

260
24.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**IMPLEMENTACION DE SESIONES DE ORIENTACION
Y REFLEXION ACERCA DE LA ENFERMEDAD
MENTAL DIRIGIDAS A FAMILIARES DE PACIENTES
PSIQUIATRICOS**

**REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
CELIA SANCHEZ ZAVALA**

ASESOR: LIC. NOEMI BARRAGAN TORRES



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ENERO, 1997.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Gracias a Dios y a mis padres por haberme dado la vida
y encaminarme a vivirla intensamente.

A la U.N.A.M. que siempre me ha abrigado
y me alimenta de conocimiento.

Al grupo de profesionistas que conforman
Educacion Continua por la brillante
forma en que se organizan.

**A la Lic. Noemi Barragan Torres
Por su apoyo incondicional y
su confianza**

**De quien he aprendido
dentro y fuera del aula y
que ahora me encaminó
para concluir esta fase
trascendental en mi vida
Lic. Lydia Barragan Torres**

**A mi segunda escuela el
H.P. DR. Samuel Ramirez Moreno.**

+ A mi madre Aurora que tal y como su nombre indica , claridad y sutileza, continuará iluminando mi camino.

A mi padre Braulio quien siempre me ha apoyado e impulsado a superarme

**A mis hermanos :
Arturo, Armando, Guadalupe Sergio
Patricia, Yolanda y Gustavo
Quienes con sus palabras de apoyo y motivacion
me ayudarán más de lo que se imaginan.
De quienes tanto he aprendido y a quienes
tanto quiero**

**A mi esposo : Edmundo
Quien camino junto conmigo
Gracias por ayudarme a realizar mi sueño**

**A mi hija Kasia Irene:
que para cuando puedas leer estas lineas
sean testimonio de lo importante que eres
para mi, del orgullo que siendo de ser
madre y del poder realizar este sueño
estando tu conmigo**

A mis amigos y compañeros de trabajo

Dr. Rafael Ortiz Tovar
su llegada le dio sentido al camino y
que por fortuna yo estuve presente

T.S. Gabriela Popoca Chavéz
Siempre excelente compañera de
trabajo y mucho mejor amiga.

Y a todos los que con sus palabras me fueron orientando y animando, gracias.

INDICE

I JUSTIFICACION

II ANTECEDENTES:

- 1.- Enfermedad mental
- 2.- Conceptos
- 3.- Clasificación (Según Henri Ey)
- 4.- Farmacodependencia (OMS)
- 5.- Paciente Psiquiátrico y Tratamiento
- 6.- Paciente y Familia
- 7.- Concepto de familia
- 8.- Reacción de la familia ante el paciente Psiquiátrico
- 9.- Punto de vista social
- 10.- Punto de vista psicodinámico
- 11.- Definición de grupo
- 12.- Grupos de Orientación
- 13.- La familia y el Tratamiento del paciente en ésta unidad
- 14.- Hospitalaria
- 15.- Implementación de un programa.

III PROCEDIMIENTO.

IV EVALUACION.

V ANALISIS.

VI REFERENCIAS.

RESUMEN

EL presente trabajo plantea la posibilidad de involucrar a la familia en el tratamiento del enfermo mental crónico hospitalizado a través de sesiones de orientación y reflexión acerca de la enfermedad mental

En estas sesiones de orientación se proporciono a los familiares información acerca de los síntomas y los padecimientos psiquiátricos mas frecuentes mediante técnicas expositivas, así mismo se promovió la reflexión en un plano consciente respecto a los sentimientos de rechazo culpa y vergüenza experimentaban hacia su paciente

En un primer momento el trabajo se enfocó a realizar un diagnóstico situacional en cuanto al conocimiento que la familia tenía acerca de la enfermedad mental, encontrándose que la mayoría desconocía su significado y la serie de causas frecuentes asociadas, síntomas y, menos aún, el diagnóstico de su paciente

A partir de haber detectado estas necesidades se instrumentó un programa de orientación y reflexión con temas que incluyen Concepto de Enfermedad Mental, Principales causas, Padecimientos mas frecuentes, Farmacodependencia, Necesidad del tratamiento farmacológico y la reinserción a su núcleo familiar.

Esta labor se enfocó hacia el tratamiento como agente de cambio, no solamente de lo individual, sino como promotor de desarrollo y bienestar emocional de un grupo centrándose en comprender la forma en que los subsistemas operan en la generación, mantenimiento y propagación de la problemática

Se concluye que a partir de obtener mayor conocimiento respecto al trastorno psiquiátrico de su familiar se puede entender y, por lo tanto, modificar actitudes de rechazo y hostilidad que les permita involucrarse mas activa y eficientemente en el tratamiento de su paciente.

El incremento de solicitudes de permiso terapéutico, de altas hospitalarias por remisión parcial de sintomatología y de las participaciones verbales de los familiares, constatan los benéficos resultados que revela el trabajo interdisciplinario dirigido a los familiares como parte fundamental en el tratamiento del enfermo mental.

I JUSTIFICACION

Ninguno de nosotros vive su vida solo , aquellos que tratan de hacerlo , estan destinados a desintegrarse , como seres humanos , por supuesto que , algunos aspectos de la experiencia vital son mas individuales que sociales , y otros mas sociales que individuales , pero no por ello la vida deja de ser una experiencia compartida . En los años tempranos se la comparte casi exclusivamente con los miembros de nuestra familia . Es entonces la familia la unidad basica de desarrollo y experiencia , de realizacion , y o de fracaso .

"Es tambien la unidad basica de la enfermedad y la salud , lo mismo puede estructurar , y conformar a sus miembros en un sentido de bienestar , que descuidar y por ende propiciar el desarrollo de malestar familiar" (Ackerman, 1974 , p. 35)

La relacion existente entre la familia y la enfermedad mental ha quedado comprobada en los ultimos años. De hecho cualquier problema o crisis , del tipo que sea , pone a prueba el grado de flexibilidad del sistema , y su capacidad para enfrentarlo, es decir la calidad de sus recursos y la forma en que los utiliza .

El estudio de la familia del enfermo mental tiene como raz , el concepto de que el paciente es un sintoma de la patologia familiar , y que los trastornos mentales guardan una relacion circular con la existencia de la enfermedad mental o la psicopatologia de los padres .

Es importante considerar que si la familia es propiciadora de enfermedad mental , tambien cuenta con los recursos necesarios para enfrentar esta situacion , recursos susceptibles de ser utilizados y desarrollados .

"Enfatizando la premisa de que la enfermedad mental significa un emergente del grupo familiar en un intento de esta por conservar la homeostasis , nos podemos explicar dos fenomenos muy especiales en cuanto a la actitud de la familia con el enfermo mental , una es la situacion de culpa de la familia frente a la enfermedad mental y otra es la necesidad de este grupo de segregar al enfermo mental depositándolo o reteniendolo , sin opción a un tratamiento , negando su enfermedad" (Cardenas, A 1988, p. 48)

En el pabellón numero cinco del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramirez Moreno" lo anterior es patente , pues de un total de 80 pacientes , 18 fueron abandonados por su familia y cinco ingresaron sin familia , los 41 restantes cuentan con familia y son visitados por lo menos una vez al mes (Informacion obtenida de los registros internos)

No obstante al contacto con el hospital , el 90% de los familiares que se presentaban a ver su paciente no conocian el diagnóstico , no sabian la causa de la enfermedad mental , ni se comprometian con el tratamiento de su familiar , unicamente asistian a visitarlo , dejarle alimentos y cantidades excesivas de cigarrillos (paquetes) y café fomentandose la idea de que el paciente nunca saldria de este lugar por lo que habria que tratarlo bien aqui , depositándolo y reclusandolo por su propio bien .

En este sentido era importante trabajar con la familia en un plano consciente respecto a sus sentimientos de rechazo, culpa o vergüenza, así como brindarle la información necesaria acerca de la enfermedad mental y lo que la familia puede hacer al respecto para lograr su bienestar

Resultando evidente la necesidad de desarrollar acciones para promover la participación activa de la familia en el tratamiento del paciente, ya que en esta unidad hospitalaria no se contaba con ningún programa en el que quedara incluida como parte fundamental en el tratamiento

Para ello se implementó un programa que permite incidir en las actitudes que guardan los familiares frente a la enfermedad mental y aminorar los sentimientos de culpa, con el objetivo de que se involucren en el tratamiento y recuperación de sus enfermos.

Este programa titulado Orientación y Reflexión acerca de la enfermedad mental dirigido a familiares de pacientes se llevó a cabo durante dos años y seis meses, obteniendo resultados que incidieron directamente en un incremento considerable de solicitudes de permisos terapéuticos y altas por remisión parcial de sintomatología.

El papel del psicólogo en esta labor se enfocó hacia el tratamiento, como agente de cambio, no solamente de lo individual, sino como promotor de desarrollo y bienestar emocional de un grupo centrándose en comprender la forma en que los subsistemas operan en la generación, mantenimiento y propagación de la problemática

II ANTECEDENTES

I-ENFERMEDAD MENTAL.

Definición:

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad psiquiátrica son el resultado de las interrelaciones de fuerzas complejas biológicas, socioculturales y psicológicas. Estas manifestaciones clínicas son esencialmente expresiones de una crisis en el proceso adaptativo. La adaptación desde un punto de vista Psiquiátrico, se refiere a una serie de cambios que ocurren en el interior de una persona, como resultado de las cuales satisface sus deseos y necesidades en relación con sus satisfacciones personales y con las realidades de su ambiente. Las alteraciones en este proceso se manifiestan principalmente como anomalías del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta. (Freedman, 1980)

El concepto corriente de enfermedad mental contiene, aun en círculos médicos ilustrados elementos residuales del pensamiento primitivo y mágico, sigue siendo vista como algo que "sobrecoge" que ataca a ciertos individuos desde afuera.

Una buena parte de los síntomas tanto en las enfermedades orgánicas como en las mentales, se entienden mejor como procesos adaptativos del organismo, como transacciones entre las fuerzas ofensoras y las defensoras. Este concepto de enfermedad ha sido ampliamente usado en el campo de la psicopatología desde Sigmund Freud quien concibió a los síntomas como intentos de restaurar el equilibrio que ha sido alterado por condiciones internas o externas. (De la Fuente, 1963)

Existen diversas clasificaciones acerca de la enfermedad mental (DSM-IV, CIE 10), sin embargo en el presente trabajo se opta por la clasificación incluida en el Tratado de Psiquiatría de Henri Ey, P. Bernard-Ch. Brisset 1980.

Para poder ofrecer una clasificación de las "enfermedades mentales" (Neurosis, Psicosis, Demencia, Oligofrenias), es necesario tener una idea directora, idea que no puede surgir más que de la observación clínica, sin prejuicios doctrinales ni hipotéticas concepciones patogénicas. Para definir estas afecciones, caracterizadas únicamente por sus síntomas (o, si se quiere, por su estructura) y su evolución es necesario, pues, atenerse a la fisonomía clínica y a la evolución de los trastornos.

En este sentido, de conformidad con los estudios clásicos, pensamos que debe distinguirse entre las enfermedades mentales conocidas como Psicosis agudas y las enfermedades mentales llamadas Psicosis crónicas. Sin embargo esto no supone una opción entre formas curables o incurables lo cual sería del todo absurdo, puesto que ciertas formas agudas son rebeldes a la terapéutica, mientras que las formas crónicas pueden ser beneficiamente influidas por los tratamientos.

Lo que caracteriza a las Psicosis agudas es el estar constituidas por síntomas cuya yuxtaposición u organización permiten prever su carácter transitorio. Se trata de crisis o episodios más o menos largos, que ciertamente, pueden reproducirse, pero que presentan una tendencia natural a la remisión.

Dentro de este grupo distinguiremos las psiconeurosis emocionales, las manías, las melancolías, las psicosis delirantes y alucinatorias agudas, las psicosis confusionales y los trastornos mentales de la epilepsia.

Lo que caracteriza a las enfermedades mentales crónicas es el presentar espontáneamente una evolución continua o progresiva que altera de manera persistente la actividad psíquica. Según su grado de potencialidad destructora, pueden distinguirse dentro de este grupo, las neurosis, las psicosis esquizofrénicas y finalmente las demencias. (Henri Ey, 1986)

TABLA 1
" CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES SEGÚN HENRI EY
1986"

Enfermedades Mentales agudas (Desestructuración del campo de la consciencia)	Enfermedades Mentales crónicas (Desorganización del ser consciente, Patología de la Personalidad)
<ul style="list-style-type: none"> -Crisis emocionales (reacciones neuroticas agudas) -Síndromes manícodepresivos -Síndromes delirantes y alucinatorios agudos -Síndromes confusorios 	<ul style="list-style-type: none"> -Neurosis (de angustia, fóbicas, obsesivas, histéricas) -Psicosis delirantes crónicas <ul style="list-style-type: none"> Sistematizadas (Paranoia) Fantásticas (Parafrenia) Autísticas (Esquizofrenia) -Demencias

(en Henri Ey, 1986, p.202)

Nos enfocaremos a describir más detalladamente el rubro de Enfermedades mentales crónicas, especialmente las Psicosis delirantes crónicas sistematizadas y autísticas, siendo estas las patologías más frecuentes en la población hospitalizada en el pabellón cinco.

PSICOSIS DELIRANTES CRÓNICAS:

Las Psicosis Delirantes Crónicas son Psicosis caracterizadas por "ideas delirantes" permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico. Por ideas delirantes debe entenderse no solo las creencias y las concepciones a través de las cuales se expresan los temas de la ficción delirante (persecución, grandezas, etc.) sino también todo el desfile de fenómenos ideafectivos en que el delirio toma cuerpo (intuiciones, ilusiones, interpretaciones, alucinaciones, exaltación imaginativa y pasional, etc.) En efecto no se podía hablar de estas "ideas delirantes" como si se tratara de simples errores de juicio.

