



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION ENTRE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES PSIQUIATRICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA MANUEL VELASCO SUAREZ: UNA
PROPUESTA DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A,
VIRIDIANA ESPINOSA CAMPA

DIRECTOR DE TESIS: ROGELIO CASTILLO TRAPALA

MEXICO, D. F.

2005

m. 342225



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.

Asociación de Comités de Padres de Familia de la
Unidad Educativa "Comandante Guevara" del 5to. el
contenido de los libros de texto de la asignatura.

NOMBRE: Viviana Espinosa
Compa

FECHA: 28/03/05

FIRMA: Viviana

*Mi agradecimiento a todas las personas que me apoyaron e
impulsaron a lo largo de la carrera,
finalizando con este trabajo.*

Mi familia:

*Silvia,
Ana, Juan, Paulina
y demás.*

Los profesores:

Rogelio Castillo y Georgina Volkerss

*Al Instituto Nacional de Neurología y
Neurocirugía, por abrirme las puertas de éste.*

*A las Trabajadoras Sociales
adscritas al INN, y en especial a
María del Refugio Durán,
por su apoyo en el Taller.*

INDICE

Introducción	
1. La comunicación	1
1.1 El proceso de la comunicación	8
1.2 Comunicación y sensibilización.	
2. La familia	13
2.1 Conceptos de familia	16
2.2 Ciclo de la familiar	18
2.3 Comunicación y familia	21
2.4 Redes Sociales	
3. Pacientes psiquiátricos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	22
3.1 Antecedentes de la creación del INNN	25
3.2 El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	32
3.3 Enfermedades Psiquiátricas	33
3.3.1 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	35
3.3.2 Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognocitivos	36
3.3.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	38
3.3.4 Trastornos del estado de ánimo	40
3.3.5 Trastornos de ansiedad	41
3.3.6 Trastornos somatomorfos	42
3.3.7 Trastornos facticios	43
3.3.8 Trastornos disociativos	44
3.3.9 Trastornos sexuales y de la identidad sexual	44
3.3.10 Trastornos de la conducta alimentaria	45
3.3.11 Trastornos del sueño	
3.3.12 Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	45
3.3.13 Trastornos adaptativos	46
3.3.14 Trastornos de la personalidad	47
3.4 La familia del paciente psiquiátrico	49
4. Intervención del Trabajador Social con familiares de pacientes psiquiátricos	
4.1 Perfil del Trabajador Social psiquiátrico	62
4.2 Trabajo Social con grupos	64
5. Propuesta de intervención de Trabajo Social para promover la comunicación de familiares de pacientes psiquiátricos	
5.1 Taller de sensibilización acerca de la comunicación	71
5.1.1 Descripción del Taller de sensibilización	74
5.1.2 La experiencia de aplicación del Taller	78
5.2 Análisis del Taller con base en las crónicas de las sesiones	82
5.3 Análisis cuantitativo de la información	87
5.4 Generalización de los resultados a la hipótesis de investigación	129
Conclusiones	130

Anexo I Cartas e Instrumento

- Carta de Consentimiento Informado
- Instrumento de Evaluación

Anexo II Taller Relaciones Familiares

- Cartel
- Citorio
- Invitación

Anexo III Crónicas

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

La capacidad de comunicarse es una característica inherente al ser humano, quien se comunica con los que le rodean utilizando diferentes códigos. En el área de estudio que nos interesa los problemas más relevantes están vinculados a la pérdida del rol del paciente psiquiátrico en la familia y a la alteración de la dinámica familiar.

Los miembros de la familia deben asumir cambios de responsabilidades, la separación del paciente del entorno familiar durante el ingreso al hospital, genera algunas variaciones en las rutinas familiares y, sobre todo, surgen problemas de comunicación.

La capacidad de expresar lo que pensamos y sentimos y la seguridad en nosotros mismos depende mucho de la forma como nos relacionamos en la familia.

Los sentimientos como la ira, la depresión, el miedo y la ansiedad son, con frecuencia, difíciles de compartir, pero su inhibición puede tener consecuencias perjudiciales tanto para el paciente psiquiátrico como para la propia familia, conviene por tanto, plantear abiertamente la necesidad de expresar las preocupaciones o ideas.

Ocurre en ocasiones, que algún familiar se siente desbordado por las demandas del enfermo y siente, como consecuencia de ello, un rechazo, que puede manifestarse como ira, cansancio, o como actitudes agresivas. A veces, estos sentimientos se expresan verbalmente, produciendo después sentimientos de culpa y, sobre todo creando un ambiente de interacción familiar que, incluso, puede dificultar u obstaculizar el proceso de rehabilitación del propio paciente.

El hecho de que cada uno de los miembros de la familia comparta sus sentimientos produce cambios espectaculares en el propio grupo familiar y en el paciente, generando así un beneficio que se extiende a la relaciones que tiene cada miembro en la familia.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía *Manuel Velasco Suárez* los pacientes acuden a la institución acompañados de, al menos, un

familiar, ya sea para consulta externa, para terapia o para ingresar a hospitalización, de ahí que esta sea una población, prácticamente, cautiva con la que se piensa trabajar el presente proyecto de investigación.

Al respecto y con una perspectiva de la comunicación para la concientización y del enfoque estructuralista, se propone un proyecto de investigación, bajo una forma de intervención del Trabajador Social mediante la cual se proporcione información que contribuya a sensibilizar a los familiares de los pacientes psiquiátricos acerca de la importancia de la comunicación de sentimientos y emociones.

En el primer capítulo se expondrán conceptos acerca de la comunicación, el proceso de comunicación, el concepto de comunicación y sensibilización, se incluirán aspectos referentes a la definición de comunicación desde una perspectiva estructuralista, tomando elementos de la teoría dialógica de Paulo Freire y su propuesta de comunicación para la concientización.

Este constituirá el marco teórico en el cual se basará el proyecto de investigación.

El segundo capítulo habla sobre la familia presentando diversos conceptos, la estructura familiar de acuerdo al "Ciclo Vital de la Familia", se expone la comunicación en el entorno familiar.

El tercer capítulo trata de los pacientes psiquiátricos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y específicamente sobre el área de Psiquiatría; se incluirá el concepto de paciente psiquiátrico e información básica sobre las enfermedades psiquiátricas que se tratan en el Instituto, además se abordará lo referente a la familia del paciente psiquiátrico. Esto nos permitirá tener un idea integral de las condiciones en que los pacientes y sus familiares transcurren por el proceso de atención y, en su caso, rehabilitación.

El cuarto capítulo expondrá el perfil recomendado para el trabajador social psiquiátrico, y de la importancia que tiene el trabajo social con grupos. La intervención del profesional del Trabajo Social en el campo de la psiquiatría (no como terapeuta) representa una actividad de fundamental importancia para el apoyo a la preservación de las estructuras familiares de los pacientes y, sobre

todo, para la asunción de la responsabilidad del núcleo familiar con estas personas.

En el quinto capítulo se presentará: la sistematización del taller de sensibilización para familiares de pacientes psiquiátricos; el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados del pre-test y del pos-test, asimismo se verificará, con base en los resultados, si la hipótesis de la investigación sale airosa o no de la refutación.

Para finalizar se expondrán las conclusiones obtenidas a través de la investigación realizada.

CAPÍTULO I
LA COMUNICACIÓN

Capítulo 1 La Comunicación

1.1 El proceso de la comunicación.

La comunicación es un factor determinante en las relaciones personales, abarca la diversidad de formas en las que la gente transmite información, cómo la recibe dándole un significado y un sentido.

En el presente capítulo se expondrá el proceso de la comunicación y los elementos que la integran. Posteriormente se abordará el tema de la comunicación y concientización desde la perspectiva dialógica de Paulo Freire, este autor habla sobre concientización, lo cual como sabemos implica un proceso a largo plazo que no se contempla en el desarrollo de este estudio; sin embargo se considera que es factible iniciar una sensibilización entre los familiares de pacientes psiquiátricos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, con respecto a la importancia de la comunicación, lo que constituye el sustento de la investigación.

Antes de iniciar con el análisis del proceso de comunicación es importante conocer algunos conceptos sobre ésta. Al respecto, de acuerdo con su definición literal, comunicación significa *poner en común*, esto es compartir con el otro la propia expresión, porque sólo con el otro o los otros ésta adquiere un significado y un sentido.

Al respecto, entonces es necesario identificar los conceptos de significado y sentido. Significado consiste en la relación que existe entre un sujeto, objeto o fenómeno (la cosa, referente) con el símbolo o signo que lo denomina; en tanto que el sentido corresponde a la interpretación que cada sujeto asigna a los significados específicos, lo que se vincula a la semántica de los individuos por su contexto, su cultura, su interés, etcétera.

La comunicación consiste en la posibilidad de vincular a los sujetos, de construir la interacción misma de los individuos, de esta manera es factible comprender la propuesta de Regina Jiménez y Georgina Paulín, para definir la comunicación:

El proceso a través del cual el lenguaje se convierte en instrumento de interacción social y en donde los signos y símbolos adquieren significados comunes entre los participantes¹.

En relación a este concepto, es importante señalar que el lenguaje se entiende aquí como toda forma de expresión que emplea el ser humano para manifestarse.

Al respecto, por tanto conviene retomar el concepto de Carmen Gloria Hidalgo, quien en el libro de Comunicación Interpersonal, nos dice que no solo el habla es comunicación, que implica todo comportamiento (gestos, movimientos, posturas, etc.) y toda esta comunicación afecta la conducta ya que produce un efecto en los demás.

Por otra parte Regina Jiménez en Sociolingüística de la Interacción nos dice que la comunicación es: "el proceso mediante el cual se envían, transmiten y traducen mensajes de un organismo a otro. Estos organismos pueden ser estructuras físicas (termómetro, calculadora, etc.) o seres biológicos (animales, personas); en los primeros solo hay operaciones físicas; en los segundos hay operaciones físicas y emocionales y, en el caso particular de los seres humanos, también hay pensamiento".²

Esta autora también maneja que la comunicación es el proceso mediante el cual el lenguaje se convierte en instrumento de interacción social y en donde los signos y símbolos adquieren significados comunes. El lenguaje es tanto un instrumento de pensamiento como hecho social y fenómeno cultural. Como instrumento de pensamiento posibilita la aprehensión y expresión de la vida y de la realidad; como hecho social, permite la comunicación de esa realidad, y como fenómeno cultural, estructura y es estructurador por esa misma realidad.

De los conceptos antes presentados y para utilidad de esta investigación es importante rescatar los siguientes elementos:

La comunicación es un proceso mediante el cual se transmite y traduce información, de un emisor a un receptor a través de un medio, ésta implica no

¹ Regina Jiménez Otalengo y Georgina Paulín. Sociolingüística de la interacción, p. 8.

² Ibídem

solo el habla, sino todo comportamiento el cual afecta la conducta ya que produce un efecto en los demás.

Red Blake, en Taxonomía de conceptos de la comunicación, explica que la comunicación cumple tres funciones principales con respecto al individuo³:

- 1) Le propone un esquema del mundo.
- 2) Define su posición con respecto a otras personas.
- 3) Lo ayuda a adaptarse a su ambiente.

No obstante que el autor no explica estas funciones, es importante para este trabajo tener una comprensión específica para cada una de ellas. La primera de dichas funciones se refiere a que la comunicación proporciona al individuo una imagen del medio que le rodea, es decir le permite configurar una apreciación de su realidad.

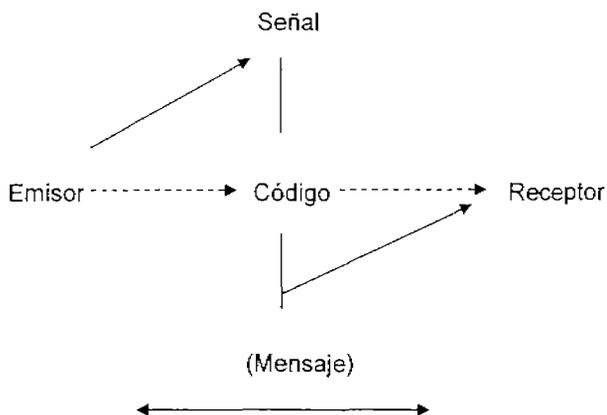
La segunda función de la comunicación se entiende por la utilidad que ésta proporciona a los individuos para identificar el nivel de rechazo o de aceptación con y hacia los otros.

La tercera función de la comunicación consiste en posibilitar al individuo la adquisición de la información que le ayuda a interactuar con su medio.

Los elementos imprescindibles en cualquier acto de comunicación son: emisor: quien emite el mensaje, receptor: quien recibe el mensaje; código: conjunto de signos y reglas que combinados se utilizan para construir el mensaje y, mensaje: información que el emisor envía al receptor.

³ Cfr. Red Blake, Taxonomía de conceptos de la comunicación

Al respecto Alberto Espejo, presenta el siguiente trinomio de la comunicación humana, en el cual se observan los elementos antes mencionados.



Este esquema nos muestra que el emisor produce una señal, la cual debe pertenecer a un código para que pueda funcionar como un instrumento, este mensaje es transmitido a través de un canal, entendiéndose canal como: medio, portador o conducto, a través de este el mensaje llegará al receptor.

Es así que "La comunicación como proceso impone que se considere a los elementos que la componen como partes que están estrechamente vinculados que determinan secuencia de configuraciones distintas constitutivas de las diversas etapas de ese proceso. Estas partes se pueden dividir en: 1) elementos humanos, 2) elementos físicos, 3) elementos formales y 4) elementos ambientales".⁴

Los elementos humanos son de tres tipos: 1) emisor, quien envía el mensaje, 2) el o los intermediarios, 3) el o los destinatarios. En este último punto se encuentran tres tipos: a) el destinatario – receptor, b) el destinatario no receptor y, c) los receptores no destinatarios.

⁴ Jimenez Ottalengo, Regina. *Op. Cit.* p.24

Por elementos físicos se entiende las vías o canales que permiten que la expresión llegue al receptor. De estos es importante conocer los rasgos que favorecen, obstruyen o impiden la llegada del mensaje, que impide que llegue completo, a medias, o deformado es decir, los grados de ruido que intervienen e interfieren.

Los elementos formales se refieren: a) a la forma que se estructura externamente el mensaje, el cual hace referencia al tipo de signo o símbolo que se utiliza y al tipo de sentido que se utiliza para expresarlo y captarlo y, b) al código que se utiliza y del que procede el signo. De ellos interesa determinar tanto su estructura como su referencia.

Los elementos ambientales son: el tópico, el cual se refiere al asunto o materia que se expresa, y el contexto, que se refiere al ambiente que rodea el acto comunicativo, el ambiente está constituido por el entorno físico, el social y el cultural.

Es importante recordar, como se señaló anteriormente, que la comunicación no es sólo el habla, sino todo comportamiento gestos, movimiento, posturas, etc y toda comunicación afecta la conducta ya que produce un efecto en las demás personas, de ahí que es importante reconocer la integralidad del ser humano en su contexto y es una de las razones que orientan el interés de este trabajo y que nos llevó a considerar la comunicación con respecto a los pacientes psiquiátricos.

Lo anterior es importante, porque si el hombre siempre está enviando mensajes aunque no sea consciente de ello, las palabras, los silencios, las posturas, la inactividad, tienen siempre valor de mensaje, y es por medio de la comunicación el hombre obtiene información de sí mismo y del mundo, es su vínculo con el mundo, su reconocimiento del mundo, su existencia en el mundo.

El niño desde que nace está en interacción constante, con los miembros de su familia, éstos le transmiten día a día información, nadie enseña la combinación de palabras y gestos, pero estos son adquiridos, saber qué se puede decir, cuándo, a quién y en qué momento es una habilidad social que aprendemos a través de los años, es así como se generan los patrones interaccionales:

“Los aspectos relacionales se comunican a través de determinados calificadores de la comunicación. A partir de ello se interpreta el mensaje y el efecto que produce en el receptor”.⁵

Dichos calificadores de la comunicación son los siguientes:

- a) Rol del contexto de la comunicación: lo que quiere decir que la comunicación humana se da en una situación que incluye componentes físicos y psicológicos; las personas varían su comportamiento de acuerdo al lugar en que se encuentren.
- b) Expresiones verbales y modulaciones vocales y lingüísticas: que se explica porque al pronunciar una palabra ésta puede demostrar asombro, incredulidad, afirmación, etc.
- c) Las conductas no verbales: que consiste en el factor calificador más usual e intenso de la comunicación humana, éste abarca los diferentes movimientos corporales posibles de ser discriminados por los que interactúan. Dentro de este rubro, encontramos la expresión facial, la apariencia física, gestos, posturas, espacio personal, la imagen corporal, etc. La comunicación no verbal es evidente en las discusiones, la solicitud de ayuda, el galanteo, etc. La integración de este punto nos lleva a la necesidad de interpretación, lo que puede acarrear muchos problemas de comunicación al dar una inadecuada interpretación a los mensajes.
- d) Definición de la relación: que hace referencia a que al interrelacionarse las personas elaboran la relación, al indicar la conducta que han de observar entre ellos. “Una comunicación funcional implica relaciones simétricas y complementarias flexibles, en función del objetivo, de la tarea y del contexto. Las habilidades sociales se pueden ver fuertemente interferidas cuando la comunicación se ha hecho disfuncional por una rigidización de la complementariedad o de la simetría”.⁶

⁵ Hidalgo C. Carmen Gloria “Comunicación Interpersonal” p.61

⁶ Ibid. p. 62

En la comunicación humana el intercambio de información es complejo, implica la codificación y decodificación de los mensajes los cuales provienen de canales verbales y no verbales, debido a esta circunstancia encontramos problemas de comunicación, por ejemplo una persona puede utilizar términos muy amplios o vagos para describir sus necesidades, los mensajes verbales y no – verbales pueden ser contradictorios, o se presta atención solo a algunos aspectos, perdiendo información importante de los otros.

1.2 Comunicación y sensibilización.

A continuación se abordará el planteamiento del educador brasileño Paulo Freire, acerca de la comunicación, perspectiva bajo la cual se desarrolló el taller de sensibilización "Relaciones familiares" en la operación de este proyecto de estudio. Es importante destacar que, como se observará más adelante, Freire habla de concientización el cual, como sabemos implica un proceso que es observable a largo plazo, para efectos de esta investigación hablaremos de sensibilización.

Entre las razones que nos llevaron a optar por el enfoque de este autor, se encuentra, en un sentido genérico, primero, porque nos permite comprender la trascendencia social y humana de la comunicación –"para tener vida y para dar vida al otro" – y, en un sentido interaccional porque ante una situación crítica, como es el caso de familiares de pacientes psiquiátricos, las personas demandan atención y posibilidad de expresión de sus emociones y sentimientos, tanto para buscar consideración a su estado como para reelaborar su circunstancia y configurar nuevas o diversas apreciaciones de su situación.

Freire nos dice "El mundo social y humano, no existiría, como tal, sino fuese un mundo de comunicaciones, fuera del cual, sería imposible el conocimiento humano"⁷, explica que el mundo humano es un mundo de comunicación, el hombre actúa, piensa y habla sobre una realidad, que es la mediación entre él y otros hombres, los cuales también actúan, piensan y hablan; es así que la comunicación debe ser un proceso recíproco, en el que no pueden existir sujetos pasivos y en la cual la reciprocidad no debe romperse.

La principal característica de la comunicación, es que ella es diálogo y el diálogo comunica, el autor nos explica que entre los sujetos existe una relación dialógica-comunicativa, en la cual los interlocutores se expresan, a través del mismo sistema de signos lingüísticos.

⁷ Paulo Freire "Extensión o comunicación" 1ra Edición 1973 p.73

Para que pueda llevarse a cabo una relación comunicativa eficiente, el signo debe tener el mismo significado para los sujetos de lo contrario, la comunicación no será viable entre ambos, por falta de comprensión. De aquí que el diálogo, la comunicación, entre personas con un sentimiento afín, por su situación de familiares de pacientes psiquiátricos, pueda aportar nuevos elementos para la comprensión y la asunción sensible, e incluso consciente, de su problemática.

Y es que si como dice Freire: "Conocer no es un acto a través del cual el sujeto transformado en objeto recibe dócil y pasivamente, los contenidos que otro le da o le impone. El conocimiento por el contrario, exige una presencia curiosa del sujeto frente al mundo. Requiere su acción transformadora sobre la realidad"⁸, los sujetos en comunicación estarán en posibilidad de transformar su realidad –lo que no significa, obviamente, que concluya la situación del paciente psiquiátrico, pero podrá configurar en escenarios variados la propia situación.

El autor brasileño plantea que cualquier educador que pretenda cambiar las actitudes y conductas de los educandos, en cualquier aspecto, sin conocer su visión del mundo, y sin confrontarlo en su totalidad, pierde el tiempo; de esta manera si extrapolamos esta idea a los trabajadores sociales, éstos no podrán tener mayor ingerencia con los familiares de pacientes de enfermos psiquiátricos si no promueven el diálogo y la comunicación en diversos sentidos: con otros en la misma situación, con sus propios pacientes, con el trabajador social mismo, con el personal del hospital, etcétera.

En el proceso de comunicación con personas en situación crítica, como los familiares de pacientes psiquiátricos es necesario estar concientes de la importancia de dicho proceso, más allá del simple conocimiento de los elementos del esquema tradicional de interacción comunicativa, están en juego las diversas formas de expresión humana.

⁸ Ibid. p. 28

Lo anterior porque el trabajador social que actúa con familiares de pacientes psiquiátricos

“... debe insertarse en el proceso de transformación concientizando y concientizándose al mismo tiempo, bajo una concepción crítica para una transformación de la percepción, esta transformación no se hace mediante un trabajo, a nivel puramente intelectual, sino en la praxis verdadera, que demanda la acción constante, sobre la realidad y la reflexión sobre esta acción”⁹.

La comunicación permitirá conocer los diferentes escenarios de un problema, solo a través de ella se conocerá las necesidades de los sujetos, lo que permitirá brindar estrategias de acción para la atención inmediata.

Finalmente, se apela a la acción del trabajador social, en este contexto, como educador y como comunicador social, razón por la que, también, recurrimos a Freire, sobre todo cuando manifiesta que la labor educativa, la cual no puede ser llamada así en cuanto no se liberen los procesos de actitudes pasivas, involucren a los sujetos de manera más activa y directa en el proceso de interacción. Asimismo, establece que una parte muy importante en el proceso es el diálogo, y que representa el elemento conformante y estructurador es la **palabra**, que constituye el diálogo mismo:

Señala en la palabra dos dimensiones: acción y reflexión, las cuales están relacionadas entre sí que no se puede cambiar una sin afectar a la otra. Cuando se le priva a la palabra de su dimensión activa, se sacrifica, de manera automática, la dimensión reflexiva.

De acuerdo a Freire la transformación del mundo es a través de la palabra, e implica un encuentro de los hombres, este encuentro es, precisamente el diálogo. El diálogo es un acto creador, de ahí que no debe ser un instrumento el cual sirva al hombre para conquistar a otro.

⁹ Ibid., p.71

Es esencial conocer la visión particular que sobre el mundo tiene la comunidad a la que nos dirigimos, de otra manera el programa se constituye en una especie de invasión cultural. Al respecto Freire explica:

“Ser dialógico es no invadir, es no manipular, es no imponer consignas. Manipulación y conquista, expresiones de la invasión cultural y, al mismo tiempo instrumentos para mantenerla, no son caminos de la liberación. Son caminos de domesticación”¹⁰

Y con seguridad, domesticar a personas en situación crítica, no tiene espacio en la práctica del trabajador social; por el contrario, requiere convocar a la sensibilidad y a la conciencia acerca de la problemática que se enfrenta.

La comunicación conduce al hombre al descubrimiento, a la concientización de su contexto histórico, a la crítica de su realidad y a la intervención transformadora de ésta.

Por tanto el método de concientización de Freire, pretende ser un método de aprendizaje, para lo cual es necesario utilizar el diálogo basado en la palabra. No existe ninguna palabra real, que no sea, al mismo tiempo, praxis. El hombre, con la palabra, asume conscientemente su especial condición humana y su circunstancia.

Es importante destacar, como se mencionó anteriormente, que es de suma importancia que el trabajador social conozca lo que es la comunicación y su trascendencia, puesto que él debe promover el diálogo y la comunicación en diversos sentidos con los familiares de pacientes psiquiátricos, lo cual le permitirá iniciar un proceso de sensibilización o concientización acerca de la problemática a la que se enfrente.

Sin embargo para poder intervenir con éstos, no solo es importante conocer el proceso de comunicación, sino cómo ésta se desarrolla en la familia, para lo cual en el capítulo siguiente se presentará el concepto de familia y su ciclo vital.

¹⁰ Ibid., p.46

CAPÍTULO II
LA FAMILIA

Capítulo 2 La familia

2.1. Conceptos de familia

Definir a la familia resulta complejo, ya que existe toda una gama de combinaciones que parten de una realidad social. La familia recibe un nombre de acuerdo al parentesco entre los miembros que la integran, de esta manera encontramos: familias de origen, conyugal, nuclear, extensa, reconstituida, etc.

La familia ha sido definida y caracterizada por diversas profesiones, Carlos Eroles presenta la definición de ésta desde el punto de vista antropológico:

La familia es un hecho social total, un microcosmos representativo de toda la organización general de la sociedad en la cual está inmersa. Toda política de la sociedad global va a accionar directamente sobre el microcosmos familiar.

Desde el punto psicológico nos dice:

La familia es la célula básica del desarrollo y experiencia. Los individuos están unidos por:

Razones biológicas: al perpetuar la especie y ayudar al indefenso infante humano en su crianza, hasta llegar a que se autosostenga.

Razones psicológicas: para proveer la satisfacción de necesidades afectivas que permitan el desarrollo y el crecimiento pleno de las potencialidades y ofrece el ámbito óptimo para la identificación con los roles sexuales.

Razones socio – económicas: es la unidad básica de supervivencia (antiguamente era incluso una unidad de producción).

Desde el punto Biológico: desde éste ángulo, deberá entenderse como el grupo constituido por la pareja y sus descendientes, sin limitación, en donde se involucran a todos aquellos que, por el hecho de descender unos de otros, o de un progenitor común generando lazos de sangre.

Institución formada por el padre, la madre y los hijos de ambos, en ocasiones los parientes lejanos que se les agregan. En estas circunstancias, es posible que tres o más generaciones y personas adicionales vivan juntas como una unidad familiar, originando así la denominada "familia extensa".

En el caso de Trabajo Social, Ander – Egg la define como el conjunto de individuos que mantienen relaciones de origen y semejanza, es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de su vida.

Para Vania Salles la familia es un espacio interaccional conformado por relaciones de naturaleza íntima en la cual se establecen intensos procesos de vinculación de pautas culturales y de formación de un sistema interno de representaciones.

Por su parte José Manuel Valenzuela nos dice que las familias son relaciones de parentesco que conforman arreglos económicos, sociales, culturales y afectivos, los cuales son históricamente definidos y mediados por las características de la sociedad global.

Los dos autores antes mencionados realizan una compilación de definiciones sobre familia a continuación rescataremos algunos. Citan a María García Castro quien define a la familia como la institución social por excelencia, con normas múltiples, siendo su tarea central la función reproductiva.

Presentan a Merton, quien considera a la familia como una correa de transmisión que difunde la normatividad cultural.

La familia también es considerada como institución en la cual se expresa el dominio de clase, es bajo esta perspectiva que citan a Watters, quien la define como una unidad económica fundamental de la sociedad clasista que permite la transmisión de la propiedad y de la herencia, reproductor de relaciones autoritarias y jerárquicas para el mantenimiento social que moldea la conducta y la estructura del carácter.

Frenette ubica a las familias en un plano de explicación de la desigualdad social como un hecho natural entre los hombres además de orientar el problema de la reproducción social hacia la reproducción de las aptitudes.

Por otra parte desde una perspectiva sistémica Carlfred Broderick define a la familia como un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias

facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural histórica en su entorno más amplio.

Como se puede observar existe una gran cantidad de definiciones, sin embargo Luis Leñero indica que existen tres elementos esenciales presentes en la familia:

- 1) Relaciones de afinidad, referidos a los vínculos emocionales, legales, sociales, etc. creados con personas que no son de la misma sangre, que con su unión constituyen una familia.
- 2) Lazos de consanguinidad y,
- 3) La unidad habitacional, es decir el espacio en el que cohabitan e interactúan.

Es necesario para Trabajo Social una visión amplia que abarque la mayor cantidad posible de características, quedando claro que es necesario tomar en cuenta aspectos psicológicos, sociales, históricos, jurídicos, etc. para definirla.

En cada familia se encuentran variantes que las hacen únicas, pero poseen ciertas características en común por las cuales se les pueden considerar familias, para fines de esta investigación se entenderá como familia: una unidad básica bio – psico – social con dinámica propia, en donde se establecen intensas relaciones.

La familia representa un instrumento de legitimación de la cultura, al interior de esta cumple funciones más específicas, por ejemplo Soifer dice que el objetivo de la familia es la defensa de la vida humana, asegurando su continuidad, mediante la procreación; vela por la salud mental y física de sus integrantes; desarrolla valores éticos y morales; preside su inserción social dando solidez a los bienes sociales y favorece la producción.

Esta definición presenta diferentes funciones de la familia, los cuales son importante rescatarlos, brinda protección psico – social, es en donde el individuo inicia su proceso de socialización y es en esta en donde se transmiten las pautas culturales.

2.2 Ciclo de la familiar

Las funciones de la familia varían de acuerdo al momento en que esta se encuentre, Lauro Estrada en “el Ciclo Vital de la Familia” explica como el individuo es depositario de una experiencia de grupo, de esta manera su identidad es grupal y social. Para lograr una concepción significativa de la salud mental se debe relacionar el funcionamiento del individuo con las pautas de relación humana de su grupo primario.

Las relaciones saludables tienen base en el intercambio de satisfactores materiales y emocionales los cuales permiten solucionar los problemas y tareas que se presentan a lo largo del ciclo vital. A continuación se explicarán las etapas del ciclo vital de acuerdo a este autor.

- 1) **Desprendimiento**, el autor explica que todo desprendimiento es doloroso, sobre todo si se trata de relaciones emocionales significativas, en esta etapa es cuando se busca la formación de una pareja, sin tiempos ni edad determinada, cada individuo decide el momento de separarse de su familia de origen. La identidad de la nueva familia se conformará con las aportaciones de cada uno de los integrantes.
- 2) **El encuentro**, es cuando ya se ha decidido vivir bajo el mismo techo, en esta fase se aprende el rol de cónyuge, se trata de lograr en primer lugar, cambiar los mecanismos que proveyeron de seguridad emocional al individuo; y segundo, integrar un sistema de seguridad emocional interno, que incluya a uno mismo y al nuevo compañero(a).
- 3) **Los hijos**, la etapa de los hijos es sumamente importante en el sistema familiar, la llegada de un niño(a) requiere espacio físico y emocional, esto plantea la necesidad de reestructuración de las reglas que hasta entonces han ido rigiendo al matrimonio.

4) **La adolescencia**, de todos los eventos que en forma natural afectan a la familia, la adolescencia es tal vez la que más pone a prueba la flexibilidad del sistema, en esta se combinan varios factores:

- a) En esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales.
- b) Los padres reviven su propia adolescencia, aún cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez.
- c) La edad de los abuelos por lo general es crítica; se acercan a no poderse mantenerse por sí mismos, la soledad y la muerte se avecinan, esto es motivo de otra preocupación.

5) **El re – encuentro** o “nido vacío” a estas alturas las actividades de crianza han terminado, esta fase coincide casi siempre con una etapa individual de suma importancia, el hombre recibe el impacto de las funciones biológicas que declinan y además se dan cambios sociales y familiares de la mayor importancia

- a) La necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros cónyuges de sus hijos en la familia.
- b) El nacimiento de los nietos.
- c) La muerte de la generación anterior.
- d) La jubilación.
- e) El conflicto con las nuevas generaciones.
- f) El problema económico de los hijos que inician una nueva familia.
- g) La necesidad de independizarse de hijos y nietos para formar otra vez una pareja.

