASERTIVO consiste en adquirir estas habilidades; se hizo hincapié en que este no es un proceso a corto plazo, sino que es un proceso para toda la vida. Lo único que es a corto plazo es la parte relativa al aprendizaje.

Se les explicó también que el aprender a expresar nuestros sentimientos y pensamientos sin incomodar a los demás, nos puede provocar ansiedad, lo que ocasiona olvidar nuestro objetivo y dejar el aprendizaje asertivo de lado. Con la finalidad de que este objetivo no se olvidara se les enseñó generalidades de la TENSION-RELAJACION, así como la técnica práctica de la misma. Se solicitó a los participantes el llenado de la hoja de registro de tensión general, y se realizó el ejercicio de relajación con la ayuda de un audio-cassette. Posteriormente se solicitó a los participantes nuevamente el llenado de la hoja.

- S E S I O N II

OBJETIVOS:

Los participantes:

1. Describirán de manera teórica y práctica los diferentes tipos de relaciones interpersonales.
2. Aprenderán 10 de los principales derechos personales que todos poseemos.
3. Realizarán un ejercicio práctico de relajación muscular con la ayuda de un audio-cassette.

DESARROLLO:

Básicamente se plantearon tres tipos de relación con los demás:

- 1) LA RELACION COMERCIAL, los sujetos involucrados en esta relación son el comerciante y el comprador; por lo que se considera que es un tipo de relación estructurada, debido a que ambas partes saben con precisión cuál será su comportamiento en la misma. Los problemas surgen cuando el vendedor emplea una estructura manipulativa que no se había convenido de antemano.
- 2) LA RELACION DE AUTORIDAD, uno de los significados de autoridad es el de que una persona tiene el poder de decirnos qué debemos hacer, o lo que no haremos. Por lo tanto, se puede decir que esta relación se establece

con el jefe superior jerárquico. Es una relación menos estructurada en comparación con las relaciones comerciales, debido a que aquí ya no existen patrones de conducta establecidos.

- 3) LA RELACION DE IGUALDAD, es la relación que mantenemos con nuestros iguales, en ella intervienen personas que nos interesan a las cuales amamos. Por lo tanto, son las relaciones que provocan más dificultad para lograr ser asertivos, debido a que generalmente es muy empleada a la manipulación en los participantes de esta relación.

El Entrenamiento Asertivo, toma en cuenta que como personas tenemos derechos, los cuales son una estructura básica para la sana participación de cada individuo en toda relación humana.

Cuando conocemos que tenemos derechos, y los ponemos en práctica, seremos capaces de juzgar por nosotros mismos si hemos se sentirnos culpables o ignorantes ante determinadas situaciones.

DERECHO No. 1

Este derecho cobra gran importancia; ya que a partir de él se derivan los demás, los cuales en el fondo no son más que aplicaciones cotidianas más específicas de ese derecho primordial.

" Nadie puede manipular nuestras emociones o nuestro comportamiento si no lo permitimos. Es nuestro el derecho a juzgar en última instancia todo lo que somos y hacemos. Tenemos derecho a juzgar nuestro propio comportamiento, nuestros pensamientos y nuestras acciones, y a tomar la responsabilidad de su inicio y consecuencias".

DERECHO No. 2

" No dar excusas o razones para justificar nuestro comportamiento ".

DERECHO No. 3

" Derecho a juzgar si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de otras personas ".

DERECHO No. 4

" Derecho a cambiar de parecer ".

DERECHO No. 5

" Derecho a cometer errores y a ser responsables de ellos ".

DERECHO No. 6

" Derecho a decir no lo sé ".

DERECHO No. 7

" Derecho a ser independiente de la buena voluntad de los demás ".

DERECHO No. 8

" Derecho a actuar en contra de la lógica ".

DERECHO No. 9

" Derecho a decir no lo entiendo ".

DERECHO No. 10

" Derecho a decir no me importa ".

Para finalizar la sesión se solicitó a los participantes el llenado de la Hoja de Registro de tensión General, y se realizó el ejercicio de relajación con la ayuda de un audio-cassette. Posteriormente se solicitó nuevamente que hicieran el llenado de la misma hoja.

