



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES
CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTAN:

CAMACHO AGUIRRE ANA YETZIN

ROBELO ZARZA OLGA MARINA

DIRECTOR DE TESIS: MAESTRO SATURNO MACIEL MAGAÑA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Todo o Nada

*A Dios le pedi fuerzas para grandes logros...
Me hizo débil para aprender humildemente a obedecer.
Pedi salud para hacer cosas grandes,
Me dio enfermedad para poder hacer cosas buenas.
Pedi riquezas para poder ser feliz,
Me dio pobreza para poder ser sabio.
Pedi poder obtener alabanzas,
Me dio debilidad para sentir la necesidad de Dios.
Pedi todo para poder disfrutar de la vida,
Me concedió vida para poder disfrutar todo.
Pedi lujos y fama,
Me concedió amigos y amor.
A pesar de mí mismo,
Las peticiones que no hice me fueron concedidas.*

¡Dios Mío!

Entre los hombres soy el más afortunado.

Gracias.

Tanto las mentes como los cuerpos sanos pueden sufrir de invalidez.

*El hecho de que la gente "normal" pueda moverse, ver y oír
no significa que realmente vengan y oigan.*

*Pueden estar muy ciegos ante las cosas que deterioran su felicidad,
muy sordos ante el pedido de afecto de los demás;
cuando pienso en ellos no me siento ni más inválido
ni más incapacitado.*

*Tal vez pueda, en cierta medida,
abrirles los ojos a las bellezas que nos rodean:
un cálido apretón de manos, una voz ansiosa de consuelo,
una brisa primaveral, una música, un saludo amistoso.*

*Esta gente me importa, y
me agrada sentir que puedo hacer algo por ellos.*

*Al todopoderoso e omnipotente que me ha permitido llegar hasta aquí,
gracias DIOS, por amarme tanto y ser la luz que ilumina mi camino...*

*A mis padres, por su apoyo y amor incondicional,
gracias por darme la vida e impulsarme en cada uno de mis objetivos
profesionales, les dedico esta meta como parte de su mismo esfuerzo...
para ustedes todo mi amor, respeto y agradecimiento...*

*A mis hermanos, Arturo y Adán, por ser complemento en mi vida,
gracias por creer en mí, los amo...*

*A mi asesor, maestras y sinodales que con sus conocimientos,
enriquecieron este trabajo;
gracias Mta. Eslava por su apoyo y confianza...*

*A mi amiga y maestra tanto personal como profesionalmente,
gracias Tere por todas tus enseñanzas
y por ser un ejemplo digno en el ejercicio de nuestra profesión,
para ti toda mi admiración y respeto...*

*A todos aquellos que formaron parte de este trabajo,
a quienes me dieron palabras de apoyo y muestras de solidaridad,
gracias a los amigos (as) que han creído en mí,
no acabaría por nombrarlos a todos
pero ocupan un lugar importante en mi corazón...*

*No olvido...A mi AMIGA, compañera y cómplice
en el cumplimiento de tan anhelado sueño,
GRACIAS Olga por tu amistad, solidaridad y comprensión,
pero sobre todo por estar presente cuando te he necesitado,
por esto y más te considero como una persona muy importante en mi
vida, gracias a la vida por haberte cruzado en mi camino...*

ANA YETZIN

Señor, heme aquí al final del río contenta y satisfecha; contenta porque he logrado un objetivo más en mi vida; y satisfecha porque si bien tengo las manos vacías es porque todo lo que he recibido lo he vuelto a dar, por esto y mucho más Gracias Señor por todas las enseñanzas que has puesto en mi camino.

Mamá, Papá.

Gracias por haberme dado el regalo más maravilloso que cualquier ser humano puede tener: la vida, por ello les dedico esta meta, que también es suya porque siempre estuvieron a mi lado día a día, impulsándome. Los amo.

Silvia, Pepe e Iván;

Blanca, Eva y Lalo;

Esperanza y Jimena;

Gaby y Chris;

David, Gris y Lupita

De verdad, desde mi corazón les agradezco el apoyo infinito que durante esta etapa de mi vida recibí.

Gracias por cada palabra de aliento y muestra de apoyo que recibí de ustedes cuando sentí desfallecer, y sobre todo gracias por la oportunidad que Dios me concedió de ser parte de la familia Robelo Zarza.

Los amo.

Rodolfo y Margarita.

Gracias por considerarme parte de ustedes, y por estar ahí cuando los he necesitado. Los quiero.

Gracias a todos los profesores y sinodales que compartieron su ser, sus conocimientos y sus experiencias en cada cátedra,

las cuales se convirtieron en lecciones de vida,

en especial a Carmen Bulos, Norma Gómez, Claudia Olmedo,

Adriana Ornelas, Maestra Eslava, Martha Saucedo, Laura Zapata.

Y por supuesto a mi asesor, Maestro Saturno,

gracias por su experiencia que permitió enriquecer este trabajo.

Tere, gracias por permitirme entrar en tu vida y por complementar la mía. Eres un ser humano que me ha enseñado lo valioso de la vida, gracias por estar ahí para compartir mil esperanzas, ilusiones, anhelos y por qué no tristezas. Te admiro y te quiero.

Especialmente un agradecimiento a todas aquellas familias que participaron en esta investigación.

Gracias por la confianza depositada y por compartir su historia.

Familia (Sí, ya saben quienes son)

Gracias por todos los momentos que pasamos juntos, forman una parte muy especial en mi vida. Cada uno de ustedes son seres humanos excelentes, y estoy segura que en la vida encontraran cosas maravillosas; pero si así no fuera, luchen para ser felices y den todo el amor que hay en ustedes.

Ana,

*Te agradezco profundamente la oportunidad que me brindaste de conocer el más noble y humilde de los sentimientos: **tú amistad.** Gracias por ser cómplice en esta aventura que es la vida, en la cual me has compartido tu persona y hemos logrado crear la formula perfecta para cumplir con esta meta.
Te quiero.*

OLGA MARINA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

| | | |
|-----|---|---|
| 1.1 | <i>Definición de Trabajo Social</i> | 2 |
| 1.2 | <i>Campos de acción de Trabajo Social</i> | 2 |
| 1.3 | <i>Niveles de atención en salud y participación de Trabajo Social</i> | 3 |
| 1.4 | <i>Base jurídica para la atención psiquiátrica</i> | 5 |
| 1.5 | <i>Trabajo Social en la Salud Mental</i> | 8 |

CAPÍTULO II. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ" (INPRFM)

| | | |
|-------|--|----|
| 2.1 | <i>Ubicación geográfica</i> | 12 |
| 2.2 | <i>Información general</i> | 12 |
| 2.3 | <i>Estructura orgánica del INPRFM</i> | 17 |
| 2.4 | <i>Trabajo Social en el INPRFM</i> | 18 |
| 2.4.1 | <i>Antecedentes del Departamento de Trabajo Social</i> | 18 |
| 2.4.2 | <i>Objetivos</i> | 19 |
| 2.4.3 | <i>Funciones</i> | 21 |
| 2.4.4 | <i>Actividades</i> | 21 |
| 2.4.5 | <i>Estructura del Departamento de Trabajo Social</i> | 23 |

CAPÍTULO III. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

| | | |
|-------|--|----|
| 3.1 | <i>Conceptos básicos</i> | 25 |
| 3.2 | <i>Definición de los trastornos psiquiátricos</i> | 25 |
| 3.3 | <i>Sistemas de clasificación</i> | 26 |
| 3.4 | <i>Clasificación de los trastornos psiquiátricos</i> | 27 |
| 3.5 | <i>Trastornos de ansiedad</i> | 28 |
| 3.5.1 | <i>Clasificación de los trastornos de ansiedad</i> | 28 |
| 3.5.2 | <i>Prevalencia y epidemiología de los trastornos de ansiedad</i> | 29 |
| 3.6 | <i>Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)</i> | 30 |
| 3.6.1 | <i>Características clínicas</i> | 30 |
| 3.6.2 | <i>Prevalencia y epidemiología</i> | 32 |
| 3.6.3 | <i>Etiología</i> | 33 |
| 3.6.4 | <i>Pronóstico</i> | 33 |
| 3.6.5 | <i>Tratamiento</i> | 33 |

CAPÍTULO IV. LA FAMILIA

| | | |
|--------------|---|----|
| 4.1 | <i>Definición del grupo familiar</i> | 38 |
| 4.2 | <i>Criterios de familia</i> | 41 |
| 4.2.1 | <i>Aspectos socioantropológicos</i> | 41 |
| 4.2.2 | <i>Estructura familiar</i> | 43 |
| 4.2.3 | <i>Familiograma</i> | 44 |
| 4.2.4 | <i>Dinámica familiar</i> | 45 |
| 4.3 | <i>Familia funcional y disfuncional</i> | 46 |
| 4.4 | <i>Familia, trastorno psiquiátrico y trabajo social</i> | 48 |

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | | |
|---------------|--|----|
| 5.1 | <i>Justificación</i> | 52 |
| 5.2 | <i>Planteamiento del problema</i> | 53 |
| 5.3 | <i>Objetivos</i> | 54 |
| 5.4 | <i>Metas</i> | 54 |
| 5.5 | <i>Hipótesis</i> | 54 |
| 5.6 | <i>Límites</i> | 54 |
| 5.7 | <i>Organización</i> | 55 |
| 5.8 | <i>Estrategias</i> | 55 |
| 5.9 | <i>Recolección de datos</i> | 56 |
| 5.10 | <i>Interpretación de datos</i> | 59 |
| 5.10.1 | <i>Aspectos socioantropológicos de la familia del paciente</i> | 59 |
| 5.10.2 | <i>Aspectos socioantropológicos del paciente identificado</i> | 66 |
| 5.10.3 | <i>Aspectos generales de funcionamiento familiar</i> | 72 |
| 5.11 | <i>Resultados</i> | 73 |

CAPÍTULO VI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE UN GRUPO PSICOEDUCATIVO CON FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

| | | |
|--------------|--|----|
| 6.1 | <i>Apoyo teórico</i> | 81 |
| 6.1.1 | <i>Características del grupo</i> | 81 |
| 6.1.2 | <i>Características del trabajador social para el trabajo de grupo</i> | 82 |
| 6.1.3 | <i>Función del trabajador social en un grupo</i> | 82 |
| 6.1.4 | <i>Objetivos de la intervención grupal</i> | 83 |
| 6.1.5 | <i>Niveles de intervención profesional</i> | 84 |
| 6.2 | <i>Psicoeducación y trastornos psiquiátricos</i> | 87 |
| 6.3 | <i>Diseño de la propuesta de intervención de un grupo psicoeducativo con familias de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo</i> | 90 |
| 6.3.1 | <i>Justificación</i> | 90 |
| 6.3.2 | <i>Objetivo general</i> | 91 |
| 6.3.3 | <i>Objetivos específicos</i> | 91 |
| 6.3.4 | <i>Metas</i> | 91 |

| | | |
|---------------------|--|-----|
| 6.3.5 | <i>Límites</i> | 92 |
| 6.3.6 | <i>Organización</i> | 92 |
| 6.3.7 | <i>Supervisión</i> | 92 |
| 6.3.8 | <i>Evaluación</i> | 93 |
| 6.3.9 | <i>Carta descriptiva: propuesta de intervención psicoeducativa con familias de pacientes con TOC</i> | 94 |
| CONCLUSIONES | | 96 |
| LIMITACIONES | | 101 |
| SUGERENCIAS | | 102 |
| REFERENCIAS | | 103 |
| ANEXOS | | 107 |

INTRODUCCIÓN

Al paso del tiempo se ha observado que la mayoría de los países del continente latinoamericano padecen severos rezagos económicos, políticos, culturales, sociales y de salud pública, éste último presenta retos importantes a resolver, convirtiéndose en su principal prioridad la Salud Mental, debido a que los cambios sufridos por estos países traen consigo desajustes emocionales que se manifiestan en la presencia de trastornos psiquiátricos, lo cual motiva el desarrollo de la investigación documental y de campo en esta materia, por lo cual, los profesionistas de las ciencias sociales requieren de tener conocimientos para intervenir en las consecuencias de éstos.

El trabajador social cuenta con herramientas y habilidades para relacionarse con la población que está siendo afectada de manera directa e indirecta por este tipo de trastornos, ayudándolos a identificar su problemática específica con la finalidad de encontrar alternativas de solución adecuadas; además es el intermediario entre las problemáticas sociales y las instituciones creadas para satisfacer las demandas de la población, colaborando dentro de los niveles de atención de la salud, mediante la aplicación de los métodos de intervención con los que cuenta: *caso, grupo y comunidad*, ya que su formación profesional le proporciona los elementos para identificar la dinámica y estructura familiar que le permitirá conocer la problemática que presenta un determinado grupo, y posteriormente realizar planes de acción adecuados, ya que si se presenta un trastorno psiquiátrico, la familia es un apoyo imprescindible para el profesionista, por ser el eje principal en el tratamiento, evolución y rehabilitación de éste, pues una vez que el paciente es atendido de manera farmacológica se reintegra a su entorno inmediato, y si en éste no existen bases adecuadas para una recuperación óptima, el paciente puede sufrir recaídas.

Esta tesis surgió de la experiencia obtenida a través de la práctica institucional que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en la cual se tuvo la oportunidad de ser colaboradoras en la Clínica del Trastorno Obsesivo Compulsivo, realizando y aplicando una propuesta de intervención basada en la metodología de trabajo social de grupos, dirigida a los familiares de los pacientes de esta clínica. El motivo principal para la realización de esta tesis fue dar a conocer la importancia de este profesionista en un equipo multidisciplinario por ser quien le brinda un servicio al grupo familiar, concibiéndolo como el elemento que puede propiciar o inhibir el desarrollo de sus miembros. Por otro lado cabe mencionar que durante el desarrollo de esta investigación se obtuvo escasa información relacionada con aspectos familiares de pacientes psiquiátricos. En suma nuestra finalidad es que este trabajo cubra tres elementos: primero, conocer la labor del trabajador social en el área de salud mental; segundo, contar con información actualizada de familias con pacientes psiquiátricos en nuestro país; y tercero,

colaborar con el acervo bibliográfico de la carrera puesto que este profesionista no sistematiza las experiencias obtenidas en su ejercicio profesional.

A continuación se desglosa la información obtenida, con la finalidad de que apoye a todas aquellas personas que se interesen en el conocimiento e investigación de la parte más extraordinaria del ser humano: *la mente*.

Debido a que los trastornos psiquiátricos son sumamente discapacitantes para el individuo que los padece, en el primer capítulo se aborda la forma de intervención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la Salud Mental.

En el segundo capítulo se exponen aspectos relativos al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, reconocido nacional e internacionalmente en la investigación y atención de estos trastornos.

En el capítulo tercero explicamos de manera breve el mundo de los trastornos psiquiátricos de ansiedad, enfocándonos al Trastorno Obsesivo Compulsivo, el cual para la Organización Mundial de la Salud (1996) ocupa el décimo lugar de las causas líderes generadoras de discapacidad en los seres humanos de todo mundo.

Cabe mencionar que al diagnosticarse un trastorno psiquiátrico en un integrante de la familia, se presentan un sin fin de reacciones que producen conflictos personales y familiares manifestados a través de interrogantes que nunca obtienen respuesta, y que si no se atienden de manera conjunta, es decir todos los integrantes, se pueden producir frustraciones individuales y familiares; por ello, el capítulo cuatro se enfoca en la definición, estructura y dinámica de este grupo, en el que el individuo adquiere habilidades y conocimientos para su desarrollo integral.

En el capítulo cinco se menciona la metodología que permitió conocer las características de la dinámica familiar de los pacientes con TOC que asistieron a consulta al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante el periodo 2002-2003, así como la presentación y análisis de los resultados obtenidos.

El último capítulo, contiene la propuesta de intervención psicoeducativa con familias que tienen un paciente con TOC, la cual se elaboró en base a los datos obtenidos de la investigación mencionada.

Por último, se encuentran las conclusiones, sugerencias y limitaciones de este trabajo, así como las referencias consultadas.

CAPÍTULO I.

TRABAJO SOCIAL

EN EL ÁMBITO DE LA

SALUD MENTAL

CAPÍTULO I. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

1.1 DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

“Es la disciplina que sintetiza los conocimientos de las ciencias sociales, para interpretar y analizar la realidad, a fin de desarrollar acciones encaminadas a la solución de problemas sociales a diferentes niveles: sociedad, comunidad, grupos e individuos”¹

Algo que ha sido claro para la ubicación del trabajo social, es definirlo dentro del área de las ciencias sociales, ya sea como forma de ayuda, como técnica, como arte o bien como disciplina. Por tanto, sí es una profesión que está inmersa en este campo, en términos de la organización social entraría en el ámbito de la política social, que es la responsable de regular la administración de los servicios, por lo que una de las funciones que el Estado ha definido para este profesionalista es la de *conocer las necesidades de la población*, para opinar, definir o analizar el otorgamiento de servicios.

Cabe destacar que por un lado, se encuentran las necesidades que el hombre puede presentar en un momento determinado por sus condiciones históricas; y por otro, las disciplinas que generan respuestas, el Estado que determina las políticas y las instituciones que otorgan los servicios; elementos en los cuales el Trabajo Social no se puede ubicar como determinante, sino que se sitúa en la relación que se establece entre ellos, debido a que su acción profesional no tiende a la generación de necesidades ni construye los servicios que van a satisfacerlas. En este sentido, afirmamos que la acción del trabajador social se realiza entre la *necesidad y satisfacción*, lo cual en términos profesionales, significa la demanda de la población y el servicio que otorga la institución.

1.2 CAMPOS DE ACCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

El trabajador social realiza sus actividades profesionales en diversas instituciones y organizaciones de los sectores público y privado, o bien de manera independiente, en las siguientes áreas: salud, educación, vivienda, ecología, alimentación y abasto, jurídico-penal, seguridad social, asistencia social y laboral, derechos humanos, promoción y desarrollo social, rural y urbano industrial, turismo social, así como empresarial.

¹ Escuela Nacional de Trabajo Social, **Información básica de la licenciatura en Trabajo Social**, pág. 1.

Debido a la diversidad de espacios donde los trabajadores sociales desempeñan sus funciones y objetivos profesionales, con la finalidad de optimizar las potencialidades del ser humano, es que se considera el área de salud como una base imprescindible en el desarrollo de los individuos, ya que involucra elementos biológicos, psicológicos y sociales; motivo por el cual este trabajo se enfocó en dicha área. A continuación se explicará en qué consisten los niveles de atención en salud y las actividades que el trabajador social realiza en cada uno.

1.3 NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD Y PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Primer nivel.

Área por la cual ingresa la comunidad a solicitar servicios de atención al Sistema de Salud; está constituido por centros de salud, consultorios médicos, dispensarios y unidades de medicina familiar. En ellos se presta atención de consulta externa, además de ser las más numerosas, las unidades de atención médica de primer nivel, son la base de todo nuestro Sistema de Salud; en estos centros se lleva a cabo la mayor y más importante labor de prevención a través de diferentes programas, por lo que son ideales para llevar a cabo el control del niño sano, así como atención de enfermedades no complicadas como “gripe”, “anginas”, *diarreas, parasitosis, pie plano, niños que no quieren comer bien*; es decir, situaciones que no ponen en peligro la vida.

En este nivel de atención, el trabajador social educa a la comunidad para identificar los factores sociales que predisponen a una determinada persona o grupo a padecer algún tipo de enfermedad, y evitar así la iniciación de los procesos patológicos, por medio de la promoción a la salud y la protección específica. También realiza un *“despistaje de casos para descubrir cuáles son los individuos sometidos a factores precipitantes y que se encuentran en situación de grave riesgo, y pueden desencadenar un trastorno psiquiátrico”*²

La promoción incluye: educación para la salud, nutrición, condiciones adecuadas de vivienda, recreación y revisiones médicas de rutina; la protección específica se enfoca en: inmunizaciones, profilaxis, protección contra riesgos ocupacionales y saneamiento ambiental (ambiente físico o inorgánico, biológico u orgánico y cultural). Para finalizar, el trabajador social aclara las dudas que los procedimientos realizados en una institución de salud susciten en el usuario y en su familia y facilita la integración de éste a la institución y a los programas de prevención y educación para la salud.

² Gómez Lavín, Carmen. **Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social**, pág. 88.

📌 Segundo nivel.

Está constituido por hospitales generales que cuentan con los servicios de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía (ortopedia, traumatología, cardiovascular, oftalmología) y medicina interna, cuentan también con análisis de laboratorio y servicios de rayos X. Su característica fundamental es contar con área de hospitalización para “*encamar*” pacientes y por lo regular tienen un servicio de urgencias.

En este nivel el trabajador social pretende limitar la prevalencia y el avance de las enfermedades, sus complicaciones y secuelas, a través de un diagnóstico oportuno. En la fase diagnóstica y de tratamiento, la población objetivo del trabajador social (individuo, grupo o comunidad) ya padece rasgos visibles de una enfermedad, por lo que se enfoca a disminuir la prevalencia de cierta enfermedad, y a colaborar con el grupo interdisciplinario en la atención del paciente. Específicamente el trabajador social elabora un informe psicosocial que le permite diagnosticar lo más objetivamente posible a un paciente, para de esta manera determinar alternativas de acción adecuadas; el informe psicosocial es un estudio que se conforma a través de una serie de entrevistas, en donde se plasman aspectos propios del paciente, se observan todos los elementos de la estructura y dinámica del grupo familiar al que pertenece, y sobre todo permite valorar los factores sociales con los que se relaciona dicha enfermedad.

Este profesionista aporta al equipo interdisciplinario el estudio de las variables socioeconómicas y culturales, que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de una determinada enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando y eliminando aquellos que retardan o impiden lograr el control o erradicación de la misma; orienta y capacita a los pacientes, a sus familiares y comunidad en general, en los problemas consecuentes de la enfermedad; participa en la formulación, planificación, ejecución y evaluación de políticas de salud, desde el punto de vista de su competencia; concientiza acerca de los problemas que presentan los enfermos y de la necesidad de cambiar tal situación, tanto a aquellos como al equipo de salud, procurando que este último perciba a las personas como miembros de grupos socioculturales y comprenda el papel que juegan las normas, valores y tradiciones en su comportamiento.

Por último, *“la eficacia terapéutica comporta para el trabajador social la tarea de acercar y poner a disposición del enfermo y de su entorno próximo, todos los medios terapéuticos actuales y conseguir la oportuna adecuación y*

*coordinación de las instituciones y organismos asistenciales que deban cubrir con sus dispositivos todas las fases o incidencias del enfermar”*³

📍 Tercer nivel.

Lo conforman institutos en los cuales se imparte consulta de alta especialidad que estudian al individuo por áreas específicas que lo afectan, como son enfermedades complejas del corazón, mentales, del cerebro, cáncer, etcétera, la principal característica de estos institutos es que llevan a cabo investigación, formación de recursos humanos (capacitación) y docencia. Aquí el trabajador social se enfoca en la reducción de las secuelas de las enfermedades por medio de la rehabilitación y reinserción del paciente a su contexto familiar, laboral y social; un ejemplo de las acciones que realiza este profesionalista es la orientación, nivel de intervención en el que se utilizan técnicas grupales como mesas redondas, diálogo dirigido, entre otras, con el objetivo de informar a los participantes de las causas y consecuencias individuales, familiares y sociales que tiene una determinada enfermedad.

Además sensibiliza al individuo y su familia para que contribuyan a preservar, recuperar y rehabilitar la salud; lleva a cabo la educación social para evitar la reincidencia de una determinada enfermedad e interviene en seminarios o eventos académicos a fin de hacer conocer al equipo de salud los aspectos sociales y emocionales que influyen en la salud y en la recuperación de enfermos, así como para conocer las acciones de nuestra profesión en el área.

Finalmente es importante destacar que el trabajador social *“debe mantener al paciente en comunicación con su red social, procurando que el tratamiento sea en la comunidad o que, en caso de ser necesaria, la hospitalización sea breve. Finalmente debe conseguir la continuidad y la coordinación de los cuidados mediante el trabajo con la familia y las visitas domiciliarias”*.⁴

1.4 BASE JURÍDICA PARA LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención, por ello el proceso modernizador de la organización y funcionamiento

³ *Ibidem*, pág. 87.

⁴ *Ibidem*, pág. 88.

de los servicios de salud, debe permitir superar los rezagos prevaletentes en la atención inadecuada de los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico, por lo cual entró en vigor en el año de 1995 la *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*, teniendo como puntos principales:

1. *La atención médica especializada de calidad.*
2. *La preservación de los derechos humanos del usuario.*

Una característica fundamental de esta norma es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extra-hospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales, además tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades y actitudes del personal de las unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la que se proporcionará en forma continua e integral con calidad y calidez.

La NOM-025-SSA2-1994 es de aplicación obligatoria en todas las unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país, que conforman el Sistema Nacional de Salud.

1.5 TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL

La mayoría de las personas no conceden a la salud mental la misma importancia que a la salud física, por el contrario ha sido objeto de indiferencia o abandono, a pesar de que se concibe como *“ un aspecto de la salud integral, inseparable del resto y se refiere no solamente a la ausencia de enfermedades y trastornos psiquiátricos, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social, que son inherentes a la naturaleza del hombre y condicionan su bienestar. Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero y hacer aportaciones positivas a la comunidad”*.⁵

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“la salud mental es la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno*

⁵ Secretaría de Salud, *Programa de Acción en Salud Mental*, pág. 13.

con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y la preservación de las condiciones de equidad fundamental”.

En el campo específico de la salud mental, el trabajador social se encuentra con personas que acuden a solicitar atención psiquiátrica, donde la necesidad es atender el proceso de salud-enfermedad por medio de las funciones de gestión, educación, orientación y asesoría que pretenden contribuir a la satisfacción de esta necesidad, y así estimular las potencialidades de que disponen los individuos con el fin de que ellos mismos promuevan la solución de sus problemas.

Para Carmen Gómez Lavín (2000) las *Misiones del Trabajo Social en Psiquiatría* son:

- ***Prevención de la enfermedad mental*** mediante la detección precoz de casos potenciales, explicación de los servicios clínicos a los usuarios y, en su caso, el acompañamiento de los pacientes. La implementación de medidas para favorecer la rehabilitación, organizar grupos de padres y de autoayuda y colaborar en campañas de salud mental.
- ***Contribuir mediante una información adecuada*** a conocer la realidad sociofamiliar y laboral del enfermo y a lograr un corrector diagnóstico mediante el informe psicosocial.
- ***Señalar las directrices a seguir en un determinado enfermo***, con el fin de que su adaptación a la realidad social sea lo más completa posible. En especial se cuidarán los problemas laborales, familiares, y sociales que se puedan plantear en la etapa post-hospitalaria.
- ***Finalmente su actuación será necesaria en todas las áreas del tratamiento***, de un enfermo, entendiéndose como tales, de una forma flexible y amplia, el trabajo con el paciente, con el sistema marital, con otros sistemas familiares y con el conjunto de la familia o del grupo; y todo ello, a los diversos niveles sistémicos institucionales y comunitarios.

Es necesario puntualizar que la participación de Trabajo Social en el campo de salud mental, debe contar con una formación especializada en el área psiquiátrica, por lo que es esencial citar aspectos generales de la disciplina en este campo de acción.

1.6 ANTECEDENTES DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO (TSP).

El Trabajo Social Psiquiátrico se inició con el Trabajo Social Médico, que fue normatizado como una nueva disciplina en los Estados Unidos de América en 1905 en el Massachussets General Hospital y la primera Escuela de Trabajo Social fue establecida en 1918 en Smith College. En el mismo año se inicia la incorporación del Trabajo Social a los equipos de salud o terapéuticos en distintas clínicas de los EUA, política que adoptaron otros países.

En los inicios la tarea del trabajador social consistía en comprobar y completar las historias clínicas de los enfermos; progresivamente su acción fue extendiéndose hasta participar en la solución de los innumerables problemas planteados por los trastornos psiquiátricos, la tarea fue asumiendo gran complejidad y responsabilidad en los tratamientos, agudizándose la carencia de la especialización en el ámbito psiquiátrico de estos profesionistas.

Es en Norteamérica e Inglaterra donde se comienza a impartir cursos intensivos destinados a especializarlos para la labor en psiquiatría. El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, como organismo normativo, en el año 1967 asumió la responsabilidad de subsanar por lo menos en parte esa deplorable carencia creando el Curso de Trabajo Social Psiquiátrico, con un avanzado programa que cubre una formación teórico-práctica, destinada a éstos.

En nuestro país, el Trabajo Social Psiquiátrico comienza a incrementarse a partir de que se concede mayor importancia al ambiente social en que una persona se desenvuelve. Puede participar tanto en la prevención de trastornos psiquiátricos como en la investigación de su gestión; su regresión y su rehabilitación.