En esta fase cuando ya se han ido los hijos, ya sea porque se casan o se da un cambio emocional que produce su independencia, se enfrentan nuevamente con uno mismo y con la pareja.

6) **La vejez**, de acuerdo al autor, esta es una de las etapas menos conocidas, la muerte se encuentra cerca. Muchas veces se tiende a ignorar a los viejos, a sentir impaciencia con ellos. Un problema frecuente que se presenta, es

cuando el esposo jubilado regresa a su casa, y la mujer siente que invade los terrenos que antes solo fueron su dominio. En esta etapa se debe aceptar realísimamente las propias capacidades, así como las limitaciones, se deben cambiar roles y aceptar la dependencia cuando esta sea necesaria.

2.3 Comunicación y familia.

A través del tiempo han ido cambiando radicalmente las relaciones familiares, la autoridad única del padre, está dando paso a una autoridad que oscila entre el padre y la madre. La familia sufre cambios paralelos a los cambios de la sociedad.

Es normal que exista algún grado de rivalidad entre los hermanos, el niño aprende a conocer a través del contacto con los hermanos, las ligeras "molestias" de la convivencia.

Los celos son la primera experiencia que recibe el niño de la competencia social, y el que esto sea constructivo depende casi siempre de la actitud de los padres.

La falta de comunicación entre los miembros de la familia mina las relaciones familiares y puede ser generadora de patologías psiquiátricas y de disfunciones familiares.

En algunas familias el consumo suple la comunicación familiar, los padres tratan de mitigar sentimientos de culpa, por dedicarle poco tiempo a los hijos, dándoles dinero.

Se debe fomentar la participación de todos los miembros, aprovechar los momentos en que se encuentran reunidos para comunicarse. Un clima familiar que haga posible que cada miembro aprenda del otro, madurando psicológicamente con los demás y a través de ellos, en un proceso de individualización.

La comunicación fluida en todas direcciones, implica algo más que expresar las ideas, también significa captar lo que dice la otra persona.

Las relaciones en la familia tienen características que las hacen únicas: son íntimas, continuas, variadas y complejas. Generalmente los miembros de una familia viven en un mismo lugar, compartiendo el espacio y los bienes

materiales. En esta vida de relación, el comportamiento de cada uno es generalmente imprevisible, esto es, que no cumple con funciones determinadas.

La relación interpersonal que se da en la familia puede desarrollarse en tres niveles distintos:

1. No verbal.
2. Emotivo.
3. Verbal o intelectual.

A la relación no verbal se le llama también sensorial o gestual¹¹. Esta se refiere al tono de voz, la gesticulación, los movimientos del cuerpo y la proximidad física. Este nivel es el que tiene una mayor influencia en los primeros años de vida, de ahí que se tenga que cuidar más los detalles externos de afabilidad, paciencia y buen trato y buena convivencia, se debe demostrar el cariño continuamente demostrándolo con caricias, pequeños detalles, etcétera.

“En la relación emocional intervienen ya de modo directo los sentimientos: amor o desamor, aceptación o rechazo”¹² Es un hecho comprobado que los niños desde pequeños, saben si son o no son amados, y los efectos que esto produce: seguridad o inseguridad, confianza o desconfianza, alta o baja autoestima; la indiferencia puede producir regresiones o retrasos en el desarrollo.

“En la relación intelectual se hace referencia a la experiencia verbal o racional de ideas, sentimientos, juicios o valoraciones”¹³. De acuerdo a esta publicación este nivel de relación es el que más tarde aparece y se apoya en los otros dos. Si existe una buena relación afectiva, lo intelectual o racional lo reforzará; por el contrario si no existe afecto, la información intelectual será rechazada. El sentimiento de seguridad y confianza es la base fundamental, de este sentimiento surge la autoestima y la confianza en sí mismo, indispensable para que la persona pueda abrirse y relacionarse con los demás.

¹¹ “El amor como proceso vital” Mujer y Familia. P. 188

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

La confianza ayuda, además, a que se logre una comunicación abierta y profunda entre los padres e hijos, comunicación que no sería posible si uno u otro se encerraran en sí mismos.

Relaciones Conyugales

No es posible relacionarse con otra persona, si no sabemos comunicarnos, en especial tratándose de una relación de pareja o conyugal, y la calidad de esta relación dependerá de la comunicación que se establezca entre ambos.

Debe ser un proceso de enriquecimiento mutuo, en el que cada uno crece con su estilo personal y a la vez como parte del otro. Al mismo tiempo, es una comunicación y una relación abierta a terceros por su misma naturaleza.

Algunos elementos que pueden influir, positiva o negativamente, en la comunicación y en la relación conyugal, son consecuencia de las condiciones que permiten el desarrollo de cualquier tipo de relación.

Elementos de la comunicación

1. Comprensión empática, la cual se refiere que cada cónyuge intenta ver las cosas desde el punto de vista del otro.
2. Congruencia, que se refiere al grado en el que un cónyuge está integrado funcionalmente al otro, de modo que no exista inconsistencia entre su experiencia, su reconocimiento de la situación y la comunicación abierta.
3. Aprecio, es reconocer el valor de la otra persona, saberlo comunicar y mostrar que existe este aprecio. Hay una estrecha relación entre los sentimientos internos y la manifestación externa.

Como se pudo observar las familias cruzan por ciclos vitales en donde se presentan alternadamente épocas de salud o de enfermedad con características especiales de acuerdo a la etapa de su existencia, por tal motivo es necesario conocer las etapas por las cuales atraviesa el núcleo familiar.

La familia debe ser capaz de dar cabida a todos los impulsos de sus integrantes y permitir la expresión y satisfacción de todas sus necesidades, por

lo tanto debe permitir a sus miembros el desarrollo y expresión del amplio espectro de las emociones humanas. El autor expone que, cuando la familia es capaz de permitir y contener emociones tales como el miedo, la rabia, la tristeza, el amor, los celos, etc., el individuo se verá más tranquilo y capacitado para su desempeño social.

2.4 Redes Sociales

Como se observará más adelante las redes son de suma importancia para los familiares de pacientes psiquiátricos, en el Taller "Relaciones Familiares" se mencionará la importancia de estas, las cuales tienen una clasificación muy amplia, que no es motivo de estudio en este trabajo, por lo cual solo presentaré una definición que nos permita entender lo que es una red.

Las redes se muestran como forma de proporcionar apoyo; ya sea moral, económico o social, con base en ciertas condiciones como la vecindad física que facilita el flujo de intercambio, relativa semejanza de nivel económico y confianza que refleja el deseo de disposición para establecer o sostener una relación de intercambio recíproco.

La red social personal o significativa, es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad (contexto cultural, histórico, político, económico, religioso) y, forma parte del universo del individuo¹⁴

La red tiene un carácter dinámico; ya que día con día se agregan nuevos elementos, cambia y evoluciona continuamente, convirtiéndose en el mecanismo cotidiano para la supervivencia de las personas, ésta se orienta a resolver, mediante su interacción y solidaridad, sus diferentes necesidades, así los demás sistemas sociales emergen en términos de identidad y diferencia respecto a su entorno¹⁵. Haciendo procesos de comunicación es como se construyen redes.

¹⁴ Slukí Carlos, "La Red Social: Frontera de la práctica sistémica" P.14

¹⁵ Dabas Nora Elina, "Red de Redes. Las prácticas de la intervención de redes sociales". Paidós, México, 1993 P.67

CAPÍTULO III
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE NEUROLOGÍA
Y NEUROCIRUGÍA

Capítulo 3. Pacientes Psiquiátricos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

3.1. Antecedentes de la creación del INNN

Desde la Colonia, se establecieron en la Nueva España instituciones hospitalarias que estarían a cargo de la atención de los enfermos mentales. Fray Bernardino Álvarez fundada por 1565, en la capital, el hospital de San Hipólito, para posteriormente extender su labor fundadora a Puebla, Guadalajara, Jalapa, Acapulco, La Habana y a otros lugares más. En 1698, la orden de La Compañía de Jesús establece en México, capital de la colonia, el Hospital del Divino Salvador, ubicado en la calle de La Canoa, de donde tomó su nombre popular. En Guadalajara se abrió el Hospital de Belén en 1794. A finales del siglo XIX y principios del XX se establecen: el manicomio Estatal de Orizaba, la sección para enfermos mentales en el Hospital Civil de Monterrey, el sanatorio del Dr. Rafael Lavista en la ciudad de México, el Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala en Mérida y los Hospitales de Zapopan y Cholula de los hermanos Juaninos.

Una de las experiencias más importantes de la época moderna fue la creación del Manicomio General de la Castañeda fundado el año de 1910. La inauguración de este centro manicomial fue parte de la celebración del primer centenario de la independencia de México y marcó un gran cambio en la atención de los pacientes psiquiátricos y neurológicos, los que en ese entonces no se distinguían claramente.

La Castañeda fue el centro académico científico y asistencial más importante de México y parte de Latinoamérica de las dos especialidades, la neurología y la psiquiatría, reunidas en la neuro – psiquiatría.

En los años treinta se contaba en la ciudad de México con la cátedra de Neurología que impartía Santiago Ramírez (padre) y Marín Ramos Contreras, a la par de los maestros Samuel Ramírez Moreno, Salazar Viniegra, titulares de la psiquiatría. Estos y algunos otros fueron los pioneros de la Psiquiatría y la Neurología moderna en México. El Archivo General de la Nación rescató, extraordinariamente y para beneficio de la historia de nuestras ciencias, los archivos del Manicomio General. En ellos se puede admirar en los expedientes

manuscritos con letra de escribano, donde se asentaban los datos generales de el o la paciente con su respectiva fotografía. Se pueden leer relatos cuidadosamente elaborados, donde se incluía algún documento, redactado por algún paciente en lenguaje culto e informado, ilustrando el caso, para constatar el pensamiento delirante u obsesivo. En otra parte de esos archivos se encuentran las reuniones científicas y los alegatos en ellas, destacándose las opiniones controvertidas de varios maestros.

El Manicomio General de la Castañeda tuvo que desaparecer y con ello se marchó una parte importante de la historia de las dos ciencias hermanas. La Castañeda en los últimos años, antes de su clausura y demolición, se había convertido en un centro de insalubridad y promiscuidad. Los enfermos con diagnósticos muy variados convivían sin recibir la atención adecuada. El personal auxiliar se había apoderado del control del centro hospitalario y dificultaba las funciones de los médicos, enfermeras y otros terapeutas. La población de enfermos crónicos había aumentado a tal grado que fue imposible detener el deterioro de los internados, los tratamientos de éstos y de las instalaciones.

Es así como el manicomio es substituido por un conjunto de hospitales campestres: En Tepexpan "La Salud de Tlazolteoti" y "José Sáyo", "Cruz del Sur" en Oaxaca, "Cruz del Norte" en Hermosillo, Son., "Las Ilusiones" en Villahermosa, Tab., "Dr. Juan N. Navarro" (de psiquiatría infantil), "Dr. Samuel Ramírez Moreno" en la periferia del D.F., y el 28 de febrero de 1964 termina esta primera fase con la inauguración del INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA.

En 1959 se fundó la Dirección de Rehabilitación y Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. El primer director fue el maestro Manuel Velasco Suárez, neurocirujano formado en la tradición humanista; se hecho a cuentas la tarea de reformar la atención del enfermo mental en el país. Este afán traía aparejado la definición del papel de cada especialidad, surgiendo la necesidad de investigar, enseñar y asistir a los pacientes en varias ramas de la neuropsiquiatría que ya habían delimitado sus zonas de influencia y acción.

Una de las primeras medidas implementadas para llevar a cabo la operación Castañeda, fue la creación de hospitales campestres de puertas abiertas autosuficientes, adelantándose al concepto del hospital que rehabilita por medio del trabajo supervisado. La descentralización a partir de la Castañeda fue la formación de la granja Fray Bernardino Alvarez en parte de los terrenos que hoy ocupa la Subdirección de Investigación del INNNMVS. En el año de 1961 se fundó la granja La Salud Tlazolteotl, para pacientes varones en Zoquiapan. Al año siguiente, en Tepexpan, se abrió la José Sarayo, granja para mujeres. En 1963 abre sus puertas la Cruz del Sur, en Oaxaca, al año siguiente se inauguró la Cruz del Norte en Hermosillo, más adelante en el sector público se fundaron el Hospital de agudos Fray Bernardino Alvarez, la granja Samuel Ramírez Moreno en Tláhuac. Por otra parte y producto de estas acciones renovadoras se fundó el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía que ahora lleva el nombre de su fundador Manuel Velasco Suárez.

Alrededor de estos acontecimientos en otros lugares de la República van surgiendo instituciones públicas y privadas que mejoran los viejos patrones de atención del enfermo en la práctica de la neurología y la psiquiatría.

En Monterrey Nuevo León el Hospital Civil abre el servicio de psiquiatría que posteriormente se va a convertir en la unidad de psiquiatría con un modelo avanzado de comunidad terapéutica, dentro del cual los pacientes colaboraban en su propia rehabilitación y la de sus compañeros.

Este movimiento humanista para la atención del enfermo mental surgió en Inglaterra después de la segunda guerra mundial. Tras la destrucción de algunos hospitales por las bombas de los tanques aéreos, los psiquiatras reconocieron que los pacientes podían tener responsabilidad sobre sus personas y darles cuidado a otros que por su estado de salud mental estaban en condiciones de mayor debilidad. Estos acontecimientos fortuitos iniciaron un gran movimiento de la psiquiatría que tomó el nombre de terapia del medio ambiente y posteriormente el de Comunidad Terapéutica.

En México la Comunidad Terapéutica ingresó formalmente en el año de 1972 con la fundación del Instituto Psiquiátrico de la Ciudad de México; el

procedimiento y la filosofía de esta forma de encarar la enfermedad mental ya se había puesto en práctica en los años cincuenta en las granjas de la S.S.A.. En el Hospital Central Militar a principios de la década de los sesenta, se les permitió a los pacientes participar en las decisiones de su tratamiento a través de una junta semanal y se implementaron modelos de manejo especializados para cada caso.

El cerebro como rector de la mente humana en las últimas décadas ha sido más estudiado y comprendido que nunca antes, extendiendo ese beneficio al estudio y la práctica de la psiquiatría. No obstante ese extraordinario avance, las enfermedades mentales requieren de un entendimiento multifactorial. Seguramente no existe otra materia del estudio del ser humano, donde se manifieste con mayor claridad la influencia bio – psico – social que el tratamiento integral del paciente psiquiátrico.

3.2. El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

El 28 de febrero de 1964 abrió sus puertas el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, nació bajo la iniciativa y el impulso del maestro Manuel Velasco Suárez, quien manifestó en esa fecha:

“Muchos intentos hicimos antes de ahora gestando la creación de un Instituto de Neurología y Neurocirugía, para el que obtuve un Decreto Presidencial en 1952 del Lic. Miguel Alemán que disponía su creación en uno de los predios que ocupa actualmente el Centro Médico Nacional. El entusiasmo y los muchos trabajos que se realizaron al respecto cristalizaron en planos, programas, estudios de suelo y hasta los cimientos que en un primer intento se frustró...

Ocho años después y en condiciones distintas volvemos a ocuparnos febrilmente de este asunto y se construye lo que había de ser un Hospital Neurológico en el mismo Centro Médico, pero necesidades primarias de vigencia nacional urgente, nos hicieron alejarnos otra vez de esta cara realidad ya cuando teníamos

funcionando la unidad de investigaciones cerebrales con Raúl Hernández Peón y empezamos a equipar el área hospitalaria...”¹⁷

Las ideas que impulsaron inicialmente la creación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía buscaban el conocimiento y la mejor atención del cerebro humano y sus problemas. La obligación de adquirir nuevos conocimientos médico – quirúrgicos y propiciar transformaciones científicas y culturales y del medio, hicieron necesaria la elección de nuevas estrategias científicas con diversas guías para corregir errores y mejorar la asistencia hospitalaria de los enfermos, contar con la tecnología más avanzada sin descuidar el humanitarismo y la ética.

El texto de “30 años de historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía” (INNN), constituye la fuente básica de información en este punto y ofrece un panorama general del desarrollo del propio Instituto cuyos aspectos relevantes se mencionan en el presente trabajo.

El Instituto ha contado desde un principio con los “Servicios”, ahora “Divisiones” de Neurocirugía, Neurología Médica y Psiquiatría. Asimismo, el INNN participa en las actividades de investigación y docencia de la Facultad de Medicina y del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, del Instituto Politécnico Nacional y con Universidades del extranjero, e instituciones como la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones con las que mantiene intercambio científico.

El Instituto se construyó en unos terrenos del sur de la Ciudad de México, donde ya existía la Granja de Recuperación de Enfermos Mentales “Bernardino Álvarez”, y la Escuela para Adolescentes Deficientes Mentales “Bernardino Álvarez” que quedaron integradas al propio Instituto. El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía como dice el Acta de Inauguración al texto:

¹⁷ Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía 30 años de Historia Dr. Manuel Velasco Suárez, P 4.

En la Ciudad de México, a los 28 días del mes de febrero de 1964, en el local del Instituto Nacional de Neurología que habrá de dedicarse a la atención adecuada de las Enfermedades Nerviosas y Mentales Agudas y a las Investigaciones Cerebrales, sito en el número 3877 de la Avenida Insurgentes Sur, reunidos el C. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Adolfo López Mateos, el C. Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. José Álvarez Amézquita, el C. Subsecretario de Asistencia, Dr. Conrado Zuckerman, el C. Oficial Mayor, Lic. Anastasio López Sánchez, el C. Director General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, Dr. Manuel Velasco Suárez, el C. Vocal ejecutivo de la Comisión Constructora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Ing. Luis Coq, así como funcionarios de las Secretarías de Estado y otras distinguidas personalidades invitadas para este Acto el C. Presidente de la República puso en servicio y declaró solemnemente inaugurada la Institución que viene a representar el avance más trascendental en las actividades que la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha venido realizando para la correcta Asistencia Médico – Quirúrgica de los Enfermos Nerviosos y Mentales y la investigación y docencia en esta rama de la medicina para beneficio del Pueblo de México.¹⁸

El Instituto fue concebido “Como una Institución abierta disponiendo de todos los recursos que, hoy por hoy, sólo han sido para los privilegiados que no enferman de la mente, como si el cerebro no hubiera alcanzado el rango de otros géneros y la actividad mental fuera despreciable ...”, lo que refleja una oposición contra el sentir con respecto a los enfermos mentales, como seres no dignos de una atención adecuada.

En congruencia con esta concepción institucional, el INNN adoptó como ideas originales y principios básicos de su desarrollo, constituirse en:

¹⁸ Francisco Escobedo Ríos “La Cración del INNN” en Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía 30 años de Historia. p. 21

"...un Instituto con los servicios adecuados para el tratamiento del enfermo neurológico y psiquiátrico agudo, cuando apenas se inicien sus desórdenes neurológicos susceptibles de beneficiarse por la neurología y/o asistencia médica intensiva, y donde exista un laboratorio de Investigaciones Cerebrales y Neurofisiología Clínica que compruebe la bondad de los recursos y procedimientos terapéuticos evitando la empírica interpretación de los fenómenos órgano psíquicos y ofreciendo hechos comprobados".

"... un Instituto modelo para los casos agudos que detendrá el desempeño de los enfermos que se precipitan en la cronicidad..."

Un Instituto que brinde "la enseñanza de la especialidad a los estudiantes de Medicina en cooperación con la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Politécnico Nacional, como a los médicos cirujanos generales a través de cursos para graduados y específicamente a los profesionistas que deseen especializarse mediante cursos superiores y actividades hospitalarias controladas para la formación de especialidades en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría".

Un Instituto que permita "la investigación científica en el aspecto de la Ciencia pura y principalmente de la Ciencia aplicada, buscando la solución de los problemas que plantean las enfermedades del Sistema Nervioso en el medio mexicano".

De acuerdo con el texto de los 30 años de historia del INNN, a medida que se construyeron los modernos y funcionales hospitales, se entabló un esfuerzo por demoler los viejos prejuicios psiquiátricos de pesimismo y estigma que prevalecía en la sociedad y aún entre algunos médicos arraigados al anacronismo que se oponían a los cambios que se llevaron a cabo en la institución psiquiátrica.

En el ramo de las Ciencias Neurológicas tal vez ninguna había sido tan menospreciada antaño, como la Psiquiatría, dado que los antiguos hospitales eran

más bien centros de reclusión de estos pacientes con trastornos mentales que los convertían en individuos indeseables para la sociedad, que los veía con miedo y con actitud de rechazo.

Al incluirse en las actividades de la Institución el estudio científico de estas enfermedades y lograrse, gracias al esfuerzo de sus médicos, el control y la curación de muchas de ellas, no sólo se abrió una puerta de esperanza de los pacientes, sino que también se hizo una llamada de atención a la sociedad para que aceptara y ayudara al enfermo mental, a quien el propio Instituto apoya para lograr su aceptación y su reinserción en el seno de la sociedad.

En la actualidad del 30 al 50% de la consulta de la medicina general y de algunas especialidades de la medicina está formada por pacientes que presentan manifestaciones psicosomáticas o psíquicas como angustia, depresión, dificultades familiares, conyugales, etc.

Actualmente la infraestructura del INNN para la atención médica cuenta con:

- ❖ 4 quirófanos para cirugía de alta especialidad.
- ❖ 49 camas de neurocirugía.
- ❖ 38 camas de neurología.
- ❖ 24 camas de psiquiatría.
- ❖ 12 camas de urgencias.
- ❖ 9 camas de terapia intensiva, zona de terapia respiratoria y unidad de soporte nutricional.
- ❖ 9 camas de terapia intermedia y recuperación quirúrgica.
- ❖ 3 camas de estancia corta.
- ❖ Unidad de rehabilitación y medicina física.
- ❖ Unidad de resonancia magnética funcional de 3 Teslas de última tecnología, que lo hace el equipo más moderno en su tipo en el mundo, aunado a otro equipo de resonancia magnética diagnóstica de 0.5 Tesla.
- ❖ Unidad de neuroimagen con equipo para tomografía computada, tomografía helicoidal, angiografía, doppler y radiología.
- ❖ En el área de Consulta Externa se cuenta con 19 consultorios para consulta médica no instrumentada, 3 áreas implementadas con consultorios, equipo

de alta especialización y salas de interpretación para consulta médica instrumentada de: otoneurología, neurooftalmología; para estudios de electrofisiología clínica, quirófano para cirugía ocular, consultorio para medicina interna y neuroendocrinología, así como una Unidad de radio neurología con el equipo más moderno para cirugía incruenta

En particular, para los motivos de este trabajo haremos referencia a dos áreas que representan el espacio en el que el profesional de Trabajo Social puede incidir con su intervención para apoyar a los pacientes psiquiátricos y, especialmente –como se plantea en este documento– a sus familiares: la Subdirección de Psiquiatría y el Departamento de Trabajo Social del INNN.

Subdirección de Psiquiatría.

Proporciona atención tanto en los servicios de urgencias y consulta externa, como en la unidad de hospitalización de neuropsiquiatría. Cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por psiquiatras, neuropsiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y diversos especialistas interconsultantes.

La terapéutica enfatiza el manejo psicofarmacológico y la psicoterapia es de carácter individual, recreativa y motivacional. Se llevan a cabo reuniones grupales socio – administrativas y educativas, para pacientes y familiares. Utiliza de manera permanente una encuesta de opinión del usuario, que sirve de indicador para la atención y para la toma de decisiones en el área asistencial.

Las acciones de rehabilitación psicosocial constituyen una modalidad importante en el manejo de los padecimientos psiquiátricos, cuyo objetivo es lograr la máxima reintegración del enfermo a su entorno familiar y social, al disminuir las recaídas, recurrencias y reingresos hospitalarios. Investiga sobre aspectos psicopatológicos de la neurocisticercosis y la epilepsia, así como el uso de la terapia electroconvulsiva en la enfermedad de parkinson.

Departamento de Trabajo Social

Su misión es indagar las condiciones económicas y el entorno social del paciente atendido en el Instituto. Su función primordial consiste en orientar respecto a los trámites administrativos y asistenciales y colaborar con el equipo de salud en el restablecimiento integral del paciente e incorporarlo a su núcleo familiar.

Asimismo, el personal de Trabajo Social determina el nivel socioeconómico que se asigna para efecto de determinar las cuotas de recuperación; hace visitas domiciliarias cuando el caso lo amerita y, en el ingreso del paciente, le proporciona y explica el reglamento de internamiento que rige en el Instituto.

Las y los trabajadores sociales colaboran en el programa de donación de órganos, promoviendo esta práctica, intervienen en las sesiones que se imparten a familiares de pacientes que se atienden en la Unidad de Cuidados Intensivos, convocando a la asistencia, y participan en las estrategias de educación para la salud en psiquiatría y en consulta externa.

A partir del año 2001, entró en operación un convenio con la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, para que sus estudiantes realicen el servicio social, tesis de licenciatura y postgrado en salud, con la finalidad de instaurar una auténtica práctica profesional, con intervenciones que realmente incidan en la reincorporación social de los pacientes, con lo que esto implica, en el plano familiar, por principio, y los diferentes contextos en el que se desenvuelven las personas.

Debo mencionar que gracias a la firma de este convenio, yo ingresé a la Institución como prestadora de servicio social con otros tres compañeros; de esta manera trabajo social comenzó a insertarse en diferentes grupos como las sesiones médicas, en las cuales no estaba contemplado la intervención de Trabajo Social, presentando los estudios psicosociales de tercer nivel, los cuales me permitieron conocer la dinámica familiar y de esta manera plantear alternativas de intervención como es la presente investigación; las reuniones socioadministrativas, en las cuales aplicaba técnicas grupales y realizaba las crónicas grupales.

3.3 Enfermedades psiquiátricas

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV, define un trastorno mental como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, éste síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Algunas de las enfermedades psiquiátricas que presentaban los pacientes hospitalizados en el área de Psiquiatría al realizar el Taller “Relaciones Familiares” son:

- ❖ Esquizofrenia desorganizada
- ❖ Esquizofrenia catatónica
- ❖ Trastorno esquizoafectivo
- ❖ Trastorno de angustia
- ❖ Trastorno disociativo
- ❖ Delirium
- ❖ Retraso mental leve
- ❖ Trastorno demencial

Sin embargo creo conveniente presentar los trastornos psiquiátricos que presenta el DSM-IV, y una breve descripción de ellos, ya que nos permitirá tener una percepción más amplia de la situación que viven los familiares de pacientes psiquiátricos, con los que se realizó la investigación.

3.3.1 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

El manual explica que el presentar una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia es una cuestión de conveniencia y no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos infantiles y adultos. Aunque la mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia y la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta. Esta sección se incluyó en el trabajo, debido a que el Instituto también proporciona atención a adolescentes, los cuales pueden presentar alguno de estos trastornos. En esta sección se presentan los siguientes trastornos:

- **Retraso mental.** Este trastorno se caracteriza por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son: trastornos de la lectura, trastornos del cálculo, trastornos de la expresión escrita y trastornos del aprendizaje no especificado.
- **Trastorno de las habilidades motoras.** Incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.
- **Trastorno de la comunicación.** Estos trastornos se caracterizan por deficiencia del habla o el lenguaje, e incluyen trastornos del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo – expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastornos de la comunicación no especificado.
- **Trastornos generalizados del desarrollo.** Estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son

trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

- **Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador.** Este apartado incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad – hiperactividad. Se presentan sub tipos para especificar la presentación del síntoma predominante: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo – impulsivo y tipo combinado. También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamiento perturbadores: el trastorno disocial se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto; el trastorno negativista desafiante se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista hostil y desafiante. Este apartado incluye asimismo dos categorías no especificadas: trastorno por déficit de atención y trastornos de comportamiento perturbador no especificado.

- **Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.** Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Obsérvese que anorexia nerviosa y bulimia nerviosa han sido incluidas en Trastornos de la conducta alimentaria, sección que aparece después.

- **Trastornos de tics.** Este trastorno se caracteriza por tics vocales y/o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: trastornos de la Tourette, trastornos de tics motores o vocales crónicos, trastornos de tics transitorios y trastornos de tics no especificados.

- **Trastornos de la eliminación.** Se incluye la encopresis, la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la enuresis, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

- **Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.** Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados. **El trastorno de ansiedad por separación** se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo y concierne a la separación respecto del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. **El mutismo selectivo** se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. **El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez** se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena. **El trastorno de movimientos estereotipados** se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, y no funcional, que interfiere marcadamente las actividades normales y, a veces, puede dar lugar a lesiones corporales. **El trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado** es una categoría residual para codificar trastornos que tienen su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún o trastorno específico de esta clasificación.

3.3.2 Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.

De acuerdo al manual la alteración predominante es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o la memoria que representa un cambio del nivel previo de actividad. La alteración de la conciencia se manifiesta por una disminución de la capacidad de atención al entorno, la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención está deteriorada. Las preguntas deben repetirse debido a que la atención del sujeto es vaga, éste puede perseverar en una respuesta a una pregunta previa en lugar de focalizar su atención de forma adecuada, y los estímulos irrelevantes le distraen con facilidad. Debido a estos problemas, puede ser difícil (o imposible) mantener una conversación. En estos encontramos:

- **El delirium** que se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve periodo de tiempo. Los trastornos incluidos en el apartado *Delirium* son enumerados de acuerdo con la etiología que se les presupone: delirium debido a etiologías múltiples o delirium no especificado (si la etiología es indeterminada).
- **La demencia** se caracteriza por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria. Las demencias son también enumeradas de acuerdo con su presumible etiología: demencia debida a una enfermedad médica, demencia inducida por sustancia, demencia debida etiologías múltiples o demencia no especificada.
- **El trastorno amnésico** se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos. Los trastornos en el apartado trastornos amnésicos se enumeran de acuerdo con su etiología presumible: trastornos amnésicos debido a una enfermedad médica, trastorno amnésico persistente inducido por sustancias o trastorno amnésico no especificado.
- **El trastorno cognoscitivo no especificado** se reserva para los cuadros clínicos que se caracterizan por alteraciones cognoscitivas presumiblemente debidas a una enfermedad médica o inducidas por sustancias, que no cumplen los criterios para algunos de los trastornos enumerados en otro lugar de esta sección

3.3.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Los trastornos incluidos en esta sección tienen síntomas psicóticos como característica definitoria, el DSM –IV explica que el término psicótico ha sido definido de varias formas, la definición más restrictiva del término se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. El término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

- La **esquizofrenia** es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).
- El **trastorno esquizofreniforme** se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (p. ej., la alteración dura 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional.
- El **trastorno esquizoafectivo** es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.
- El **trastorno delirante** se caracteriza de por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.
- El **trastorno psicótico breve** es una alteración psicótica que dura más de un día y que remite antes de un mes.
- El **trastorno psicótico compartido** es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.
- En el **trastorno psicótico debido a enfermedad médica** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.
- El **trastorno psicótico inducido por sustancia** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.
- El **trastorno psicótico no especificado** se incluye para especificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los

trastornos psicóticos especificados definidos en esta sección, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria.

3.3.4 Trastornos del estado de ánimo.

Incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

- El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño o de la actividad psicomotora; falta de alegría; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas) Para indicar la presencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.
- El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor.
- El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. Un episodio maníaco se define por un periodo concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, este

periodo debe durar al menos una semana. La alteración del estado del ánimo debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora. Un episodio mixto se caracteriza por un periodo de tiempo de al menos una semana de duración en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco

- El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados de al menos un episodio hipomaníaco; un episodio hipomaníaco se define como un periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro días.
- El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos dos años de numerosos periodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos.
- El **trastorno del estado de ánimo debido a la enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- El **trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.