- S E S I O N III

OBJETIVOS:

Los participantes:

1. Conocerán los principios de la Terapia Racional Emotiva.
2. De acuerdo a su experiencia y mediante ejercicios los participantes discriminarán sus pensamientos racionales e irracionales.
3. Conocerán la importancia de modificar los pensamientos irracionales a racionales.

DESARROLLO DE LA SESION:

La TERAPIA RACIONAL EMOTIVA, puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve.

La persepectiva racional-emotiva postula que las tres modalidades (conocimiento, emociones y comportamiento) son inseparables e interactuantes y se influyen recíprocamente.

La Terapia Racional Emotiva, se basa en la aceptación de uno mismo, en función de las dos creencias racionales básicas:

- 1) El hombre es valioso porque existe
- 2) Evalué mis actos más no mi persona

De acuerdo a ésto, los participantes ejemplificaban

situaciones problema de la vida cotidiana y se realizaba un análisis en donde se discriminaba qué tan racional o irracional eran sus pensamientos y cómo se sentían emocionalmente; por lo que se objetiviza la importancia de modificar los pensamientos irracionales a racionales.

Para finalizar la sesión se solicitó a los participantes el llenado de la Hoja de Registro de Tensión General y se realizó el ejercicio de relajación con la ayuda de un audio-cassette. Posteriormente se solicitó nuevamente que hicieran el llenado de la misma hoja.

OBJETIVOS:

En esta sesión los participantes:

1. Aprenderán a manejar la técnica del ABC, para detectar pensamientos irracionales.
2. Realizarán el llenado de la hoja del ABC y se analizará el ejercicio de cada uno de ellos.

DESARROLLO DE LA SESION:

La detección con toda claridad de si nuestros pensamientos son racionales o irracionales, lo podemos lograr con la técnica llamada ABC o autoanálisis, la cual describe la interrelación existente entre los acontecimientos (A), las creencias (B), y las consecuencias emocionales y conductuales (C) (Veáse apéndice 5). Generalmente se considera que de acontecimientos (A) se pasa directamente a consecuencias (C). En el punto de vista racional-emotivo el esquema comienza con un suceso activador (A), creencias (B) y consecuencias (C).

Para finalizar la sesión se solicitó a los participantes el llenado de la Hoja de Registro de Tensión General y se realizó el ejercicio de relajación con la ayuda de un audio-cassette. Posteriormente se solicitó nuevamente que hicieran el llenado de la misma hoja.

- SESION V

OBJETIVOS:

En esta sesión los participantes:

1. Aprenderán en qué consisten las conductas asertivas no verbales.
2. Ejercitarán cada una de las conductas no verbales.

DESARROLLO DE LA SESION:

Se explicaron las conductas asertivas no verbales, entre las que se encuentran:

- * Contacto Visual
- * Expresión y postura corporal
- * Tono de voz
- * Saludo de mano
- * Contacto físico
- * Espacio corporal

Además se pidió a los participantes que analizaran lo que sucedía en su caso con estas conductas para que pudieran percatarse de la importancia de cada una de ellas. Posteriormente se realizaron ejercicios en donde practicaron de manera individual y grupal cada conducta asertiva no verbal.

Para finalizar la sesión se solicitó a los participantes el

llenado de la Hoja de Registro de Tensión General y se realizó el ejercicio de relajación con la ayuda de un audio-cassette. Posteriormente se solicitó nuevamente que hicieran el llenado de la misma hoja.

- SESION VI

OBJETIVOS:

Los participantes:

1. Aprenderán los conocimientos teóricos de las técnicas de entrenamiento asertivo.
2. Practicarán las técnicas aprendidas de manera individual y grupal.

DESARROLLO DE LA SESION:

Se dió a los participantes los aspectos teóricos de cada una de las siguientes técnicas:

- * Disco rayado
- * Banco de niebla
- * Aserción negativa
- * Interrogación negativa
- * Libre información
- * Autorrevelación
- * Compromiso viable

Posteriormente se realizaron ejercicios en los que se ponían en práctica todas las técnicas y los participantes manifestaban si tenían dificultad para la aplicación de alguna (s) de éstas y era en ella (s) en la que se ponía mayor énfasis en la práctica.

