

30



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL GRUPO DE REFLEXION COMO AGENTE DE CAMBIO POSITIVO EN LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, DE LOS FAMILIARES CON PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

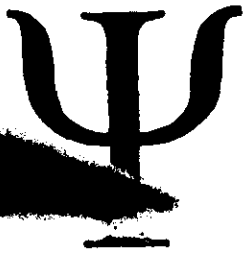
CLAUDIA E. ^{lena} COMPARAN VAZQUEZ

DIRECTORA: MAESTRA INDA SAENZ ROMERO

MEXICO, D. F.

2000

279569





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A mi esposo, con todo mi amor,
por compartir su vida conmigo.*

A la memoria de mi madre.

A mi hermana y mis tíos, con cariño.

***A la Maestra Inda Sáenz Romero,
por el apoyo que me brindó en mi
preparación profesional.***

INDICE

INTRODUCCION.....	1
--------------------------	----------

I.- ENFERMEDAD MENTAL

a) Definición de enfermedad mental.....	5
b) Concepto de esquizofrenia.....	10
c) Teorías psicoanalíticas de la esquizofrenia.....	12

II.- FAMILIA

a) Familia y esquizofrenia.....	18
b) Comunicación familiar.....	19
c) Formación del pensamiento y familia.....	23
d) Dinámica familiar y esquizofrenia.....	23
e) Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar.....	26

III.- SISTEMAS DE ATENCION A LA ENFERMEDAD MENTAL

a) Antecedentes históricos.....	34
b) Antecedentes de programas psicoeducativos.....	40
c) Programa psicoeducativo en el hospital "Fray	

Bernardino Alvarez”	45
d) Grupos de Reflexión.....	56
IV.- ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL	
a) Concepto de actitud.....	67
b) Concepto de actitud hacia la enfermedad mental.....	70
c) Antecedentes de las actitudes hacia la enfermedad mental...	72
d) Antecedentes del cuestionario sobre “Actitud hacia la enfermedad mental”	77
V.- METODO.....	83
VI.- RESULTADOS.....	95
VII.- DISCUSION.....	102
VIII.- CONCLUSIONES.....	107
IX.- BIBLIOGRAFIA.....	114

ANEXOS

INTRODUCCION

La esquizofrenia es un problema clínico y sanitario de enormes proporciones por su incidencia del 1% en la población mundial, su aparición en la juventud, su cronicidad, sus implicaciones sociales y económicas. Pero hay algo más en este enigmático trastorno que explica que haya generado no sólo enormes controversias científico-médicas, sino un grandísimo interés entre filósofos, humanistas, artistas y el público en general: la esquizofrenia es el prototipo de la "locura", la pérdida de las facultades mentales, el descontrol de los pensamientos y de la conducta, no es vivenciada como cualquier otra enfermedad, amenaza la esencia misma de la personalidad. (Padilla, 1989)

En 1995, Caraveo llevó a cabo un estudio entre la población hospitalizada en las unidades psiquiátricas de la Secretaria de Salud. Los diagnósticos más frecuentes fueron el retraso mental y la esquizofrenia, con 32% cada uno, y otras psicosis orgánicas con 28%. Por las cifras anteriores podemos constatar que existe un gran

reto para los profesionales de la salud mental. Los propósitos de prevención y promoción en salud mental son difíciles de lograr debido a las implicaciones que tiene la enfermedad mental dentro de la sociedad. Particularmente el manejo del esquizofrénico se complica ya que la naturaleza de la enfermedad ha provocado el rechazo hacia estos pacientes.

Frecuentemente, en el tratamiento del paciente esquizofrénico se pasa por alto a la familia, sin tomar en cuenta la influencia que ésta tiene en la precipitación de la enfermedad mental, en su curso, en la posibilidad de recuperación y en el riesgo de recaídas. Las dificultades que surgen en las relaciones familiares constituyen una fuente de estrés que empobrece su calidad de vida.

En nuestro país, hay pocas alternativas para atender a las familias de los pacientes esquizofrénicos. Usualmente, no reciben la capacitación y la ayuda que requieren para manejar adecuadamente la problemática que se les presenta. Constantemente se observa que los avances logrados con los pacientes en hospitalización continua se ven frenados cuando el paciente es dado de alta y regresa a casa.

Parece ser que, tan pronto como los cambios logrados en el paciente repercuten en la interacción del núcleo familiar, los miembros de la familia comienzan a manifestar resistencias. Los padres se muestran tan reacios a percibir y admitir su problemática, que tratan de volver a localizar el problema en el paciente, convirtiendo la sintomatología en una defensa contra su propio conflicto y ansiedad.

La falta de información confiable, combinada con los mitos, creencias y moralismo, es la principal fuente de rechazo de la enfermedad mental, tanto para el paciente como para quien convive con ellos. Por lo que, muchas veces, piensan que es más válido hacer uso de todas las bondades y artimañas teológicas, rezos y brujerías, antes de aceptar el diagnóstico médico. (García, Civeira y González, 1991)

La enfermedad mental requiere de un proceso de desmitificación y sensibilización, en el que participen, tanto los pacientes como sus familiares, por ello, la inclusión de ambos en un grupo psicoeducativo es de suma importancia para comenzar a crear conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica.

Se hace necesario implementar un trabajo en el cual se pueda alcanzar y lograr la comprensión de los problemas a los que se enfrenta la familia en las diferentes fases de la esquizofrenia, rescatando las capacidades y habilidades del paciente.

En el presente trabajo se hace una breve revisión de: la historia de la enfermedad mental, las características esenciales de la esquizofrenia, la influencia de la familia en ésta, así como de la repercusión que tiene la psicosis en la familia. Se proporciona información acerca de las alternativas que se han manejado en torno al tratamiento de la enfermedad mental, siendo el grupo de reflexión un instrumento importante en algunos programas integrales. También se hace un estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental y de los instrumentos que se han utilizado para medirlas.

Por último, se muestran los resultados de la investigación realizada dentro del *Programa de Hospital Parcial de Fin de Semana* que se brinda a los pacientes esquizofrénicos en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

I.- ENFERMEDAD MENTAL

A) DEFINICION DE ENFERMEDAD MENTAL

El estudio de la enfermedad mental ha sido causa de discusiones enconadas, especialmente cuando se hace referencia a su etiología. Hace treinta años surgieron dos grandes explicaciones para la psicosis: una de ellas aseguraba que ésta tenía un origen psicológico, y otra afirmaba que la causa era oscuramente orgánica o biológica. Los organicistas enfrentaron siempre la penosa situación de no poder mostrar la lesión física de las psicosis endógenas, mientras que los psicoanalistas chocaron de frente contra la inmodificabilidad de esos pacientes con los tratamientos psicológicos. Actualmente, se considera que la enfermedad mental es multifactorial, es decir, existe una predisposición genética y una participación importante de los factores ambientales en su desarrollo. (Garnica, 1994)

Berenstein (1976), afirma que en la antigüedad se conocía a la enfermedad mental como locura, se pensaba que esta era provocada por causas que no eran naturales. En los primeros tiempos se creía que era un desequilibrio en la mezcla de los humores del hombre y durante la edad media fue atribuida a los demonios.

Para Beutner (1980), la enfermedad mental está enraizada tanto en el presente como en el pasado, todo síntoma que un paciente muestra tiene sentido en función de su experiencia vital. La enfermedad representa un intento desesperado de solucionar un conflicto demasiado difícil para ser manejado de otra manera. Este autor concluye diciendo que todos los complicados factores que contribuyen a la enfermedad mental (conflictos, normas rígidas, mala interpretación de las necesidades humanas) se forman gradualmente en el individuo; se acumulan lentamente y entonces cuando sucede algún acontecimiento inmediato se desencadena un brote psicótico.

La enfermedad mental puede aparecer luego de experiencias específicas que crean la sensación de pérdida de amor, de seguridad

o de capacidad física. Pero estos acontecimientos no causan la enfermedad, más bien la desencadenan, la estructura ya está en la personalidad del individuo que la padece. También algún cambio físico que dificulte el funcionamiento de un ser humano puede influir: una lesión en el sistema nervioso central, del sistema neuroendócrino o un defecto genético.

San Martín (1984), opina que el desorden emocional y la enfermedad mental, son una reacción de la personalidad ante las múltiples tensiones del ambiente. Si bien, el material hereditario participa en la formación de la personalidad y en los trastornos mentales como factor predisponente, son los factores ambientales los determinantes de la reacción psíquica a la que se le llama enfermedad mental.

El criterio para juzgar la enfermedad mental es muy relativo debido a las grandes variaciones psicológicas de cada individuo. La salud mental no es una condición estática, ya que está sujeta a variaciones e influida por factores tanto biológicos como sociales, familiares y culturales.

San Martín (1984), indica: "la salud no es sólo ausencia de enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación, con estados intermedios que van de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad". Explica el paso de la salud a la enfermedad en tres etapas:

- 1.- Comienza con un período silencioso de incubación que puede ser muy corto o muy largo.**
- 2.- En la segunda etapa se podría diagnosticar si las personas se aplicarían las pruebas necesarias periódicamente.**
- 3.- En la tercera etapa se presentan síntomas más o menos manifiestos a los que el paciente puede dar o no dar importancia y que el médico puede o no descubrir. Finalmente, el organismo presenta una reacción intensa en tal forma que el proceso patológico interfiere con las funciones normales del organismo y con la vida productiva del paciente.**

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), salud mental no es sólo ausencia de enfermedad, sino que es el completo

bienestar biológico, psicológico y social. En el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales IV (DSM IV), el trastorno mental se define como una conducta clínicamente significativa, o como un síndrome o patrón psicológico que aparece en un sujeto y está asociado a:

- 1.- Estrés.
- 2.- Incapacitación (deterioro en una o más áreas del funcionamiento)
- 3.- Un elevado riesgo de muerte o dolor.
- 4.- Una importante pérdida de libertad.

Este síndrome o patrón puede no ser una respuesta previsible a un determinado acontecimiento, sea cual sea la causa que lo origine, puede ser considerado como la manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica. (DSM IV, 1995)

En conclusión, la enfermedad mental es un estado en el que el individuo deja de ser funcional en cualquiera de los ámbitos, ya sea familiar, laboral, o social debido a alteraciones de su mente.

B) CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

Históricamente, el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido aceptada universalmente. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas con falta de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición menos restrictiva también incluirá las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia, por ejemplo, el comportamiento y el lenguaje gravemente desorganizado.

Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro en la evaluación de la realidad. El término psicótico (en la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve) se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En cambio, en la

psicosis inducida por sustancias o debida a una enfermedad médica, se refiere únicamente a las ideas delirantes o alucinaciones sin conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante.

La esquizofrenia es una enfermedad que persiste por lo menos durante 6 meses e incluye mínimamente un mes de síntomas de la fase aguda, por ejemplo, dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos. (DSM-IV, (1995))

Es importante recalcar que el término psicótico no es sinónimo de esquizofrenia, ya que ésta es un síndrome que se manifiesta a través de una serie de síntomas y signos, entre los cuales se incluye el presentar un estado de psicosis. Es decir, se puede estar psicótico por diversas causas pero esto no implica tener esquizofrenia, y se puede ser esquizofrénico, pero no siempre estar psicótico ya que esto es un síntoma de la enfermedad que se puede controlar.

C) TEORIAS PSICOANALITICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

E. Bleuler (1911), siempre creyó que la esquizofrenia tenía una etiología orgánica, *sin embargo*, insistió en que la psicología de estos enfermos debía también ser estudiada, en contra de lo que opinaban sus colegas contemporáneos, interesados por comprender la esquizofrenia exclusivamente con términos de la herencia genética y patología cerebral. Este autor opinaba que las manifestaciones psicóticas de estos enfermos debían ser entendidas como *distorsiones de procesos mentales normales*. Por ejemplo, explicó cómo las estereotipias manuales, totalmente incomprensibles, de cierta paciente esquizofrénica tenían como motivo la satisfacción imaginaria de un ferviente deseo: el de bordar su traje de novia para casarse con el amor de su vida. Así, describió los fenómenos psicológicos de la esquizofrenia, desde el punto de vista de los procesos simbólicos inconscientes y las pulsiones instintivas no modificadas por el principio de la realidad. Opinaba también que el psiquismo esquizofrénico se trataba de una actividad onírica (proceso primario) en estado de vigilia.

Las teorías psicoanalíticas sobre la enfermedad se ajustan al modelo de "déficit" o al del "conflicto". En el primero existiría una carencia en la capacidad cognoscitiva e integradora del niño pre-esquizofrénico que le impediría internalizar ciertas experiencias con la madre, acarreado con ello una perenne inestabilidad que se manifestaría sobre todo en etapas críticas de su desarrollo, como la adolescencia. Su conducta posterior sería un intento de restaurar esa carencia, pero de un modo patológico.

Los proponentes del segundo modelo opinan que la enfermedad tiene su origen en un conflicto intrapsíquico precoz y grave que diferiría del que provoca patología neurótica en su profundidad, cronología y repertorio de defensas psicológicas movilizadas. (Paniagua, 1991)

Freud (1914), enmarcó la psicosis en su teoría libidinal, para él la enfermedad consistía en un defecto madurativo caracterizado por un grado variable de fijación en la etapa auto-erótica o por una regresión al "narcisismo primario", en la que la estructura psíquica del yo no está formada en contraposición clara a la realidad exterior. Esta ausencia o retracción de catexias haría que el

individuo esquizofrénico no pudiera diferenciar algunas sensaciones propias de las percepciones procedentes del mundo externo. De estas deficiencias en las relaciones objetales se derivarían las frecuentes ideas de aniquilación y catástrofe. Además, esta "neurosis narcisista" impediría la formación de una transferencia, lo que haría imposible el trabajo psicoanalítico con estos pacientes. Freud, señaló el carácter restitutivo de los síntomas que se consideran típicos de la enfermedad.

Para Melanie Klein (1946, 1952), esta psicosis resultaría del desenlace patológico de la posición esquizo-paranoide propia de los seis primeros meses de la vida. Al "yo" inmaduro del niño se le supone provisto, desde los primeros momentos, de un instinto tanático que se expresaría en forma de fantasías destructoras y caníbales, éstas se proyectarían en temor de ser atacado y devorado. Cuando el niño no logra superar la angustia de esta fase e introyectar los objetos buenos queda con el temor de ser invadido y destruido por los objetos persecutorios, circunstancia que se considera como signo de la enfermedad.

Por su parte, Hartmann (1953), supone en el niño pre-esquizofrénico un defecto intrínseco en la capacidad de neutralizar, tanto los impulsos libidinales, como los impulsos agresivos. La energía del ello no experimentaría la normal canalización hacia el desarrollo del "yo" y del "superyó", con la consiguiente malformación de estas estructuras, quedando por otra parte inmodificadas en mayor o menor grado las pulsiones primitivas.