3.3.5 Trastornos de ansiedad.

En el contexto de estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, en esta sección se encuentra los siguientes trastornos:

- La **crisis de angustia** se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a "volverse loco" o perder el control.
- La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil (o embarazoso), o bien en donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
- El **trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- La **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- La **fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- La **fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- El **trastorno obsesivo – compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

- El **trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- El **trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.
- El **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- El **trastorno de ansiedad no especificado** se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados

3.3.6 Trastornos somatomórfos

Su característica común es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no puede explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- El **trastorno de somatización** (anteriormente histeria o síndrome de Briquet) es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste

durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor.

- El **trastorno somatomórfico indiferenciado** se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos seis meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.
- El **trastorno de conversión** consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones.
- El **trastorno por dolor** consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.
- La **hipocondría** es la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.
- El **trastorno dismórfico corporal** es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.
- En el **trastorno somatomórfico no especificado** se incluyen los trastornos con síntomas somatomórficos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomórficos específicos.

3.3.7 Trastornos facticios.

Los trastornos facticios se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionalmente, con el fin de asumir el papel de enfermo. La apreciación de que un síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por comprobación directa como por la exclusión de otras causas. En el trastorno facticio existe una necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, tal como se pone de manifiesto por la ausencia de incentivos externos para tal comportamiento. El trastorno facticio se codifica según el subtipo que mejor refleja los síntomas predominantes:

- **Trastorno facticio con predominio de signos y síntomas psicológicos.** Este subtipo consiste en un cuadro clínico en el que predominan los signos y síntomas psicológicos. La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la producción intencionada o el fingimiento de síntomas psicológicos (a menudo psicóticos) sugerentes de enfermedad mental.
- **Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos.** Este subtipo consiste en un cuadro clínico en el que predominan los signos y síntomas de una aparente enfermedad física. Casi la vida entera del sujeto consiste en intentar ingresar o permanecer en los hospitales. Todos los sistemas orgánicos son blancos potenciales, y la presentación de los síntomas sólo está delimitada por los conocimientos médicos, la sofisticación y la imaginación del individuo.

3.3.8 Trastornos disociativos

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

- La **amnesia disociativa** se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- La **fuga disociativa** se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidades para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva.
- El **trastorno de identidad disociativo** (antes personalidad múltiple) se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

- El **trastorno de despersonalización** se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad.
- El **trastorno disociativo no especificado** se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

3.3.9 Trastornos sexuales y de la identidad sexual.

Se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

- Las **parafilias** se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales. Estos trastornos producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, por lo general engloban: 1) objetos no humanos, 2) el sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja, o 3) niños u otras personas que no consienten, y que se presenta por un período de al menos seis meses.
- Los **trastornos de la identidad sexual** se caracterizan por una identificación intensa y persistente por el otro sexo, acompañadas de malestar persistente por el propio sexo.
- El **trastorno sexual no especificado** se incluye para codificar trastornos de la actividad sexual que no son clasificables en una de las categorías específicas.

3.3.10 Trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

- La **anorexia nerviosa** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

- La **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo, hay una alteración de la percepción de la forma y peso corporal.

3.3.11 Trastornos del sueño.

- Los **trastornos primarios del sueño** son aquellos que no tienen como etiología ningún otro trastorno; aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño – vigilia, que a menudo se ven agravados por factores de condicionamiento. A su vez, estos trastornos se subdividen en **dísonmias** caracterizadas por trastornos de la calidad, cantidad y horario del sueño y, en **parasomnias** caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño – vigilia.
- El **trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental** consiste en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable (a menudo trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad), que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.
- El **trastorno del sueño debido a una enfermedad médica** consiste en alteraciones del sueño como consecuencia de los efectos fisiológicos directa de una enfermedad médica sobre el sistema sueño – vigilia.
- El **trastorno del sueño inducido por sustancias** consiste en alteraciones del sueño como consecuencias del consumo o del abandono de una sustancia en particular (fármacos incluidos).

3.3.12 Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

La característica esencial de los trastornos del control de los impulsos es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. El individuo percibe una

sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo.

- **Trastorno explosivo intermitente.** Se caracteriza por la aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- **Cleptomanía** se caracteriza por una dificultad recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor monetario.
- **Piromanía** se caracteriza por un patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios por puro placer, gratificación o liberación de la tensión.
- **Juego patológico** se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente.
- **Tricotilomanía.** Se caracteriza por un comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión que provoca una perceptible pérdida de pelo.
- **Trastorno del control de los impulsos no especificado.** Se incluye para codificar los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para cada uno de los trastornos específicos del control de los impulsos descritos antes o en otras secciones de este manual.

3.3.13 Trastornos adaptativos.

La característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes al inicio del estresante. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable, dada la naturaleza del estresante, o a un deterioro significativo de la actividad social o profesional. Los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes:

- **Con estado de ánimo depresivo**, este subtipo se utiliza cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.
- **Con ansiedad**, cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismos, preocupación o inquietud.
- **Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo**, las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.
- **Con trastorno de comportamiento**, la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad.
- **Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento**, las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales como trastornos de comportamiento.

3.3.14 Trastornos de la personalidad.

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto.

- El **trastorno paranoide de la personalidad** es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.
- El **trastorno esquizoide de la personalidad** es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
- El **trastorno esquizotípico de la personalidad** es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
- El **trastorno antisocial de la personalidad** es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

- El **trastorno límite de la personalidad** es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.
- El **trastorno histriónico de la personalidad** es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.
- El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- El **trastorno de la personalidad por evitación** es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- El **trastorno de la personalidad por dependencia** es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
- El **trastorno obsesivo – compulsivo** de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

3.4 La familia del paciente psiquiátrico.

Los efectos que causa una enfermedad psiquiátrica en la familia se presentan de diversas formas.

Teresa Vargas en el libro "La familia del enfermo mental", presenta las consecuencias objetivas de este problema, las cuales son el aislamiento social, la alteración de la rutina doméstica y el deterioro de la economía. Por otro lado está la carga subjetiva, básicamente afectiva, sin componentes externos que supone para los allegados la existencia en el seno familiar de un enfermo psiquiátrico. Los síntomas de la enfermedad suelen provocar en los familiares reacciones emocionales inmediatas (tristeza, vergüenza, etc.) la enfermedad en su conjunto trae consigo más peso al producir sentimientos de culpabilidad, de pérdida significativa, de miedo al futuro, etc.; otra consecuencia es la dificultad para comunicarse con el enfermo y el agotamiento a que puede dar lugar la convivencia.

A continuación se explicaran los cambios más significativos que sufren las familias ante esta situación, estos puntos fueron retomados para exponerlos ante los asistentes al "Taller Relaciones Familiares", una vez expuestos los puntos se vinculó con la vida cotidiana de los asistentes, logrando que fueran ejemplificados con sus experiencias en el seno familiar.

Entre las repercusiones objetivas encontramos:

Aislamiento social.

La vida social de los miembros de una familia se reduce generalmente cuando en su seno se manifiesta una enfermedad psiquiátrica. El aislamiento, se produce de la siguiente manera, por un lado, los familiares reducen sus visitas con amigos y asisten menos a lugares de recreo y, por otro, en ocasiones se producen cambios negativos hacia la familia por parte de las personas que los rodean. Vamos a considerar algunos aspectos que concretan el aislamiento social de los familiares de enfermos psiquiátricos:

1. Enfermar psíquicamente lleva implícito, al menos en nuestro medio cultural, un significado complejo difícil de explicar, pero con predominio de elementos desdeñosos y peyorativos. El significado cultural y el rechazo real del enfermo psiquiátrico marca a veces a sus familiares y les aísla más. En nuestros días puede parecer que se ha avanzado hacia una comprensión más realista y humana de la enfermedad, pero a excepción de las alteraciones psíquicas menores, los prejuicios sociales respecto al enfermo psiquiátrico han cambiado poco en los últimos cuatro o cinco decenios. Esta es la razón por la que se discrimina al enfermo psiquiátrico e indirectamente (o incluso directamente) a su familia.
2. La naturaleza de la enfermedad, y sobre todo el modo de manifestarse, determina en gran medida la tendencia de la familia a separarse de la comunidad. En general son las manifestaciones psicopatológicas que producen vergüenza las que más aíslan a los familiares del enfermo. En otras ocasiones, la sintomatología requiere el que no se pueda dejar solo al enfermo en la casa lo que impide a los familiares salir fuera de la misma.
3. La presencia de un enfermo psiquiátrico en la familia da lugar a una emoción, esta afectación del estado de ánimo conlleva una pérdida de la capacidad de disfrute de actividades placenteras, entre ellas las recreativas.

Desorganización del hogar.

La rutina diaria se altera generalmente ante cualquier enfermedad, y aún más si se trata de un trastorno psiquiátrico. A continuación se presentan algunas de sus formas:

1. La naturaleza del trastorno puede determinar un cambio de domicilio, en algunas ocasiones el enfermo psiquiátrico permanece con sus padres y hermanos el tiempo que anteriormente pasaba en soledad. En otras ocasiones la familia o los miembros que se encargan del cuidado del paciente deben cambiar de lugar de residencia para que este obtenga el tratamiento adecuado, ya que en su comunidad no existen instituciones especializadas. Este es el caso de algunos

familiares y/o pacientes del Instituto, los cuales provienen de diversos estados de la República.

2. En las familias suele existir una más o menos explícita división de las tareas del hogar y, al dejar de realizar las suyas el sujeto afectado, han de ser hechas por otros miembros que conviven con él.

La respuesta de otros parientes e incluso de amigos y vecinos, suele ser por lo general lo suficientemente generosa como para salir de apuros los primeros días, a más largo plazo son a veces difíciles de cubrir sobre todo si existe separación geográfica.

La sobre carga la superan bien algunas familias, mientras que en otras sus miembros se resienten por el fastidio que suponen los inconvenientes reseñados. La tolerancia de la familia no siempre es la misma, el clima psicológico del hogar se vuelve tenso y difícilmente aceptable, lo que a su vez repercute nocivamente sobre el enfermo.

La economía.

Cuando el miembro de la familia que la sustenta enferma psíquicamente la economía del hogar suele dañarse gravemente, la psicopatología a veces afecta la productividad. Si el enfermo es un hijo o un anciano, que no aporta dinero, también las posibilidades económicas descienden, la enfermedad ocasiona más gastos, para pagar el tratamiento, los medicamentos o el transporte a la Institución.

La apremiante condición económica puede forzar a cambios en las tareas que realizan los miembros de la familia, esta actividad supone en ocasiones una sobrecarga adicional al estrés que la enfermedad psiquiátrica lleva consigo.

Además de las dificultades económicas en la familia hay que tener en cuenta aspectos tales como el patrimonio previo al inicio de la enfermedad psiquiátrica, la existencia de uno sólo de los padres, que los hijos sean pequeños o que ya aporten algún dinero, y el nivel socioeconómico de la comunidad en la que viven.

Reacciones emocionales.

Tristeza

Cuando una persona se encuentra afligida, al igual que sucede con otros sentimientos y emociones, provoca efectos parecidos en quienes le rodean. Este efecto contagioso se denomina, en el lenguaje clínico, irradiación afectiva. Hay personas que poseen mayor capacidad para transmitir sus sentimientos. Si el ser que sufre intensamente es una persona muy cercana, entonces el sentimiento de pena adquiere en la familia un grado elevado..

Vergüenza.

Ciertos síntomas psicopatológicos se manifiestan a través de comportamientos que causan bochorno a quienes tienen alguna relación con la persona que los presenta; resulta incomodo para el familiar observar cómo su ser querido inspira risa o piedad. En ocasiones la persona enferma no sale, y entonces, la vergüenza se evita no llevando amigos a la casa, lo que contribuye al aislamiento social de la familia.

Miedo.

La violencia familiar provocada por algunos enfermos psiquiátricos resulta insoportable para los que conviven con él. Sin duda el comportamiento agresivo es el más difícil de sobrellevar, los motivos por los cuales se origina esta violencia son mínimos o inexistentes.

La agresividad desencadena aparte de miedo, otras reacciones muy variadas que dependen de determinadas circunstancias, además depende de si está dirigida hacia todos o hacia un determinado miembro del grupo, y del vigor físico que tenga el enfermo. Una de estas respuestas, como podría esperarse, consiste en generar también agresividad en los mismos familiares, quienes muchas veces han de contenerse, dada la condición del enfermo y por tratarse de un ser querido.

Irritabilidad.

Hay varias manifestaciones de la enfermedad psiquiátrica que provoca fastidio en los familiares y puede llegar a producirles exasperación y cólera en casos extremos. A continuación se describirá la inactividad y la excitación como principales alteraciones que ocasionan irritabilidad.

Inactividad.

Tras padecer un periodo agudo a ciertos sujetos les quedan como síntomas – secuelas falta de iniciativa, parece que han perdido su capacidad de ser actores en el mundo, y que sólo están en él de modo pasivo. Esta carencia de impulso de levantarse a cierta hora, para emprender un trabajo, para atender las obligaciones, irrita sobremanera a los familiares. A estos les resulta difícil no pensar que es un holgazán que descuida todo compromiso, y que se aprovecha de sus más próximos para seguir vagueando.

Estas manifestaciones del enfermo son a veces difícilmente comprensibles y causan frecuentes conflictos entre los miembros de la familia, pues mientras unos, como puede ser la madre, consideran esta pasividad como determinada por la enfermedad, otros pueden llegar a pensar que es una forma de ser, perezosa y negligente. Debe tomarse en cuenta también que en muchos casos los familiares desconocen los síntomas que caracterizan la enfermedad de su familiar.

Excitación.

La hiperactividad excesiva e inapropiada se manifiesta en los enfermos psiquiátricos de modo muy diverso, a pesar de que la excitación no conlleva agresividad, irrita a los que conviven con el enfermo, especialmente a los que permanecen con el más tiempo. Percibir movimientos continuos sin ninguna finalidad resulta difícil de soportar para la persona que cuida del enfermo.

Otras veces la agitación no se manifiesta a través de la motricidad sino del lenguaje: el enfermo no deja de hablar. Al igual que la actividad motriz, la verbal produce diferentes grados de enojo para quienes conviven con el enfermo. Las

posibles manifestaciones verbales son: hablar solo, en voz alta, con un vocablo obsceno, preguntar una y otra vez lo mismo a la persona que lo cuida, etc.

SENTIMIENTOS DOLOROSOS

Culpabilidad.

a) El pasado.

Ante la aparición de un enfermo psiquiátrico, el familiar se pregunta sobre las razones de tal infortunio, entre las explicaciones posibles que acuden a su mente no descarta su propia participación. Muchas veces se pregunta ¿qué mal he hecho yo?, ¿por qué a mí?, y llega a veces a atribuirse una culpa tras esas interrogaciones.

Unos auto reproches están relacionados con el pasado, pues el familiar se recrimina sus acciones pretéritas, otros están basados con el comportamiento actual.

Los padres piensan una y otra vez sobre posibles faltas suyas que han podido contribuir al desarrollo del trastorno, llegan a veces a la conclusión de que ciertas circunstancias han podido tener parte en la enfermedad. He aquí algunas de ellas:

1. La madre se reprocha haber descuidado su embarazo y la atención al niño en sus primeros meses, el padre de haberle producido a la madre disgustos en este periodo.
2. La forma de educarlos: haber sido demasiado rígidos y autoritarios o, por el contrario, haberles permitido un exceso de libertad.
4. Las disfunciones en la familia y la separación del matrimonio.

b) El presente y el futuro.

Las fuentes de reproche no solo proceden del pasado; las encontramos también en el presente, ciertas acciones u omisiones desde que surge la enfermedad generan este molesto sentimiento en el allegado: por ejemplo al hermano del enfermo le viene a la mente la idea de que no se está portando lo suficientemente bien con él. Los miembros de la familia sienten culpabilidad

cuando dejan en casa al enfermo y van a distraerse y divertirse. A la vuelta al hogar les queda el remordimiento de habérsela pasado bien, en lugar de haber permanecido con el familiar enfermo. Así pues, unas veces por creer que no hacen lo suficiente y otras por haber omitido alguna acción en beneficio del enfermo, el familiar puede llenarse de culpabilidad.

Reacciones.

El sufrimiento que produce al familiar la culpabilidad da lugar a respuestas que le proporcionan cierto alivio. Así, intenta cambiar aquellos factores que cree que han podido causar la enfermedad: se vuelve más o menos condescendiente, muestra más afecto, reestructura las relaciones familiares. Estas modificaciones pueden ser positivas y beneficiosas para el enfermo y la familia, pero no siempre sucede así.

El malestar que ocasiona la culpabilidad también intenta reducirlo el familiar a través de la dedicación y el sacrificio de sus intereses personales. La familia lo cuida por cariño, porque lo cree su obligación, por lástima, por otros muchos motivos y, entre ellos, ocasionalmente por sentimiento de culpabilidad.

Es posible que ciertas actitudes de algún familiar o del clima psicológico de la casa, contribuyan a empeorar el cuadro clínico o incluso, a una recaída. En estos casos conviene tener conocimientos sobre que acciones u omisiones han participado en el agravamiento de estos trastornos y cuales influyen favorablemente en su enfermo.

Sentimientos de pérdida.

En las afecciones psiquiátricas graves, la capacidad intelectual y la propia personalidad distan mucho de ser la misma que antes de enfermar. Por esta razón el familiar siente un gran pesar al darse cuenta de la diferencia que existe en su ser querido antes y después de padecer el síndrome patológico.

Si la persona con el trastorno psiquiátrico es uno de los padres, el cónyuge siente con pesadumbre estar ante alguien que no es completamente aquel con quién se casó. Además, al mismo tiempo su vida ha cambiado básicamente: si

aportaba el dinero, se restringe el presupuesto; si cuidaba de la casa y los hijos, estas tareas tienen que ser suplidas, etc.

En la adolescencia cualquier psicopatología afecta a un sujeto en plena vida académica o laboral, cuando los padres mantienen la ilusión de verte situado en el mundo. En estas circunstancias los padres sienten pena al pensar lo que hubiera sido de no haberle sucedido.

Otras veces aparece la vivencia de sentimiento de pérdida cuando, tras la ilusión del nacimiento de un nuevo hijo, éste presenta signos de que su desarrollo intelectual va a ser deficiente, y se desvanece toda la fantasía que se había formado sobre el pequeño. Luego, a lo largo de la vida, en su propia casa, si tiene más hijos, se dan cuenta de la enorme diferencia entre ellos.

Las reacciones de luto de los familiares al presentar uno de ellos una enfermedad psiquiátrica ofrecen sin duda ciertas diferencias con respecto a las producidas cuando desaparecen los seres queridos. En los casos graves las reacciones frente a la enfermedad psiquiátrica de un familiar a veces son más dolorosas debido a su mayor duración. La muerte de un padre supone un sufrimiento, pero a muchas familias les produce más disgusto verle sin conocer a nadie, dando gritos o en un lamentable aspecto físico.

Preocupación por el futuro.

El porvenir a veces se presenta a los familiares lleno de incertidumbre y zozobra, especialmente en los enfermos de evolución crónica. Cuando se observa tendencia hacia un permanente empeoramiento, el temor de la familia se centra en que el peso que habrá de sostener sea aún mayor. En algunos trastornos psiquiátricos de curso clínico con periodos de plena normalidad, la preocupación por el tiempo venidero se vuelve pánico solo de pensar en una recaída.

La preocupación más profunda quizás se observe en aquellos familiares que piensan continuamente qué será de su ser querido cuando tenga más edad, enfermen ellos mismos y no puedan ocuparse del paciente, o, aun el caso más grave cuando ellos fallezcan.

OTRAS CONSECUENCIAS.

Incomunicación.

Existen manifestaciones de los enfermos psiquiátricos que afectan sustancialmente a los familiares, ya que les impide satisfacer necesidades humanas tan importantes como el diálogo y la correspondencia afectiva. Entre ellas están las siguientes:

1. La pérdida de la capacidad intelectual dificulta generalmente la comunicación. El intercambio a través del lenguaje a veces se hace incomprensible y, por esta razón, la convivencia no presenta las facetas que tenía antes de la enfermedad.
2. La correspondencia afectiva lleva consigo una gran fuerza motivante. Por ello, los cuidados a un allegado que no muestra reconocimiento a la labor resultan más penosos. En otras ocasiones se pierde el interés y la ilusión por el trato personal e íntimo.

La carga objetiva y subjetiva que el enfermo generalmente trae consigo, produce en los familiares diversas reacciones: elude la situación, deforma la realidad para mejor tolerarla (negación), protegen en exceso...De estas respuestas, se explicarán más ampliamente la negación y el proteccionismo.

Alusión de problemas.

Junto a familiares que soportan la carga del enfermo de un modo más directo, hay otros que siguen una táctica de alejamiento, esquivando el contacto con él y sus problemas. Organizan sus vidas de tal modo que evitan lo más posible implicarse en todo cuanto esté relacionado con el familiar enfermo.

Contemporización.

En esta respuesta el familiar consiente, y a veces incluso apoya, el comportamiento patológico inaceptable, le sigue a corriente en relación con sus ideas delirantes o le expresa que él también escucha las "voces de sus enemigos".

El proteccionismo excesivo se asemeja en algunos aspectos a esta actitud contemporizadora, en algunas ocasiones los familiares no permiten que el enfermo, tras un período agudo, realice tareas que podría hacer. Esta táctica la

suelen emplear los familiares cuando no desean una confrontación, y creen que de esta forma no alteran al enfermo, pues otra maniobra daría lugar a grandes tensiones entre ellos. Esta actitud no beneficia al enfermo, y la paz conseguida suele ser poco sólida.

Sumisión.

Aparece cuando el familiar cede ante todas las exigencias del enfermo. Esta respuesta se produce cuando el paciente presenta agresividad. La actitud de sumisión refuerza aún más la agresividad que se intenta eludir.

Abandono.

Tras haber intentado controlar las manifestaciones patológicas, los familiares desisten de seguir haciéndolo.

Actitud impositiva.

Se pretende resolver por la fuerza las dificultades que crea el enfermo. A este se le obliga a seguir un determinado camino recurriendo a los más diversos medios: violencia, amenazas, ironía o imposiciones continuas de un comportamiento. A veces una actitud imperativa la requiere la situación clínica – la toma de medicamentos es casi siempre decisiva para la evolución de la enfermedad, y hay que obligar a veces al enfermo a tomarlo -.

Una forma de coerción es la desaprobación continua de las manifestaciones patológicas del enfermo. El familiar critica, bien directamente o de otro modo todo cuanto el enfermo refiere o hace. Se ha comprobado que esta postura del familiar favorece las recaídas de los esquizofrénicos, depresivos y otros.

Desconcierto.

Cuando el familiar se siente impotente, desolado y desesperado, sus respuestas ante el estrés que le produce el comportamiento anómalo del enfermo suelen ser caóticas, embrolladas, e intenta varias de ellas en corto espacio de tiempo, sin que una de estas respuestas sea dominante.

Negación.

Todos estamos un poco ciegos a la hora de percibir correctamente una realidad concreta en la que tenemos una gran inversión afectiva. Esta deformación de la realidad conlleva generalmente para los familiares uno más de los problemas. A largo plazo la fuerza de los hechos se impondrá, y la reacción será muy fuerte. Se pueden marcar unos objetivos que no son alcanzables, con la frustración que implica el fracaso de estas expectativas, tanto para el enfermo como para los mismos familiares.

Esta actitud se traduce en exigencias para alcanzar las ansiadas expectativas, que pueden ser agobiantes para el paciente y traer decepción a los familiares.

Proteccionismo.

La enfermedad mental implica generalmente una merma en la autonomía del sujeto que la sufre, especialmente en sus fases agudas. De ahí que las familias tengan que ejercer un apoyo a sus actividades más complicadas y, en los enfermos más afectados, incluso a las tareas más sencillas.

La protección toma, en otras ocasiones, un carácter defensivo, ya que estas personas podrían ser objeto de menosprecio o bromas por parte de quienes le rodean. Además de estas reacciones de ayuda y tutela, los familiares tienden a mostrar cierto favoritismo y mimo hacia sus seres queridos enfermos, algunos familiares, con la mejor voluntad, exageran esta actitud o la mantienen una vez que la recuperación va apareciendo.

Asimismo, los familiares protectores piensan que sólo ellos pueden atender con el debido decoro al enfermo, y que otros no tendrán en cuenta sus carencias e imperfecciones. Por esta razón, estos familiares no aceptan ayuda en las tareas de asistir al enfermo. A los familiares el proteccionismo excesivo les lleva mucho tiempo, pues les impide salir a distraerse con sus amigos y, por consiguiente, les aísla socialmente; les priva de tomar un descanso y disfrutar de algunas satisfacciones.

ACTITUDES GENERALMENTE POSITIVAS

Aceptar.

Algunos familiares asumen la situación del enfermo tal cual es, en cuanto al presente y al futuro; darse cuenta de la realidad y admitirla constituye una actitud necesaria para afrontarla del modo mejor.

Tranquilizar.

Ante los miedos desproporcionados, las inquietudes y la tensión interior, algunos familiares reaccionan con serenidad, pese a reconocer la importancia de los trastornos.

Animar.

Ante los síntomas que significan una disminución de la iniciativa, de la espontaneidad, del estado de ánimo, el familiar responde alentando e impulsando al enfermo a la acción, o animándole a elevar su tono afectivo.

Apoyar.

El familiar demuestra con palabras y hechos al enfermo que su fortaleza y cariño estarán con él, que comprenden las limitaciones de su estado, pero que no le faltará todo el apoyo posible.

Poner límites.

Marcar una línea clara entre las acciones u omisiones del enfermo, que le son permitidas y las que no lo son, suele ser esclarecedor, pues está conoce de antemano los aspectos de su comportamiento que se le permite llevar a cabo y los que deben abandonar; las limitaciones han de ser adaptables a la evolución del cuadro clínico, requiere a veces que se hable de los límites con el enfermo, para llegar a un acuerdo sobre los mismos. El tratar este punto ayudará a una mejor interacción de los miembros de la familia.

FACTORES CONDICIONANTES DE LAS RESPUESTAS FAMILIARES.

Personalidad anterior del enfermo.

La forma de ser del paciente psiquiátrico con anterioridad al desarrollo de su enfermedad influye en los aspectos que ésta produce en su familia. La personalidad premórbida influirá de distinto modo en la familia, dependiendo de que las modificaciones del proceso patológico sean una exageración de sus características o no.

Relación previa.

Los vínculos que unen a los miembros de una familia entre sí varían de modo considerable entre unos y otros. La enfermedad psiquiátrica, con sus síntomas y la carga que implica, pone a prueba la profundidad de los lazos de quien la padece con todos y cada uno de sus seres más allegados.

Intensidad y duración de la convivencia.

Los efectos de un enfermo psiquiátrico repercuten en los familiares según el contacto con él. Este factor quizás sea el que, en definitiva contribuya más a las reacciones familiares.

En cada trastorno psiquiátrico por lo general, hay una persona que principalmente preste atención al enfermo y ella sea quien más efectos recibe de las manifestaciones psicopatológicas.

CAPÍTULO IV
INTERVENCIÓN DE
TRABAJO SOCIAL CON
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Capítulo 4. Intervención del trabajador social con familiares de pacientes psiquiátricos.

4.1 Perfil del Trabajador Social psiquiátrico.

La enfermedad mental cualquiera que sea su etiología y naturaleza constituye en su efecto y en sus síntomas un problema esencialmente social, los cambios que trae consigo las enfermedades mentales, no solo son para el enfermo, sino también para las personas que le rodean, el Trabajador Social debe estar capacitado para proporcionar una atención integral.

Una de las herramientas fundamentales en la profesión es la entrevista, y el manejo de ésta es fundamental en esta área, ya que a través de ella se obtendrá la información necesaria para brindar un diagnóstico social.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el departamento de Trabajo Social elabora estudios psicosociales de tercer nivel, para el área de psiquiatría, los cuales brindan un amplio panorama sobre el paciente y su entorno, por lo cual se recomienda que el profesionista que se desarrolla en esta área conozca y elabore dichos estudios.

Es indispensable el conocimiento afondo del enfermo psiquiátrico, así como del medio en que se desarrolla, la visita domiciliaria puede ser realizada cuando el trabajador social determine que ésta complementará la información proporcionada por el paciente y los familiares.

El estudio y manifestaciones de la enfermedad posibilitará al Trabajador Social la adquisición de pautas básicas de actuación y manejo de problemas de salud mental para su intervención inmediata y control a mediano y largo plazo, por tal motivo es indispensable que el profesionista conozca los síntomas que caracterizan la enfermedad del paciente, las cuales deben ser tomadas en cuenta en el momento de llevar a cabo una entrevista con el paciente.

La cantidad y calidad de apoyo sociofamiliar que el individuo recibe repercute en su resistencia a la enfermedad y en su capacidad de recuperación, por lo cual se debe iniciar un proceso de sensibilización de los familiares, los cuales muchas veces desconocen, las características de la enfermedad del

paciente, y la manera de tratarlo o de relacionarse con él, con las limitaciones propias que trae consigo la enfermedad.

El Trabajador Social debe valorar los factores sociales de todo tipo que inciden en el desencadenamiento o desarrollo de la enfermedad mental.

Es un hecho comprobado que la actitud que la sociedad en general adopta ante el enfermo mental –de tolerancia, rechazo, miedo o ansiedad– acaba teniendo una importancia decisiva en el curso evolución e incluso el pronóstico de la enfermedad.

Entra en el campo del Trabajador Social ayudar a la población a superar sus miedos y brindar apoyo a la familia, quien en muchas ocasiones vive de distintas maneras el rechazo de la sociedad, el profesionalista debe estar preparado y capacitado para brindar atención individual en momentos de crisis.

El trabajo con grupos representa otro de los conocimientos necesarios que debe tener el profesionalista que se encuentre en esta área, conformando grupos, se puede brindar la atención a las necesidades expresadas por los familiares. El conocimiento de técnicas grupales, las cuales pueden ser utilizadas con distintos objetivos, son de gran utilidad en el trabajo con grupos, el trabajador social debe escoger la más adecuada en las intervenciones con los grupos de acuerdo al objetivo que se persiga.

La elaboración, aplicación y evaluación de proyectos de intervención tomando en cuenta las características de la población, es una actividad fundamental del trabajador social, el cual debe ser capaz de sistematizar los datos que se obtengan con la realización de estas actividades, a fin de perfeccionar los proyectos, evaluar las actividades que estén funcionando o las que no, para descartarlas.

4.2. Trabajo Social de grupos.

Como ya se ha visto el hombre es un ser social que depende en gran medida de sus semejantes para lograr un desarrollo integral.

Yolanda Contreras, expone "el método de grupos fija su atención en el individuo para orientarlo a obtener el máximo de sus posibilidades sociales". A continuación se presentará una breve reseña del trabajo realizado por diferentes hombres, el cual forma parte de los orígenes del Trabajo Social de Grupos, para realizar esta reseña se tomó como base el libro de Yolanda Contreras "Trabajo Social de Grupos".

Orígenes del método.

Se comenzó a trabajar con grupos con intención educativa y social, mucho tiempo antes de que Trabajo Social de grupos fuera definido como un método profesional, con técnicas y objetivos propios.

La práctica del Trabajo Social nació, en el llamado "humanismo" el cual influyó en el movimiento organizador de la caridad, creando una conciencia de ayuda en la clase trabajadora, no solo cuando este estuviera enfermo o desvalido, sino también para que se recreara y compartiera con amigos en ambientes adecuados durante su tiempo libre.

Periodo pre-científico.

Los primeros antecedentes se encuentran en el siglo XIX, en la revolución industrial. Un grupo de idealistas, inspirados en propósitos altruistas, organizaron algunos movimientos de ayuda dirigidos a ciertos grupos, naciendo estos en Inglaterra por haber sido el país que más sufrió en el cambio económico y social producido por la industrialización.