Para finalizar la sesión se solicitó a los participantes el

llenado de la Hoja de Registro de Tensión General y se realizó el ejercicio de relajación con la ayuda de un audio-cassette. Posteriormente se solicitó nuevamente que hicieran el llenado de la misma hoja.

- S E S I O N VII

OBJETIVOS:

En esta sesión los participantes:

1. Realizarán ejercicios prácticos en los que se empleen de manera integral todas las técnicas incluidas en el paquete conductual.
2. LLenarán a manera de Post-test, todos los instrumentos aplicados en la sesión informativa.
3. Aportarán sus opiniones sobre el programa conductual al que estuvieron sometidos.

DESARROLLO DE LA SESION:

Se formaron parejas o grupos dependiendo de la complejidad de la situación que cada participantes exponía y de acuerdo a ésto se aplicaban las técnicas expuestas en el programa.

Después de realizar con todo el grupo el juego de roles y ensayo de la conducta se aplicaron los instrumentos de evaluación a manera de Post-Test. Así mismo, se solicitó a los participantes dieran su opinión respecto al programa al que estuvieron sometidos (Veáse apéndice 4). Finalmente se dió el cierre del programa, agradeciendo a los participantes su asistencia y colaboración para la realización del mismo, haciendo entrega de un pequeño manual con los conceptos y ejercicios básicos y un audio-cassette con el que se realizaron las sesiones de relajación.

APENDICE 4

EVALUACION CUALITATIVA: COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE INTERVENCION CONDUCTUAL

Consideramos importante seleccionar algunos de los comentarios que los participantes dieron de la intervención conductual; ya que, es un aspecto cualitativo que refuerza los resultados obtenidos en la presente investigación.

" Para mí, el haber tomado estas pláticas fue algo que me ha enseñado mucho, porque yo no sabía como tratar a mis hijos ni a mi esposa, yo pensaba que no me tenían confianza y quería que se acercaran a mí, siempre le decía que me dijeran sus cosas y todo lo que hacían pero ellos se enojaban y se salían de la casa sin contestarme... eso me molestaba mucho.

Ahora después de haber venido con ustedes, puedo acercarme más a ellos, dejo que hablen porque yo era de las personas que siempre hablan y creen tener la razón y no dejaba a mi familia hablar, también puedo abrazarlos y decirles que los quiero mucho. Yo me siento mejor y además en la casa práctico con ellos los ejercicios que nos enseñaron para relajarnos.

Mi paciente se siente mejor porque soy más amigable con él,

porque lo entiendo.

Lo único que no me gusto de estas pláticas es que duran poco tiempo, porque aunque vengo desde Puebla si vale la pena, esto deberían de hacerlo siempre porque los padres no sabemos cómo tratar a los hijos ".

G.C.C.

" Yo nunca he tenido problemas y este curso me pareció bueno porque me gusta aprender de todo, pero sigo siendo como siempre he sido, porque siempre me he llevado bien con mi papá que es el paciente de este Hospital y con mi mamá y mis hermanas me llevo padrísimo, siempre nos platicamos todo y nos queremos mucho lo que no me gusto fue que a veces los demás no entendían algo y nos deteníamos para que se lo explicaran con calma ".

M.E.I.H.

" Les agradezco que haya aprendido mucho de sus grupos, y me gusto mucho que nos enseñaran a ser mejores, a cómo poder comunicarme con las personas y con mi familia. Yo soy una persona muy penosa, me da vergüenza cuando tengo que hablar con gente que no conozco; al principio de este curso hasta no podía hablar, porque creía que iban a decir que estaba mal, pero ya me di cuenta de que puedo hablar con la gente y sentirme mejor de saber que no piensan mal de mí, ésto también me ha servido para ayudar a mi paciente, ya que trato de no guardarle rencor por lo que me hizo cuando eramos más jóvenes, gracias a ustedes puedo entender

que no me sirve de nada sentir ese rencor ".