La adopción de la Teoría General de los Sistemas (TGS) en la Psiquiatría, a través de la Psiquiatría Comunitaria y la mayor efectividad de las formas de localización del enfermo psiquiátrico, amplía el número de personas que requieren de atención especializada y promueven la modificación de la atención tradicional, haciendo indispensable la participación del trabajador social, por tanto su campo de acción se ha visto aumentado incrementándose el interés sobre él.

Para cubrir la necesidad en México, de que el trabajador social adquiriera una preparación especializada, en 1977 se inició el primer curso formal sobre Trabajo Social Psiquiátrico, de un año de duración, auspiciado por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Centro Mexicano de Estudio de Salud Mental (CESAME) y el Departamento de

Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Merece especial reconocimiento la Maestra Lizbeth Popper⁶ quien es la precursora de esta especialidad en México, por ser una destacada trabajadora social psiquiátrica fundadora del Departamento de Psicología Clínica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Trabajó en diversas instituciones de salud mental; coordinó cursos y talleres sobre este campo y colaboró en investigaciones como: Caracterología Maternal y actitudes mentales, bajo la dirección de Erick Fromm; Caracterología del estudiante de medicina dirigida por Armando Hinojosa; y Caracterología del médico del Hospital General de México supervisada por Alfonso Millán. Ha impartido 65 conferencias sobre la materia en diversas universidades e instituciones de salud nacionales e internacionales; socia fundadora e integrante de la mesa directiva de la Federación Mexicana de Sociedades Pro-Salud Mental y miembro del Comité Científico de la Asociación Mexicana de Trabajo Social Psiquiátrico.

En la actualidad el Curso de Trabajo Social Psiquiátrico ha quedado establecido como un curso continuo que a la fecha recopila 27 generaciones en su haber histórico con un total aproximado de 450 trabajadoras sociales psiquiátricas, quienes cuentan con los conocimientos para incursionar en el área de Salud Mental, obtenidos a través del siguiente mapa curricular:

Durante el primer semestre se tienen como objetivos generales:

1. Analizar la trayectoria histórica de trabajo social.
2. Analizar y conceptualizar la metodología de trabajo social de casos psiquiátrico.
3. Valorar las características del trabajo interdisciplinario en salud mental.
4. Analizar las bases biopsicosociales de la personalidad.
5. Identificar las funciones mentales y sus alteraciones.
6. Revisar los principales cuadros nosológicos en niños y adultos.
7. Identificar las etapas del ciclo vital humano.
8. Analizar los factores que intervienen en la farmacodependencia.
9. Describir los principales agentes tóxicos y las características que presentan.
10. Conceptualizar el proceso metodológico del trabajo social en grupos.
11. Analizar el proceso de investigación social y el método científico en las ciencias sociales.

Para cumplir con los objetivos mencionados, los estudiantes de TSP cursan las siguientes materias:

⁶ Tovar Ramírez, Aurora. **Mil Quinientas Mujeres en Nuestra Conciencia Colectiva**, pág. 509.

- Introducción a la investigación científica.
- Conceptos básicos de la personalidad.
- Metodología de trabajo social.
- Entrevista psicosocial.
- Fundamentos de sicopatología.
- Fundamentos de geriatría.
- Teoría del ciclo vital.
- Trabajo social psiquiátrico con grupos.
- Fundamentos de administración.
- Seminario de comunicación.
- Seminario bibliográfico.
- Seminario de entrevista.
- Seminario de grupos.
- Seminario de MCU.
- Supervisión de casos.
- Mesa redonda: "Trabajo en equipo institucional"

Durante el segundo semestre del curso se tienen los siguientes objetivos:

1. Brindar al alumno la posibilidad de un acercamiento a una comunidad en un sector de la gran urbe de la Ciudad de México.
2. Realizar una investigación aproximativa de la zona asignada, sobre la base de la incidencia de problemas de salud mental.
3. Reunir antecedentes acerca de las características de la institución sede.
4. Conformación de grupos de orientación en la comunidad para trabajar contenidos de salud mental.
5. Proporcionar el servicio de orientación familiar a los integrantes de los grupos de trabajo conformados.

Para lograr los objetivos mencionados, el alumno debe acreditar las siguientes asignaturas:

- Seminario bibliográfico.
- Seminario de familia.
- Supervisión de familia.
- Supervisión de grupo.
- Pruebas psicológicas.
- Prevención y rehabilitación en salud mental.
- TSP en la comunidad.
- TSP y familia.
- Orientación familiar.
- Sexualidad.
- Adicciones, alcoholismo y otras sustancias.
- Mesa redonda: "TSP con la familia".

CAPÍTULO II.

INSTITUTO NACIONAL

DE PSIQUIATRÍA

RAMÓN DE LA FUENTE

MUÑIZ (INPRFM)

CAPITULO II.
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ (INPRFM)

2.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) se ubica en el Distrito Federal, sobre la Calzada México Xochimilco N° 101, en la Colonia San Lorenzo Huipulco, con Código Postal: 14370. Se encuentra dentro de la demarcación política de Tlalpan. Cabe destacar que el 26 de mayo del año 2000, el Diario Oficial de la Federación estableció el cambio de nombre del Instituto Mexicano de Psiquiatría al de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).

2.2 INFORMACIÓN GENERAL.

El INPRFM fue creado por Decreto Presidencial del C. Lic. José López Portillo, el 26 de diciembre de 1979, ampliando las funciones del Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM); es uno de los 10 Institutos Nacionales coordinados por la Secretaría de Salud, es un organismo de carácter público, descentralizado, con presupuesto y gobierno propios, cuenta con instalaciones destinadas a la investigación, enseñanza, capacitación, servicios clínicos, área de gobierno y administración, las cuales de acuerdo con la Ley de Entidades Paraestatales, este Instituto se rige por una Junta de Gobierno que preside el Secretario de Salud, en su carácter de coordinador del sector. Las funciones que se confiere a la Junta de Gobierno son las de aprobar los programas y el presupuesto de la entidad y sus estados financieros, previo informe de los comisarios y del dictamen de auditores externos.

El Director General nombrado por la Junta de Gobierno tiene las facultades y obligaciones de administrar y representar legalmente a la entidad, formular el programa institucional a corto, mediano y largo plazo, así como los presupuestos, y presentarlos para su aprobación.

Los recursos financieros del INPRFM provienen en su mayoría de aportaciones del Gobierno Federal, así como del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología financia una parte de los proyectos y del equipo con el que operan los laboratorios de investigación, además el Programa Universitario para la Investigación en Salud, que ha sido una fuente auxiliar de financiamiento, también ha aportado recursos para la adquisición de materiales y equipo; otra forma de obtener recursos económicos es a través de instituciones privadas que aportan becas, reconocimientos y estímulos para médicos residentes; así como varias firmas farmacéuticas contribuyen con becas para la formación de clínicos e investigadores.

Debido a que el INPRFM está enfocado al ámbito de Salud Mental, es importante mencionar que los problemas relacionados con ésta se encuentran entre los más graves de nuestro tiempo, específicamente los trastornos psiquiátricos, así como el alcoholismo y la drogadicción, los cuales anulan o limitan en forma severa la capacidad productiva de los individuos y dañan a la sociedad. Se ha observado una tendencia notable al aumento de este tipo de problemas, por lo que la Psiquiatría, rama de la Medicina Interna que se ocupa de ellos, está alcanzando un alto grado de desarrollo. Por tanto es necesario abordarlos ampliando el conocimiento sobre ellos, mediante la investigación científica y capacitación de quienes la lleven a cabo y participen en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los enfermos psiquiátricos y en el fomento de la Salud Mental en la población.

Siguiendo esta línea la **Misión** de del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz es: *contribuir al mejoramiento de la salud mental y calidad de vida de la población por medio del desarrollo de la investigación biopsicosocial, de la atención médica especializada de calidad, así como la formación y capacitación de los recursos humanos en el campo; con un uso eficiente de los recursos y de acuerdo con las necesidades de salud en el ámbito nacional.*⁷

Así mismo, la **Visión** del INPRFM es: *consolidarse en 2003-2008 como un centro líder en investigación, atención y docencia, capaz de dar respuesta a las prioridades nacionales en Salud Mental, incluyendo las adicciones y el alcoholismo.*⁸

Los **Valores** que predominan en el INPRFM son:

- Trato digno
- Respeto
- Confianza
- Igualdad de trato
- Responsabilidad
- Honestidad
- Calidad en el servicio
- Compromiso
- Profesionalismo

Desde que se iniciaron las actividades en el Instituto, se han incorporado corrientes teóricas actuales de la Psiquiatría y la Salud Mental, contribuyendo así al avance del conocimiento en esta área y ofreciendo los medios técnicos y científicos necesarios para el adiestramiento y perfeccionamiento profesional.

⁷ Departamento Trabajo Social, **Manual de organización específico**, pág. 18.

⁸ **Ibidem.** pág. 18.

También se contribuye a la divulgación de los avances en este campo mediante programas educativos a la población en general y a grupos específicos; publicación de revistas y boletines informativos, así como participación en foros y congresos nacionales e internacionales.

Su fundador el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, convencido de la importancia de crear una institución dedicada a la atención e investigación de los problemas de salud mental en nuestro país, lo invistió de la infraestructura necesaria para cumplir con las funciones para las que fue creado, muestra de ello es la instalación de 10 unidades de atención especializada, denominadas *Clinicas de Sub-especialidades*, las cuales proveen la información necesaria para la aplicación de métodos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que permiten una atención sistematizada, siendo un modelo para otras instituciones psiquiátricas del país.

Las *Clinicas de Sub-especialidades* con las que cuenta el INPRFM son:

1. Trastornos afectivos y de la ansiedad.
2. Trastornos de la conducta alimentaria.
3. Psicogeriatría y demencia.
4. Psiquiatría del adolescente.
5. Esquizofrenia.
6. ***Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)***.
7. Alcoholismo y adicciones.
8. Clínica de género y sexualidad.
9. Psicofisiología aplicada.
10. Unidad de dolor.

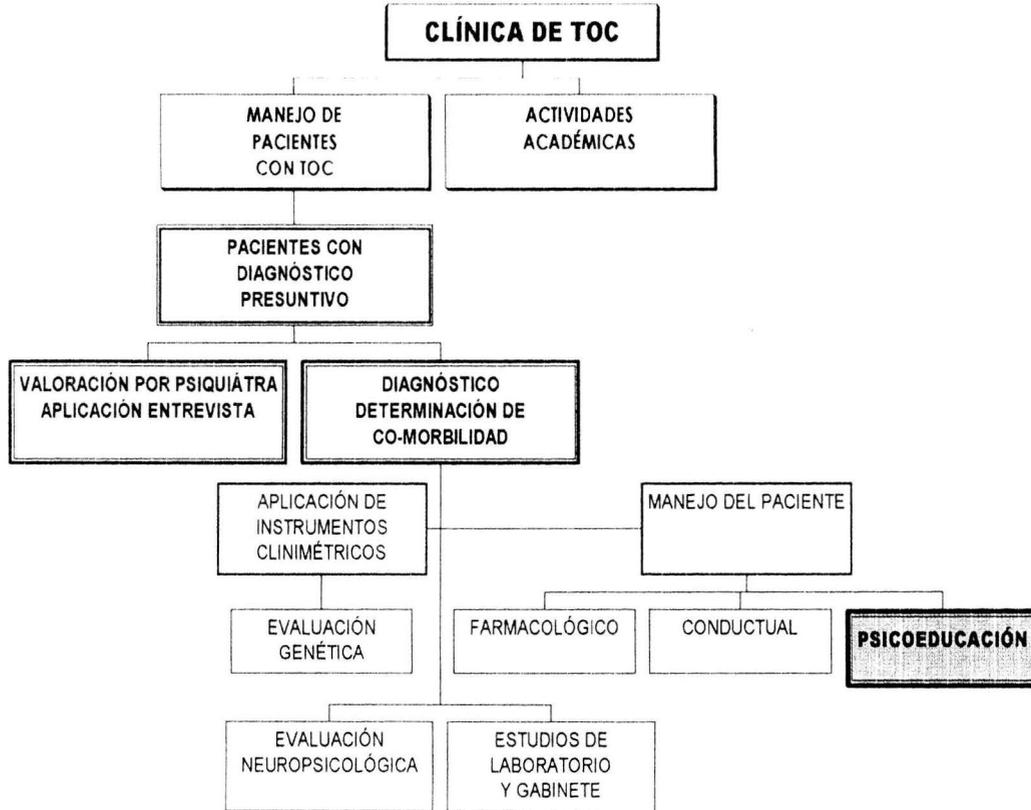
La *Clinica de TOC*⁹ se encuentra localizada orgánicamente en una de las aulas correspondientes al área de sub-especialidades, y su **objetivo general** es: *funcionar como un área coordinadora, asesora y ejecutora de la atención psiquiátrica y de proyectos de investigación de pacientes con diagnósticos de Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos del espectro.*

Los **objetivos específicos** de esta clínica son:

- Identificar a los pacientes que asisten a atención psiquiátrica al INPRFM, para el TOC y trastornos considerados dentro del espectro del TOC y no manejados por otras clínicas del Instituto.
- Establecer el diagnóstico correspondiente de acuerdo a una entrevista semi-estructurada.

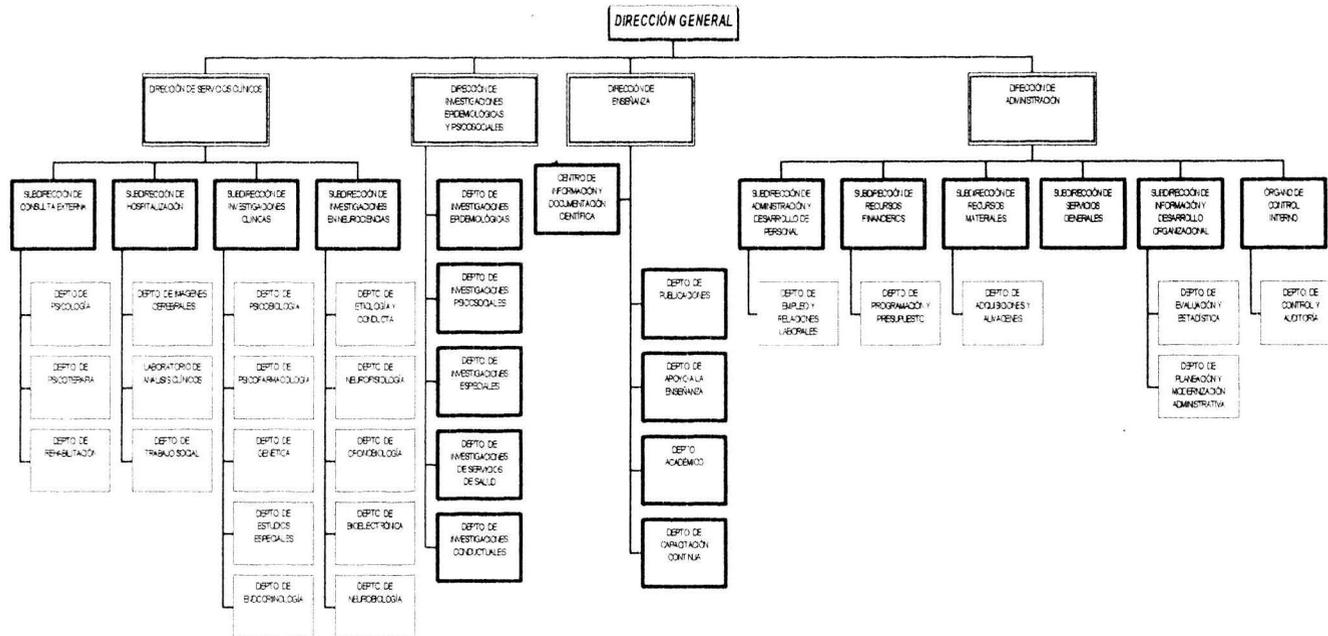
⁹ López Jiménez, Teresa. **Clinica TOC**, pág. 1-6.

- Evaluar y manejar a los pacientes de acuerdo a un protocolo establecido con base al diagnóstico determinado.
- Diseñar y realizar proyectos de investigación sobre TOC y trastornos del espectro, en áreas clínicas y farmacológicas.
- Diseñar y ejecutar programas de psicoeducación sobre TOC y trastornos del espectro, para pacientes y familiares.
- Participar en los programas de la Dirección de Enseñanza para la asesoría de proyectos de tesis de licenciatura, especialidad y maestría.
- Mantener en actualización constante un directorio de los integrantes de la clínica y de los interesados en el área.
- Apoyar programas de manejo de los pacientes en coordinación con el área de psicoterapia cognitivo-conductual.



2.3 ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL INPRFM

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"



2.4 TRABAJO SOCIAL EN EL INPRFM¹⁰.

Como se observa en el organigrama anterior, el Departamento de Trabajo Social se encuentra estructuralmente integrado a la Dirección de Servicios Clínicos, específicamente en la Subdirección de Hospitalización. Sin embargo, debido a la aportación teórica y práctica que realiza este profesionista en el campo psiquiátrico, actualmente ejerce funciones en la Subdirección de Consulta Externa, es decir, en las diferentes Clínicas de Especialidades que existen en el INPRFM, como lo es la Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

2.4.1 Antecedentes del Departamento de Trabajo Social.

El Departamento de Trabajo Social de este Instituto inicia sus funciones en 1989, bajo la dirección de la TSP Marissa Jiménez Landa; años más tarde inicia su gestión la TSP Celina Anaya Suárez y desde 1991 el Lic. TSP Fernando Salinas García. Estos profesionistas establecieron los lineamientos de trabajo establecidos en el Programa Anual de Trabajo Social, mismo que ha delineado la intervención de las trabajadoras sociales psiquiátricas en esta institución.

La evolución de Trabajo Social dentro de este Instituto ha pasado por diferentes sucesos mismos que consideramos importante destacar, ya que éstos han influido para que la intervención de este profesionista sea cada vez más específica.

- En 1997, se autorizó que el *Servicio de Trabajo Social "Preconsulta-urgencias-hospital"* fuera dividido, de la siguiente manera: 2 trabajadoras sociales se quedaron como responsables del área de Hospital, por lo que se les asignó un consultorio a cada una (dentro de la misma área), permitiendo así una intervención directa y cercana con pacientes y familiares.
- En 1999, la trabajadora social del área de preconsulta-urgencias se integró al área establecida en el módulo A.
- En el mismo año se integraron alumnos de práctica de especialización de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, con el objetivo general de efectuar un proyecto de investigación (supervisado por una trabajadora social).

¹⁰ Departamento de Trabajo Social, *Op Cit*, pág. 20-30.

- En el año 2000, el área de Trabajo Social se transformó en Departamento, y se creó la Jefatura de Trabajo Social en área médica (sub-jefatura), la cual funge hasta la fecha con funciones de supervisión y elaboración de documentos relacionados con el área, como un Manual de Procedimientos. En ese mismo año la atención de los usuarios comenzó a darse a través de las Clínicas de sub-especialidad, incorporándose una trabajadora social por clínica, aunque por falta de recursos humanos, no se cubrió el total de ellas.
- En el 2002 se integró la primera generación de pasantes de servicio social del CICS-IPN (primera que es becada por la Secretaría de Salud, cabe señalar que desde su formación el Departamento ha contado con el apoyo de pasantes de servicio Social de CETYS, UNAM, y del Curso de Trabajo Social Psiquiátrico).
- En el presente año se delimitan claramente tres servicios en el Departamento de Trabajo Social: *preconsulta-urgencias*, *hospital y consulta externa*, además de contar con un sistema de control administrativo de las funciones y actividades que desarrolla el personal de Trabajo Social.

2.4.2 *Objetivos.*

- Proporcionar Atención Psicosocial de calidad a la población usuaria de la Dirección de Servicios Clínicos.
- Formación y capacitación de trabajadores sociales.
- Participación en la realización de investigaciones en el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental.
- Participación en eventos académicos

2.4.3 *Funciones.*

- I. Sistematizar y garantizar el proceso de atención a usuarios.
- II. Evaluar la problemática psicosocial de los usuarios y proponer alternativas de acción.
- III. Coordinar y participar en programas psicoeducativos en el Instituto.
- IV. Llevar a cabo intervenciones psicosociales en el ámbito familiar e individual.

- V. Realizar estudios socioeconómicos a los usuarios de los diferentes servicios de atención médica, laboratorio e imagenología internos y externos.
- VI. Garantizar, gestionar y realizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes con y de otras Instituciones.
- VII. Aplicar y mantener actualizada la normatividad establecida para la atención en unidades médicas psiquiátricas
- VIII. Vigilar el cumplimiento de los procedimientos establecidos por las comisiones de investigación y ética para proyectos de investigación, que se lleven a cabo en el área.
- IX. Mantener coordinación e intercambio técnico y de formación con las demás unidades de la institución u otras instituciones.
- X. Coordinar, implementar y evaluar el programa de rescate y seguimiento de pacientes.
- XI. Evaluar y proponer el mejoramiento de procedimientos y mecanismos de operación del área que conlleve a la optimización de resultados y actualización de manuales inherentes al Departamento.
- XII. Coordinar la realización de capacitación continua del personal a su cargo y mantener actualizado el Manual Específico de Funciones y Requisitos del puesto.
- XIII. Establecer canales de coordinación e intercambio de información con instituciones externas que desarrollen funciones afines o complementarias
- XIV. Establecer y mantener coordinación con los diferentes servicios de la Dirección de Servicios Clínicos
- XV. Promover y apoyar la participación del personal a su cargo en actividades académicas, intra y extramuros de la especialidad de su competencia.
- XVI. Rendir informes periódicos y especiales de las actividades desarrolladas y del grado de avance de los programas, proyectos que le sean solicitados.
- XVII. Coordinar lo pertinente a la recepción y trámite de quejas, reclamos y sugerencias que formulen los usuarios sobre la prestación del servicio,

dictando las medidas necesarias para corregir las diferencias observadas y notificar a la autoridad correspondiente.

- XVIII. Coordinar, supervisar y controlar lo relacionado con el almacenamiento de bienes materiales, de archivo documental y demás procesos administrativos del área.
- XIX. Controlar los bienes materiales asignados al área y fomentar el aprovechamiento recursos del área.
- XX. Supervisar e integrar al personal a las actividades del área distribuyendo, las labores para el logro de la eficiencia del personal bajo sus órdenes.
- XXI. Evaluar, solicitar y/o autorizar prórroga para el pago en parcialidades de estudios y/o servicios obtenidos.
- XXII. Sistematizar, evaluar, garantizar y corregir el proceso de prórroga de pago de servicios.
- XXIII. Autorizar mediante firma el trámite de resolución, despacho y asuntos de su competencia.

2.4.4 Actividades.

- **ESTUDIOS INICIALES.** Se trata de un estudio socioeconómico para la asignación de un nivel de pago correspondiente al servicio de consulta externa; se realiza a los pacientes que han pasado previamente a una preconsulta y que por las características que presentan, son atendidos en esta institución. Los datos que se obtienen para la realización de ésta actividad, es por medio de una entrevista con el paciente y con el familiar responsable.
- **RECLASIFICACIONES.** Trámite que es solicitado por las pacientes que por alguna razón ya no pueden pagar el costo de los servicios que ofrece la institución, por lo que acuden al Departamento de Trabajo Social con la finalidad de que se disminuya el nivel asignado en el estudio inicial. Los pasos a seguir para este trámite son:
 - Acudir con la trabajadora social del módulo donde es atendido con la finalidad de concertar una cita para la realización de este trámite.
 - Pedir a la trabajadora social en turno una solicitud de reclasificación y recopilar los documentos que se requieren para este trámite (comprobante de domicilio y comprobante de ingresos –en caso de que no tengan este último, se pide al paciente y/o familiar responsable que elaboren una carta compromiso, en la que especifiquen detalladamente los ingresos y egresos que tiene mensualmente-)

- Posteriormente se realiza una entrevista en la cita concertada para corroborar datos y recibir la documentación solicitada.
 - Al terminar dicha entrevista, la trabajadora social realiza un informe en el que especifica si la reclasificación es aceptada o no, desde su criterio profesional, y argumenta su decisión.
 - Después la trabajadora social entrega su reporte al jefe del departamento, quien a su vez valora el caso para presentarlo al subdirector del instituto.
 - El caso es valorado por las autoridades máximas de la institución, se le informa a la trabajadora social la respuesta quien a su vez le notifica al paciente el resultado.
- **ACTUALIZACIONES.** Es el trámite que se lleva a cabo con la finalidad de actualizar los datos socioeconómicos de los pacientes que acuden a consulta externa y que tienen más de un año de recibir atención en el INPRFM. El procedimiento es idéntico al de las reclasificaciones, sin embargo, cabe destacar que este trámite no tiene como fin último la disminución en el nivel de pago de los servicios que ofrece la institución.
- **ENTREVISTAS FAMILIARES Y GRUPO PSICOEDUCATIVO.** Esta actividad está enfocada al tratamiento de los pacientes y familiares, donde Trabajo Social lleva a cabo lo siguiente:
- Preparación de las sesiones, lo cual incluye investigación bibliográfica de los temas a tratar, así como de las técnicas que se aplicarán.
 - Estudio de los temas, recopilación del material para la técnica, ambientación de la aula de trabajo y exposición del tema.
 - Entrevista con cada familiar para conocer el proceso individual que lleva dentro del grupo.
 - Realización de crónica grupal y reportes de cada participante.
- **REFERENCIAS.** Esta actividad se divide en dos partes, la primera consiste en canalizar a los pacientes que por alguna razón no pueden ser atendidos en esta institución, para lo cual se les da un directorio de aquellas instituciones más acorde a las características que presentan; la segunda parte consiste en la petición que los médicos tratantes hacen a Trabajo Social para otorgar informes sobre instituciones que pueden apoyar en la pronta recuperación de los pacientes que acuden a consultas subsecuentes al INPRFM.
- **SESIONES CLÍNICAS.** Consiste en la presentación de un determinado caso clínico por el grupo multidisciplinario que labora en esta institución, este grupo está conformado por el médico tratante (psiquiatra), trabajadora social psiquiátrica y psicólogo clínico; cuando el caso lo

amerita, también se cuenta con la participación de otros especialistas como nutriólogos, neuropsicólogos etc.

2.4.5 Estructura del departamento de Trabajo Social.

- **UBICACIÓN:** El Departamento de Trabajo Social se encuentra distribuido en los bloques A, B, C, D del edificio 1 de la Dirección de Servicios Clínicos, al cual se puede acceder por la puerta número 1 de Av. Periférico Sur S/N.
- **DESCRIPCIÓN DEL DEPARTAMENTO:** Se encuentra distribuido para su funcionamiento de la siguiente manera

| # | AREA | FUNCION | UBICACIÓN |
|---|--|--|---|
| 1 | Jefatura del Departamento de Trabajo Social. | Dirigir, gestionar, controlar e informar de las actividades propias de Trabajo Social. | Bloque C planta alta, oficina de gobierno |
| 1 | Sub-jefatura de Trabajo Social | Dirigir, gestionar, controlar e informar de las actividades propias del área. | Bloque C planta baja, lateral izquierdo |
| 9 | Consultorios de Trabajo Social | Proporcionar atención de información, orientación, entrevistas y otros al usuario de consulta externa, y hospital. | Bloque A, B, D |

CAPÍTULO III.

TRASTORNOS

PSIQUIÁTRICOS

CAPITULO III. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

3.1 CONCEPTOS BÁSICOS.

Se considera esencial iniciar este capítulo puntualizando tres términos importantes en el campo de salud mental, los cuales permitirán comprender el contenido de este apartado.

- **Enfermedad.** En medicina general significa la presencia de una patología física.
- **Padecimiento.** Se designa así al estado de angustia subjetiva.
- **Trastorno.** En psiquiatría se utiliza para indicar que los síntomas de un paciente, están causados por una alteración aunque esta no sea necesariamente una patología orgánica. Los trastornos con una patología estructural definida se llaman orgánicos, y los trastornos sin tal patología se llaman funcionales.

3.2 DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

La mente humana es un complejo existente como lo es el propio individuo. Si alguno de nosotros llega a padecer un dolor físico, podemos identificar fácilmente dónde se origina, o la causa del mismo; sin embargo las personas que padecen algún trastorno psiquiátrico no comprende cuál es su causa y mucho menos qué hacer para aliviar su molestia.

Por ello surge la necesidad de que los profesionistas en Salud Mental se encuentren capacitados para identificar cuando una persona presenta un trastorno psiquiátrico, es decir, *“la incapacidad para adaptarse a las expectativas de conducta del grupo lingüístico-cultural del cual el individuo es miembro, o incapacidad para adaptarse a las propias expectativas de su comportamiento como él mismo lo defina., independientemente de si su incapacidad proviene de causa orgánica, psicógena o cualquier otra causa o combinación de causas.”*¹¹

¹¹ Gómez Lavín, Carmen. **Psiquiatría, Salud Mental Y Trabajo Social**, pág. 31.