Los Delirios crónicos son en cierto modo más complejos que las "experiencias delirantes" puesto que el delirio no es tan solo pasivo y accidental - como una especie de sueño o trastornos del humor y de las percepciones a que da lugar una intoxicación, por ejemplo, - sino que está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo. Es decir que el delirio está incorporado a la personalidad del delirante, los delirios crónicos son en este sentido enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del Yo alienado.

Estos enfermos delirantes son, en efecto, los "alienados" en el sentido más completo del término, ya que se conducen y piensan en función de su concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad comunes. Pero el delirio crónico, no solo por la diversidad de sus temas, sino sobre todo por las modalidades propias de su elaboración (trabajo delirante mediante procedimientos discursivos de la construcción verbal y del pensamiento reflexivo) no es siempre igual a sí mismo. Veremos que puede sistematizarse en una especie de ficción notablemente coherente o, por el contrario, disgregarse en un pensamiento irreal.

De tal manera que, si en los casos más puros consiste en una especie de intelectualización abstracta o en un sistema de creencias bien articuladas (paranoia), en otros casos, o en ciertas fases de su evolución, estos delirios se acercan al sueño y a las experiencias delirantes agudas por su aspecto caótico o fantástico. Es el caso de las Psicosis esquizofrénicas en las cuales el autismo es secundario a una disociación psíquica. Dicho de otro modo, el conjunto del género de los delirios crónicos - definido por la alienación del Yo, y la transformación delirante del Yo y su mundo - abarca modalidades estructurales de especies diferentes.

A su vez se subdividen en

- a) Sin evolución deficitaria - Psicosis delirantes sistematizadas (paranoia)
 - Psicosis Alucinatorias crónicas
 - Psicosis Fantásticas
- b) Con evolución deficitaria - Formas Paranoideas de la esquizofrenia

PSICOSIS DELIRANTES CRÓNICAS:

Las Psicosis Delirantes Crónicas son Psicosis caracterizadas por "ideas delirantes" permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico. Por ideas delirantes debe entenderse no solo las creencias y las concepciones a través de las cuales se expresan los temas de la ficción delirante (persecución, grandezas, etc.) sino también todo el desfile de fenómenos ideofectivos en que el delirio toma cuerpo (intuiciones, ilusiones, interpretaciones, alucinaciones, exaltación imaginativa y pasional, etc.) En efecto no se podría hablar de estas "ideas delirantes" como si se tratara de simples errores de juicio.

Los Delirios crónicos son en cierto modo más complejos que las "experiencias delirantes" puesto que el delirio no es tan solo pasivo y accidental - como una especie de sueño - o trastornos del humor y de las percepciones a que da lugar una intoxicación, por ejemplo, - sino que está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo. Es decir que el delirio está incorporado a la personalidad del delirante, los delirios crónicos son en este sentido enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del Yo alienado.

Estos enfermos delirantes son, en efecto, los "alienados" en el sentido más completo del término, ya que se conducen y piensan en función de una concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad comunes. Pero el delirio crónico, no solo por la diversidad de sus temas, sino sobre todo por las modalidades propias de su elaboración (trabajo delirante mediante procedimientos discursivos de la construcción verbal y del pensamiento reflexivo) no es siempre igual a sí mismo. Veremos que puede sistematizarse en una especie de ficción notablemente coherente o, por el contrario, disgregarse en un pensamiento irreal.

De tal manera que, si en los casos más puros consiste en una especie de intelectualización abstracta o en un sistema de creencias bien articuladas (paranoia), en otros casos, o en ciertas fases de su evolución, estos delirios se acercan al sueño y a las experiencias delirantes agudas por su aspecto caótico o fantástico. Es el caso de las Psicosis esquizofrénicas en las cuales el autismo es secundario a una disociación psíquica. Dicho de otro modo, el conjunto del género de los delirios crónicos - definido por la alienación del Yo, y la transformación delirante del Yo y su mundo - abarca modalidades estructurales de especies diferentes.

A su vez se subdividen en:

- a) Sin evolución deficitaria
 - Psicosis delirantes sistematizadas (paranoia)
 - Psicosis Alucinatorias crónicas
 - Psicosis Fantásticas

- b) Con evolución deficitaria
 - Formas Paranoias de la esquizofrenia

EL GRUPO DE LOS DELIRIOS CRONICOS SISTEMATIZADOS

A.- Psicosis paranoicas:

Estos delirios son llamados sistematizados ya que 1º estan prendidos en el caracter y la construccion misma de la personalidad del delirante y 2º se desarrollan con orden coherencia y claridad (Kraepelin en Henri Ey 1986)

Estan caracterizados por su construccion , en cierta manera "lógica" a partir de elementos falsos, de errores o de ilusiones, que son como los "postulados" de la fábula delirante .Realizan una polarizacion de todas las fuerzas afectivas en el sentido de una construccion delirante que subordina toda la actividad psiquica a sus fines

Los sintomas de este delirio (interpretaciones, ilusiones, percepciones delirantes, actividades alucinatorias e intuiciones) son todos reductibles a una patologia de las creencias , ya que las ideas delirantes envuelven en su conviccion dogmatica todos los fenómenos que forman, a través del pensamiento reflexivo del delirante, la edificacion del sistema de su mundo

Estos delirios corresponden a los antiguos conceptos de Monomania o de paranoia sistematica . A veces se les llama "paranoicos" por esta razon y tambien porque el caracter llamado paranoico (desconfianza, orgullo, agresividad, falsedad del juicio, psicorigidez) constituye un aspecto fundamental de la personalidad de muchos de estos enfermos

Estos delirios son relativamente coherentes por su forma sistematica , es decir, en la forma en que se presentan al observador (personas que le rodean medico , jueces) como relativamente plausible . De ahi su poder de conviccion o de contaminacion (delirio de dos o delirio colectivo, en el que el delirante inductor hace participar activamente en su delirio , a titulo de delirante inducido, a otros, con frecuencia familiares)

B.- Psicosis Alucinatorias Crónicas:

Este grupo de delirios crónicos viene caracterizado clinicamente por la considerable importancia de los fenomenos psicosenoriales (alucinaciones, pseudoalucinaciones , sindrome de automatismo mental) y fue llamado antiguamente locura sensorial, paranoia alucinatoria, etc

De pronto estallan las voces, las transmisiones de pensamiento o el eco del pensamiento aparecen en la mente . El enfermo se siente "adivinado" , espiado; sus actos son comentados o bien percibe extraños olores, un gusto sospechoso en los alimentos , fluidos en su cuerpo, corrientes electricas en su cabeza o en sus organos genitales : se convierte en un "médiu" , en una estacion receptora o emisora de telegrafia , etc. Sus reacciones son

las del asombro . ya que, desconcertado , experimenta pasivamente este parasitismo alucinatorio

C.- Delirios Fantásticos:

Cierto numero de delirios cronicos estan caracterizados por 1º el carácter fantástico de los temas delirantes . 2º la riqueza imaginativa del delirio . 3º la yuxtaposición de un mundo fantástico al mundo real al que el enfermo continua adaptandose bien . 4º la ausencia de sistematización . 5º la ausencia de la evolución deficitaria permaneciendo notablemente intacta la capacidad psiquica de estos enfermos.

LAS PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICAS:

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, el grupo de las esquizofrenias engloba efectivamente la mayor parte de los casos de alienación mental caracterizada por un proceso de disgregación mental, que ha sido llamado alternativamente "demencia precoz", "disCORDANCIA intrapsíquica" o disociación autística de la personalidad"

Las Psicosis esquizofrénicas al igual que las Psicosis delirantes crónicas, evolucionan por lo general durante años, puede decirse que durante la mayor parte de la existencia

Agruparemos los elementos descriptivos en dos capítulos, por una parte la disgregación de la vida psíquica va a dar lugar a una serie de rasgos en cierta manera negativos, es el "modo" esquizofrénico de desestructuración de la conciencia y de la persona, llamado síndrome de disociación, por otra parte el vacío así creado tiende a transformarse en una producción delirante positiva, también esta de un estilo particular, es el delirio autístico o autismo

Estos dos polos de la descripción son estrictamente complementarios y están unidos por caracteres comunes, la ambivalencia, la extravagancia, la impenetrabilidad, el desapego, los cuales comunican a la sintomatología un carácter tan peculiar.

- La ambivalencia consiste en la experiencia de un antagonismo simultáneo o sucesivo de dos sentimientos, de dos expresiones, de dos actos contradictorios: deseo-temor, odio-amor, afirmación-negación, etc. Los dos términos opuestos son vividos conjuntamente y sentidos separadamente, en una especie de yuxtaposición y de mezcla.
- La extravagancia resulta de la distorsión de la vida psíquica, cuya pérdida de unidad, incomodidad y malestar conducen a rodeos extraños o fantásticos que dan la impresión de una búsqueda barroca, de una serie de paradojas encadenadas zapichosamente.
- La impenetrabilidad caracteriza la incoherencia del mundo de relaciones del esquizofrénico, su tonalidad enigmática, el hermetismo de sus intenciones, de su conducta o de sus proyectos.
- El desapego evoca el retraimiento del enfermo hacia el interior de sí mismo, la "vuelta" centrípeta de la conciencia y de la persona, la invasión de lo subjetivo y el abandono a la ensañación interior.

Encontraremos estos caracteres generales a lo largo de toda la enfermedad y en todas sus variantes. Componen dentro del cuadro clínico del esquizofrénico una especie de fondo característico. En ellos se piensa cuando se habla sobre todo de **Discordancia** (Chasin, 1912 en Henri Ey 1986), es decir cuando se habla del carácter a la vez anárquico, incoherente y absurdo de los síntomas.

La disgregación de la vida psíquica puede definirse como un desorden discordante de los fenómenos psíquicos los cuales han perdido su cohesión interna. También se habla de dislocación para designar este trastorno fundamental.

a) Trastornos del curso del pensamiento y del campo de la conciencia. La discordancia más sorprendente de la esquizofrenia es la que existe entre una inteligencia "potencial", que parece conservada, y el uso profundamente alterado de esta inteligencia: pérdida de cohesión, de armonía, de eficacia, "ataxia intrapsíquica" (Stransky, en Henri Ey 1986 p.p. 508), tales son los términos generalmente empleados para definir esta debilitación dinámica del pensamiento. Este aparece como enmarañado y desordenado, tan pronto identificado hasta llegar a la perseveración (estancamiento, rumiación mental de interminables series de palabras o de ideas, denominación automática de objetos), tan pronto precipitado y prolijo o aun elíptico y discontinuo, como a saltos. La producción ideica es caótica y mal dirigida.

Las asociaciones se encadenan por contaminación, derivaciones, sustituciones, terminando en propósitos absurdos, en evocaciones bruscas, en interferencias y en extravagancias, detrás de las cuales pueden percibirse, de vez en cuando extrañas "iluminaciones" revisivencias o invenciones insolitas.

b) Trastornos del lenguaje. Ciertamente no puede separarse el pensamiento de su expresión verbal, pero el estudio del lenguaje de los esquizofrénicos no permitirá captar concretamente los procedimientos de la discordancia.

La conversación puede resultar imposible: el mutismo, el semimutismo (conversaciones a parte, en voz baja), o mutismo interrumpido por impulsiones verbales (injurias, blasfemias, obscenidades) o incluso respuestas laterales, absurdas, desconcertantes, sin relación con la pregunta, pero, en todos los casos, la conversación es singular por el hecho de que no está destinada a establecer un contacto entre el enfermo y su interlocutor: es un monólogo, a veces rápido, entretenido, pero a menudo abstracto, inadecuado a la situación, en efecto, el enfermo no tiene en cuenta la situación, prosigue en voz alta una "ensoñación verbal", sin finalidad, sin contacto, sin intervención consciente. Las preguntas o las respuestas que se hacen sirven como máximo de pretexto, jamás son verdaderos elementos de un intercambio.

La fonética también presenta la misma falta de intencionalidad unificadora del razonamiento. Entonación, ritmo y articulación están desintegrados, lo mismo ocurre a veces con la estructura de las palabras (condensaciones de sílabas, mutilación, deformación del vocabulario) cuya unidad está rota.

Las alteraciones de la semántica en el sentido (lo significado) del material verbal (lo significante) está desviado de su acuerdo con el lenguaje común. El esquizofrénico tiende a cambiar el sentido de las palabras, bien sea fabricando unos verdaderos neologismos, bien sea empleando en un sentido nuevo palabras ya existentes.

Los neologismos genuinos son raras palabras rituales cargadas de significación delirante, pero la incoherencia sintáctica es frecuente y consigue transformar el lenguaje en una "ensalada" de palabras, en un galimatías (esquizofasia) en una especie de lenguaje hermético que se encuentra sobre todo en las fases praterminales de la disgregación (Teufel 1927, Delmont 1938, Racanuer, 1955, en Henri Ey: 86).

La escritura, los dibujos y las diversas producciones gráficas muestran alteraciones del mismo sentido y del mismo valor que las del lenguaje oral: escritura deformada en su grafismo y en sus significaciones raras ornamentaciones, imágenes fantásticas, cuadros y poemas extraños, simbólicos y abstractos. Todas estas producciones señalan la vuelta del enfermo a un subjetivismo total que a veces puede tener un cierto valor estético e incluso inscribirse en el estilo de la poesía fantástica.