La estructura social basada hasta entonces en la familia y en la división del trabajo sencillo, desapareció. Antes del maquinismo el individuo actuaba en función de la familia e influenciado por ella; después se tiene que enfrentar con otros hombres colocados ante la misma necesidad económica. La ayuda mutua

que existía entre ellos desaparece, y la comunidad y su influencia disminuye considerablemente de vitalidad.

Dentro de la época del maquinismo nace una nueva clase social; el proletariado, la masa campesina sin tierras y el artesanado, provocando problemas de desadaptación personal y social.

Algunos hombres tomaron conciencia sobre la situación y necesidades de los individuos y trataron de darles solución.

- Don Bosco, sacerdote de la orden de los salesianos, fue el primero que reconoció el valor de la vida en grupo y la recreación como medio de educación.
- Jorge Williams, Asociación Cristiana de Jóvenes, intentó solucionar algunos problemas de la realidad social reuniendo a sus compañeros de trabajo con el fin de conquistar "Almas para Cristo".
- Samuel Barnett creó los centros recreativos para las personas que contaban con tiempo libre, su obra no estuvo basada en ninguna técnica, solo en el ambiente de amistad que en la institución existía.
- Clubes de niños, fundados en Inglaterra donde se atendía a niños y jóvenes de 8 a 20 años, las actividades eran después de las horas de clase, en las noches y en las vacaciones, trataba de brindar una recreación sana y constructiva.
- General Baden Powell Scouts, 1908 creó un grupo con la intención de atender a los hijos de la clase trabajadora, que debido al trabajo de sus padres y a deficiencias de orden económico y social, quedaban sin dirección educacional ni moral adecuada.

Estos personajes, así como las instituciones que crearon no nacieron con el propósito de hacer Trabajo Social con Grupos, pero llegaron a ello.

Periodo científico.

En las instituciones se comenzó a escuchar el término "Trabajadores Sociales de Grupo" para designar a las personas que trabajaban con grupos. Se contempló la necesidad de mejorar la prestación de servicios sociales individuales, surgiendo la idea de utilizar al grupo como vehículo de solución.

Con base en las experiencias del período pre-científico y con el desarrollo de teorías de otras disciplinas, se comenzó a dar importancia al manejo y a la conducta de pequeños grupos.

A partir de 1934 se inicia el movimiento tendiente a definir la técnica y objetivos de esta forma de trabajo. Su resultado fue llegar a señalarlo como susceptible de ser adoptado por los profesionales de Trabajo Social.

Para comprender esta segunda etapa se parte de la experiencia de Slavson, Lieberman y Newstetter.

Slavson, inició en 1912 organizando clubes para la clase trabajadora; se proponía educar entreteniéndolo y ofreciendo oportunidad de desarrollo de la personalidad a través de la participación en grupos.

Se dedicó al trabajo con niños. Fomentó la libre expresión ya que entendía que las relaciones cara a cara activan los procesos intelectuales y emocionales, estableciendo actitudes que socializan al individuo, se considera a Slavson el primer humanista que creó la teoría de Trabajo Social de Grupos.

En 1916 conoce a Lieberma, el cual tenía experiencia en la organización de sindicatos. Ambos compartían interés por la clase trabajadora y por ideas renovadoras en el campo de la educación, lo que los llevó a experimentar en la organización de campamentos de verano, los cuales eran de asociación voluntaria.

Lieberman centra su método en la acción formativa de la personalidad a través de experiencias grupales, considera al Trabajador Social un líder cuya función es contribuir al desarrollo de la personalidad del individuo. Al grupo lo denominó "club" y este tiene una meta social: trascender a la comunidad.

Slavson, explicó el proceso y técnica del trabajo del grupo, su interés por los niños lo llevó a ocuparse de aquellos que presentaban problemas de conducta y creó una técnica para abordarlos a través de la vida de grupo, llamándolo grupo terapéutico.

Newstetter fue el primero que enlaza la experiencia de psicología social experimental del Trabajo Social de Grupos, en este periodo la recreación era un fin, estaba centrado en el individuo, el Trabajador Social diseñaba el programa como representante de una institución.

En 1928 la Universidad de Cleveland Ohio en la escuela de ciencias sociales aplicadas, se incluyó como especialización el trabajo de grupo.

En 1936 se realizó la Conferencia Nacional de Servicio Social, en Montreal, fundándose la Asociación Americana para el estudio del Trabajo Social de Grupo, la cual terminó por declararlo método profesional del Trabajo Social.

De esta manera se considera que el Trabajador Social de Grupos requiere de determinados conocimientos y habilidades, especialmente en procedimientos y técnicas de formación y organización.

Yolanda Contreras expone una definición de Trabajo Social de Grupos, la cual será retomada para fines de esta investigación.

“Es un método de educación socializante, en el que se refuerzan los valores del individuo, ubicándolo en la realidad social que le rodea para promover su cooperación y responsabilidad en una acción integradora en el proceso de desarrollo”¹⁶.

Este concepto es retomado por la importancia que le designa al proceso de educación del individuo partiendo de una realidad, a la cual debe enfrentarse de manera activa y conciente, a través de la participación grupal.

¹⁶ Yolanda Contreras “Trabajo Social de Grupos” Ed. Pax México, P.18

Por lo tanto el Trabajo Social de Grupos es un instrumento esencial en la motivación y educación social de los individuos, puede ser utilizado para implementar medidas preventivas, rehabilitatorias, promocionales o correctivas.

Yolanda Contreras propone una clasificación de grupos que a continuación se presentará, la cual fue utilizada para identificar al grupo formado para el Taller "Relaciones Familiares"

1.- Grupos primarios y secundarios.

Son los que forman la naturaleza social, caracterizados por una asociación y cooperación íntima, la relación en este tipo de grupos es personal, ya que surge de una comunicación continua. Los roles y status configuran una estrecha estructura de interrelaciones; son informales y duraderos, de ahí su influencia. Las normas son aprendidas, reforzadas y practicadas. Un grupo primario es la familia, donde se encuentran las características de los que llegarán a ser en la vida adulta los miembros que la forman.

Generalmente, el segundo grupo en que actúa el niño es el de juegos, con frecuencia en relación con otros compañeros de su edad que habitan la misma zona comunal. Este grupo secundario está caracterizado por una relación funcional en base a un interés específico, el que al perderse o terminarse lleva a la disolución. A veces su duración es breve. Suelen ser formales y estar inmersos en la sociedad moderna.

2.- Grupos según su forma de integración.

Grupo natural o espontáneo. Se forma sin que nadie lo motive, resulta homogéneo en edades e intereses. Su vinculación es afectiva y su tendencia es cerrada

Grupo obligatorio. Es al que el individuo pertenece por voluntad ajena o por circunstancias diversas. Son heterogéneos y su estabilidad se mantiene por estrecho control normativo impuesto por un jefe, el de la escuela o el área de trabajo.

Los grupos naturales y los obligatorios no están determinados por la voluntad del individuo, ni por un programa especial.

3.- Grupos motivados.

Los miembros participan con base en un objetivo determinado o varios sugeridos, los miembros de estos grupos ingresan debido a la búsqueda de la aprobación, por el prestigio social, por el seguimiento de un jefe o un interés personal.

4.- Grupos preformados.

Los miembros se conocen entre sí, estando unidos afectivamente antes de constituir un grupo, el líder es electo por prestigio, que es el que lo integra y el que asegura la permanencia de una estructura que da la seguridad.

5.- Grupos formales e informales.

Estos se estructuran o forman por normas compartidas con respecto a objetivos materiales, de los miembros, comunidad e institución. Las normas están determinadas antes del ingreso de los socios; por ello su conducta ya está señalada, los roles están prescritos, la seguridad está determinada por reglamentos, estatutos, etc.

Grupo informal. En este tipo de grupos cada miembro actúa como desea, con libertad y bajo su propia individualidad.

6.- Grupos organizados y desorganizados.

Grupos organizados. Existe una división de trabajo para procurar una meta productiva en los que se establecen posiciones y roles, asumiendo cada miembro un papel especializado en función de socios. Cada uno es parte solidaria de la estructura, depende de los otros y estos de él.

Grupos desorganizados. Son aquellos en los que cada uno asume roles independientemente del otro, no existe división de trabajo. No es productivo debido a su estructura.

7.- Grupos abiertos y cerrados.

Grupo abierto. Es flexible, permite el ingreso y salida de los miembros; esto último ya sea abandonando el grupo y la actividad definitivamente, o para pasar a otro.

Grupo cerrado. En este se ofrece resistencia al cambio de participantes, no desea recibir nuevos miembros para conservar prestigio y poder o por temor a cambios.

8.- Grupos voluntarios.

En este se participa por el agrado de concurrir, por simpatía por la persona que los forma y por sus miembros, o por deseo de colaborar en las actividades a que se dedican. La concurrencia libre y voluntaria que se produce entre ellos ofrece oportunidades educativas a las personas que forman parte de tales grupos. Los grupos voluntarios se subdividen en:

- Grupo de cultura homogénea. Son formados por personas de condición cultural y social semejante.
- Grupos de intereses homogéneos o especializados. Reúnen a personas de distintas actividades culturales y sociales, agrupadas por un interés común o por una especial actividad.
- Grupo de múltiples actividades. Están formados por asociación voluntaria y el objeto de ellos es estar juntos y desarrollar diversas actividades, aun cuando haya generalmente una a la que dan preferencia para establecer la unidad en el programa de trabajo.
- Grupos terapéuticos. Son asociaciones voluntarias motivadas. Sus participantes son generalmente del mismo sexo y es necesario que exista entre ellos cierta similitud en relación con el problema que les afecta.
- Grupos según el sexo. Masculinos, femeninos o mixtos.

Como se mencionó anteriormente, para poder llevar a cabo la presente investigación, se formó un grupo con los familiares de pacientes psiquiátricos, de ahí la importancia de presentar que es el Trabajo Social de Grupos y conocer como se desarrolló a través de los años, hasta llegar a conformarse en un instrumento organizado, de gran utilidad para la profesión.

CAPÍTULO V
TALLER DE
SENSIBILIZACIÓN

5.1 Taller de sensibilización acerca de la comunicación.

Al presentarse una enfermedad psiquiátrica los miembros de la familia asumen cambios de responsabilidades, la separación del paciente del entorno familiar durante el ingreso al hospital, genera algunas variaciones en las rutinas familiares y sobre todo surgen problemas de comunicación.

Algunos familiares se sienten desbordados por las demandas del enfermo y sienten, como consecuencia de ello, rechazo, que puede manifestarse como ira, cansancio, o actitudes agresivas. A veces estos sentimientos se expresan verbalmente, produciendo después sentimientos de culpa, pero hay otras ocasiones en que estos sentimientos no son expresados verbalmente, creando con ello un ambiente familiar cargado de tensión que dificulta la interacción de los miembros.

El hecho de que cada uno de los miembros de la familia comparta sus sentimientos detona la unión en el grupo familiar y en el paciente, generando así un beneficio que se extiende a las relaciones que tiene cada miembro de la familia.

Los capítulos antes presentados nos permiten tener una idea integral de la reestructuración que viven los familiares de pacientes psiquiátricos, tomando en cuenta los problemas de comunicación que surgen se observa indispensable la intervención de Trabajo Social, por lo cual se crea el Taller de "Relaciones Familiares", el cual responde al siguiente objetivo:

Contribuir a la sensibilización de los familiares de pacientes psiquiátricos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, respecto a la importancia de la comunicación de sentimientos y emociones.

Este estudio tiene la siguiente hipótesis:

Al asistir a un taller de sensibilización sobre comunicación, los familiares de pacientes psiquiátricos

reconocerán la importancia que tiene la comunicación de los sentimientos y emociones en la familia.

- Variable independiente: Taller de sensibilización acerca de la comunicación.- Serie de ocho sesiones, con duración de 30 minutos cada una, para proporcionar asesoría y realizar actividades sobre la comunicación,
- Variable dependiente: Reconocimiento de la importancia de la comunicación de los sentimientos y emociones en la familia, por parte de familiares de pacientes psiquiátricos que acuden al INNN

Metodología

El estudio se realizará con un esquema pre-experimental de investigación, en el que se medirán los efectos de la variable independiente en la variable dependiente.

Para este fin el universo de estudio está constituido por los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN.

La muestra de trabajo será del 50% de estos familiares, un grupo integrado por 15 individuos, que serán captados por muestreo no probabilístico incidental.

El estudio cubrió las siguientes fases:

1. Integración de Marco Teórico.
2. Integración de la muestra, mediante registro de participantes voluntarios.
3. Medición previa sobre el nivel de conocimientos y sensibilización de los familiares, respecto a la comunicación de sentimientos y emociones. (pre test); este se realizará con un instrumento cerrado, el cual será complementado con una entrevista abierta.
4. Desarrollo del taller de sensibilización para acerca de la importancia de la comunicación.
5. Aplicación de instrumento de medición de los efectos del taller (postest) y entrevista.

6. Análisis cuantitativo y cualitativo de resultados.
7. Integración de la tesis y el reporte de investigación

5.1.1. Descripción del Taller de sensibilización.

Con base en el objetivo antes mencionado, se plantea el Taller con los siguientes límites:

El universo de trabajo: Serán los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Tiempo: Nueve sesiones totales, impartiendo dos sesiones por semana, los días martes y jueves de 14:00 á 15:00 horas, este horario fue elegido ya que el horario de visita del Instituto es de 15:00 – 17:00 horas, y dado que los familiares provienen de distintas zonas del D.F. y área metropolitana, es más cómodo para ellos llegar una hora antes de la visita.

Espacio: Salón de usos múltiples del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

El Taller se enfoca en los siguientes temas:

- Comunicación.
- La familia del paciente psiquiátrico.
- El duelo.
- Sentimientos dolorosos, reacciones emocionales.
- Actitudes positivas.
- Autoestima.

Para cada tema programado en las sesiones se diseñaron objetivos específicos, encaminados a conseguir el objetivo general, los objetivos específicos por sesión son los siguientes:

- Sesión 1 Presentación, evaluación.

Que los asistentes conozcan la investigación que se está realizando, el objetivo de ésta y el temario del taller.

Aplicar a los asistentes el instrumento de evaluación (pretest).

- Sesión 2 Comunicación.
Conocer el concepto que los asistentes tienen sobre comunicación
Orientar a los asistentes respecto a la importancia de la comunicación al interior de la familia.

- Sesión 3 La comunicación.
Orientar a los asistentes sobre la importancia que tiene la comunicación en la familia.
Mostrar la necesidad y conveniencia de la comunicación entre los miembros de la familia para formar redes de apoyo.

- Sesión 4 La familia del paciente psiquiátrico.
Que los asistentes reconozcan las repercusiones objetivas que se presentan al tener un paciente psiquiátrico hospitalizado.
Analizar la importancia de la comunicación para lograr la colaboración de los miembros de la familia de un paciente psiquiátrico.

- Sesión 5 Duelo anticipatorio.
Que los asistentes reconozcan lo que es el duelo anticipatorio y su manejo.
Que los asistentes reconozcan la importancia que tiene la comunicación en la familia al vivir un duelo.

- Sesión 6 Duelo y su manejo.
Que los asistentes conozcan lo que es el duelo, sus etapas y lo vinculen con su vida cotidiana.
Orientar a los asistentes respecto a la importancia de la comunicación entre los miembros de la familia al vivir alguna de las etapas del duelo.

- Sesión 7 Sentimientos dolorosos, reacciones emocionales.
Que los asistentes identifiquen las reacciones emocionales y los sentimientos dolorosos que se han presentado en los miembros de la familia al tener un

familiar psiquiátrico hospitalizado, y la manera en que han comunicado estos sentimientos.

- Sesión 8 Actitudes positivas.

Que los asistentes identifiquen las actitudes generalmente positivas para enfrentar los cambios que se producen en la familia y como la comunicación es fundamental para brindar apoyo al enfermo y a los miembros de la familia.

- Sesión 9 Autoestima, evaluación.

Que los asistentes conozcan lo que es la autoestima, y como esta se reconstruye a lo largo de la vida.

Que los asistentes identifiquen la importancia de la comunicación para la construcción de la autoestima.

Aplicar a los asistentes el instrumento de evaluación (postest).

Para el tema elegido en la sesión seis y siete se buscó el apoyo de una profesional en área, la cual es Trabajadora Social del Instituto especialista en Tanatología María del Refugio Durán, quien acepto participar en el Taller exponiendo estos temas.

A continuación se presenta el cronograma del Taller “Relaciones Familiares”, el cual contiene la fecha programada para cada tema, así como el número de sesiones designadas a cada uno.

Cronograma Taller Relaciones Familiares 2003

Fecha Tema	23 Sep	25 Sep	30 Sep	2 Oct.	7 Oct	9 Oct	14 Oct	16 Oct	21 Oct
Presentación, evaluación									
Comunicación.									
Familia del paciente psiquiátrico.									
Duelo.									
Sentimientos dolorosos, reacciones emocionales									
Actitudes positivas.									
Autoestima, evaluación.									

Como se puede observar el Taller fue programado para iniciar el día 23 de septiembre de 2003, sin embargo la difusión del Taller comenzó desde el 8 de septiembre de 2003, para llevar a cabo ésta se diseñaron carteles los cuales fueron pegados en el área de Trabajo Social de psiquiatría, el 18 de septiembre

de 2003, fueron colocadas invitaciones en cada una de las camas del área de psiquiatría, cabe mencionar que Trabajo Social pega los citatorios en las camas del área para informar a los familiares que es necesaria su presencia en el área, en el anexo 2 se muestra una copia del cartel y la invitación.

Para llevar a cabo la sistematización del Taller, así como su evaluación se diseñó un instrumento que permitiera recopilar la información para poder realizar posteriormente la evaluación, también fue diseñado un formato para las crónicas de cada sesión, en este caso no se contaba con observador por tal motivo fue necesario grabar en audio las sesiones, esto se realizó con el consentimiento de los asistentes. En el anexo 1 contiene la carta de consentimiento informado, en la cual los asistentes autorizan la publicación de la información que proporcionaron respetando el anonimato, así como un instrumento de evaluación. El anexo 3 contiene las crónicas de cada una de las sesiones.

5.1.2 La experiencia de aplicación del Taller “Relaciones Familiares”

Como se mencionó anteriormente el Taller fue programado para iniciar el día 23 de septiembre de 2003, sin embargo esto no fue posible; el primer contratiempo que se presentó fue con el espacio designado, el salón de usos múltiples del Instituto no estaba disponible, pese a que se solicitó con un mes de anterioridad, por tal motivo se decidió llevar a cabo la primer sesión del Taller en la sala de espera del área de neuropsiquiatría, el segundo contratiempo y el más importante fue la falta de asistentes, ninguno de los familiares se presentó a la cita.

Dada esta circunstancia se acudió al área de neuropsiquiatría en donde aún se encontraban pegadas las invitaciones al Taller, lo cual nos indica que los familiares no los vieron, se procedió a asistir a la hora de visita y hablar con los familiares que asistieron, invitándolos a participar en el Taller el día 25 de septiembre, y se pegaron citatorios en las camas de todos los pacientes.

El día 25 de septiembre ya se contaba con el espacio autorizado, sin embargo la situación se repitió, ningún familiar se presentó al Taller, por tal

motivo se pospuso el inicio del Taller para el día 2 de octubre, y se inició una campaña de propaganda del Taller en todo el Instituto.

Para promocionar el Taller se pidió autorización en el Instituto para pegar los carteles en todas las áreas de Trabajo Social, en el área de neuropsiquiatría, en la cafetería del Instituto, a partir del día 25 de septiembre se acudió al área en el horario de visita a invitar personalmente a los familiares para que acudieran al Taller, se les informó que en la cama de sus familiares encontrarían citatorios y una invitación a este, el Departamento de Trabajo Social brindó su ayuda entregando una invitación al Taller a los familiares de nuevo ingreso del área de neuropsiquiatría. A través del conmutador se invitaba a participar a los familiares de pacientes psiquiátricos al Taller, esta invitación se hacía a las 13:30 y a las 13:45 los días martes y jueves con la finalidad de que si algún familiar se encontraba por algún motivo en el Instituto asistiera al Taller antes de la visita. Todos estos procedimientos se llevaron a cabo durante toda la duración del Taller.

El día dos de octubre de 2003, a las 14:00 horas, inició el Taller de "Relaciones Familiares", el cual tuvo una asistencia en la primer sesión de cinco personas, asistencia que fue muy variada durante el transcurso de las sesiones, como se observará más adelante; dadas estas circunstancias la programación inicial de los temas sufrió modificaciones.

Dado lo fluctuante de la población se tomó la decisión de cambiar todo el cronograma quedando de la siguiente manera:

- Sesión 1, en ésta se aplicó el instrumento de evaluación, y se inició con el tema de comunicación.
- Sesión 2, la Trabajadora Social especialista en Tanatología habló sobre duelo anticipatorio.
- Sesión 3, se presentó a los asistentes el tema del duelo y sus etapas.
- Sesión 4, se continuó con el tema de comunicación.
- Sesión 5, se habló sobre los cambios que se presentan en las familias al tener un paciente psiquiátrico y las reacciones emocionales de los miembros.

- Sesión 6, Se habló sobre autoestima y comunicación, y las actitudes positivas que presentan algunos miembros de la familia al enfrentar un problema.
- Sesión 7, aplicación de instrumento de evaluación, tema comunicación y autoestima.
- Sesión 8, los cambios que se presentan en la familia al tener un paciente psiquiátrico, duelo y las reacciones emocionales.
- Sesión 9, aplicación de instrumento, para esta sesión la cual era la última del Taller se retomaron todos los temas haciendo una síntesis de lo antes visto.

Como se puede observar dadas las condiciones que se presentaron con la población el Taller fue dividido en dos partes en las primeras seis sesiones se abordaron los temas programados, y a partir de la séptima sesión estos temas se retomaron, sintetizándolos en tres sesiones.

Las fechas programadas inicialmente para el Tema de duelo fueron respetadas, tomando en cuenta que la coordinación de estas sesiones estaría a cargo de la Trabajadora Social del Instituto, a la cual le fue imposible cambiar estas fechas ya programadas con anterioridad.

Aunque en la segunda parte del Taller no fue posible la asistencia de la Trabajadora Social para que hablara sobre el tema, este fue expuesto, dada la importancia del tema para los asistentes.

A continuación se presentará un análisis sobre el Taller, el cual tiene como base las crónicas de las sesiones, esto nos presentará un panorama de la dinámica grupal que se desarrolló en este. Para poder realizar este análisis se tomarán en cuenta las siguientes categorías e indicadores:

❖ Coordinación.

- Eficacia: entendiéndola como la consecución de los objetivos previstos, las crónicas nos permitirán analizar si el objetivo planteado en un inicio se cumplió o no.

- Conocimiento del tema: se evaluará si la coordinadora tuvo conocimiento del tema de la sesión y capacidad para relacionar cada caso con teoría y ejemplificación de la vida cotidiana.
- Congruencia: se evaluará si existió o no relación de la actividad realizada con las necesidades de los asistentes.
- Innovación: propuestas de forma o contenido novedosos para la atención del problema.
- Coherencia: secuencia y alcance de los contenidos abordados en el taller.
- Calidez en la atención: manifestación de aprobación y beneplácito o desaprobación por la realización del taller o de los temas abordados en este.
- Pertinencia: entendida como, la realización de la actividad con el perfil de formación del responsable.

❖ **Actividades realizadas.**

- Técnica: es el diseño, el modelo congruente y unitario que se forma con base a diferentes modos, a partir de los cuales pretende que un grupo funcione, sea productivo y alcance metas. La constituyen diferentes y diversos movimientos concretos, con una estructura lógica que le de sentido.
- Ejemplificación: La importancia como resultado didáctico viene determinada por el valor de la intuición y por la especial relevancia que hoy se concede al método inductivo. Por otra parte, los contenidos instructivos se elaboran, inicialmente, a partir de una realidad concreta que constituye una muestra de la realidad más amplia. Los parámetros para este indicador serán: capacidad para relacionar el tema con la vida cotidiana, con un conocimiento previo o con una experiencia.
- Instrucciones: de acuerdo al concepto técnico, estas tienen por finalidad orientar a las personas a quienes se dirigen y proporcionar las indicaciones

precisas para que procedan en cualquier circunstancia con los propósitos de lo que se desea lograr (sea un producto o la organización de un grupo) para ello estas deben ser claras y precisas procurando su entendimiento con un lenguaje sencillo.

❖ Temas abordados.

- Conocimiento previo: si los asistentes cuentan o no con alguna información referente al tema a tratar.
- Comprensión de los temas: va relacionado con la adquisición de información por parte de los asistentes, de acuerdo con sus mecanismos personales de entenderla y potenciarla.

5.2 Análisis del Taller “Relaciones Familiares” con base en las crónicas de las sesiones.

Paulo Freire nos dice que el quehacer educativo no es un acto de transmisión o de extensión, sistemática, de un saber¹⁷. Una de las preocupaciones del quehacer educativo debe ser la profundización de la toma de conciencia, que se opera en los hombres, cuando actúan, cuando trabajan.¹⁸

En la coordinación del taller se utilizó una educación crítica, promoviendo una comunicación horizontal, a través del diálogo y la crítica, “en la medida en que no fue una transferencia del saber, sino un encuentro de sujetos interlocutores”¹⁹ logrando así una retroalimentación.

Para poder desarrollar y ejecutar el taller fue necesario llevar a cabo una amplia recopilación bibliográfica, que permitiera el manejo adecuado de los temas abordados, esta se llevó a cabo en la biblioteca de la Escuela Nacional de Trabajo Social, en la Biblioteca Central de Ciudad Universitaria, y en Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, buscando también el apoyo de expertos para la exposición de un tema, tal es el caso de la sesión dos y tres en la cual

¹⁷ Freire Paulo “Extensión o Comunicación. La concientización en el medio rural” Siglo veintiuno editores 1973 p.77

¹⁸ Ibid., p.87.

una Trabajadora Social especializada en tanatología asistió para exponer los temas de estas sesiones.

Las crónicas nos muestran cómo la coordinadora tenía conocimiento sobre el tema, así como la capacidad para relacionar la teoría con la vida cotidiana. Esto se puede apreciar en la sesión uno, en la cual después de presentar unas láminas sobre comunicación y reforzar el tema con una técnica, la coordinadora lo relaciona con la vida cotidiana "...existió un intercambio de información por parte de ustedes y por mí, es a esto a lo que se refiere la lámina, en la comunicación debe haber ese intercambio de información en la cual las dos partes actúen para llegar a acuerdos, por ejemplo cuando un médico nos da información sobre nuestro paciente..." (crónica 1)

Buscando conseguir el objetivo planteado se realizaron diversas actividades, la exposición oral de los temas, la ejemplificación de estos relacionándolos con la vida cotidiana y la aplicación de técnicas las cuales fueron programadas con el propósito de:

- 1) Dar paso al tema, promoviendo una discusión o reflexión sobre el mismo y,
- 2) reforzar el tema expuesto, llevando un ejercicio en práctica. Como en el caso de la primer sesión, en la cual se presentó una lámina con una frase de Freire, esta no fue comprendida, por lo que se recurrió a una técnica llamada "Comunicación con preguntas, sin preguntas", la cual ayudó a explicar y ejemplificar la frase antes presentada. (ver anexo, crónica 2)

Cabe señalar que la programación de las técnicas fue en ocasiones rebasada, como en el caso de la sesión 8, al inicio de esta se utilizó una técnica llamada "rompecabezas" programada para seis personas, a esta sesión asistieron once personas, por lo cual los equipos estuvieron integrados por tres o cuatro personas, para finalizar esta técnica se tenía que armar un rompecabezas el cual estaba dividido en tres partes, esto no fue posible realizarlo, en cambio en la sesión cuatro, donde asistieron tres personas se utilizó la misma técnica, la cual fue finalizada de acuerdo a la programación realizada.

¹⁹ Freire Paulo, loc. cit.

Durante la exposición oral de los temas se utilizaron láminas hechas en hojas de rotafolio, las cuales eran leídas por la coordinadora durante la sesión, los comentarios de los asistentes eran rescatados en hojas de rotafolio, cuando esto era posible. Después de la exposición del tema si algún asistente hacía una pregunta respecto a lo expuesto, ya que no había quedado claro, se explicaba utilizando un ejemplo, cumpliendo con lo que Paulo Freire, menciona al respecto:

"Cuando un educado le hace una pregunta, rehace, en la explicación, todo el esfuerzo cognoscitivo anterior. Rehacer este esfuerzo no significa, con todo, repetirlo tal cual, sino hacerlo de nuevo, en una situación nueva, en que nuevos ángulos, antes no aclarados, se le pueden presentar claramente, o, se le abren caminos de acceso al objeto"²⁰

Respecto a las instrucciones para realizar las técnicas, de acuerdo a las crónicas analizadas, se considera que estas siempre fueron dadas de forma clara, ya que no se presentan cuestionamientos para realizar la actividad. En la sesión cinco al comenzar la actividad, se realizaron preguntas con respecto a las instrucciones dadas al inicio, sin embargo esto se atribuye a la dificultad para llevar a cabo la actividad (crónica 5)

En el caso de la ejemplificación, esta siempre fue enfocada a la vida cotidiana, tomando en cuenta las características de la población que en ese momento se presentaba, tal es el caso de la sesión dos, después de hablar sobre la importancia que tiene la comunicación y el estar informados, se relacionó el tema con la importancia que tiene el estar informados para poder ayudar al paciente (crónica 2)

Por parte de los asistentes fue enfocada a su vida familiar, como en el caso de la sesión uno, en la cual se habló sobre la importancia de la comunicación, la coordinadora relacionó el tema con el médico y el paciente, la señora Marlene lo lleva a su casa mencionando "en la casa cuando hay algún problema debemos escuchar a la otra parte, no quedarnos solo con nuestra opinión, si escuchamos a los otros..." (ver crónica 1)

²⁰ Freire Paulo. op. cit. p. 91.

En la sesión siete se habló sobre autoestima y comunicación, al finalizar se pidió a los asistentes algún ejemplo, Edith proporcionó uno, utilizando de referencia su propia familia "Cuando a nosotros como hijos nos comparan, es que tu hermano es así y tu no..." (crónica 7)

Con estos comentarios por parte de los asistentes se lleva a cabo lo que Freire explica de la siguiente manera: "Y cuanto más se vuelve críticamente hacia sus experiencias pasadas y presentes, en y con el mundo, que ven mejor ahora que lo reviven, se dan cuenta de que este no es para los hombres un callejón sin salida, una condición inamovible que los amenaza"²¹

Al observar que los asistentes proporcionan ejemplos relacionados con su vida cotidiana nos muestra la congruencia que existió entre los temas abordados y las actividades realizadas con la necesidad de los asistentes.

La temática abordada durante la realización del Taller mostró ser coherente ya que todos los temas, que estaban relacionados entre sí, respondían al objetivo planteado.

Los asistentes mostraron aprobación por la realización del Taller o los temas abordados. Esto se puede observar en la sesión cinco, en la cual el señor Víctor mencionó "es el primer día que vengo y no puedo asistir a las sesiones... hoy hice un esfuerzo para estar aquí, yo se que es importante, pero no puedo venir siempre..." (crónica 5). En otra sesión Ma. Pilar comentó "mi hermana vino la vez pasada y me dijo que asistiera porque era muy importante, porque aquí sensibilizaban a los familiares...". Durante la misma sesión Roberto comentó "... para mí una observación estas pláticas de apoyo a la familia y al enfermo deben ser obligatorias... porque es muy importante estar informados y entre más comunicación haya entre el equipo de salud y la familia...", Marlene mencionó "...yo estaba muy mal y recibí una gran ayuda tanto de Trabajo Social, como de los médicos, le puedo decir que fue un tratamiento no solo del paciente, también de nosotros" (crónica 9). Se debe destacar que Roberto y Marlene fueron de los asistentes más continuos al Taller.

²¹ Freire Paulo, op. cit., p. 97.