El marco de referencia teórico de M. Mahler (1968), basado en observaciones más naturalistas, parece de gran utilidad clínica, sobre todo en las psicosis infantiles. Esta autora señala que, durante el primer mes, el niño se encuentra en una fase autística en que no percibe nada más que sus propias sensaciones. Sigue una etapa simbiótica que puede durar hasta los diez meses, en que el niño experimenta a su madre como una extensión de sí mismo. Tras esta fase, el niño aprende gradualmente a diferenciar las sensaciones presentes de su cuerpo y las producidas por otras personas, es la etapa de la separación-individuación. En la esquizofrenia, el sujeto no habría podido superar la fase simbiótica, o peor aún, la fase autística, con el consiguiente fallo en la formación de la identidad de las relaciones objetales. Mahler

piensa que la detención parcial o total en estos estadios del desarrollo psicológico puede ser debida a una inadecuación primaria de la madre o a una falta de estimulación en sus respuestas maternas, hacia un niño constitucionalmente insensible.

Las teorías del origen interpersonal familiar de la esquizofrenia están basadas en la idea del ascendente psicoanalítico, de la influencia traumática de la constelación familiar en momentos críticos de la vida del individuo, sobre todo si esta influencia es persistente durante la infancia.

Otros autores que han hecho contribuciones importantes al estudio de la esquizofrenia son: Batenson (1956), quien habla acerca de la teoría del "doble vínculo; Lidz (1958), teoría del "egocentrismo narcisista"; Wynne y Singer (1963) con su teoría de "la comunicación fragmentada". (De estas teorías se hablará con mayor amplitud en el siguiente capítulo)

La socialización en el desarrollo psíquico del niño, que más tarde va a padecer la enfermedad, ha sido deficiente por: falta de modelos de identificación adecuados; mala adaptación general o

susplicacia excesiva de los padres; la adopción de un papel sobreprotector que no habría permitido al hijo un desarrollo autónomo; el ejemplo proporcionado de interdependencia destructiva; lo absurdo de los significados emocionales tras una comunicación aparentemente racional, etcétera. Así, la atmósfera esquizofrenogénica ha de actuar constantemente sobre el sujeto, a modo de microtraumas, obligándole a enfrentarse repetidamente a una circunstancia de ambigüedad, sin marco de referencia lógico por el cuál guiarse sin posibilidad de escapar de la situación. (Paniagua, 1991)

Leff (1989), afirma que la esquizofrenia debe considerarse como una anormalidad estructural o funcional del cerebro que hace al paciente particularmente vulnerable al estrés emocional. La familia, que representa las más intensas relaciones emocionales en el medio social del paciente, tiene la capacidad de aumentar este estrés o aliviarlo.

II.- FAMILIA

A) FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

El lugar donde se forma a los sujetos como miembros de una cultura determinada es la familia. En el seno de ésta, el individuo es introducido en lo que será su herencia de normas y valores que lo conducirán a actuar de determinada manera dentro de la sociedad.

Cooper (1981), afirma que no existe ninguna otra abstracción creada por el hombre que tenga la capacidad destructora que tiene la familia, "este sistema filtra oscuramente la mayor parte de nuestra experiencia y elimina de ella todo cuanto pueda tener de espontánea generosa y sincera".

Según Biagini (1994), son fundamentalmente tres las causas que durante los primeros desarrollos teóricos del tema se

mencionan como etiológicas de la esquizofrenia generada en el medio familiar.

1.- La esquizofrenia es considerada como producto de una alteración de la comunicación en el medio familiar.

2.- La esquizofrenia es considerada como resultante de una alteración en la formación del pensamiento.

3.- La esquizofrenia es considerada como producto del tipo de relaciones que se establecen en el interior de ciertas familias.

B) COMUNICACION FAMILIAR

El estudio de la comunicación humana puede dividirse en tres áreas, según Watzlawick, Beavin y Jackson, (1971).

- La sintáctica se ocupa del estudio de los problemas relativos a la transmisión de la información, problemas de codificación, canales, ruido, redundancia, etcétera.

- La semántica estudia lo referente al significado.
- La pragmática se ocupa de la manera en que la comunicación afecta a la conducta de quienes intervienen en ella.

Las líneas de investigación sobre la influencia de la comunicación familiar en la esquizofrenia comenzaron en los años cincuenta. Entre ellas destacan las de Bateson (1956), y su hipótesis del "doble mensaje", en el que el paciente está sometido a mensajes persistentes y contradictorios. La hipótesis principal de este autor es que una persona atrapada en una situación comunicacional de "doble vínculo" puede desarrollar síntomas esquizofrénicos. La raíz de la patología se encuentra en los patrones secuenciales de la comunicación madre-hijo que se establecen desde la más temprana edad.

El patrón comunicacional del "doble vínculo" presenta las siguientes características en la situación familiar: la existencia del niño despierta ansiedad y hostilidad en la madre; la madre no puede aceptar estos sentimientos y la manera de negarlos consiste en tener una conducta amorosa manifiesta para lograr que el niño le responda como a una madre afectuosa, apartándose de él si no lo

hace; la ausencia de alguien en la familia, como un padre fuerte e intuitivo, capaz de intervenir en la relación entre la madre y el niño para apoyarlo frente a las contradicciones existentes, fomenta la relación enferma.

La madre de un esquizofrénico expresa simultáneamente dos órdenes de mensajes: una conducta hostil o retraída que surge cada vez que el hijo se acerca a ella y una conducta simulada que surge cuando el niño responde a la conducta de la madre para negar que se está retrayendo. El niño se encuentra en una situación en que debe evitar interpretar adecuadamente la comunicación de la madre si quiere mantener su relación con ella, no debe diferenciar entre la expresión de sentimientos simulados y los sentimientos reales. Como resultado, el niño debe distorsionar de manera sistemática su percepción de las señales metacomunicativas. Crece así sin haber adquirido la capacidad de comunicarse y, en consecuencia para determinar qué quiere decir "realmente" la gente y expresar qué quiere decir él en realidad.

Para Laing (1989), el patrón familiar del esquizofrénico incluye a un hijo cuya autenticidad se ha visto sometida, a menudo

involuntariamente, a una mutilación sutil pero persistente. El resultado final se alcanza cuando, independientemente de cómo actúe o se sienta una persona y de qué significado le dé a su actuación, sus sentimientos no son tomados en cuenta, sus actos son desconectados de sus motivos, intenciones y consecuencias.

Wynne y Singer (1963), demostraron que la comunicación desviada es un rasgo distintivo de las familias de esquizofrénicos, es decir, en este tipo de familias existen problemas para crear y mantener un foco compartido de atención. Identificaron dos formas comunes en los estilos de comunicación desviada en los que interviene un pobre foco de atención. Uno es un estilo amorfo en el que las comunicaciones son vagas, indefinidas y huidizas. El otro se define como fragmentado, la comunicación es fácilmente interrumpida, mal integrada y con faltas de cierre. Estas formas de comunicación preceden al brote esquizofrénico de uno de los miembros de la familia y contribuyen a su desarrollo.

C) FORMACION DEL PENSAMIENTO Y FAMILIA

Lidz y cols (1971), parten de la hipótesis de que el paciente esquizofrénico escapa de un mundo intolerable en el que se siente impotente para enfrentarse a los conflictos insolubles de su medio ambiente, por ello, recurre a distorsionar imaginativamente su percepción de la realidad. Proponen que el paciente esquizofrénico es más propenso que otros a distorsionar su simbolización de la realidad porque su apoyo en la prueba de realidad es precario. Porque fue criado en medio de la irracionalidad y ha estado en contacto crónico con comunicaciones intrafamiliares que distorsionan y niegan lo que debería ser la interpretación obvia del medio, incluyendo el reconocimiento y la comprensión de los impulsos de los miembros de la familia.

D) DINAMICA FAMILAR Y ESQUIZOFRENIA

De acuerdo con Wynne (1981), en las familias en las que uno de sus miembros desarrolla episodios esquizofrénicos agudos, las relaciones que se reconocen abiertamente como aceptables exhiben

una cualidad de "pseudomutualidad" intensa y perdurable. La pseudomutualidad se define como una cualidad de relación en la que cada persona aporta a ésta una carga primaria en lo que se refiere a mantener un sentido de relación.

Así, en estas familias encontramos una persistente invariabilidad en la estructura de roles, a pesar de las alteraciones físicas y situacionales en las circunstancias de vida de sus miembros, y a pesar de cambios en la vida, hay insistencia en lo adecuado y conveniente de esta estructura de funciones. El pánico esquizofrénico agudo y la desorganización podrían representar una crisis de identidad frente a los abrumadores sentimientos de culpa y ansiedad que sobrevienen cuando el individuo pretende salir de un tipo particular de estructura de roles familiares. En la transición del episodio agudo al estado crónico se restablecería la pseudomutualidad, por lo general, a mayor distancia psicológica de los miembros de la familia, con aumento de la culpa y ansiedad derivada de futuros pasos hacia la diferenciación y con incremento del autismo, soledad y vacuidad de la experiencia.

Sobre esta misma línea de pensamiento, Wertheim, (1973), distingue entre "morfofostasis forzada" y "morfofostasis consensual". La primera se refiere a la aparente estabilidad en el sistema familiar mantenida a pesar de la falta de una genuina validación consensual de sus miembros. La segunda, en cambio, se refiere a la genuina estabilidad del sistema familiar, consensualmente validada por sus miembros. Ello contribuye a la alienación intrafamiliar e individual y a un funcionamiento perturbado del sistema. La morfofostasis encontrada en familias con miembros esquizofrénicos es un ejemplo de "morfofostasis forzada".

Otro modelo explicativo sobre la esquizofrenia es el de la "vulnerabilidad-estrés", de Zubin y Spring (1977), quienes reconocen que el medio familiar y social influye en las recaídas, y en la necesidad de hacer frente a los potenciadores o estresores ambientales que inciden en las recaídas mediante intervenciones psicosociales.

***E) REPERCUSION DE LA ESQUIZOFRENIA SOBRE EL GRUPO
FAMILIAR***

Las primeras investigaciones realizadas por los pioneros de la terapia familiar estuvieron centradas, principalmente, en familias con miembros esquizofrénicos. Casi simultáneamente, diversos psicoterapeutas que atendían a este tipo de pacientes, descubrieron hechos interesantes, por ejemplo, observaron que si el paciente esquizofrénico mejoraba, casi invariablemente otro miembro de la familia presentaba síntomas patológicos. (Sáenz, 1984)

En un estudio realizado entre pacientes agudos de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México, Ryan (1981), encontró que la familia era el único agente comunitario que cuidaba al paciente psicótico cuando éste era dado de alta. En otro estudio Valencia (1993), mencionó que el 88% de los pacientes viven con su familia.

Ahora bien, las primeras investigaciones de Brown (1972), en Gran Bretaña, y de Vaughn y Leff (1977), en California, acerca de la emoción expresada (EE) informan que el comportamiento de los

familiares tiene una influencia significativa en las recaídas psicóticas.

El nuevo enfoque terapéutico considera que el paciente con esquizofrenia es una persona enferma y para asistirlo la familia organiza sus recursos con mayor o menor éxito. La tarea del terapeuta es examinar el esfuerzo de la familia por contener con la enfermedad y ayudarle a enfrentarse mejor a ésta, sin perder de vista que el paciente es el enfermo esquizofrénico. (Biagini, 1994)

Es claro que no es nada fácil vivir con un paciente esquizofrénico y más aún, hacerse responsable de él. El concepto de "carga" familiar es relativamente reciente y se encuentra estrechamente relacionado al funcionamiento social. Según Fadden (1987) la existencia de una "carga" pone la ruptura de los acuerdos recíprocos que las personas mantienen en sus interrelaciones, de tal forma que una de las partes debe hacer por la otra más de lo que equitativamente le corresponde.

Goldman (1982), describió la tensión emocional y económica originada en la familia por el paciente tras su retorno al hogar

antes de su plena recuperación y encontró que la "carga" familiar podía ser aliviada, bien por la rehospitalización del paciente o por las visitas domiciliarias de profesionales sociales y de salud.

Por su parte, Hoenig y Hamilton (1966), establecieron una importante distinción entre "carga objetiva" (repercusión sobre la salud y la economía) y "carga subjetiva" (modo en que los familiares experimentan la carga).

Brown (1972), comprobó que los problemas y el estrés vividos por la familia de los pacientes esquizofrénicos se encontraban estrechamente vinculados a los trastornos de conducta del enfermo. Por su parte, Creer y Wing (1974), concluyeron que los principales problemas de tipo conductual eran el aislamiento social y las actitudes desconcertantes y trastornadas de los pacientes.

Kreisman (1974) realizó una revisión de la respuesta familiar a la aparición de la enfermedad mental en uno de sus miembros y describió varios orígenes de la "carga": conducta amenazante del enfermo; sentimientos de vergüenza y culpa experimentada por los padres; carga económica que supone el tratamiento; trastorno de la

relación conyugal ocasionado por la enfermedad; y responsabilidad de la familia en cuanto a la protección del paciente.

Ahora bien, no todos los familiares se comportan de la misma manera cuando deben convivir con un paciente esquizofrénico y es la naturaleza de la "carga" que experimentan la que les lleva a asumir estrategias ineficaces frente a la enfermedad.

Otra línea es la que se sustenta en la teoría de la "emoción expresada" de Brown (1972), que identifica a la familia como estresor crónico en la evolución y como precipitante de las recaídas. Esta línea de investigación está situada en el curso de la esquizofrenia, más que en su etiología y propone que hay relación entre las condiciones de vida a las que regresaban los pacientes tras ser dados de alta en el hospital, y el riesgo que corren de sufrir una recaída. Este riesgo era mayor en aquellos que regresaban con su cónyuge o con sus padres.

Por su parte Anderson, Hogarty, Bayer y Needlerman (1984), demostraron que los familiares sin apoyo social tendían a poseer una alta emoción expresada.

En la investigación realizada en el Hospital Clínico de Madrid, Seeman, (1984), encontró que algunos de los efectos de las enfermedades mentales sobre la familia, eran los siguientes:

- 1.- Los miembros de la familia no tienen suficientes conocimientos sobre la naturaleza de la enfermedad mental.
- 2.- Se sienten avergonzados y tratan de ocultar la enfermedad.
- 3.- Sienten temor ante los síntomas de la enfermedad como la agresión, las ideas delirantes y las alucinaciones.
- 4.- Los síntomas negativos como la inactividad, el aislamiento, la lentitud y la falta de cuidado personal, son incomprensibles.

Anderson (1986), menciona tres puntos por los que es necesario estudiar a la familia de los pacientes esquizofrénicos:

- 1.- Porque se afectan todos los miembros de la familia.
- 2.- Porque la familia experimenta estrés grave y crónico por convivir con el enfermo, siendo menos capaces de ayudarlo.