A través de todos estos extraños modos de lenguaje y de expresión volvemos a encontrar la ilustración de los trastornos del curso del pensamiento y las alteraciones del conjunto de los sistemas de comunicación.

c) Alteraciones del sistema lógico. Esta distorsión imaginaria se encuentra de nuevo en el uso del sistema lógico. Se ha estudiado mucho la inteligencia del esquizofrénico a fin de distinguir los déficits esquizofrénicos de las demencias, trasfondo del problema de las relaciones entre la Demencia precoz de Kraepelin y la Esquizofrenia de Bleuler. Es un hecho cierto que los trastornos del esquizofrénico típico no son idénticos a los del debilitamiento global y basal, progresivamente demencial.

La mayoría de los estudios realizados llevan a la noción de un trastorno más sutil y más elevado de los valores lógicos: se trata del dominio más elevado de los valores lógicos de las relaciones intrapersonales e interpersonales. En efecto, el pensamiento arcaico o "irreal" constituye no un pensamiento demencial, sino un pensamiento regresivo o gobernado por las exigencias afectivas y por la necesidad de modificar el sistema de la realidad de escapar a las leyes de las categorías lógicas del entendimiento (causalidad, identidad, contradicciones).

ARCAICO el pensamiento del esquizofrénico es un pensamiento mágico que adopta el animismo del primitivo, su impermeabilidad a la experiencia, su adhesión a los valores metafóricos y a los arquetipos simbólicos.

IRREAL es un pensamiento "paralógico", a la vez simbólico y sincretico. Las abstracciones de este pensamiento, tan frecuentes como hemos podido ver, no son los modos de pensamiento lógico por los cuales nosotros obtenemos un concepto de una realidad conocida, sino que son refugios, retiradas sistemáticas sin base objetiva son "abstracciones formales".

de la desorganización de la vida afectiva. Cuando Kraepelin describía la enfermedad como una "demencia afectiva", indicaba ya la íntima combinación entre los trastornos intelectuales y los trastornos afectivos. Estos últimos constituyen la capa más profunda y son el motor de los demás trastornos.

Las relaciones afectivas están completamente invertidas. Incluso si ciertas apariencias de conductas sociales permanecen aceptables, el análisis de su contenido las muestra profundamente alteradas. La esquizofrenia pone de manifiesto aquí uno de sus aspectos fundamentales: la comunicación con los demás, cuando no está cortada, está radicalmente falsificada. En esta falsificación participan los afectos y las creencias que son sus expresiones.

Es en el círculo familiar donde los trastornos son más aparentes. Los padres son, a la vez o sucesivamente, indispensables u odiados. El enfermo no puede separarse de su madre, por ejemplo, pero no le dirige más que palabras de odio; ella es a la vez perseguida como objeto amoroso y prohibida como objeto incestuoso; puede ser acusada de envenenadora y objeto de unos celos feroces. El padre entra en la misma ambivalencia, detestado y respetado, es temido como un juez y adorado como una madre.

Los hermanos y hermanas son objetos de las mismas exigencias pulsionales, y su existencia puede ser negada o supervalorada según las oscilaciones de los sentimientos apasionados y contradictorios, y así progresivamente el esquizofrénico se encierra en un círculo de creencias, de deseos y de sentimientos intensos e irracionales, en un infierno de relaciones ambiguas, frágiles e inestables, que se esfuerza en destruir y en recrear sin tregua; ya que, a partir de la situación parental, el enfermo proyecta en todos los que le rodean los afectos y fragmentos de imágenes que "fantasmaticizan" las primeras relaciones fundamentales.

De ahí las extrañas fijaciones y repulsiones, las amistades trágicas y las enemistades absolutas, los bruscos cambios de sentimientos, las ilusiones y desilusiones, los agradecimientos y las ingratitudes, las coleras, las pasiones, los accesos de frialdad y de odio. Tales son los enigmas de esta ambivalencia afectiva.

Las manifestaciones emocionales que expresan este caos son desconcertantes y como se dice, "inmóviles"; ya que surgen de una capa afectiva impenetrable y secreta. La motivación que nosotros asignamos a una sonrisa o a una crisis de llanto, tiende a ser reconocida por el prójimo, pero en el esquizofrénico esta motivación es estrictamente interna, de manera que su sonrisa o sus lágrimas escapan a nuestro entendimiento, a todo intercambio humano.

Detrás de estas perturbaciones de las relaciones o de las emociones, se descubre la primitiva exigencia del mundo de los instintos, ya revelado en los conflictos sin matices de las pulsiones desordenadas y de las prohibiciones mágicas.

La profunda finalidad de todas las conductas o manifestaciones afectivas parece ser la de negar la afectividad, la de destruir su significación. De ahí el desinterés, la apariencia

desvitalizada de todas las conductas que tienen, con una especie de inercia mas aparente que real, la afectividad del esquizofrénico ("atimormia" de Giraud). De ahí también los numerosos rasgos de carácter agrupados por los autores bajo el nombre de negativismo (oposición, rigidez, ironía, enfurruñamiento, desdén). Todos estos rasgos expresan el "retiro interior" de los esquizofrénicos, la discordancia entre el sujeto y el mundo exterior, la "perdida del contacto vital con la realidad" (Minkowski, 1927 en Henri Ey 1980, p 512), es decir la interrupción del perpetuo intercambio entre el mundo y el sujeto, o incluso la relación subjetiva y hermética del sujeto a su mundo, que ya no es, que no debe ser ya el mundo de la realidad.

e) La discordancia psicomotriz. La ambivalencia provoca en los actos una especie de oscilación perpetua de la iniciativa motriz entre la suspensión y la ejecución del movimiento. En la mímica, conduce a una serie de expresiones paradójicas: los músculos de la cara se contraen sin las sinergias habituales (paramimias) y sin coordinación entre la expresión que dibujan y la emoción (sonrisas discordantes). Los gestos están lentificados, solo esbozados o mecánicos, como los de una marioneta. Tan pronto dan la impresión de torpeza y defectuoso desenvolvimiento, como de afectación, y de barroquismo (Henri Ey 1986, pp 509 - 512).

FARMACODEPENDENCIA

DEFINICION

La Organización Mundial de la Salud , recomienda que se utilice el término farmacodependencia en lugar de nombres que han estado en boga como toxicomanía , drogadicción y vicio (Ortega B 1992,p 13) La propia Organización ofrece la siguiente definición .

" La farmacodependencia es un síndrome de carácter social , psicológico y biológico que se manifiesta mediante un comportamiento en el que el uso de una determinada droga psicoactiva (o clase de drogas) adquiere mucho mayor importancia que otros tipos de comportamiento antes predominantes (es decir, el uso de la droga llega a tener un mayor valor relativo) siendo una característica fundamental, la prioridad asignada al comportamiento de búsqueda sobre otros comportamientos "

El síndrome de dependencia no es un fenómeno de carácter absoluto sino que tiene diferentes grados y puede medirse cuantitativamente . La intensidad del fenómeno se mide según los tipos de comportamiento secundario que se relaciona con dicho uso .

La presencia continua del síndrome de dependencia puede comprobarse en la medida en que estímulos relacionados con el fármaco despiertan el deseo de consumirlo e inciten el esfuerzo necesario para resistir el impulso de continuar ese consumo .

Droga es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias en condiciones normales para la conservación de la salud cuya administración modifica las funciones biológicas y , posiblemente , también la estructura del organismo , esta definición excluirá los alimentos , el agua, el oxígeno, etc

Es importante entender que el sujeto que ha usado drogas no es necesariamente un farmacodependiente , pudiendo distinguir dos tipos de consumo :

Uso limitado y tentativo de una sustancia química con el propósito de probar su efecto en el individuo . Es importante recalcar que el sujeto que utiliza las drogas como experimentación puede potencialmente convertirse en una persona que abuse de ellas .

Abuso . Uso habitual de una sustancia química que perjudica a tal grado la capacidad de funcionar del individuo , que da por resultado daños físicos , emocionales o psicológicos .

Las drogas pueden producir dos tipos de dependencia :

Dependencia Física y Psicológica .

Dependencia Psicológica:

Condición en la cual la persona depende una droga para tener un sentimiento de satisfacción o bienestar, o para crear placer y evitar malestar. Puede variar en intensidad de una preferencia moderada a un fuerte deseo o una fuerte compulsión de usar la droga. En casos graves se pueden desarrollar síntomas psicológicos severos si se suspende la administración continua de drogas.

Dependencia Física:

Es el estado fisiológico de adaptación al uso continuo de una droga. Se caracteriza por el desarrollo de tolerancia, que crea la necesidad de un aumento en la dosis para producir el mismo efecto. Se considera que la presencia de síntomas de abstinencia, cuando se suspende la administración de una droga, es evidencia de genuina dependencia física.

Tolerancia a las drogas:

Se define tradicionalmente en función de la curva de las dosis y respuesta, la cual describe o predice la intensidad del efecto producido por una determinada dosis de sustancia en cuestión. El término puede especificarse más como tolerancia inicial.

Tolerancia Mixta:

Condición en la cual la tolerancia que se desarrolla a una droga da por resultado una respuesta disminuida también a otra droga.

No se puede explicar la tolerancia únicamente en función de la exposición del sistema nervioso a la sustancia. La respuesta a la droga y, en consecuencia, el desarrollo de la tolerancia resultan también profundamente afectados por el estado funcional del organismo durante el período de exposición a la sustancia. (Ortega B. 1992, p.15)

La tolerancia es uno de los fenómenos más importantes que acompañan a la administración prolongada de las sustancias que pueden provocar dependencia. (Ortega B. 1992, p.16)

PACIENTE PSIQUÍATRICO Y TRATAMIENTO

Los problemas de salud mental en México como en la mayoría de los Países Latinoamericanos no han sido adecuadamente atendidos por razones que no se limitan a la escasez de recursos ni a la mayor prioridad a los problemas de salud, sino que están relacionados con la ignorancia, los temores y los prejuicios profundamente arraigados en nuestra cultura, en relación con los trastornos mentales y hacia quienes los padecen.

Contribuyen a agravar esta situación las creencias prevalecientes, en su mayoría injustificadas, de que la ciencia médica aun no cuenta con los conocimientos indispensables para prevenir y remediar este tipo de trastornos. (García S y Andrade P., 1994.)

Hasta hace poco tiempo lo único que se hacía era mantener bajo custodia a los enfermos sin embargo, durante la época de los 70's se dio un mayor interés a la participación comunitaria y se dejó un poco el nivel individual por el familiar, así como también se dio más hacia la prevención que hacia la cura, no obstante se puede ver que hay una inadecuada distribución de estos servicios ya que aproximadamente el 60% de los recursos totales están en el D.F. Además de que como se sabe no se cuenta con el personal especializado en relación al número de pacientes internos, además de que los programas de rehabilitación y seguimiento de casos son escasos.

Ante esta marginación de los servicios de salud y la limitación de presupuesto que es destinado para el cuidado de estos pacientes, se había diseñado un programa de atención a tres niveles el cual fue posteriormente abandonado y que constaba de atención en el primer nivel en el que se incluye al personal general de salud que serían capacitados para detectar oportunamente casos de alteraciones psiquiátricas, para los casos que lo requirieran transferirlos a un segundo nivel de atención, en este nivel se planeaba hacer llegar los servicios de salud mental a la población rural y marginada.

La atención en este segundo nivel requiera de personal especializado para trabajo interdisciplinario (Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Trabajadores Sociales etc.) para dar atención en consulta externa, desarrollar programas preventivos y participar en la enseñanza además de que incluir al menos 5% de las camas de los hospitales generales para la atención de pacientes psiquiátricos tranquilos, esto permitiría tratar entre el 60 y 80% de los casos de neurosis y trastornos de personalidad, lo que disminuiría el riesgo de que por falta de atención se convirtieran en casos crónicos, algunos ellos aunque requieran de atención especial no es necesario que sean separados de su familia, por lo que en este aspecto se podría enseñar a los familiares técnicas que se necesitan emplear para la atención del paciente.

La atención en el tercer nivel, menos del 10% de los pacientes psiquiátricos, se da a través del internamiento en hospitales especializados, se sugiere en este nivel que estos hospitales cuenten con una área de atención para pacientes crónicos y otra para agudos, así como otra para enfermos que deban permanecer en custodia, el número de pacientes no debe exceder de 300 y se debe contar con un espacio especial para terapia ocupacional y elaborar un programa de seguimiento para evitar sus reingresos (Avila, Santos en Vazquez L., 1986).

FAMILIA

Definición :

"La familia constituye la unidad indispensable de toda organización social, a través de la historia del hombre. La familia adquiere esta significación dinámica para la humanidad porque, mediante su funcionamiento provee el marco adecuado para la definición y conservación de las diferencias humanas dando forma objetiva a los roles distintivos pero mutuamente vinculados, del padre, de la madre y del hijo, que constituyen los roles básicos en todas las culturas." (Pichon R. 1975, p. 57)

La familia humana es una organización única. Es la unidad básica de la sociedad, provee las condiciones para la unión del hombre y la mujer, de manera en que estos puedan tener hijos y asegurarles alimentación y energía.

En ocasiones utilizamos la frase "organismo familiar" para denotar las cualidades de proceso viviente y unidad funcional de la familia. La frase sugiere que la familia tiene una historia natural de vida que le es propia, un período de germinación, un nacimiento, una etapa de crecimiento y desarrollo con una capacidad de adaptarse a la progresión y al cambio y, por último, la declinación de la antigua familia y la creación de otras nuevas.

Solemos hablar de la edad de la familia, la cual, a lo largo de su lapso de vida, atraviesa etapas sucesionales de desarrollo. La configuración de la familia se ve sometida a cambios significativos en cada fase de transición. Su estructura es una durante el período de la crianza de los hijos, es otra cuando los hijos entran a la pubertad y los progenitores alcanzan su madurez, y otra diferente cuando los hijos maduran, se casan y siguen sus distintos caminos y los progenitores van ingresando en la ancianidad.