Terminaremos diciendo que existen factores ¹² que están íntimamente relacionados con la presencia de un trastorno psiquiátrico, los cuales son:

1. **Factores Predisponentes:** Determinan una vulnerabilidad a otras causas que actúan próximas al momento de la enfermedad, éstos actúan de forma precoz en la vida; por ejemplo, herencia, desarrollo intrauterino, traumas en el nacimiento, factores sociales y psicológicos durante el desarrollo.
2. **Factores Precipitantes:** Son sucesos que tienen lugar poco antes del comienzo de un proceso y parecen haberlo inducido, pueden ser enfermedades físicas tales como un tumor cerebral y los efectos de los fármacos tanto administrados con fines terapéuticos como utilizados de forma ilegal; factores de estrés psicológico como la pérdida de un familiar y cambios sociales como una mudanza.
3. **Factores Perpetuantes:** Prolongan un proceso después de que haya comenzado un trastorno psiquiátrico determinado, en ocasiones alguna de las características de una enfermedad la hace auto-perpetuante por ejemplo: algunas formas de pensar prolongan habitualmente los problemas de ansiedad. Los factores sociales también son importantes, por ejemplo las actitudes sobre-protectoras de los padres. El darse cuenta de la existencia de estos factores es particularmente importante al planificar un tratamiento, dado que estos factores son modificables e incluso cuando se hace poco con respecto a los factores predisponentes y precipitantes.

3.3 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN.

Para identificar qué tipo de trastorno psiquiátrico tiene una determinada persona, los especialistas toman en cuenta los síntomas clínicos que presenta el paciente, es decir, la relación que existe entre los cambios conductuales que observa el especialista y la información subjetiva que proporciona el paciente; además de utilizar las dos clasificaciones de trastornos mentales utilizadas actualmente en el ámbito internacional, las cuales son:

- **El Manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV):** Esta clasificación fue desarrollada por la Asociación de Psiquiatría Americana, actualmente está en su cuarta edición, conocida como DSM-IV; aunque fue desarrollada como la clasificación nacional de los Estados Unidos también se usa en otros países, sobre todo en investigación; se diferencia de la CIE-10 sobre todo en el uso de criterios operacionales para el trabajo clínico, así como para la investigación.

¹² M. Gelder, Richard. *Oxford Psiquiatría*, pág. 57.

- **La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE):** Este sistema de clasificación fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud. Actualmente está en su décima edición, conocida como CIE-10. La sección de psiquiatría utiliza en todos los países del mundo la recopilación de estadísticas para hacer comparaciones internacionales, y en la mayor parte de los países con fines clínicos. La sección de psiquiatría está disponible en tres formas: una para la práctica clínica, otra para investigación y la tercera para usar en atención primaria. La versión clínica usa las descripciones de las características de los casos típicos como criterios diagnósticos. La versión investigadora utiliza criterios operacionales; mientras que la versión para atención primaria sólo incluye los diagnósticos que se ven con mayor frecuencia en esta rama de la práctica médica, y utiliza las descripciones de los casos como criterios diagnósticos.

3.4 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

A continuación se menciona la división de los trastornos psiquiátricos de acuerdo al DSM-IV, sistema de clasificación utilizado en el INPRFM para diagnosticar a los pacientes que asisten a consulta a esta institución.

1. Trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
2. Delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
3. Trastornos mentales debido a enfermedad médica no clasificados en otros apartados
4. Trastornos relacionados con sustancias
5. Esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos
6. Trastornos del estado de ánimo
7. **Trastornos de ansiedad**
8. Trastornos somatomorfos
9. Trastornos facticios
10. Trastornos disociativos
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual
12. Trastornos de la conducta alimentaria
13. Trastornos del sueño
14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
15. Trastornos adaptativos
16. Trastornos de la personalidad
17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

3.5 TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Este apartado hace énfasis en los trastornos de ansiedad porque es un tema básico para comprender la investigación que se realizó, por lo cual se definen a las respuestas de ansiedad como reacciones "*defensivas*" e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto son adaptativas para la especie humana, significa esto que ejercen una función protectora de los seres humanos. Los individuos durante miles de años han tenido que enfrentarse a infinidad de peligros; cuando éstos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: "*la huida o la lucha*".

La ansiedad es la más común y universal de las emociones y se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Tiene numerosos sinónimos:

- *Nerviosismo*
- *Inquietud*
- *Tensión*

Referencia a la experiencia de la ansiedad:

- *Angustia*
- *Miedo*
- *Inseguridad*

La ansiedad se califica como patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. Las características clínicas de los trastornos de ansiedad son las de ansiedad normal; varían en cuanto a la duración y gravedad, pero no en cuanto a su forma. Hay sin embargo, un elemento importante para identificar la *ansiedad patológica*, el cual reside en que la atención se focaliza en la respuesta de la persona ante la amenaza, como el aumento de la frecuencia cardíaca asociando preocupaciones sobre lo *anormal* de esa respuesta, por ejemplo: pensando que esa aceleración cardíaca indica una enfermedad cardíaca.

3.5.1 *Clasificación de los trastornos de ansiedad*

Los trastornos de ansiedad son aquellos síndromes en donde los síntomas de ansiedad físicos y mentales son importantes y persistentes, y no secundarios a ningún otro trastorno; los cuales se dividen en los que presentan síntomas continuamente y aquellos con síntomas episódicos, éstos últimos se

clasifican dependiendo de si la ansiedad aparece en situaciones concretas y o bien, en cualquier situación. En seguida se menciona la clasificación de este tipo de trastornos, de acuerdo al DSM-IV.

1. Crisis de angustia (panic attack)
2. Agorafobia
3. Trastorno de angustia (panic disorder)
4. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
5. Trastorno de angustia sin agorafobia
6. Trastorno de angustia con agorafobia
7. Fobia específica
8. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

9. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC).

10. Trastorno por estrés postraumático
11. Trastorno por estrés agudo
12. Trastorno de ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil)
13. Trastorno por ansiedad debido a enfermedad médica
14. Trastorno por ansiedad inducido por sustancias
15. Trastorno de ansiedad no especificado

3.5.2 Prevalencia y epidemiología de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son frecuentes y se encuentran comúnmente en la actividad médica habitual; sin embargo, la mayoría de los pacientes no acuden a quejarse de la ansiedad, sino que van a solicitar atención por alguno de los síntomas físicos que ésta les produce, como las palpitaciones.

De acuerdo a los estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención.

Por otra parte, en el panorama epidemiológico el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa el 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades.

El estudio trasnacional sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos de país a país, un 40 % para los Países Bajos y los

Estados Unidos y un 20% en México. En este reporte se sugiere que los trastornos psiquiátricos tienen una edad temprana de aparición con medianas estimadas de 15 años para los trastornos de ansiedad.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1994, indica que cada una de seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que en nuestro país padecen trastornos psiquiátricos aproximadamente 15 millones de personas lo que equivale a una sexta parte de nuestra población, de la cual el 1.1% padecen trastornos de ansiedad

3.6 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC).¹³

3.6.1 Características clínicas.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones.

Se entiende como *obsesiones* a los pensamientos persistentes recurrentes, impulsos o imaginaciones que se introducen en la mente a pesar de los esfuerzos realizados para sacarlos de ella. La característica típica es la sensación subjetiva de lucha (resistencia) contra el fenómeno que ha invadido la mente.

La persona no duda que los pensamientos introducidos están producidos por su propia mente, reconoce que las ideas no tienen sentido y suele sentirse avergonzado al contárselas a otras personas. Las obsesiones se basan en temas que el individuo encuentra angustiosos o desagradables

Las obsesiones pueden aparecer de varias formas.

- **PENSAMIENTOS OBSESIVOS.** Son palabras, ideas o creencias, reconocidas por los pacientes como propias, estos pensamientos pueden ser palabras sencillas, frases o rimas, con frecuencia de un contenido obsesivo o blasfemia; o bien, pensamientos sobre hechos angustiosos por ejemplo, que las manos están contaminadas por bacterias que le van a contagiar una enfermedad.
- **RUMIACIONES OBSESIVAS.** Son discusiones internas en las que se revisa continuamente una serie de reflexiones por ejemplo, sobre el fin del mundo

¹³ *Ibidem.* pág. 14-15; 103-104; 120-124; 367-373.-

- **DUDAS OBSESIVAS.** Es la incertidumbre acerca de una acción previa, tal como haber cerrado mal la llave del paso del gas; o acciones que pudieran hacer daño a otras personas. Las dudas pueden referirse también a prácticas religiosas como la necesidad de confesarse.
- **IMPULSOS OBSESIVOS.** Es el impulso de llevar a cabo una acción que suele ser agresiva, peligrosa o embarazosa desde el punto de vista social, por ejemplo, gritar obscenidades en una iglesia.
- **IMÁGENES OBSESIVAS.** Se presentan como escenas imaginadas muy vividas, con frecuencia referidas a la violencia o a algún tema que desagrada al paciente, como prácticas sexuales *anormales*.
- **FOBIA OBSESIVA.** Los pensamientos obsesivos y los rituales compulsivos pueden empeorar en determinadas situaciones, cuando esto sucede el paciente las evita.

Contenido de los pensamientos obsesivos.

Los pensamientos obsesivos pueden ser de cualquier clase pero la mayoría están centrados alrededor de seis temas. Se desconoce aún por qué es de esta manera, los seis temas son:

1. **SUCIEDAD Y CONTAMINACIÓN**, por ejemplo, la idea de que las manos están contaminadas por bacterias.
2. **ACCIONES AGRESIVAS**, por ejemplo, la idea de que la persona puede hacer daño a otro.
3. **ORDEN**, por ejemplo, la idea de que las cosas tiene que estar colocadas de una determinada forma.
4. **ENFERMEDAD**, por ejemplo, la idea de que la persona puede tener cáncer; (el tema de contaminación también pueden referirse a enfermedades, por ejemplo, con la contaminación bacteriana puede derivarse una enfermedad).
5. **SEXO**, normalmente son pensamientos o imaginaciones sobre prácticas que la persona encuentra desagradables.
6. **RELIGIÓN**, por ejemplo, pensamientos blasfemos o dudas acerca de los fundamentos de la creencia (¿Dios existe?).

Por otra parte, se entiende que las **compulsiones** son acciones repetitivas, estereotipadas y aparentemente voluntarias que la persona se siente impulsada a llevar a cabo pero se resiste, reconociendo que son irracionales. Las compulsiones también se conocen **como rituales compulsivos**. La mayoría de las compulsiones están asociadas a las obsesiones. En algunos casos la asociación parece comprensible, como cuando lavarse las manos se asocia con la idea de que están contaminadas; sin embargo, en otros casos no existe una conexión evidente entre la acción y el pensamiento.

Las **compulsiones** producen un alivio inmediato de la angustia asociada al pensamiento obsesivo, aunque su efecto a largo plazo es prolongarla, éstas pueden acompañarse de pensamientos de duda de que la acción no ha sido ejecutada correctamente, conduciendo a la repetición de la misma. De esta forma, la acción puede prolongarse durante horas.

Las compulsiones pueden ser de cualquier tipo, pero hay cuatro temas frecuentes:

1. **RITUALES DE COMPROBACIÓN.** Que suelen ser por la seguridad, por ejemplo, comprobar de forma repetida que se ha cerrado la llave del gas.
2. **RITUALES DE LAVADO.** Como lavarse las manos o limpiar la casa de forma repetida.
3. **RITUALES DE CÁLCULO.** Como contar hasta un determinado número.
4. **RITUALES DE VESTIDO.** En los que las prendas de vestir deben ponerse o quitarse de una forma determinada.

3.6.2 *Prevalencia y epidemiología.*

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es mucho más raro que los trastornos por ansiedad. La prevalencia anual es cercana al 2 por 1,000, con un equilibrio en la distribución entre hombres y mujeres. En un análisis realizado por la OMS en 1996 sobre el diagnóstico situacional en Salud Mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos psiquiátricos, entre los que el TOC se encuentra en décimo lugar.

3.6.3 Etiología.

Factores predisponentes.

1. **GENÉTICOS.** El TOC aparece con mayor frecuencia entre los miembros de las familias de los pacientes con este diagnóstico que en la población general. Se desconoce si esta característica familiar indica un factor genético o un factor ambiental, ya que no se han realizado estudios con gemelos.
2. **FACTORES ORGÁNICOS.** Los pacientes con este trastorno tiene una tasa aumentada de signos neurológicos menores, no localizados, pero no se ha descubierto una lesión neurológica específica.
3. **EXPERIENCIAS PRECOCES.** Podría esperarse que las madres y padres obsesivos transmitieran una tendencia de los síntomas obsesivos a sus hijos mediante el aprendizaje social.

Factores precipitantes.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo comienza con frecuencia después de un acontecimiento vital estresante, pero ningún acontecimiento en concreto se ha demostrado específicamente importante.

3.6.4 Pronóstico.

Cerca de las dos terceras partes de los pacientes mejoran en un año; el tercio restante sigue un curso crónico y en general fluctuante, con periodos de remisión más o menos completa que duran meses o años. El pronóstico es peor cuando la personalidad previa es obsesiva, los síntomas son graves y cuando existen factores estresantes crónicos.

3.6.5 Tratamiento.

Los trastornos obsesivos graves son difíciles de tratar y debe solicitarse la ayuda del especialista. En los casos más leves puede seguirse el siguiente plan:

➤ **MEDIDAS GENERALES.**

- ⇒ Es importante aclarar los temores de progresión a la esquizofrenia y de pérdida de control de acciones.

- ⇒ Es importante insistir en la necesidad de realizar un gran esfuerzo para resistirse a llevar a cabo los rituales, ya que cronifican el trastorno.
- ⇒ Tras pedir consentimiento al paciente, es necesario hablar con los miembros de la familia y explicarles lo mismo, para que puedan ayudar al paciente a resistir la necesidad de realizar sus rituales.
- ⇒ Dado que los síntomas obsesivos pueden ser desencadenados por circunstancias estresantes, sobre todo aquellas que producen en el paciente una reacción de ira que tiene dificultades para expresar, deben encontrarse alternativas para manejar esas situaciones o, si esto es difícil, estrategias para evitarlas.

➤ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

- ⇒ Los fármacos inhibidores de la recaptación de la serotonina tiene un efecto específico sobre los síntomas obsesivo-compulsivos.
- ⇒ Dentro de éstos se incluyen la clorimipramina, un tricíclico, y los ISRS fluoxetina o fluvoxamina. Los ansiolíticos son útiles a corto plazo para el alivio del malestar que producen los síntomas obsesivos, pero no deberían pre-escribirse más allá de unas pocas semanas.

➤ **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.** La Terapia Conductual se emplea para tratar síntomas y conductas que persisten por ciertas acciones del paciente, generalmente encaminadas a disminuir el malestar inmediato. La Terapia Cognitiva se emplea para tratar síntomas y conductas que persisten por lo que el paciente piensa de sí mismo. Debido a que a menudo tales acciones y pensamientos ocurren a la vez, generalmente se precisan ambas técnicas, y habitualmente se habla de Terapia Cognitivo-Conductual. La estrategia general de este tratamiento es que el especialista ayude al paciente a reconocer sus pensamientos y conductas inadaptables, y después le ayude a modificarlos. Frecuentemente se utilizan instrucciones escritas para complementar las explicaciones del terapeuta durante las sesiones. Las principales técnicas de esta terapia son:

- ⇒ **Entrenamiento en relajación.** Se emplea para disminuir la ansiedad mediante la reducción del tono muscular. Los procedimientos esenciales son: relajar los músculos uno a uno; respirar lentamente como cuando se duerme; y vaciar la mente de preocupaciones concentrándose en una imagen que sugiera tranquilidad. Es útil dar al paciente un cassette grabado con las instrucciones de relajación para que lo use en casa, en un ambiente tranquilo y sin interrupciones.

- ⇒ **Exposición.** El procedimiento básico es persuadir al paciente que se exponga reiteradamente a aquellas situaciones que evitaba, o bien, si esto no es posible, a que imagine hacerlo. Cuando la exposición a situaciones temidas se hace de forma gradual se llama “sensibilización”; cuando es rápida se emplea el término “inundación”. Las fases de esta técnica son:
- Detallar cuáles son las situaciones evitadas.
 - Ordenar estas situaciones según la ansiedad que provoquen.
 - Enseñar entrenamiento en relajación.
 - Persuadir al paciente a exponerse a una situación colocada al final de la jerarquía, y a quedarse allí hasta que no sienta ansiedad.
 - Los pacientes deben practicar esta técnica durante una hora todos los días. Para asegurar que se lleve a cabo, suele ser útil contar con un familiar o amigo que anime al paciente a ponerlo en práctica, le felicite en caso de éxito y estimule su motivación cuando fracase.
- ⇒ **Prevención de respuesta.** Se emplea en el tratamiento de los rituales obsesivos. Se basa en la observación de que los rituales disminuyen de frecuencia e intensidad cuando los pacientes hacen esfuerzos repetidos y serios de suprimirlos durante un tiempo; para hacer eficaz, el ritual debe ser suprimido hasta que se desvanezca la ansiedad asociada, y esto puede llevarse hasta una hora. Al repetir el procedimiento se produce un declive gradual no sólo de los rituales sino también de la intensidad de los pensamientos obsesivos asociados.
- ⇒ **Parada de pensamiento.** Se utiliza para tratar pensamientos obsesivos que no se siguen de rituales. Se utiliza un estímulo intenso para interrumpir los pensamientos, por ejemplo, el dolor leve provocado al tirar de una liga colocada en la muñeca.
- ⇒ **Entrenamiento en asertividad.** Se favorece la expresión directa de pensamientos y sentimientos del siguiente modo:
- Análisis de la conducta social en cuanto a expresión facial, contacto visual, postura, tono de voz y lo que se dice.
 - Actuación de encuentros sociales que provocan dificultades al paciente, mientras el terapeuta demuestra una respuesta adecuada y ayuda al paciente a imitarla.
 - Intercambio de papeles entre el terapeuta y el paciente para entender el punto de vista del otro en una situación determinada.
 - Practicar conductas sociales adecuadas en su vida diaria.

- Registro diario del resultado de las prácticas.
- ⇒ **Manejo de contingencia.** Se emplea cuando la conducta obsesiva-compulsiva se refuerza sin pretenderlo por otros sujetos, por ejemplo, padres que hacen caso a los rituales. Primero se tiene que identificar y disminuir aquellas situaciones que refuerzan la conducta problema, y después encontrar formas de recompensar las conductas deseables, a través de estímulos afectivos y/o materiales.
- ⇒ **Terapia de aversión.** En este método, la conducta indeseable se une a un refuerzo negativo como choque eléctrico leve. Este tipo de técnicas ha caído en desuso por los problemas éticos que suscita la administración de estímulos dolorosos como tratamiento y por su ausencia de eficacia a largo plazo.

CAPÍTULO IV.

LA FAMILIA

CAPÍTULO IV. LA FAMILIA

4.1 DEFINICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.

Existen diversos tipos de familias con distinta estructura y dinámica; no existe una igual que otra, ni una mejor que otra; su composición es valiosa por sí misma ya que responde a distintas necesidades y posibilidades de las personas que la conforman, por tanto es necesario puntualizar que la familia es *"un grupo humano primario en el que los individuos nacen, establecen contactos, realizan un tipo de unión y en el que encuentran el ambiente propicio para establecer un tipo humano de comunicación enriquecedora y perfecta"*.¹⁴

La familia desde una perspectiva integral nos ayuda a explicar la desconcertante manera en que opera el comportamiento humano, ya que nos muestra cómo cada uno de los individuos que la conforman juega un papel en la totalidad del sistema. Cabe destacar que *"el estudio de los sistemas tuvo sus orígenes en la biología; Ludwing Von Bertalanffy, un biólogo alemán, definió los sistemas diciendo que eran: -complejos de elementos en interacción-, y a partir de sus estudios, dedujo varios principios que se aplican a todos los sistemas; su postura recibió el nombre de Teoría General de Sistemas (TGS)"*¹⁵, en donde se denomina como sistema a un conjunto de objetos, así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos, en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, y los atributos son las propiedades de los objetos, y las relaciones mantienen unido al sistema, lo que permite clasificar a los sistemas como abiertos o cerrados, dependiendo del intercambio de información que tengan.

El origen de la TGS está relacionado con la necesidad de una comprensión más profunda de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, diferente a la concepción clásica de la indagación científica, que explicaba a los objetos de estudio mediante sus relaciones causales; por ello en el campo de la conducta humana, esta teoría ha sido muy atractiva a los profesionales cuyos intereses están dirigidos a la relación entre individuos o grupos de individuos (sociólogos, psicólogos sociales, trabajadores sociales, terapeutas de pareja y familiar), debido a que cualquier sistema familiar está compuesto por relaciones.

¹⁴ Leñero Otero, Luis. *La Familia*, pág.17.

¹⁵ Bradshaw, John. *La Familia*, pág. 60.

Bertalanffy en su teoría especifica propiedades de los sistemas, que a continuación se describen con base en la familia:

- a) **Totalidad.** La familia no es sólo la suma de sus integrantes sino que todos ellos forman un sistema donde la modificación de uno induce la del resto, por ejemplo un adolescente que está teniendo problemas escolares como reprobación no es el foco de atención, sino la interacción familiar y el contexto social que están retroalimentando esta conducta.
- b) **Equifinalidad.** El estado del sistema está determinado por la naturaleza de la relación y no por sus condiciones iniciales, de manera tal, que distintas condiciones iniciales pueden llevar a un mismo estado del sistema, o bien que las mismas condiciones iniciales puedan producir condiciones finales diferentes. Aquí nos lleva a hablar de la historia de la familia, por ejemplo en una familia donde los padres son violentos, no quiere decir que los hijos de éstos necesariamente tienen que serlo; no sólo importa el principio y el final, sino la parte intermedia como son: las transacciones que ha utilizado la familia, la interacción cara a cara, el ciclo vital de la familia, las crisis y los recursos usados en éstas.
- c) **Calibración.** Se constituye por las reglas que gobiernan la estabilidad del sistema; la regulación por calibración consiste en el pasaje del sistema de un estado a otro.
- d) **Homeostasis.** El propósito principal es el de mantener un equilibrio aceptable del comportamiento dentro de la familia; la idea es que la familia tiende a establecer un equilibrio o estabilidad en su comportamiento para resistir cualquier cambio que tiende a desestabilizar. Los eventos causantes de un estado de desequilibrio en relación a la conducta pueden ser generados tanto dentro como fuera de la familia, por ejemplo en una familia donde el padre pierde el trabajo se tendrán que hacer ajustes para "recuperar el equilibrio" y seguir cubriendo las necesidades instrumentales y afectivas; la conducta que puede darse es que la mujer apoye con actividades que reporten un ingreso.

Luego entonces, por analogía de la definición de sistema dentro del grupo familiar, tenemos que los objetos están representados por los integrantes; los atributos son las características individuales y grupales, y por ende las relaciones es la manera en que se desenvuelven al interior y exterior de ésta. Bradshaw puntualiza que "*los sistemas familiares pueden ser cerrados y abiertos; En los sistemas cerrados, las conexiones, estructuras y relaciones son fijas y*

rigidas y los patrones de comportamiento permanecen esencialmente iguales. " ¹⁶
Mientras que en los sistemas abiertos existe un flujo continuo de relaciones y comunicación desde el sistema hacia el entorno y a la inversa, lo que hace posible la transformación continua del éste, en razón de las formas que adoptan esas relaciones en diferentes situaciones de tiempo o escenario.

La familia es un sistema que opera a través de pautas que se repiten; anteriormente el grupo familiar se conformaba sólo por lazos de sangre, era numerosa y el progenitor ejercía una autoridad rígida a través de límites inquebrantables; cada miembro asumía roles específicos sin tomar en cuenta la satisfacción al ejercerlos, tal es el caso tradicional de que el padre era el proveedor económico y la madre atendía y educaba a los hijos; los valores que se manejaban eran el respeto, la honradez, los buenos modales y sobre todo la obediencia hacia el padre.

Sin embargo, este grupo considerado como el más importante en la sociedad, ha sufrido un sin fin de cambios en su composición y en las funciones que hasta al momento venía ejerciendo, las cuales ahora son complementadas, suplementadas o reparadas por otros grupos o instituciones sociales, como por ejemplo la propia familia extendida, el vecindario, la comunidad, la red de apoyo social, los centros de desarrollo infantil, la escuela, los clubes, los grupos deportivos, religiosos y culturales, entre otros. No obstante, *existen dos funciones principales* que nunca podrán eliminarse porque son los pilares que construyen la personalidad del ser humano para afrontar y adaptarse a los cambios que le esperan, las cuales son:

- **Socialización.** Aprender las normas y valores de la sociedad donde vivimos con el fin de representar el papel como adultos.
- **Protección Psico-Afectiva.** Brindar afecto y la seguridad que necesitan las personas durante los primeros años de vida, lo cual repercutirá durante su ciclo evolutivo.

La familia actual se caracteriza por tener menos miembros; compartir roles, derechos y obligaciones; existe un mayor involucramiento familiar, pero no debemos confundirnos, *"en la familia actual coexisten lo tradicional y lo nuevo, ello establece la necesidad de armonizar lo contemporáneo y lo clásico y equilibrar el cambio y el conflicto inherentes."* ¹⁷

¹⁶ *Ibidem*, pág. 63.

¹⁷ Quintero Velásquez. Ángela María. *La perspectiva de género y las nuevas organizaciones familiares*, pág. 2.

4.2 CRITERIOS DE FAMILIA.

Debido a los cambios por los que ha transitado el grupo familiar, realizar una tipificación determinante es imposible, porque cada autor toma en cuenta distintos parámetros para su clasificación. En este trabajo se toman en cuenta dos ideas principales: *la primera* es que existen numerosos tipos de familia y cada uno con distintos miembros; y *la segunda* es que conforme cambie la sociedad irán surgiendo nuevas conformaciones familiares.

Por tanto, se presentarán en primer lugar los aspectos socio-antropológicos que considera la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel Acco (1997), guía que permite evaluar los aspectos de organización familiar; posteriormente se hablará de estructura y dinámica familiar.

4.2.1 Aspectos Socio-antropológicos.

➤ NIVEL SOCIOECONÓMICO.¹⁸

| CATEGORÍAS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO | INDICADORES SALARIO MÍNIMO | MILES DE HOGARES |
|---------------------------------------|----------------------------|------------------|
| Nivel de subsistencia | | |
| ➔ Pobreza extrema. | 0-1 SM | 2954 |
| ➔ Con pobreza subsistencia. | 1.01-2 SM | 3610 |
| Nivel popular pobre | | |
| ➔ Trabajadoras nivel básico. | 2.01-3 SM | 2958 |
| ➔ Trabajadores nivel básico superior. | 3.01-4 SM | 2037 |
| Nivel medio | | |
| ➔ Clase media modesta. | 4.01-6 SM | 2103 |
| ➔ Clase media regular. | 6.01-8 SM | 1004 |
| Nivel acomodado | | |
| ➔ Clase acomodada. | 8.01 y más | 1279 |

➤ UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

- Según su ubicación en *territorio nacional*.
- Según su *ubicación local*: rurales, urbanas en ciudades intermedias, urbanas metropolitanas.¹⁹

➤ NIVEL DE INSTRUCCIÓN ESCOLAR.

- Nula y baja escolaridad*: primaria y secundaria inconclusa.
- Escolaridad elemental*: primaria y secundaria concluida.
- Escolaridad media*: bachillerato o carrera técnica.

¹⁸ Leñero Otero Luis. *El fenómeno familiar en México*, pág. 31.

¹⁹ En esta tesis la ubicación geográfica estuvo determinada por la Delegación Política en la que habita el paciente.

- d. *Alta escolaridad*: estudios profesionales (licenciatura, postgrado, maestría).

➤ **TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN EMMA ESPEJEL ACCO (1997).**²⁰

- a. *Familia primaria nuclear*: integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos.
- b. *Familia primaria semi-extensa*: familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.
- c. *Familia primaria extensa*: familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de alguno de los cónyuges.
- d. *Familia reestructurada*: formada por una pareja donde uno o ambos cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.
- e. *Familia reestructurada semi-extensa*: formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de ellos.
- f. *Familia reestructurada extensa*: formada por una pareja donde uno o los dos cónyuges han tenido unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de él o de ella.
- g. *Familia uniparental nuclear*: integrada por padre o madre con uno o más hijos.
- h. *Familia uniparental semi-extensa*: integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.
- i. *Familia uniparental extensa*: integrada por padre o madre con uno o más hijos. que vive con su familia de origen.

➤ **CICLO VITAL.**²¹

- a. *La formación de la pareja*: En esta etapa cabe cuestionarse las motivaciones de elección y las expectativas de la pareja, es importante señalar que éstas pueden ser inconscientes y por lo tanto no explícitas en la pareja, aún aquellos que se ubican a nivel conciente.
- b. *El nacimiento de los hijos*: Cuando llega el primer hijo, la pareja deberá reajustar sus roles, es decir, modificar sus roles exclusivamente maritales, para asumir los parentales.
- c. *Crianza y educación de los hijos*: La etapa de los hijos en edad preescolar y escolar conlleva cambios potenciales ante la dificultad de

²⁰ Espejel Acco, Emma. y Cols. **Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar**, pág. 52.