3.- Porque la familia puede ayudar a que mejore la situación del paciente siempre y cuando se le dé la información y la ayuda que requiere.

Por otra parte, Lidz (1958), señala que se ha encontrado, en los padres de los pacientes esquizofrénicos, psicopatología e inestabilidad, que sus relaciones son deficientes y con frecuencia se deshace el matrimonio.

El estudio de Cabrero (1993), pone de manifiesto el costo o la tensión que origina la estigmatización, el temor a la conducta impredecible, la pérdida de los vínculos sociales, el descuido de las necesidades personales y el trabajo excesivo del familiar que atiende al paciente, como las consecuencias económicas cuando el paciente es el jefe de la familia. Plantea dos rasgos íntimamente relacionados con el costo: la sobrecarga y la desesperanza de la familia.

La actitud hacia la enfermedad predispone a reaccionar frente al problema, y a tomar una posición emocionalmente determinada por un componente afectivo que es resultado de la experiencia

adquirida en el orden cultural. Para la familia del enfermo es difícil comprender la esquizofrenia o la "locura" y las viven con desconfianza. (Marti y Murcia, 1988)

La esquizofrenia es uno de los trastornos que presenta más dificultades en el nivel familiar. El efecto negativo de la enfermedad, generalmente, recae básicamente en quienes la padecen y en las personas que conviven con ellos.

Cuando algún miembro de la familia tiene esquizofrenia se afecta gravemente la dinámica familiar. Las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas como: dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento de la calidad de vida, aislamiento social, un mal funcionamiento laboral y escolar, lo que aumenta el nivel de estrés y lo convierte en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a considerarse como un precipitante de las recaídas, de la exacerbación de síntomas y de las hospitalizaciones. Es evidente que los integrantes de la familia requieren apoyo para que puedan manejar a estos pacientes, tanto en la casa como en el hospital.

Fadden (1987), resumió las circunstancias que impiden buscar y obtener atención para los familiares del paciente:

- **Son poco accesibles.**
- **Los principales obstáculos son el financiero y el nivel educativo de la población.**
- **Falta organización y capacitación para identificar y manejar los trastornos mentales.**
- **No existe disponibilidad de un equipo interdisciplinario adecuado para brindar un tratamiento integral ya que la atención de la morbilidad no recae por completo en el personal médico sino en los profesionales de la educación y la psicología.**

III.- SISTEMAS DE ATENCION A LA **ENFERMEDAD MENTAL**

A) ANTECEDENTES HISTORICOS

Históricamente, se han dado tres grandes revoluciones en la psiquiatría y en el tratamiento de los enfermos mentales:

- Con Pinel, al liberar a los alienados de las cadenas con que los sujetaban.
- Con Freud, al descubrir la importancia del inconsciente en la determinación de la conducta.
- Con el descubrimiento de la clorpromazina, que vació los manicomios y reintegró a los psicóticos a su comunidad.

A partir de los años ochentas y con la tercera revolución psiquiátrica, se dio un nuevo enfoque al tratamiento del enfermo mental, ahora se buscaba controlar los síntomas positivos de la psicosis y hacer una intervención psicoterapéutica en el paciente. (Kaplan, 1989)

Durante 1960, nace en Estados Unidos el movimiento de salud mental comunitaria que prometió convertirse en el sistema básico de financiación estatal para el tratamiento y prevención de los trastornos mentales. Sin embargo, al poner en funcionamiento el programa se presentaron una serie de dificultades que impidieron cumplir con los objetivos propuestos; hubo disminución del apoyo económico, irregularidades en la atención de pacientes desinstitucionalizados, abandono y crítica de los psiquiatras a los centros comunitarios, contratación de personal no médico como sustituto más barato de la psiquiatría, por lo que se prestó un pésimo servicio a la comunidad. (Kaplan, 1989)

Estos antecedentes nos hablan de lo difícil que resulta llevar a cabo programas de salud mental comunitarios y, más aún, en países subdesarrollados como el nuestro.

El primer modelo asistencial para los enfermos mentales, en México, nace en 1566, el cual, fue instituido por un español de nombre Fray Bernardino Alvarez, quien inicia la construcción del Hospital de San Hipólito en la Ciudad de México. Este hospital estuvo pensado para la atención de todo tipo de pacientes convalecientes y, finalmente, se convirtió en un recinto para la locura.

Para 1910 se inauguró el manicomio general de "La Castañeda". Durante muchos años este establecimiento albergó a los enfermos mentales en condiciones infrahumanas. Su principal objetivo era aislar a este tipo de pacientes a fin de proteger a una sociedad que no los comprendía pero sí les temía.

Fue hasta 1965, que el Presidente Gustavo Díaz Ordaz, considerando las características obsoletas con que contaba "La Castañeda", dio instrucciones a doctor Rafael Moreno Valle, Secretario de Salubridad y Asistencia, de quitarlo definitivamente para sustituirlo por instalaciones modernas que estuvieran de acuerdo con la evolución que la psiquiatría había sufrido en los últimos años.

El corazón del sistema fue el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", el cual, tenía capacidad para atender a 630 pacientes adultos en la etapa aguda del padecimiento. También se construyeron: el Hospital Granja "Adolfo Nieto" para mujeres agudas recuperables, el Hospital Campestre "Samuel Ramírez Moreno" para varones crónicos, el Hospital Campestre "Doctor Fernando Ocaranza" para adultos e infantes de difícil recuperación y el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro". (Calderón, 1988)

Con la elaboración de nuevos psicofármacos, se ha transformado totalmente el tratamiento de los afectados mentales, ahora ya no se requiere mantenerlos confinados hasta la total desaparición de los síntomas de su enfermedad. La restitución parcial del juicio de realidad y de la conciencia de enfermedad hace posible el manejo personalizado y la rehabilitación de pacientes que en el pasado eran difícilmente abordables por la dificultad para establecer con ellos una relación significativa. (Díaz, Murow, Ortega, Valencia, Rascón y Ramírez, 1996)

Uno de los mayores retos que enfrenta actualmente la psiquiatría en todos los países es mejorar la calidad de la atención de los enfermos mentales, lograr la participación de las familias y de la sociedad. Por ello, un hospital psiquiátrico ha de contar con las instalaciones, los servicios, los programas y el personal que se requiere para mejorar sustancialmente el manejo terapéutico y humano de este sector de la población.

La Organización Mundial de la Salud en 1975, declaró que los trastornos mentales son problemas mayores de salud pública, por lo que pidió a los Estados que fortalecieran sus programas de salud mental. (De la Fuente, 1990)

Con el conocimiento del desarrollo de la salud mental comunitaria en otros países, en México se empiezan a elaborar programas pilotos. El doctor Guillermo Calderón creó el Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital San Rafael, llegando a coordinar la iniciativa privada, las instituciones gubernamentales y los institutos de educación superior para el buen funcionamiento del programa. Pero dentro del sistema para la atención de la salud pública, la salud mental ocupaba siempre uno de los últimos

lugares, lo cual, dio como resultado que no se llevaran a cabo estos programas. (Calderón, 1988)

Se requirieron algunos años para lograr el desarrollo de un adecuado programa de psiquiatría comunitaria ya que en México, es hasta 1984 que la Ley Nacional de Salud establece que la salud mental es prioritaria. (Secretaría de Salud, 1984)

Con el impulso que se le dio a estos programas, se logró poner mayor interés en la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos.

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" fue uno de los pioneros en establecer el servicio de Hospital Parcial, en él se trata de dar una atención integral al paciente psicótico, sin tener que mantenerlo confinado hasta la total desaparición de los síntomas de su enfermedad, logrando con ello que se reintegre lo más rápidamente posible a su núcleo familiar y social.

B) ANTECEDENTES DE PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS

Lo psicoeducativo surge del campo de lo grupal, pero con el apoyo de lo didáctico y dirigido en terapias breves grupales. Su trabajo está fundamentado en la colectividad y un tema central que se universaliza, con una presentación metódica de material didáctico. El enfoque psicoeducativo ha ocupado un lugar preponderante en el tratamiento de los enfermos con trastorno mental grave. Bennet, Drick, Drum, Kanas y otros (1989), propusieron que el trabajo con esquizofrénicos debía centrarse en la revisión de las alteraciones de la sensopercepción, ideas delirantes, las conductas relacionadas con un estado psicótico, así como en los efectos deseables y no deseables de los psicofármacos, para buscar disminuir la angustia y crear un ambiente más contenedor, con tendencia a psicoeducar al paciente en el comportamiento de su patología, para lograr su crecimiento y adaptación.

En 1986, Anderson, Reiss y Hogarty realizaron una investigación en el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos, acerca del tratamiento administrado a pacientes esquizofrénicos,

encontrando que los métodos tradicionales eran ineficaces ya que no se producían cambios.

Por otro lado, se descubrió que los métodos confrontativos o los que fomentan la expresión de los afectos y sentimientos en los miembros de la familia solían ser problemáticos, lo que contribuía al incremento de la angustia de los familiares y la proliferación de los síntomas de los pacientes. (Anderson, 1986)

Fue a partir de tal experiencia cuando surge la idea de implementar otros esquemas que fueran primordialmente educacionales para la etapa del tratamiento posterior al alta del paciente. Se tomaron como fundamento algunos resultados de las investigaciones de la "Emoción Expresada", donde a mayor expresividad emocional de la familia se producían mayores recaídas en los enfermos mentales. (Brown, Birley y Wing, 1972)

El doctor J. Wing (1978), del Instituto Maudsley de Londres, fue uno de los primeros que comenzó a tomar algunos datos como síntesis de los resultados de los trabajos psicosociales y biológicos modernos para la comprensión y tratamiento de la esquizofrenia.

Cabrero (1993), de la subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica H.C.P. de Barcelona, hacen una revisión de un curso sobre la enfermedad y exponen el método de solución de las familias, las características sociográficas de la muestra, así como la estructura del proceso del curso. Estos datos forman parte de la primera experiencia educativa en Cataluña, España.

Leff (1989), publicó una revisión exhaustiva de los estudios llevados a cabo por: Goldstein (1978), Anderson (1986) y Fallon (1982), denominándola "intervención social en familias con pacientes esquizofrénicos". Partió de los trabajos que estudian la "Emoción Expresada", valorando la eficacia que tienen las distintas modalidades de intervención social con las familias, en la disminución de las recaídas de los enfermos.

Cada uno de los autores anteriores ha descrito su intervención con las familias en términos diferentes, Goldstein (1978), la denomina "Terapia familiar en crisis"; Anderson (1986), "Psicoeducación"; Fallon (1982), "Método de Resolución de Problemas", Leff (1989) "Un paquete de tratamientos sociales". Estos estudios tienen en común los siguientes puntos:

- **Educación a las familias sobre la esquizofrenia.**
- **Instrumentación sobre la solución de problemas.**
- **Modificación de las pautas de comunicación.**
- **Trabajo sobre emoción expresada.**
- **Reducción del contacto cara a cara.**
- **Expansión de contactos sociales.**
- **Disminución de las expectativas y las presiones sobre el paciente.**

Por su parte, Arévalo (1990), concluyó que las técnicas utilizadas en los estudios anteriores son de gran consistencia y que los pacientes cubrían muestras amplias en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad y edad de inicio de la enfermedad.

Todas estas investigaciones han dado pauta para la implementación del modelo psicoeducativo en el trabajo con familias e incide en los puntos mencionados anteriormente, colocando a las familias en estrecha cooperación con los profesionales para conseguir el objetivo de ambas partes.

Interpretar la "Emoción Expresada" como una característica intrínseca de los familiares de los esquizofrénicos, generadora de patologías y recaídas, puede generar una visión etiquetadora y culpabilizante de tipo causal: familia-paciente. Por todo esto, se observa más operativo puntuar el trabajo con familias en la línea del modelo psicoeducativo, como una colaboración de los familiares en el proceso terapéutico, colaboración que se consigue valorando todas sus cualidades o rasgos positivos, más que, corrigiendo posibles rasgos negativos. Con esta postura y aumentando recursos asistenciales como los centros u hospitales de día, se permite disminuir el contacto cara a cara, disminuir la carga a la que algunas familias se ven sometidas y, además, se cree que se puede contribuir operativamente a modificar el curso de un trastorno como el de la esquizofrenia. (Pustilnik, 1990)

Para elaborar un programa eficiente de atención a la salud mental, habrá que basarse en el conocimiento de las creencias, concepciones y actitudes de la población a la que se dirijan. (De la Fuente, 1985)

También Levav (1989), plantea que la información obtenida en torno a la representación psicológica y social de la enfermedad mental puede ser de utilidad para plantear los servicios de salud mental y lograr su óptima utilización.

El tratamiento integral a largo plazo es conveniente cuando se trata de una enfermedad tan compleja como la esquizofrenia donde la familia desempeña un papel fundamental, para lograr esto es necesaria la participación del paciente, de su familia, de un equipo interdisciplinario de profesionistas y de las redes de apoyo social. (Rascón, Díaz, López y Reyes, 1997)

***C) PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN EL HOSPITAL
PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"***

Dentro del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", los grupos psicoeducativos tienen sus antecedentes en el "Programa de Orientación Psicosocial a Grupos de Familiares de la Consulta Externa". Posteriormente se realizó una investigación en el cuarto piso con el objeto de establecer una comparación del

funcionamiento entre familias con pacientes esquizofrénicos y su diferencia con familias sin estos pacientes, los resultados obtenidos arrojan que las primeras son desintegradas, mientras que las familias sin paciente esquizofrénico son estructuradas. (Alzati, 1989)

Dos años antes se realizó un estudio sobre la actitud de la familia hacia la enfermedad mental, llegando a la conclusión de que los familiares cuyos pacientes eran ingresados a hospitalización continua por primera vez, presentaban una actitud restrictiva, al contrario de los familiares con pacientes que habían tenido varios internamientos. (Padilla, 1989)

En 1988, se crea el Programa de Orientación a Familiares con pacientes en hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", éste constaba de un ciclo de 8 sesiones, en las cuales, se impartían pláticas de temas relacionados con la enfermedad mental y el funcionamiento de la institución, siendo el área de psicología la encargada de coordinarlo.

Dentro del primer programa que se llevó a cabo en el Servicio de Hospital Parcial se incluye, en el tratamiento integral para pacientes con trastorno mental grave, un método de intervención psicoeducativo para las familias de éstos. Esta forma de intervención familiar ha sido producto de la experiencia que se ha tenido en la práctica diaria y en el trato con las familias de los pacientes que acuden al servicio.