Así como hay energizadas decisivas en la maduración del individuo, del mismo modo existen también crisis análogas en la vida de la familia. A medida que una familia evoluciona de una etapa a la siguiente, debe ir descubriéndose un equilibrio nuevo y apropiado para la reciprocidad esencial entre el hombre y la mujer, entre los padres y los hijos (Ackerman, 1978, pp. 37-40).

La familia es un plan universal de vida. Es la unidad del crecimiento y la experiencia, de la realización y del fracaso, es también unidad de la salud y enfermedad.

Familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana. Es una entidad paradójica y evasiva, asume muchas apariencias, es la misma en todas partes y sin embargo, nunca ha permanecido igual. La constante transformación de la familia a través del tiempo, es el resultado de un incesante proceso de evolución, ya que la forma de la familia se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y un tiempo dados.

En el escenario contemporáneo, la familia está cambiando su pauta con una velocidad notablemente acelerada, se acomoda en forma llamativa a la crisis social que caracteriza nuestro período histórico. No hay nada fijo o inmutable en la familia, excepto en que está siempre con nosotros.

Algunas formas de familia se han estructurado visiblemente como una unidad económica y se han ligado poco a su matriz biológica. Familia no siempre ha significado padre, madre e hijo. A veces ha representado el funcionamiento complicado y unitario de una casa, una casa compuesta de todos los que vivían bajo un mismo techo o que se sometían a la autoridad de una cabeza suprema, un grupo de personas unificado con el propósito de regular eficazmente lo social.

Los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, sociales y económicos.

Biológicamente, la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica de la sociedad que se encarga de la unión del hombre y la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación.

Estas funciones biológicas sólo pueden cumplirse en una organización adecuada de las fuerzas sociales.

Psicológicamente los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas. Y están ligados económicamente en interdependencia mutua para la provisión de sus necesidades materiales.

Así la familia es en todo sentido el producto de la evolución. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevalentes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas de las ligaduras biológicas básicas de hombre y mujer y de madre e hijo.

A través de todo el proceso la unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente por las condiciones externas tanto como por su organización interna. Así como en el desarrollo del individuo hay crisis decisivas, así también en la vida de la familia hay períodos críticos en los que el vínculo de la familia misma puede fortalecerse o debilitarse.

Los cambios adaptativos en la estructura familiar están determinados tanto por su organización interna como por su posición externa en su comunidad.

Por lo común se reconoce que la trama en las relaciones familiares puede estar influenciada en amplia variedad de formas, sea por ambiente social amistoso, protector o por uno hostil y peligroso.

Un ambiente social que impone peligros puede hacer que una familia se desintegre , la unidad familiar puede desmoronarse al ser invadida por fuerzas externas O por contraste una familia puede reaccionar con un reforzamiento defensivo de su solidaridad

Un ambiente externo amistoso que proporciona oportunidades de autoexpresion y recompensa en la comunidad más amplia puede aflojar los lazos de la familia y fomentar en sus miembros una movilidad social implementada O si la familia esta organizada internamente , puede reaccionar con mayor acercamiento y satisfaccion incrementada para los miembros individuales que se congregan en ella

Se sabe que con un cambio en la estructura familiar en respuesta al cambio social , las ligaduras de amor y lealtad pueden fortalecerse o debilitarse , pueden cambiar notablemente la participacion en la experiencia, la division y la distribucion de la autoridad entre la madre y el padre (Ackerman 1986, 41-62).

La familia debe ajustarse desde dentro a la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros a todos los otros. Bajo condiciones favorables los sentimientos de amor y lealtad prevalecen y se mantiene la armonia familiar . Bajo condiciones de tension y conflicto excesivos pueden surgir antagonismos y odio mutuos, amenazando la integridad de la familia .

La familia puede compararse a una membrana semipermeable, a una envoltura porosa que permite un intercambio selectivo entre los miembros cubiertos por ella y el mundo externo.

Fundamentalmente la familia hace dos cosas : asegura la supervivencia fisica y construye lo esencialmente humano del hombre. La satisfaccion de las necesidades biológicas básicas es esencial para sobrevivir , pero saciar solamente están necesidades no garantizan de ninguna manera que se desplieguen las cualidades humanas. La matriz para el desarrollo de estas cualidades humanas es la experiencia familiar de estar juntos .

Esta union esta representada por la union de madre e hijo y se refleja posteriormente en los lazo de identidad del individuo y la familia , de la familia y la comunidad más amplia.

Concretando, las funciones sociales que cumple la familia (según Akerman 1986) son

1.- Provision de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen proteccion ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperacion social

2.- Provision de union social , que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares

3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal , ligada a la identidad familiar; este vinculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psicicas para enfrentar experiencias nuevas

4 - El moldeamiento de los roles sexuales , lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual

5 -La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social

6 - El fomento de aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa social

Es claro que la configuración de la familia determina las formas de conducta que se requieren para los roles de esposa, esposo, padre, madre e hijo. La paternidad y la maternidad y el rol del hijo adquieren significado específico solo dentro de la estructura familiar determinada.

"Así la familia moldea la clase de personas que necesita para llevar a cabo sus funciones, y en este proceso cada miembro reconcilia su condicionamiento pasado con las experiencias de su rol actual. Es claro que este proceso es continuo, porque la identidad psicológica de una familia cambia con el tiempo" (Ackerman 1986, p.40)

La corriente de sentimientos que se mueven entre miembros de la familia pertenecen a clases numerosísimas y a todos los grados de intensidad. Bajo condiciones alteradas, cada una de estas corrientes emocionales, pueden hacer surgir su antagonista. El tono emocional que gobierna las relaciones entre dos miembros, cualesquiera de una familia, tiene un desarrollo peculiar propio, pero este desarrollo está continuamente influenciado por el clima emocional que caracteriza a la familia toda.

Lo que define a la atmósfera interpersonal única de la familia es la cambiante multiplicidad de las corrientes y contracorrientes emocionales. Es contra el fondo de esta atmósfera familiar en constante flujo, que se desarrolla la personalidad y reacciones sociales del niño.

Las perturbaciones emocionales de muchas personas convergen en la experiencia de la vida familiar cotidiana. El punto muerto de todas que forman o destruyen la salud mental es el dar y tomar emocional de estas relaciones. El grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al niño y moldea el desarrollo de su personalidad determinando así en gran parte su destino mental.

"Aquellos procesos por los que el niño absorbe o rechaza total o parcialmente, su atmósfera familiar determinan su carácter. Para el adulto la existencia cotidiana de la vida familiar representa un factor central en la estabilización y acrecentamiento de su salud mental, mejora la satisfacción personal, promueve el éxito en la integración social y estimula un nuevo desarrollo de su personalidad. La familia provee la clase específica de experiencias formadoras que permiten que una persona se adapte a situaciones vitales diversas" (Ackerman 1986, p.44)

La interacción familiar media los alcances del impacto entre la fantasía y realidad y afecta así el desarrollo de la percepción de la realidad. El individuo busca aquellas cualidades de la experiencia familiar que congenian con sus impulsos personales. Seleccionando, tema para sí los rasgos de la vida familiar que son favorables para la búsqueda de sus metas personales, fines placenteros y alivio de conflicto y culpa.

"La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional. Cada miembro influye en la conducta de todos los otros. Una desviación en la interacción emocional de un par de personas en una familia dada altera los procesos de interacción en otros pares familiares.

"En una relación triangular, uno de los miembros puede unir o hacer pedazos la unidad psíquica de los otros dos. 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. Una crisis en la vida de la familia puede tener efectos profundos y de gran alcance en la salud mental de la familia y de sus miembros individuales." (Ackerman 1986, p. 45)

LA FAMILIA DEL PACIENTE PSICÓTICO.

"El estudio de la familia del psicótico tiene como raíz el concepto de que el paciente es un síntoma de la patología familiar y que los trastornos mentales guardan una relación circular con la existencia de enfermedad o psicopatología en los padres" (Cardenas, A. 1988, p. 45)

Por lo tanto se considera que el enfermo es un emergente del grupo familiar, exponente y consecuencia de las tensiones del grupo. Este planteamiento abre enormes perspectivas que amplían la consideración del enfermo como un problema individual y de la enfermedad como algo más que el resultado de un proceso fisiopatológico. La repercusión sobre la práctica de estas nuevas consideraciones es inmediata y fructífera en el diagnóstico, pronóstico, terapéutica y profilaxis.

"Enfatizando la premisa de que la enfermedad mental significa un emergente del grupo familiar y el intento de conservar la homeostasis, nos podemos explicar dos fenómenos muy especiales en cuanto a la familia con el enfermo: uno es la situación de culpa de la familia frente al enfermo y la necesidad del grupo de segregar al enfermo mental y si por el contrario, la culpa es muy intensa, de retenerlo negando su enfermedad" (Cardenas, A. 1988, p. 48)

REACCIÓN SOCIAL ANTE EL ENFERMO MENTAL:

Mientras en el núcleo rural el enfermo psíquico es mejor aceptado por su familia y su entorno social, en la sociedad tecnificada e industrial se le margina sin darle ninguna opción, pues supone una carga. Por eso se le aísla durante el tiempo que es considerado improductivo, ya que para los organismos oficiales constituye la clase pasiva más cara que existe (Pons B. en Martí J. y Murcia M., 1988).

El problema es grave y requiere que la sociedad aprenda a colaborar en la prevención de los trastornos mentales, en su tratamiento y en la readaptación de los enfermos (OMS 1959, SIT 177). Para saber en qué forma la sociedad estará dispuesta a ayudarnos, debemos de conocer sus actitudes frente a la enfermedad y el paciente, si es favorable debemos actuar sin más dilación, pero si no es así, se convertirá en tarea primordial cambiar los prejuicios sobre los trastornos psíquicos e iluminar la ignorancia mediante una correcta educación sanitaria psicohigiénica.

La ignorancia sobre las causas que pudieran provocar la enfermedad puede desencadenar actitudes de hostilidad reforzadas por la conducta extravagante, extraña y poco previsible del enfermo.

Esa hostilidad genera ansiedad y la única forma de librarse de ella consiste en evitar y negar la existencia del enfermo y su trastorno.

Aunque el estudio científico y conocimiento de la familia tiene una historia más bien reciente (sobre todo en el contexto de la psiquiatría), se ha registrado un considerable aumento del interés por la familia, debido a la apreciación de su papel como la fuerza social más significativa durante el desarrollo del individuo y particularmente de la personalidad, siendo por lo mismo un medio potencial para el desarrollo anormal de la personalidad y los trastornos que de estos se derivan. Es hasta mediados de los años sesenta que la intervención con los familiares evolucionó lo suficiente para establecer el método de incluir a la familia como parte importante del tratamiento de los problemas mentales, lo que se convirtió en una línea terapéutica importante (Ackerman, 1967, Bowen, 1966; Reiss, 1967; Zuck G. 1967 en Rosas L. 1995).

Spiegel y Bell (1959) han comentado la aparición relativamente tardía del interés en el funcionamiento de la familia como unidad biosocial, en relación con la enfermedad mental. Señalan que "aspectos aislados" del cuadro total (rasgos selectos de la relación entre los padres y el hijo, o entre hermanos, factores situacionales o psicodinámicos selectos) han sido investigados ampliamente, pero casi siempre estas relaciones han sido estudiadas fuera del contexto, como si no existiese la familia como una totalidad.

Sin embargo los autores señalan que en la década pasada ha venido ganando adeptos una nueva manera de abordar el problema, pero que trata de eludir los aspectos de la teoría que la experiencia ha comprobado que no son satisfactorios.

Este modo de abordar el problema procura evitar el establecimiento de una dicotomía rígida entre organismo y ambiente, para poner en su lugar al paciente en la familia

Uno de los supuestos de este enfoque es que el paciente es un síntoma de la patología de la familia, por consiguiente el trabajar con el paciente aislado de la familia no da buenos resultados. La familia debe tratarse como unidad biosocial, a fin de establecer un equilibrio nuevo en el cual el paciente, lo mismo que otros miembros de la familia puedan mejorar su funcionamiento psicológico (Boszormenyi 1, 1979)

"Son muy pocos los estudios que se han realizado con familias por una parte debido a la increíble cantidad de variables que influyen en la familia y en el paciente psicótico hospitalizado y por otra parte a razón de que no se ha podido desarrollar una metodología adecuada con un control aceptable de variables para este tipo de pacientes" (Valencia C, 1984, p 81)

En torno de estos principios, se ha desarrollado un amplio movimiento de reforma, tanto en el ambiente como en las relaciones de trabajo de las instituciones psiquiátricas, lo que ha posibilitado una nueva dinámica social hospitalaria (Rosas M, 1995)

En estudios hechos sobre las relaciones afectivas entre los familiares y pacientes crónicos ingresados en un servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de la Habana, se destaca la importancia que reviste la atención afectiva por parte de los familiares de los pacientes y como contribuye a su tratamiento. Siendo desventajosa la situación de los pacientes, quienes en su mayoría no encuentran en el seno familiar suficiente apoyo para mantener una adecuada relación de comunicación a causa de su patología, viendo en sus familiares actitudes que van desde la total aceptación hasta el más absoluto rechazo

Quedando claro que cuando mayores sean las posibilidades ofrecidas por el medio social sobre todo en la comprensión familiar mayores serán las posibilidades de éxito en la rehabilitación de estos enfermos

Se admite que la familia y la aceptación por ésta de la enfermedad mental tiene una importancia decisiva. Por consiguiente, la primera fase que destaca es un hogar adecuado donde el paciente reciba en el seno familiar, además de afecto necesario, los medios para ofrecerle seguridad y que no sea una "carga" porque se puede desear al paciente y sentir cariño hacia él, pero no contar con los recursos económicos y vivienda adecuados que permita la menor posibilidad de hacerle sentirse, sobre todo adaptado

No se puede menoscabar la dignidad del paciente, ni subestimar la capacidad de los familiares, sino proporcionarles la ayuda, información y asesoramiento adecuado para permitirles atender al enfermo con conocimientos de causa

En estos estudios se concluye en lo necesario que es para la rehabilitación del enfermo mental crónico mantener buenas relaciones afectivas con el mismo. Esto conlleva a un

mejor ajuste familiar y social colocandolo lo más cerca posible a la sociedad (Martinez M.,1988).