²¹ De tal forma que la capacidad de adaptación y flexibilidad es de gran importancia para la funcionalidad y desarrollo de la familia. en este intercambio afectivo se determinará el destino emocional de sus miembros en Sánchez Olivera, Magdalena. **Introducción al estudio de la familia**, pág. 5-6.

- organizar a la familia en crecimiento y el manejo de la cercanía-distancia tanto en la pareja, como entre los padres y los hijos.
- d. *Familias con hijos adolescentes y adultos*: En esta fase una de las tareas es aceptar la diferenciación de los roles de los hijos ya adolescentes, así como su separación paulatina del hogar.
 - e. *Re-encuentro*: Ante la ausencia de los hijos, los padres pueden recurrir uno al otro para sobreponerse al llamado "*Síndrome del nido vacío*", pero si previamente las funciones de padres nulificaron las maritales, la salida de los hijos puede desencadenar un conflicto.
 - f. *Soledad, Vejez y Muerte*: Se requiere de una mayor capacidad para llegar íntegro al final del camino y las etapas anteriores serán muy importantes como pilares, dependiendo de la evolución satisfactoria de la familia como unidad.

4.2.2 Estructura Familiar

De acuerdo a Emma Espejel Acco (1997) la *estructura familiar* es la "*forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía*"²²

1. **JERARQUÍA**: es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales: por ejemplo, "*Cuando el esposo le dice a la esposa que le prepare un café y la esposa obedece*", esta interacción define quién es ella en su relación con el marido en ese contexto; pero esta estructura de poder requiere de cierta flexibilidad que le permita hacer cambios ante situaciones excepcionales o críticas.
2. **LÍMITES**: son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia, también se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos); por ejemplo, en la relación madre e hijo, el límite se encuentra definido cuando ella le dice a su hijo mayor: "*No eres el padre de tu hermano, si anda en bicicleta por la calle, dímelo y lo haré volver*".
3. **ALIANZAS**: asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia para perjudicarse o beneficiarse entre sí; *las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación*: la de los esposos y la de los hermanos.
4. **TERRITORIO**: es el espacio que cada quien ocupa en determinado contexto, también se refiere a la centralidad que cada miembro logra

²² Espejel Acco, Emma. *Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar*, pág. 51.

tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás de la familia.

Por tanto, la estructura familiar es el conjunto de funciones que organiza la manera como interactúan los miembros de una familia, ya que al estructurarse tiende a establecerse reglas generales que rigen la organización y el funcionamiento global, estas reglas son invisibles pero indican tajantemente de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, por ejemplo *“cuando una madre le dice a su hijo que beba su jugo y éste obedece, esta interacción define quién es ella en relación con él y quién es él en relación con ella, en ese contexto y en ese momento”*²³

4.2.3 *Familiograma*

Es una forma de *“esquematizar”* la organización familiar, nos permite conocer el lugar que ocupa cada miembro así como la función específica que desempeña, además permite detectar el ciclo vital por el que atraviesa el grupo familiar y de esta manera identificar su dinámica de interrelación. Con el genograma se llegan a observar los complejos patrones familiares y cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar.

Emma Espejel (1997) lo define como: *“la representación gráfica de la familia que nos proporciona datos intergeneracionales de los dos subsistemas: padres e hijos; como la edad, el sexo, su ocupación, escolaridad, etc., así como la detección del paciente identificado cuando éste existe”*²⁴

Con el objetivo de entender más ampliamente la importancia de la aplicación del familiograma hay que resaltar que la familia representa el contexto social al que pertenece el individuo, reflejándolo en su composición y en su dinámica interna, acentuándose las características de los grupos sociales a los que pertenece.

Por otro lado, *“el familiograma tiene su origen en la técnica de investigación social que es denominada genealogía, registro mediante símbolos convencionales del estudio de los ascendientes de un individuo, así como de las líneas de descendencia directa, las relaciones entre parientes consanguíneos, conyugales o fraternos (diversas formas de compadrazgo), para descubrir aspectos de la organización social”*²⁵

²³ Minuchin S. **Familias y terapia familiar** en Varios. Apuntes Del Curso Estructura Y Dinámica Familiar, pág. 6.

²⁴ Espejel Acco, Emma. **Op Cit**, P. 51.

²⁵ Barrera Rubio, Kebia. **Familiograma**, pág. 19.

Para la *construcción de un familiograma*²⁶ es necesario considerar tres planos o niveles de integración.

- **EL PRIMER PLANO** lo comprende el *trazado de la estructura familiar (la simbología básica)*, conformada por los gráficos para cada género y las líneas de relación; es la columna vertebral del familiograma y la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente unidos entre sí, de una generación a otra, además aquí se aprecia el tipo de familia de la que se habla y constituye la parte esencial para los planos posteriores.
- **EL SEGUNDO PLANO** corresponde al *registro de los datos demográficos* y funcionales de cada integrante y en donde ya es posible apreciar sus características particulares y visualizarlas dentro de la familia. En este nivel se registran los eventos familiares y los datos cronológicos; es decir, casamientos, separación de los hijos, fallecimientos, separaciones y/o divorcios, accidentes y en general todo aquel dato que pueda ser útil al problema en estudio.
- **EL TERCER PLANO** comprende a la parte dinámica en que se entrelaza la familia; es decir, el *delineado de las interacciones familiares* y las *pautas de comportamiento*; aquí es posible visualizar la integración de la familia, el manejo de los límites generacionales y la forma en que repercute un comportamiento individual en el contexto familiar, así mismo es importante prestar atención a las estructuras que incluyen parientes colaterales o amigos.

4.2.4 Dinámica Familiar

Lo que respecta a la dinámica familiar, Emma Espejel Acco (1997) considera que es el "*conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por le que está atravesando dicha familia*".²⁷

Es decir, es la fusión de fuerzas positivas y/o negativas que afecta la conducta de cada miembro y hacen que la familia funcione adecuadamente o no. Para identificar el funcionamiento familiar a través de su dinámica es necesario tomar en cuenta la manera en cómo se organiza el grupo para cubrir sus necesidades, así como identificar las etapas del ciclo vital en las cuales se

²⁶ Mc Goldrick, Mónica. **Genogramas en la evaluación familiar**, pág. 25-54.

²⁷ Espejel Acco, Emma. **Op Cit.** pág. 51.

encuentra inmerso. los elementos más importantes para identificar la dinámica familiar son:

- A) **COMUNICACIÓN:** intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.
- B) **ROLES:** son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.
- C) **CONTROL DE LA CONDUCTA:** son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones peligrosas.
- D) **AFECTOS:** las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.
- E) **PSICOPATOLOGÍA:** se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

4.3 FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

Para referirnos a los grupos familiares no es recomendable utilizar los calificativos “normal” o “anormal”, pues los criterios para definir la normalidad psicológica del individuo son controvertidos y la compleja naturaleza del sistema familiar hace imposible determinar con precisión esos parámetros. Es más acertado y práctico utilizar los términos “funcional” o “disfuncional”, considerando que una *familia funcional* es aquella donde los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en lucha continua, lo cual no excluye que existan dentro de ellos sentimientos negativos (odios, celos, ambivalencia e insatisfacciones), además de los positivos (amor, ternura, respeto, admiración, etc); por otra parte, en una *familia disfuncional* la rigidez y la resistencia al cambio favorecen el desarrollo de psicopatología (angustia, depresión, trastornos de conducta, etc) cuando las demandas amenazan con romper el “equilibrio”.

Por lo tanto, el estudio de la *dinámica y estructura familiar* permitirá catalogar a las familias como *funcionales o disfuncionales* dependiendo de la manera cómo se interrelacionan sus miembros, y de esta forma determinar la intervención adecuada.

A continuación se menciona un *perfil de un sistema familiar funcional* de acuerdo al autor Bradshaw (2000).

- Es la unidad de supervivencia y crecimiento
- Satisfacen las necesidades emocionales de sus miembros, logrando un balance entre autonomía y dependencia, entre sociabilidad y sexualidad.
- Permite el crecimiento y el desarrollo de todos sus miembros, incluyendo a los padres.
- Obtienen sus miembros una autoestima sólida.
- Aprenden los integrantes a socializar.
- Forman el carácter y los valores morales de los niños.
- Reconocen y resuelven los problemas.
- Expresan sus percepciones, sentimientos, pensamientos, deseos y fantasías de manera libre y apropiada.
- Las relaciones son dialécticas; las personas tienen el mismo valor sin importar qué papel desempeñan y las limitaciones infantiles son tomadas en cuenta.
- La comunicación es directa, congruente, concreta, específica, y está basada en la experiencia sensorial.
- Aceptan las diferencias individuales.
- Cumplen lo que dicen, los padres son disciplinados y disciplinan a sus hijos.
- Los roles familiares se eligen y son flexibles.
- La atmósfera es divertida y espontánea.
- Precisan reglas y su incumplimiento trae consecuencias.
- Perdonan los errores y los consideran como herramientas de aprendizaje.
- Promueve el bienestar individual; de hecho, la existencia del sistema familiar sólo se justifica con base en el bienestar de sus miembros.

Por otro lado, este autor desarrolla un *perfil de un sistema familiar disfuncional* que es el siguiente:

- Sistema de negación y decepción.
- Niegan sus problemas, y por lo mismo no se resuelven.
- Idealizan a los padres, por lo que se sostiene un vínculo imaginario.
- No satisfacen sus necesidades y casi siempre existe cierto grado de enojo en los integrantes
- Transmisión de los problemas durante generaciones.
- Búsqueda de aprobación.
- Sistema cerrado.
- Dominan las reglas de control, perfeccionismo, el echar culpa a los demás, sordera selectiva (los familiares viven a la defensiva y no

escuchan lo que los demás les dicen), repetición (tener las mismas discusiones y problemas una y otra vez), desconfianza.

- Los secretos familiares son parte de las mentiras que mantienen a un sistema familiar estático. Estos secretos son abiertos, pues aunque todos saben lo que pretenden no saber, omiten hablar de ello.
- Roles rígidos y asignados por el sistema (los individuos existen para subsanar las necesidades del sistema y no tienen elección).
- Límites del ego rígidos o permeables; límites culturales e intra familiares.
- Existe voluntad inhabilitada y pérdida de libertad porque los integrantes no ventilan sus asuntos; no hablan de sus problemas; los sentimientos se congelan y contaminan la inteligencia emocional de estos.

4.4 FAMILIA. TRASTORNO PSIQUIÁTRICO Y TRABAJO SOCIAL.

Como se mencionó, la familia es el grupo en el cual el individuo desarrolla sus habilidades de socialización para enfrentarse a los cambios de su propio ser, de tal forma que al presentarse algún obstáculo se manifiesta un desequilibrio en el funcionamiento emocional, mental, social y ocupacional de cada miembro que la compone; por tanto, considerando los postulados de la Teoría General de Sistemas tenemos que la familia es un todo más importante que la suma de sus partes, es decir, el sistema no puede obtenerse a partir de la suma de sus elementos sino que resulta de la interacción entre los mismos.

Pero, si la dinámica y estructura familiar son sólidas, cuando se presentan situaciones de estrés como son las enfermedades; el paso de una etapa del ciclo vital familiar a otra; conflictos interpersonales; laborales como despido, jubilación, o cambio de puesto; legales; económicas y/o ambientales; entonces se tendrán los medios necesarios para una intervención eficaz. No obstante, si las actitudes de los miembros de este grupo son negativas se provocará una agudización en la presencia de estas causas.

La exposición a experiencias adversas incrementa la incidencia de los trastornos psiquiátricos, por lo cual la vulnerabilidad personal depende en gran medida de las características del individuo y de la red social en la que está inmerso; siendo la familia, el elemento principal en el abordaje y afrontamiento (prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación) de éstos.

Evidentemente el destacar el papel que tiene el sistema sociofamiliar como medio en el que se desarrollan los individuos es fundamental, porque constituye la más importante fuente de recursos con que la sanidad cuenta para intervenir en las relaciones familiares y en las variables sociales que condicionan el proceso salud-enfermedad.

El problema de salud hasta no hace muchos años se planteaba siempre desde una dimensión exclusivamente personal-individual la cual se ha ido modificando, tal como lo sustenta Buelga (1995) diciendo que: *"en la década de los cincuentas, el desarrollo de nuevos principios y su aplicación al estudio y tratamiento de los trastornos mentales, ofrecen un nuevo paradigma que proporciona un modelo conceptual que permite desplazar la atención del individuo a la familia."*²⁸

Opinión que sustenta Buelga (1995) al citar a Onnis (1980), quien menciona:

1. **El síntoma.** Ya no se considera producto de lesiones orgánicas cerebrales o de funciones psíquicas, sino más bien como *la expresión de una enfermedad que afecta globalmente al sistema del que forma parte el individuo.* Ya no es una característica individual, sino una cualidad del sistema.
2. **El diagnóstico.** La unidad de diagnóstico ya no es el individuo *sino el conjunto de relaciones que lo circundan, es decir, el sistema del que forma parte.* Diagnosticar implica entender la enfermedad del individuo como una expresión transitoria de una realidad dinámica que es susceptible de ser modificada.
3. **La intervención terapéutica.** El terapeuta tiene que producir cambios y encontrar soluciones en el marco de la situación interpersonal o social en la que aparece el comportamiento disfuncional, *y permitir al sistema en su totalidad experimentar modelos alternativos de funcionamiento y de interacción.*

Por consiguiente, la familia se convierte en el principal contexto significativo más próximo al individuo para explicar y modificar el comportamiento patológico.

Por otro lado, es importante recordar que la familia se encuentra inmersa en un grupo mucho más grande del cual cada individuo forma parte y afecta la calidad de vida, éste se conoce como sociedad, donde se conforma el campo de intervención más importante que los trabajadores sociales tienen, debido a que participan en el mejoramiento del nivel de vida de la población objetivo, por ejemplo en lo que se refiere a las oportunidades de educación, empleo, vivienda, economía, etc.; así como también en la satisfacción y sentido de bienestar que cada miembro experimenta en su familia.

²⁸ Buelga Vázquez, Sofía, *Et Al. Intervención con una familia disfuncional*, pág. 99.

La preparación profesional del trabajador social es tan importante, que permite atender ética y adecuadamente a un individuo, un grupo o una comunidad en cualquier campo de acción que se desenvuelva. En el caso de la psiquiatría este profesionista está, por formación y experiencia, calificado profesionalmente para prestar servicios directos (de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción) a individuos, familias y/o grupos cuyo funcionamiento se ve amenazado.

Trabajo Social es una profesión humanística que ve al hombre como persona en toda su integridad y complejidad, sin perder esa visión global del contexto social en el que se haya inmerso. Ayuda a la población a superar sus miedos y angustias, y a mantener al individuo con el adecuado nivel de autonomía a través del desarrollo de sus potencialidades, situación que se dificulta con la presencia de un trastorno psiquiátrico, ya que los efectos que un enfermo psiquiátrico produce en su familia son variados, suelen ir desde problemas objetivos como el aislamiento social, la alteración de la rutina doméstica o el deterioro de la economía; hasta problemas subjetivos, como tristeza, culpa, miedo, temor al futuro, problemas en la comunicación, etc. que no es más que la expresión de la carga afectiva que provoca el trastorno.

Por ende, es de suma importancia el trabajo desde el nivel de prevención hasta la reinserción con el grupo familiar por parte del trabajador social ya que es la pauta para crear alternativas; es decir, otras formas de manejar las dificultades para lograr los comportamientos que se consideran saludables. Este profesionista debe poner énfasis en desarrollar la autonomía en las familias y conseguir la expresión de sentimientos de bienestar y la máxima calidad de vida de todos sus miembros.

Entre la *participación por parte de Trabajo Social en el área psiquiátrica* se encuentran las intervenciones psicoeducativas con familias, las cuales son eficaces para proporcionar calidad de vida a todos los miembros de la familia y evitar recaídas en el paciente. Asimismo, con el intercambio de opiniones entre las familias y el trabajador social, se facilitan a éstas recursos y estrategias respecto a información básica y a las pautas de conducta más indicadas para una relación terapéutica con el paciente.

En suma con este tipo de intervención los familiares aprenderán a distinguir qué cosas y qué aspectos de su vida serán afectados y sacrificados por la enfermedad y cuáles no, así como a responsabilizarse de las consecuencias que tal decisión les comporta. Trabajar con familias es un reto, porque todo el conjunto de dinámicas conscientes e inconscientes que se producen en el trabajo de atención, exigen al trabajador social una constante preparación profesional y personal.

CAPÍTULO V.

METODOLOGÍA

D E L A

INVESTIGACIÓN

CAPITULO V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 JUSTIFICACIÓN.

La formación profesional de Trabajo Social permite visualizar que las alternativas de solución a una determinada problemática que presente un individuo, familia o grupo social, deben partir de sus necesidades sentidas.

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, para ello requiere de participar en diferentes grupos; y a través de esta constante interacción, es como se logra los satisfactores que le permiten cubrir las amplias necesidades que tiene.

La familia difiere de otros grupos humanos en diversos aspectos, tales como la duración y la intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes y las funciones que éstos desempeñan. Las características de ella son más que la suma de las personalidades individuales de sus miembros, por tanto en esta investigación se concibe a este grupo como un sistema en constante movimiento, donde el bienestar de uno de los miembros influye en el bienestar del otro; es decir, la familia no es una unidad estática, ya que continuamente vive procesos de cambio que están determinados por el contexto social, cultural y económico en los que se desenvuelve.

La participación del trabajador social está determinada por el grado de capacitación personal y los objetivos de la institución en la que se encuentra laborando, pero independientemente de ello, debe conocer esencialmente la metodología de su profesión, aplicando técnicas y métodos específicos, así como la destreza para instrumentar su repertorio de conocimientos y habilidades personales y profesionales.

Así mismo, es uno de los profesionistas que utiliza sus sentidos para identificar la parte humana de un individuo que requiere satisfacer una necesidad dentro de un espacio del cual formar parte; por tanto al tener la visión de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la persona, le permite verla como un ser integral; además, es parte medular del equipo multidisciplinario porque forma parte del equipo de profesionistas de primer contacto y es aquí donde su intervención oportuna será de importancia relevante, facilitando la solución de problemas y búsqueda de alternativas a los cambios de la vida cotidiana.

Una de las líneas de intervención del trabajador social es el ámbito psiquiátrico, en el cual se mantiene un contacto directo con la familia del paciente, ya que por un lado le permite investigar los aspectos relacionados con la dinámica familiar y el trastorno psiquiátrico, y por otro identificar posibles disfunciones y recursos para el cambio, con la finalidad de que el paciente y su familia logren un ambiente que les ayude a su propio restablecimiento con menor riesgo de recaídas.

Dentro de esta área, la importancia del Trabajo Social radica en las funciones de asistencia, investigación y enseñanza que desempeña para intervenir con su objeto de estudio, que es el ser humano de forma individual, grupal o comunitaria que plantea una necesidad y se acerca a demandar su satisfacción; teniendo como finalidad maximizar sus potencialidades y motivarlo a que por sí mismo promueva la solución de problemas en el proceso de salud-enfermedad.

Específicamente en la Clínica de TOC del INPRFM, es fundamental la participación del trabajador social porque es el responsable del trabajo con las familias ya que cuenta con las habilidades necesarias para llevar a cabo esta actividad. Sin embargo, es de suma importancia destacar la necesidad de conocer más a fondo el campo de salud mental a través de la capacitación profesional y la elaboración de protocolos de investigación relacionados con el tema, de lo cual se desprende la motivación de la elaboración de esta tesis.

El motivo principal para la realización de esta investigación es proporcionar información acerca de la dinámica familiar de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo que asistieron a la Clínica de TOC del Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz, a fin de otorgarles un espacio en el cual encuentren las herramientas que les permitan mejorar su calidad de vida, afrontar al padecimiento, así como minimizar los estigmas que lo rodean, término que es utilizado "*para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador*",²⁹ y actualmente se ha ampliado para indicar que ciertos diagnósticos, incluido un trastorno psiquiátrico, despierta prejuicios contra las personas así diagnosticadas.

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿El desconocimiento de la dinámica familiar de los pacientes de la Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz limita la intervención del trabajador social?

²⁹ Goffma, Ervin. *Estigma: la identidad deteriorada*, pág. 13.

5.3 OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Conocer las características de dinámica familiar de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo que asistieron al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, durante el periodo 2002-2003.

Objetivos específicos:

- Conocer los aspectos socioantropológicos de las familias de pacientes con TOC que asistieron al INPRFM durante el periodo 2002-2003.
- Conocer la estructura y dinámica familiar de los usuarios de la Clínica de TOC en el INPRFM.
- Elaborar una propuesta de intervención de un grupo psicoeducativo para familiares de pacientes con TOC.

5.4 METAS.

- Realizar 47 entrevistas familiares de pacientes con TOC que asistieron a consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría durante el periodo 2002-2003.

5.5 HIPÓTESIS.

*Si el trabajador social de la Clínica de TOC en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, conoce la **dinámica familiar** de los pacientes que asisten a esta clínica, entonces llevará a cabo acciones de intervención que modifiquen actitudes, emociones y conductas con respecto al paciente y al trastorno psiquiátrico, repercutiendo positivamente en su contexto familiar y social.*

Indicadores:

- Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel Acco (1997).
- Entrevistas estructuradas.
- Observación participante (nota informativa).

5.6 LÍMITES.

- a) *Tiempo:* Esta investigación se realizó en el segundo semestre del año 2002 y primer semestre del 2003.

- b) *Espacio*: Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, C.P. 14370. Área de Servicios Clínicos, Clínica de TOC.
- c) *Universo*: 47 Familias de pacientes que padecen el Trastorno Obsesivo Compulsivo, que asistieron a consulta al INPRFM durante el año 2002-2003.

5.7 ORGANIZACIÓN.

a) Recursos humanos:

- ✿ Ana Yetzin Camacho Aguirre.
- ✿ Olga Marina Robelo Zarza.
Pasantas de la Licenciatura en Trabajo Social.

- ✿ TSP. Teresa López Jiménez.
Trabajadora Social adscrita de la Clínica de TOC en el INPRFM.

- ✿ Dr. Saturno Maciel Magaña.
Asesor de tesis.

b) Recursos materiales:

| MATERIAL DIDÁCTICO | MOBILIARIO | INSTALACIONES |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Rotafolios• Cassettes• Plumas• Plumones• Pizarrón• Borrador• Hojas• Masquine tape• Impresión• Expedientes | <ul style="list-style-type: none">• Mesas• Sillas• Televisión• Grabadora• Computadora• Impresora• Cañón | <ul style="list-style-type: none">• Aulas• Biblioteca• Consultorio |

5.8 ESTRATEGIAS.

A continuación se describen las estrategias en esta investigación:

- a. Realización de una investigación documental acerca del Trastorno Obsesivo Compulsivo y su influencia en el ámbito familiar.

- b. Conformación de una muestra de 47 familias, con base a los siguientes criterios de inclusión:
 - ✚ Familiares de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo que asistieron a consulta externa en el INP (durante el periodo 2002-2003).
 - ✚ Familiares que radican permanentemente en el Distrito Federal y Zona Metropolitana.
 - ✚ Familiares que no han asistido a ningún grupo psicoeducativo en la Clínica de TOC.
- c. Programación de citas con la población objetivo para la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar, en la cual se utilizaron las siguientes técnicas de investigación:
 - ≡ **Entrevista:** Diálogo directo que se estableció con las familias que conformaron la muestra para la investigación, en la cual se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar, en un tiempo de 60 min.
 - ≡ **Observación directa:** Captación a través del sentido de la vista de las reacciones verbales y no verbales de las personas entrevistadas. (En esta técnica se utilizó el formato de nota informativa que se emplea en el INPRFM).
- d. Conformación de un expediente por cada paciente en el cual se incluyó la Escala de Funcionamiento Familiar, el estudio inicial y una nota informativa.
- e. Interpretación de la información obtenida con base a los datos obtenidos.
- f. Elaboración de resultados acerca de la dinámica familiar de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Clínica de TOC del INPRFM.
- g. Realización de una propuesta de intervención psicoeducativa.

5.9 RECOLECCIÓN DE DATOS

La Escala de Funcionamiento Familiar, es el resultado de la evolución de trabajos con sujetos y familias mexicanas, además de la revisión minuciosa de otras guías de evaluación familiar originadas en Canadá y Estados Unidos, así surge la Guía Conjunta de Evaluación Familiar (1985) donde fungieron como jueces miembros del Instituto de la Familia, y maestros e investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Posteriormente, para la elaboración del Cuestionario de Evaluación Familiar (ESCEVFAM) se contó con 10 investigadores más. Una vez que se validó y confiabilizó este cuestionario como un instrumento de detección comunitaria para evaluar familias, fue utilizado para evaluar distintas problemáticas en las que la familia juega un rol importante; las instituciones que lo utilizaron fueron la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Iberoamericana, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME), la Universidad Metropolitana, el antiguo Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), el Hospital psiquiátrico "Samuel Ramírez Moreno", el Policlínico 1° de enero en Cuba, el Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende", y actualmente en el Instituto de la Familia donde se utiliza como instrumento de evaluación en las familias sin patología aparente.

Existen cuatro investigaciones que validan la creación de la *Escala de Funcionamiento Familiar*, la primera constituye su nacimiento como Cuestionario de Evaluación Familiar; en la segunda se aplicó este instrumento a la población cubana, adaptando la forma de las preguntas sin cambiar su contenido; la tercera no fue adaptado, se aplicó literalmente y este procedimiento fue útil puesto que 12 ítemes no resultaron significativos, lo que permitió eliminarlos, y en la cuarta investigación con familias clínicas y no clínicas, se administró la actual Escala de Funcionamiento Familiar.

Esta escala es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico y estructural de la familia a la que se le aplica, las cuales son:

- **Autoridad.** Evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia, considera como más funcionales a aquellas familias donde ésta reside en el subsistema parental y es compartida por los padres.
- **Control.** Evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control de conducta; considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.
- **Supervisión.** Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento.
- **Afecto.** Evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.
- **Apoyo.** Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social dentro y fuera del grupo familiar.

- **Conducta disruptiva.** Evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación semejante.
- **Comunicación.** Evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.
- **Afecto negativo.** Evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.
- **Recursos.** Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas; así como a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

Cada una de estas áreas incluye una aproximación de 7 preguntas, ya que en ocasiones una determinada pregunta explora más de un área. Cada uno de los reactivos representa preguntas circulares, es decir, interaccionales cuya significación está en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso.

Cada pregunta se evalúa en una escala de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias; esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma, así como la tipología familiar y los criterios específicos de la escala.

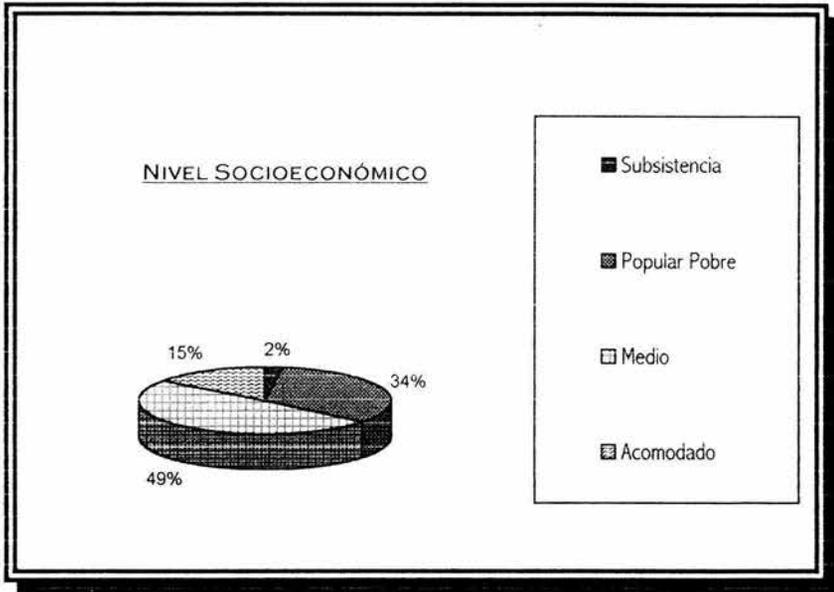
Por último, el formato del estudio inicial y de la nota informativa que se incluyeron en el expediente de cada paciente, pertenece al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. El estudio inicial comprende datos personales y familiares (*ver anexos*), económicos y de vivienda. La nota informativa (*ver anexos*) nos permitió registrar las observaciones a lo largo de la entrevista, ya que esta información nos permitió interpretar y analizar con mayor objetividad la información obtenida.

5.10 INTERPRETACIÓN DE DATOS.

A continuación se presenta de manera gráfica la información obtenida a través de los tres instrumentos previamente explicados.