De esta manera concluye el Taller Relaciones Familiares, a continuación se presentará un análisis de la información obtenida a través del instrumento.

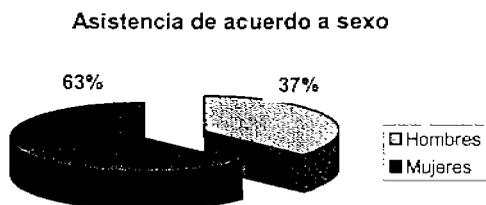
En la sesión 7 del Taller se presentó un contratiempo con el espacio destinado para realizar el Taller, por lo cual se tuvo que cambiar de aula, esto implicó que los asistentes se retrasaran puesto que andaban buscando el aula, sin embargo se recibió el apoyo de las trabajadoras sociales del Instituto quienes acompañaron a los familiares hasta el lugar en donde se desarrollaba el Taller, los asistentes no mostraron enojo por este contratiempo, al contrario se interesaron por conocer el lugar en donde normalmente se desarrollaba el Taller.

5.3 Análisis cuantitativo de la información

Asistentes al Taller

Al taller “Relaciones Familiares” asistieron en total 38 personas. La gráfica “A” presenta la asistencia al taller de acuerdo al sexo de los participantes, que mayoritariamente fue femenino, sumando un total de 24 (63% aproximadamente).

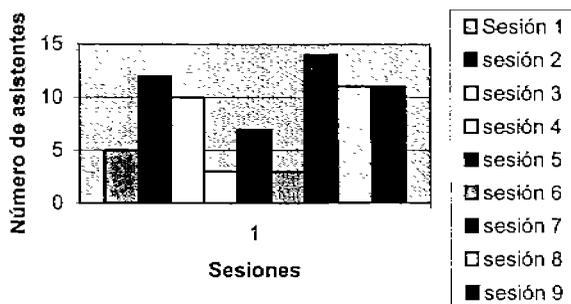
Gráfica A



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Es pertinente señalar, que dada la naturaleza fluctuante de la población que acude a los servicios de neurología y neurocirugía, la asistencia gráfica era irregular. De esta manera, los asistentes no fueron los mismos, la gráfica “B” muestra el número de asistentes por sesión.

Gráfica B



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Como se puede observar en esta gráfica el mínimo de asistentes al taller fue de tres personas, presentándose esta población en dos sesiones del Taller, en la sesión cuatro y en la sesión seis, el máximo de asistentes fue de catorce, en la sesión siete.

El cuadro 1 muestra a los asistentes al taller, así como las sesiones en las que se presentaron cada uno, es importante mencionar que los nombres presentados en el cuadro fueron cambiados para preservar el anonimato de los participantes.

Cuadro 1
Lista de Asistencia a las sesiones del Taller

Nombre	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Emilio	2	*	*							
Rita	2	*	*							
Roberto	6	*	*	*		*		*		*
Marlen	6	*	*	*				*	*	*
Laura	1	*								
Adriana	1		*							
Joice	1		*							
Nohemi	4		*	*	*			*		
Miguel	2		*	*						
Alejandro	2		*	*						
Gabriela	1		*							
Karla	6		*	*	*	*	*	*		
Silvia	3		*	*		*				
Ana	3			*	*	*				
Paulina	1			*						
Rigoberto	1			*						
Mitzi	1					*				
Víctor	1					*				
David	3						*		*	*
Karina	1						*			
Magalli	1							*		
Juan	2							*	*	
Edith	2							*	*	*
Nadia	3							*	*	*
Ezequiel	1								*	
Ángel	1								*	
Carolina	2							*	*	
Jessica	2							*	*	
Patricia	2							*	*	
Armando	3							*	*	*
Fernando	1								*	
Lucía	1								*	
Santos	1									*
Gema	1									*
Pilar	1									*
Ma. Pilar	1									*
Osiris	1									*
Enrique	1								*	
Total	75	5	12	10	3	6	3	14	11	11

Fuente: Lista de Asistencias tomada durante las sesiones del Taller

Como se puede observar en el cuadro 1, a una sola sesión asistieron veinte personas, a dos sesiones asistieron nueve personas, a tres sesiones asistieron seis personas y por último a seis sesiones asistieron tres personas.

Debido a lo fluctuante de la población el Taller originalmente planeado para nueve sesiones se redujo a seis sesiones, en la sesión siete, ocho y nueve, se retomaron los temas dados en las primeras seis sesiones, a Roberto y Marlene quienes asistieron a las primeras sesiones se les notificó esto, ellos tomaron la decisión de continuar en el taller.

Resultados del pretest

El instrumento de evaluación* se aplicó a 22 personas, como se mencionó antes hubo personas que solo se presentaron una ocasión por lo cual no fue posible aplicarles el instrumento, la sesión nueve fue el día en que más asistentes ingresaron al taller.

Para realizar el instrumento de evaluación se tomó como base un *cuestionario sobre sentimientos de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer*, tomado del libro Familia y Psicología de la Salud, este cuestionario fue modificado de acuerdo al objetivo de la presente investigación.

Los instrumentos de evaluación proporcionaron la siguiente información:

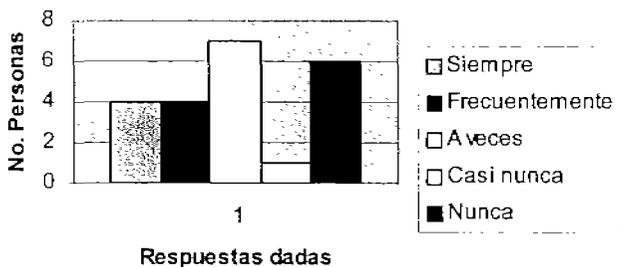
Reactivo 1

1. ¿Siente que su familiar / paciente solicita más ayuda de la que en realidad necesita?

Siete personas contestaron que a veces han sentido esto, seguidas de seis personas que contestaron nunca haber sentido esto. (Gráfica 1)

Gráfica reactivo 1

Gráfica 1



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Como se puede observar en esta gráfica, la mayoría de los familiares sienten o han sentido alguna vez que su familiar/paciente es demandante en situaciones innecesarias de acuerdo a ellos.

Reactivo 2

2. ¿Ha intentado hablar con su familiar/paciente?

Quince personas contestaron que siempre han intentado hablar con él, lo que equivale al 68.1%, seguidas de tres personas que contestaron frecuentemente. (Gráfica 2)

Gráfica reactivo 2



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

* El instrumento de evaluación y la carta de consentimiento informado, en la cual los asistentes autorizan la publicación de la información respetando el anonimato se presenta en el anexo I llamado Cartas e Instrumento.

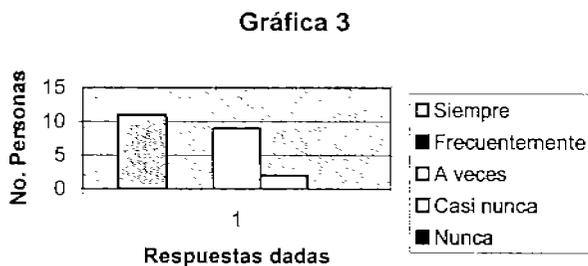
En esta gráfica se observa que todos los asistentes han tratado de mantener algún tipo de comunicación con su familiar/paciente.

Reactivo 3

3. ¿Siente que su familiar/paciente no le escucha cuando habla usted con él?

Once personas contestaron que siempre lo han sentido (50%), seguidas de nueve personas que contestaron que a veces han sentido esto (40.9%). (Gráfica 3)

Gráfica reactivo 3



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

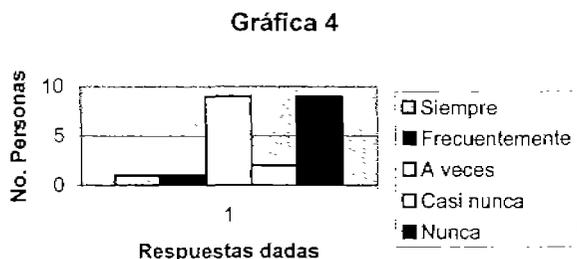
Esta gráfica nos muestra cómo los asistentes al Taller sienten o han sentido alguna vez, que aunque ellos han tratado de comunicarse con su familiar/paciente, éste no responde a este intento de comunicación.

Reactivo 4

4. ¿Siente que debido al tiempo que su familiar/paciente le consume ya no tiene tiempo para usted mismo?

Nueve personas contestaron que a veces han sentido esto, seguidas de nueve más que contestaron que nunca han sentido esto, ambos equivalen al 40.9%

Gráfica reactivo 4



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

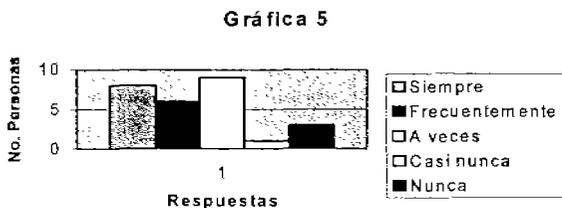
Ésta gráfica nos muestra como los asistentes sienten o han sentido alguna vez que debido a la enfermedad de su familiar/paciente han tenido que reestructurar sus vidas para brindarle atención.

Reactivo 5

5. ¿Se siente con tensión por el hecho de tener que cuidar a su familiar/paciente e intentar cumplir con otras responsabilidades tales como su trabajo y el cuidado con el resto de la familia?

Nueve personas contestaron a veces haber sentido esto (40.9%), seguidas de seis personas que contestaron frecuentemente (27.2%), solo tres personas contestaron nunca haber tenido este sentimiento (13.6%). (Gráfica 5)

Gráfica reactivo 5



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

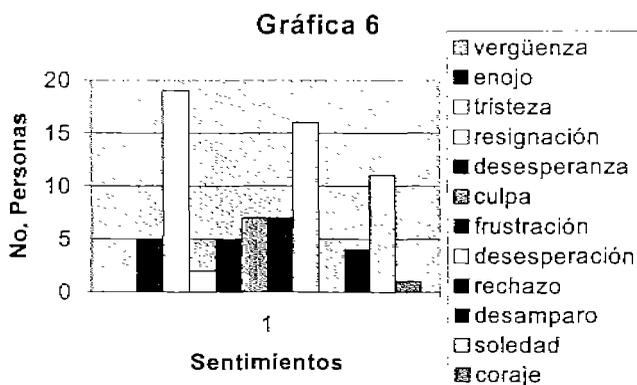
La gráfica nos muestra como la mayoría de los asistentes han sentido o sienten “tensión” puesto que a sus responsabilidades cotidianas ahora se suma el tener que cuidar a su familiar/paciente, lo cual incrementa sus responsabilidades.

Reactivo 6

6. ¿Qué siente usted la mayoría de las veces, con respecto a su familiar/paciente?

En esta pregunta se podía marcar más de una opción. 19 personas marcaron tristeza, seguidas de 16 personas que marcaron desesperación y 11 personas marcaron soledad. (Gráfica 6)

Gráfica reactivo 6



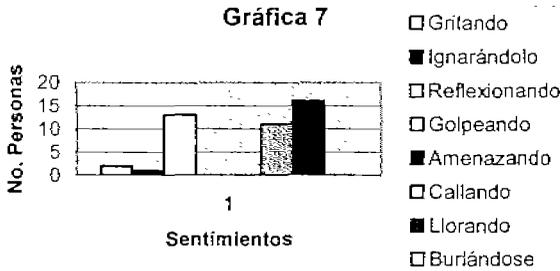
Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Reactivo 7

7. ¿De qué forma expresa usted, la mayoría de las veces, estos sentimientos?

De los entrevistados, 16 personas marcaron *llorando*, seguidas de 13 personas que marcaron *reflexionando*, 11 personas marcaron *callando*, sólo una persona marcó *ignorándolo*.

Gráfica reactivo 7



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

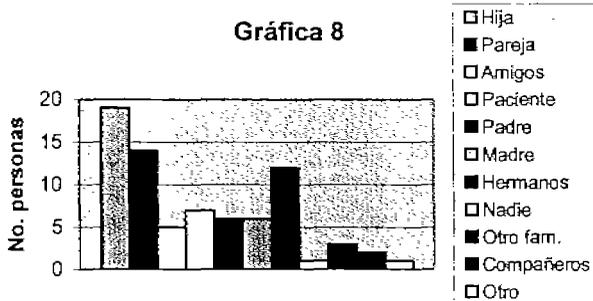
En esta gráfica se puede observar como no existe una adecuada comunicación entre los entrevistados y los demás miembros de la familia.

Reactivo 8

8. ¿Con quién se expresa generalmente de esta forma? (Marque todas las que usted considere)

En este reactivo, 19 personas marcaron con los hijos(as), 14 con la pareja, 12 con los hermanos y 7 con el familiar/paciente.

Gráfica reactivo 8



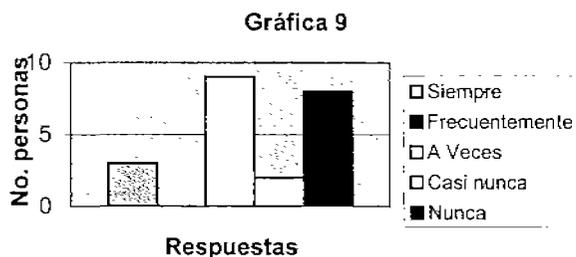
Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Reactivo 9

9. ¿Siente qué su familiar/paciente, en estos momentos, afecta de forma negativa a sus relaciones con otros miembros de su familia o con amigos?

Al respecto, 9 personas contestaron que a veces sienten que su paciente afecta negativamente sus relaciones con otros miembros de su familia o amigos (40.9%), 8 contestaron que nunca han sentido esto (36.3%). (Gráfica 9)

Gráfica reactivo 9



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Se observa como la mayoría de los entrevistados sienten o han sentido que su familiar/paciente afecta de manera negativa a sus relaciones con los demás.

Cuando se preguntó de qué manera, se ven afectadas dichas relaciones, las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

- ❖ Es agresivo y pelea con todos.
- ❖ Psicológica y emocionalmente, sin precisar la conducta específica.
- ❖ Sale a distraerse y si no hace esto tiende a ser agresivo con golpes.
- ❖ Se ha distanciado de su hija mayor.
- ❖ Consideró que estaría en mejor si no tuviera un enfermo.
- ❖ Tiende a ignorar el problema
- ❖ Siente mucha tristeza.

- ❖ Lo aíslan los amigos.
- ❖ Se ha aislado de su familia.
- ❖ Otros miembros de la familia descuidan su núcleo familiar ("Mi cuñado deja a mi hermana para apoyar en la ayuda a mi mamá").
- ❖ Cada vez que avanza la enfermedad mi familia rechaza más al enfermo.

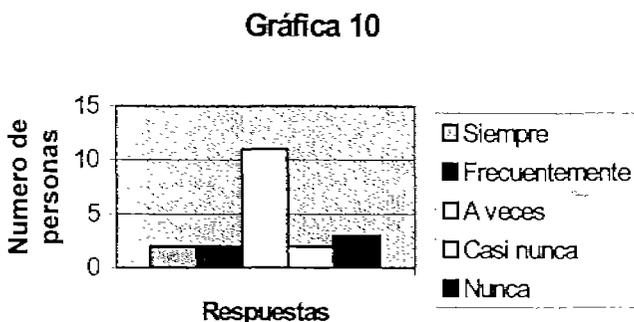
Como se puede observar en las respuestas dadas por los entrevistados, todos mencionan cambios sufridos en las relaciones personales tanto en el núcleo familiar como en el entorno.

Reactivo 10

10. ¿Ha comunicado a alguien que tiene estos sentimientos?

En esta pregunta, 11 personas contestaron a veces (50%), seguidas de 3 personas que contestaron nunca (13.6%) haber comunicado estos. (Gráfica 10).

Gráfica reactivo 10



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Esta gráfica llama la atención debido al alto porcentaje de personas que mencionaron no mantener una comunicación directa y continua con sus familiares o amigos

Reactivo 11

11. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?

En relación a esta pregunta, 11 personas contestaron a veces sentir temor, seguidas de 5 personas que manifestaron tener frecuentemente dicho temor. (Gráfica 11)

Gráfica reactivo 11

Gráfica11



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

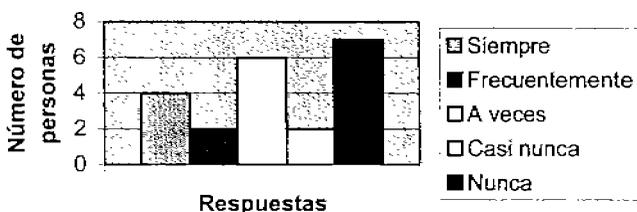
Reactivo 12

12. ¿Ha comentado con alguien este temor por el futuro?

Siete personas contestaron que nunca lo han hecho, 6 personas contestaron a veces haberlo comentado y 4 personas contestaron siempre haberlo comentado. (Gráfica 12)

Gráfica reactivo 12

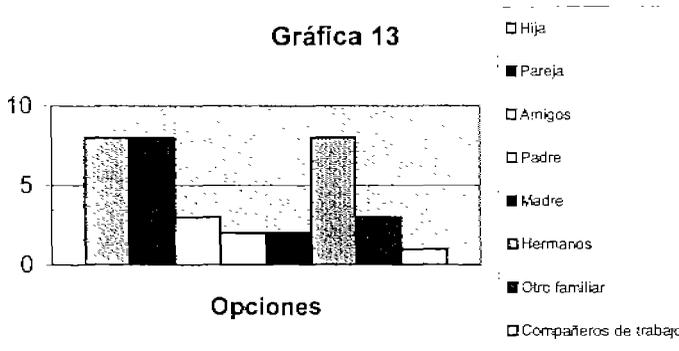
Gráfica 12



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Esta gráfica muestra como el temor sentido por su familiar/paciente no es expresado de forma directa con los demás miembros de la familia.

Respecto a la continuación de la pregunta anterior, referente a con quién ha comentado acerca del temor por el futuro de su paciente, 8 personas mencionaron que lo han comentado con los hijos, 8 personas con la pareja y 8 personas con los hermanos. (Gráfica 13)



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

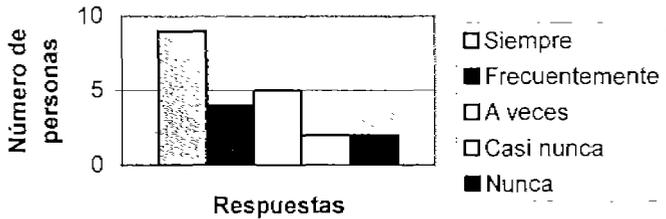
Reactivo 13

13. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?

Con relación a la sensación de dependencia de su paciente, 9 personas contestaron siempre sentir esto, seguidas de 5 personas que contestaron a veces haber sentido esto y cuatro personas contestaron que frecuentemente lo han sentido.

Gráfica reactivo 13

Gráfica 14



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

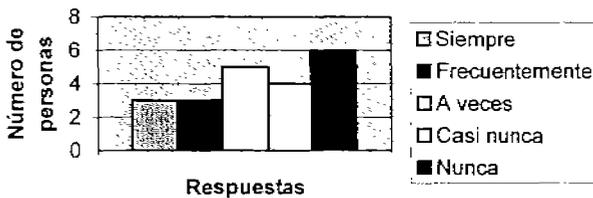
Reactivo 14

14. ¿Se siente agotado por la atención que brinda usted a su familiar/paciente?

6 personas contestaron que nunca se han sentido agotadas, seguidas de 5 personas que contestaron a veces han sentido agotamiento y 4 personas que contestaron casi nunca haberlo sentido. (Gráfica 15)

Gráfica reactivo 14

Gráfica 15



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

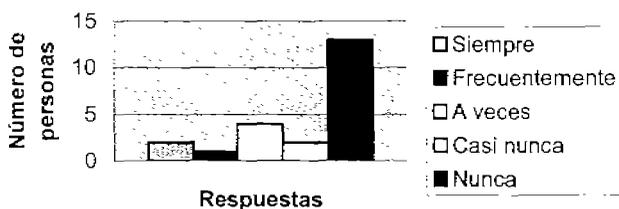
Reactivo 15

15. ¿Se siente incómodo por el hecho de recibir a sus amigos teniendo un familiar/paciente presente?

En esta pregunta, 13 personas contestaron nunca haber sentido esto, 4 personas contestaron a veces sentir esto. (Gráfica 16)

Gráfica reactivo 15

Gráfica 16



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Como se puede observar la mayoría de las personas contestaron no sentir incomodidad al recibir a sus amigos estando su familiar/paciente presente, sin embargo esta respuesta contrasta con las anteriores, puesto que en las otras respuestas se habló de sentir rechazo por parte de amigos y familiares, así como de sentimientos diversos respecto al paciente lo cual permite dudar de la confiabilidad de esta respuesta.

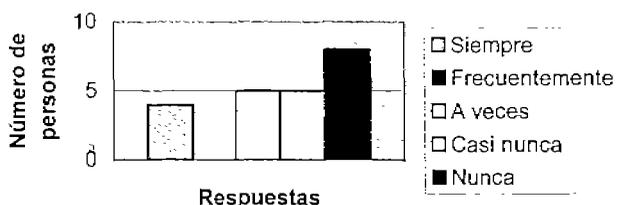
Reactivo 16

16. ¿Siente que no será capaz de cuidar a su familiar/paciente por mucho más tiempo?

8 personas mencionaron nunca haber sentido esto, 5 personas contestaron casi nunca sentir esto y 5 personas contestaron a veces sentir esto. (Gráfica 17)

Gráfica reactivo 16

Gráfica 17



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

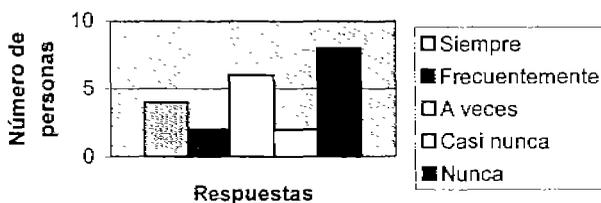
Reactivo 17

17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

Al respecto, 8 personas contestaron que nunca han sentido que perdieron el control de su vida, 6 personas contestaron a veces haberlo sentido y 4 personas contestaron siempre sentirlo. (Gráfica 18)

Gráfica reactivo 17

Gráfica 18



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

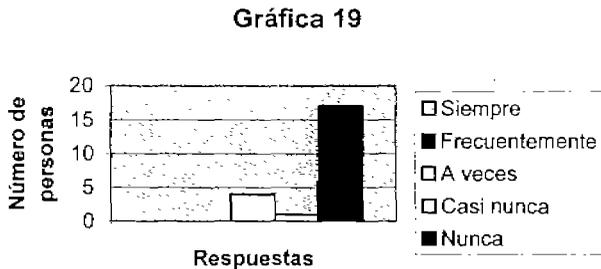
La mayoría de las personas han vivido un cambio en su vida, al grado de sentir que han perdido el control de su vida al manifestarse la enfermedad de su familiar/paciente.

Reactivo 18

18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?

En esta pregunta, 17 personas contestaron que nunca han tenido este deseo, seguidas de 4 personas que contestaron a veces haber sentido este deseo y 1 persona contestó que casi nunca lo ha sentido. (Gráfica 19)

Gráfica reactivo 18



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

En esta gráfica se puede observar que no obstante que la mayoría de las personas sienten que han perdido el control de su vida desde que se presentó la enfermedad de su familiar/paciente no dejarían el cuidado de este a otro familiar.

Reactivo 19

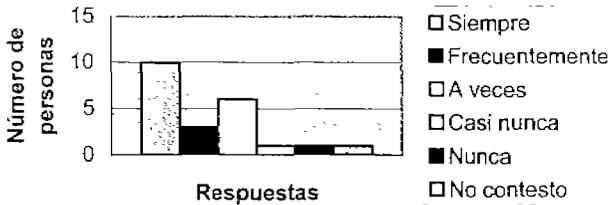
19. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?

Al respecto, 10 personas contestaron que siempre han sentido que deberían hacer más por su paciente, 6 personas contestaron a veces y 3 personas contestaron frecuentemente. (Gráfica 20)

En esta respuesta se observa la frustración y desesperación sentimientos que manifestaban los entrevistados en preguntas anteriores

Gráfica reactivo 19

Gráfica 20



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

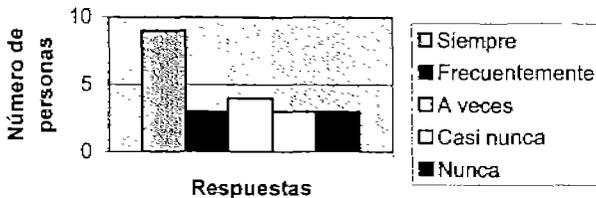
Reactivo 20

20. ¿Siente que usted puede cuidar mejor a su familiar/paciente que otro miembro de la familia?

En este punto, 9 personas contestaron que siempre han sentido que sólo ellos pueden brindar el mejor cuidado a su familiar/paciente y 4 personas contestaron a veces sentir esto. (Gráfica 21)

Gráfica reactivo 20

Gráfica 21



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Reactivo 21

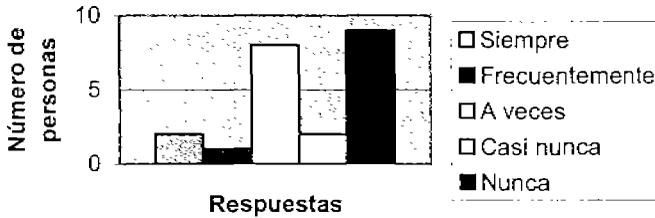
21. ¿Siente usted que algunas de sus acciones pasadas pudieron contribuir al desarrollo del trastorno de su familiar/paciente?

AL respecto, 9 personas contestaron que nunca han sentido que sus acciones pasadas contribuyeran al desarrollo del trastorno de su familiar paciente, 8

contestaron que a veces lo han sentido, 2 personas contestaron siempre sentirlo y 2 personas contestaron casi nunca haber sentido esto. (Gráfica 22)

Gráfica reactivo 21

Gráfica 22



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

En esta gráfica se puede observar que la mayoría de los entrevistados manifiestan sentimientos de culpa respecto a la enfermedad de su familiar/paciente.

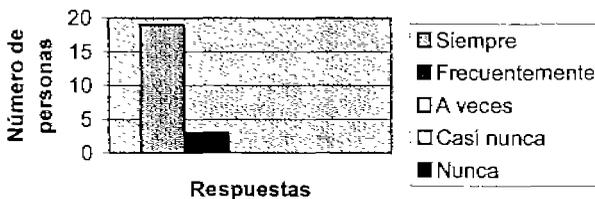
Reactivo 22

22. ¿Considera usted que la comunicación con su familiar/paciente es importante para su atención?

19 personas contestaron que siempre han considerado la comunicación importante y 3 personas contestaron frecuentemente. (Gráfica 23)

Gráfica reactivo 22

Gráfica 23



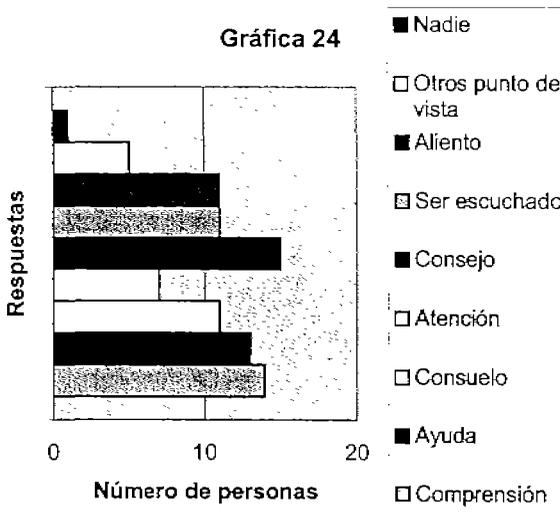
Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

Reactivo 23

23. ¿Usted se comunica con otros familiares y amigos, con respecto a la situación de su familiar/paciente para obtener? (Marque todas las que usted considere).

En las respuestas a esta pregunta, los más altos niveles de respuesta se registraron con 15 casos que mencionaron la comunicación con familiares y amigos para obtener *consejo*, 14 casos mencionaron *comprensión* y 13 personas mencionaron *ayuda*. (Gráfica 24)

Gráfica reactivo 23



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

En esta gráfica se puede observar la necesidad por parte de los entrevistados de redes de apoyo.

Reactivo 24

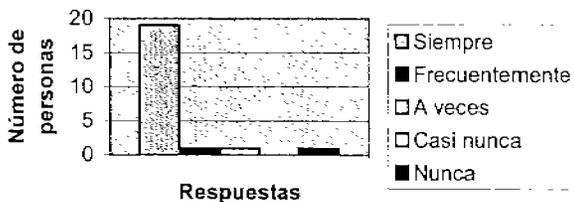
24. ¿En la situación en la que se encuentra, considera importante la comunicación?

19 personas contestaron siempre considerar importante la comunicación, 1 persona contestó que frecuentemente y 1 persona contestó que a veces. (Gráfica 25)

Se observa como la mayoría de las personas consideran a la comunicación importante dada la circunstancia que están viviendo.

Gráfica reactivo 24

Gráfica 25



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado al inicio del Taller Relaciones Familiares

¿Por qué?

- ❖ Es importante saber de que se trata el estado de nuestro familiar y así dar opinión en que podemos hacer y cómo podemos ayudar.
- ❖ Necesitamos que alguien nos escuche.
- ❖ Es fundamental en la relación familiar en situaciones de enfermedad.
- ❖ Es la manera de saber que siente mi paciente, que quiere, qué necesita, qué espera del futuro, con esta comunicación mi paciente siente que está apoyada por la familia.
- ❖ Porque siento que es de mucha ayuda para su recuperación.
- ❖ Para saber cómo tratarlo, ayudarlo, conocer sus progresos o retrocesos.

- ❖ Es bueno tener comunicación.
- ❖ No, porque van a decir que les ando pidiendo una ayuda y yo no quiero eso.
- ❖ Porque es indispensable que todos los integrantes de la familia tengan el conocimiento suficiente de la enfermedad y tratamiento que se le está brindando a nuestro paciente y a parte la comunicación es indispensable en nuestra familia.
- ❖ Porque así expresamos lo que sentimos y a veces es bueno porque nos desahogamos.
- ❖ Sin ella no hay conocimiento del mismo.
- ❖ Para poder ayudar a mi hija a salir de esto.
- ❖ Esta enfermedad es burlona y hay que conocerla.
- ❖ Considero importante la comunicación con el paciente y también con la familia.
- ❖ Porque dos cabezas piensan mejor que una.
- ❖ Porque así sería más fácil tener feliz a mi mamá ya que le entristece la desunión de nosotros.
- ❖ Para conocer la situación de mi familia.

Como se puede observar en las respuestas proporcionadas nos indican la necesidad de redes de apoyo tanto para el paciente como para la familia, sin embargo no se observa una clara definición respecto a la importancia que tiene la comunicación.

Comparación de los resultados del pretest y el postest

El mismo instrumento de evaluación fue aplicado por segunda ocasión a algunos de los asistentes como un postest, y a continuación, se presenta el análisis de la comparación entre las respuestas en ambas mediciones.

Es importante destacar que el análisis de los datos se presenta de esta manera, puesto que el instrumento de evaluación no fue aplicado al mismo número de personas, ni a los mismos sujetos al inicio del taller y al finalizar el mismo.