M.D.J.

" A mi, si me ha servido este curso porque tengo muchos problemas con mi esposa y desde que estoy aquí han disminuido, antes yo trataba de culparla de todo y ahora veo que yo también soy responsable de nuestros problemas, además de todo esto ahora es más fácil tratar a mi hermano que esté enfermo porque ya no me siento culpable de su enfermedad y quizás esto me ayuda a no enojarme tan fácilmente cuando se pone de necio ".

S.H.D.

" Con mi mamá me llevó bien, pero nunca había podido decirlo lo que siento o lo que pienso tan abiertamente, ella siempre trata de manipularme y a mis hermanas también con la enfermedad de mi padre y siempre me deja esa espinita de culpa; entonces, ahora se que puedo expresar mi punto de vista y trato de decirle las cosas cuando no estoy de acuerdo, sin lastimarla.

Con mi padre la relación siempre ha sido buena y ahora me siento capaz de expresarle cuanto lo quiero. Les agradezco que me hayan invitado a participar en este grupo, en el que todo me gusto, no puedo decir que algo me desagradó porque no fué así ".

M.A.I.H.

" Es difícil aprender lo que ustedes nos enseñaron porque yo tengo a mi hijo en la casa y la verdad es que me sigue dando miedo tenerlo, porque es muy agresivo, no puedo practicar lo que

nos van enseñando y cada vez que vengo ya se me olvido lo que vimos la semana pasada, por eso siento que no me ha servido de mucho y no me gusta porque yo sí quisiera aprovechar todo lo que dicen, porque cuando estoy aquí con ustedes me siento más tranquila ".

L.R.R.

" La verdad, yo estoy muy agradecido por los conocimientos que adquirí con sus pláticas. Me ayudo saber que existen otras personas con problemas similares a los míos o talvez peores. También les agradezco que me ayudaran a entender a mi hija pequeña, porque ella siempre ha creído que sus padres no la queremos, ni la entendemos, parte de eso fue la causa de su enfermedad. Ahora que ella conoce las pláticas, porque le he contado cada una de éstas, se ha interesado y quiere participar con ustedes, para ayudarse a sí misma.

No hubo algo que no me gustara, al contrario, lo mejor fue la relajación ya que me hace sentir bien, como que me quitaba un peso de encima, por eso siempre la voy a practicar ".

T.S.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ackerman, N. (1971). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Edit. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Aguilar, E. (1964). 20 formas de amargarse la vida y cómo evitarlo. Edit. Pax-México.
- Ayala, H.; Chism, K.; Cardenas, G.; Rodríguez, M.; Cervantes, L.; Caballero, P., (1982). Una alternativa de tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Salud mental. Vol. V (1).
- Ayllon, T. and Azrin, H., (1968). Reinforcer sampling: A technique for increasing behavior of mental patients. Journal of applied behavior analysis. Vol 1.
- Benson H; Klipper J. (1977). Respuesta de relajación. Edit. Atlántida, México.
- Bleger, J. C. (1977). Psicología de la conducta. Vol. II Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Bernstein, I. (1976). Familia y enfermedad mental. Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D. (1983). Entrenamiento en relajación progresiva. Edit. Desclee De Broower, Ja. edic. España.
- Broustra, J. (1979). La esquizofrenia. Edit. Limusa. Barcelona, España.
- Brown (1985) The discovery of expressed emotion induction or education. In: J. Leff and C. Vaughn (Eds.) Expressed emotion in families. New York Guilford.
- Caballero, P.; Cervantes L.; Rodríguez, M., (1981). Un modelo de reeducación para pacientes mentales crónicos hospitalizados. Tesis. U.N.A.M. México.