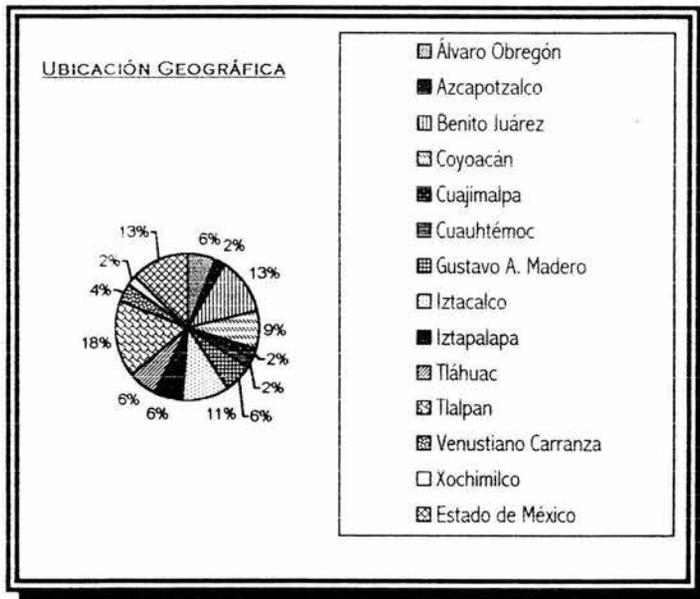
5.10.1 Aspectos Socioantropológicos de la familia del paciente.

| NIVEL SOCIOECONÓMICO | | |
|----------------------|-----------|-------------|
| CRITERIO | FAMILIAS | PORCENTAJE |
| Subsistencia | 1 | 2% |
| Popular Pobre | 16 | 34% |
| Medio | 23 | 49% |
| Acomodado | 7 | 15% |
| TOTAL | 47 | 100% |



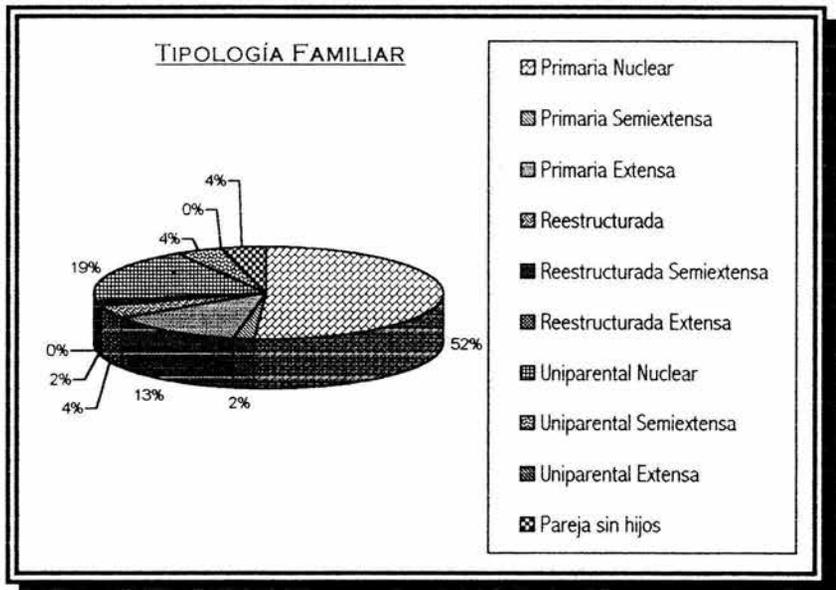
De las 47 familias entrevistadas, el 49% corresponde a un nivel socioeconómico medio, y un 2% a un nivel acomodado, lo cual nos demuestra que los trastornos psiquiátricos se presentan en cualquier estrato socioeconómico.

| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | |
|----------------------|-----------|-------------|
| CRITERIO | FAMILIAS | PORCENTAJE |
| Álvaro Obregón | 3 | 6% |
| Azcapotzalco | 1 | 2% |
| Benito Juárez | 6 | 13% |
| Coyoacán | 4 | 9% |
| Cuajimalpa | 1 | 2% |
| Cuauhtémoc | 1 | 2% |
| Gustavo A Madero | 3 | 6% |
| Iztacalco | 5 | 11% |
| Iztapalapa | 3 | 6% |
| Tláhuac | 3 | 6% |
| Tlalpan | 8 | 18% |
| Venustiano Carranza | 2 | 4% |
| Xochimilco | 1 | 2% |
| Estado De México | 6 | 13% |
| TOTAL | 47 | 100% |



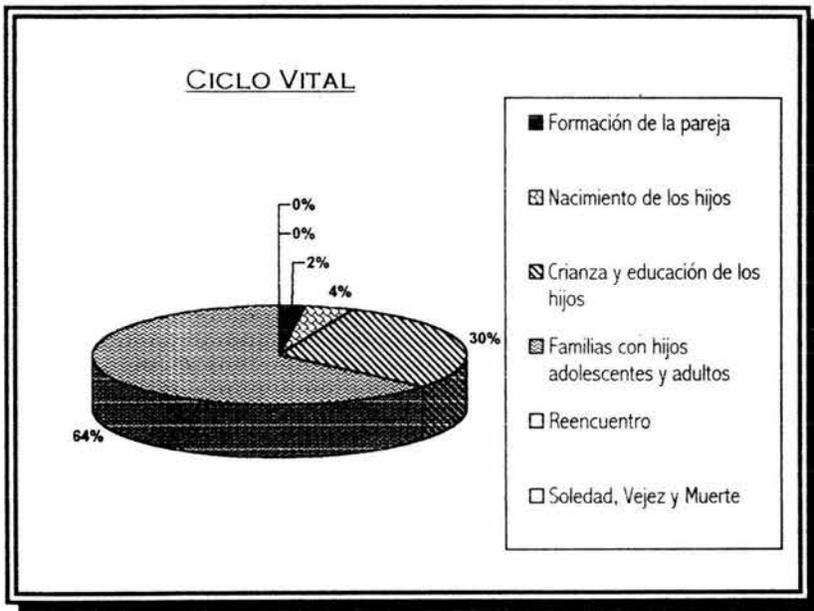
El porcentaje mayor de los pacientes que participaron en esta investigación provienen de la delegación Tlalpan y Benito Juárez, sin dejar a un lado el Estado de México, principalmente del municipio de Ecatepec.

| TIPOLOGÍA FAMILIAR | | |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| CRITERIO | FAMILIAS | PORCENTAJE |
| Primaria Nuclear | 24 | 52% |
| Primaria Semi-Extensa | 1 | 2% |
| Primaria Extensa | 6 | 13% |
| Reestructurada | 2 | 4% |
| Reestructurada Semi-Extensa | 1 | 2% |
| Reestructurada Extensa | 0 | 0% |
| Uniparental Nuclear | 9 | 19% |
| Uniparental Semi-Extensa | 2 | 4% |
| Uniparental Extensa | 0 | 0% |
| Pareja Sin Hijos | 2 | 4% |
| TOTAL | 47 | 100% |



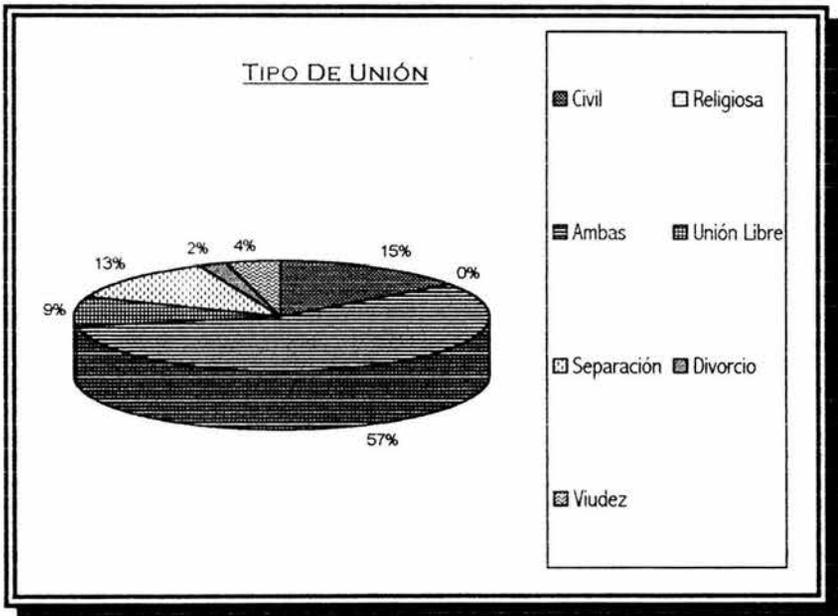
En el presente gráfico se puede observar la evolución que ha tenido la concepción de la familia tradicional, es decir madre, padre e hijos, pues aunque más del 50% de la muestra conforman una familia primaria nuclear, un porcentaje significativo del 23% se enfoca en familias uniparentales.

| CICLO VITAL | | |
|---|----------|------------|
| CRITERIO | FAMILIAS | PORCENTAJE |
| Formación De La Pareja | 1 | 2% |
| Nacimiento De Los Hijos. | 2 | 4% |
| Crianza Y Educación De Los Hijos | 14 | 30% |
| Familias Con Hijos Adolescentes Y Adultos | 30 | 64% |
| Re-Encuentro. | 0 | 0% |
| Soledad, Vejez Y Muerte | 0 | 0% |
| TOTAL | 47 | 100% |



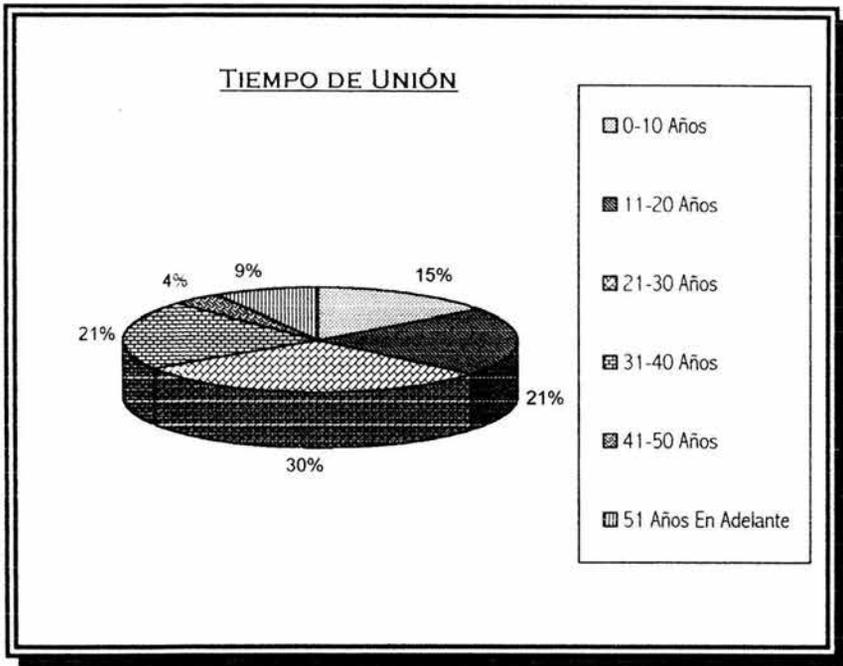
Es importante mencionar que un grupo familiar puede cursar por más de una etapa de su ciclo vital. En el presente gráfico se aprecia un 64% son familias con hijos adolescentes y adultos, mientras que un 30% de las familias entrevistadas se encuentran en la etapa de crianza y educación de los hijos

| TIPO DE UNIÓN | | |
|---------------|----------|------------|
| CRITERIOS | FAMILIAS | PORCENTAJE |
| Civil | 7 | 15% |
| Religioso | 0 | 0% |
| Ambas | 27 | 57% |
| Unión Libre | 4 | 9% |
| Separación | 6 | 13% |
| Divorcio | 1 | 2% |
| Viudez | 2 | 4% |
| TOTAL | 47 | 100% |



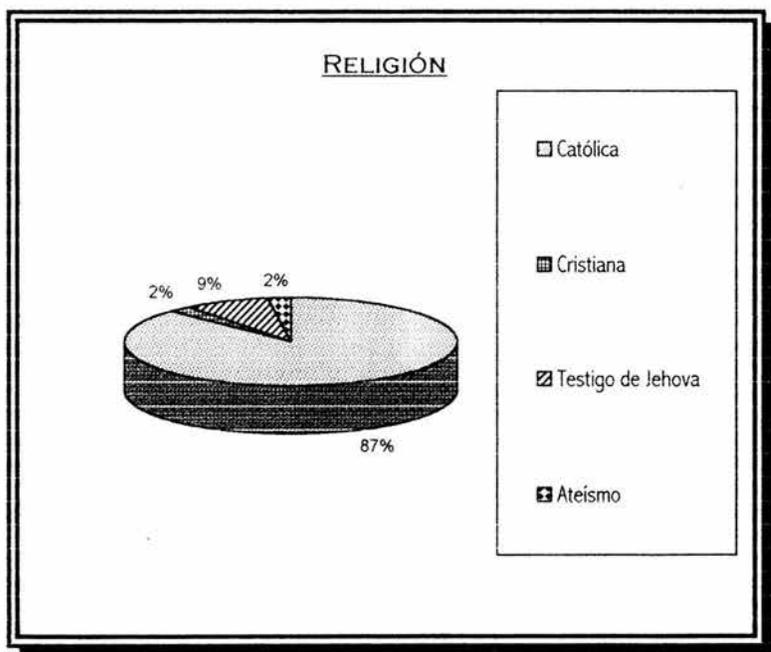
En cuanto al tipo de unión de las familias a las que pertenece el paciente, tenemos que más del 50% de la muestra han contraído matrimonio civil y religioso.

| TIEMPO DE UNIÓN | | |
|---------------------|----------|------------|
| CRITERIOS | FAMILIAS | PORCENTAJE |
| 0-10 Años | 7 | 15% |
| 11-20 Años | 10 | 21% |
| 21-30 Años | 14 | 30% |
| 31-40 Años | 10 | 21% |
| 41-50 Años | 2 | 4% |
| 51 Años En Adelante | 4 | 9% |
| TOTAL | 47 | 100% |



El presente gráfico resalta que en un 30%, las familias en las que se encuentra inmerso el paciente, tienen de 21 a 30 años de unión, criterio que permite entender la posible transmisión de la cultura en México.

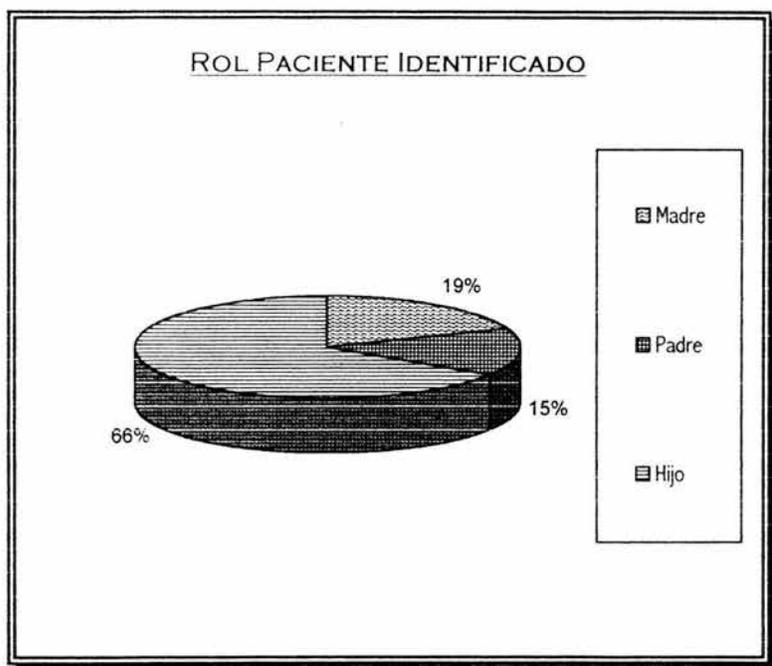
| RELIGIÓN | | |
|-------------------|----------|------------|
| CRITERIOS | FAMILIAS | PORCENTAJE |
| Cristiana | 1 | 2% |
| Católica | 41 | 87% |
| Atea | 1 | 2% |
| Testigo de Jehová | 4 | 9% |
| TOTAL | 47 | 100% |



En este gráfico se puede observar que la mayoría de las familias entrevistadas pertenecen a la religión católica, mientras que solo el 2% corresponde a la religión cristiana y testigo de Jehová, criterio que es importante considerar en el tratamiento del padecimiento.

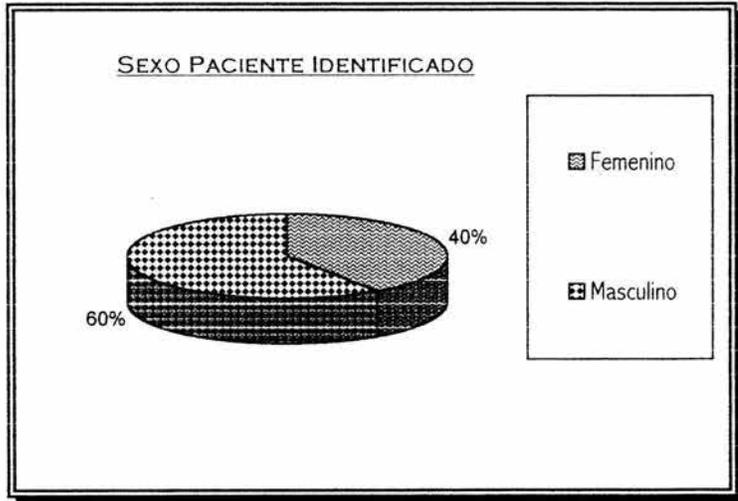
5.10.2 Aspectos Socioantropológicos del paciente identificado

| ROL PACIENTE IDENTIFICADO | | |
|---------------------------|-----------|------------|
| CRITERIOS | PACIENTES | PORCENTAJE |
| Madre | 9 | 19% |
| Padre | 7 | 15% |
| Hijo | 31 | 66% |
| TOTAL | 47 | 100% |



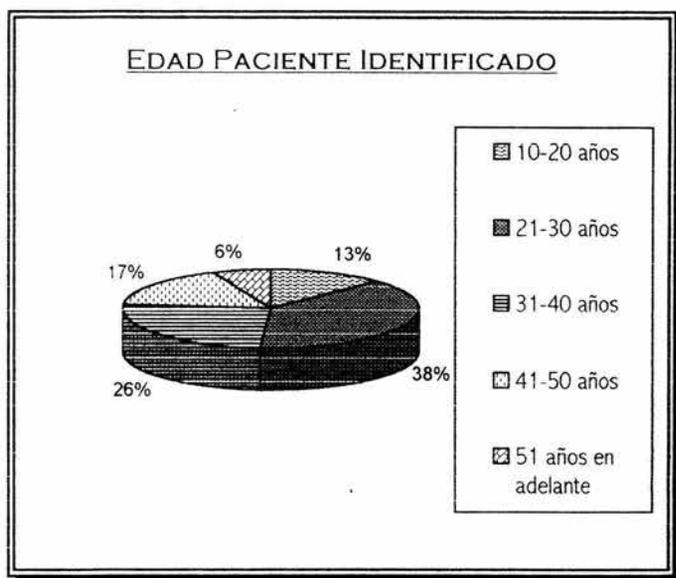
De las 47 familias contempladas en esta investigación, se aprecia que un 66% de los pacientes identificados pertenecen al subsistema hijos, mientras que el subsistema parental representa un 34% del total.

| SEXO PACIENTE IDENTIFICADO | | |
|----------------------------|-----------|------------|
| CRITERIO | PACIENTES | PORCENTAJE |
| Femenino | 19 | 40% |
| Masculino | 28 | 60% |
| TOTAL | 47 | 100% |



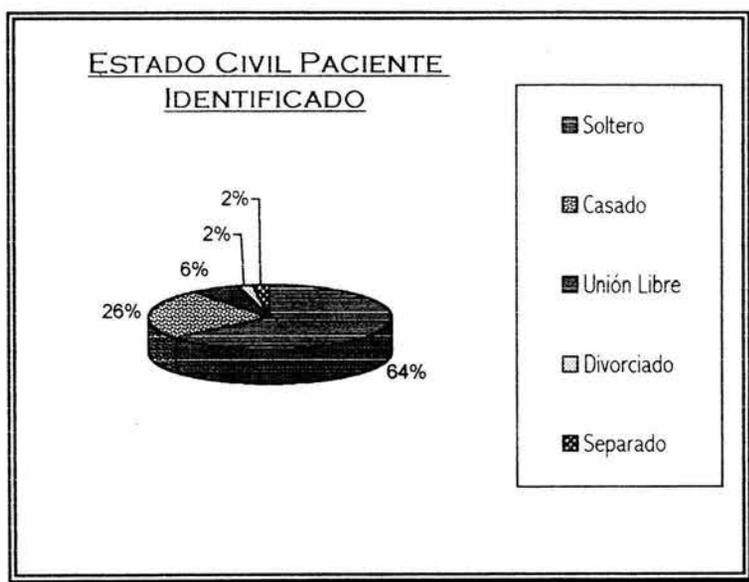
Del total de los pacientes identificados en las familias entrevistadas el 60% corresponde al sexo masculino, mientras que un 40% atañe al sexo femenino, situación que sustenta el apartado del curso del trastorno incluido en el DSM-IV, donde se menciona que en el sexo masculino se presentan a temprana edad síntomas del TOC, en comparación con el sexo femenino.

| EDAD PACIENTE IDENTIFICADO | | |
|----------------------------|-----------|------------|
| CRITERIO | PACIENTES | PORCENTAJE |
| 10-20 años | 6 | 13% |
| 21-30 años | 18 | 38% |
| 31-40 años | 12 | 26% |
| 41-50 años | 8 | 17% |
| 51 años en adelante | 3 | 6% |
| TOTAL | 47 | 100% |



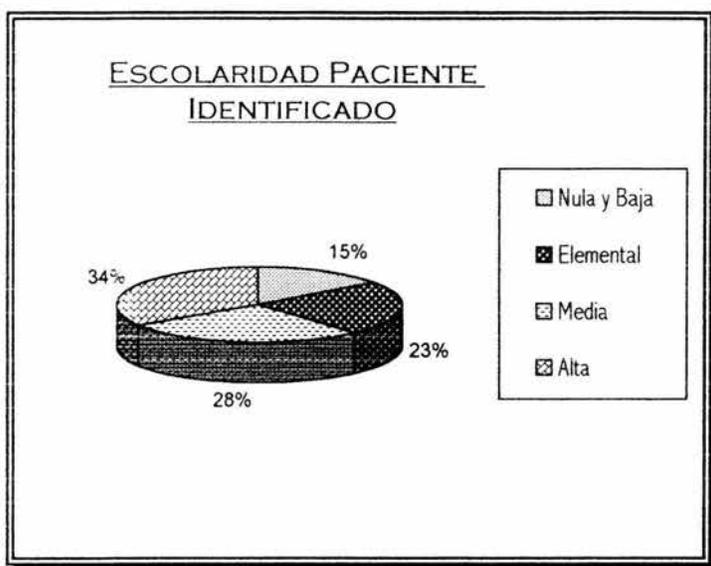
En esta gráfica se muestra que las edades representativas de los pacientes identificados se ubican en el rango de 21 a 30 años de edad con un 38%, y con un 26% se encuentran los pacientes de 31 a 40 años.

| ESTADO CIVIL PACIENTE IDENTIFICADO | | |
|------------------------------------|-----------|------------|
| CRITERIO | PACIENTES | PORCENTAJE |
| Soltero | 30 | 64% |
| Casado | 12 | 26% |
| Unión Libre | 3 | 6% |
| Divorciado | 1 | 2% |
| Separado | 1 | 2% |
| Viudo | 0 | 0% |
| TOTAL | 47 | 100% |



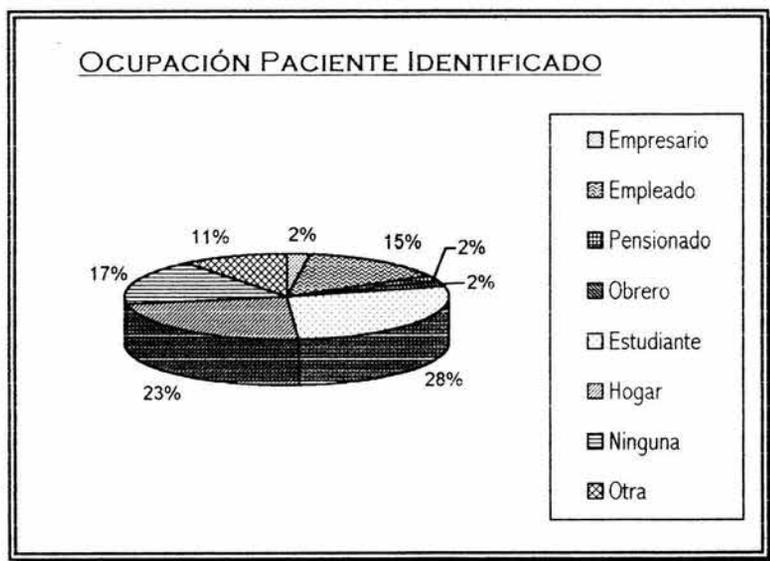
Respecto al estado civil de los pacientes identificados se observa que un 64% son solteros, mientras que el 26% son casados; criterio que se relaciona con la gráfica correspondiente al ciclo vital (pág. 50), lo cual habla de una probable inhibición en el desarrollo del paciente.

| ESCOLARIDAD PACIENTE IDENTIFICADO | | |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| CRITERIOS | PACIENTES | PORCENTAJE |
| Nula y Baja | 7 | 15% |
| Elemental | 11 | 23% |
| Medio | 13 | 28% |
| Alta | 16 | 34% |
| TOTAL | 47 | 100% |



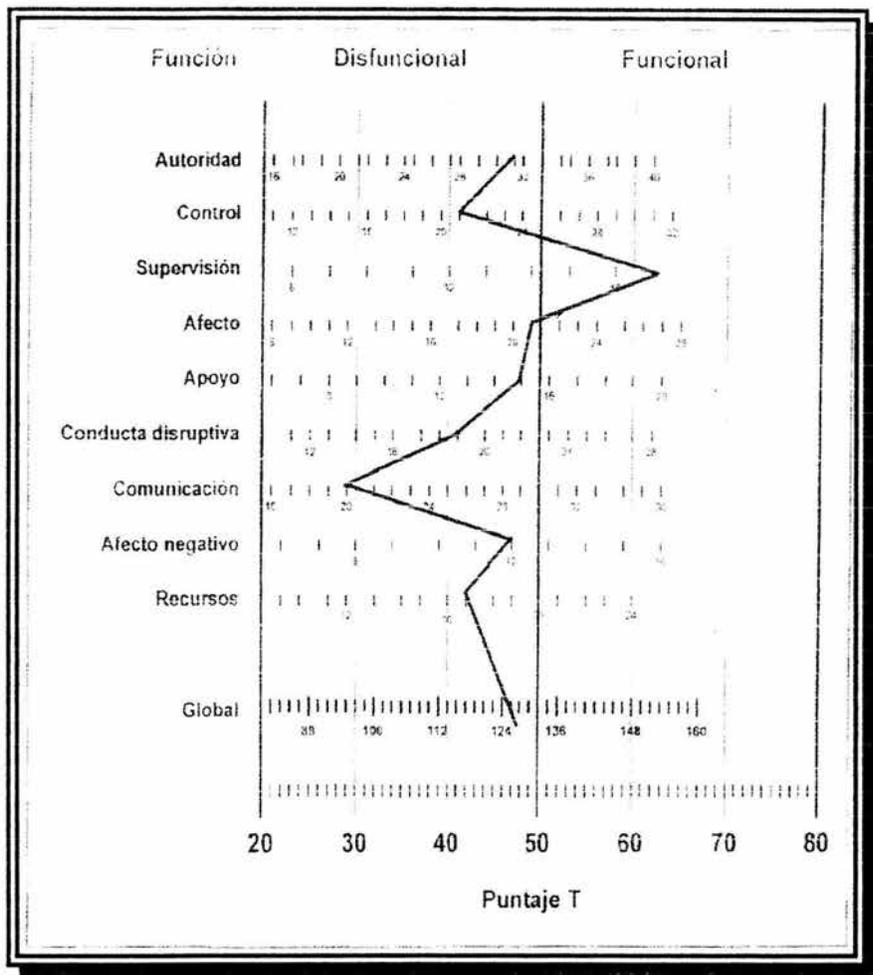
El 34 % de los pacientes identificados posee una escolaridad alta; no obstante, sin notable diferencia el 28% de éstos cuentan con un nivel educativo medio (ver pág. 31).

| OCUPACIÓN PACIENTE IDENTIFICADO | | |
|---------------------------------|-----------|------------|
| CRITERIO | PACIENTES | PORCENTAJE |
| Empresario | 1 | 2% |
| Empleado | 7 | 15% |
| Pensionado | 1 | 2% |
| Obrero | 1 | 2% |
| Estudiante | 13 | 28% |
| Hogar | 11 | 23% |
| Ninguna | 8 | 17% |
| Otro | 5 | 11% |
| TOTAL | 47 | 100% |



La ocupación de los pacientes identificados, por ser en su mayoría jóvenes adultos, es de estudiantes (28%); sin embargo con un mínimo de diferencia, la población restante realiza labores en su hogar, o bien, no cuentan con ninguna ocupación (23% y 17%, respectivamente).