Langsley en 1968 trabajo con 300 familias de pacientes que asintieron a consulta debido a crisis agudas. La mitad de las familias fueron canalizadas aleatoriamente a algún tipo de tratamiento hospitalario: Terapia individual, grupal, Milieu (ambiental) o medicamentosa y la otra mitad a una terapia de intervención en crisis familiar, manejada a nivel de consulta externa con el objetivo de reducir rápidamente el nivel de tensión de manera que la familia adquiriera recursos para enfrentar y manejar efectivamente la situación de crisis.

La terapia comprendía cinco sesiones en el hospital, una visita domiciliar y conversaciones telefónicas durante el transcurso de tres semanas de tratamiento. Si se consideraba que las familias requieran un tratamiento prolongado después de resolver la situación de crisis se les canalizaba a algún servicio del hospital.

Se realizó un seguimiento entrevistando a las familias a los 6, 12 y 18 meses después del tratamiento. Se encontró que los pacientes que recibieron la terapia de intervención en crisis tenían menos posibilidades de ser hospitalizados nuevamente y permanecieron un número menor de días en el hospital, por lo que parece que este tipo de tratamiento mas bien sirve para prevenir que para posponer la hospitalización.

No se encontraron diferencias en ajuste social y funcionamiento personal entre los dos tipos de tratamiento.

Goldstein (1978) considero a 104 pacientes esquizofrenicos de los cuales el 60 % fueron internados por primera vez, 62% eran solteros con promedio de 23 años de edad y con 12 días de hospitalización. Los pacientes fueron canalizados aleatoriamente a uno de cuatro tipos de tratamiento:

- 1) dosis bajas de neuroleptico y terapia familiar
- 2) dosis bajas de neuroleptico sin terapia familiar
- 3) dosis moderada de neuroleptico sin terapia familiar
- 4) dosis moderada de neuroleptico y terapia familia.

El tratamiento se orientó hacia la intervención en crisis con cuatro objetivos principales .

- 1 - Aceptación de la ocurrencia de la Psicosis
- 2 - Identificación de los estresantes precipitantes de la enfermedad
- 3 - Consideración de la ocurrencia de los eventos similares estresantes.
- 4 - Desarrollo de las estrategias para evitar, disminuir y manejar los eventos estresantes

La terapia familiar tuvo una duracion de seis semanas , con dos horas semanales iniciandose al momento que el paciente era dado de alta

Se evaluó a los pacientes antes y después del tratamiento y a los seis meses de seguimiento y se encontró que la terapia familiar tuvo efectos positivos a las seis semanas de tratamiento

A los seis meses de seguimiento los pacientes con dosis moderadas y terapia familiar no presentaron recaídas a diferencia de un 48 % de los pacientes con dosis bajas de neurolepticos y sin intervencion del tratamiento familiar

Ro- Trock, Wellisch y Schoolar (1977) Trabajaron con una pequeña muestra de 28 pacientes, la mayoría con diagnostico de esquizofrenia , 18 hombres y 10 mujeres, a quienes canalizaron aleatoriamente a dos tipos de tratamiento: terapia familiar y terapia individual. El objetivo de la terapia individual consistia en ayudar al paciente a desarrollar soluciones y habilidades para resolver sus conflictos de la vida diaria

Por su parte la terapia familiar pretendia un mejor nivel de comunicacion buscando cambiar la relacion de desadaptacion de la familia por nuevas y mejores formas de adaptacion.

A los tres meses de seguimiento los porcentajes de rehospitalización favorecieron al tratamiento familiar ya que ningún paciente de este grupo fue hospitalizado nuevamente

Sin embargo , seis de los 14 pacientes del tratamiento individual regresaron al hospital para ser internados B. Eikemann, T Reker 1991 A Modern Therapeutic Approach for Chronically Mentally ill Patients - Results of a four year Prospective Study. Acta Psychiatrica Scandinavica V. 84 (4)

Tomando en cuenta estos estudios podemos llegar a las siguientes conclusiones importantes acerca del tratamiento del paciente psicótico hospitalizado.

"En primer lugar que la aplicacion de los medicamentos neurolepticos , son un elemento esencial y universal en el tratamiento del paciente esquizofrénico". (Mosher and Keith 1980 en Valencia C 1984,p 81)

En segundo lugar que un ambiente hospitalario existe la alternativa de aplicar una gran variedad de modalidades de tratamiento (terapia ocupacional, recreativa y atención a la familia)

"Y finalmente que lo mas indicado es aplicar la combinacion de varias modalidades de tratamiento y que un tratamiento sirva como complemento de otro y viceversa." (May, 1974 en Valencia C 1984, p 82)

"El tratamiento del paciente psicótico hospitalizado requiere de consideracion especial, sobre todo, cuando la hospitalización es involuntaria, se puede dar el caso de que el paciente considere que no existe un problema y por lo tanto no acepte el tratamiento. La

separación de su familia . amigos, trabajo, etc. puede ser algo difícil e incrementar la ansiedad y sintomatología en el paciente". (Valencia, C. 1984 .pp 81 - 85)

DEFINICIÓN DE GRUPO:

La siguiente definición aportada por Brodbeck (en Dorwin 1976) sirve para identificar esa amplia clase de identidades sociales comúnmente llamadas grupos:

"Grupo es una suma de individuos situados en ciertas relaciones descriptivas (es decir observables) entre sí, desde luego, los tipos de relaciones ejemplificadas dependerán del tipo o lo determinarán los integrantes, sea una familia, un auditorio, un comité etc."

"Deben subrayarse ciertos rasgos de esta definición. Los elementos de un grupo son individuos, una serie de personas constituyen la membresía de un grupo. Para que una serie de personas califique como grupo, deben relacionarse entre sí de algún modo definido".

Lewin ha desarrollado más a fondo este punto de vista

"La similitud entre personas solo permite clasificarlas, reunir las bajo el mismo concepto abstracto, mientras que pertenecer al mismo grupo social implica la existencia de interrelaciones concretas y dinámicas entre las personas. Los grupos fuertes y bien organizados lejos de ser por completo homogéneos, contienen una variedad de diferentes sub-grupos e individuos. No es la similitud o la disimilitud lo que decide si dos individuos pertenecen al mismo o a diferentes grupos; lo decide la interacción social u otros tipos de interdependencia. Se define mejor a un grupo como un todo dinámico basado más bien en la interdependencia que en la similitud" Lewin K. (en Dorwin C. 1976, p. 80)

Entre las propiedades más a menudo utilizadas se encuentran: tamaño, (número de miembros), grado de interacción física entre los miembros, grado de intimidad, nivel de solidaridad, lugar donde se controlan las actividades del grupo, hasta donde están formalizadas las reglas que gobiernan las relaciones entre los miembros y tendencia de los miembros a reaccionar entre sí como personas individuales o como ocupantes de papeles

Aunque sería posible construir un número considerable de tipos de grupo combinando estas propiedades de modos distintos, por lo común solo han resultado dicotomías: formal - informal, primario- secundario, pequeño - largo, autónomo - dependiente, temporal - permanente, consensual - simbiótico. A veces se ha abogado por un procedimiento más bien diferente en que se clasifican los grupos de acuerdo con sus objetivos o ambientes sociales. (Dorwin C. 1976)

Así pues, todos los grupos presentan una dinámica, entendida esta como fenómeno en el conjunto de fuerzas que se generan en la interacción de un grupo y que se ejerce sobre todos los miembros del mismo, modificando su conducta, todo grupo modifica y es modificado

La dinámica de los grupos tomada en un sentido amplio se interesa por el conjunto de los componentes y de los procesos que aparecen en la vida de los grupos. Pero no es posible hablar de "grupo" sólo a partir de los factores de proximidad, semejanza e interrelaciones; estos sólo adquieren un sentido colectivo en el interior de una estructura, que rige el juego de las interacciones e implica en un plano más o menos consciente, una meta, un marco de referencia y una vivencia comunes (Maisonneuve J.1971).

La dinámica del grupo en función de la interrelación entre sus integrantes puede ser estudiada en el interjuego de roles, o mejor dicho, más que interjuego podemos hablar de una complementariedad de roles que es el factor más importante en la estabilidad del grupo.

La complementación de roles se hace en forma automática y por el proceso de comunicación se cumple un interjuego de proyección, introyección y de identificación recíprocas. Un aspecto de la comunicación es todo cambio de la conducta intencional o no, por el cual se influye sobre la conducta de otras personas sea esta intencional o no.

"Dentro de la comunicación, tenemos una clave importante para estudiar como la conducta de cada uno está condicionada por la de los demás y viceversa, con la característica de que pueden ser muy distintas incluso incongruentes, la comunicación que se da a nivel digital, es decir explícita o de contenido y la comunicación analógica, cargada de motivaciones inconscientes con lo cual se condiciona en otro una conducta que conscientemente no puede desear, pero que dinámicamente lleva una función". (Cárdenas, A 1988, p.46)

La familia es un grupo que funciona como un sistema en equilibrio dinámico, estructurado particularmente alrededor de las diferencias de sexos y edades y de algunos roles fijos, sometido a un interjuego interno y a un interjuego con el extra-grupo.

El grupo familiar más fuerte que otros grupos trata de preservar su estabilidad, por eso muchas familias que no son armónicas ni equilibradas conservan no obstante su estabilidad.

Resulta necesario para el trabajo grupal utilizar herramientas que faciliten el proceso y se cumplan los objetivos planteados , por lo que a continuación se definen algunas de las técnicas o tácticas que resultan necesarias para facilitar este proceso

TÉCNICAS Y TÁCTICAS:

Técnica se refiere al grupo de al conjunto de procedimientos que se utilizan para lograr con eficacia las metas grupales. la técnica es el diseño el modelo congruente y unitario que se forma en base a diferentes modos, a partir de los cuales se pretende que un grupo funcione , sea productivo y alcance otras metas más .La constituyen diferentes y diversos movimientos concretos (tácticas) con una estructura lógica que le dan sentido

Táctica se refiere a los movimientos específicos , a los modos que constituyen una técnica cuando un conjunto de ellas se organizan con consistencia interna .Las técnicas están constituidas por muy diferentes tácticas que conducen a un grupo a una meta.

Dado que las reacciones de los participantes son múltiples - quedarse callados, agredir, llorar, reír , saludarse etc - se debe estar capacitado para mantener la táctica adecuada a cada una de las reacciones por lo que es necesario conocerlas. (Gonzalez N., Monroy de V 1978) Nos enfocaremos exclusivamente a definir la técnica expositiva y las tácticas de que se hicieron uso frecuente.

Técnica expositiva:

Esta técnica se refiere a la exposición oral de un tema ante un grupo para lograr objetivos relacionados con el aprendizaje de conocimientos teóricos o informaciones de diversos temas.

Los principales objetivos de esta técnica consisten en

- a) estimular la motivación de los participantes a lo largo de toda la sesión
- b) proporcionar información y ejemplos suficientes en relación al tema
- c) verificar la comprensión de los conocimientos transmitidos a través de preguntas

Presentación La relación interpersonal es el primer paso para la integración de un grupo y dicha integración es la finalidad principal de la presentación de los miembros de un grupo que contribuyen a romper el hielo del principio , disminuir las tensiones y hacer notar que ninguno de los integrantes del grupo ha de pasar inadvertido .Además proporciona una primera idea de los valores personales y de la motivación de cada uno de los participantes para integrarse al grupo .(Gonzalez N., Monroy de V., 1978)

Rapport La relación en grupo implica un encuentro entre dos o más personas que pudieron haberse conocido anteriormente, o bien, que son totalmente desconocidos.

Encontrarse por primera vez con un grupo de personas completamente desconocidas, a quienes el sujeto deberá confiarles en lo sucesivo sus sentimientos más profundos, provoca en éste una situación de angustia acompañada de incomodidad y cierto grado de desconfianza. Por lo tanto se debe procurar el establecimiento de un sentimiento de mutua confianza y comprensión.

Estructuración de acciones dentro de los grupos, generalmente es permisible la expresión de todos los afectos siempre y cuando se de forma verbal o preverbal, pero nunca con acciones motoras agresivas ya se hacia los miembros del grupo o hacia el conductor (González N. Menroy de V., 1978).

Tácticas reflexivas:

Rogers propone el reflejo del sentimiento que trata de sacar a la luz la intención, la actitud o el sentimiento inherente a las palabras del sujeto, proponiéndolos a cada miembro del grupo sin imponérselos. (Rogers en Dorwin Cartwright 1976)

Reflejo de actitud:

Rogers ha llamado a éste tipo de reflejo "elucidación" y la define como la situación en la cual se ponen de manifiesto sentimientos y actitudes que no derivan directamente de las palabras del sujeto, sino que pueden deducirse razonablemente de la comunicación de su contexto (Rogers en Dorwin Cartwright 1976)

Reflejo de pensamiento :

Esta técnica ayuda a los participantes del grupo a percibir mejor, no solamente sus sentimientos y actitudes, sino también sus pensamientos. Mediante el uso del reflejo del pensamiento, los miembros del grupo puede analizar sus propios pensamientos y expresarlos como parte o si mismos a través de permitir hablar de sus pensamientos en forma libre y sincera y mediante el uso del reflejo cada uno es capaz de conocer su propio pensamiento y analizarlo de una manera efectiva.