- Calderón N. (1984). Salud mental comunitaria. Edit. Trillas. México
- Caparrós, N. (1981). Crisis de la familia: Revolución del vivir. Edit. Fundamentos. Madrid, España.
- Carter, E., Mc Gedrick, (1980). The family life cycle, Gardner Press, New York.
- Castrejon, V.; Espino, (1988). Un programa de economía de fichas en 2 pacientes esquizofrénicos crónicos. Un estudio piloto. U.N.A.M. Tesis. México.
- Castro, M. G. (1967). Estudio del Test Guestáltico Visomotor. U.N.A.M. Tesis. México.
- Cautela J. y Groden J. (1985). Técnicas de Relajación. Edit. Martínez Roca. España
- Chagoya, L. (1975). Dinámica familiar y patología. Ediciones médicas Hospital infantil de México.
- Chagoya, F. (1980). Estudio comparativo de la ansiedad con el instrumento IDARE. Tesis. U.N.A.M. México.
- Davis M, McKay M. y Eshelman E. (1989). Técnicas de autocontrol emocional. Edit. Martínez Roca. España.
- De la Fuente, R. (1982). "Acerca de la Salud Mental en México". Salud mental, Vol. V (3). México.
- Donald, M. (1988). Manual de inoculación al estrés. Edit. Martínez Roca. México.
- Domínguez, B. (1982). Psicología ecológica: Análisis y modificación de la conducta humana en instituciones de custodia. México. U.N.A.M.

- Dryden (1984). Rationale-emotive therapy; Fundamentals and innovations. Croom Helm, Londres.
- Ellis, A. y col. (1986). Terapia racional emotiva. Edit. Pax-Mex México.
- Estrada, I. (1991). El ciclo vital de la familia. Edit. Posada, México.
- Fallon, I.R. H.; Boyd, J.L.; McGill, C.W.; Razani, J.; Moss H.B.; Gilderman, A. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. New England Journal Medicine.
- Fallon, I.R. H.; Boyd, J.L.; McGill, C.W.; Williamson, M.; Pederson, J.; Cardin, V.A.; Razani, J.; Moss H.B.; Gilderman, A., y Simpson G. (1984). Family versus individual management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, en prensa.
- Fensterheim, H; Baer, J. (1976). No diga sí, cuando quiera decir no. Edit. Grijalbo, México.
- Flores G. M. (1989). Asertividad, agresividad y solución de situaciones problemáticas en una muestra mexicana. Tesis. U.N.A.M. México.
- Flores, J. (1981). Salud y enfermedad mental en la cultura Azteca. Tesis. U.N.A.M. México.
- Fromm-Reichmann F. (1981). Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniacos depresivos. Ediciones Horme S.A.E. Edit. Paidós Buenos Aires.
- Gambrill E. y Richey Ch. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. Behavior Therapy.
- García, V., (1994). Evaluación del programa "orientación a familiares" impartido en el hospital psiquiátrico "Fray Bernárdino Alvarez". Tesis. U.N.A.M. México.

Guerra, T., (1996). Estandarización del inventario de asertividad de Gambrell y Richey para población de la Ciudad de México. Tesis. U.N.A.M. México.

Hernández, S.; Fernandez, C.; Baptista, L. (1993). Metodología de la investigación. Edit. Mc Graw Hill, México.

Hurber, Ch; Barut, L. (1991). Terapia familiar racional emotiva. Edit. Herder. Barcelona, España.

Jacobson, E. (1976). Aprenda a relajarse. Edit. ciencia de la conducta, México.

Kaplan; Sadock (1989). Tratado de psiquiatría. Tomo I, 2a. edición. México.

Kerlinger N.F. (1985) Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. Editorial Interamericana, México.

Kornblit, A. (1984). Somática familiar: Enfermedad orgánica y familia. Edit. Gedisa. Colección Psicoteca mayor, Barcelona España.

Lara, T.; Zamora L. (1960). Variables diagnósticas para diversos cuadros patológicos a través de la escala Weschler. Tesis. U.N.A.M. México.

López, R. (1994). Evaluación del impacto del modelo conductual. Tesis. U.N.A.M. México.

Marchais, P. (1985) Procesos psicopatológicos en el adulto. Edit. Prensa Médica Mexicana. México.

Masson, S. (1985). Las relajaciones. Edit. Gedisa. Barcelona, España.