Reactivo 1

¿Siente que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que en realidad necesita?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	A veces	Siempre	Con respecto a este reactivo dos personas proporcionaron la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, cuatro personas en la segunda aplicación del instrumento se incrementa la frecuencia en que tienen este sentimiento, en dos personas disminuye.
Roberto	A veces	A veces	
Marlene	A veces	A veces	
Karla	Nunca	Casi nunca	
Nadia	Frecuentemente	A veces	
Nohemi	Nunca	A veces	
Edith	Nunca	A veces	
Ana	A veces	Nunca	

Reactivo 2

¿Ha intentado hablar con su familiar/paciente?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Frecuentemente	Siempre	En este caso se observa como David y Edith para la segunda aplicación del instrumento aumentan la frecuencia en que han intentado hablar con su familiar, Marlene mantiene la misma respuesta en ambas aplicaciones del instrumento, las otras cinco personas disminuyen la frecuencia al hablar con su familiar
Roberto	Siempre	Frecuente	
Marlene	Siempre	Siempre	
Karla	Siempre	Frecuente	
Nadia	Siempre	Frecuente	
Nohemi	Siempre	Frecuente	
Edith	Frecuentemente	Siempre	
Ana	Siempre	A veces	

Reactivo 3

¿Siente que su familiar/paciente le escucha cuando habla usted con él?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	A veces	Se observa como dos personas mantienen la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, seis personas en la primer aplicación del instrumento mencionaban que sentían que siempre su familiar/paciente le escuchaba, sin embargo en la segunda aplicación del instrumento la respuesta cambia.
Roberto	Siempre	Frecuente	
Marlene	Siempre	A veces	
Karla	Siempre	A veces	
Nadia	Siempre	A veces	
Nohemi	Siempre	A veces	
Edith	A veces	A veces	
Ana	A veces	A veces	

Reactivo 4

¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar/paciente pierde tiempo para usted mismo?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Nunca	A veces	Se puede observar como tres personas mantienen la misma respuesta en la aplicación del instrumento, tres personas que en el primer instrumento respondieron nunca haber sentido que perdían tiempo para ellos mismos, al aplicar por segunda vez el instrumento las respuestas cambian mostrando la aceptación de este sentimiento.
Roberto	Nunca	Casi nunca	
Marlene	Nunca	Casi nunca	
Karla	A veces	A veces	
Nadia	A veces	A veces	
Nohemi	Nunca	A veces	
Edith	A veces	Nunca	
Ana	A veces	Nunca	

Reactivo 5

¿Se siente con tensión por el hecho de cuidar a su familiar/paciente e intentar cumplir con otras responsabilidades tales como su trabajo y el cuidado con el resto de la familia?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Frecuentemente	A veces	Respecto a este reactivo tres personas mantienen la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, y de acuerdo a las respuestas proporcionadas por cinco personas se observa una disminución en la frecuencia en que se presenta este sentimiento.
Roberto	Casi nunca	Casi nunca	
Marlene	A veces	A veces	
Karla	A veces	Casi nunca	
Nadia	Frecuentemente	A veces	
Nohemi	A veces	A veces	
Edith	Frecuentemente	Nunca	
Ana	A veces	Casi nunca	

Reactivo 6

¿Qué siente usted, la mayoría de las veces, con respecto a su familiar/paciente?(Marque todas las que usted considere?)

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Tristeza Desesperación Soledad	Tristeza Desesperación Soledad	Se observa como una persona mantiene la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, una persona en la primer aplicación del instrumento marca solo una respuesta sin embargo en la segunda aplicación del instrumento la misma respuesta se repite y proporciona cuatro más, en el caso de Karla y Edith en la primer aplicación del instrumento proporcionaron cuatro y tres respuestas respectivamente y en la segunda aplicación disminuye a dos y una.
Roberto	Tristeza Culpa Frustración Desesperación	Tristeza Desesperación Rechazo Desamparo	
Marlene	Enojo Tristeza Culpa Frustración Desesperación	Tristeza Culpa Frustración Desesperación	
Karla	Tristeza Desesperanza Desamparo Soledad	Tristeza Desesperación	
Nadia	Tristeza Resignación Culpa Desesperación Soledad	Tristeza Culpa Rechazo Soledad	
Nohemi	Tristeza Culpa Desesperación Desamparo	Tristeza Frustración Desamparo	
Edith	Enojo Tristeza Frustración	Tristeza	
Ana	Tristeza	Tristeza Desesperanza Culpa Frustración Desesperación	

Reactivo 7

¿De qué forma expresa usted, la mayoría de las veces, esos sentimientos?
(Marque todas las que usted considere)

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Llorando	Llorando	En este caso observamos como la mitad de las personas proporcionando la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, tres personas en la primer aplicación del instrumento proporcionan dos o más respuestas y en la segunda aplicación disminuyen las respuestas proporcionadas.
Roberto	Reflexionando Callando Llorando	Callando Llorando	
Marlene	Llorando	Reflexionando Llorando	
Karla	Llorando	Llorando	
Nadia	Ignorándolo Reflexionando Callando Llorando	Ignorándolo Reflexionando Callando Llorando	
Nohemi	Reflexionando Callando Llorando	Reflexionando Callando Llorando	
Edith	Reflexionando Llorando	Reflexionando	
Ana	Reflexionando Llorando	Reflexionando	

Reactivo 8

¿Con quién se expresa, generalmente, de esa forma? (Marque todas las que usted considere)

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Hija	Hija Compañeros de trabajo	Con respecto a este reactivo solo una persona proporcionó la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, cinco personas en la primer aplicación proporcionaron una o más respuestas, en la segunda aplicación del instrumento proporcionaron más opciones.
Roberto	Hija Pareja Paciente Madre	Pareja Amigos Madre	
Martene	Hija Pareja Hermanos	Hija Pareja Hermanos Otro familiar	
Karla	Hija Vecina	Hija Vecina	
Nadia	Amigos Madre Hermanos	Madre Hermanos Compañeros de trabajo	
Nohemi	Hija Pareja Hermanos	Hija Pareja Hermanos Otro familiar	
Edith	Pareja Padre	Pareja Padre Otro familiar	
Ana	Pareja Padre Madre Hermanos	Pareja Amigos Padre Madre Hermanos Otro familiar Compañeros de trabajo	

Reactivo 9

¿Siente usted que la situación de su familiar/paciente, afecta de forma negativa a sus relaciones con otros miembros de su familia o con amigos?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Nunca	A veces	En este caso se observa que solo dos personas proporcionan la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, una persona en la primer aplicación del instrumento mencionó nunca haber sentido que la situación de su familiar/paciente afectara de forma negativa su relación con otros miembros de su familia o amigos, en la segunda aplicación del instrumento esta persona contesta que a veces ha sentido esto, lo que se podría interpretar como el reconocimiento de este sentimiento. Cinco personas mencionan que disminuye la frecuencia en que se presenta este sentimiento.
Roberto	A veces	Nunca	
Marlene	A veces	A veces	
Karla	Nunca	Nunca	
Nadia	Siempre	Nunca	
Nohemi	A veces	Casi nunca	
Edith	A veces	Nunca	
Ana	Casi nunca	Nunca	

Reactivo 10

¿Ha comunicado a alguien que tiene estos sentimientos?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Casi nunca	A veces	Como se puede observar tres personas proporcionaron la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, una persona no contestó esta pregunta, las otras cuatro personas en la segunda aplicación del instrumento mencionaron comunicar con más frecuencia los sentimientos.
Roberto	A veces	A veces	
Marlene	A veces	A veces	
Karla	Sin respuesta	Sin respuesta	
Nadia	A veces	Frecuente	
Nohemi	A veces	Frecuente	
Edith	Casi nunca	A veces	
Ana	Siempre	Siempre	

¿A quién? (Marque todas las que usted considere)

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Sin respuesta	Sin respuesta	Cuando se preguntó a quién comunicaban estos sentimientos dos personas no proporcionaron respuesta, tres personas en la primer aplicación del instrumento proporcionaron una o más respuestas sin embargo en la segunda aplicación del instrumento las respuestas disminuyeron como en el caso de Ana quien en un inicio proporcionó tres respuestas y en la segunda aplicación no proporciona ninguna.
Roberto	Hijos Pareja Amigos Madre	Pareja	
Marlene	Hija Pareja Hermanos	Hija Hermanos	
Karla	Sin respuesta	Sin respuesta	
Nadia	Madre Hermanos Compañeros de trabajo/escuela	Madre Hermanos Compañeros de trabajo o escuela	
Nohemi	Hermanos	Amigos Hermanos Otro familiar Compañeros de trabajo	
Edith	Pareja	Pareja Otro familiar	
Ana	Pareja Madre Hermanos		

Reactivo 11

¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	A veces	Con respecto a este reactivo cuatro personas proporcionan la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento en el caso de Karla en la segunda aplicación del instrumento se observa una disminución en la frecuencia que se presenta este sentimiento, en el caso de David, Roberto y Ana sucede lo contrario.
Roberto	A veces	Frecuente	
Marlene	A veces	A veces	
Karla	Frecuentemente	A veces	
Nadia	A veces	A veces	
Nohemi	A veces	A veces	
Edith	A veces	A veces	
Ana	Frecuentemente	Siempre	

Reactivo 12

¿Ha comentado con alguien este temor por el futuro?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Nunca	Casi nunca	Como se puede observar solo una persona proporcionó la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, seis personas en la segunda aplicación del instrumento mencionaron comunicar con más frecuencia este sentimiento, en el caso de Nadia ella mencionó comunicar menos este sentimiento.
Roberto	A veces	Frecuente	
Marlene	Nunca	Casi nunca	
Karla	Nunca	A veces	
Nadia	A veces	Nunca	
Nohemi	A veces	A veces	
Edith	Casi nunca	A veces	
Ana	Nunca	Siempre	

¿A quién? (Marque todas las que usted considere)

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Sin respuesta	Hija Compañeros de trabajo	En este caso se observa como tres personas que en la primera aplicación del instrumento no proporcionan ninguna respuesta, para la segunda aplicación del instrumento proporcionan dos o más respuestas, tres personas que en un inicio proporcionaron solo una respuesta para la segunda aplicación las respuestas se incrementan.
Roberto	Hija Pareja Amigos	Pareja Madre Otro familiar	
Marlene	Sin respuesta	Hija Hermanos Otro familiar	
Karla	Sin respuesta	Hija Amigos	
Nadia	Madre Hermanos Compañeros de trabajo	Madre Hermanos Compañeros de trabajo	
Nohemi	Hermanos	Hija Amigos Hermanos Otro familiar	
Edith	Pareja	Pareja Otro familiar	
Ana	Nadie	Pareja Hermanos Padre Madre	

Reactivo 13

¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	Siempre	Con respecto a esta pregunta cuatro personas proporcionaron la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, tres personas en la segunda aplicación del instrumento mencionaron tener con menos frecuencia este sentimiento, en el caso de Roberto en la segunda aplicación mencionó que este sentimiento es más frecuente
Roberto	Frecuentemente	Siempre	
Mariene	Siempre	Frecuente	
Karla	A veces	Casi nunca	
Nadia	Siempre	Siempre	
Nohemi	A veces	A veces	
Edith	Nunca	Nunca	
Ana	Siempre	Frecuentemente	

Reactivo 14

¿Se siente agotado por la atención que brinda usted a su familiar/paciente?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	A veces	De acuerdo a las respuestas proporcionadas cinco personas en la segunda aplicación del instrumento mencionaron que la frecuencia con que tienen este sentimiento ha disminuido, tres personas proporcionaron la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento.
Roberto	Casi nunca	Nunca	
Mariene	A veces	A veces	
Karla	Frecuentemente	A veces	
Nadia	Frecuentemente	A veces	
Nohemi	A veces	A veces	
Edith	Nunca	Nunca	
Ana	A veces	Nunca	

Reactivo 15

¿Se siente incómodo de recibir a sus amigos por el hecho de que su familiar/paciente está presente?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Frecuentemente	A veces	Se puede observar que cuatro personas proporcionan la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, tres personas mostraron una disminución en la frecuencia en que se presenta este sentimiento, en el caso de Nohemi en la segunda aplicación del instrumento mencionó que si se ha sentido incómodo de recibir a sus amigos cuando su familiar está presente.
Roberto	Casi nunca	Nunca	
Marlene	Nunca	Nunca	
Karla	Nunca	Nunca	
Nadia	Nunca	Nunca	
Nohemi	Nunca	Casi nunca	
Edith	A veces	Nunca	
Ana	Nunca	Nunca	

Reactivo 16

¿Siente que no será capaz de cuidar a su familiar/paciente por mucho más tiempo?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	A veces	En este caso cinco personas proporcionaron la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, dos personas mencionaron que disminuyó la frecuencia en que se presenta este sentimiento.
Roberto	Casi nunca	Nunca	
Marlene	Nunca	Nunca	
Karla	Casi nunca	Casi nunca	
Nadia	Nunca	Siempre	
Nohemi	Casi nunca	Casi nunca	
Edith	Nunca	Nunca	
Ana	A veces	A veces	

Reactivo 17

¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	Siempre	Con respecto a este reactivo tres personas proporcionaron la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, en cuatro personas se observa una disminución en la frecuencia en que se presenta este sentimiento.
Roberto	Casi nunca	Casi nunca	
Marlene	A veces	A veces	
Karla	A veces	Casi nunca	
Nadia	A veces	Siempre	
Nohemi	Frecuentemente	A veces	
Edith	A veces	Nunca	
Ana	Casi nunca	Nunca	

Reactivo 18

¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Nunca	Sin resp.	De acuerdo a las respuestas proporcionadas, se observa como cuatro personas mencionan que nunca dejarían el cuidado de su familiar a otra persona, en el caso de David en el primer instrumento también proporciona esta respuesta, sin embargo para la segunda aplicación del instrumento no proporciona respuesta
Roberto	Nunca	Nunca	
Marlene	Nunca	Nunca	
Karla	Nunca	Nunca	
Nadia	A veces	Nunca	
Nohemi	Casi nunca	A veces	
Edith	A veces	Nunca	
Ana	Nunca	Nunca	

Reactivo 19

¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	Sin respuesta	Se observa como seis personas en la segunda aplicación del instrumento disminuye la frecuencia en que se presenta este sentimiento. David en la segunda aplicación no proporciona ninguna respuesta.
Roberto	Frecuentemente	Frecuente	
Marlene	Frecuentemente	A veces	
Karla	A veces	Casi nunca	
Nadia	Siempre	Frecuente	
Nohemi	A veces	Casi nunca	
Edith	Frecuentemente	A veces	
Ana	Siempre	A veces	

Reactivo 20

¿Siente que usted puede cuidar mejor a su familiar/paciente que otro miembro de la familia?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	Siempre	En este caso se observa que tres personas proporcionan la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, en cuatro personas disminuye la frecuencia en que se presenta este sentimiento.
Roberto	A veces	Frecuente	
Marlene	Frecuentemente	A veces	
Karla	Frecuentemente	A veces	
Nadia	Siempre	Siempre	
Nohemi	Siempre	A veces	
Edith	Nunca	Nunca	
Ana	Casi nunca	Nunca	

Reactivo 21

¿Siente usted que algunas de sus acciones pasadas pudieron contribuir al desarrollo del trastorno de su familiar/paciente?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Nunca	Sin respuesta	Se observa que cuatro personas proporcionan la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, en dos personas disminuye la frecuencia en que se tiene este sentimiento, en el caso de Ana sucede lo contrario.
Roberto	Casi nunca	Casi nunca	
Marlene	A veces	A veces	
Karla	A veces	Casi nunca	
Nadia	Nunca	Nunca	
Nohemi	Nunca	Nunca	
Edith	A veces	Nunca	
Ana	Nunca	A veces	

Reactivo 22

¿Considera usted que la comunicación con su familiar/paciente es importante para su atención?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	Siempre	En este caso se observa que todas las personas proporcionan la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, considerando a la comunicación con el paciente importante para su atención.
Roberto	Frecuentemente	Frecuente	
Marlene	Siempre	Siempre	
Karla	Siempre	Frecuente	
Nadia	Siempre	Siempre	
Nohemi	Siempre	Siempre	
Edith	Siempre	Siempre	
Ana	Siempre	Siempre	

Reactivo 23

¿Usted se comunica con otros familiares y amigos, con respecto a la situación de su familiar/paciente para obtener? (Marque todas las que usted considere)

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Comprensión Consuelo Atención	Consuelo Consejo	Con respecto a este reactivo cuatro personas que en la primer aplicación del instrumento proporcionaron dos o más respuestas, en la segunda aplicación del instrumento disminuyen el número de respuestas proporcionadas, dos personas en la segunda aplicación del instrumento incrementa las respuestas, dos personas mantienen el mismo número de respuestas sin embargo las opciones cambian, por lo cual en todas las personas presentan una variación de esta respuesta.
Roberto	Ayuda Ser escuchado Otros puntos de vista	Comprensión Ayuda Atención Ser escuchado Aliento	
Marlene	Ayuda Consuelo Consejo Aliento	Ayuda Consejo Aliento	
Karla	Ayuda Aliento	Ayuda Consejo Otros puntos	
Nadia	Comprensión Ayuda Consuelo Atención Consejo Ser escuchada Aliento Otros puntos	Comprensión Ayuda Consejo Ser escuchado	
Nohemi	Comprensión Ayuda Atención Consejo Ser escuchado	Ayuda Consejo Atención Otros puntos	
Edith	Ayuda Consuelo Atención Consejo	Comprensión Atención Consejo Otros puntos	
Ana	Comprensión Ayuda Consejo Otros puntos	Comprensión Ser escuchada	

Reactivo 24

¿En la situación en la que se encuentra, considera importante la comunicación?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Siempre	Siempre	Como se puede observar todas las personas proporcionan la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, siempre considerando importante la comunicación.
Roberto	Siempre	Siempre	
Marlene	Siempre	Siempre	
Karla	Siempre	Siempre	
Nadia	Siempre	Siempre	
Nohemi	Siempre	Siempre	
Edith	Siempre	Siempre	
Ana	Siempre	Siempre	

¿Por qué?

Nombre	Evaluación inicial	Evaluación final	Análisis
David	Sin respuesta	Sin respuesta	Se puede observar que solo una persona no proporcionó respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, Nadia no proporciona respuesta en la segunda aplicación del instrumento, una persona proporciona la misma respuesta en las dos aplicaciones del instrumento, en las demás personas se observa una respuesta más estructurada en comparación con la primera, destacan aspectos que hablan sobre relaciones familiares, calidad de vida.
Roberto	Sin ella no hay conocimiento	Sin ella no hay conocimiento	
Marlene	Para poder ayudar a mi hija a salir de esto	Para poder ayudar a mi hija a salir de esto	
Karta	Esta enfermedad es complicada nos ayuda a entenderla.	Para ayudarlo y tratarlo bien.	
Nadia	Considero importante la comunicación con mi paciente y también con la familia.	Sin respuesta	
Nohemi	Así sería más fácil tener feliz a mi mamá ya que la entristece la desunión de nosotros.	Para darle una mayor atención a mi mamá.	
Edith	Sin respuesta	Sin comunicación no podemos comprender la situación en la que esta atravesando nuestro familiar y nosotros como familia.	
Ana	Es importante saber de que trata la o el estado de nuestro familiar y así dar opinión en que podemos hacer y como podemos ayudar.	Porque todos como familia podríamos ayudar y apoyar más a nuestro paciente para que estemos mejor cuidados y comunicados tratemos de llevar una vida mejor.	

5.3 Generalización de los resultados a la hipótesis de investigación.

La hipótesis formulada para la realización de esta investigación fue:

Al asistir a un Taller de sensibilización sobre comunicación, los familiares de pacientes psiquiátricos reconocerán la importancia que tiene la comunicación de los sentimientos y emociones.

Al analizar los datos que proporcionan los familiares se observa un cambio en la concepción de éste con respecto a su paciente, lo cual es notorio en primer lugar con la aceptación de sentimientos “*positivos o negativos*” por parte de los familiares, la cual es observada en los instrumentos de evaluación (pre–post) y en las crónicas grupales de las sesiones del Taller; de esta manera descartamos la hipótesis nula la cual nos dice: *No es cierto que al asistir a un Taller de sensibilización sobre comunicación, los familiares de pacientes psiquiátricos reconocerán la importancia que tiene la comunicación de los sentimientos y emociones.*

Los comentarios vertidos a lo largo de las sesiones del Taller nos permiten observar claramente los cambios que se presentan con respecto a la comunicación.

Cuando finaliza el Taller el concepto de comunicación que tenían los familiares, se observa más estructurado, son agregados elementos que fueron trabajados a lo largo de las sesiones, así como también se refuerzan otros aspectos como son la importancia de las redes familiares y sociales.

Por todos los aspectos antes presentados se puede concluir que la hipótesis de la investigación fue comprobada ya que los familiares de los pacientes reconocieron la importancia que tiene el comunicar los sentimientos y las emociones.

CONCLUSIONES

Conclusiones

La enfermedad psiquiátrica cualquiera que sea su etiología y naturaleza constituye en su efecto un problema esencialmente social, los cambios que trae consigo las enfermedades psiquiátricas, no solo son para el enfermo, sino también para las personas que le rodean, es indispensable el conocimiento a fondo de la enfermedad, así como del medio en que se desarrolla el paciente.

El estudio y manifestaciones de la enfermedad brindan al Trabajador Social la adquisición de pautas básicas de actuación y manejo de problemas de salud mental para su inmediata intervención.

El hombre es un ser social que depende en gran medida de sus semejantes para lograr un desarrollo integral, y es un hecho comprobado que la actitud que la sociedad en general adopta ante una enfermedad psiquiátrica, tiene una importancia decisiva en el curso, evolución e incluso el pronóstico de la enfermedad, por lo que es de suma importancia ayudar a la población a superar sus miedos y brindar el apoyo a las necesidades expresadas por los familiares de pacientes psiquiátricos iniciando un proceso de sensibilización con ellos.

La comunicación es un factor determinante en las relaciones personales, es un proceso mediante el cual se transmite y traduce información, esto implica no solo el habla sino todo comportamiento, el cual afecta la conducta ya que produce un efecto en los demás.

El hombre siempre está enviando mensajes aunque no sea consciente de ello, las palabras, los silencios, las posturas, la inactividad, tienen siempre valor de mensaje, por medio de la comunicación el hombre obtiene información de sí mismo y del mundo; sin ésta sería imposible el conocimiento humano; pero para que la comunicación pueda realizarse es necesario que el signo tenga el mismo significado para los interlocutores, de lo contrario la comunicación no sería viable.

Al presentarse una enfermedad psiquiátrica los miembros de la familia asumen cambios de responsabilidades, generando algunas veces variaciones en las rutinas familiares y sobre todo surgen problemas de comunicación.

Algunas de las consecuencias que trae consigo una enfermedad psiquiátrica son el aislamiento, el cual se produce cuando los miembros de la familia reducen

su vida social, dejando de visitar a los amigos o asisten a menos lugares de recreo y, por otro lado, en ocasiones se producen cambios negativos hacia la familia por parte de las personas que los rodean. La naturaleza de la enfermedad, y sobre todo el modo de manifestarse, determina en gran medida la tendencia de la familia a separarse de la comunidad.

La naturaleza del trastorno puede determinar un cambio de domicilio para que el paciente obtenga el tratamiento adecuado, ya que en su comunidad no existen instituciones especializadas.

La economía del hogar suele dañarse gravemente, la enfermedad a veces afecta la productividad, dependiendo de quien sea el enfermo.

Por otra parte se encuentra la carga afectiva que supone para los allegados la existencia en el seno familiar de un enfermo psiquiátrico. En algunas ocasiones la enfermedad suele provocar en los familiares reacciones inmediatas como tristeza, vergüenza, miedo, irritabilidad, entre otros; la enfermedad en su conjunto trae consigo más peso al producir sentimientos de culpabilidad, de pérdida significativa, de miedo al futuro; y una de las consecuencias más difíciles de superar es la dificultad para comunicarse con el enfermo y el agotamiento a que puede dar lugar la convivencia.

Algunos familiares se sienten desbordados por las demandas del enfermo, sin embargo hay ocasiones en que estos sentimientos no son expresados verbalmente, creando con ello un ambiente familiar cargado de tensión que dificulta la interacción con los miembros.

El hecho de que cada uno de los miembros de la familia comparta sus sentimientos defina la unión en el grupo familiar y en el paciente, generando así un beneficio que se extiende a las relaciones que tiene cada miembro de la familia.

El Trabajador Social debe orientar y capacitar a los familiares de pacientes psiquiátricos en los problemas consecuentes de la enfermedad, buscando la aceptación de sentimientos, en beneficio del paciente y la familia.

Para la elaboración, aplicación y evaluación de programas y proyectos de intervención se debe tomar en cuenta las características de la población,

finalizando con la sistematización de los datos obtenidos para poder perfeccionar estos.

Es indispensable que el Trabajador Social maneje herramientas que son fundamentales para brindar una adecuada atención a esta problemática en especial, el manejo de la entrevista la cual es de suma importancia, puesto que permitirá acceder a la información; el manejo de grupos es un conocimiento necesario que debe poseer el profesionista aunando el conocimiento de técnicas grupales, las cuales pueden ser utilizadas con distintos objetivos, estas son de gran utilidad en el trabajo con grupos escogiendo la que se adecue a las intervenciones de acuerdo al objetivo que se persiga.

Estas herramientas son adquiridas por los Trabajadores Sociales durante el proceso de aprendizaje en la escuela, algunas de las materias que me proporcionaron los conocimientos para desarrollar este trabajo son Necesidades y Problemas Sociales la cual tiene como objetivo que el estudiante identifique la naturaleza de las necesidades sociales y las condiciones de satisfacción de las mismas, analizando la vinculación entre necesidades - problemas y demandas sociales y cómo éstas se constituyen en objeto de intervención profesional.

Análisis del Estado Mexicano, cuyo objetivo es que el estudiante adquiera los elementos jurídico-políticos que le permitan conocer el seguimiento y evolución del Estado e identificar la estructura organizativa del Estado Mexicano, analizando su función socio-política y su papel en el bienestar social.

Investigación Social, en donde el objetivo es que el estudiante desarrolle un proceso de investigación a fin de que se instrumente en la aplicación de técnicas y recursos para el conocimiento y la interpretación de la realidad social.

Teoría de Grupos y Trabajo Social, en esta materia se analizan los diferentes modelos que se han aplicado en el trabajo con grupos a partir de las orientaciones teóricas que los sustentan, adquiriendo elementos metodológicos para la dinamización de procesos grupales.

Trabajo Social en la Atención Individualizada, en esta materia tuve la oportunidad de analizar las concepciones, el proceso y los diferentes modelos que se han aplicado como intervención profesional en el Trabajo Social de Casos.

Psicología del Desarrollo Humano, en esta materia se busca que el estudiante identifique las características y factores que influyen en el desarrollo humano, haciendo énfasis en las dimensiones psicológica y social; y la búsqueda de la relación como condición para la prevención y desarrollo armonioso de los procesos psicológicos.

Familia y Vida Cotidiana, en donde se analiza el desarrollo histórico, la situación actual de la familia y su función social a través de su ubicación en la vida cotidiana.

Comunicación Social, la cual tiene por objetivo que el estudiante comprenda la importancia de los problemas de comunicación, identificando los elementos psicosociales que le permitan diseñar procedimientos, instrumentos y técnicas que contribuyan a desarrollar la interacción social.

Considero importante mencionar que para desarrollar el presente trabajo, esta última materia fue de gran ayuda, por lo que recurrí a bibliografía que fue proporcionada en esta asignatura.

La materia de salud mental fue fundamental ya que me permitió identificar factores sociales que influyen en el deterioro de la salud, para de esta manera elaborar proyectos de atención y prevención.

La Práctica Regional, puesto que me brindó la posibilidad de insertarme en una problemática, diseñando, ejecutando y evaluando un proyecto de intervención, debo mencionar que fue en ésta en donde por primera vez realicé las crónicas grupales, instrumento indispensable para la evaluación del Taller Relaciones Familiares.

Es importante tomar en cuenta si se quiere trabajar con los familiares de pacientes psiquiátricos, como en este caso, que la población es fluctuante, no siempre acude el mismo familiar y el tiempo que el paciente permanece hospitalizado también es variado, por tal motivo no es recomendable programar talleres largos, como lo fue en este caso de nueve sesiones; como se mencionó anteriormente el cronograma fue modificado, por lo cual se recomienda programar no más de tres sesiones, tomando en cuenta que se realizan dos sesiones por semana.

En el INNN, el Departamento de Trabajo Social no había coordinado trabajo con grupos, es hasta la firma del convenio de la Escuela Nacional de Trabajo Social y el Instituto en el 2001, cuando se comienza a realizar la intervención de prestadores de servicio social en diferentes grupos ya conformados en la institución y a proponer alternativas para crear otros, como lo es el presente trabajo, la intervención en las sesiones médicas realizando estudios psicosociales me permitieron conocer la dinámica familiar y de esta manera plantear alternativas de intervención; las reuniones socioadministrativas, en las cuales aplicaba técnicas y realizaba las crónicas grupales me permitieron poner en práctica los conocimientos adquiridos en la escuela.

La coordinación interinstitucional es fundamental, en este caso, para realizar la presente investigación se contó con todo el apoyo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y de las trabajadoras sociales del departamento, quienes ya conocían el trabajo que se pretendía realizar, puesto que la idea se entregó como resultado del servicio social realizado en esta institución.

Por otra parte los asistentes al Taller mostraron su aprobación a este, con diferentes comentarios, lo cual muestra la importancia del profesionista en Trabajo Social, quien puede sensibilizar a los familiares de pacientes psiquiátricos acerca de la problemática que enfrentan.

ANEXO I
CARTAS E INSTRUMENTO

- Carta de Consentimiento Informado
- Instrumento de Evaluación



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUAREZ



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El (la) que suscribe: _____

Con domicilio en: _____

Teléfono: _____

Acudo voluntariamente a esta Institución, para participar en el Taller “Relaciones Familiares”, entiendo el objetivo que se pretende alcanzar.

Manifiesto mi consentimiento expreso para que la información que proporcione (vía entrevista o cuestionario) sea publicada en reportes de investigación, con el estricto respeto del anonimato y a la fidelidad de la información proporcionada.

Me comprometo a acudir al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía a las 8 sesiones del taller. El Instituto reconoce mi autonomía para la decisión de continuar o suspender mi asistencia al Taller, en tal virtud, conciente y comprendiendo todo, sin que exista en mi persona coacción alguna y en posesión de mi libre voluntad expreso mi consentimiento validamente informado y firmo o pongo huella digital para los efectos legales procedentes.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Instrumento de evaluación Taller Relaciones Familiares

Propósito: Identificar la importancia que asignan los familiares de los pacientes del INNN a la comunicación de sus sentimientos y emociones.

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, marque con una X, sobre la línea, la opción que corresponda a la respuesta que usted considere apropiada a cada pregunta.

1. Siente que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que en realidad necesita?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

2. ¿Ha intentado hablar con su familiar/paciente?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

3. ¿Siente que su familiar/paciente no le escucha cuando habla usted con él?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

4. ¿Siente que debido al tiempo que su familiar/paciente le consume ya no tiene tiempo para usted mismo?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

5. ¿Se siente con tensión por el hecho de tener que cuidar a su familiar/paciente e intentar cumplir con otras responsabilidades tales como su trabajo y el cuidado con el resto de la familia?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

6. ¿Qué siente usted, la mayoría de las veces, con respecto a su familiar/paciente?
(MARQUE TODAS LAS QUE USTED CONSIDERE)

- | | | | |
|---------------|------------------|-------------------|-------------------------|
| () Vergüenza | () Resignación | () Frustración | () Desamparo |
| () Enojo | () Desesperanza | () Desesperación | () Soledad |
| () Tristeza | () Culpa | () Rechazo | () Otro (ESCRIBA CUÁL) |

7. ¿De qué forma expresa usted, la mayoría de las veces, esos sentimientos?
(MARQUE TODAS LAS QUE USTED CONSIDERE)

- () Gritando () Golpeando () Llorando
() Ignorándolo () Amenazando () Burlándose
() Reflexionando () Callando () Otro (Escriba cómo)
-

8. ¿Con quién se expresa, generalmente, de esa forma? (MARQUE TODAS LAS QUE USTED CONSIDERE)

- () Hija(o)(s) () Padre () Otro familiar
() Pareja () Madre () Compañeros de trabajo/escuela
() Amigos () Hermanos () Otro (Escriba a quién)
() El paciente/familiar
-

9. ¿Siente que su familiar/paciente, en estos momentos, afecta de forma negativa a sus relaciones con otros miembros de su familia o con amigos?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

¿De qué manera?