5.10.3 Aspectos generales del funcionamiento familiar.



En este gráfico se observa el promedio de disfuncionalidad o funcionalidad de las 47 familias que comprendieron la muestra de la investigación. El promedio de cada área evaluada es: **Autoridad** 31 puntos, **Control** 21 puntos, **Supervisión** 19 puntos, **Afecto** 21 puntos, **Apoyo** 15 puntos, **Conducta Disruptiva** 19 puntos, **Comunicación** 20 puntos, **Afecto Negativo** 12 puntos y **Recursos** 17 puntos. Cabe destacar que solamente el área de supervisión se considera ligeramente funcional.

5.11 RESULTADOS.

El individuo es un ser biopsicosocial, por lo que tiene que existir un equilibrio en sus componentes biológicos, psicológicos y conductuales, ya que está en constante interacción con el medio que le rodea; es decir, pertenece a un sin fin de grupos como la familia, la escuela, el trabajo o la comunidad en los que representa diferentes roles, y cuando se manifiesta algún obstáculo, que rompa con este equilibrio, surgen desajustes que afectan su desarrollo integral.

Debido a los cambios que está sufriendo la sociedad, los principales desórdenes se presentan en el ámbito emocional, repercutiendo severamente en el aspecto cognitivo-conductual del individuo, por lo tanto los trastornos psiquiátricos hoy día constituyen un grave problema de salud pública, ya que sus secuelas afectan directamente a la persona y a los grupos en los que se encuentra inmersa, presentándose dificultades para cubrir satisfactoriamente sus necesidades instrumentales y afectivas.

Cabe destacar que la familia es donde el individuo adquiere conocimientos y habilidades para un desarrollo óptimo de todas sus capacidades; por ello, es relevante conocer los aspectos socioantropológicos que envuelven a esta agrupación con la finalidad de crear alternativas de solución acorde a las necesidades reales, ya que es el principal grupo afectado en su dinámica por la presencia de un trastorno psiquiátrico,

Siguiendo esta línea, la presente investigación tiene como principal objetivo dar a conocer las características de la dinámica familiar de los pacientes que tienen como diagnóstico el Trastorno Obsesivo Compulsivo en el INPRFM, por ser un padecimiento del que generalmente no cuentan con información que les impulse a recibir algún tipo de tratamiento, provocando angustia, dolor moral y ansiedad que merman el desenvolvimiento individual, familiar y social de las personas que lo padecen.

Los pacientes con este trastorno tienen como característica principal la repetición de acciones y pensamientos; conductas que para las personas que se interrelacionan con ellos generan un sentimiento de ambivalencia, ya que por un lado se les considera como *habituales*, y por otro suscitan sensaciones de malestar. Por ello el producto de esta investigación es la elaboración de una propuesta de Psicoeducación para los familiares con este trastorno, en la cual adquirirán los conocimientos básicos de las causas y efectos del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Para conocer las características de la dinámica familiar de las personas que tienen diagnosticado este trastorno, se tomó en cuenta el directorio de los pacientes subsecuentes de la Clínica de TOC del Instituto Nacional de

Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante el período 2002-2003, el cual estaba conformado por 50 familias, de las cuales se logró obtener una muestra de 47 debido a que 3 de ellas no cumplieron con todos los criterios de inclusión especificados en la metodología de esta investigación.

Los datos obtenidos a través de la Escala de Funcionamiento Familiar, estudio inicial y nota informativa, permitieron dar respuesta al planteamiento del problema de este trabajo, a través de confirmar que es básico conocer la dinámica familiar de los pacientes con TOC que asisten al INPRFM para tener una intervención adecuada, que responda en mayor medida a las necesidades sentidas de la población.

Enseguida se describirán los resultados provenientes de esta investigación, respecto a los aspectos socioantropológicos, estructura y dinámica familiar de la muestra.

Con respecto al *nivel económico* de las familias entrevistadas, encontramos que la mayor parte de éstas pertenecen a un nivel medio que les permite satisfacer medianamente las necesidades básicas, sin embargo todas las familias refieren, –sin importar el estrato socioeconómico al que pertenezcan–, que la presencia de este trastorno psiquiátrico ha provocado una disminución en el ingreso mensual de cada una de ellas, hecho que se debe principalmente al costo elevado de los medicamentos que les recetan a sus pacientes, abandonando en ocasiones el tratamiento, cuyas consecuencias son las recaídas severas.

Respecto a la *ubicación geográfica*, uno de los criterios de inclusión de la muestra fue que las familias deberían pertenecer a las Delegaciones Políticas del Distrito Federal así como a la Zona Metropolitana; este dato permitió conocer que en su mayoría (18%) provienen de la Delegación Política de Tlalpan, dentro de la cual se ubica el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, situación que indica que las familias asisten a tratamiento debido a la accesibilidad para obtener la atención necesaria; pero además el 13% de las familias se transportan del Estado de México a esta institución, indicando que el traslado representa un gasto significativo en su economía, elemento que influye en el abandono del tratamiento.

La familia es el primer círculo en el que se desenvuelve el ser humano, por lo que es importante conocer los diferentes miembros que la conforman así como la etapa del ciclo vital por la que atraviesan, ya que partiendo de estos elementos se buscarán soluciones adecuadas para cada familia.

Cabe señalar que las familias han evolucionado en su tipología pero no en sus funciones básicas como son la socialización y la provisión de afecto, sin embargo se observó que en las familias con un miembro diagnosticado con

Trastorno Obsesivo Compulsivo, las funciones mencionadas no son ejercidas satisfactoriamente debido a que la presencia de éste trae consigo una modificación en la organización e interrelación familiar. El cambio de *tipología familiar* se confirmó con los datos obtenidos, pues aunque la mayoría de las familias a las que pertenece el paciente son primarias nucleares, también se identificaron familias uniparentales y reestructuradas.

En cuanto al *ciclo vital*, el 64% de la muestra son familias con hijos adolescentes y adultos, que se caracterizan por el deseo de obtener individualidad y algunos pretenden formar una nueva familia; es importante resaltar que durante las entrevistas observamos que algunas familias están viviendo más de una etapa del ciclo vital, como por ejemplo: crianza y educación de los hijos con hijos adolescentes y adultos, por lo que se considera importante identificar cada una de las etapas para propiciar el desarrollo de cada miembro, de acuerdo a sus necesidades y características.

Por otro lado, encontramos que la *forma en que se unieron* estas familias fue principalmente a través de la vía legal y religiosa, y el *tiempo de vivir bajo el mismo* techo oscila entre los 21 y 30 años, lo cual se relaciona con la etapa del ciclo vital de hijos adolescentes y adultos.

Por otra parte es importante señalar que la mayoría de la muestra profesan la *religión* católica, rubro que se considera importante conocer para entender las creencias y tradiciones de este tipo de familias.

Al concertar las citas con la población objetivo, se solicitó que asistiera el paciente acompañado de la mayoría de los miembros que conforman su familia, con el objetivo de recabar la mayor información de la dinámica familiar. A pesar de este requerimiento cinco pacientes entrevistados se presentaron solos, refiriendo que no cuentan con apoyo por parte de sus familiares o que éstos tuvieron dificultades laborales y personales para asistir; un hecho que llamó la atención es que dos pacientes mencionaron que su familia no está enterada de su padecimiento.

En general los pacientes acudieron con uno o más parientes, manifestando en su mayoría que en este grupo primario existen miembros mayores de 25 años, sin descartar la presencia de adolescentes y niños, los cuales ejercen los roles de hermanos e hijos menores.

En las entrevistas se observó que en su mayoría los *pacientes identificados* ejercen el rol de hijos (66%), quienes se encuentran en una etapa productiva ya que su edad oscila entre los 20 y 30 años. No existe una gran diferencia entre el *sexo* de los pacientes identificados, aunque en su mayoría fueron del sexo masculino. Como nos damos cuenta, los pacientes son jóvenes

pues la *ocupación* que predomina entre ellos es la de estudiante (28%), generalmente de educación de nivel superior (34%), siendo su *estado civil* es soltero (64%).

Con este hecho no descartamos la presencia de pacientes identificados que juegan el rol de progenitores (34%); la edad de estos pacientes es alrededor de 30 a 40 años de edad, ejerciendo actividades domésticas en caso de la madre, y actividad de comerciante en caso del padre.

Es fundamental no olvidar que el Trastorno Obsesivo Compulsivo es discapacitante en el ámbito físico y emocional, tal como lo señala una proporción significativa de la muestra entrevistada que no se dedica a ninguna actividad (17%), pues la sintomatología que presenta le impide cumplir con las funciones básicas individuales como el aseo personal o la socialización, dedicando su tiempo al ocio lo cual podría traer consigo el aislamiento social o bien la generación de otro tipo de enfermedades.

Considerando al trastorno psiquiátrico como una vulnerabilidad que existe en el paciente propiciando en éste un aislamiento, es importante analizar si la familia a la que pertenece, lo protege de la manifestación de éste o por el contrario lo favorece, situación donde radica el interés por plasmar las observaciones de las características de la dinámica familiar de la población entrevistada, ya que en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz no existen trabajos sobre el tema.

Para conocer la *dinámica familiar* de la muestra conformada se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997), y como puntos generales de la información obtenida se sintetiza que la mayoría de las familias no cuentan con ningún tipo de información acerca de la enfermedad, ni mucho menos de sus orígenes biológicos y emocionales, o de los efectos individuales, familiares y sociales que conlleva.

Los rituales obsesivos que realiza el paciente para detener la angustia que siente, se conciben en la familia como "*mañas*", provocando en ellos crisis severas, y en sus familiares una confrontación de sentimientos de bienestar y emergencia que no se transmiten adecuadamente, materializándose en discusiones principalmente de origen verbal, esto se debe a que las familias de los pacientes que padecen TOC no encarar las crisis en grupo, pues cada miembro desempeña un determinado rol que por lo general es insatisfactorio pero que no están dispuestos a intercambiar, *provocando rigidez en la interacción familiar*, por lo que no es posible transmitir lo que se piensa, al grado que el apoyo y la confianza es buscada en otros grupos como los amigos, o la familia extensa.

A continuación se describirán los resultados de cada ítem que se evalúa en el instrumento aplicado:

En la mayoría de las familias primarias nucleares que componen la muestra de la investigación, la AUTORIDAD es ejercida por el subsistema parental a través de normas establecidas de manera digital y analógica, aunque en su mayoría no son negociadas y aceptadas por todos los miembros.

Cabe señalar que principalmente el CONTROL de las normas es efectuada por la progenitora, ya que convive mayor tiempo con los integrantes de la familia, debido a que sus actividades cotidianas las desarrolla en el hogar. Es importante mencionar que cuando el padre está presente generalmente se inmiscuye en las decisiones tomadas por su pareja, generando un descontrol e incumplimiento de las reglas familiares, principalmente por parte del paciente. Siguiendo esta línea, observamos que en las familias uniparentales o reestructuradas de pacientes con TOC, también existe confusión en el establecimiento de límites, debido a las características propias de esta tipología.

Por otro lado, durante las entrevistas realizadas, observamos la dificultad que tienen los familiares para el establecimiento de límites claros y congruentes hacia el paciente, ya que a decir de ellos mismos, se involucran sentimientos de culpa, resentimiento, desesperanza, ignorancia con respecto al trastorno y amor, entendiendo éste último como la preocupación y acciones para el bienestar de su paciente.

Llama la atención, que pese a la dificultad del establecimiento de límites en este tipo de familias, el ítem de SUPERVISIÓN, de acuerdo a la Escala de Funcionamiento Familiar, resulta ser el único con característica de funcionalidad; no obstante, a través de la nota informativa que se realizó con cada paciente, nos percatamos que la supervisión de los límites que predomina al interior de las familias con pacientes diagnosticados con TOC, es confusa y se rigidiza, y por consiguiente tienden a mantener un control de la conducta del paciente, pese al desconocimiento de las características propias de este trastorno psiquiátrico. Por otro lado, también observamos que sin importar la tipología familiar, en todas las familias entrevistadas se manifiesta una predisposición a la sobreprotección del paciente limitando de esta manera el desarrollo de sus capacidades intelectuales, físicas y emocionales.

Respecto al ítem de AFECTO, encontramos que la expresión de los sentimientos de bienestar como la ternura, apoyo, amor, respeto, etcétera, es limitada en familias que tiene un paciente con TOC, porque el desconocimiento del trastorno influye en las formas inadecuadas que utilizan los integrantes de las familias para expresar su preocupación y afecto hacia el paciente,

exacerbándose así la presencia de los sentimientos de malestar como enojo, rabia, culpa, resentimiento, etcétera.

A raíz de la presencia de estigmas con respecto a los trastornos psiquiátricos, en este tipo de familias se concibe al paciente identificado como una persona discapacitada para cumplir con cualquier tipo de actividad relacionada con la adquisición de responsabilidad personal, como es el caso de aspectos laborales, interpersonales o en el propio hogar, lo cual origina un “*encapsulamiento*” literal del paciente al interior de su familia, debido a que el trastorno es una **CONDUCTA DISRUPTIVA**, es decir, no se acepta socialmente teniendo como consecuencia problemas en la socialización de todos los miembros de la familia.

El **APOYO** en estas familias gira principalmente en torno a la provisión de aspectos instrumentales a pesar de que no satisfacen adecuadamente las necesidades afectivas de sus integrantes, motivo por el cual consideramos que no tienen las bases necesarias para interrelacionarse al interior y exterior de este grupo primario de una manera satisfactoria.

Otro punto de suma importancia en la dinámica familiar es la **COMUNICACIÓN**, en este tipo de pacientes es generalmente indirecta e incongruente porque no existe una clara y frecuente expresión de sentimientos de bienestar y/o malestar, resaltando que estos últimos fluyen cuando el paciente lleva a cabo un ritual, y que por lo regular no se dirige a la persona correspondiente, sobre todo si se relaciona con el paciente o su padecimiento. Es conviene señalar que el rol de enfermo no es desfavorable en sí para la dinámica familiar, sino lo que llama la atención es que en este tipo de familias este rol se rigidiza, impidiendo así una comunicación clara y adecuada.

Con respecto al **AFECTO NEGATIVO**, cabe señalar la presencia de una conducta ambivalente del paciente hacia su familia y viceversa, por ejemplo el paciente refiere sentirse sobreprotegido y relegado, mientras que la familia manifiesta sensaciones de enojo y preocupación, lo cual provoca un desgaste emocional, ocasionando en estas familias habitualmente una resignación de su situación familiar impidiéndoles ver mayores alternativas de solución.

A través de las entrevistas realizadas percibimos que a pesar de que las familias pretenden cubrir en primer orden las necesidades básicas, con la presencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo en uno de sus integrantes, sus recursos instrumentales y afectivos han sido limitados.

Con esta investigación se identificaron como **RECURSOS** principales el interés por conocer acerca del padecimiento y la disposición por colaborar en el tratamiento de su familiar, a través de su participación en actividades que

favorezcan el mejoramiento de su paciente como por ejemplo la asistencia a estas entrevistas.

En suma, el análisis de los datos recabados nos motiva a la realización de una propuesta de intervención psicoeducativa para las familias con un paciente con TOC que asistan al INPRFM, con la finalidad de proporcionarles herramientas necesarias para afrontar la situación por la que atraviesan, a través de la utilización de recursos que tengan a su alcance ya que ningún ser humano se encuentra totalmente desprotegido y vulnerable ante un evento que implique daño o riesgo porque cuenta con la capacidad para superar situaciones de adversidad; es decir, posee un escudo protector denominado "*resiliencia*"; que sirve de filtro para disminuir los efectos desagradables o nocivos de esta experiencia y muchas veces transformarlos por medio de una adecuada intervención que les brinde la posibilidad de aprender a modificar estas experiencias en factores de superación y crecimiento personal.

CAPÍTULO VI.
PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN DE UN
GRUPO PSICOEDUCATIVO
CON FAMILIARES
DE PACIENTES CON
TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO

CAPÍTULO VI.
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE UN GRUPO
PSICOEDUCATIVO CON FAMILIARES DE PACIENTES
CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

6.1 APOYO TEÓRICO. ³⁰

El método de Trabajo Social de Grupos fija su atención en el individuo para orientarlo a obtener el máximo de sus posibilidades sociales, espirituales, físicas y culturales; es un sistema de influencia que puede utilizarse como un vehículo eficaz para los cambios deseados, así, contribuye de un modo efectivo al proceso de cambio social, por cuanto busca la ubicación del ser humano a su ambiente y porque lo introduce en la medida de sus propias necesidades.

En este contexto, el trabajador social ahora debe proyectarse hacia la educación masiva a través de la aplicación de técnicas grupales, para que de esta manera el hombre obtenga mayores posibilidades de solucionar, dentro de su interrelación social sus problemas personales, familiares, grupales y comunitarios, pues se maneja y funciona mejor socialmente. *“Así el trabajo social de grupos es un instrumento esencial en la motivación y educación social de los ciudadanos, para los cambios de estructuras, siendo un factor terapéutico, preventivo y rehabilitatorio.”* ³¹

Este tipo de intervención deja de ser efectiva si no se actúa en la realidad social en la que vive la población objetivo, por lo que el papel de este profesionista es el de coordinar, no como uno mas del grupo, sino como un líder profesional en su papel de educador, orientador, guía, entre otros.

Según Kisnerman (1978) el trabajo con grupos *es un medio para crear y desarrollar sentimientos de comunidad, en tanto los integrantes aprenden a dar y recibir; a comunicar sus experiencias; a compartir cosas; a trabajar cooperativamente; a elaborar contenidos.* El trabajo de grupos debe estar libre de juicios y acusaciones, por lo que es un reto para el trabajador social, porque pone en juego sus capacidades como profesionista y sus recursos humanos, por lo cual es de suma importancia tener presente las características de un grupo de trabajo.

6.1.1 Características del grupo.

1. Interacciones frecuentes.
2. Se definen entre sí como miembros del grupo.

³⁰ Sánchez Olivera, Magdalena. **Manual De Trabajo Social De Grupos**, pág. 1-40.

³¹ Contreras De Wilhelm, Yolanda. **Trabajo Social De Grupos**, pág. 11.

3. Otros definen a sus integrantes como pertenecientes al grupo.
4. Comparten normas con respecto a temas de interés común.
5. Participan en un sistema de roles entrelazados.
6. Pretenden metas interdependientes.
7. Tienden a actuar de modo unitario respecto al ambiente.
8. Se inicia con un contrato establecido.
9. Cada miembro trae una historia previa, valores y una organización a la cual no renuncia (solo temporalmente).
10. El objetivo es común a corto y mediano plazo (predictabilidad).
11. La interacción es solo durante el trabajo grupal.
12. El objetivo es el crecimiento y desarrollo de cada uno de los integrantes a través de la experiencia grupal, (lo que cada uno aprenda será de utilidad personal).
13. Cada integrante es representante de un sistema familiar.

6.1.2 Características del trabajador social para el trabajo de grupo.

1. Estar abierto al cambio.
2. Seguridad para intentar nuevas cosas.
3. Deseo de ayudar.
4. Ser considerado una ayuda.
5. Flexibilidad en la tarea.
6. Sensibilidad de los grupos.
7. Conocimiento formal y práctico sobre grupos.
8. Conocimiento metodológico de Trabajo Social de Grupos.

6.1.3 Función del trabajador social en un grupo, consiste en (Olvera, 2003):

- **ENSEÑAR A VIVIR** que implica conducir, guiar y reeducar al grupo para que por sí mismo pueda solucionar los problemas asumiendo su responsabilidad.
- **ENSEÑAR A CONVIVIR** que consiste en ayudar a aceptar y adaptarse a las normas y reglas de conducta que emanan de su contexto social con un sentido crítico.
- **PARA LOGRAR EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO GRUPAL EL TRABAJADOR SOCIAL:**
 - ☞ Debe ser capaz de crear un ambiente reflexivo.
 - ☞ Tener la firme convicción de que todo grupo humano tiene la capacidad y es susceptible de cambio si está en óptimas

condiciones, por lo tanto guiarse a sí mismo hacia la profundización y la solución de sus dificultades internas y externas.

- ✚ Debe contar con una capacidad de comunicación que le permita dialogar en diferentes niveles y aplicar diversas técnicas de comunicación en el grupo.

6.1.4 *Objetivos en la intervención grupal.*

Según Natalio Kisnerman (1978) los objetivos son:

1. **RESTAURACIÓN DE LAS RELACIONES SOCIALES A UN NIVEL ÓPTIMO DE FUNCIONAMIENTO**, la acción puede ser curativa o de rehabilitación, en la primera se busca identificar, controlar o eliminar los factores que en el proceso de interacción han causado deterioro, y en la segunda intenta reconstruir y/o reorganizar los patrones de acción que están dañados y construir otros nuevos.
2. **MOVILIZAR LA CAPACIDAD LATENTE DEL INDIVIDUO DENTRO DEL GRUPO** para utilizarla como una infraestructura para el funcionamiento social.
3. **PREVENIR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN SOCIAL**, identificando los elementos potenciales para la acción. Su función se dirige a la eliminación, control y persuasión de los factores que tienden a crear o agravar los problemas o las causas de su concurrencia.

El trabajador social de grupos no puede ni debe utilizar sus conocimientos para manipular o implantar sus propios patrones de ideas, desconociendo y/o ignorando la capacidad del ser humano para autodeterminar sus acciones, al contrario debe de *"tratar de conseguir que cada (individuo) decida por sí mismo cuáles son sus necesidades y qué estaría dispuesto a hacer para enfrentarse con ellas, así como la mejor manera de organizarse, trazar planes y actuar para realizar sus proyectos. Así pues, su mira es la de estimular un proceso de autodeterminación y autoayuda, y lo valora mediante el aprendizaje potencial de experiencias que la participación en este proceso proporciona. Su objetivo es el de animar a las personas a desarrollarse por sí mismas, y cree que mediante la participación en este proceso es como tienen la mayor oportunidad de lograrlo."*³²

³² Tr Batter, **El enfoque no directivo en el Trabajo Social de Grupos y Comunidad**, pág. 33-34.

6.1.5 Niveles de intervención profesional.

Debido a que el trabajador social está en contacto con los familiares de los pacientes, surgió la propuesta de trabajo en la Clínica de TOC, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, por lo que es importante mencionar los niveles de intervención profesional que existen.

1. NIVEL DE INFORMACIÓN:³³

Objetivo:

- Proporcionar conocimientos y habilidades prácticas, sobre aspectos específicos, a través del aprendizaje.

Campo de acción:

- Aspectos pragmáticos de la vida cotidiana (consciente), por ejemplo un familiar con diabetes.

Técnicas:

- Didácticas
 - ⇒ Exposición.
 - ⇒ Discusión dirigida.
 - ⇒ Pequeños grupos.
 - ⇒ Panel.
 - ⇒ Mesa redonda
 - ⇒ Entre otras.

Población Objetivo:

- Ideal para trabajar en el primer nivel de atención a la salud (prevención) con personas sanas en donde se entregan contenidos con la finalidad de que se entienda la información, se incorpore y se actúe.
- La clave de este trabajo es la comunicación, por tanto el profesional deberá explicar lo difícil en términos sencillos, adecuando a la población el vocabulario utilizado, manejar una comunicación clara, directa, congruente, confirmada y retroalimentada a quien corresponde.

³³ Generación XXVII. Curso de Trabajo Social Psiquiátrico. **Manual de Orientación Familiar**, pág. 5-7.

Perfil Profesional:

- Formación profesional específica.
- Experto comunicólogo.
- Experto en los contenidos temáticos abordados.
- Experto en el conocimiento y aplicación de técnicas didácticas.

2. NIVEL DE ORIENTACIÓN:

Objetivo:

- Identificar problemas específicos.
- Buscar alternativas de solución
- Habilitar para situaciones futuras, modificando patrones de conducta y de actitud.

Campo de acción:

- Se trabaja con el *aquí y ahora* de la vida cotidiana (*aspectos conscientes*).

Técnicas:

- Didácticas y psicosociales.
 - ⇒ Ventilación.
 - ⇒ Generalización.
 - ⇒ Expresión de interés.
 - ⇒ Reflexión o eco.
 - ⇒ Recapitulación.
 - ⇒ Entre otras.

Población objetivo:

- Está indicada para trabajar con familias preferentemente sanas que enfrentan problemas de desarrollo en el primer (prevención) y segundo nivel (tratamiento) de atención a la salud. Ayuda a los individuos a corregir situaciones que los afectan en forma temporal y uno de los requisitos es que no presenten patología.

Perfil profesional:

- Experiencia en el manejo de técnicas psicosociales.
- Amplio conocimiento de las teorías del desarrollo individual, grupal y familiar.

- Mínimo conocimiento de sí mismo.
- Supervisión.

3. NIVEL DE PSICOTERAPIA:

Objetivo:

- Producir cambios en la estructura de personalidad de los integrantes del grupo.

Campo de acción:

- Aspectos concientes e inconscientes. Trabaja directamente con los afectos y maneja el allá y entonces.

Técnicas:

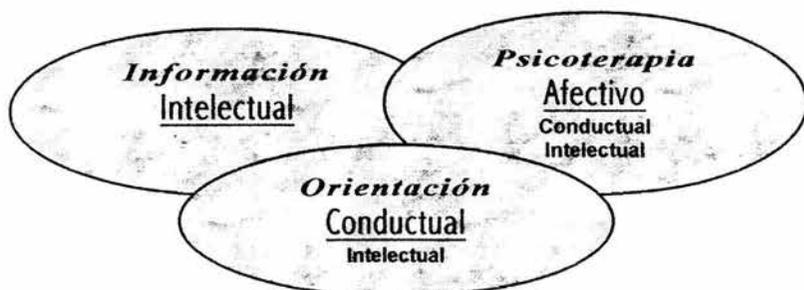
- Psicoterapéuticas de acuerdo al marco teórico del terapeuta, por ejemplo: confrontación, interpretación, entre otras.

Población Objetivo:

- Está indicada para personas que presentan psicopatologías o disfunciones y posean recursos (inteligencia, insight-introspección- y capacidad del cambio).

Perfil Profesional:

- Formación específica de psicoterapeuta (cuestiones éticas).



6.2 PSICOEDUCACIÓN Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

Durante la década de los 80's surgieron diferentes programas de intervención psicosocial (Montero, Sanz Fuentenebro, Berkowitz, Smith y Birchwood) dirigidos a los familiares que conviven con pacientes que tienen algún trastorno psiquiátrico; son programas diseñados para modificar actitudes, emociones y conductas tales como criticismo y hostilidad con respecto, en primer lugar al paciente, y en segundo lugar, al padecimiento; así como también para proporcionar estrategias de afrontamiento, a fin de que la influencia del clima familiar sea lo más positiva posible y se reduzcan en último término las recaídas del paciente.

Todas las intervenciones psicosociales que incluyen a la familia enfatizan los aspectos positivos de ésta y su habilidad para cambiar, centrándose en las fuerzas y necesidades de la unidad familiar y enseñándoles mejores formas de hacer frente a los problemas. Todas ellas combinan la información o educación sobre el trastorno (sintomatología, etiología, evolución, tratamiento farmacológico, importancia del estrés ambiental-familiar, etc.) con algún tipo de abordaje de resolución de problemas. Lo que varía de unos programas a otros es el enfoque y la forma de aplicarlos. No existe evidencia de que un determinado programa sea superior a otro.

Actualmente se considera que las sesiones educativas son un componente fundamental, pero no suficiente, para provocar modificaciones en el clima familiar, o para prevenir recaídas.

Un programa psicoeducativo destinado a todas las familias de los pacientes que acuden al INPRFM, servirá de complemento al asesoramiento de intervención que se realiza con cada una de ellas de forma individual por parte del equipo de salud mental, de tal suerte que como objetivos debe tener los siguientes:

- Dar a conocer a los familiares diversos aspectos tales como medicación, prevención en crisis, aspectos implicados en el desarrollo y cronicidad del trastorno psiquiátrico.
- Sensibilizar los familiares a relacionarse con los pacientes, a enfrentar situaciones problemáticas derivadas de la convivencia con ellos, y a apoyar el proceso de rehabilitación en su vida diaria.
- Promover la participación activa de los familiares, tanto en la Institución como en su comunidad y en asociaciones que defiendan los derechos de los pacientes psiquiátricos.