El programa psicoeducativo de Hospital Parcial pone en estrecha relación y colaboración a las familias de los pacientes con los profesionales para conseguir los objetivos que se proponen entre ambas partes, ayudando en el proceso terapéutico y en la rehabilitación del paciente. (Castañeda y De la Llera, 1992)

Para que la tarea de un programa educativo se lleve a cabo con eficiencia y eficacia, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos propone que la formación del clínico debe abarcar tres campos:

- Tener y proporcionar información sobre a enfermedad mental.**

- **Informarse e informar sobre las necesidades, problemas y perspectivas de las familias.**
- **Contar con las habilidades terapéuticas específicas que sirven para tratar los problemas especiales que plantea la convivencia con una enfermedad crónica, ayudando así, a los pacientes y a sus familias.**

El éxito de un grupo psicoeducativo consiste en la integración de los pacientes a su comunidad, dentro de los límites de sus capacidades funcionales y la disminución del estrés para sus familias. Los objetivos que persigue el Programa Psicoeducativo de Hospital Parcial de Fin de Semana son:

- 1. Favorecer la conciencia de enfermedad en los pacientes.**
- 2. Reducir el cuadro sintomatológico y lograr la adaptación de paciente a su medio.**
- 3. Facilitar la adherencia terapéutica.**
- 4. Favorecer el cambio de "actitud hacia la enfermedad mental" en los familiares de los pacientes.**

Se necesita que quienes participen como coordinadores de alguna actividad no tengan actitudes que puedan estorbar el vínculo y la colaboración con las familias, como la tendencia a culparlas o aquellas que reflejen una falta de interés en la importancia que tiene la enfermedad mental dentro del seno familiar.

Las actividades llevadas a cabo en este modelo son:

1) GRUPOS DE ORIENTACION

Son grupos cerrados formados con familiares, de pacientes esquizofrénicos, que acuden al servicio para recibir información acerca de la enfermedad que atañe a su paciente.

a) *Objetivos de la actividad:*

- Informar acerca de la enfermedad mental.
- Promover el conocimiento y habilidades prácticas sobre aspectos específicos y de la vida cotidiana del manejo de pacientes psicóticos.

- Definir los problemas a los que se enfrenta la familia con un paciente psicótico.
- Definir el tipo de relaciones que se tiene en el ambiente familiar.

b) Encuadre de las sesiones:

- Las sesiones son dirigidas por el expositor (psicólogo o psiquiatra)
- La disposición de los lugares es de tipo conferencia.
- Se atienden dudas de inmediato sin extenderse demasiado.
- Se resume brevemente lo expuesto y se cierra la sesión.

c) Técnica:

- Tipo conferencia.
- Apoyo con recursos didácticos como: rotafolios, diapositivas, transparencias, acetatos, etcétera.

2) GRUPOS DE REFLEXION

Son grupos cerrados de familiares, con pacientes esquizofrénicos, que se reúnen para intercambiar opiniones y puntos de vista acerca de las implicaciones que tiene la enfermedad mental en la interacción del paciente con su entorno.

a) Objetivos de la actividad:

- Definir problemas.
- Proporcionar soluciones y alternativas de cambio.
- Compartir experiencias.

b) Encuadre de las sesiones:

- Los grupos se integran con familiares cuyo paciente esté recibiendo atención en el Programa de Hospital Parcial de Fin de Semana.
- El grupo cuenta con dos psicólogos que coordinan las sesiones.
- Cada sesión tiene una duración de 90 minutos.
- La actividad se lleva a cabo en un tiempo de 20 sesiones, una por semana.

- **Los integrantes del grupo se sientan formando un círculo.**
- **Se requieren 5 miembros mínimo para comenzar cada sesión, incluyendo a los dos coordinadores.**
- **En la primera sesión los coordinadores dan el encuadre de las sesiones.**
- **Al grupo se le permite elaborar las tensiones engendradas por principio de cuentas, por consecuencia de lo que genera tener un paciente esquizofrénico en la familia.**
- **Lo tratado dentro de las sesiones se maneja como confidencial y fuera de las sesiones no se podrá hacer ningún manejo adicional.**
- **Los participantes tienen la oportunidad de hablar, filosofar e incluso redramatizar inconscientemente sus inquietudes en relación con la enfermedad mental.**
- **No está permitido hablar de casos personales ya que esto favorece el afloramiento de emociones.**
- **Las preguntas deben ir dirigidas a los miembros del grupo y no a los coordinadores.**
- **No se debe escribir ni leer nada durante la sesión.**
- **La tarea del grupo es reflexionar sobre el tema dado en Orientación.**

- **No se permite particularizar, es decir, los miembros del grupo deberán hablar en general sobre los temas, sin hacer referencia a su paciente o a su vida privada.**
- **Los coordinadores sólo intervienen en caso necesario, para señalar al grupo ciertas cuestiones que impidan el libre desarrollo de la tarea.**

c) Técnica:

- **Grupos de reflexión, en ellos se establecen roles, niveles emocionales y cohesión grupal; cada uno de estos aspectos es registrado sesión con sesión por tres psicólogos en Cámara de Gesell, con el objeto de llevar un seguimiento del desarrollo del grupo. (Anexo 1)**

Los roles que se observan en el grupo de reflexión son:

- **Líder de tarea** (centra al grupo en el tema, promoviendo que se realice la tarea)
- **Ansioso** (interrumpe los silencios o habla demasiado en las sesiones, repitiendo lo que ya se dijo o algo intrascendente)

- ***Silencioso*** (permanece callado durante la sesión, sin realizar aportaciones)
- ***Agresivo*** (sus comentarios llevan una carga de agresión hacia el grupo o hacia los coordinadores)
- ***Chivo expiatorio*** (recibe la agresión del grupo y asume la culpa sin tener la responsabilidad de lo ocurrido)
- ***Saboteador*** (desvía deliberadamente al grupo de la tarea haciendo comentarios que están fuera del tema, invita al grupo a tratar cosas ajenas a la tarea)
- ***Confrontador*** (siempre cuestiona y pone en duda los comentarios hechos en el grupo)
- ***Emisario del grupo*** (es el que manifiesta el estado de ánimo o los pensamientos comunes del grupo)
- ***Negador*** (es el que siempre niega lo que se comenta en relación con grupo o con el tema)

Los niveles emocionales por los que pasa el grupo son:

- ***Ansiedad***
- ***Agresión***
- ***Depresión***
- ***Culpa***

La cohesión grupal se registra como:

- *No presente.*
- *Presente.*

La tarea del coordinador es:

- Detectar y mostrar los temas manifiestos que asumen y trabajan los miembros como familiares de un enfermo mental, si tales temas no tienen relación alguna con los propósitos del programa se eliminan de la discusión.
- Explicar los conflictos latentes que dificulten el trabajo, sin interpretar las manifestaciones subyacentes de cada individuo.
- Explicitar las leyes del funcionamiento del grupo.
- Llevar a los participantes a que relacionen las diferentes experiencias vivenciales con los temas expuestos para su aprendizaje.
- Evitar las manifestaciones regresivas a partir del relato vivencial con relación a la enfermedad mental del paciente.

- Ayudar al grupo a pasar del nivel de redramatización en el aquí y en el ahora, al nivel de conceptualización a partir la información obtenida.

D) GRUPOS DE REFLEXION

Los grupos de reflexión tienen sus antecedentes en los grupos operativos. Las actividades que ofrecen los grupos operativos para las tareas interdisciplinarias y los grupos de aprendizaje, guardan estrecha relación con las actividades desarrolladas en Estados Unidos, en los Laboratorios Nacionales de Entrenamiento, y las técnicas utilizadas por Kurt Lewin en 1948 que él mismo denominó "Laboratorio Social". Lewin utilizó la discusión en grupos y el desempeño de roles para diagnosticar conductas en los problemas presentados, estos grupos fueron denominados "Basic Still Training Groups" (B.S.T.), que adiestraban para la acción, y la formación consistía en enseñar a operar con grupos.

Sobre las bases anteriores, se organizaron en 1949 los Grupos T (Training Groups) que revierten la perspectiva del

adiestramiento pasando a centralizar el aprendizaje en grupos, en la indagación de lo que les ocurre a los participantes en el seno de este grupo. (Mennaker y Mennaker, 1975)

Encima de este mismo asiento conceptual se apoya el esquema referencial y de funcionamiento de los grupos operativos desarrollado por Riviere. Este esquema encuentra plena aplicación en los grupos de reflexión.

Pichón Riviere (1978), indica que mediante la tarea realizada en éstos, el sujeto adquiere o recupera un pensamiento discriminativo social, por el que, progresivamente, a través del aprendizaje, se produce una experiencia correctora, así el paciente logra conciencia de su propia identidad y de la de los demás en un nivel real.

Riviere, organizó una experiencia interdisciplinaria de indagación operativa en la Universidad del Litoral en 1958, a partir de ahí, perfeccionó la teoría y la técnica de los grupos que denominó "Grupos Operativos", en éstos se amalgaman

perfectamente el pensamiento psicoanalítico con las técnicas de investigación operativa.

Los grupos operativos tienen las siguientes características:

- **El grupo operativo es el campo propicio para la indagación activa por medio de técnicas que Lewin llama de Laboratorio Social.**
- **La actividad pensante del grupo va del pensar vulgar hacia el pensar científico, resolviendo las contradicciones aparentes.**
- **Cuando el grupo es heterogéneo en sus integrantes se observa que se logra mayor homogeneidad en la tarea.**
- **El análisis de las ideologías es una tarea implícita en el análisis de las actitudes y del esquema conceptual referencial operativo.**
- **Las ideologías son sistemas de ideas o connotaciones a los que recurren los hombres para orientar mejor su acción. Son pensamientos más o menos conscientes o inconscientes, dotados de gran carga emocional. Tienen un contenido manifiesto y una infraestructura inconsciente**

que es necesario indagar. Las ideologías no forman un núcleo coherente, sino que por lo general, coexisten varias ideologías de signo contrario determinando ambigüedades que se manifiestan como contradicciones.

- Enseñar y aprender constituyen una unidad formada por cinco etapas:
 - a) Estado de duda causado por el problema planteado.
 - b) Estado de tensión o de acción bloqueada.
 - c) Formulación de una hipótesis.
 - d) Emergencia subsiguiente de un problema.
 - e) Manejo de la hipótesis para llegar a la formación de un concepto que resuelva la duda anterior
- El cometido de un grupo de aprendizaje es resolver las ansiedades ligadas al aprendizaje de una disciplina.
- El grupo operativo integra lo teórico y lo práctico. Es un grupo centrado en la tarea de aprender a pensar, con términos de resolución de las dificultades, creadas y manifestadas en el campo grupal.
- El grupo se estructura como un grupo conspirador para oponerse al cambio (pre-tarea), mediante técnicas disociativas.

- **El análisis sistemático de estos factores permite el paso al segundo período. (etapa de elaboración de la tarea)**
- **La función del coordinador es lograr dentro del grupo una comunicación activa y creadora mediante la apertura de los sistemas de pensamientos cerrados y estereotipados, y transformar las discusiones frontales estériles en factores generadores de nuevos enfoques.**
- **El coordinador favorece con su técnica el vínculo entre el grupo y el campo de su tarea en una situación triangular. El vínculo transferencial debe estar comprendido en este último contexto. Cuando el objetivo sea terapéutico, la tarea del grupo apuntará a resolver la ansiedad del grupo, cuando sea el aprendizaje, se orientará a la resolución de las ansiedades ligadas al aprendizaje.**

Los grupos de reflexión surgen en 1970 con Dellarossa y otros doctores como Bernard, Kunsnetroff, Ulloa, Cuidard, Ferschut, Helman, y Kesselmen, integrantes de la comisión directiva de la "Asociación Americana de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo" (AAPPG). Ellos pusieron en marcha el proyecto donde se asumía la formación sistemática de profesionales de la coordinación de

grupos, en general y grupos psicoeducativos, en particular. Los participantes eran alumnos que se encontraban en un ámbito institucional y podían vivir la experiencia de grupo. (Dellarossa, 1979)

En un grupo de reflexión se reúnen los participantes para hablar e incluso para redramatizar, en cierta medida, pero en un campo mucho más restringido que en el grupo terapéutico.

El grupo de reflexión cuenta con un encuadre, coordinadores e integrantes seleccionados que poseen la capacidad de aprender, de operar convenientemente en grupos de trabajo, que tengan disponibilidad real de tiempo y energía acorde con el compromiso que se pretende asumir y con expectativas reales, la consigna es reflexionar.

Durante el desarrollo de las sesiones se ponen en acción los mecanismos de los fenómenos grupales, se observa el surgimiento de determinados liderazgos para esa situación, así como la emergencia de cargas activas que desplazarán el grupo, desde los niveles de grupo de trabajo hasta los niveles más primitivos,

pugnando por deformar el encuadre y ampliarlo hacia un cometido terapéutico.

El papel del coordinador es procurar que se mantengan las reglas del juego, intervendrá cuando la situación se cargue afectivamente, de suerte que sus intervenciones tiendan a disminuir la tensión, o bien, actuará de modo opuesto, estimulando cuando el clima grupal esté demasiado frío, teniendo en cuenta que no debe apartarse de la consideración situacional del aquí y del ahora. Cuando un tema o una vivencia evidencie agotarse o confundirse, habrá que intervenir para esclarecer el episodio, mostrando el camino desde lo vivencial hacia lo conceptual y buscando el enlace, si existiera, entre el episodio y los temas teóricos que se están tratando. El coordinador debe operar procurando rescatar a sus integrantes de cierto afán de seguir viviendo el momento grupal, y llevarlos al nivel de la observación desapasionada de sí mismos con vista a mejorar su conceptualización.

La movilidad de que disponen los integrantes del grupo de reflexión para la realización de la tarea está referida con lo que se

llama tensión óptima para la tarea. Esta comprende un límite mínimo, por debajo del cual tendríamos un grupo apático, desinteresado, deslibinizado, y un límite máximo, más allá del cual, el exceso de tensión se traduciría en suspicacia, agresividad intensa o competitividad destructiva.

La posibilidad de enriquecerse por medio de la experiencia constituye un proceso de aprendizaje. Es el "yo" el que aprende, pero también es el "yo" el que es cambiado y moldeado por una experiencia de aprendizaje. El individuo sólo puede acumular en su mente las representaciones de los hechos internos para construir con ellos sus esquemas y conceptos con sus valores y relaciones. Cuando ciertos valores dejan de ser operantes al observar los hechos desde nuevas perspectivas se produce la demolición de los mismos y la construcción de nuevos valores a partir de esa experiencia. La esencia misma del "yo", en cuyo seno se dan estos cambios, participa de esas reestructuraciones.