Identificación de sentimientos :

La elaboración de sentimientos tiene un papel muy importante en cualquier tipo de relación interpersonal e incluso puede llegar a ser la responsable de dicha relación. Partiendo de la importancia que tienen los sentimientos y con el fin de facilitar su estudio, Shostrom y Brammer dividen a los sentimientos en tres categorías: positivos, negativos y ambivalentes. (Shostrom y Brammer en Dorwin Cartwright 1976).

Mientras que los sentimientos positivos y los negativos son los encargados de estimular y actualizar o destruir el yo, los ambivalentes se refieren a la presencia de dos o más sentimientos contrarios en pugna expresados al mismo tiempo y hacia el mismo objeto. Esta última situación se presenta frecuentemente en los grupos, la tarea es localizar las aparentes contradicciones y reflejarlas a los integrantes.

Tácticas de alentamiento :

Shostrom y Brammer... (en González N, Monroy de V. 19778.) definen al aliento como un tipo de recompensa que produce un efecto de refuerzo en el comportamiento y promueve la espera de otras recompensas en el futuro. Estos autores señalan las diferentes premisas en las que se apoya esta táctica:

- a) animar a explorar las nuevas ideas de los participantes o probar diferentes modos de conducta.
- b) reducir directamente la angustia y la inseguridad.
- c) reforzar las nuevas formas de conducta.

Tácticas de silencio:

Los procesos interpersonales, las conversaciones, la música están compuestos por sonidos y silencios. La experiencia grupal es una relación interpersonal que también está matizada por palabras y silencios. La cultura en general no aprueba el silencio en una conversación; hemos aprendido a sentirnos incómodos ante él y a considerar las pausas muy largas como si fuera un vacío social. Pero el silencio también habla y todo conductor de grupo debe aprender a oír lo que en los silencios se dice. Puede ser usado para responsabilizar a los miembros del grupo a que inicien un trabajo fructífero. (González N, Monroy de V. 1978)

GRUPOS DE ORIENTACIÓN:

En los grupos de familiares con pacientes psicóticos, el proceso interaccional que se da es un tanto particular y por lo mismo diferente al que se daría en otros grupos ya que hay elementos y sentimientos especiales en los integrantes. Un elemento importante es que existe un paciente identificado donde seguramente la mayoría de los integrantes depositan el motivo por el cual está dentro del grupo. Por otro lado existe una serie de sentimientos provocados por el paciente y hacia el mismo (Cardenas A, 1988)

El trabajo básico en los grupos de orientación es con los problemas que se relacionan con actitud y factores de situación, siendo el objetivo de esta el permitir a los individuos identificar problemas específicos y promover su solución

El precepto básico del trabajo con grupos de orientación es el de ayudar a los individuos a buscar soluciones para los problemas que los aquejan en primera instancia y desarrollar habilidades para que ellos mismos busquen nuevas soluciones a problemas futuros

"Un grupo de orientación es algo más que un conglomerado de personas que asisten a escuchar una plática de un profesional. Es la unión de varios sujetos que se agrupan en la búsqueda de una meta en común. Este trabajo se da en un contexto dinámico del grupo, el cual está formado por una serie de fenómenos que forman un proceso y que a su vez forman una dinámica grupal" (Cardenas A, 1988, p. 54)

TRATAMIENTO DEL PACIENTE EN ESTA UNIDAD HOSPITALARIA

El hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramirez Moreno" brinda atención a través de los servicios de Consulta Externa y Hospitalización, en el primero se atienden a pacientes de ambos sexos, niños, adolescentes y adultos. En el segundo se atiende exclusivamente a pacientes del sexo masculino, adultos, crónicos y, recientemente agudos, distribuidos en cinco pabellones, con tratamiento básicamente farmacológico y con programas basados en técnicas conductuales, ya que se requería que los pacientes adquirieran repertorios básicos principalmente de hábitos higiénicos y alimenticios, llegando a implementarse programas de economía de fichas que tenían como objetivo principal que adquirieran ciertas conductas y posteriormente reforzarlas hasta que formaran parte de su propio repertorio conductual que permitiera mejoras durante su estancia hospitalaria.

El pabellón cinco de esta unidad hospitalaria en 1994, contaba con una población de 89 pacientes quienes en su mayoría se caracterizaban por su pobre conciencia de enfermedad, no adherencia al tratamiento, y una familia que no se involucraba directamente con él. Con respecto al equipo de trabajo este se conformaba por un Psiquiatra, un Médico general, un Psicólogo y dos Trabajadores Sociales.

Hasta este momento el tratamiento se enfocaba a remitir la sintomatología psicótica a través de fármacos y a reforzar e implementar conductas, incidiendo así en dos de los elementos involucrados en el tratamiento, ¿y la otra parte? No se contemplaba el elemento faltante que requería ser integrado: La Familia.

Es en este año, 1994 cuando coincidimos un grupo de profesionistas, conformado por un Psiquiatra, dos Psicólogas y dos Trabajadoras Sociales, y se implementó un esquema de organización y trabajo integral, en donde la interacción de aspectos psiquiátricos, psicológicos y de atención social jugaron un papel de vital importancia, promoviéndose enlace e interrelación permanente entre los miembros del personal adscrito a este pabellón.

Coincidimos entonces en un mismo tiempo y espacio y en la idea de dar al paciente hospitalizado una nueva alternativa de tratamiento que le permitiera reincorporarse a la sociedad, sin exponerlo a un enfrentamiento que lejos de facilitar su reinserción, le excluyera para siempre. El elemento entonces a trabajar era la familia. Ahora con un objetivo en claro: involucrar a la familia en el tratamiento de su paciente.

III PROCEDIMIENTO

El pabellón número cinco de esta unidad hospitalaria en 1994 contaba con una población de 89 pacientes quienes en su mayoría se caracterizaban por su pobre conciencia de enfermedad, no adherencia al tratamiento y una familia que no se involucraba directamente con el. Con respecto al equipo de trabajo este se conformaba por un Psiquiatra, un Médico general, un Psicólogo y dos Trabajadores Sociales.

Se llevo a cabo una fase diagnóstica situacional en donde se observó que de los 89 pacientes hospitalizados en el pabellón cinco 18 son abandonados, 5 ingresaron sin familia y 45 cuentan con familia y son visitados actualmente por lo menos una vez al mes.

El 90% contaba ya con un repertorio básico conductual de hábitos higiénicos y alimenticios lo cual se logró a través de programas de modificación conductual (economía de fichas) el cual fue llevado a cabo por el servicio de psicología de la Unidad hospitalaria en general, mejorando notablemente tanto su apariencia personal como la del espacio físico al cual estaban asignados.

A continuación se describen las actividades realizadas por el equipo de trabajo adscrito a dicho pabellón el cual se formó por Psiquiatría, Psicología y Trabajo social, en particular las actividades realizadas por quien suscribe.

Se seleccionaron a los pacientes en dos grupos con los siguientes criterios con diagnóstico de Esquizofrenia, de entre 28 y 35 años, y sin impedimento físico y que supieran leer y escribir, así se conformó un grupo (1) que pudieran realizar actividades deportivas y otro grupo (2) con el que se trabajó conciencia de enfermedad mental y la necesidad de continuar con el tratamiento.

En el primer grupo se tomaron en consideración básicamente el interés que mostraban por realizar este tipo de actividades, en el segundo grupo se incluyeron pacientes previamente evaluados con una batería que comprendiera confirmar o descartar orgánicidad, coeficiente intelectual y pruebas proyectivas, además de que supieran leer y escribir. Esto con el objetivo de formar un grupo homogéneo. Para este segundo grupo se realizaron sesiones de sensibilización sobre la conciencia de enfermedad mental una vez a la semana.

Después de seis meses de tratamiento farmacológico y psicológico se observó la continuidad con que los pacientes asistían a las sesiones, el interés a través de su discurso una cierta conciencia de enfermedad mental y el compromiso verbal de continuar con el tratamiento.

A partir de esto se consideró que algunos pacientes estarán en condiciones de tener permisos terapéuticos dado el nivel de su adherencia terapéutica lograda, con el objetivo de corroborar sus avances fuera del escenario hospitalario.

Hasta aquí el tratamiento había sido dirigido hacia los pacientes sin tener el suficiente contacto con los familiares, por lo que cuando se les planteó a estos últimos la posibilidad de un permiso terapéutico respondieron de forma rotalmente rechazante con argumentos que iban desde el desconocimiento total de la enfermedad mental hasta el rechazo más abierto hacia su paciente.

A partir de que se identificó dicha necesidad en los familiares de los pacientes se trabajó en la aplicación de un cuestionario, el cual consta de once preguntas que trata de evaluar el conocimiento que se tiene acerca de la enfermedad mental y sus principales causas y el diagnóstico de su paciente (anexo 1).

Se aplicó a los familiares que asistían a visitar a su paciente, personalmente con el objetivo de que la información fuera lo más confiable y al mismo tiempo poder responder las dudas con respecto al mismo.

Se obtuvo la siguiente información:

- El 95% de los familiares no tenían información acerca de la enfermedad mental ni conocían el diagnóstico de su paciente.
- Lo visitaban para proporcionarles café y cigarrillos.
- El 100% no conocía la forma de involucrarse en el tratamiento.

Evidenciándose la necesidad de elaborar un programa de orientación y reflexión dirigida a los familiares, el cual incluyera una parte informativa clara, no contradictoria, no dispersa ni vaga, con objetivos precisos y un temario establecido que conste de los siguientes temas:

I - Concepto de enfermedad mental

1.1 Principales causas

II - Enfermedades mentales más frecuentes entre la población del pabellón cinco

- 2.1 Esquizofrenia
- 2.2 Psicosis
- 2.3 Farmacodependencia

III - Importancia del tratamiento farmacológico y psicológico

IV - El regreso a casa

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Durante las primeras sesiones de este programa era evidente el desconocimiento que la familia tenía acerca de la enfermedad mental, a pesar de que la mayoría de los paciente había iniciado su padecimiento a muy temprana edad, no se les había procurado el tratamiento adecuado influyendo en esto las falsas concepciones y el no recibir la información adecuada y oportuna por parte del personal de salud en general.

Es importante enfatizar como a través del conocimiento se puede generar un cambio en la actitud como lo fue en el caso de los familiares que asistieron a las sesiones de orientación y reflexión acerca de la enfermedad mental, reflejándose estos cambios en tres sentidos importantes.

A través de las verbalizaciones que hicieron los familiares, el incremento de solicitudes de permisos terapéuticos y finalmente con el número de altas por remisión parcial de sintomatología, que a continuación se describirán mas ampliamente.

El primer cambio se puede constatar a través de las verbalizaciones de las cuales se anotan algunas para ejemplificar tres de los momentos por los que transcurrió el programa y que a continuación se presentan subtitulados como fase A (inicial), fase B (intermedia) y fase C (final) dividido unicamente para facilitar la explicación de los presentes resultados - en donde se puede apreciar como a partir de que se proporciona la información necesaria y se induce a la reflexión de los sentimientos de culpa, rechazo y molestia en un plano consciente, los participantes inician a involucrarse en el tratamiento de sus pacientes.

FASE A

OBJETIVOS	CONTENIDO	TECNICAS EMPLEADA
Realizar la presentación y establecer el rapport	Presentación de cada uno de los integrantes del equipo de trabajo y de cada uno de los asistentes, para disminuir las tensiones y hacer notar que ninguno de los integrantes del grupo ha de pasar inadvertido,	Presentación
Realizar el encuadre	Se llevo a cabo el encuadre en donde se hablo del objetivo de las sesiones, horario, tiempo de duracion y lugar de reunion	
Propiciar un ambiente de grupo facilitador	<p>Se solicito que quien lo deseara comentara acerca de como fue el inicio del padecimiento de su familiar.</p> <p>"Mi hijo inicio escarbando el bote de basura, hacia sacadero de ropa y escondiendo la cabeza, fue como note que estaba mal, llevaba costales de basura, trajo ropa para vender y pensamos que estaba mal de la cabeza, platicaba solo y se reia, despues tuvo dificultades con los vecinos. Llegaba golpeado, ya no lo aguantabamos y lo lleve a la delegación , ahí me dijeron que estaba mal de la cabeza y no lo admitieron, nos regresamos a casa y me encontré a una amiga "de esas de las hermanas", me dijo que lo llevaramos a la iglesia lo lleve y de ahí salió corriendo Asi hemos andado por allá y por acá desde hace cuatro años". Sic. Eloisa.</p>	
	"El mio empezó a andar trayendo ropa sobrepuesta , decia que tenia amantes y eran puro: perros , me queria ahorcar , hablaba solo , se peleaba con los vecinos, se ponía muy agresivo , es muy delicado, todo le parece mal , rompe vidrios, no le gustan , todos los vidrios que ve los rompe" Sic Mónica	
	"Este tipo de pacientes no debería vivir , la eutanasia es la solución, los Doctores deberían ser más humanos , que les pongan una inyeccion y que mueran "Sic Cristina	

	Los pacientes no nos respetan , si uno les quiere hablar son agresivos con toda la familia Yo he tenido la sensación de matarlo , pero es por desesperación "Sic Jorge	
	"Todo joven drogadicto debería ser analizado , porque tengo la idea de que es un trauma al momento de nacer "Sic Cristina	
	Yo le pido a Dios que mi hijo se recupere , yo espero un milagro " Sic. Imelda	

Observaciones:

Fue necesario en estas primeras sesiones aclarar el motivo por el cual se solicitaba la presencia de los familiares y explicar que se modificaban ahora los horarios de visita , que primeramente se llevarían a cabo las sesiones y posteriormente la visita

Se observó un cierto descontrol ya que el acercamiento con el personal médico y paramédico tradicionalmente era escaso , pero en general se mostraron interesados y expectantes a lo que ocurriría

Las citas textuales anteriores ejemplifican el desconocimiento que la familia tenía de la enfermedad mental, los intentos de tratamientos que les habían resultado inadecuados además de los sentimientos de molestia y rechazo tanto de ellos mismos como de la comunidad en general

Y también muestra como los participantes tenían una gran necesidad de ser escuchados , en algunas ocasiones llegaron inclusive a levantar la voz y a presentar llanto

En estos momentos fue importante subrayar que no eran únicos en su " desgracia", que se percatarán que había otras personas que vivían situaciones similares

De esta sesiones se fueron detectando las necesidades que el grupo tenía y a partir de éstas se elaboró un temario a seguir en las próximas sesiones

FASE B

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICAS EMPLEADAS
Proporcionar información clara y precisa acerca de la enfermedad mental	Definición de Enfermedad Mental según Freedman Evitando tecnicismos, empleando lenguaje claro y concreto	Exposición Lluvia de ideas Confirmación cuando alguna de las intervenciones de los asistentes aportaba elementos importantes Solicitud de preguntas
Comentar acerca de las principales causas de la enfermedad mental	Causas Biológicas, Socio-culturales y Psicológicas	Exposición Lluvia de ideas Confirmación Solicitud de preguntas
Presentar las enfermedades mentales más frecuentes	Psicosis Delirantes según Henri Ey. Síntomatología más frecuente	Exposición Lluvia de ideas Confirmación Solicitud de preguntas
	Esquizofrenia según Henri Ey síntomatología más frecuente	Exposición Lluvia de ideas Confirmación Solicitud de preguntas
	Farmacodependencia. Definición de la O.M.S. Dependencia psicológica Dependencia Física Tolerancia a las drogas	Exposición Lluvia de ideas Confirmación solicitud de preguntas

Destacar la importancia del tratamiento farmacológico y Psicológico	Enfatizar en la importancia que tiene el hecho de que el paciente logre adherirse al tratamiento y de los beneficios que esto le promueve	Exposición Lluvia de ideas Confirmación Solicitud de preguntas
Exponer el regreso a casa	Enfatizar en la importancia de que la familia con previo conocimiento de la enfermedad mental ayude al paciente a reincorporarse primero a su familia y en un segundo momento a la comunidad en general	Exposición Lluvia de ideas Confirmación Solicitud de preguntas

Observaciones:

Aquí resulta importante resaltar la resistencia al cambio que mostraban los asistentes, ya que no estaban acostumbrados a el contacto directo con el equipo interdisciplinario ni a la situación de aprendizaje considerando la mayoría que era difícil aprender "a esta edad", siendo necesario repetir en varias sesiones el tema a tratar incluyendo ejemplos y solicitándoles que refirieran sus experiencias para así apoyar la información que se vertía lo cual facilitaba en gran manera la exposición

Siempre que referían preguntas se respondió de la manera más clara y precisa con el objetivo de resolver estas dudas

En esta fase es importante hacer notar que si bien la familia, en la fase anterior, se mostraba dispuesta a verbalizar sus experiencias era porque no había tenido el espacio ni el momento para hacerlo, que tenían una gran necesidad por expresar sus sentimientos de malestar pero sin llegar a analizarlos o a pensar detenidamente en ellos, únicamente deseaba depositarlos fuera

En este momento se requería un compromiso de cada uno de los asistentes, ya que el hecho de asistir a las sesiones los obligaba a ser puntuales, constantes, participativos y a reflexionar. Fue este momento una especie de filtro porque hubo familiares que decidieron no continuar y otros que a medida que avanzaban las sesiones mas se involucraban

FASE C

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICAS EMPLEADAS
Analizar y reflexionar sobre	Analizar y reflexionar acerca de los sentimientos de molestia , rechazo , culpa y deseos de muerte manifestados hacia su paciente hospitalizado, ahora con un aprendizaje previo acerca del concepto y de las principales características de la enfermedad mental y así propiciar que la familia se involucre en el tratamiento de su paciente.	Reflejo de actitud Reflejo de pensamiento Identificación de sentimientos Alentamiento Silencio
	"Ellos tienen una enfermedad y es definitiva, tenemos que entenderlo y ver la forma más correcta de ver que él no vuelva a recaer, a la familia se nos olvida que el está enfermo y que es necesario llevar una disciplina adecuada para tomar su medicamento" Sic Carmen	
	Una enfermedad es un malestar , es un problema en la cabeza y se manifiesta en no recordar bien , por ejemplo, no se cura y necesita tratamiento , a veces este tratamiento es largo y otras veces no depende de cada paciente , eso ya hay que entenderlo bien " Sic Sr Romero	
	"Uno debería darles cariño, a veces ellos se sienten desprotegidos , además de cuidar sus medicamentos, primero que los tengan y luego que se los tomen bien. "Sic. Sr. Romero	
	"Hay que tenerles calma , ellos a veces no entienden , es la parte que nos toca a nosotros como su familia que somos " Sra Sánchez	
	"Hay que fijarnos también en nuestras actitudes no nada más en las de ellos porque están enfermos, a veces exageramos" Sic Sra Villagrán.	

	"Debemos venir y visitar a nuestro paciente para que se sienta mejor y vuelva a acostumbrarse a la familia " Sic. Sr. Ocampo	
	"Toda la familia más cercana es la que tenemos que involucrarnos en el tratamiento "Sic. Sra. Martha	
	"Yo creo que cuando empezó el problema es lógico que nosotros como familiares nos asustemos por esa ignorancia no saber que es lo que pasa y a veces exagerábamos, por eso era mejor huir "sic. Sra. Sánchez	
	"Es verdad que existe miedo, vergüenza, asco y todo porque se desconoce "sic. Sra. Avalos	
	"Hay que aprender a vivir con esta situación , es una enfermedad , no debemos mortificarnos toda la vida, mejor aceptémoslo " sic. Sra. Villagrán	
	Nosotros nos encerrábamos tanto y pensábamos que solo a nosotros nos pasaba , yo antes creía que un libro era inútil , pero ahora veo que no hay muchos casos iguales , ahora entiendo porque mucha gente juzga y critica , es por que no conoce la realidad de las cosas " Sic. Sra. Villagrán.	
	"Tenemos que atenderlos y nosotros como familia tenerlos en casa ,empezando con los permisos " Sic. Sra. Sandra	

Observaciones :

Fue importante en esta fase el tratar de sacar a la luz la intención, la actitud o el sentimiento inherente a las palabras del sujeto , sin llegar a imponerse la participación. A través del reflejo del pensamiento se logró percibir mejor no sólo los sentimientos y actitudes sino también los pensamientos , así los miembros del grupo analizaron sus propios pensamientos y los expresaron como parte de sí mismos a través del permitidos hablar de sus pensamientos en forma libre y espontánea , siendo capaces posteriormente de analizarlos.

Fue importante alentar a los familiares tanto a participar como a reflexionar y analizar sus sentimientos para posteriormente reducir la angustia y la inseguridad y reforzar nuevas formas de conducta.

A través de las citas textuales podemos observar como los participantes van modificando poco a poco su manera de ver las cosas, ahora más conscientes de su situación, con deseos de enfrentarla y lo más importante que se logra el objetivo para el que fue creado este programa: el que la familia se involucre en el tratamiento de su paciente.

Lo anterior nos da la pauta para continuar con el segundo logro obtenido a partir de que dan inicio las sesiones de orientación y reflexión el incremento en las solicitudes de permisos terapéuticos que es sin duda una clara confirmación de que la familia iniciaba un proceso en donde ya se consolidaba el involucrarse en el tratamiento.

Por supuesto no sin temores por parte de los familiares ya que habían transcurrido años de separación entre ambas partes. Lapsos que fluctuaban entre uno y once años siendo necesarios acercamientos previo, cortos, ya que siempre se ha contemplado que la adaptación es en ambas direcciones, es decir se adapta el paciente a la familia y la familia al paciente.

Después de tanto tiempo transcurrido en el que el paciente prácticamente ya no pertenecía a la familia, había perdido su lugar físico e implicaba un importante aumento en la economía, contemplándose esto los primeros permisos terapéuticos fueron siempre breves para evitar conflictuar tanto al paciente como a los miembros de la familia y que se dificultara el proceso de adaptación.

Por lo general el paciente no tenía contacto con más de dos miembros de la familia por lo que le resultaba impactante regresar a casa y encontrar prácticamente a gente desconocida y su lugar de residencia cambiado por lo que antes de otorgarse el permiso se le planteaba que viviera situaciones diferentes a las que el ya estaba acostumbrado.

Se enfatizaba que en el tiempo estipulado se debía regresar al hospital para continuar con su tratamiento y que estos primeros permisos eran los ensayos para que pudieran posteriormente regresar permanentemente a casa.

Algunas veces les resultaba tan grata la estancia con su familia que ya no querían regresar al hospital, situación totalmente comprensible, pero que sin embargo era importante saber como se encontraban y que la adaptación fuera paulatina y sobre todo segura para ambas partes.

Finalmente y con base en lo antes mencionado se daba de alta al paciente por remisión parcial de sintomatología ahora con por lo menos algún miembro de la familia sensibilizada con respecto a lo que significa la enfermedad mental, síntomas y las causas más frecuentes e involucrada con el tratamiento de su paciente.

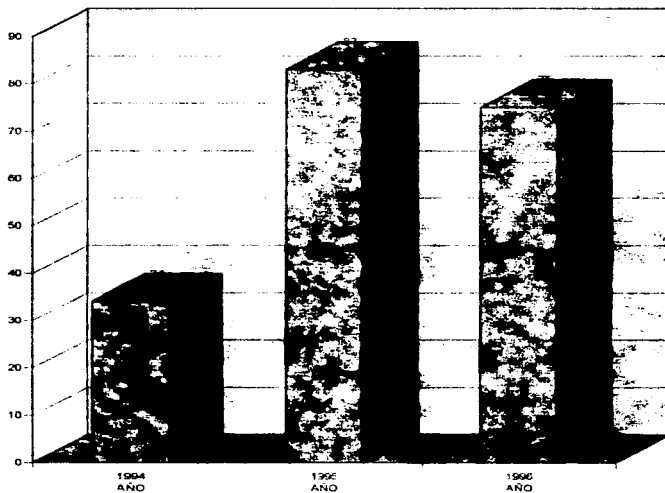
A continuación se presenta la tabla y graficas en donde se anotan los permisos otorgados durante los dos años y siete meses en los que llevo a cabo este programa y las altas por remisión parcial de sintomatología.

**Nº DE PERMISOS TERAPEUTICOS
POR MES Y AÑO**

MES	AÑO		
	1994	1995	1996
ENERO	2	8	8
FEBRERO	2	4	5
MARZO	2	2	14
ABRIL	2	2	6
MAYO	2	4	15
JUNIO	2	7	9
JULIO	2	6	9
AGOSTO	5	9	9
SEPTIEMBRE	5	9	
OCTUBRE	5	6	
NOVIEMBRE	2	13	
DICIEMBRE	3	13	
TOTAL	34	83	75

TABLA Nº 1

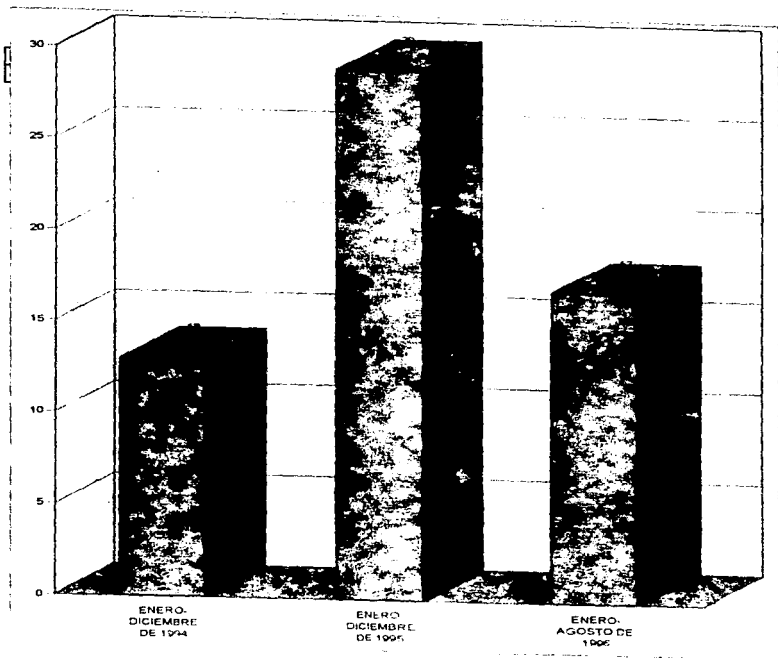
Nº DE PERMISOS TERAPEUTICOS DURANTE LA DURACION DEL PROGRAMA



*** 1996 DE ENERO - AGOSTO**

GRAFICA Nº 1

ALTAS POR REMISION PARCIAL DE SINTOMATOLOGIA DEL TOTAL DE
PACIENTES DEL PABELLON NUMERO CINCO



GRAFICA N° 2

CONCLUSIONES

Los problemas de salud mental en México como en la mayoría de los países de América Latina no han sido adecuadamente atendidos por razones que no se limitan a la escasez de los recursos ni a la mayor prioridad de los problemas de salud sino que están relacionados con la ignorancia, los temores y los prejuicios profundamente arraigados en nuestra cultura en relación con los trastornos mentales y hacia quienes los padecen (García S y Andrade P 1994) y en efecto, ya que en la mayoría de los familiares de los pacientes internados en este hospital, fue generalizada la repuesta de desconocimiento y estigmatización la enfermedad mental, pretendiendo en ocasiones buscar soluciones mágicas ya que no sabían de qué se trataba este tipo de enfermedad, nunca se les habló de ella ni del diagnóstico que su familiar tenía.