En los grupos psicoeducativos se tiene la idea de formar un perfil tanto del paciente como de su familia, es decir, la propuesta de participación de estos grupos suele estar dirigida a los familiares con un contacto cercano con el paciente, siendo éstos generalmente los miembros de la familia que conviven con él. Se excluye, a veces, de la intervención grupal a aquellos casos cuyo familiar ha tenido un inicio reciente de la enfermedad.

Por otro lado, se pretende tener la máxima homogeneidad posible dentro del grupo en lo que se refiere a grado de deterioro del familiar enfermo, diagnóstico y nivel cultural de la familia. Igualmente el fomento de la participación activa de los familiares y el intercambio de experiencias entre ellos es fundamental, a la hora de obtener resultados positivos a través de este tipo de intervención.

Generalmente el contenido de estos grupos de psicoeducación familiar se da en cuatro módulos diferenciados: información sobre el trastorno, habilidades de comunicación, solución de problemas, necesidades y recursos de los familiares. En la primera y última sesión los participantes han de completar un cuestionario que abarca preguntas referentes a los conocimientos acerca del trastorno, la actitud y las expectativas hacia el familiar enfermo.

Es importante hacer hincapié en que la psicoeducación como programa de intervención psicosocial permite prevenir la recaída en pacientes diagnosticados por un trastorno psiquiátrico, así como “enganchar” a los familiares en programas más concretos que intenten modificar el clima emocional familiar; este tipo de intervención incrementa el compromiso y la colaboración de la familia, y de forma indirecta mejora la implicación del usuario en su proceso de rehabilitación.

Como acciones aisladas se considera este tipo de intervenciones grupales insuficientes para producir cambios importantes en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida del usuario y de la familia. En este sentido es necesario un apoyo y contacto terapéutico a largo plazo para que se produzcan cambios. Se cree que las intervenciones psicoeducativas en ningún caso pueden sustituir el abordaje familiar con ninguna familia, teniendo en cuenta la historia y peculiaridades del contexto familiar.

La intervención familiar ha demostrado de forma reiterada su eficacia para mejorar la evolución de un determinado padecimiento psiquiátrico; los programas más eficaces tienden a tener una duración mínima de 6 meses, los cuales proporcionan psicoeducación básica acerca del trastorno psiquiátrico diagnosticado y su manejo, se esfuerzan en reducir la tensión en la familia, proporcionan apoyo y empatía y persiguen el establecimiento de una relación de colaboración entre el equipo asistencial y la familia. (Mueser, 2000)

Entre las conclusiones que pueden extraerse de estos programas están:

- Reducir el número de recaídas.
- Obtener información acerca del origen y evolución del padecimiento.
- Reducir el número de hospitalizaciones.
- Disminuir la carga subjetiva familiar.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Mejorar el deterioro social.

Una de las áreas que se debe de manejar en la psicoeducación es el fomento y desarrollo de las habilidades sociales en el ser humano. Las intervenciones grupales comprenden técnicas de entrenamiento y de habilidades interpersonales, las cuales frecuentemente se combinan con la información del padecimiento, manejo de la medicación o el afrontamiento de los síntomas, en donde es importante el concepto de Conciencia de Enfermedad (CdeE) que es la expresión que se utiliza en psicología para hacer referencia al nivel de conocimiento que la persona tiene sobre su condición.

El conocimiento sobre la sintomatología, la naturaleza de los medicamentos correspondientes, las fases de la enfermedad y las señales de aviso de recaídas y demás aspectos de la enfermedad que pueden influir en la vida del paciente, deben ser hablados y explorados de modo que el enfermo les encuentre significado y sentido.

Esta exploración puede hacerse por muchas vías; el paciente puede encargarse de leer y buscar material sobre el tema por su cuenta ya que existe información en libros, videos, revistas, etc; también lo puede hacer individualmente en consulta con un profesional especializado en la materia, sin embargo, el método más eficaz es participar en un grupo terapéutico de personas que sufren el mismo tipo de trastorno psiquiátrico, sea este esquizofrenia, anorexia, trastorno obsesivo compulsivo, etc.

En los centros de rehabilitación psicosocial como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, es frecuente encontrar este tipo de grupos. Allí se procura que bajo la supervisión de un profesional de salud mental, el enfermo pueda aprender sobre la enfermedad, expresar sus sentimientos acerca de ella y discutir sus propias vivencias en un ambiente de verdaderos expertos, es decir, rodeado de personas que viven el trastorno psiquiátrico de primera mano.

Para pacientes y familiares, los grupos psicoeducativos contribuyen a entender mejor la enfermedad, sus causas, su tratamiento y su influencia sobre la familia. Bajo la guía de un equipo de profesionales y expertos, con la ayuda del material necesario para cada caso, se proporcionan todos los datos útiles sobre diversos aspectos de la enfermedad, con el detalle suficiente para que el paciente y sus familiares sean capaces de aceptar mejor el padecimiento y considerar las ventajas y los inconvenientes del tratamiento, y de esta manera se tendrá como objetivo crear una alianza terapéutica con la familia, proporcionar información sobre el diagnóstico, reducir el ambiente familiar adverso, mejorar la capacidad de solución de problemas y la comunicación en la familia así como conseguir un cambio en el sistema de creencias y comportamiento de los familiares.

Estudios científicos muestran que los pacientes que han sido informados de manera satisfactoria son los que están mejor dispuestos a seguir un tratamiento preventivo. Dentro de los grupos, cada uno de los pacientes también se puede beneficiar de las experiencias de los demás y recibir su ayuda.

6.3 DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE UN GRUPO PSICOEDUCATIVO CON FAMILIAS DE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

6.3.1 Justificación.

Nuestra experiencia de la práctica institucional en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, nos permitió observar la escasez de programas que respondan a las necesidades reales de la población que asiste a esta institución por lo que la participación del trabajador social en el área de Salud Mental es importante, debido a la formación teórica y práctica que posee.

Específicamente en la Clínica de TOC nos percatamos que es necesario informar tanto al paciente como a sus familiares en qué consiste este trastorno a fin de reducir el nivel de ansiedad, desculpabilizar tanto al paciente como a la familia y evitar los estigmas que pueden intervenir tanto en los tratamientos psiquiátricos como en su continuidad.

Este hecho es indispensable debido a que el Trastorno Obsesivo Compulsivo cursa con recaídas y muchas veces se asocia con otros trastornos como la Depresión, de tal suerte que la información permitirá que el paciente y sus familiares estén prevenidos y no se desalienten frente a un posible retroceso una vez aliviados los síntomas.

Para cumplir con esta tarea es importante ganar la confianza del enfermo a través de entrevistas informativas que pueden ser tanto individuales como grupales, pero también es fundamental otorgarle un espacio a los familiares en el cual puedan encontrar las herramientas necesarias para que ellos mismos resuelvan su problemática.

Por ello, la presente propuesta tiene como finalidad presentar una alternativa de solución sobre la base de sus propias demandas y recursos, a través de la utilización de técnicas grupales que permitirán a los participantes adquirir un aprendizaje significativo que puedan aplicar cotidianamente, de tal forma que el trabajador social solo será un guía para lograr este objetivo ya que tanto individuos como grupos familiares tienen *“la capacidad para actuar correctamente y tener éxito pese a las circunstancias adversas que los rodean, pueden recuperarse después de vivir eventos estresantes y reasumir con éxito su actividad habitual”*³⁴; es decir, poseen resiliencia que es una cualidad dinámica que se encuentra latente en el interior de cada ser humano, cualidad siempre cambiante que surge de la creencia en la propia eficiencia para enfrentar los cambios y para resolver problemas, y por eso, puede ser activada en cualquier momento de la vida empleando los mecanismos adecuados para ello, ya que es un elemento intrínseco al hombre pero, como muchos, permanece como un *“tesoro oculto”* y requiere de una ayuda oportuna y experta para construirla en un proyecto de vida.

6.3.2 Objetivo General.

- Elaborar una propuesta de trabajo psicoeducativo en la que los participantes adquieran conocimientos y habilidades para enfrentar los efectos del Trastorno Obsesivo Compulsivo en su dinámica familiar.

6.3.3 Objetivos específicos.

- Aplicar la propuesta de trabajo de un grupo psicoeducativo por parte de la trabajadora social psiquiátrica adscrita a la Clínica de TOC del INPRFM.

6.3.4 Metas.

1. Elaborar una propuesta de intervención sobre la base de la información obtenida de la investigación sobre el funcionamiento familiar de este tipo de pacientes.

³⁴ Puerta De Klinkert, Ma. Piedad. **Resiliencia: la estimulación del niño para enfrentar desafíos**, pág. 14.

Capítulo VI. Propuesta de intervención de un grupo psicoeducativo con familiares de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

2. Formar un grupo psicoeducativo en el INP, específicamente en la Clínica de TOC con un mínimo de 20 integrantes.
3. Coordinar 10 sesiones grupales destinadas a Trabajo Social.

6.3.5 Límites.

1. **TIEMPO:** La propuesta de intervención se aplicará en un lapso aproximado de 3 meses.
2. **ESPACIO:** Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente" Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, C.P. 14370, edificio de subclínicas (Clínica de TOC).
3. **UNIVERSO:** Familiares de pacientes que padecen el Trastorno Obsesivo Compulsivo, que asistan a consulta al INPRFM

6.3.6 Organización.

1. **RECURSOS HUMANOS.**
 ☛ Equipo interdisciplinario.
2. **RECURSOS MATERIALES.**

| MATERIAL DIDÁCTICO: | MOBILIARIO | INSTALACIONES: |
|----------------------------|-------------------|-----------------------|
| ☛ Plumas | ☛ Mesas | ☛ Aulas |
| ☛ Borrador | ☛ Grabadora | ☛ Biblioteca |
| ☛ Rotafolios | ☛ Cañón | |
| ☛ Masking-tape | ☛ Sillas | |
| ☛ Cassettes | ☛ Impresora | |
| ☛ Plumones | ☛ Pizarrón | |
| ☛ Hojas | ☛ Computadora | |
| | ☛ Televisión | |

6.3.7 Supervisión.

- Se sugiere una supervisión semanal por parte del equipo interdisciplinario de la Clínica de TOC del INPRFM, con la finalidad de mejorar el trabajo realizado.

6.3.8 Evaluación.

- La evaluación es importante porque se convierte en un medio para ayudar a alcanzar los objetivos propuestos; es decir, con ella se pretende obtener, identificar y aportar la información transmitida, de manera ordenada, sobre los diferentes elementos que intervienen en el proceso: planteamientos, acciones y resultados. La información permitirá tener una visión global y detectar aciertos y deficiencias para corregir y mejorar esta propuesta de trabajo.
- Se sugiere que la evaluación de esta propuesta sea de tipo ante, transcurrirte y post, a través de la aplicación de cuestionarios que permitan:
 - ⇒ Valorar los conocimientos adquiridos por parte de las familias y los pacientes respecto al trastorno.
 - ⇒ Evaluar los contenidos temáticos manejados.
 - ⇒ Evaluar el trabajo profesional.

6.3.9 Carta Descriptiva: Propuesta de intervención psicoeducativa con familiares de pacientes con TOC.

OBJETIVO GENERAL: *Que los participantes adquieran conocimientos y habilidades para enfrentar los efectos del Trastorno Obsesivo Compulsivo en su dinámica familiar.*

| SESIÓN | OBJETIVO | CONTENIDO | TÉCNICAS | RESULTADOS |
|------------------------------------|--|--|---|--|
| 1 Encuadre | 1. Realizar el encuadre de trabajo con el grupo de pacientes y familiares de la clínica de TOC. 2. Aplicar los instrumentos de evaluación del grupo psicoeducativo. | a) Presentación del grupo interdisciplinario. b) Presentación de los integrantes del grupo c) Exposición de la propuesta psicoeducativa. | ✓ Los nombres escritos (presentación, ambientación). ✓ Amigo secreto (integración). ✓ Expositiva. | 1. Lograr una empatía entre los participantes y el grupo interdisciplinario. 2. Presentar el programa psicoeducativo que se llevará a cabo 3. Conocer las características de la población objetivo.. |
| 2 Conocimiento de la enfermedad | 1. Lograr que los pacientes y familiares adquieran información con respecto al padecimiento. | a) Descripción general de las causas, síntomas y efectos del trastorno psiquiátrico. | ✓ Expositiva. | 1. Conocer aspectos clínicos, bases biológicas y farmacológicas del Trastorno Obsesivo Compulsivo. |
| 3 Principios conductuales | 1. Conocer los principios conductuales del TOC. | a) Exposición de la terapia cognitivo-conductual. | ✓ Expositiva. | 1. Aprender técnicas cognitivo- conductuales para aminorar los síntomas del padecimiento. |
| 4 Autoestima | 1. Conocer los elementos de la autoestima. 2. Reflexionar acerca del tema. | a) Concepto de autoestima. b) Autoestima alta. c) Autoestima baja. d) Reflexión del tema. | ✓ Los espejos (reflexión). | 1. Lograr que los participantes conozcan el concepto y tipología de la autoestima. 2. Conseguir que los asistentes comprendan la importancia de la autoestima en el mejoramiento de las relaciones interpersonales. |
| 5 Autoridad | 1. Adquirir estrategias en el ejercicio de la autoridad al interior de la familia. | a) Definición de autoridad. b) Tipos de autoridad. c) Análisis del tema. | ✓ Autoridad no es autoritarismo. | 1. Identificar las diferencias entre autoridad y autoritarismo. |
| 6 Control | 1. Identificar el tipo de límites que son importantes para el desenvolvimiento de cada miembro de la familia y para el grupo familiar. | a) Concepto de límites. b) Meditación del tema. | ✓ Estableciendo reglas. | 1. Comprender la importancia del equilibrio en el ejercicio de límites y los modos de control de conducta. |

Capítulo VI. Propuesta de intervención de un grupo psicoeducativo con familiares de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|---|
| 7 Roles | 1. Identificar los diferentes tipos de roles que se ejercen en la familia, haciendo énfasis en el cuidador directo del paciente. | a) Definición de roles. b) Roles tradicionales. c) Roles idiosincráticos d) Reflexión del tema. | ✓ Invirtiendo los papeles. | 1. Comprender las ventajas y desventajas de cada rol que se ejerce al interior de la familia. |
| 8 Comunicación asertiva | 1. Reconocer la importancia que tiene la comunicación y la asertividad en la dinámica familiar. | a) Concepto de comunicación b) Tipos de comunicación c) Definición de asertividad. d) Análisis del tema. | ✓ La imposibilidad de no comunicar. | 1. Aprender a comunicarse utilizando frases asertivas. |
| 9 Afecto | 1. Practicar estrategias para expresar satisfactoriamente pensamientos, ideas y sentimientos. | a) Concepto de sentimientos de bienestar. b) Concepto de sentimientos de emergencia. c) Reflexión de tema. | ✓ Me siento culpable cuando... | 1. Aplicar habilidades para expresar abiertamente sentimientos de bienestar y malestar respecto al trastorno. |
| 10 Habilidades sociales (apoyo) | 1. Desarrollar en los asistentes habilidades para identificar y resolver problemáticas que los incomodan. | a) Autocontrol. b) Toma de decisiones. c) Negociación. d) Resistencia a la persuasión. e) Solución de problemas. | ✓ Ya no quiero quedar bien con todos. ✓ Aprendiendo a negociar. | 1. Practicar el proceso de negociación al establecer límites con su paciente. |
| 11 Resiliencia | 1. Identificar los recursos afectivos e instrumentales que poseen. | a) Yo. b) Familia. c) Amigos. d) Escuela y/o trabajo. e) Instituciones. | ✓ La telaraña. | 1. Obtener el mayor provecho de los recursos que poseen.. |
| 12 Cierre | 1. Realizar el cierre del programa psicoeducativo con pacientes y familiares de la clínica de TOC. 2. Aplicar instrumentos de evaluación. | a) Evaluación del programa. | ✓ Película "Quédate a mi lado". | 1. Analizar en una situación específica los contenidos manejados. |

CONCLUSIONES

El individuo tiene la capacidad de poseer un equilibrio biológico, psicológico y social, ya que se encuentra en constante interacción con miembros de su misma especie, con los cuales comparte pensamientos, actitudes y conductas que moldean su personalidad.

Cuando en la interacción se presenta un trastorno psiquiátrico, al individuo que lo padece se le rechaza por los estigmas creados alrededor de éste, originando conflictos en la organización del grupo familiar al que pertenece, por tanto en lo que respecta a la familia podemos decir que las raíces de ésta se encuentran en nuestra naturaleza biológica que conlleva una paradoja; por un lado, el hombre ocupa el más alto rango en la escala biológica conocida y por otro, es el ser más indefenso e incapaz de subsistir por sí solo.

El comportamiento familiar refleja las diferentes dimensiones de la estructura social: patrones de autoridad, interacciones sociales, división sexual y laboral, forma de producción de bienes y servicios. La familia enlaza pasado, presente y futuro de sus miembros, une generaciones en una larga cadena que transmite la identidad de sus integrantes, articula parentescos, pautas de conducta y normas de socialización. Por esta y otras razones se dice que la familia es la célula básica de la sociedad ya que moldea el carácter de los individuos, enseña modos de actuar y pensar, genera y transmite pautas y prácticas culturales, sin embargo cada familia tiene su propia historia.

La familia es vivida y sentida de manera diferente según la edad, el sexo y la posición que cada integrante ocupa en ella, quienes son seres únicos con expectativas y necesidades diferentes, llevando necesariamente a contradicciones internas, es decir conflictos, por tanto la familia sin problemas no existe, se trata más bien de permanecer unidos superando las crisis que presentan.

Decir familia no es dar por hecho todas las virtudes morales esperadas, consideradas naturalmente *intrínsecas* a la dinámica y estructura familiar; al contrario es descubrir un mundo de pequeños y grandes conflictos humanos que generan, a veces de manera encubierta, las mayores confianzas y los mayores afectos, al lado de grandes odios y resentimientos.

En lo que respecta a los trastornos psiquiátricos consideramos importante diferenciarlo de lo que es salud mental, entendiendo por ésta un don que todos queremos poseer, independiente de sí lo designamos o no con este nombre, por lo que es necesario puntualizar que es que es más que la ausencia de un trastorno psiquiátrico, ya que cuando hablamos de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción siempre nos referimos a la salud mental como parte de un

equilibrio entre nuestros sentimientos, pensamientos y conductas, debido a que somos seres biopsicosociales, de tal forma que la salud mental se relaciona con nuestra vida cotidiana enfocada a la manera en cómo cada uno de nosotros nos relacionamos con otros seres humanos en el seno de la familia, la escuela, el trabajo y/o comunidad.

Mientras que un trastorno psiquiátrico es una alteración particularmente cerebral (desequilibrio bioquímico, como en el caso del Trastorno Obsesivo Compulsivo) que influye en el funcionamiento físico, emocional y social del individuo que lo padece. El inicio de un trastorno psiquiátrico puede ser súbito, sin embargo en la mayoría de las ocasiones suele ser lento y desencadenado por la predisposición genética o por una situación de intenso estrés, trayendo como secuela una discapacidad.

Específicamente en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, concluimos que merma el desarrollo del individuo y su familia en aspectos afectivos e instrumentales; no obstante, si se recibe atención oportuna y eficaz a través de un equipo multidisciplinario del área de salud mental, las consecuencias de éste pueden ser minimizadas; situación donde radica la importancia de la realización de investigaciones en este ámbito que arrojen datos veraces sobre las necesidades de la población que es afectada directa e indirectamente por los trastornos psiquiátricos.

El trabajador social es un miembro del equipo multidisciplinario que se encarga de materializar esta finalidad, por medio de la elaboración de programas de atención a los pacientes y familiares que acuden a los diferentes servicios de instituciones psiquiátricas como el INPRFM, donde se llevan a cabo grupos psicoeducativos.

Por otro lado, es relevante señalar que la preparación de este profesionista le permite tener los conocimientos teórico-metodológicos necesarios para intervenir en el área de salud mental, ya que su objeto de intervención es el ser humano que busca alternativas para satisfacer sus necesidades básicas y humanas en el espacio social del cual forma parte; ejemplo de ello es la participación de las familias que conformaron la muestra para la realización de esta tesis enfocada a la dinámica familiar de pacientes diagnosticados con TOC que asistieron a consulta durante el periodo 2002-2003 en el INPRFM, lo cual nos permitió concluir lo siguiente:

- Se trata de familias que pertenecen en su mayoría a un estrato socioeconómico medio.
- Proviene en gran medida de la Delegación Tlalpan, en la cual se ubica el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

- Predomina la estructura familiar de tipo primaria nuclear conformada por padre, madre e hijos que viven bajo el mismo techo y están cursando la etapa del ciclo vital de hijos adolescentes y adultos..
- En estas familias, los pacientes identificados son principalmente del sexo masculino que oscilan entre 21 y 30 años de edad, solteros y con escolaridad superior (licenciatura), su ocupación principal es la de estudiantes, representan el rol de hijos.
- En cuanto a la ocupación de los pacientes identificados conveniente señalar que si el trastorno no es atendido oportunamente, estos pacientes se dedican al ocio, situación que propicia el aislamiento primero del paciente y posteriormente de la familia.
- Por otro lado, la religión que profesa casi la totalidad de la muestra es católica, el tipo de unión de estas familias es civil y religioso, y tienen de 21 a 30 años de vivir bajo el mismo techo..

Para identificar la *dinámica familiar* de los pacientes de la Clínica de TOC que conformaron la muestra en esta investigación, se utilizó la Escala de Emma Espejel Acco (1997), que se conforma por 9 áreas, las cuales se califican con dos criterios principales: *funcionalidad y disfuncionalidad*, concluyéndose que:

- El área de **AUTORIDAD** en estas familias es *disfuncional* porque no existe claridad en su ejercicio, ya que aún cuando se centra en el subsistema parental, solo uno de los miembros la ejerce, principalmente la madre y es de forma rígida.
- El ítem de **CONTROL** también es *disfuncional* porque los límites que se establecen son difusos, básicamente los relacionados con el paciente y su diagnóstico clínico, porque por un lado no se cuenta con el conocimiento acerca de la enfermedad, y por otro no se acepta la presencia de un trastorno psiquiátrico dentro de la familia (estigmatización).
- Con los datos obtenidos, es importante mencionar que la única área con rasgos de *funcionalidad* en este tipo de familias fue la de **SUPERVISIÓN**, ya que se vigilan en ocasiones las normas que llegan a establecerse, sin embargo ésta se torna hacia la inflexibilidad debido a que el cuidador directo del paciente por lo regular no quiere perder el control de la situación, hecho que es reforzado por el desconocimiento que tienen los familiares acerca del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

- En cuanto al **AFECTO** se deduce que es *disfuncional* porque la expresión de sentimientos y emociones es limitada ya que no conocen formas adecuadas para expresar afectos de bienestar y emergencia; no obstante se observa la preocupación de las familias por su paciente.
- El ítem de **APOYO** es *disfuncional* debido a que en estas familias no existen las bases necesarias para que el paciente y cada uno de los seres con los que convive, interrelacionen entre sí o al exterior de una manera satisfactoria.
- En cuanto a la **CONDUCTA DISRUPTIVA** se concluye que existen prejuicios al interior de estas familias con respecto al trastorno psiquiátrico, de tal suerte que lo viven como una conducta socialmente no aceptada provocando aislamiento individual, familiar y social, por lo tanto es *disfuncional*.
- Otra área que también es *disfuncional* en este tipo de familias es la **COMUNICACIÓN**, ya que tiene como características la incongruencia, poca claridad y no se dirige a la persona correspondiente, sobre todo cuando se habla acerca del paciente o su diagnóstico.
- Cabe señalar que el **AFECTO NEGATIVO** también es *disfuncional* porque los sentimientos de malestar se exageran cuando el paciente inicia con los rituales que disminuyen su ansiedad.
- Por último el ítem de **RECURSOS** es *disfuncional* porque estas familias cubren principalmente las necesidades instrumentales, pero no las afectivas mismas que son cubiertas insatisfactoriamente.

En consecuencia, concluimos que las familias que tiene un paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo tienen **RASGOS DE DISFUNCIONALIDAD** por lo que es necesario que participen en actividades que les permitan adquirir conocimientos sobre el origen, evolución y tratamiento de este padecimiento, para que de esta forma eliminen los estigmas hacia su familiar y colaboren en la rehabilitación de éste.

La realización de esta tesis nos permitió convivir con las personas que padecen el Trastorno Obsesivo Compulsivo y su familiares, comprendiendo que se trata de seres humanos con una gran necesidad de solucionar el dolor, desgaste y frustración que han sentido durante la evolución del padecimiento.

Por último, el trabajo realizado respondió a la hipótesis planteada en esta investigación, ya que si los profesionales del equipo de salud mental que están en contacto con los pacientes y sus familiares conocen cuáles son sus necesidades, podrán contribuir al mejoramiento de su calidad de vida a través de la elaboración de propuestas de intervención, que les permitan modificar actitudes, emociones y conductas; repercutiendo así positivamente en su contexto familiar y social, como es el caso de la propuesta que se presenta en esta tesis.

LIMITACIONES

- Información escasa acerca de investigaciones relacionadas con el tema de *dinámica familiar* de pacientes psiquiátricos en México.
- Marco teórico limitado relacionado con las repercusiones familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo en nuestro país.
- Dificultad en la localización de información actualizada, acerca de la intervención del trabajador social con familias que tengan un problema relacionado con salud mental.
- Dificultad para localizar artículos relacionados con aspectos epidemiológicos con relación al Trastorno Obsesivo Compulsivo en México.

SUGERENCIAS

- Aplicación de la propuesta de grupo psicoeducativo que se presenta en este trabajo.
- Elaboración de un organigrama que especifique la ubicación de las Clínicas de Sub-especialidad al interior del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Poseer espacios físicos destinados para la realización de futuras investigaciones por parte del Departamento de Trabajo Social en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Realizar investigaciones por parte de los trabajadores sociales relacionadas con temas de Salud Mental, con la finalidad de ampliar el marco teórico existente, como por ejemplo:
 - Importancia de Trabajo Social en equipos interdisciplinarios.
 - Aspectos de dinámica familiar en otros tipos de trastornos psiquiátricos.
 - Intervención de los trabajadores sociales en la impartición de programas psicoeducativos.
 - Influencia de la estigmatización en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción de los trastornos psiquiátricos.
- Capacitación continua por parte de los trabajadores sociales en cuanto a aspectos familiares involucrados en los trastornos psiquiátricos.

REFERENCIAS

a) Bibliografía.

- ☐ Ander Egg, Ezequiel. **Diccionario de Trabajo Social**, Ed. El Ateneo, 8ª edición, Barcelona, 1982, 120 pp.
- ☐ Ander Egg, Ezequiel. **¿Qué es el Trabajo Social?**, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1987, 100 pp.
- ☐ Altschul, Carlos; Fernández Lango, Enrique. **Todos ganan**, Ed. Paidós, México, 1992, 197 pp.
- ☐ Barrera Rubio, Kebia. **Familiograma**, Secretaría de Salud, Coordinación de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 20 pp.
- ☐ Bustillos, Graciela. Vargas, Laura, **Técnicas participativas para la educación popular , tomo 1**, 6ª reimpresión de la 2ª edición, Ed. IMDEC, México, 1999, 350 pp.
- ☐ Bradshaw John. **La familia**, Ed. Selector, actualidad editorial, México, 2000, 365 pp.
- ☐ Contreras de Wilhelm, Yolanda. **Trabajo Social de Grupos**, 2ª edición, Ed. Pax México, México, 1980, 159 pp.
- ☐ Departamento de Trabajo Social. **Manual de Organización Específica**, Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2004, 40 pp.
- ☐ Escuela Nacional de Trabajo Social. **Información básica de la Licenciatura en Trabajo Social**, UNAM, ENTS, Generación 1998-2002, 15 pp.
- ☐ Espejel Acco, Emma y Cols. **Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar**, Instituto de la Familia A. C., México, 1997, 79 pp.
- ☐ Estrada Inda, Lauro. **El ciclo vital de la familia**, Ed. Grijalbo, México, 1997, 161 pp.
- ☐ Fuentes, Patricio; Ayala, Amalia, *et al.* **Técnicas de trabajo individual y de grupo en el aula: de la teoría a la práctica**, Ed. Pirámide, Madrid, 1997, 183 pp.
- ☐ Fuentes, Patricio; Ayala, Amalia, *et al* **Técnicas de trabajo en grupo: una alternativa en educación**, Ed. Pirámide, Madrid, 2000, 135 pp.
- ☐ Generación XXVII del Curso de Trabajo Social Psiquiátrico. **Manual de Orientación Familiar**, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.-Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, 2004, 64 pp.
- ☐ Goffman, Erving. **Estigma: la identidad deteriorada**, Ed. Amarrutu editores, Argentina, 1995, 172 pp.
- ☐ Gómez Lavín, Carmen. **Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social**, Ediciones Eunete, España, 2000, 358 pp.