Si aceptamos que el "yo" es el asiento de importantes funciones como: la percepción, la intención, la inteligencia, el pensamiento, el lenguaje y la síntesis; el proceso de aprendizaje

significaría una constante demolición de las estructuras de pensamiento en que se sustentan todas esas funciones. El equilibrio dependerá de la capacidad dinámica que ese "yo" posea para elaborar y sintetizar los nuevos valores en conveniente armonía y ritmo con la destrucción de los viejos valores. "La capacidad sintética del yo se manifiesta asimilando elementos extraños (internos y externos), actuando de unificador y mediador de tendencias opuestas y activando el trabajo intelectual". (Dellarossa, 1979)

Cuando el equilibrio dinámico no esté garantizado por el adecuado funcionamiento sintético del yo ocurrirá que el desequilibrio que acontece al proceder mencionado cambio, de viejos por nuevos valores, implica demasiado riesgo. Su consecuencia será una resistencia proporcional que se opondrá a las posibilidades de incorporar nuevos elementos, es decir, de realizar el aprendizaje.

Los grupos de reflexión deben abarcar un espacio donde los integrantes se reúnan a analizar y dramatizar inconscientemente en un espacio más restringido que en un campo terapéutico, es decir,

un lugar donde se consideren solamente aspectos específicos. Extrapolando esto al trabajo con las familias la enfermedad mental se considera como tema central y el grupo un espacio donde se aclaran las relaciones de los integrantes con un familiar enfermo, con la institución, con los compañeros del grupo y con la actividad.

Aunque en un momento dado se establezca el encuadre debe considerarse que cada uno de los miembros opera con su personalidad, carácter y gravita con sus conflictos en el grupo. Si de alguna manera se pone de manifiesto algún componente personal de los miembros, el coordinador tiene la obligación de respetar este material, que no debe ser interpretado, ya que esto invadiría la vida privada de los mismos, lo que hace que la actividad del coordinador se vea limitada. (Dellarossa, 1979) et

En los grupos terapéuticos se interpreta el material subyacente. Mientras que en el grupo de reflexión se apunta a señalar los temas aportados y el éxito que se ha obtenido con relación al desarrollo y la elaboración de los temas, rescatando la capacidad de pensar de los miembros y no la emotividad que no los dejaría avanzar para cumplir la tarea.

Por lo tanto, el coordinador debe mantener a los miembros centrados en el trabajo sin que estas se desvíen a atender sus propias vivencias. El coordinador debe fomentar la inquietud en los miembros para que en un momento dado lleguen a observar que han estado actuando, para esto los miembros requieren de un nivel de integridad mental. Por lo anterior se deben tener criterios de inclusión claros, Dellarossa propone los siguientes:

- 1.- Capacidad de recuperar el equilibrio mediante nuevas síntesis.
- 2.- Un nivel mínimo de salud mental.
- 3.- Capacidad plástica de adaptación a los fenómenos de pérdida y de recuperación del equilibrio, impuestos por la tarea del aprendizaje.
- 4.- Tener características homogéneas a los demás miembros para impedir la limitación de algunos de ellos en la participación.

IV.- ACTITUDES HACIA LA **ENFERMEDAD MENTAL**

A) CONCEPTO DE ACTITUD

Etimológicamente actitud deriva del latín "actus" que significa conveniencia, adaptabilidad; connotando así la actitud como un estado mental o subjetivo para la acción. Por lo tanto, se entiende que es la suma total de inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier asunto específico, por lo tanto, la actitud de un individuo se reconoce como una cuestión de índole subjetiva y personal. En la salud mental se manifiesta como una predisposición de la persona, adquirida directa o indirectamente y que conduce a evaluar positiva o negativamente al enfermo mental. (Lozano, Suárez, Meléndez y Torner, 1991)

La influencia de Freud (1910), fue quien dotó a las actitudes de vitalidad como un grado de amor, odio, compasión y prejuicio con la vida inconsciente.

Las actitudes se constituyen de tres elementos:

- 1.- El componente afectivo: el sentimiento a favor o en contra de un objeto es lo realmente característico de una actitud. Se refiere a los sentimientos y emociones ligadas al objeto actitudinal.**
- 2.- El componente cognitivo: consiste en las percepciones, creencias y estereotipos del sujeto. Es el conocimiento que se tiene acerca del objeto, el número de elementos del componente cognitivo varía de una persona a otra.**
- 3.- El componente conductual: es la tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto. Son conductas coherentes, y afectos relativos a los objetos actitudinales. (Summers, 1976)**

Las actitudes cuentan con ciertas propiedades:

Dirección: las actitudes generalmente son concebidas como un enfrentamiento de la representación de componentes favorables o desfavorables.

Magnitud: se refiere al grado favorable o desfavorable de una actitud.

Intensidad: se refiere a la fuerza de los sentimientos asociados a una actitud.

Ambivalencia: está relacionada con la concepción de dirección en términos bipolares.

Diferenciación afectiva: es el grado de contribución de cada uno de los componentes de la actitud (afectivo, cognitivo y conductual) pueden ser considerados por sí mismos como una propiedad.

Complejidad: se refiere a la elaboración del componente cognitivo de una actitud.

Externalización: es la característica del aspecto conductual, puede definirse como el grado de manifestación de la actitud.

Aislamiento: una actitud puede existir en relativo aislamiento de otros elementos cognitivos.

Flexibilidad: es la facilidad con la que una actitud puede ser modificada.

Conciencia: es la tendencia de la conducta sin el complemento fenomenológico directo, es la actitud en la cual los componentes cognitivos y afectivo están ausentes o no son verbalizados por la persona.

B) CONCEPTO DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

El estigma de la etiqueta de la enfermedad mental se ha documentado ampliamente desde los primeros años de la década de los cincuentas, los pacientes mentales han sido considerados por

años con más disgusto y antipatía que virtualmente cualquier otro grupo incapacitado en nuestra sociedad y de hecho sus incapacidades, parcialmente, son atribuibles a actitudes públicas de rechazo y evitación.

Summers (1976), define la actitud como la suma total de las inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico y, además, establece la diferencia entre actitud y opinión, considerando que esta es la expresión verbal de la actitud.

Dorina Stefanni (1987) sostiene que la actitud hacia la enfermedad mental es una predisposición adquirida directa o indirectamente y que conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental.

Una serie de investigaciones empíricas han revelado que la actitud de la gente hacia la enfermedad mental se caracteriza, por el temor, la ansiedad, y el rechazo. En la salud mental, la actitud se manifiesta como una predisposición de la persona, adquirida

directa o indirectamente y que conduce a evaluar positiva o negativamente a la enfermedad mental. (Lozano, Suárez, Meléndez y Torner, 1991)

C) ANTECEDENTES DE LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

En la antigüedad las enfermedades mentales representaban una crisis en el sistema mágico-religioso y eran atribuidas principalmente a la violación de un tabú, omisión de las obligaciones rituales y a posesiones demoniacas. El tratamiento de la enfermedad mental era encomendado a un chamán que aparece como especie de método inspirado, muy vulnerable a la posesión de espíritus y que es el medio a través del cual hablan éstas. (Carmona, 1971)

En las culturas griega y romana se creía que las personas que tenían estas enfermedades estaban poseídas por espíritus diabólicos, sin embargo, existen algunos indicios de que los enfermos también podían ser considerados como sagrados. Los

casos de mediana gravedad eran abandonados como objetos de desprecio, ridículo y burla. (Szasz, 1986)

Las prácticas supersticiosas continuaron determinando la actitud popular hacia los enfermos mentales, que eran descuidados, maldecidos o perseguidos. Durante la edad media los enfermos mentales con frecuencia eran adorados como santos. En el siglo XIII los pacientes eran considerados como fenómenos raros, o de manera más amable, como desgraciados. Lo que parece indicar una actitud más tolerante, que se manifiesta en algunos sectores de la sociedad moderna.

En el siglo XIV se fundaron varias instituciones para el cuidado, o más exactamente, la custodia de pacientes psiquiátricos. El primer hospital mental fue fundado en Valencia, en 1469 y en 1567 bajo la influencia hispánica en México se fundó el primer hospital mental del mundo. En Londres, las condiciones a las que estaba expuesto el enfermo mental hospitalizado eran deplorables, los pacientes eran exhibidos periódicamente en los hospitales de Belhthem en donde podían ser vistos por el público por unos peniques. (Szasz, 1986)

Durante el renacimiento una persona que presentaba delirios y alucinaciones se consideraba que estaba poseída por el demonio y embrujada. Una parte de los enfermos mentales encontró salida a sus impulsos patológicos en las guerras o las manifestaciones religiosas como las cruzadas, las peregrinaciones, etcétera.

En el siglo XVIII hubo una contradicción básica en la actitud hacia la enfermedad mental. Por una parte, los enfermos mentales eran rechazados por las sociedades profesionales médicas y de otros tipos. Por otra parte, los adelantos médicos y científicos llevaron a la creación de la ciencia moderna. A finales de este siglo hubo notables progresos en Italia y Francia con Philippe Pinel y su tratamiento moral, el cual se adoptó en los Estados Unidos por Benjamín Rush, considerado como el padre de la Psiquiatría Moderna. Además, durante la tercera y cuarta década del siglo se establecieron 10 hospitales para enfermos mentales que utilizaba este tratamiento, el cual consistía en mandar temporalmente al individuo con alteraciones, a un retiro donde se le ponía cómodo, se estimulaba su interés, se invitaba a sus amistades y se les animaba a discutir sus problemas. (Bockhoven, 1963)

Este tratamiento se usaba en las suposiciones de que el comportamiento alterado era causado, ya sea por ignorancia o por un entendimiento incorrecto; a mediados del siglo XIX ambas suposiciones fueron abandonadas como lo fue el tratamiento moral, en su lugar se creyó que el comportamiento alterado era creado por una enfermedad física de etiología desconocida que existía como una úlcera dentro del paciente causada genéticamente o por un agente externo dañino.

Con base en esta nueva formulación de la enfermedad mental, se creyó que el tratamiento debía ser por medio de métodos físicos o químicos. Posteriormente, se empezó a desarrollar la Psiquiatría Dinámica con el desarrollo del psicoanálisis y se inició el psicodiagnóstico de las capacidades, surgiendo muchas escuelas de psicología académica: el estructuralismo, el funcionalismo, el asociacionismo y el behaviorismo que se desarrollarían en el período de 1870 a 1936. (De la Fuente, 1982)

A principios de este siglo, en los Estados Unidos, aparecieron las primeras señales de un interés renovado con respecto a los métodos y la filosofía subyacente al tratamiento moral del siglo

XVIII y en los años subsecuentes evolucionó el punto de vista en los profesionales de la salud mental. (Carmona, 1971)

Tomando en cuenta que, a parte de la predisposición genética de un individuo hacia la enfermedad mental, también existen condiciones ambientales que ayudan en el desarrollo de la misma, la psicopatología no se ve como un fenómeno subtérnico, sino como un producto de transacciones entre el individuo y su medio social y físico; esto acarrea un alejamiento del modelo médico tradicional de la enfermedad mental hacia concepciones esencialmente psicosociales de problemas de vida. (De la Fuente, 1982)

Antes se acostumbraba interpretar los síntomas psiquiátricos como signos de enfermedad física y, dentro del marco psicoanalítico, se les veía como defensas contra los procesos internos del individuo, ahora se define un síntoma como una forma de tratar con sucesos externos. (Haley, 1976)

**D) ANTECEDENTES DEL CUESTIONARIO SOBRE "ACTITUD
HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL"**

Para evaluar la actitud de diferentes miembros de la población se ha utilizado el cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental diseñado por Dear y Taylor (1979), mismo que evalúa Autoritarismo, Benevolencia, Restrictividad social e Ideología de la Comunidad.

En la población de trabajadores de la salud mental también se han realizado estudios que parten de la idea de que estos deben estar mejor informados en relación con el origen y consecuencias de los trastornos mentales, encontrándose divergencias entre quienes tienen un alto nivel de preparación.

En el artículo elaborado por los Doctores Lozano, Suárez, Meléndez y Torner en 1991, se publican los resultados de la aplicación del cuestionario de actitud hacia la enfermedad mental. Utilizaron como grupo de control a estudiantes que no estuvieron en contacto con los pacientes. Los resultados favorables consistieron siempre en un marcado descenso de los factores

autoritarismo y restrictividad social, así como la elevación de los factores benevolencia e ideología de la comunidad. Esa investigación se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" ya que se consideraba importante conocer las actitudes hacia la enfermedad mental de varios grupos de trabajadores de la salud porque estos influyen en el tratamiento de los pacientes.

Cohen y Struening (1962), estudiaron la opinión del personal de dos hospitales psiquiátricos sobre la enfermedad mental a través de su escala OMI, considerando aquellas ocupaciones en las que se tiene contacto estrecho con los pacientes mentales.

El OMI comprende 5 escalas que fueron derivadas empíricamente de un análisis de factores con un conjunto de 180 declaraciones de opinión.

Analizando los resultados que surgen de los 5 factores de la Escala de Opinión sobre la Enfermedad Mental, los investigadores recogieron opiniones con base racional y de esta manera, se

reflejara un cambio de sentimientos sobre la enfermedad mental y los enfermos mentales.

Las 5 escalas del OMI se etiquetaron como sigue:

1) *AUTORITARISMO*

Que refleja una visión de los enfermos como una clase inferior que requiere un manejo coercitivo.

2) *BENEVOLENCIA*

Que refleja una visión paternalista, compasiva hacia los pacientes, basada en principios religiosos y humanísticos.

3) *IDEOLOGIA DE LA HIGIENE MENTAL*

Que da una visión del modelo médico de la enfermedad mental como una enfermedad como cualquier otra.

4) *RESTRICTIVIDAD SOCIAL*

En la cual se ve a los enfermos mentales como una amenaza para la sociedad.

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

5) ETIOLOGIA INTERPERSONAL

Refleja una creencia de que la enfermedad mental, surge del exceso de tensión en la experiencia interpersonal.

Las escalas OMI y CMHI fueron la base para medir las actitudes hacia la enfermedad mental, en algunas investigaciones se usaron en una forma revisada con los objetivos duales de:

- 1.-Reducir el número total de enfermos.**
- 2.-Expresar las declaraciones de opinión de una manera que pudiera ser entendida fácilmente por el público en general.**

Cuatro de las escalas referidas se usaron para medir la actitud, estas fueron tres escalas OMI: Autoritarismo, Benevolencia, Restrictividad Social y la escala CMHI. Se seleccionaron con el propósito de explicar y predecir las reacciones del público hacia las instituciones.

Juntas, estas 4 escalas pueden considerarse como medidas de las Actitudes hacia la Enfermedad Mental (AMI). Con 10 declaraciones que se incluyeron para cada escala. Este conjunto

inicial de declaraciones se probó en un grupo de estudiantes, para que proporcionaran un conjunto final de 40 elementos o ítems. El instrumento fue validado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

El Cuestionario de Actitudes hacia la Enfermedad Mental consta de 40 preguntas correspondientes a cuatro escalas: autoritarismo, benevolencia, restrictividad social e ideología de la comunidad. Cada escala está constituida por 10 oraciones, cinco de ellas expresan sentimientos positivos y las restantes expresan sentimientos negativos de la categoría que se está midiendo.