10. ¿Ha comunicado a alguien que tiene estos sentimientos?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

¿A quién? (MARQUE TODAS LAS QUE USTED CONSIDERE)

- () Hija(o)(s) () Padre () Otro familiar
() Pareja () Madre () Compañeros de trabajo/escuela
() Amigos () Hermanos () Otro (Escriba a quién)
-

11. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

12. ¿Ha comentado con alguien este temor por el futuro?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

¿A quién? (MARQUE TODAS LAS QUE USTED CONSIDERE)

- () Hija(o)(s) () Padre () Otro familiar
() Pareja () Madre () Compañeros de trabajo/escuela
() Amigos () Hermanos () Otro (Escriba a quién)
-

13. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

14. ¿Se siente agotado por la atención que brinda usted a su familiar/paciente?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

15. ¿Se siente incómodo de recibir a sus amigos por el hecho de que su familiar/paciente está presente?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

16. ¿Siente que no será capaz de cuidar a su familiar/paciente por mucho más tiempo?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

19. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

20. ¿Siente que usted puede cuidar mejor a su familiar/paciente que otro miembro de la familia?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

21. ¿Siente usted que algunas de sus acciones pasadas pudieron contribuir al desarrollo del trastorno de su familiar/paciente?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

22. ¿Considera usted que la comunicación con su familiar/paciente es importante para su atención?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

23. ¿Usted se comunica con otros familiares y amigos, con respecto a la situación de su familiar/paciente para obtener? (MARQUE TODAS LAS QUE USTED CONSIDERE)

- () Comprensión () Atención () Aliento
() Ayuda () Consejo () Otros puntos de vista
() Consuelo () Ser escuchado(a) () Otro (ESCRIBA QUÉ)

24. ¿En la situación en la que se encuentra, considera importante la comunicación?

0	1	2	3	4
Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

¿Por qué?

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO II
TALLER DE RELACIONES
FAMILIARES

- Cartel
- Citatorio
- Invitación



**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIROUGÍA
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**



INVITAN A PARTICIPAR EN EL TALLER:

“RELACIONES FAMILIARES”

INICIO 2 DE OCTUBRE

INFORMES DEPTO. TRABAJO SOCIAL

NEUROPSIQUIATRÍA

P.LIC. T.S. Viridiana Espinosa Campa



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

CITATORIO

FECHA: _____

AL RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____
CAMA: _____ REG: _____, AGREDECEREMOS
SU PRESENCIA EN ESTE INSTITUTO EN EL DEPARTAMENTO DE
TRABAJO SOCIAL CON LA TRABAJADORA SOCIAL ADSCRITA AL
SERVICIO.

NOTA: SE LE BRINDARÁ INFORMACIÓN ACERCA DEL TALLER
"RELACIONES FAMILIARES".

ATENTAMENTE

TRABAJADORA SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

La capacidad de comunicarse es una característica inherente al ser humano, quien se comunica con lo que le rodea utilizando diferentes códigos.

Los miembros de una familia de un paciente psiquiátrico deben asumir cambios de responsabilidad, la separación del paciente del entorno familiar durante el ingreso al hospital, variaciones en la rutina familiar y sobre todo problemas de comunicación.

¿ Le interesa conocer más sobre este tema?. Le invitamos a participar en el taller:

“RELACIONES FAMILIARES”

Inicio: 23 de septiembre

14:00 – 15: 00 horas

Martes y Jueves

Informes

Trabajo Social

Neuropsiquiatría

Viridiana Espinosa Campa



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

La capacidad de comunicarse es una característica inherente al ser humano, quien se comunica con lo que le rodea utilizando diferentes códigos.

Los miembros de una familia de un paciente psiquiátrico deben asumir cambios de responsabilidad, la separación del paciente del entorno familiar durante el ingreso al hospital, variaciones en la rutina familiar y sobre todo problemas de comunicación.

¿ Le interesa conocer más sobre este tema?. Le invitamos a participar en el taller:

“RELACIONES FAMILIARES”

Inicio: 23 de septiembre

14:00 – 15: 00 horas

Martes y Jueves

Informes

Trabajo Social

Neuropsiquiatría

Viridiana Espinosa Campa

ANEXO III
CRONICAS DE LAS SESIONES
DEL TALLER

CRÓNICA TALLER DE RELACIONES FAMILIARES

Sesión: 1

Hora de inicio: 14:05

Hora de término: 15:00

Asistentes: Emilio, Rita, Roberto, Marlene, Laura.

Tema: La comunicación

Se inició la sesión haciendo la presentación de la investigación que se está realizando con fines de titulación, se presentó ante los asistentes el temario a desarrollar en el taller, posteriormente se entregaron los instrumentos de evaluación para ser contestados por los asistentes, lo cual llevó aproximadamente 20 minutos.

Se pegó en el pizarrón un rotafolio con la pregunta ¿Qué es comunicación?, se preguntó a los asistentes si podían darme una definición sobre comunicación, al no obtener respuesta le pregunté al señor Emilio ¿qué era para él la comunicación?

Emilio: "Yo no fui a la escuela y no estudié, por eso no te puedo decir lo que es".

Viridiana: "Pero nos puede decir lo que es para usted la comunicación".

Emilio: "Es convivir, es dialogar, poder preguntar".

Marlene toma la palabra.

Marlene: "Platicar las cosas, intercambiar puntos de vista".

Laura: "Apoyar a las personas".

Roberto: "Nos comunicamos para lograr un conocimiento, es el poder compartir sentimientos".

Viridiana: "Bien, ahora les voy a presentar unas frases y me gustaría que me dieran su opinión sobre ellas, ¿qué es lo que entienden?".

Lamina 1: El mundo no existiría como lo conocemos si no fuese un mundo de comunicaciones.

Viridiana: "¿Qué opinan sobre esto?"

Marlene: "Si no nos comunicáramos no nos relacionaríamos".

Laura: "No podríamos convivir".

Emilio: "Necesitamos de los demás".

Viridiana: "Todos los comentarios son correctos, es verdad que necesitamos comunicarnos para poder relacionarnos con nuestra familia, con nuestros amigos, y con todos los demás, no podemos vivir aislados, necesitamos de los demás".

Lamina 2 La comunicación implica un intercambio de información que no puede romperse, en esta no existen personas pasivas.

Viridiana: "¿qué opinan?"

Roberto: "Para mí no está muy claro".

Viridiana: "Para los demás tampoco, lo voy a dejar aquí pegado y vamos a realizar una técnica que nos ayudará a entenderlo, ¿algún voluntario?"

Roberto: "Yo".

Se le explicó a Roberto que tenía que dar la espalda a los demás asistentes, se le entregó una hoja, la cual tenía unos cuadrados dibujados acomodados de distintas maneras, se le indicó que tenía que describir el dibujo para que los demás pudieran hacerlo; se le entregó a los asistentes pluma y hojas y se les dijo que tenían que dibujar lo que el señor Roberto les indicara, sin poder preguntar nada.

Roberto: "En la parte de abajo hay una base, es como el azulejo del piso, en el cual veo representada la unión".

Emilio: "No escucho nada"

Roberto: "Las figuras se parecen a las del comedor y van subiendo, son figuras simétricas".

Emilio dejó de dibujar, la descripción duró poco más de un minuto.

Viridiana: "Guarden ese dibujo, ahora vamos a realizar otro, hay algún voluntario (nadie contesta) entonces lo describo Yo, pero ahora sí me pueden hacer todas las preguntas que quieran. En la parte de debajo de la hoja van a dibujar un cuadrado el cual estará inclinado hacia el lado derecho, pero no totalmente.

Laura: "¿Cómo si fuera un rombo?"

Viridiana: "No tan inclinado, en la parte derecha dibujamos otro cuadrado con la misma inclinación, pero más arriba que el primero, en la parte de arriba del

cuadrado entre las dos puntas vamos a dibujar un tercer cuadrado en forma de rombo”.

Laura: “Parado”.

Viridiana: “Sí, en la parte de arriba del lado izquierdo vamos a dibujar otro cuadrado”.

Roberto: “En rombo”.

Viridiana: “No, este va derecho sin ninguna inclinación y arriba de este, en la base vamos a dibujar otro cuadrado”.

Rita: “Ocupando toda la base”

Viridiana: “No. Solo la tercer parte del lado derecho. Ahora saquen el primer dibujo y díganme si les fue fácil o no realizarlo”.

Emilio: “Yo no hice nada, porque no escuchaba y no entendía lo que decía”.

Viridiana: “Veamos si los dibujos se parecen al que describió el señor Roberto”.

Al ver el dibujo todos comienzan a reír.

Roberto: “Lo que pasa es que usted me dijo que describiera el dibujo y Yo lo hice de acuerdo a mi experiencia y a lo que yo conocía”.

Marlene: “Ningún dibujo se parece, además no pudimos hablar”

Viridiana: “Veamos el segundo dibujo” (al ver la muestra de nuevo hay risas).

Emilio: “Este sí lo hice y sí se parece más”.

Viridiana: “¿Por qué se nos facilitó más hacer el segundo dibujo?”

Emilio: “Porque usted hablaba más fuerte”.

Laura: “Porque si no entendíamos algo podíamos preguntar y nos daba más información”.

Viridiana: “En el primer dibujo existió comunicación pero en una sola dirección, y el señor Roberto describió el dibujo de acuerdo a lo que él conoce, esa fue su manera de entenderlo, lo que también dificultó el realizar el dibujo fue que él les daba la espalda, y en el caso del señor Emilio no pudo realizar el primer dibujo porque el no escucha bien, en el caso del segundo dibujo existió un intercambio de información por parte de ustedes y por mí, es a esto a lo que se refiere la

lámina, en la comunicación debe haber ese intercambio de información, en la cual las dos partes actúen para llegar a acuerdos, por ejemplo cuando un médico nos da información sobre nuestro paciente y dejamos que él hable, sin preguntar nada nos quedamos con muchas dudas o a veces no entendemos lo que nos trata de decir, es muy importante que ustedes le pregunten al médico lo que no entiendan, para poder ayudar mejor a sus familiares”.

Marlene: “También en la casa, cuando hay algún problema debemos escuchar a la otra parte, no quedamos solo con nuestra opinión, si escuchamos a los otros se puede solucionar el problema quedando todos contentos”.

Viridiana: “Muy bien Marlene, debemos permitir el intercambio de información, escuchar las otras opiniones, en nuestra próxima sesión vendrá una compañera Trabajadora Social Tanatóloga, quien nos hablará sobre el duelo, les agradezco mucho su asistencia y nos vemos el próximo martes”.

CRÓNICA TALLER DE RELACIONES FAMILIARES

Sesión: 2

Fecha: 7 octubre de 2003

Hora de inicio: 2:05

Hora de término: 3:00

Asistentes: Marlene, Roberto, Adriana, Emilio, Joice, María, Miguel, Alejandro, Gabriela, Karla, Ma. Magdalena, Rita.

Tema: Duelo anticipatorio.

Se inició el taller informando a los asistentes que en esta sesión la coordinación estaría a cargo de la Trabajadora Social María del Refugio Durán, quien es trabajadora del Instituto y se había especializado en tanatología.

Durán: "Buenas tardes a todos, ¿alguno de los que están aquí ha sufrido alguna pérdida?".

Roberto: "El domingo enterré a mi padre".

Durán: "Se que es un momento difícil, ¿cómo se siente?".

Roberto: "Estoy bien, a mí lo que me preocupaba era mi madre, fueron muchos años de vivir con él, compartieron toda una vida, yo le dije a mi hermana que mi padre murió tranquilo, que no debía preocuparse, que no tenía porque sentirse culpable, ninguno de nosotros debe sentirse culpable".

Durán: "Es bueno que tenga esa concepción, cuando tenemos una pérdida nos llenamos de culpas, pero en el momento que trabajemos la culpa y demos el perdón esta se quitará".

Durán presenta un acetato el cual decía "Estrictamente hablando, el duelo anticipatorio es lo que corresponde a la depresión anticipatoria. Dado que, con los avances de la medicina, se alarga frecuentemente el período del tiempo de la fase terminal hay un intervalo viviendo – muriendo".

Los asistentes observan atentamente el acetato, Marlene anota todo lo que dice este, Marlene esposa de Roberto agacha la cabeza y cierra los ojos continuamente.

Durán: "Esto quiere decir que todo el tiempo que nuestro paciente se encuentre por ejemplo en terapia intensiva sabemos que está grave y empezamos a sufrir por la posibilidad que este muera".

Continúa leyendo "Morir es un proceso gradual, se presenta el dolor de ver el progresivo deterioro del enfermo".

Durán: "Hay ocasiones en que nuestros familiares tienen que pasar por tratamientos intensivos radio, por ejemplo, lo que ocasiona que se le caiga el cabello, que baje de peso y esto también nos hace sufrir".

Cambia el acetato y comienza a leer "El término en sí es contradictorio, cómo que no es posible sufrir por una pérdida no tenida. Liderman dice: "la simple amenaza de separación o de muerte de un ser querido, en sí misma inicia la reacción del duelo. Se trata pues de una reacción normal ante la posibilidad y proximidad de la muerte de quién se ama; e implica en quien lo sufre, un reconocimiento intelectual y emocional de esa realidad; al mismo tiempo moviliza mecanismos psicológicos que sirven para alcanzar la adaptación por la próxima futura pérdida".

Durán: "Cuando nosotros tenemos a un familiar grave comenzamos a pensar en la posibilidad de su muerte y por otro lado buscamos algo a que aferramos que nos de esperanza de que nuestro familiar continuará vivo, puede ser Dios, el que ustedes quieran y como se llame, el encomendarnos a él siempre nos brinda alivio y esperanza".

Cambia el acetato y comienza a leer "Los continuos dilemas cuando haya que tomar decisiones que pueden tener consecuencias no deseadas, que incluso pudieran ser funestas. El duelo anticipatorio como tal, comienza cuando la pérdida, la muerte se presume cercana e inminente. Se trata del duelo de la familia, de los amigos, de los miembros del equipo de salud involucrados".

Durán: "Muchas veces comenzamos a cuestionar las decisiones que tomamos, respecto al tratamiento de nuestro paciente, por ejemplo cuando autorizamos la operación, comenzamos a preguntarnos si habrá sido lo mejor, ¿Y si no resiste la operación, y si no queda bien? Todas estas cosas nos causan daño y generan

culpas, pero deben tener claro que las decisiones que han tomado han sido pensando en el bienestar de nuestros familiares, y son decisiones que se deben tomar, que muchas veces no se pueden aplazar”.

Karla: Yo quiero que mi esposo mejore y hay que tomar decisiones, yo no puedo esperar y pedir permiso a los hijos, que ni siquiera están aquí, Dios sabe porque hace las cosas”.

Roberto: “Cuando yo era chico tenía un amigo que decía que Dios nos iluminaría en el momento preciso”.

Durán: “Debemos tomar conciencia que la vida es solo un instante y en un instante puede cambiar, no debemos dejar asuntos pendientes, la preocupación por esos asuntos pendientes que no concluimos es la que en ocasiones no nos permite irnos”.

Roberto: “ Yo tuve un infarto y cuando estaba en cama yo le pedía a Dios que me dejara vivir, ya que debía hacer algo para dejar el mundo mejor de cómo lo había encontrado, me permitió seguir más tiempo con vida y ahora le puedo decir que todas las noches duermo muy tranquilo”.

Mientras hablaba su esposo Marlene lo volteaba a verlo se reía y agachaba la cabeza.

Durán pone otro acetato y explica “El duelo anticipatorio no es solo por la muerte sino también por otras pérdidas. Nuestro familiar ya no podrá seguir con el mismo estilo de vida. Extraña la fortaleza e independencia de su ser querido. Hay enojo por las oportunidades o por el proyecto de vida que tenía y no se realizó”.

Marlene: “En mi caso es muy difícil ver a mi niña enferma, cuando ella era una persona llena de vida, antes bailaba y hacia deporte, ahora está en una silla de ruedas”.

Durán: “Son pérdidas que tenemos y que realmente son muy difíciles de afrontar, no se que enfermedad tenga su hija pero debe buscar las alternativas para que puedan continuar con sus vidas”.

Durán cambia el acetato y comienza a leer “En un duelo anticipatorio se presentan mayores dificultades cuando la familia es desunida y algunos miembros se encuentran alejados y distantes del paciente. Cuando las relaciones con él son ambivalentes y difíciles o cargadas de hostilidad, generan dependencia emocional o económica respecto a la persona enferma”.

Durán: “es muy importante que en nuestras familias exista diálogo y compartamos los sentimientos para poder salir adelante, debemos fomentar las redes de apoyo, tampoco es correcto que sea solo una persona la que esté al tanto del enfermo”.

Gabriela: “Esto es muy importante porque de ver como está nuestro familiar también nos enfermamos”.

Durán: “Si y podemos caer en una depresión muy fuerte”.

Adriana: “¿La depresión nos puede llevar a la muerte?”.

Durán: “ Cuando se vuelve patológica si, una depresión por duelo puede durar hasta dos años y es normal, pero cuando es patológica tiene otras características y necesita un tratamiento especial. En la próxima sesión hablaremos sobre las fases del duelo, les agradezco la atención y ahora continuaran con la señorita Viridiana”.

Viridiana: “Ya hemos visto como el hecho de tener un familiar hospitalizado produce diferentes sentimientos y trae consigo cambios en las familias, les pido por favor que formen parejas”.

Roberto y Marlene se levantan y me comentan que se tienen que retirar porque tienen una cita con el médico, los demás asistentes forman las parejas, algunas de éstas las cambié, ya que fueron formadas por que se conocían, esto provocó risas entre los asistentes, les indiqué que uno debería permanecer sentado y que el otro se colocaría parado atrás de su compañero, a las personas que estaban sentadas se les dio una hoja con un lápiz, a las personas que estaban de pie les entregue un dibujo a cada uno (el mismo para todos), les indiqué que debían describir el dibujo para que sus compañeros pudieran realizarlo, no podían mostrarlo y no podían hacer señas o meter la mano para dar indicaciones, las parejas estuvieron formadas de la siguiente manera:

- Alejandro – Marlene

- Nohemi. – Rita.
- Joice – Karla.
- Emilio – Silvia.
- Gabriela – Miguel.

Silvia inició describiendo el dibujo primero en voz baja, conforme avanzaba en la descripción subía la voz, en algún momento puso la mano en la hoja, para indicar en que lugar poner una línea. Indique de nuevo que no se podía meter la mano. Cuando Marlene le describía el dibujo a Alejandro le daba muchos detalles, repitiendo las cosas varias veces, con voz muy baja.

Rita al describirle el dibujo a Nohemi, le indicó que iniciara por la parte de arriba, hablaba fuerte para que esta la escuchara y contestaba las preguntas que le hacía, cabe destacar que este fue el dibujo que más se aproxima a la muestra. Transcurrido el tiempo se pidió a todos que se sentaran.

Viridiana: “A las personas que estaban sentados se les dificultó hacer el dibujo o fue fácil realizarlo ¿cómo se sintieron?”

Nohemi: “Yo me sentía muy tranquila, fue muy fácil, porque ella me iba explicando como hacerlo”.

Joice: “Yo no le entendía nada y no se lo que dibujé”.

Alejandro: “También fue difícil para mí, porque no la veía”.

Emilio: “Yo no le entendía nada y además no la escuchaba bien”.

Gabriela: “Yo no lo acabe tuve que borrar varias veces y me tarde mucho”.

Viridiana: “ Y los que describieron el dibujo, ¿qué fue lo que pasó?”.

Karla: “No se cómo explicar, no se como decirle para que me entendiera”.

Silvia: “Yo hablaba fuerte pero como había ruido no me escuchaba, además me sentía desesperada porque quería que lo hiciera bien y no podía meter la mano”.

Miguel: “Yo tampoco sabía como explicarme y me sentía muy presionado por el tiempo y ella dibujaba algo y yo me desesperaba y le decía que lo borrara”.

Rita: “A mi no me pareció tan difícil, como que nos entendimos muy bien”.

Viridiana: “Por favor muestren el dibujo para que todos lo conozcan y vean si se parece o no al que realizaron”.

Al ver el dibujo se escuchan risas entre los asistentes.

Viridiana: "Ustedes mencionaron algo muy importante, la persona que nos describía el dibujo estaba a sus espaldas, lo que les impedía verlo, la comunicación no solamente es la palabra, nos comunicamos con las manos, con los gestos, con todo nuestro cuerpo. Ahora debemos observar como cada uno vemos las cosas de manera diferente, describieron el mismo dibujo, pero la manera de hacerlo fue diferente y la manera en que recibieron las instrucciones y dibujaron también fue diferente. Las personas que estaban sentadas no conocían el dibujo, lo que les dificultó la actividad, esto lo podemos llevar a nuestra vida diaria cuando se nos presenta un problema en la familia la manera de ver o vivir este problema va a cambiar para cada miembro de la familia".

Silvia: "También se ve que uno no va a hacer lo que uno quiera, como en mi caso que yo esperaba que el señor me entendiera y me desesperaba que no lo hiciera, tenía ganas de hacerlo yo".

Viridiana: "Es muy importante conocer los diferentes puntos de vista para poder formar acuerdos. Otra cosa que también es muy importante es el conocer a lo que nos enfrentamos ¿cómo podemos ayudar a nuestro paciente si no conocemos de qué está enfermo? No debemos quedarnos con ninguna duda cuando hablemos con el médico, si no entendemos algo debemos preguntar, o nos va a pasar como con el dibujo solo seguimos las instrucciones pero como no sabemos lo que es, se dificulta realizar bien el trabajo o brindarle una adecuada atención a nuestro paciente.

Le doy las gracias a la Trabajadora Social Mary Durán, quien también nos va a acompañar la siguiente sesión para hablamos sobre el manejo del duelo, les agradezco a ustedes su asistencia y participación y los espero el próximo jueves".

CRÓNICA TALLER DE RELACIONES FAMILIARES

Sesión: 3

Hora de inicio: 2:05

Hora de término: 3:00

Asistentes: Rigoberto, Roberto, Marlene, Alejandro, Karla, Ana, Nohemi, Miguel, Paulina, Silvia.

Tema: El duelo y su manejo.

Viridiana: “Les agradezco a todos su asistencia, el día de hoy como les había mencionado, la Trabajadora Social Tanatóloga Mary Durán nos hablara sobre el duelo y su manejo”.

Durán: “Buenos días a todos, cuando entendamos y superemos las etapas del duelo recuperaremos el equilibrio de nuestra vida, siempre y cuando el duelo sea normal, el duelo se vuelve patológico cuando no superamos el proceso.

Una vez hubo un accidente, se incendió una casa, falleció un niño, la madre estaba fuera de la ciudad, ella no pudo identificar a su hijo y no lo vio muerto, por lo cual ella se negaba a aceptar lo sucedido, y ella buscó mucho tiempo a su hijo.

Un duelo normal puede durar hasta dos años, a partir de entonces se vuelve patológico. El objetivo de la tanatología es ayudar a quien sufre un duelo por la muerte de un ser querido, a que lo elabore en el menor tiempo y con el menor dolor posible, lo cual requiere de una auténtica terapia tanatológica.

Un duelo no solo se vive por una muerte, el duelo es una pérdida, hay personas que perdieron algún miembro de su cuerpo una mano, un pie, un seno y sufren un duelo, hay ocasiones también en que las personas pierden su funcionalidad por alguna enfermedad u operación y también atraviesan por un duelo. En este caso tal vez sus familiares no estén en el Instituto por alguna cirugía, sin embargo han perdido algo, piénselo un poco, unos habrán perdido la movilidad del cuerpo, la memoria, la coordinación, la funcionalidad, el habla, etc. y ustedes como familiares atraviesan por un duelo”.

Marlene: “Mi niña quería mucho a su abuelita, ella murió hace siete años, pero ella no lo acepta, cuando tiene problemas como ahora se envuelve en su chal y llora”.

Durán: “¿Ella asistió al sepelio?”.

Marlene: "No la única que asistió fui yo".

Durán: "No acepta la pérdida, porque no pudo verla, por eso es bueno dejar que las personas se acerquen al ataúd, para que puedan despedirse, tal vez lo que se puede realizar es un ritual de despedida, que ella vaya al panteón y exprese todos sus sentimientos, sería bueno que fuera acompañada de un experto, esto le podría ayudar a aceptarlo y superarlo".

Marlene: "Mi hija tiene mucha rabia".

Durán: "La rabia crea culpas y esto nos lleva a la depresión, se puede manejar la culpa en el ritual de despedida".

Marlene: "Ahora que lo pienso yo no le comente nada de esto al psiquiatra, y ahora veo que debe saberlo".

Durán: "Sí, es importante porque fue un suceso que impacto mucho en la vida de su hija, háblelo con el médico. Cuando se supera el duelo se entra en una realidad completa".

Karla: "Mi esposo está así llora mucho, dice que todo lo que ha hecho le salió mal".

Durán: "No le encuentra sentido a su vida".

Karla: "Sí, no come, no duerme".

Durán: "El duelo es por pérdida, la depresión por enfermedad es diferente".

Karla: "Es por pérdidas está así por todo lo que ha perdido. Yo le digo que se resigne y no quiere".

Durán: "Es diferente la aceptación que es a la que hay que llegar a la resignación, puede haber resignación y no aceptación.

Durante el duelo sentimos tristeza, que puede obligar a la psique a funcionar bajo la influencia de otros sentimientos igualmente negativos, en cada etapa la tristeza se convertirá en angustia, rabia, culpa, depresión, e incluso, en mecanismos hipocondríacos o psicosomáticos. Es decir, llegamos a sentir tanta tristeza que inconscientemente nos enfermamos. También hay rabia, los sentimientos negativos salen del propio yo, para fijarse en el tú, quien quiera que este sea.

La rabia puede ser enfocada a la persona que falleció, porque nos dejó, porque no cumplió las promesas hechas, no se consiguieron las metas planteadas, la rabia también puede ser enfocada hacia otras personas".

Marlene: "Como en el caso de mi niña, ella tiene rabia acumulada, aunque no está dirigida a alguien en específico".

Durán: "Si, por eso es importante trabajar esos sentimientos y expresarlos porque de esta manera solo se hace daño ella, y llegará el momento en que el enojo, la rabia acumulada exploten, y salgan, piense lo del ritual de despedida.

La última etapa del duelo es la aceptación y es a la que hay que llegar. La aceptación es el final del duelo, no es resignación, la aceptación se da cuando uno siente que la muerte como tal, no existe, sino que, lo que trajo, fue simplemente un cambio de presencia.

La aceptación auténtica se dará cuando uno perciba, que dentro de uno mismo está vivo, el que "murió" y que está cuidando de uno, como un "ángel de la guarda". Es cuando uno podrá darle gracias a Dios por esa muerte.

¿Algún comentario? Yo les doy las gracias este es mi última participación con ustedes, yo soy María del Refugio Durán, soy Trabajadora Social Tanatóloga, laboro en el Instituto, fui invitada por la Lic. Viridiana para dar este tema, continúan con ella".

Alejandro: "Mi hermano tuvo tres hijos, que hace cinco años se fueron a Estados Unidos, hace un mes falleció mi hermano y ellos no vinieron a verlo, se les había avisado que su padre estaba grave, pero a ellos no les dolió su padre".

Roberto: "Eso habla de ingratitud, no hay más palabras para describir a personas así".

Durán: "No podemos juzgar sin conocer los motivos que tuvieron, a lo mejor son indocumentados, o no tenían dinero, realmente no conocemos cuales son las causas por la que no asistieron al funeral de su padre".

Nohemi: "No hay motivos para faltar al funeral de su padre".

Durán: "No sabemos que pasó con ellos, no podemos juzgarlos".

Viridiana: "Vamos a realizar una técnica y al terminarla retomamos este comentario, por favor necesito tres voluntarios".

Nadie se ofrece de voluntario, por lo cual señalo a tres personas al azar, Miguel, Karla y Paulina, esto causa mucha risa entre los asistentes. Posteriormente pedí a las tres personas que le dieran la espalda a los asistentes, los cuales se encontraban sentados enfrente del pizarrón formando un semi círculo, pegue un papel bond blanco en el pizarrón y llame a Miguel a quien le entregue un plumón y sin que los demás participantes escucharan le pedí que realizara un dibujo en el papel, él comenzó a dibujar una casa, con un árbol, una vez que terminó de dibujar, tape el dibujo con hojas, dejando solo unas líneas descubiertas de la parte superior del dibujo, le pedí a Miguel que se sentara, le llame a Karla y le mencioné que tendría que continuar el dibujo de Miguel, que dibujara lo que ella pensaba que eran las líneas, ella comenzó a dibujar, cuando término se realizó el mismo procedimiento con Paulina, una vez concluida, le pregunté a esta última que es lo que había dibujado, ella indicó que era una fruta, le pregunté a Karla y ella mencionó que había dibujado una carretera. Cuando destapé el dibujo de Karla, el cual estaba unido al de Paulina todos comenzaron a reír, cuando descubrí el de Miguel la risa incrementó por la apariencia del dibujo.

Viridiana: "¿Qué opinan de este dibujo, qué pasó en el?"

Marlene: "No se pusieron de acuerdo para realizarlo".

Roberto: "No se ve bien, si no lo hubiesen tapado, lo habrían podido continuar bien".

Karla: "No sabíamos lo que había dibujado el otro".

Viridiana: "Esta técnica se llama "Un dibujo sin saber lo que es", efectivamente no hubo comunicación ni con palabras ni a través del dibujo, no podemos realizar una tarea bien, si no sabemos de que se trata, cada uno le dio una interpretación diferente a las líneas que observó, pero no conocían a detalle o completo el dibujo anterior, yo creo que esto tiene relación a con lo que hablaban de los sobrinos del señor, ustedes están viendo solo unas líneas de la situación y están dando una interpretación y están juzgando, cuando no conocen a detalle el dibujo o los motivos de ellos. También lo relacionaría en la familia, como familia ¿cómo podemos ayudar a nuestro paciente, sino conocemos la enfermedad?, tal vez solo observamos algunas líneas, pero no todo el dibujo, y así no podemos llevar a cabo una tarea bien hecha, por eso es tan importante la comunicación tanto en nuestra

familia para brindar una adecuada atención a los pacientes, cómo con el equipo médico, para ayudarlo adecuadamente, bueno y no solo en ese caso yo creo que se aplica a toda nuestra vida.

Yo le agradezco mucho a la Trabajadora Social su participación y su tiempo, a ustedes también les agradezco su asistencia y sus comentarios, nos vemos la próxima sesión. Gracias".

CRÓNICA TALLER DE RELACIONES FAMILIARES.

Sesión: 4

Hora de inicio: 14:00

Hora de término: 15:00

Asistentes: Karla, Ana y Nohemi.

Tema: La comunicación

Viridiana: "Buenas tardes, el día de hoy traje una lámina en la cual puse los conceptos que ustedes me dieron sobre comunicación, en las dos sesiones anteriores ustedes notaron que mientras la Trabajadora Social Mary hablaba, yo escribía, yo escribía todos lo que ustedes mencionaba, para después poder rescatar sus comentarios, que me sirvieron para hacer esta lámina, a partir de esta sesión voy a grabar el taller, si ustedes no tienen ningún inconveniente. Antes de continuar con la lámina vamos a realizar una técnica que se llama "uno para todos..." por lo cual les voy a pedir que se paren a un lado de la mesa, Ana al inicio, Karla en medio y Nohemi al final".

A cada una de las asistente le entregue un sobre con un rompecabezas.

Viridiana: "Van a armar un rompecabezas, es una casa, se pueden guiar por los colores, las líneas, tienen 10 minutos, adelante, pueden empezar".