- 📖 González Núñez, José, et al. **Dinámica de grupos: teoría y práctica**, Ed. Concepto, México, 1979, 340 pp.
- 📖 Kisnerman, Natalio. **Servicio Social de Grupos**, Ed. Hvmantas, 1978, 100 pp.
- 📖 Leñero Otero, Luis. **El fenómeno familiar en México**, 1ª edición, IMES, México, 1983, 150 pp.
- 📖 Leñero Otero, Luis. **La familia**, 1ª edición, Editorial Edicol, México, 1976, 200 pp.
- 📖 López, Alejandro; Parada, Andrea, et al. **Psicología de la comunicación: textos y ejercicios**, 4ª edición, Ed. Alfaomega, Colombia, 1999, 249 pp.
- 📖 López Fernández, Rosalba; Rosales Pérez, Imelda. **Reintegración del Paciente Psiquiátrico al Medio Familiar y Laboral**. Ed. UNAM-ENTS, Tesis de Licenciatura, México, 1990, 178 pp.
- 📖 Mc Goldrick, Mónica, et al. **Genogramas en la evaluación familiar**, 4ª reimpresión, Ed. Gedisa, España, 2003, 195 pp.
- 📖 M. Gelder, Richard, et al. **Oxford Psiquiatría**, Ed. Marban, 2ª edición, 2000, 600 pp.
- 📖 Nicolinni, Humberto, et al. **El Trastorno Obsesivo Compulsivo**, Ed. Universidad Iberoamericana, México, Departamento de Psicología, Vol. 8, No.1 marzo del 2000, 100 pp.
- 📖 Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**, OMS, Francia, 2001, 179 pp.
- 📖 Padman de Silva, Stanley. **Trastorno Obsesivo-Compulsivo: los hechos**, Biblioteca de Psicología, 1992,
- 📖 Pasut, Martha; Ferreira, Horacio. **Técnicas grupales: elementos para el aula flexible**, 1ª reimpresión. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires, 1998, 100 pp.
- 📖 Puerta de Klinkert, Ma. Piedad. **Resiliencia: la estimulación del niño para enfrentar desafíos**, Ed. Lumen Hvmantas, Buenos Aires, 2002, 162 pp.
- 📖 Rodríguez, Lizi. **Lizi Rodríguez responde ...**, Ed. Aguilar, México, 2001, 335 pp.
- 📖 Sánchez Olivera, Magdalena. **Introducción al Estudio de la Familia**, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, División de Enseñanza, México, 2003, 20 pp.
- 📖 Sánchez Olivera, Magdalena. **Manual de Trabajo Social de Grupos**, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, División de Enseñanza, México, 2003, 150 pp.
- 📖 Satir, Virginia. **Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar**, 13ª reimpresión, Ed. Pax de México, México, 1991, 403 pp.
- 📖 Secretaría de Salud, **Programa de Acción en Salud Mental**, 1ª reimpresión, SSA, México, 2002, 191 pp.

- 📖 Tovar Ramírez, Aurora. **Mil quinientas mujeres en nuestra conciencia colectiva (catálogo biográfico de mujeres en México)**, 1ª edición, Ed. DEMAC, México, 1996, 767 pp.
- 📖 TR Batter, **El enfoque no directivo en el Trabajo Social de Grupo y Comunidad**, Colección Asistencia Social, Ed. Federación Española de Asistentes Sociales, España, 1967, 254 pp.
- 📖 Varios. Apuntes del curso **“Estructura y dinámica familiar”**, Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, 2001, 120 pp.

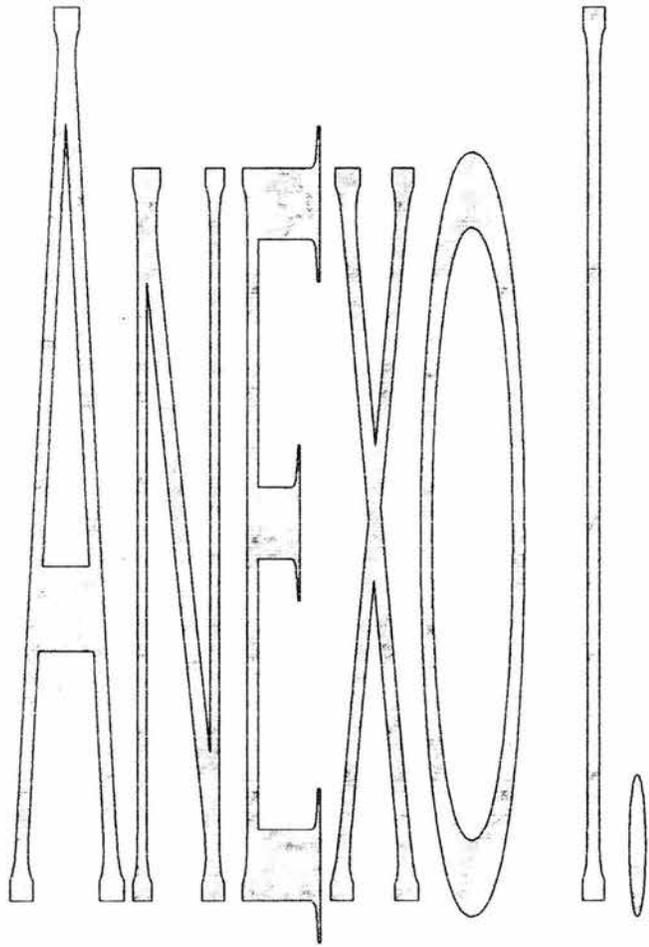
b) *Hemerografía.*

- 📖 Atri y Zetune, Raquel. **Confiabilidad y Validez del Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar**, en *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 10, No. 1, 1993. 49-55 pp.
- 📖 Buelga Vázquez Sofia et al. **Intervención con una Familia Disfuncional**, en *El estudio de casos para profesionales de la acción social*, 1995, 20-40 pp.
- 📖 Calvocoressi, Lisa, et al. **Adaptación de la Familia a los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo**, en *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.187, No. 10, 1999, 1-10 pp.
- 📖 De Francisco, Viviana. Et al. **Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria**, en *Colombia Médica*, No. 26, 1995, 51-54 pp.
- 📖 De la Fuente, Ramón. **El Instituto Mexicano de Psiquiatría**, en *Revista de Salud Mental* Vol. 5, Año 5 , No.3, 1982, 5-15.
- 📖 López Jiménez, Teresa. **Clínica de TOC**, en *Artículos de la Clínica de TOC*, INP 2000, 1-6 pp.
- 📖 López Olmedo, Claudia. **Extracto de Ponencia: El perfil del trabajador social psiquiátrico**, Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2001, 1-9 pp.
- 📖 Medina Mora, María Elena. **Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México**, en *Revista Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, 2003, 1-16 pp.
- 📖 Palomar, Joaquina. **Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico**, en *Revista de Salud Mental*, Vol. 22, No. 6, 1999, 13-21 pp.
- 📖 Quintero Velásquez, Ángela María. **La perspectiva de género y las nuevas organizaciones familiares**, en *Desde el fondo*, cuadernillo temático, 2000, 1-25 pp.
- 📖 Rosas Mundana, Mario. **Percepción de funcionamiento familiar en hijos de padres bipolares: estudio comparativo**, en *Revista de*

- ciencias Sociales de la Universidad José Santos Osa*, Vol. IV, 2002, 77-84 pp.
-  Sección de Trabajo Social del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, **El Trabajo Social Psiquiátrico: una nueva perspectiva**, en *Revista de Salud Mental*, Año 1, Vol. 1, No. 4, 1978, 22-24 pp.
 -  Tenorio Herrera, Rosalba. **Intervención del Trabajador Social Psiquiátrico con la Familia**, en *Revista de Trabajo Social*, No. 9, 1982, ENTS-UNAM, 7-13 pp.
 -  Terán Trillo, Margarita, **Modelos de intervención en Trabajo Social**, en *Aportaciones teóricas al trabajo social*, No. 1, época primera, año 1, 1983, ENTS-UNAM, 59-69 pp.
 -  Valencia, Marcelo. *Et al.* **Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario**, en *Revista de Salud Mental*, V. 20, No. 2, 1997, 28-37 pp.
 -  Van Noppen, Bárbara. **Multi-Family Behavioral Treatment (MFBT) For OCD**, en *Crisis Intervention*, Vol. 5, 1999, 3-24 pp.
 -  Vázquez Celis, Raúl. **Trabajo Social y Psiquiatría** en *Revista de Trabajo Social*, No. 10, 1982, ENTS-UNAM, 7-13 pp.
 -  Zarzar Charur, Carlos. **La definición de objetivos de aprendizaje: una habilidad básica para la docencia**, en *Perfiles Educativos*, núm. 63, 1994, 8-15 pp.

c) Páginas web.

-  <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num1/resumen2.htm>.
-  <http://www.cop.es/colegiados/GR00724/Psicoterapia20esquizofrenia.rtf>.
-  <http://www.bulimarexia.com.ar/trata.html>.
-  http://www.psicoplanet.com/temas/tema14_contenido.htm.
-  http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/esquizo_cap6.htm.
-  <http://www.osakidetzasvs.org/osakidetza/cas/agenda/public/hzam/cas/anexos/Taller%201.htm>.
-  <http://ebro.unizar.es/rits/mosaico/Mosaico12/matteo.htm>.
-  http://216.234.176.187/drfofia/invitacion_para_formar.htm.
-  <http://www.xarop.com/esquizo/tratamiento.htm>.
-  <http://www.noja-web.com/empresas/arfes/info.htm>.
-  <http://www.udec.cl/ssrevi/documentos/familia.doc>
-  <http://babelfish.altavista.com>
-  <http://www.resiliencia.cl>
-  <http://www.nimh.nih.gov>
-  <http://imprf.org.mx>
-  <http://ssa.gob.mx>



GLOSARIO

ANSIEDAD. *Es la más común y universal de las emociones y es una reacción emocional ante un peligro o amenaza que se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.*

CICLO VITAL. *Serie de etapas naturales por las que atraviesa el grupo familiar, que le permite cumplir con sus funciones psicosociales.*

COMPULSIONES. *Acciones repetitivas, estereotipadas y aparentemente voluntarias que la persona se siente impulsada a llevar a cabo pero se resiste, reconociendo que son irracionales.*

ESTIGMA. *Los griegos crearon el término para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Durante el cristianismo se agregaron al término dos significados metafóricos: el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos de la piel; el segundo, referencia médica indirecta de esta alusión religiosa, a los signos corporales de perturbación física. En la actualidad se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones.*

EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS. *Es la habilidad para responder a un determinado estímulo con el sentimiento apropiado, en calidad y cantidad.*

FAMILIA. *Institución social y grupo primario, presente en todas las épocas y sociedades, a la cual necesariamente se le atribuyen funciones universales, las cuales han variado en el tiempo y en el espacio.*

GRUPO. *Dos o más personas que se hallan en interacción durante un período de tiempo apreciable, que tiene una actividad u objetivo común dentro del marco de ciertos valores compartidos, y con una conciencia de pertenencia suficiente para despertar la identificación como grupo.*

NOM-025-SSA2-1994. *Norma Oficial Mexicana para la prestación de los servicios en unidades de atención hospitalaria médico-psiquiátrica.*

OBSESIONES. *Pensamientos persistentes y recurrentes, impulsos o imaginaciones que se introducen en la mente a pesar de los esfuerzos realizados para sacarlos de ella.*

PSICOEDUCACIÓN. *Conjunto de técnicas comunicacionales y psicoterapéuticas que utilizadas de forma intencional y organizada, sirven para enseñarle a familiares y pacientes acerca de su padecimiento y las formas de aliviarlo.*

RESILIENCIA. *El término evoca adversidad, crisis, dificultades, superación, lucha. Su esencia es consuetudinario a la condición humana y está registrada en el devenir histórico de los pueblos, las naciones, los grupos etarios y los individuos.*

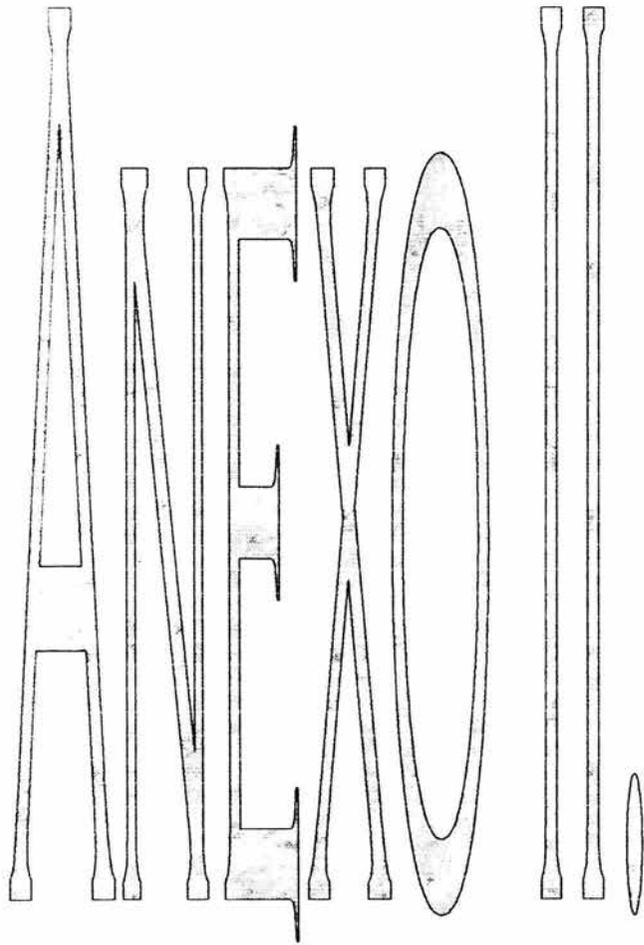
SALUD MENTAL. *Capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental.*

SENTIMIENTOS DE BIENESTAR. *Ternura, apoyo, amor, consuelo, felicidad y dicha.*

SENTIMIENTOS DE EMERGENCIA. *Enojo, furia, tristeza, desesperanza y depresión.*

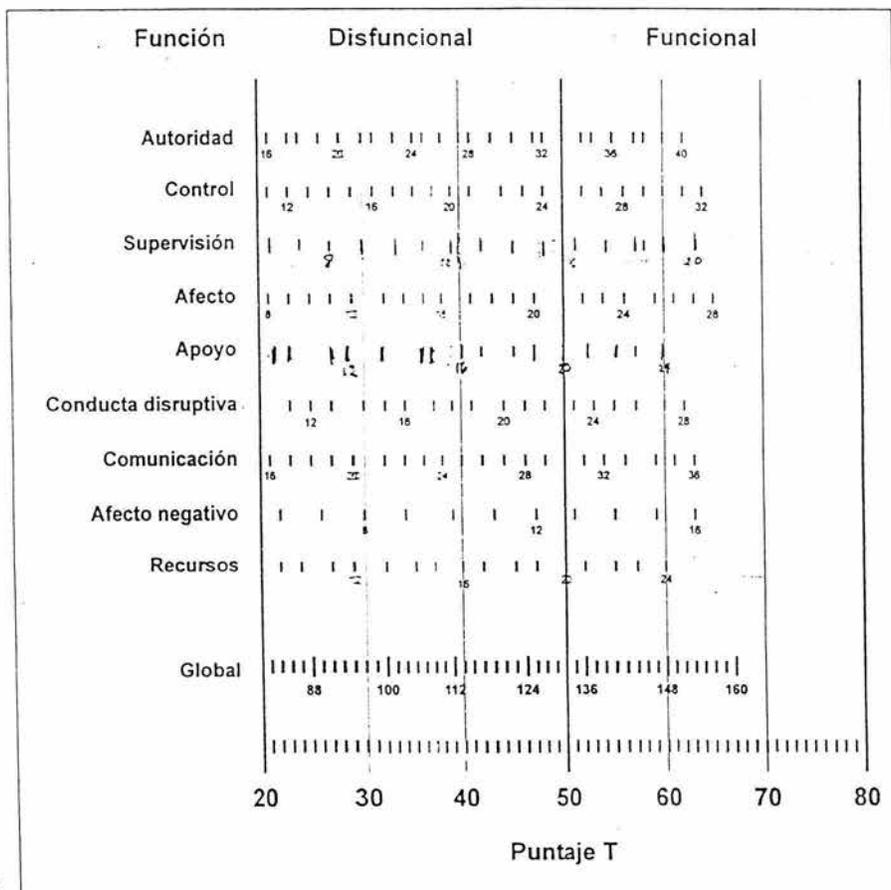
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. *Trastorno psiquiátrico caracterizado por obsesiones y compulsiones.*

TRABAJO SOCIAL. *Disciplina que sintetiza los conocimientos de las ciencias sociales, para interpretar y analizar la realidad, a fin de desarrollar acciones encaminadas a la solución de problemas sociales a diferentes niveles: sociedad, comunidad, grupos e individuos.*



Perfil de funcionamiento familiar

Familia: _____ Fecha de aplicación: _____
 Tiempo de formada: _____ años Etapa de ciclo vital: _____
 Nivel socioeconómico: _____ Número de miembros: *Adultos* _____
Adolescentes _____ *niños* _____ Tipo de familia: _____



ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Espejel E., Cortés J, Ruiz Velasco V.

Copyright 1995

FAMILIA _____

TIEMPO DE UNION _____ EDAD DEL PRIMER HIJO (A) _____

DIRECCION _____

INGRESO FAMILIAR _____

INGRESO PER CAPITA _____

RELIGION _____

| POSICION | SEXO | EDAD | ESCOLARIDAD | OCUPACION | APORTACION ECONÓMICA A LA FAMILIA |
|----------|------|------|-------------|-----------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

OBSERVACIONES

SE INDICA LA EDAD DEL HIJO MAYOR QUE VIVA EN LA FAMILIA

MATERIAL DE INVESTIGACION

PROHIBIDA SU REPRODUCCION SIN PERMISO EXPRESO DE LOS AUTORES

FAMILIOGRAMA

Comenzar el diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear.

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1.- ¿Hay algún o algunos de los miembros de su familia considerados como los más trabajadores?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

2.- ¿Quién organiza la alimentación en la familia? (Ir al mercado, escoger los menús, etc)

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

3.- En su familia, ¿Hay alguna o algunas personas que sean mas reconocidas o tomadas en cuenta ?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

4.- Si se reúne la familia para ver televisión, ¿Quién decide el programa?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

5.- ¿Quién o quiénes de la familia tiene mas obligaciones?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

6.- ¿Quién o quiénes de la familia interviene cuando los padres discuten o pelean entre sí?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

7.- En los problemas de los hijos ¿Quién o quienes intervienen?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

8.- ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

9.- Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

10.- Si uno de los padres castiga a los hijos, ¿quién interviene?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explore todos los indicadores
 Cuando la respuesta involucra a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11.- Cuando hay invitados en la casa, ¿a quién se le avisa?

| ¿Quién invita? | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | No se avisa |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Funcionalidad

12.- ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

| Estatus | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|
| Trabaja y participa | | | | | | |
| Trabaja y no participa | | | | | | |
| No trabaja y participa | | | | | | |
| No trabaja | | | | | | |

Funcionalidad

13.- Si cada quién tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

| Responsable | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie sustituye |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-----------------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14.- En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan ?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

5.- Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién?

¿PIDE PERMISO

| | ¿ | A | Q | U | I | E | N | ? |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-----------------|---|
| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie sustituye | |
| Padre | | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | | |

Nadie pide permiso

Funcionalidad

16.- Cuando alguien comete una falta, ¿quién y como castiga?

¿Quién castiga?

Padre
Madre
Hijos
Hijas
Otro familiar
Otro no familiar

| | Verbalmente | Corporalmente | Instrumentalmente |
|------------------|-------------|---------------|-------------------|
| Padre | | | |
| Madre | | | |
| Hijos | | | |
| Hijas | | | |
| Otro familiar | | | |
| Otro no familiar | | | |

No se castiga

Funcionalidad

17.- Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

18.- Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿a quién pide ayuda?

¿PIDE AYUDA

| | ¿ | A | Q | U | I | E | N | ? |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|---|
| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie | |
| Padre | | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | | |

Nadie ayuda a nadie

Funcionalidad

9.- ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Nadie acostumbra salir

Funcionalidad

20.- En esta familia. ¿quién protege a quién?

| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Nadie protege a nadie

Funcionalidad

21.- Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

| ¿Quién conversa? | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Nadie conversa en la familia

Funcionalidad

22.- Si consideran que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|--|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | | |

Funcionalidad

23.- ¿ Quiénes tienen mejor disposición para escuchar ?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad Funcionalidad

24.- Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes acuerdan?

| | Subsistema parental | Subsistema hijos | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|---------------------|---------------------|------------------|---------------|------------------|-------|
| Subsistema parental | | | | | |
| Subsistema hijos | | | | | |
| Otro familiar | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | |

No hay acuerdos en la familia Funcionalidad

25.- ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

26.- ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

27.- Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia ?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

28.- Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

29.- ¿Quién o quienes participan en la solución de un problema grave?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

30.- ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

31.- En esta familia ¿Quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

32.- ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

33.- ¿Quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente?

¿ Quién se abraza ?

| | C O N | | | Q U I E N | | | |
|------------------|-------|-------|-------|-----------|---------------|------------------|-------|
| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Nadie se abraza en la familia

Funcionalidad

34.- Cuando se enojan en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

¿ Quién se enoja ?

| | C O N | | | Q U I E N | | | O Q U I E N E S | | |
|------------------|-------|-------|-------|-----------|---------------|------------------|-----------------|--|--|
| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie | | |
| Padre | | | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | | | |

Nadie se enoja en la familia

Funcionalidad

35.- Ha habido peleas con golpes en la familia, ¿quién con quién o quiénes?

| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Nadie se ha golpeado en la familia

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con la que se presentan los eventos cuestionados

| Frecuencia | | | |
|---------------|---------------|----------|-------|
| Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro | Nunca |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

36.-¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

| | Frecuencia | | | |
|------------------|---------------|---------------|----------|-------|
| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro | Nunca |
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Hijos | | | | |
| Hijas | | | | |
| Otro familiar | | | | |
| Otro no familiar | | | | |

Funcionalidad

37.- ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

| | Frecuencia | | | |
|------------------|---------------|---------------|----------|-------|
| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro | Nunca |
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Hijos | | | | |
| Hijas | | | | |
| Otro familiar | | | | |
| Otro no familiar | | | | |

Funcionalidad

38.- Si en esta familia han tenido problemas con la autoridad (policia, jefes, maestros,etcétera)
¿Quién los ha tenido?

| | Frecuencia | | | |
|------------------|---------------|---------------|----------|-------|
| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro | Nunca |
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Hijos | | | | |
| Hijas | | | | |
| Otro familiar | | | | |
| Otro no familiar | | | | |

Funcionalidad

39.- ¿ Quién ha presentado algún problema emocional ?

| | Frecuencia | | | |
|------------------|---------------|---------------|----------|-------|
| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro | Nunca |
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Hijos | | | | |
| Hijas | | | | |
| Otro familiar | | | | |
| Otro no familiar | | | | |

Funcionalidad

40.- ¿Quién de la familia se aísla?

| | Frecuencia | | | |
|------------------|---------------|---------------|----------|-------|
| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro | Nunca |
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Hijos | | | | |
| Hijas | | | | |
| Otro familiar | | | | |
| Otro no familiar | | | | |

Funcionalidad

IV. SITUACIÓN ECONÓMICA

Puntuación

1. Ingreso Familiar Mensual _____ No. de dependientes económicos _____
 \$ _____ \$ _____ \$ _____

2. Tipo de Ocupación

| | | |
|---------------------------|-----------------|-------------|
| Proveedor Principal _____ | Ocupación _____ | Grupo _____ |
| Otros Proveedores _____ | Ocupación _____ | |
| Otros Proveedores _____ | Ocupación _____ | |
| Otros Proveedores _____ | Ocupación _____ | |

3. Alimentación: 21% - 30% (10) 31% - 40% (8) 41% - 50% (6) 51% - 60% (4)
 61% - 70% (2) 71% - 100% (0)

4. Vivienda

| | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Tipo de Tenencia: | Rentada (0) <input type="checkbox"/> | Prestada (1) <input type="checkbox"/> | Propia pagada (3) <input type="checkbox"/> |
| Servicios Intradomiciliarios: | 0-1 (0) <input type="checkbox"/> | 2 (1) <input type="checkbox"/> | 3 (2) <input type="checkbox"/> |
| Material de construcción: | Lámina, madera u otra (0) <input type="checkbox"/> | Mixta (1) <input type="checkbox"/> | Mampostería (2) <input type="checkbox"/> |
| No. de Personas x Dormitorio: | 4 o más (0) <input type="checkbox"/> | 3 (1) <input type="checkbox"/> | 1-2 (3) <input type="checkbox"/> |
| No. de Habitaciones: | 1-2 (0) <input type="checkbox"/> | 3-4 (2) <input type="checkbox"/> | 5 o más (3) <input type="checkbox"/> |
| Tipo de vivienda: | Grupo 1(0) <input type="checkbox"/> | Grupo 2(1) <input type="checkbox"/> | Grupo 3(2) <input type="checkbox"/> |
| | | | Grupo 4(3) <input type="checkbox"/> |
| | | | Grupo 5(4) <input type="checkbox"/> |

5. Lugar de residencia

| | | | |
|--------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Área geográfica: | Estados (1) <input type="checkbox"/> | Edo. de México (2) <input type="checkbox"/> | D.F. (3) <input type="checkbox"/> |
| Zona de Ubicación: | Rural (0) <input type="checkbox"/> | Suburbana (1) <input type="checkbox"/> | Urbana (2) <input type="checkbox"/> |

6. Estado de salud Familiar

No. de Enfermos en la Familia: 3 o el Proveedor Principal (0) Dos (1) Uno (2)
 Seguridad Social: IMSS ISSSTE Privado PEMEX
 Hospital Militar T.M. Policía ISSSEMYM Ninguna

No. familiares en atención en este instituto _____

Comprobante de ingresos Si: NO

Comprobante de domicilio Si: NO

Presente originales Si: NO

Est. 1ª vez _____ Por hospitalización _____ Por actualización _____

Puntuación
total

V. FAMILIOGRAMA Y OBSERVACIONES

Formato de calificación

Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que les corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos (por ejemplo el 40) después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando todos los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

| Función | | | | | | | | | | | Suma |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|
| Autoridad | 1 | 3 | 4 | 5 | 11 | 12 | 14 | 28 | 39 | 40 | |
| Control | 8 | 10 | 17 | 26 | 31 | 34 | 35 | 40 | | | |
| Supervisión | 16 | 25 | 26 | 28 | 30 | | | | | | |
| Efecto | 22 | 23 | 24 | 27 | 31 | 32 | 33 | | | | |
| Apoio | 7 | 16 | 18 | 20 | 39 | 40 | | | | | |
| Inducta Disruptiva | 5 | 9 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | | | | |
| Comunicación | 4 | 10 | 15 | 18 | 19 | 21 | 22 | 36 | 38 | | |
| Efecto negativo | 6 | 15 | 29 | 34 | | | | | | | |
| Recurso | 2 | 12 | 13 | 14 | 17 | 40 | | | | | |
| Puntaje Global | | | | | | | | | | | |

Una vez obtenido el puntaje global y la suma horizontal por áreas, se vacian en el siguiente perfil para obtener a gráfica de funcionalidad o disfuncionalidad.



Fecha _____ No. Exp. _____

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____
 Ocupación: _____ Religión: _____
 Domicilio: _____ Tel: _____
 Familiar Responsable: _____ Parentesco: _____
 Domicilio: _____ Tel: _____
 Informante: _____
 Fuente de Referencia: _____ Nivel Asignado: _____

Por puntaje Criterio Seg. Soc.

II. ESTRUCTURA FAMILIAR

Tipo de Familia

Pareja sin hijos Nuclear Extensa Vive Solo En Institución
 Completa Incompleta No. de integrantes _____
 Reconstruida Por: Divorcio Muerte Abandono Separación

Etapas de Ciclo Vital

Encuentro Desprendimiento Crianza Escolar Adolescencia
 Reencuentro Vejez

III. FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE

Diagnóstico Psíquico: _____

Actividad

Estudia
 Trabaja
 Hogar
 Ninguna

Rendimiento

Bueno Regular Bajo
 Bueno Regular Bajo
 Bueno Regular Bajo

Hace cuanto tiempo: _____

Motivo: _____

Tipo de Empleo

Empleadísimo Empleado Fed.
 Subempleadísimo Empleado I.P.
 Pensionado Becario
 Jornalero Campesino
 Desempleadísimo Obrero
 Jubilado Comerciante

Utilización del Tiempo Libre

Paseos Reuniones
 Deportes Event. Culturales
 Lectura Act. Religiosas
 Act. Artísticas Act. Manuales
 T.V. Ninguna

Redes de Apoyo

Instrumentales Emocionales
 Adecuadas Insuficientes
 Limitadas Ninguna

Por parte de:

Padre Madre Hijo
 Hermano Pareja Otros: _____

Expectativas del Tratamiento

Congruentes Incongruentes No tiene