Las respuestas son de tipo Lickert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo) Por cada escala, la puntuación de cinco reactivos va de 1 a 5 y la de los otros cinco reactivos va de 5 a 1. Los resultados de cada escala están en un rango de 10 a 50.

El valor negativo es 10 y significa una actitud negativa hacia lo que mide la escala. El valor 50 significa una actitud positiva hacia lo que mide la escala. Cada escala corresponde a series de

cuatro preguntas, así, la pregunta 1 mide autoritarismo, la 2 benevolencia, la 3 restrictividad social, la 4 ideología de la comunidad e higiene mental, la 5 autoritarismo, y así sucesivamente hasta llegar a la pregunta 40. (Lozano, Suárez, Meléndez y Torner, 1991)

V.- METODO

A) PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

En nuestro país los trastornos mentales psicóticos oscilan entre 10.1 y 14 por cada 1000 en la población mayor de 14 años. Se estima que la proporción más elevada corresponde a la esquizofrenia y a las psicosis funcionales. Los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud Mental, arrojaron cifras de prevalencia de la esquizofrenia del 1.2 % en el sexo masculino y del 0.09 % en el sexo femenino. Los estudios internacionales muestran porcentajes similares (Rascón, Díaz, López y Reyes, 1997)

Por las cifras anteriores podemos constatar que uno de los mayores retos que enfrentan los profesionales de la salud mental es lograr romper con los mitos, temores, rechazo y angustia que se genera en la sociedad ante la enfermedad mental. Este tipo de actitudes, lejos de ayudar a desaparecer el problema lo incrementa,

porque impide la rehabilitación del paciente y limita su participación en la vida familiar, laboral y social.

La actitud hacia la enfermedad predispone a reaccionar frente al problema y a tomar una posición emocionalmente determinada por un componente afectivo que es resultado de la experiencia adquirida en el orden cultural. Para la familia del enfermo es difícil comprender la esquizofrenia y la viven con desconfianza. (Marti y Murcia, 1988)

La familia interviene en todas las etapas de la enfermedad: cuando se inicia, al internar al paciente en el hospital, durante la hospitalización y en el proceso de reintegración del paciente al ambiente familiar. Es evidente que la familia del enfermo mental necesita contar con una ayuda que le permita manejar de manera más adecuada las situaciones a las que se enfrenta diariamente. Sabemos que dentro de las instituciones públicas existen carencias de recursos materiales y humanos por lo que se hace difícil contar con servicios de terapia familiar. En el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", actualmente se lleva a cabo un programa psicoeducativo que tiene como objetivos principales lograr un

cambio de actitud hacia la enfermedad mental e involucrar a los miembros de la familia en el tratamiento del paciente.

La actividad eje en el programa es el Grupo de Reflexión, en éste se realiza una elaboración profunda de la información proporcionada a los familiares. Dentro de las sesiones del grupo se pretende que el familiar analice problemas, proporcione soluciones y alternativas de cambio. Dada la importancia que se le da a esta actividad dentro del programa para familiares, se plantea el siguiente problema: ¿Cómo influye el Grupo de Reflexión, en las actitudes hacia la enfermedad mental, de los familiares con pacientes psicóticos?

B) HIPOTESIS

Hi: Existen diferencias en el cambio de actitud hacia la enfermedad mental entre los familiares que participan en un grupo de reflexión y los que no participan en él.

Ho: No existen diferencias en el cambio de actitud hacia la enfermedad mental entre los familiares que participan en un grupo de reflexión y los que no participan en él.

C) VARIABLES

Variable dependiente: la actitud hacia la enfermedad mental, que se define como una predisposición del individuo adquirida directa o indirectamente y que le conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental. Las actitudes específicas que se midieron fueron:

- ***Autoritarismo:*** es la percepción negativa hacia el enfermo mental como perteneciente a un nivel inferior que requiere un manejo coercitivo.
- ***Benevolencia:*** es una visión paternalista y amable hacia los enfermos mentales cuyos orígenes se derivan de la religión y del humanismo.

- ***Restricción social:*** se concibe al paciente como una amenaza social, principalmente hacia la familia y la comunidad, debiendo ser restringido en su funcionamiento durante y después de su hospitalización.
- ***Ideología de la Comunidad e Higiene Mental (CMHI):*** mide el grado de adhesión a la ideología prevaleciente en la comunidad sobre la enfermedad mental, incluye la idea de que son los enfermos mentales quienes buscan activamente ayuda psiquiátrica, la orientación y esfuerzos preventivos vía intervención ambiental.

Variable independiente: el Grupo de Reflexión, que se define como el conjunto de personas que se reúne con el objetivo de intercambiar experiencias, discutir, plantear problemas y encontrar soluciones sobre un determinado tema, elaborando las tensiones que se generan sobre el mismo.

D) SUJETOS

Grupo control: Está constituido por 30 sujetos, de los cuales 14 son varones y 16 son mujeres, sus edades fluctúan entre 28 y 60 años, su escolaridad va del nivel elemental al superior y sus recursos socioeconómicos fluctúan entre el medio y el bajo. Todos ellos tienen un familiar esquizofrénico en tratamiento.

PARENTESCO CON EL PACIENTE	SEXO		ESTADO CIVIL				EDAD			ESCOLARIDAD		
	M	F	S	C	D	V	25-35	36-46	47-57	ELE- MEN- TAL	ME- DIA	SUPE- RIOR
PADRES	6	9		11	2	2		7	8	5	7	3
HERMANOS	8	5	5	8			11	2		4	4	5
OTROS FAM.		1		1				1			1	
NINGUNO		1	1				1					1
	T=30		T=30				T=30			T=30		

Tabla 1

Grupo experimental: Está constituido por 30 sujetos de los cuales 13 son varones y 17 mujeres, sus edades fluctúan entre los 30 y los 65 años, su escolaridad va desde nivel elemental hasta el superior, su nivel socioeconómico fluctúa entre el medio y el bajo, todos ellos tienen un familiar esquizofrénico en tratamiento.

PARENTESCO CON EL PACIENTE	SEXO		ESTADO CIVIL				EDAD			ESCOLARIDAD			
	M	F	S	C	D	V	25-35	36-46	47-57	ELE- MEN- TAL	ME- DIA	SUPE- RIOR	
PADRES	7	11		15	1	2		9	9		6	8	4
HERMANOS	6	5	5	6			10	1			4	4	3
OTROS FAM.		1		1				1				1	
NINGUNO													
	T=30		T=30				T=30			T=30			

Tabla 2

E) MUESTRA

Se realizó un muestreo intencional cuyos criterios de inclusión, para ambos grupos, fueron los siguientes:

- Ser familiar de un paciente esquizofrénico que se encuentre en tratamiento dentro del servicio.
- No tener ningún tipo de retraso mental.
- Tener un mínimo admisible de salud mental, ésta fue evaluada por dos psiquiatras.

- **No haber participado antes en un grupo psicoeducativo o de reflexión.**

F) DISEÑO

Para realizar esta investigación se utilizó un diseño de Grupo Experimental y Control con Pretest y Postest. (Campbell y Stanley, 1982).

G) ESCENARIO

Las sesiones de ambos grupos se realizaron en aulas del Servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", institución perteneciente a la Secretaría de Salud. Los salones son de forma rectangular de 4m de ancho por 5m de largo, cuentan con un pizarrón verde de 1m. de ancho por 2m. de largo, sin ningún adorno en las paredes, con ventilación e iluminación adecuadas y con una cámara de Gessell, donde se

colocan observadores con el objeto de registrar el desarrollo de las sesiones.

H) INSTRUMENTO

**Cuestionario de "Actitud hacia la Enfermedad Mental",
diseñado por Dear y Taylor en 1979.**

- **Un cuadernillo que contiene 40 ítems correspondientes a 4 escalas: autoritarismo, benevolencia, restrictividad social e ideología de la comunidad. Cada escala está constituida por 10 oraciones, 5 de ellas expresan sentimientos positivos hacia la enfermedad mental y las restantes expresan sentimientos negativos de acuerdo a la categoría que se está midiendo. Las respuestas son de tipo Lickert acomodadas en incisos: A) Estoy de acuerdo, B) Estoy más o menos de acuerdo, C) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo, D) No estoy de acuerdo, E) Estoy en total desacuerdo. Cada escala corresponde a series de 4 preguntas: la pregunta 1 mide autoritarismo, la 2 benevolencia, la 3 restrictividad social, la**

4 ideología de la Comunidad e Higiene Mental, la 5 autoritarismo, y así sucesivamente hasta llegar a la 40. (Anexo 2)

- Una hoja de respuestas, en donde se marca el inciso elegido. (Anexo 3)

- Una hoja de calificación, en donde se maneja por cada escala una puntuación que va de 1 a 5 y otra que va de 5 a 1. Los resultados de cada escala están en un rango de 10 a 40. El valor mínimo es 10 y significa una actitud negativa hacia lo que mide la escala. El valor 40 significa una actitud positiva hacia lo que mide la escala. (Anexo 4)

1) PROCEDIMIENTO

Para que se cumpliera con las características de la muestra, dos psiquiatras realizaron una valoración y selección de los familiares, cuyos pacientes ingresaron por primera vez al Programa de Hospital Parcial de Fin de Semana, y se conformó un grupo de

30 sujetos que participaría en Reflexión (grupo experimental) y otro grupo de 30 sujetos que no participaría en Reflexión (grupo control).

Se aplicó el cuestionario de "Actitudes hacia la Enfermedad Mental" a ambos grupos.

Los grupos fueron de tipo cerrado, es decir no se permitió la entrada ni la salida de miembros al grupo durante el tratamiento.

El grupo denominado control recibió 20 sesiones de Orientación, donde únicamente se les proporcionó información acerca de la enfermedad mental. El grupo experimental recibió 20 sesiones de Orientación y 20 de Reflexión.

La Orientación que se les proporcionó a ambos grupos fue la misma y con el mismo equipo médico que incluye, un psiquiatra y un psicólogo.

Para el grupo de Reflexión se requirieron dos psicólogos que fueron los coordinadores y tres psicólogos que se trabajaron en

cámara de Gesell, observando y registrando lo ocurrido en cada una de las sesiones.

Al término de las 20 sesiones se realizó una segunda aplicación del cuestionario de "Actitudes hacia la Enfermedad Mental" para ambos grupos.

J) ANALISIS ESTADISTICO

Se llevó a cabo por medio de una prueba *t* de Student para comparar las muestras correlacionadas, y también se usará la *t* de Student para muestras independientes. (Downie,1986)

VI.- RESULTADOS

Al comparar la primera aplicación de la prueba entre el grupo sin reflexión (control) y el grupo con reflexión (experimental), se encontró que no hay diferencias en cuanto a los resultados de las escalas entre los dos grupos, dado que no fueron significativas las pruebas "t" al nivel de $\alpha 0.05$. El valor de una prueba "t" no direccional para un número de grados de libertad de 58, en la tabla, es de 2. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Para autoritarismo un valor "t" de 0.051

Para benevolencia un valor "t" de 0.0.

Para restrictividad social un valor "t" de 0.754

Para ideología de la comunidad e higiene mental un valor "t" de 0.124

PRETEST			
1ª APLICACIÓN	SIN REFLEXION	CON REFLEXION	
AUTORITARISMO	X=30.26 s=1.35	x=30.24 s=1.35	t=0.051 No significativa
BENEVOLENCIA	X=36.34 s=1.25	x=36.34 s=1.25	t=0.0 No significativa
RESTRICTIVIDAD SOCIAL	X=23.60 s=1.31	x=23.87 s=1.31	t=0.754 No significativa
C.M.H.I.	X=36.30 s=1.37	x=36.47 s=1.37	T=-0.124 No significativa

Tabla 3

En la segunda aplicación se encontró que, entre el grupo sin reflexión (control) y el grupo con reflexión (experimental), existen diferencias significativas más allá del nivel de $\alpha 0.05$ ya que el valor de t para 58 grados de libertad, en la tabla, a este nivel es de 2 y en las diversas escalas se obtuvieron valores mayores:

Para autoritarismo un valor "t" de 4.31

Para benevolencia un valor "t" de -7.21,

Para restrictividad social un valor "t" de 17.87

Para ideología de la comunidad e higiene mental un valor "t" de -3.92

POSTEST			
2ª APLICACIÓN	SIN REFLEXION	CON REFLEXION	
AUTORITARISMO	x=29.24 s=1.03	x=24.77 s=1.03	t=4.31 $\alpha=0.001$
BENEVOLENCIA	x=37.20 s=0.863	x=43.50 s=0.863	t=-7.21 $\alpha=0.001$
RESTRICTIVIDAD SOCIAL	x=23.37 s=0.418	x=15.90 s=0.418	t=17.87 $\alpha=0.001$
C.M.H.I.	x=40.44 s=1.4	x=45.94 s=1.4	t=-3.92 $\alpha=0.001$

Tabla 4

Estos resultados apoyan la hipótesis de que el grupo de reflexión influye en el cambio de actitud en las distintas escalas, en mayor medida que el grupo que no recibe reflexión.

Con los resultados obtenidos en la primera y segunda aplicación, se encontró que en el grupo sin reflexión (control) hubo cambios significativos en las diversas escalas. En esta prueba que emplea datos dependientes o correlacionados, el número de grados de libertad es de 29 y se sabe que el valor crítico de t para una prueba direccional al nivel de $\alpha 0.05$ es de 2.045. Los resultados fueron los siguientes:

Para autoritarismo un valor " t " de 5.72

Para benevolencia un valor " t " de 4.62

Para restrictividad social un valor " t " de 7.762

Para ideología de la comunidad e higiene mental un valor "t" de 8.81

GRUPO SIN REFLEXION			
SIN REFLEXION	1ª APLICACION	2ª APLICACION	
AUTORITARISMO	X=30.26 s=0.332	x=29.24 s=0.332	t=5.72 $\alpha=0.001$
BENEVOLENCIA	X=36.34 s=0.29	x=37.20 s=0.29	t=4.62 $\alpha=0.001$
RESTRICTIVIDAD SOCIAL	X=23.60 s=0.258	x=23.37 s=0.258	t=7.762 $\alpha=0.001$
C.M.H.I.	X=36.30 s=0.47	x=40.44 s=0.47	t=8.81 $\alpha=0.001$

Tabla 5

En cuanto al grupo experimental después de la primera y segunda aplicación, se encontró que el grupo con reflexión (experimental) influyó en los resultados de la prueba, en mayor proporción, ya que estos fueron significativos más allá del nivel de $\alpha 0.05$ ya que el valor crítico de t para una prueba direccional a este nivel es de $\alpha 2.045$. Los resultados de la prueba para las distintas escalas fueron:

Para autoritarismo un valor "t" de 16.88

Para benevolencia un valor "t" de 10.93

Para restrictividad social un valor "t" de 39.85

Para ideología de la comunidad e higiene mental un valor "t" de 25.43

GRUPO CON REFLEXION			
CON REFLEXION	1ª APLICACIÓN	2ª APLICACION	
AUTORITARISMO	x=30.24 s=0.324	x=24.77 s=0.324	t=16.882 α=0.001
BENEVOLENCIA	x=36.34 s=0.656	x=43.50 s=0.656	t=10.93 α=0.001
RESTRICTIVIDAD SOCIAL	x=23.87 s=0.2	x=15.90 s=0.2	t=39.85 α=0.001
C.M.H.I.	x=36.47 s=0.383	x=45.94 s=0.383	t=25.43 α=0.001

Tabla 6

Como se puede observar, la mejoría en las puntuaciones fue más alta en el grupo experimental que en el grupo control. Es decir, aunque en ambos grupos hubo cambios significativos en cuanto a la actitud hacia la enfermedad mental, en el grupo experimental (con reflexión) estos cambios fueron mayores. Los resultados apoyan la hipótesis de que después de la participación de los familiares en el grupo de reflexión, su actitud hacia la enfermedad mental mejora notablemente, en mayor medida de lo que mejora en los familiares que no participan en reflexión.