Matthew, M., Davis M. y Fanning P. (1986). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Ediciones Martínez Roca. España.

- Minuchin, S. (1977). Familia y terapia familiar. Edit. Garnica, Barcelona, España.
- Minuchin, S. (1984). Técnicas de terapia familiar. Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Olayo, A. (1982). Boletín informativo del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Vol 1 (2). México.
- Paul, G. L. and Lentz, R. J. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients. Cambridge: Harvard, University press.
- Pérez, J.; Calixto, J.; Hernández, T., (1985). Procedimiento para decrementar conducta verbal delusional en pacientes mentales crónicos hospitalizados. Tesis. U.N.A.M. México.
- Phillips, E. L., Phillips, E. A., Fixen, D. L. and Wolf M. M. (1974). The teaching family handbook. Kansas: University press.
- Quiroga, H.; Rodríguez, M.; Cárdenas, G.; Vite, A.; Mata, A.; Molina, J.; Ayala, H. (1986). Programas de tratamiento psicosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado en México: Descripción, resultados y perspectivas. Revista mexicana de Psicología. Vol. 3.
- Rimm, D. C. y Masters, J. C. (1980). Terapia de la conducta: técnicas y hallazgos empíricos. Edit. Trillas, México.
- Robles, T. (1987). El enfermo crónico y su familia. Edit. Nuevo Mar, México.
- Ryan, P. (1983). Un programa experimental psicosocial para pacientes agudos hospitalizados. Salud mental. Vol. 6 (2).
- Smith, M. J. (1983). Cuando digo no, me siento culpable. Edit. Grijalbo. México.
- Smith, M. J. (1989). Si puedo decir no. Edit. Grijalbo, México.

Spielberger, C. (1975). Inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado. Trad. Dr. Rogelio Díaz Guerrero. Edit. El manual moderno, México.

Spielberger, C. (1980). Tensión y ansiedad. Edit. Harla, México.

Sullivan (1964). La esquizofrenia como un proceso humano. Edit. Herrero, México.

Tarrier N; Barrowclough C; Vaughn C; Bamrah J; Porceddu K; Watts and Freeman H. (1989). Community Management of Schizophrenia: A two years follow-up a behavioral intervention with families. British Journal of Psychiatry Vol.154.

Tarrier N; Barrowclough C.(1990). Family Interventions for schizophrenia. Behavior Modification Vol. 14,(4), 408-440.

Tarrier N. (1991). Some Aspects of Family Interventions in Schizophrenia. I: Adherence to intervention programmes. British Journal of Psychiatry.

Tarrier N; Lowson and Barrowclough C. (1991). Some Aspects of family Interventions in Schizophrenia. II: Financial considerations. British Journal of Psychiatry

Valderrama, P. (1986). Un esquema para la historia de la Psicología en México. Revista mexicana de Psicología. Vol. 2 (1).

Valencia, M. (1986). Formulación para el tratamiento y rehabilitación del paciente crónico hospitalizado. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 3 (1). 37-43.

Valencia, M. (1991). El hospital mental como instrumento terapéutico. El rol del psicólogo en la práctica clínica institucional. Revista mexicana de Psicología. Vol. 3 (1).

Valle, G. (1963). Investigación sobre la disminución de habilidades mentales en un grupo de esquizofrénicos crónicos por medio de pruebas psicodiagnósticas. Tesis. U.N.A.M. México.

Vaugh C.E.; Leff J. (1976). The influence of the family and social factor of on the course of psychiatry illness, British Journal of psychiatry, 129, 125-137.

Vázquez, A.; González, S. (1986). La actitud hacia la Enfermedad Mental en una población no comprometida con el área de la salud. Tesis. U.N.A. M. México.

Vita, A. (1989). Evaluación de dos programas psicosociales para el tratamiento del paciente mental crónico. Tesis. U.N.A.M. México.

Wolpe, J. (1983). Práctica de la terapia de la conducta. Edit. Trillas, 4ta. edición, México.

Zinser, O. (1987). Psicología experimental. Edit. Mc Graw Hill. Bogotá, Colombia.