Si bien la influencia cultural es importante, también es responsabilidad del personal médico en general contribuir para disminuir la ignorancia, los temores y prejuicios que giran en torno a este tipo de padecimientos.

Es importante entonces elaborar acciones que den como resultado una nueva estructura que promueva una concepción de la enfermedad mental a partir del conocimiento dirigidas a la comunidad en general y en particular a la familia del paciente psiquiátrico.

Ackerman afirma que las perturbaciones emocionales de muchas personas convergen en las experiencias de la vida familiar cotidiana. El punto muerto de todas las fuerzas que "forman o destruyen" la salud mental es el "dar y tomar" emocional de estas relaciones. Ya que el grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al niño y moldea el desarrollo de su personalidad determinando así en gran parte el destino mental.

La familia provee la clase específica de experiencias formadoras que permiten que una persona se adapte a situaciones vitales diversas. El hogar es como el campo de entrenamiento donde la persona adquiere práctica y cada vez mayor destreza para cumplir con una amplia variedad de roles sociales.

Pero ¿qué ocurre si quienes forman esta familia son padres que en su mayoría cuentan con eventos difíciles vividos en su niñez, mismos que no fueron resueltos y que necesariamente son depositados más tarde en sus hijos, ahora pacientes psiquiátricos.

Dentro de estos eventos difíciles podemos mencionar que los padres tienen antecedentes de pertenecer a familias disfuncionales, incompletas en donde alguno de los miembros era alcohólico, habían sido golpeados, abandonados, violados o abusados sexualmente y presentaban una importante privación afectiva dando como resultado personas con serias carencias afectivas, frustradas, devaluadas y en general resentidas con la vida.

Con este tipo de vivencias evidentemente podrían cumplir con lo que la familia fundamentalmente hace : asegurar la supervivencia física y construir lo esencialmente humano del hombre, y solo con algunos de los fines sociales : de provisión de alimento y abrigo, necesidades materiales que mantienen la vida y proveer protección ante los peligros externos, función que se realizarían mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.

Y menos probable sería la oportunidad para desplegar la identidad personal ligada a la identidad familiar, ni el vínculo de identidad que proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.

Son esperables entonces los sentimientos que se despiertan en los miembros de la familia del enfermo mental y que se presentan con una gran diversidad e intensidad que bajo condiciones alteradas pueden acentuarse de manera importante cuando no se tienen los elementos cognoscitivos o informativos que les permitan explicarse o entender las conductas, el pensamiento (Freedman 1980), además de los trastornos del lenguaje, alteraciones de la semántica, del sistema lógico y en general de la desorganización de la vida afectiva y de la discordancia psicomotriz (Henri Ey 1987). Siendo evidente el descontrol y la serie de sentimientos encontrados a los que se enfrenta la familia al convivir con una persona que manifiesta un sin número de síntomas que en su conjunto resulta una conducta incomprensible.

Algunos de ellos actuando de forma impulsiva deseándoles la muerte, otros desplazando sus sentimientos de molestia y resentimiento previamente reprimidos contra lo que consideraban incomprensible hacia los médicos, vecinos y comunidad en general. Y los menos racionalizando en su afán por explicarse lo incomprensible.

De acuerdo con Ackerman (1974) quien postula que ha quedado comprobada la relación existente entre la familia y la enfermedad mental, mencionando que de hecho cualquier problema o crisis del tipo que sea pone a prueba el grado de flexibilidad del sistema y su capacidad para enfrentarlo, es decir la calidad de los recursos y la forma en como los utiliza, pero es necesario que la familia sea orientada para utilizar esos recursos ya que cuenta con patrones inadecuados de conducta como son el rechazar, avergonzarse de su paciente e inclusive desearle la muerte.

Estos patrones inadecuados llevan en ocasiones a los familiares a evitar visitar a su paciente y a no querer convivir con él, es necesario entonces intervenir y enseñarles a utilizar recurso que los encaminen hacia el bienestar.

Cardenas A J (1988) enfatiza que el enfermo mental es un emergente del grupo familiar y que este hace intentos por conservar su homeostasis a través dos fenómenos muy especiales el primero es la situación de culpa que en el grupo de estudio se manifiesta

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

abiertamente adoptandola generalmente la madre quien se percibe como la figura que protege y cuida porque es su obligación, y no porque desee proporcionar afecto y cuidados, actitud que es reforzada por los demás miembros de la familia quienes acentúan esta culpa, ante lo cual las madres adoptan una actitud de resignación como castigo por sus malas acciones

La segunda actitud que dirigida a la necesidad que el grupo familiar tiene uno de segregar al enfermo mental depositandolo en alguna institución, queda evidenciada de manera importante ya que la mayoría de las familias que participaron manifestaron, al inicio de las sesiones, frecuente y enfáticamente que lo ideal era que el paciente nunca saliera de la unidad hospitalaria porque ocasionaba problemas serios, que se les retuviera hasta que dejarán de existir, llegando a proponer la eutanasia para este tipo de pacientes.

De acuerdo con Boszormeni (1979) quien postula que la familia debe tratarse como unidad biosocial a fin de establecer un equilibrio en el cual el paciente, lo mismo que otros miembros de la familia puedan mejorar su funcionamiento psicológico, siendo evidente que a partir del hecho de informar y orientar a la familia se le permite sentirse parte del tratamiento cambiando su actitud de manera importante

Concluyéndose que la información coherente, congruente clara y directa, además del manejo de la angustia, miedos, temores y rechazo permiten que la familia disminuya su temor, propicie el acercamiento, solicite permisos terapéuticos como un opción franca por involucrarse en el tratamiento

Debiendo entonces visualizarse a la enfermedad mental en tres niveles:

- 1 - Lo que esta pasando psiquicamente dentro de una persona
- 2 - Lo que sucede entre esta persona y su ambiente humano.
- 3 - Lo que esta perturbando en el proceso social del ambiente mismo.

LIMITACIONES

En el presente programa de intervencion la falta de tecnicas de evaluacion en cada uno de las fase significo una cierta limitacion ya que no se llevaron a cabo evaluaciones periodicas para conocer avances o limitaciones.

La falta de seguimiento de los paciente , quienes se iban de permiso y quienes eran dados de alta no nos permitio conocer el grado de adaptacion lograda de ellos a la familia y viceversa , ni el grado en que la familia se involucraba en el tratamiento posterior al alta hospitalaria

El no llevar a cabo una evaluacion familiar previa que permitiera una seleccion de familiares que serian incluidos en el grupo e integrarse a un proceso de aprendizaje dio lugar a que el grupo fuera heterogeneo con respecto

- al parentesco con el paciente, (se incluyeron a Padres, Madres, Hermanos y en ocasiones parientes de segundo grado) siendo diferente el grado de interes que se mostraba para involucrarse en el tratamiento

- con respecto a la escolaridad esta fluctuaba entre quienes no sabian leer ni escribir hasta niveles de educacion media y superior, que si bien el lenguaje que se utilizo se cuida para que siempre fuera claro , se observo una gran diferencia en el tiempo en que se aprendia entre los participantes que eran escolarizados y en los que no lo eran , siendo necesario ejemplificar constantemente las situaciones , para que estas fuera entendidas, sumandose a esto el no utilizar material didactico que facilitara el aprendizaje

El no atender mayormente la cohesion del grupo implicó que en ocasiones este fuera lo suficiente flexible como para permitir las ausencias prolongadas y las deserciones.

Con base en lo anterior se anotan las siguientes sugerencias a fin de que se reorienten posteriores programas y continúe enriqueciendo la actividad profesional

SUGERENCIAS:

Es necesario que al ingresar un paciente a la unidad hospitalaria se le informe en la medida de lo posible tanto a él como a su familia acerca de su enfermedad y de la necesidad de un tratamiento, para así evitar que se continúe ignorando que es lo que ocurre, se sensibilice a la familia y se le involucre en el tratamiento desde el ingreso del paciente y no años después, lo cual resulta un proceso bastante complejo.

Formar grupos de orientación seleccionando a los integrantes a partir de:

- si el paciente es de nuevo ingreso
- si el paciente es de estancia prolongada
- si el paciente ha iniciado con permisos terapéuticos

Utilizando material de apoyo didáctico que facilite el aprendizaje e incluir dinámicas para facilitar el proceso grupal.

Formar grupos de interacción familia - paciente

Implementar técnicas de evaluación:

- Al iniciar un grupo y así detectar necesidades y trabajarlas
- Cuando el proceso ya esté iniciado para corroborar avances o contemplar cambio en beneficios de este
- Al finalizar el proceso para verificar si los objetivos fueron alcanzados

Llevar a cabo seguimiento de cada uno de los paciente

- que se encuentren en la fase de permisos terapéuticos para verificar el grado de adaptación que se va gestando y si es necesario realizar los ajustes necesarios en cuanto al tiempo que requiere de adaptación
- que sean dados de alta para verificar su adaptación y su adherencia al tratamiento

Dar un entrenamiento de categorías conductuales de interacción para el manejo del paciente. Por ejemplo " como actuar en caso de crisis " , "ropiciar redes de apoyo " para facilitar la reinserción del paciente a la comunidad , para tratar en edida de lo posible de que continúe con una vida normal y que en algún momento pueda llegar a ser productivo

ANEXO

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DOCTOR SAMUEL RAMIREZ MORENO"

ÁREA PSICOLOGÍA PABELLÓN CINCO

CUESTIONARIO A FAMILIARES DE PACIENTES.

OBJETIVO: El presente cuestionario tiene como finalidad conocer la información que usted maneja con respecto a la enfermedad mental que padece su familiar

Por lo que se le agradecerá que lo conteste en Forma breve y lo mas claro posible.

1 - Para usted ¿que es una enfermedad?

2 - Para usted ¿que es una enfermedad mental?

3 - Mencione algunas de las causas de enfermedad mental.

4 - ¿Sabe usted cual es el Diagnostico de su familiar? SI NO escríbalo

5 - ¿Conoce usted cuales son los principales síntomas de la enfermedad mental que su familiar padece?

6 - ¿Se le ha informado sobre el estado actual de su familiar?

7 - ¿Que tipo de tratamiento necesita un enfermo mental?

8 - ¿ Quienes deben participar en el tratamiento de su familiar?

9 - ¿ Como participara en el tratamiento de su familiar?

10 - ¿ Le gustaria conocer mas acerca de la enfermedad mental de su familiar?

11 - ¿ Podria sugerir algunos temas de interes?

Nombre _____ Edad _____

Parentesco con su familiar hospitalizado _____

Fecha de ingreso de su familiar a esta unidad

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ackerman N (1974) Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Buenos Aires Paidós
- Ackerman N (1978) Psicografía de la familia neorética. Buenos Aires Paidós
- Berenstein I (1978) Familia y enfermedad mental. Buenos Aires Paidós
- Boszormenyi N y James L (1976) Etapia familiar intensiva. Aspectos teóricos y prácticos. Mexico Trillas.
- Cardenas A J (1978) Grupos de orientacion para familiares de pacientes psicoticos. Expresión de la necesidad de trabajo interdisciplinario. Manual. Instituto Mexicano de Psiquiatria
- Coorsey R, Ward A (1990) Cost- affectiveness of providing insurance benefits for posthospital psychiatry halfway house stays. American Psychologist V 45(10) pp 1118-1126
- Dorwin C (1976) Dinámica de Grupos. Investigación y teoría. Mexico Trillas
- De La Fuente R (1963) Psicología médica. Mexico Fondo de Cultura Economica.
- Eikelman B, Reker T (1991) A modern Therapeutic approach for chronically mentally ill patients-results of a four year prospective study. Acta Psychiatrica Scandinavica V 84 (4) pp357-367
- Freedman M.A, Kaplan H (1980) Compendio de Psiquiatria. España Salvat Editores
- García S, Andrade P (1994) El significado psicologico y social de la salud y la enfermedad mental. Salud mental V 17 pp 32-43.
- Gonzalez N, Monroy de V (1978) Dinámica de grupos Técnica y Tácticas. Mexico Concepto

- Henri E. (1987) Tratado de psiquiatría. Barcelona España. Masson
- Maisonneuve J (1971) La Dinámica de los grupos. Argentina. Proteo
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995). Barcelona España. Masson
- Martí J., Murcia M. (1978) Enfermedad mental y entorno urbano. Barcelona España. Anthopos
- Martínez N. (1988) La familia del paciente crónico. Relaciones afectivas. Temas de Trabajo Social. Cuba V 10(1)
- Ortega B. (1992) La Función del Equipo de Salud con la Familia del Paciente farmacodependiente. Manual. Instituto Mexicano de Psiquiatría
- Pichón R. (1975) El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Rosas M., Torner C. (1995) Visita de los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados a las salas de internamiento. Puertas abiertas. Psiquis. Órgano de difusión del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". V 4 N°2 pp 17-19
- Valdes M. (1980) La organización de un servicio de Psicoterapia infantil en el Hospital de la Habana. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, Cuba. V 21(4) pp 613-620
- Valencia C. (1984) Un Programa de Tratamiento Psicosocial para Pacientes Psicóticos Agudos Hospitalizados. Tesis Doctorado. México. UNAM. Facultad de Psicología
- Vasquez L., Santo- R. (1986) La actitud hacia la enfermedad mental en una población no comprometida con el área de la salud mental. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M. Ciudad Universitaria