Se observa que en las escalas de autoritarismo y restrictividad social las puntuaciones en la prueba bajaron

considerablemente, en cambio en las escalas de benevolencia e ideología de la comunidad las puntuaciones subieron, por lo tanto, las actitudes negativas sufrieron una disminución mientras que las actitudes positivas se incrementaron.

En cuanto a las sesiones del grupo de reflexión se pudo observar que las emociones que más predominaron fueron la ansiedad, la agresión y la culpa. Por ejemplo: en la primera sesión; la angustia fue muy evidente, al inicio de ésta los familiares se sentían preocupados por saber cuál era la mejor manera de tratar la enfermo, a la mitad de la sesión, el grupo se tornó agresivo contra la sociedad por no aceptar al enfermo mental, pero cuando se les dijo que tal vez los que rechazaban al enfermo eran ellos mismos el grupo se deprimió por la culpa, ya que se dieron cuenta de que la enfermedad de su paciente les causaba muchas molestias, les generaba cierto rechazo ya que no se sentían dueños de sus propias vidas sino atados y señalados por la sociedad. En la sesión se les indicó que esta situación era generadora de agresión en la familia y de rechazo hacia el enfermo lo que contribuía a las recaídas del mismo.

Después de esta observación el grupo pasó a un estado de depresión, se le señaló que tal vez se sentían culpables de la enfermedad de su familiar y los integrantes del grupo aceptaron sentirse así. Los coordinadores indicaron que no se debía hablar de culpas sino de responsabilidad y preguntaron qué podían hacer ahora para mejorar la situación. Algunos familiares expresaron diversas maneras en que pueden ayudar a su paciente sin sentir culpa, con esto último terminó la sesión en un clima emocional más adecuado y sin angustia.

Se aprecia cómo en una sola sesión del grupo de reflexión los niveles de emoción varían y se modifican con cada contenido que se trata en ella, así como con las intervenciones de los coordinadores.

VII.- DISCUSION

De acuerdo con Fadden, vivir con un paciente esquizofrénico crea una "carga" en los familiares que conviven diariamente con él. Esto se puede constatar en las actitudes que muestran los familiares dentro de las sesiones de los grupos de reflexión, ya que se muestran angustiados, preocupados en exceso y culpables de lo que está pasando. Para ellos no es fácil entender la conducta del paciente y reaccionan negativamente ante los síntomas que presenta, no logran entender porque el enfermo no quiere asearse, o no trabaja, o se la pasa dormido. Esto genera molestia en los que comparten el hogar con el paciente, pero sobre todo en quien se ha puesto a la tarea de "cuidarlo", ya que, generalmente, vive con angustia. Tal como lo menciona Brown, los problemas y el estrés vividos por la familia de los pacientes esquizofrénicos se encuentran estrechamente vinculados a los trastornos de conducta del enfermo.

Seeeman encontró que los familiares de los enfermos no tienen conocimientos de la naturaleza de la enfermedad mental, se sienten avergonzados y tratan de ocultarla. Sienten miedo ante la agresión, las ideas delirantes y las alucinaciones, no comprenden los síntomas negativos como la inactividad, el aislamiento, el descuido personal, todos estos temores los expresan los familiares en las sesiones de los grupos de reflexión, por medio de la información recibida, así como del análisis de las diversas situaciones que se generan dentro de las mismas, los miembros del grupo se dan cuenta de que la conducta del paciente no son más que síntomas, el hablar de estos problemas y el sentirse miembro de un grupo en el que los integrantes tienen problemáticas semejantes, alivia poco a poco la angustia, además, dentro del grupo, se trata de plantear alternativas ante las diversas situaciones a las que se enfrentan los familiares que conviven con los pacientes esquizofrénicos.

La actitud que tiene la familia, ante la conducta del paciente, la predispone a reaccionar frente al problema y a tomar una posición emocionalmente determinada por un componente afectivo que es resultado de la experiencia adquirida en el orden

cultural como lo señalan Marti y Murcia. Por ello, en Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" se pretende cambiar la actitud de los familiares ante la enfermedad mental, a través de información y de la reflexión, por medio de un grupo psicoeducativo como el de reflexión, de acuerdo con Anderson, la familia puede ayudar a que mejore la calidad de vida del paciente si se le da a esta la información y ayuda que requiere.

Summers apunta que las actitudes pueden cambiar con información, así, con la propuesta del grupo de reflexión, se busca que los familiares de los pacientes con enfermedad mental participen en grupos psicoeducativos.

De acuerdo con Bennet, Drick, Drum y Kanas, el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos debe centrarse básicamente en la revisión de los síntomas, los medicamentos y sus efectos, esta investigación indica que dicha información, también la deben conocer los familiares que conviven con los pacientes, buscando disminuir la angustia y crear un ambiente más contenedor para lograr la readaptación del paciente al seno familiar, laboral y social.

Autores como Goldstein, Anderson, Fallon, y Left, se han dedicado a la intervención con familias y aunque lo han hecho en términos diferentes, sus estudios tienen en común con los grupos de reflexión que:

- **Es necesaria la educación de las familias sobre la esquizofrenia.**
- **Se requiere proporcionar instrumentos para la solución de los problemas que se presenten.**
- **Es conveniente modificar las pautas de comunicación.**
- **Existe una necesidad de disminuir las expectativas y las presiones sobre el paciente.**

Una diferencia de los grupos de reflexión con la posición de estos autores reside en el manejo de la emoción expresada, ya que ésta, al ser una característica intrínseca de los familiares, puede entenderse como una visión etiquetadora y culpabilizante, por lo que se hace más operativo el modelo psicoeducativo en el que se destacan las actitudes positivas que los familiares pueden tener hacia su familiar enfermo, permitiendo así, disminuir la carga emocional.

Padilla dice que los familiares cuyos pacientes ingresan por primera vez al hospital, mantienen una actitud restrictiva ante el enfermo, esto queda constatado claramente en los resultados obtenidos en la escala de restrictividad social, que en un inicio fue más alta y al término del tratamiento bajó.

El grupo de reflexión constituye una experiencia correctora ya que, a través del aprendizaje, sus integrantes adquieren poco a poco un pensamiento discriminativo social, como lo indica Pichón Riviere en sus grupos operativos. Es así como mediante el intercambio de experiencias, el análisis, la información, las alternativas de solución a los problemas y la reflexión, la actitud hacia la enfermedad mental cambia de manera positiva. Los familiares adoptan una actitud más humana, disminuyendo su autoritarismo o manejo coercitivo de paciente, ven a la enfermedad mental como cualquier otra, no como una amenaza para la sociedad y esto hace que baje el nivel de estrés, siendo más capaces de pensar en como actuar ante los problemas que genera convivir con un familiar esquizofrénico.

VIII.- CONCLUSIONES

La esquizofrenia, no es problema sólo de unos cuantos, es un problema de salud pública a la que se le debe proporcionar mayor atención.

La actitud que se tiene hacia la enfermedad mental es el resultado de la experiencia adquirida en el orden cultural, por lo tanto, es necesario proporcionar información clara y veraz, sobre ésta.

La prevención de la enfermedad mental es la mejor alternativa para disminuir el índice de incidencia, por lo que se deben redoblar los esfuerzos en el área de psiquiatría comunitaria.

La atención para los pacientes psicóticos requiere de más apoyo por parte de las autoridades para crear hospitales, con personal especializado, ya que algunos de los centros ya existentes, se encuentran en condiciones infrahumanas.

La familia de los enfermos mentales requiere de atención profesional debido a los múltiples problemas de tipo emocional, económico y social que enfrentan.

La carga que experimentan los familiares de los pacientes con esquizofrenia, aumenta la ansiedad y la culpa, lo que repercute directamente en las recaídas de los pacientes.

Los métodos confrontativos utilizados en la atención de los familiares del enfermo mental, aumentan el sentimiento de culpa y la ansiedad, por lo que una alternativa es utilizar métodos que implementen esquemas psicoeducativos, que logren un cambio de actitud y que la familia asuma su responsabilidad, pero sin sentir culpa.

El grupo de reflexión es una alternativa eficaz en el cambio de actitud hacia la enfermedad mental, por lo que es benéfico emplearlo en el tratamiento integral del paciente esquizofrénico, involucrando a la familia directamente en la rehabilitación de su familiar enfermo.

En el grupo de reflexión se les da a los participantes la oportunidad de darse cuenta de su actitud. Pone en evidencia la forma de actuar y pensar ante la enfermedad mental, de esta manera es más fácil identificar las actitudes que perjudican al enfermo y que no contribuyen a su reinserción a la vida familiar, social y laboral.

La actividad en el grupo de reflexión no queda en el plano de la información, sino que en él se participa en una experiencia grupal en donde se mueven emociones que se hacen evidentes y las cuales muchas veces impiden pensar con claridad o razonar. Mediante el grupo de reflexión se puede aprender a controlar las emociones.

El análisis de las ideologías es una tarea implícita en el análisis de las actitudes y del esquema conceptual, por o tanto, al integrarse el grupo con variedad de ideologías se hacen manifiestas contradicciones que llevan a la reestructuración cognoscitiva.

Mediante el grupo se integra lo teórico y lo práctico, ya que se aprende a pensar en base a las dificultades creadas dentro del grupo, además se intenta resolverlas.

El doble mensaje que se le da en la comunicación de las familias esquizofrenizantes, se manifiesta en la comunicación entre los integrantes del grupo de reflexión, por lo tanto, se hace posible trabajar sobre esto dentro del grupo.

El grupo de reflexión, sin ser un grupo meramente terapéutico, sirve como medio para darse cuenta de la necesidad de participar en una experiencia terapéutica que ayude al mejoramiento de la dinámica familiar que se está jugando dentro de sus hogares.

La comunicación vaga, huidiza y desviada, indefinida o fragmentada que se da dentro del grupo de reflexión, corresponde al tipo de comunicación que se da al interior de las familias esquizofrenizantes. Los coordinadores deben señalar esto a los integrantes del grupo con el objetivo de hacerlo consciente para trabajarlo dentro del grupo.

La invariabilidad que se da en la estructura de los roles que asumen los integrantes de las familias de esquizofrénicos, se refleja en la invariabilidad de roles que se juegan dentro del grupo de reflexión. Los coordinadores lo señalan para lograr modificarlos, primero dentro del grupo y después en la familia.

La información sobre la enfermedad mental es necesaria pero una mejor alternativa es procesarla dentro del grupo de reflexión, en él los participantes tienen la oportunidad de discutirla y vivirla, intercambiando sus experiencias.

El grupo de reflexión permite resolver problemas comunes, a los cuales se encuentran sometidos aquellos que tienen a su cuidado un enfermo mental.

En los grupos psicoeducativos, como los de orientación y reflexión, se producen cambios positivos hacia la enfermedad mental.

Los cambios de actitud hacia la enfermedad mental son mayores en el grupo que recibe reflexión.

En las escalas donde se muestran mayores cambios de actitud son benevolencia y restrictividad social.

En autoritarismo y en Ideología de la comunidad e higiene mental los cambios que se dan son menores.

Las actitudes negativas disminuyen, mientras que las positivas aumentan, sin embargo, existe la limitante de no saber cuanto tiempo dura este cambio, por lo que sería interesante realizar un seguimiento de los casos.

En este estudio no se realizó un análisis más específico en cuanto a la influencia que podría tener diferentes factores como el sexo, la edad, el parentesco y la escolaridad, por lo que resultaría conveniente hacerlo para tener un panorama más detallado.

A pesar de las limitaciones de este estudio, considero que el grupo de reflexión es un instrumento valioso en el tratamiento para las familias, sobre todo, en hospitales con poco presupuesto donde no es posible proporcionar terapia familiar.

Es importante la contribución que realizan hospitales como el Fray Bernardino Alvarez, ya que en ellos se proponen nuevas técnicas cuyo fin es contribuir al tratamiento de los enfermos mentales y su familia.

IX.- BIBLIOGRAFIA

- Alzati, T. (1989). El rol del enfermo mental. Buenos Aires: Amorroutu.
- Anderson, C.M. (1986). A psychoeducational model of family treatment for schizophrenia. En Sterlien, H., Wayne, L.C. y Wirching, M. (Comps). Psychosocial intervention in schizophrenia. Berlin: Springer-Verlag, 227-235
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E., Bayer, G. y Needieman, R. (1984). Expressed emotion and the social networks of parents of schizophrenia patients. British Journal of Psychiatry, 144, 247-255
- Anderson, C.M., Reiss, D.J. y Hogarty, G.E. (1986). Schizophrenia and family. A practitioner guide to psychoeducation and management. Nueva York: Guilford Press.
- Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. Estudios de Psicología, 43-44, 169-193
- Asociación Piquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV. Barcelona: Masson S. A., 1995
- Batenson, G. (1956). Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1, 251-264
- Bennett, E. Drick, Drum, Kanas y otros, (1989). Discussion, decision, commitment and consensus in group decision, Human relations, 8, 251-274

- Berenstein, I. (1976). Familia y enfermedad mental. Buenos Aires: Piados.
- Beutner, R. (1980). Guía para la familia del enfermo mental. Buenos Aires: Piados.
- Biagini, M. (1994). Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. Salud Mental, 17, 13-17
- Bleuler, E. (1911). Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig: Deuticke. En Garnica, R. (1994). Esquizofrenia: diagnóstico y tratamiento en la práctica médica. México: Psicofarma.
- Bockhoven, N. (1963). Psicología, ideología y ciencia. México: Siglo XXI.
- Brown, G. W. (1972). Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group. Milbank Memorial Fund Quarterly, 37, 105-131
- Brown, G.W., Birley, J.L. y Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Journal of Psychiatry, 121, 241-258
- Cabrero, L.J. (1993). Familia y tratamiento integral en la esquizofrenia. Trabajo presentado en el Simposio; Abordajes Psicosociales en la Esquizofrenia en el Siglo XIX. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Bilbao.
- Calderón, G. (1988) Salud mental comunitaria: un nuevo enfoque de la psiquiatría. México: Trillas.

- Campbell y Stanley (1982). Diseños experimentales y análisis experimentales en la investigación social, Editorial Amorrortu.
- Caraveo, J. (1995). Encuesta nacional del paciente hospitalizado. Salud Mental, 18(4), 1-9
- Carmona, R.E. (1971). La enfermedad mental en México. UNAM, México.
- Castañeda, CG. y De la Lleria, M. (1992). Del asilo al hospital psiquiátrico moderno. Psiquis, 1, 34-37
- Cohen, J. y Struenning, J. R. (1962). Opinions about mental health in the personal of two large hospitals. Jour Abnor Soc Psych, 64, 349-360
- Cooper, D. (1981). La muerte de la familia. España: Ariel.
- Creer, G. y Wing, J.K. (1974). Schizophrenia at home. En Rascón, G. M., Díaz, M. R., López, J.J. y Reyes, R.C. (1997). La necesidad de dar alternativas a los familiares responsables del cuidado del paciente esquizofrénico. Salud Mental, 20, 85-68
- De la Fuente, D. R. (1982). Acerca de la salud mental en México. Salud Mental, 5, 21-29
- De la Fuente, D. R. (1985). Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- De la Fuente, D. R. (1990). Consideraciones sobre los problemas mentales y conductas que afectan la salud en sociedades en desarrollo: El caso México. Salud Mental, 13, 1-7

- Dear, M. y Taylor, M. (1979). Attitude toward the mental. En Lozano, M., Meléndez, P.M., Suárez, P.J. y Torner, C. (1991). Actitudes hacia la enfermedad mental en residentes de psiquiatría y otros grupos laborales. Psiquis, 1, 8-24
- Dellarossa, A. (1979). Grupos de Reflexión. México: Paidós.
- Díaz, M.R, Murrow, E., Ortega, H., Ramírez, I., Rascón, M.L. y Valencia, M. (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud Mental, 2, 1-9
- Downie, N. M. (1986). Métodos estadísticos aplicados. México, Harla.
- Fadden, S. (1987). En García,P., Civeira, J.M., González, L. (1991). Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar. Psiquis, 12, 57-67
- Fallon, I.R.H. (1982). Family manegement in the prevention of exacerbations of schizopfhrenia. A controled study. New England Journal of Medicine, 306, 1437-1440
- Freud, S. (1910). Un Caso de Paranoia descrito en forma Autobiográfica. Tomo II, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914). Introducción al Narcisismo Tomo II, Madrid: Biblioteca Nueva.
- García, P., Civeira, J.M., González, L. (1991). Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar. Psiquis, 12, 57-67
- Garnica, R. (1994). Esquizofrenia. México: Psicofarma Médica.

- Goldman, H. (1982). Mental illness and family burden: a public health perspective. En García, P., Civeira, J.M., González, L. (1991). Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar. Psiquis, 12, 57-67
- Goldstein, H. (1978). Psychosocial issues. Schizoph Bull, 13, 1-8
- Haley, J. (1976). Terapia para Resolver Problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hartmann, H. (1953). Contribución a la meta psicología de la esquizofrenia En Ensayos sobre la Psicología del Yo. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoenig, J. y Hamilton, M. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. En García, P., Civeira, J.M., González, L. (1991). Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar. Psiquis, 12, 57-67
- Kaplan, H. (1989). Tratado de Psiquiatría. (2da ed.) Barcelona: Salvat.
- Klein, M. (1946, 1952). En Paniagua, C. (1991). Teorías psicoanalíticas de la esquizofrenia. Psiquis, 12, 40-50
- Kreisman, D. W. (1974). Family responses to the mental illness of a relative: schizophrenia bulletin. En García, P., Civeira, J.M., González, L. (1991) Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar. Psiquis, 12, 57-67
- Laing, R. (1989). Cordura, locura y familia: Familias de esquizofrénicos. Fondo de Cultura Económica, México.
- Leff, J- (1989). A control trial of social intervention in schizophrenia: a two-year follows up. Br J. Psych, 139, 102-104

- Levav, I. (1989). Adecuando los recursos. Salud Mental, 12(2), 66-69
- Lewin, K. (1948). Teoría de campo en las ciencias sociales. Buenos Aires: Paidós.
- Lidz, T. (1958). El medio intrafamiliar del paciente esquizofrénico: la transformación de la irracionalidad. En Sluzki, C.E. (1981). Process of symptom production and patterns of symptom maintenance. Journal of marital and family therapy, 7, 273-280
- Lidz y cols (1971). El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: cisma marital y sesgo. En Sluzki, C.E. (1981). Process of symptom production and patterns of symptom maintenance. Journal of marital and family therapy, 7, 273-280
- Lozano, M., Meléndez, P.M., Suárez, P.J. y Torner, C. (1991). Actitudes hacia la enfermedad mental en residentes de psiquiatría y otros grupos laborales. Psiquis, 1, 8-24
- Mahler, M. (1968) En Paniagua, C. (1991). Teorías psicoanalíticas de la esquizofrenia. Psiquis, 12, 40-50
- Marti, T.J.L. y Murcia, G.M. (1988). Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación. Barcelona: Anthropus.
- Mennaker, E. y Mennaker, W. (1975). El grupo T y el aula. En Benno, K. D. y otros. Picodinámica de grupos T. Buenos Aires: Paidós.
- Padilla, P. (1989). Frecuencia de los trastornos mentales en pacientes que asisten a consulta general en un centro de salud. Salud Mental, 7(3), 72-78

- Paniagua, C. (1991). Teorías psicoanalíticas de la esquizofrenia. Psiquis, 12, 40-50
- Pustilnik, S. (1990). Expresividad emotiva y esquizofrenia. Influencia de la familia en el curso de la enfermedad. Salud Mental, 13, 45-49
- Rascón, G. M., Díaz, M. R., López, J.J. y Reyes, R.C. (1997). La necesidad de dar alternativas a los familiares responsables del cuidado del paciente esquizofrénico. Salud Mental, 20, 85-68
- Riviere, P. (1978). Aplicación de la psicoterapia de grupo. Actas de un Congreso Latino Americano de Psicoterapia de Grupo. Argentina.
- Ryan, H.P. (1981). Un programa experimental psicosocial para pacientes agudos hospitalizados. Salud Mental, 5(3), 8-15
- Sáenz, I. (1984). La terapia familiar como alternativa terapéutica en un centro de salud mental comunitario. Tesis para obtener la licenciatura en Psicología. UNAM, 1, 3-5
- San Martín, H. (1984). Salud y Enfermedad. México: Prensa Médica Mexicana.
- Secretaría de Salud (1984). Ley Nacional de Salud. México.
- Seeman, M. (1984). Schizophrenia courses and outcome. En Rascón, G. M., Díaz, M. R., López, J.J. y Reyes, R.C. (1997). La necesidad de dar alternativas a los familiares responsables del cuidado del paciente esquizofrénico. Salud Mental, 20, 85-68
- Stefani, D. (1887). Actitud hacia la enfermedad mental. Salud Mental, 8(3), 14-18

- Summers, G.F. (1976). Medición de actitudes. México: Trillas.
- Szasz, T.H. (1986). El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu.
- Valencia, M. (1993). Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. Psiquiatría, 1, 71-96
- Vaughn, C.E. y Leff, J. P. (1977). En García, P., Civeira, J.M., González, L. (1991) Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar. Psiquis, 12, 57-67
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson D. D. (1971). Teoría de la comunicación. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Wertheim, E. (1973). Family unit therapy and the science and typology of systems. Family Process, 12, 361-376
- Wing, J. K. (1978). The description and classification of psychiatric symptoms: an instructional manual for the PSE and CATEGO system. Cambridge University. Londres.
- Wynne, L.C. y Singer, M.T. (1963). Thought disorders and family relations of schizophrenics. Arch Gen Psychiatry, 9, 33-40
- Wynne y, L.C. (1981). Current concepts about schizophrenics and family relationships. En Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. Estudios de Psicología 43-44, 169-193
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. En Rascón, G. M., Díaz, M. R., López, J.J. y Reyes, R.C. (1997). La necesidad de dar alternativas a los familiares responsables del cuidado del paciente esquizofrénico. Salud Mental, 20, 85-68

ANEXO I

HOSPITAL PARCIAL DE FIN DE SEMANA

**CRONICA DE REFLEXION
FAMILIAS**

FECHA: _____ **GRUPO:** _____ **SESION** _____

TEMA CENTRAL: _____

TEMAS AJENOS: _____

NIVEL EMOCIONAL: _____

COHESIÓN GRUPAL: _____

NUMERO DE ASISTENTES: _____

NOMBRE DEL FAMILIAR

NOMBRE DEL PACIENTE

OBSERVACIONES:

DESARROLLO DE LA SESION:

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y tache en la hoja de respuesta lo más adecuado a lo que piensa.

1.-En cuanto una persona parece estar enferma mentalmente pienso que se le debe hospitalizar.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

2.- Creo que el gobierno debería dar más dinero para el cuidado y tratamiento de los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

3.- Pienso que los enfermos mentales deberían ser asilados del resto de la comunidad.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

4.- La mejor ayuda para los enfermos mentales es que se queden dentro de su comunidad.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

5.- La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

6.- Creo que los enfermos mentales son una carga para la comunidad.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

7.- Los enfermos mentales son menos peligrosos de lo que la gente supone.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

8.- El que exista centros u hospitales para curar enfermos mentales en mi colonia, pienso que la desprestigia.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

9.- Creo que hay algo en los enfermos mentales que hacen que se diferencien del resto de la gente.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

10.- Pienso que se burlan de los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo**

- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

11.- Sería tonto(a) si me caso con alguien que hubiera estado enfermo mentalmente, aunque ya estuviera completamente recuperado.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

12.- Los centros de la misma comunidad deberían de dar los servicios necesarios de salud mental.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

13.- Se debería cuidar menos a la gente de los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

14.- Es un desperdicio de nuestros impuestos aumentar el gasto en salud mental.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

15.- Nadie tiene derecho a separar al enfermo mental de su comunidad.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

16.- Pienso que hay un alto riesgo en la colonia cuando existen enfermos mentales viviendo aquí, aún cuando esto ayude a curarlos.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

17.- A los enfermos mentales se les debe tratar con el mismo tipo de control que a los niños pequeños.

- a) Estoy de acuerdo**

- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

18.- Considero que debemos ser más pacientes con los enfermos mentales de nuestra comunidad.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

19.- Vivir junto a un vecino que hubiera estado enfermo(a) mentalmente me sería desagradable.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

20.- Los habitantes de mi comunidad deberían aceptar que haya servicios de salud mental en mi colonia para atender las necesidades de sus miembros.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**

- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

21.- A los enfermos mentales se les debe tratar como parte de la comunidad.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

22.- Considero que hay suficientes servicios de salud mental para los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

23.- A los enfermos mentales se les debe ayudar a toma responsabilidades en la vida normal.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

24.- Los vecinos tenemos razones para no querer que haya un servicio de salud mental en nuestra comunidad.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

25.- Considero que lo mejor para el enfermo mental es encerrarlo.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

26.- Los hospitales psiquiátricos parecen prisiones, en vez de lugares donde se pueda atender a los enfermos mentales.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

27.- Cualquiera que haya tenido problemas mentales en su pasado, no debería ocupar un cargo público u oficial.

- a) **Estoy de acuerdo**

- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

28.- Tener servicios de salud mental en la colonia, no nos pone en peligro a los habitantes.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

29.- Los hospitales psiquiátricos o mentales es una forma anticuada de tratar al enfermo mental.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

30.- Los enfermos mentales no merecen nuestra simpatía.

- a) Estoy de acuerdo**
- b) Estoy más o menos de acuerdo**
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) Estoy en desacuerdo**

31.- Me parece los enfermos mentales deben tener los mismos derechos que otras personas.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

32.- Los hospitales o centros de salud mental, deberían estar lejos de la colonia donde vivimos.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

33.- Una de las causas de la enfermedad mental son: el poco orden y la falta de voluntad.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

34.- Considero que todos tenemos la responsabilidad de dar el mejor cuidado posible a los enfermos mentales.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

35.- Pienso que a los enfermos mentales se les debe quitar toda responsabilidad.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

36.- No debemos temer a las personas que vengan a los centros de salud mental que hay en nuestra colonia.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**
- e) **Estoy en desacuerdo**

37.- Cualquier persona puede convertirse en un enfermo mental.

- a) **Estoy de acuerdo**
- b) **Estoy más o menos de acuerdo**
- c) **No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo**
- d) **Estoy más o menos en desacuerdo**

e) Estoy en desacuerdo

38.- Es mejor evitar a cualquier persona que tenga una enfermedad mental.

a) Estoy de acuerdo

b) Estoy más o menos de acuerdo

c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo

d) Estoy más o menos en desacuerdo

e) Estoy en desacuerdo

39.- Podríamos confiarle el cuidado de nuestros hijos a la mayoría de las mujeres, aunque algún día hayan sido pacientes en un hospital psiquiátrico.

a) Estoy de acuerdo

b) Estoy más o menos de acuerdo

c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo

d) Estoy más o menos en desacuerdo

e) Estoy en desacuerdo

40.- Da miedo la idea de pensar que gente con problemas mentales vivan en nuestra colonia.

a) Estoy de acuerdo

b) Estoy más o menos de acuerdo

c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo

d) Estoy más o menos en desacuerdo

e) Estoy en desacuerdo

ANEXO 3

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental (Hoja de respuesta)

Expediente _____

Marque con una cruz (x) la respuesta más adecuada a lo que piensa.

- | | | | | | | | | | | | |
|------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 21.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 2.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 22.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 3.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 23.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 4.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 24.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 5.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 25.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 6.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 26.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 7.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 27.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 8.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 28.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 9.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 29.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 10.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 30.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 11.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 31.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 12.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 32.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 13.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 33.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 14.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 34.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 15.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 35.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 16.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 36.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 17.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 37.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 18.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 38.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 19.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 39.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 20.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 40.- | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |

ANEXO 4

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"
Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental
(Hoja de calificación)

1 2 3 4

5 a 1

5 6 7 8

1 a 5

Expediente _____

9 10 11 12

5 a 1

13 14 15 16

1 a 5

**Autoritarismo +
 Restrictividad social**

17 18 19 20

5 a 1

21 22 23 24

1 a 5

25 26 27 28

5 a 1

Benevolencia + CMHI

29 30 31 32

1 a 5

33 34 35 36

5 a 1

37 38 39 40

1 a 5

--	--	--	--

AUTOR. BENEV. RES. SOC. CMHI