Las tres asistentes sacaron las piezas de los sobres y comenzaron a acomodarlas, Ana fue la primera en comenzar a unir piezas, Karla no encontraba la forma de unir las, por lo cual me acerque a ella y le ayude a unir algunas piezas, lo mismo hice con las otras dos integrantes.

Viridiana: "El tiempo se acaba, observen como va su trabajo, si creen que les hace falta piezas pueden intercambiarlas".

Karla: "Yo no le encuentro la forma, ¿me puede ayudar?".

Ana: "Yo todavía no termino".

Viridiana: "Se acabó el tiempo".

Nohemi: "No hemos terminado, ¿nos puede dar más tiempo?".

Viridiana: "Bien tienen 10 minutos más, pero antes de continuar observen el trabajo que han realizado y el que están realizando sus compañeras si creen que les hace falta piezas pueden intercambiarlas".

Las tres asistentes continúan cada una armando su rompecabezas, ninguna observa el trabajo de las demás, a Karla le cuesta mucho trabajo armarlo y me vuelve a pedir ayuda, me acerco y le continuo ayudando, también me acerque a Nohemi. para ayudarle, Ana casi termina su parte.

Viridiana: "Se acabó el tiempo, ya terminaron".

Karla: "Ya, porque me ayudo".

Ana: "Ya".

Nohemi: "Me faltan unas piezas".

Me acerque a Nohemi y le ayude a terminar de armarlo.

Viridiana: "Vean los tres dibujos, ¿qué pasa con ellos?".

Karla: "Son diferentes".

Nohemi: "Son diferentes".

Ana: "Forman uno".

Viridiana: "Bien Ana, los tres forman uno, recuerden cual fue la instrucción armar un rompecabezas, es una casa, ¿cómo queda si juntamos las tres partes?".

Las tres comienzan a juntar las partes para formar la casa.

Viridiana: "Sabíamos que era una casa, pero no la conocíamos, cada una realizó lo que se le estaba pidiendo, pero a veces no escuchamos y nos enfocamos al trabajo individual, recuerden que les mencione observen el trabajo que están realizando sus compañeras y nadie lo hizo. Es muy importante la división del trabajo, pero no se debe olvidar el objetivo que se tiene en común. Este ejercicio se puede llevar a la vida cotidiana, por ejemplo en nuestras familias con nuestro

enfermo, es muy bueno que como familiares nos dividamos las actividades, que un día alguien venga de visita, mientras otro realiza los trámites del Instituto y otro se hace cargo de las tareas que antes hacía el paciente, pero no deben olvidar que estas actividades son para ayudar a la rehabilitación de nuestro paciente y que una vez que hayan cumplido deben informarse entre ustedes que pasa con el paciente y como es su tratamiento. Y respecto a la comunicación ustedes mencionaron que la comunicación era intercambiar puntos de vista, compartir sentimientos, el poder preguntar, también mencionaron que nos comunicamos con palabras, con las manos, con gestos, con todo el cuerpo; en estas sesiones también vimos que la misma situación es entendida de forma diferente por cada persona. Hay algún comentario sobre esto".

Al comenzar a hablar sobre la comunicación utilice la lámina que había pegado al inicio de la sesión, como no había comentarios al respecto pegue otra lámina que contenía frases de Paulo Freire.

Viridiana: "No hay pensamiento aislado, así como no hay hombre aislado. Esto nos quiere decir que no estamos solos, todos necesitamos de los demás y es sumamente importante fomentar la ayuda y las relaciones entre la familia, a esto se le conoce como redes de apoyo".

Karla: "Es difícil cuando estas lejos de tú gente, como yo, a mí me ayudan los hijos y me mandan dinero, pero me gustaría que estuvieran aquí conmigo, pero no pueden dejar sus cosas".

Viridiana: "El apoyo en momentos difíciles es muy importante, pero en ocasiones nosotros debemos pedir ayuda, porque tal vez el otro no sepa lo que yo estoy sintiendo y si no se lo digo él no lo va a adivinar. Algún otro comentario".

Presenté otra lámina de Freire que decía: "La comunicación es diálogo, el diálogo es comunicativo, el diálogo nos inserta en una realidad y nos ayuda a transformarla".

Viridiana: "Ya antes me habían mencionado que la comunicación era diálogo, ¿pero, qué entendemos por diálogo?".

Ana: "Hablar con los demás".

Karla: "Escucharnos".

Nohemi: "Platicar con los miembros de la familia sobre la rehabilitación del enfermo".

Viridiana: "Todo lo que ustedes mencionaron implica el dialogar, es el permitir al otro que hable y escucharlo, para después hablar yo y el me escuchara, muchas veces no se estará de acuerdo y tendrán diferentes opiniones, recordemos que cada uno ve la realidad de manera diferente, pero en la medida en que permitamos expresar lo que el otro siente, se podrán llegar a acuerdos y no solo respecto a la rehabilitación del paciente, también en las relaciones que tenemos con cada miembro de la familia. Pero tratemos de ser claros al hablar para evitar malos entendidos".

Karla: "Fue bueno el ejercicio, a veces con los hijos no hablamos claro con ellos, de frente, a veces regaño a uno y espero que el otro aprenda, solo escuchando pero no le digo a él".

Viridiana: "Así es y él no va a adivinar que es lo que usted quiere, yo creo que entendería mejor si le hiciéramos el comentario directamente. Y respecto a la técnica no solo simboliza la división del trabajo y la importancia de la comunicación entre los equipos para poder realizar una tarea, hay otro punto también muy importante, en este caso sabíamos que era una casa, pero no de que forma, cada una la imaginó de manera diferente, por eso nos llevó tanto tiempo terminar de armarla, llevándolo a la vida diaria ¿cómo podemos ayudar a nuestro familiar sino conocemos la enfermedad que tiene? Debemos conocer para poder ayudarlo, para saber como tratarlo".

Karla: "Le voy a preguntar al médico".

Viridiana: "No se quede con ninguna duda, pregunte todo lo que no entienda".

Nohemi: "Y todo lo que nos diga el médico, lo debemos contar en la casa para que los demás estén enterados".

Viridiana: "Si es muy importante que los demás también estén enterados, yo les agradezco mucho su asistencia y comentarios, los espero la próxima sesión a las dos de la tarde. Gracias".

CRÓNICA TALLER DE RELACIONES FAMILIARES

Sesión: 5

16 octubre 2003

Hora de inicio: 14:05

Hora de término: 15:00

Asistentes: Ana, Mitzi, Víctor, Karla, Silvia, Edith, Roberto.

Tema: Los cambios que se presentan en la familia y las reacciones emocionales de los miembros.

Viridiana: “Buenas tardes a todos les doy las gracias por su asistencia. Las personas que asisten por primera vez al taller les voy a dar un cuestionario que necesito me contesten”.

A todos los asistentes les repartí unas hojas en blanco con un lápiz, a las personas que asistían por primera vez les entregue el instrumento de evaluación, indicándoles que debían llenarlo y entregármelo al finalizar la sesión. Tienen cinco minutos.

Viridiana: “En las hojas que les dí, dibujen nueve puntos (al dar esta indicación pegue una lámina con los nueve puntos dibujados en ella) como estos que están en la lámina, no es necesario que los dibujen así de grandes, cuando ya tengan dibujados los nueve puntos los van a unir con cuatro líneas, sin despegar el lápiz del papel”.

Karla: “¿Puede ser con un círculo?”.

Viridiana: “No, no debe haber círculos, tienen cinco minutos”.

Karla: “¿Deben ser cuatro líneas con ocho puntos?”.

Viridiana: “No deben ser cuatro líneas y nueve puntos”.

Los asistentes comienzan a reír, al escuchar a Karla.

Roberto: “Todos los puntos deben estar unidos”.

Viridiana: “Sí”.

Karla: “¿Cuatro líneas? A mí ya me salió”.

Viridiana: “No, ¿cuántas líneas son?”.

Karla: “Son cuatro”.

Viridiana: "Pero despego el lápiz del papel".

Edith: "No se puede".

Viridiana: "Ya pasó el tiempo, si creen que lo pueden realizar en equipo, reúnanse y discútanlo, tienen 10 minutos".

Karla: "No se puede".

Viridiana: "Sí se puede".

Edith: "No se puede quedan las líneas separadas".

Karla: "Debe ser sin despegar el lápiz".

Viridiana: "Pudieron o no".

Silvia: "No queda".

Ana: "Ya pude".

Viridiana: "Vamos a ver, no son ocho líneas y deben ser solo cuatro".

Mitzi: "¿Podemos cambiar los puntos?".

Viridiana: "No los puntos deben estar de tres en tres. Terminó el tiempo. Es difícil imaginar soluciones nuevas, tratamos de solucionar los problemas a través de experiencias pasadas que nos han dado resultado, somos imitadores, pero no creativos".

Al tratar de resolver el ejercicio comencé mal por lo cual no pude unir los nueve puntos, todos comenzaron a reír.

Karla: "Ya ve como no sale".

Viridiana: "Perdón, comencé mal, pero si sale".

Comencé de nuevo mal por lo cual no pude resolverlo, las risas aumentaron, pegue una hoja blanca de nuevo en el pizarrón y comencé a realizarlo, esta vez sí salió.

Viridiana: "Si ustedes observan sus hojas, ninguno se salió del cuadro, todos trataron de hacerlo dentro de este".

Mitzi: "¿cómo es?".

Me acerque a ella y le resolví el ejercicio en su hoja.

Viridiana: “Como les decía buscamos solucionar las cosas...”

Los asistentes comienzan a comentar el ejercicio y la solución entre ellos, por lo que ninguno escucha lo que yo hablaba, alce la voz y comencé de nuevo.

Viridiana: “A ver por favor, cuando tenemos un problema y lo resolvemos de alguna forma, cuando después se nos presenta una solución parecida utilizamos lo que antes nos funcionó, veamos por qué esta técnica. Vamos a hablar sobre los cambios que se presentan en nuestra familia, cuando hay un enfermo en ella la familia sufre una reestructuración a partir de las circunstancias que vivamos, uno de estos cambios es el aislamiento social, el asistir a menos lugares de recreo por ejemplo, o al tener un paciente hospitalizado a veces tenemos que cambiar de lugar de residencia, hay personas que vienen de otro estado, dejan de ver a sus amigos, vecinos o familiares, por cuidar a nuestro paciente dejamos de asistir a reuniones familiares o amistosas, visitamos menos lugares. También se presenta una desorganización en el hogar, el cambio de domicilio, la división de tareas dependiendo de quién sea el enfermo en la familia esta sufre diferentes cambios, si es la mamá y ella se encargaba de las tareas del hogar, ahora los otros miembros tendrán que cubrir estas tareas, si es el padre el enfermó, el cual se encargaba del sustento familiar y era el único proveedor económico ahora hay que buscar como solventar esos gastos en la familia. ¿En sus familias se han presentado estas situaciones?”.

Karla: “Yo soy de guerrero y me tuve que venir para acá, para que mi esposo recibiera atención”.

Ana: “En mi caso mi papá es el que está hospitalizado y el mantenía la casa, ahora mi mamá y yo comenzamos a buscar la manera de conseguir el dinero”.

Karla: “Mi esposo se dedicaba al campo, él sembraba, ahora mis hijos me mandan dinero, para vivir acá, aparte de eso es difícil estar en un lugar que no conozco”.

Víctor: “En mi caso mi esposa es quien tiene ese problema, a ella se le metió la idea de que si nos cambiábamos de casa iba a mejorar, nos fuimos a Hidalgo, pero ella continuó igual, después regresamos porque aquí esta toda mi familia”.

Viridiana: "¿Y sobre la economía?".

Roberto: "En mi caso mi niña es la que está mal, nosotros venimos de Toluca y nuestra familia nos está apoyando, incluso con dinero".

Viridiana: "No es solo de cubrir las necesidades de la familia, también se incrementan los gastos, la compra de medicamentos, el pago del hospital, los pasajes para el traslado del hospital y la comida. Ahora cuando mencioné que hay que buscar soluciones diferentes, me refiero a buscar o tocar otras puertas hay algunas instituciones u organizaciones que podrían ayudarles en la compra de algún medicamento, hay lugares en donde se proporciona hospedaje o comida con precios muy accesibles".

Karla: "En mi caso yo no soy de aquí y me están pidiendo dos donadores de sangre, yo no tengo amistades ni familia".

Viridiana: "En este caso, puede usted hablar en el banco de sangre y exponer esto, tal vez se podría negociar los donadores por alguna otra cosa".

Karla: "Ya fui, ya hable y la señorita me dijo que me iba a aumentar el plazo, para ver si podía conseguirlos".

Edith: "¿Y por qué la donación tiene que ser para todos?".

Viridiana: "Tal vez su paciente no la requiera pero puede ayudar a otras personas.

Edith: ¿Y es indispensable?"

Viridiana: "Si es un requisito de hospitalización".

Roberto: "Yo veo el aislamiento social en mi hija, nosotros nos venimos de Toluca para que se atendiera mi otra hija se quedo sola, y ahora ella es la que se tiene que hacer de comer y realizar todas las tareas de la casa, ahora se han alejado las visitas de las amistades, ya no van a la casa ellos son los que nos van aislando, tal vez sea por ignorancia pero parece como si tuvieran miedo de ir. La desorganización en el hogar, pues como yo ya les mencioné, mi pobre hija se quedo solita porque sigue estudiando, nosotros hemos pensado en un cambio de domicilio, llegar a donde nadie nos conozca y olvidarnos de todo, nosotros dividimos las tareas para tratar de mantener nuestro núcleo familiar, en la economía nos a afectado tanto que yo he perdido todo, he recurrido a la ayuda para los medicamentos con mis amistades".

Roberto lee los puntos de la lámina que no se han explicado y habla sobre ellos.

Roberto: "En cuanto a las emociones hay mucha tristeza, yo no digo que vergüenza, yo no me avergüenzo de mi hija, pero sí una profunda tristeza, sí tenemos miedo pero de que avance más la enfermedad y eso nos ha aportado sí una inactividad, yo no estoy trabajando me dedico solo a ver lo de mi hija y eso nos afecta más en la economía; ahora yo veo la asistencia social en México un poco burocratizada, pero sí hay alternativas yo las he buscado y se me han abierto puertas, pero definitivamente la economía es la más afectada, a veces he tenido que pedir dinero y me han dicho, ¿cómo vas a necesitar dinero si estas en una Institución pública? Pero no se piensa en los gastos que se tiene".

Viridiana: "Se vive el aislamiento social, el hecho de mencionar que tenemos un familiar psiquiátrico produce miedo, la concepción que tenemos no ha cambiado desde el siglo antepasado, hoy nos encontramos que hay personas que piensan que en el psiquiátrico se encuentran cuartos blancos, personas amarradas, el problema es que no conocen el hospital, ni la enfermedad y esto a veces nos hace objeto de burlas o recibimos comentarios de mal gusto que nos lastiman y nos hacen sentir mal".

Roberto: "Pero también yo he visto personas que se resignan, la resignación es parte de la cultura mexicana, hay quien dice pues ni modo está enfermo y no podemos hacer nada, no debe ser así es una enfermedad y debemos buscar como combatirla, como luchar".

Viridiana: "Debemos entender que la enfermedad de nuestro familiar tiene características y síntomas particulares, y solo el médico puede determinar si se cura o se controla y en que tiempo, nosotros tenemos que estar informados para poder ayudar a nuestro paciente. Nos da tristeza alejarnos de nuestros amigos, de nuestros familiares o el que ellos se alejen de nosotros, como el hecho de ver a nuestro paciente como ha cambiado su vida, como deja de hacer las actividades que antes realizaba".

Silvia: "En mi caso mi papá está mal y yo he tratado de brindarle confianza y demostrarle apoyo, yo hablé con los amigos de él y he tratado de organizar

reuniones con sus amigos, para que él se sienta a gusto, pero solo uno se presentó, los demás no quisieron”.

Roberto: “Que poca apertura, nada les cuesta brindar unas palabras de consuelo, pero la gente no esta preparada”.

Silvia: “De ocho, solo uno asistió”.

Viridiana: “También hay vergüenza, no vergüenza de nuestro familiar como persona, sino que a veces la enfermedad que padece tiene ciertas características, a veces se la pasa caminando de un lado a otro todo el día, o habla mucho y cuando asisten a un lugar público esto lo hace objeto de burlas, lo que sí nos ocasiona vergüenza, y el sentir o tener estos sentimientos no está mal, somos seres humanos y es un sentimiento normal, el problema está en como la comunicamos, como la expresamos, si estamos concientes que esa actividad que realiza nuestro familiar es parte de su enfermedad podremos entenderlo y ayudarlo, pero cuando no lo sabemos estas situaciones nos provoca diferentes sentimientos y reacciones, habrá quien le reclame al paciente sus actitudes, lo que genera conflictos, o a veces para evitar esto dejamos de salir con nuestro familiar”.

Roberto: “A mí me paso algo. Mi hija sufre de epilepsia, un día me dijo papá vamos a tomar un café, y nos fuimos al Vips, estando en el café a mi hija le dio, yo le digo la “chiripiorca”, o sea una crisis todos voltearon y se pararon, una señora me dijo hay que meterle esto, ellos no entendían nada sobre como tratar la epilepsia, todos opinaban, unos que la sentara, que le levantara la cabeza, y yo solo quería que no se metieran, aun señor le dije, señor deje de estar molestando soy su papá y yo ya la estoy atendiendo, nunca me ha dado vergüenza la enfermedad de mi hija, me avergüenza la actitud de la gente, como es posible que toda la educación y el cariño que nos han enseñado se olvide hasta el punto de mostrar indiferencia o morbo”.

Viridiana: “Inactividad: hay ocasiones en que nuestro familiar se la pasa acostado todo el día y deja de realizar sus funciones y nosotros llegamos a creer que se trata de flojera y que finge para que los demás le ayuden, hay familiares que así lo creen, pero es porque no conocen la enfermedad”.

Karla: "Sí, así pasó con mi esposo, no hacía nada y yo lo regañaba, hasta que vimos al doctor y me dijo que era una enfermedad".

Viridiana: "Ustedes que son los familiares que asisten al hospital y hablan con el médico deben encargarse que los demás miembros de la familia estén enterados de lo que pasa en el hospital, es importante la comunicación entre los miembros para poder brindar una atención adecuada".

Edith: "Pero a veces el médico no nos explica la enfermedad".

Viridiana: "Cuando hablen con el médico y tengan alguna duda, pregunten todo lo que no entiendan, y díganle doctor no entiendo lo que me está diciendo, para que el pueda explicarlo mejor".

Edith: "Es que yo sí tengo dudas, pero voy a preguntar".

Roberto: "A veces por pena no preguntamos, pero a la larga resulta peor, yo anoto todas las dudas que me surgen y se las digo al médico".

Viridiana: "Cuando se pongan de acuerdo para los días de visita, es importante que no pierdan la comunicación entre ustedes, si por ejemplo el lunes vino uno y hablo con el médico, el martes viene otra persona y no estaba enterado de las indicaciones, nos va ocasionar conflictos y malos entendidos, y esto va repercutir no solo en la relación con nuestros familiares, también en la atención de nuestro enfermo.

Ahora, en la hoja que les di al inicio de la sesión, quiero que dibujen o escriban, lo que se imaginan al ver estas figuras, obsérvenlas bien, ¿qué parecen?, no se comuniquen entre ustedes".

Se presento a los asistentes una hoja de rotafolio con unas figuras, todos la observaban, en silencio.

Ana: "Es una cara".

Víctor: "Dos casas, un rectángulo y un triángulo".

Karla: "Un comedor, unas pirámides, un rompecabezas".

Roberto: "Una casa con área de juegos y estacionamiento, además de las figuras geométricas".

Viridiana: "Observamos todos el mismo dibujo, sin embargo tenemos puntos de vista diferentes, a partir de la misma realidad, cada uno hacemos una interpretación que depende de nuestra experiencia de vida, y todo lo que mencionaron esta bien, porque son formas diferentes de ver las cosas, ahora ¿cómo llevar esto a la vida cotidiana?, tal vez el problema al cual nos enfrentamos es observado y vivido de manera diferente por cada miembro de nuestra familia y si nosotros no comunicamos estos sentimientos, se suscitan problemas y malos entendidos, no nos tomamos el tiempo para platicar y escuchar al otro y entender que es lo que está sintiendo, estas son las redes de apoyo que tenemos que fomentar".

Roberto: "A mi me pasó algo con mi familia, mi padre falleció pero yo estaba aquí con mi hija, mi papá se puso mal, yo lo interme y fui al hospital, el falleció cuando yo me encontraba aquí, en mi casa decidieron velarlo por dos días, yo no estuve en el servicio, cuando llegue al entierro luego me reclamaron y me dijeron que yo era un ingrato, me juzgaron sin saber nada, cuando les fui explicando el porque no estuve, hasta me pidieron disculpas por lo que me habían dicho".

Silvia: "Si yo no hubiese sabido sus razones, también se lo hubiera criticado, porque era su padre".

Roberto: "Pero primero se pregunta, además tenía que estar con mi hija, yo ya había estado con mi papá, yo lo interné cuando le dio el derrame cerebral. Cuando yo llegue al entierro sentí el reproche de todo el mundo, parecían panal todos me rodeaban para reclamarme".

Viridiana: "Muchas veces juzgamos las acciones de alguien sin conocer los motivos que tuvieron".

Roberto: "Hay falta de comunicación, yo no les había informado que mi hija estaba internada, hasta ese día se enteraron, si lo hubieran sabido, no me hubiesen dicho nada, en parte yo tuve la culpa".

Viridiana: "Si es muy importante la comunicación con los miembros de la familia para evitar malos entendidos, yo les agradezco su asistencia y su participación, los espero el próximo martes a las dos de la tarde, en la próxima sesión hablaremos sobre comunicación y autoestima, gracias".

Víctor: "Es el primer día que vengo y no puedo asistir a las sesiones, es mi esposa quién está internada y debo llevar a mi hija a la escuela, hoy hice el esfuerzo por estar aquí yo se que es importante, pero no puedo venir siempre".

Viridiana: "Le agradezco que me lo comente y el día que pueda asistir será bienvenido".

CRÓNICA TALLER DE RELACIONES FAMILIARES

Sesión: 6

Hora de inicio: 14:10

Hora de término: 15:00

Asistentes: Karla, Karina y David.

Tema: Autoestima y comunicación

Viridiana: "Buenas tardes, el día de hoy vamos a hablar sobre comunicación y autoestima, ¿saben lo qué es la autoestima?".

Karla: "No"

David: "Es como nos ven los demás".

Viridiana: "La autoestima, es la imagen que nosotros tenemos de nuestra persona, es como nos vemos a nosotros, no a los demás".

David: "Es de ¿nosotros?".

Viridiana: "Sí, es la imagen o apariencia que yo tengo sobre mí".

Karla: "Autoestima".

Viridiana: "La autoestima se construye y reconstruye por dentro, esto depende del ambiente familiar y los estímulos que este nos brinda.

Por ejemplo si un niño cuando lo regañábamos le decíamos eres un tonto, fíjate lo que haces, este niño va crecer creyendo que es tonto, muchas veces decimos palabras que para nosotros no tienen mayor importancia, pero en un niño no sabemos lo que podemos causar.

Depende del ambiente familiar: si en la familia al educar comparamos a uno con otro, lo ridiculizamos, la persona crecerá sintiéndose insegura, si en la familia apoyamos y le enseñamos crecerá con seguridad, por eso les mencioné que depende del medio.

La autoestima y la comunicación están muy relacionadas porque según como se diga algo el efecto será positivo o negativo, de aprendizaje o resentimiento.

Karla: Yo entiendo que depende de la educación que demos en la casa, por decir algo si hablamos golpeado y mal, van a crecer con eso, si les hablamos bonito va ser diferente".

Viridiana: "Recuerden que durante las sesiones pasadas se mencionó que a veces decíamos algo, pero no éramos claros al hablar..."

David: "Perdón, pero yo en mi casa crecí así, la educación fue muy dura y nos pegaban y nos comparaban entre nosotros, y si regañaban a alguien era para que todos los demás entendieran".

Viridiana: "Sí, a veces es común escuchar en las familias ¿por qué no eres como tu hermano? Eso como niños nos da mucho coraje, el cual está dirigido hacia nuestros padres y hacia la persona con la cual soy comparada, y el niño va creciendo pensando que no es igual a su hermano, que no puede hacer nada bien, por que ese es el mensaje que está recibiendo, un mensaje negativo que crea resentimiento y no solo con la persona que lo dijo, sino también hacia el hermano".

David: "También se puede reflejar en la calle, la agresividad que no sacamos en la casa, la sacamos en la calle, porque fue lo que nos enseñaron".

Viridiana: "Algunas conductas que aprendemos en casa, las repetimos a lo largo de nuestra vida".

Karla: "Cuando educamos mal a un hijo, seguro él va a formar mal una familia".

Viridiana: "El contacto es el medio más revelador para transmitir información emocional entre los individuos. En ocasiones a través de nuestra boca emitimos un mensaje, pero nuestro cuerpo transmite otro diferente".

David: "Mi señora esta triste, llora mucho y yo le pregunto y no quiere hablar conmigo, pienso que tal vez es por mi culpa".

Karina: "Es que se caso su hijo y se fue de la casa".

David: "Si desde entonces está triste, muy seria, pero empezó antes cuando mi hijo trabajaba, él salía muy temprano como a las cinco de la mañana y mi esposa siempre se preocupaba, decía que iba a pasarle algo, que no iba a regresar a la casa y fue cuando comenzó a deprimirse, pero se agravo cuando mi hijo se casó y se fue de la casa".

Viridiana: "Hay ocasiones que no necesitamos hablar para transmitir lo que sentimos, un abrazo puede expresar el cariño que sentimos, recuerden que nos comunicamos con las manos, con el cuerpo, no necesariamente con las palabras, también hay ocasiones que decimos cosas que no sentimos".

Karina: "Para aparentar, pero eso es mentira".

Karla: "Para que mentir, mejor no digo nada".

Viridiana: "Nuestra boca puede decir algo, pero nuestro cuerpo da otro mensaje que nos delata. A veces las cosas ocurridas en el pasado jamás se expresan y dejan viejas heridas, las situaciones inconclusas suelen presentar una barrera para la aceptación, resentimientos que a lo mejor hemos guardado. Volvamos al ejemplo de los niños cuando el papá lo regañaba, el niño va guardando todos esos sentimientos y como adulto no le va a permitir tener una buena relación con él".

Karina: "Al niño no se le olvida".

Viridiana: "Si no concluimos y expresamos esos sentimientos no podremos llevar una relación tranquila con los miembros de nuestra familia, y cargaremos siempre con ese resentimiento.

Es fácil interpretar a una persona al hacer suposiciones de lo que quiso decir, esto puede tener graves consecuencias. Hubo un ejemplo que dieron hace unos días en el taller, el papá de alguien había fallecido, el hijo no se presentó porque su hija ingresó al Instituto, la demás familia calificó al hijo de ingrato, mal agradecido, pero ellos no conocían las razones que tenía esta persona para faltar al funeral de su padre".

Karina: "Le reclamaron sin conocer".

Viridiana: "No se dieron la oportunidad de escucharlo, solo hicieron suposiciones. En otras ocasiones no entendemos lo que nos dicen, por ejemplo, si alguien me dijo que no viniera a esta hora, yo tal vez entienda mal el mensaje y comience a imaginar, es que ya no me quiere ver, ya no quiere que venga nunca, empezamos a suponer lo que el otro quiso decir, y esto nos trae problemas. Esta situación se puede presentar con el hijo, con el esposo, con los hermanos, en el trabajo, por eso no debemos hacer suposiciones de lo que quiso decir otra persona, si tenemos una duda es mejor preguntar, hablarlo directamente".

Viridiana: "Suponemos que no importa lo que uno diga, los demás deben entendernos, ¿cómo se puede dar esto en la familia?".

Karina: "A veces decimos algo y los demás lo sienten agresivo, pero nosotros no, y si nos damos cuenta de como lo tomaron los demás lo mejor es aclararlo y pedir una disculpa".

Karla: "Es como cuando echamos indirectas, si a mí me gusto algo que vi en la calle un adorno para la casa, cuando llego con los hijos digo vi un adorno muy bonito, e imagino que los demás entendieron que lo quiero".

Viridiana: "Muy buen ejemplo.

También a veces tratamos de convencemos que al no hablar de un asunto este deja de existir, por ejemplo si discutimos con alguien por alguna situación, a veces decimos, hay espero a que se le baje el coraje, y pensamos que al otro se le va a olvidar, pero a veces no sucede así".

Karla: "No ahí va a seguir. Uno de mis hijos se pelea mucho con su papá, se gritan y se alteran, cuando veo que mi esposo fue quien tuvo la culpa yo le digo que hable con mi hijo, para que queden bien, y también se lo digo a mi hijo, y eso que ya está casado, también le digo que ayude a su papá porque el ya no puede, repela mucho, pero sí lo ayuda y lo hace".

Karina: "Lo hace a la fuerza".

Karla: "Pero si lo hace, después que lo regaño, mi esposo también lo regañaba mucho, yo le digo que deje que haga su vida, luego yo le decía que si mi hijo se enojaba y ya no regresaba era por su culpa, pero ahora estoy arrepentida, porque lo mortificaba y no se lo decía enserio y él se lo creía, pero ya lo dije".

Viridiana: "Pero lo importante es aclararlo y que el otro sepa lo que realmente sentimos, porque a lo mejor a nosotros se nos olvida pero a la otra persona no".

David: "Es que así debe ser, si decimos algo que no queríamos hay que aclararlo, es muy importante comunicarnos, con mi esposa cuando la veo mal yo le pregunto y a veces como que la presiono para ver porque llora y que es lo que tiene".

Viridiana: "No se cual sea el diagnóstico de su esposa, pero usted debe informarse, porque tal vez esa actitud sea característica de la enfermedad, tal vez la enfermedad o los síntomas se agudizaron con la separación del hijo, hable con su médico y pregúntele cual es la enfermedad de su esposa, como se manifiesta y cómo debe tratarla, tal vez el aislamiento sea una característica de su enfermedad

y el obligarla a salir no sea la manera de ayudarla, pero solo el médico puede hablarle sobre la enfermedad y orientarlo en su tratamiento.

Como a menudo no logramos comunicar nuestras intenciones, sufrimos dolor y desilusiones cuantas veces nos hemos quedado con ganas de dar un abrazo, de decirle a alguien que lo extrañamos, si no expresamos las cosas no podemos dar por hecho que la otra persona sabe lo que sentimos. Nos cuesta trabajo decir lo que sentimos, en el momento en que expresemos los sentimientos de manera clara nos evitaremos problemas y malos entendidos.

Las heridas emocionales que tiene una persona produce dificultades en la vida de las misma, pasamos por situaciones que no superamos y estas experiencias no dejan que se relacione de manera adecuada.

Las buenas relaciones humanas dependen de que una persona entienda el verdadero significado de las palabras pronunciadas por la otra. Esto es, cuando yo le digo a alguien no llegues tarde, porque es peligroso y me preocupa, que el otro entienda que realmente es preocupación y no imagine o suponga que lo estoy vigilando o chequeando el tiempo o controlando”.

Karla: “Ser claros al hablar”.

Viridiana: “Ninguna forma de maltrato es educativa y ningún mensaje o comunicación que culpabiliza, critica, acusa, insulta o reprocha es buen estímulo para nadie. Como puede crecer un niño o desarrollarse un adulto con acusaciones, con críticas, con insultos, con golpes, será una persona insegura y llena de resentimientos y con mucha frustración. Como adultos tenemos la facilidad para señalar solo las cosas malas, los errores, pero nunca decimos, que buen trabajo haces, te felicito”.

Karla: “A los niños hay que motivarlos, si salen mal las cosas, decirle que la próxima va ser mejor”.

Viridiana: “A los niños y a los adultos. A continuación vamos a realizar una técnica”.

Repartí hojas blancas con lápices.

Viridiana: "En la hoja van a escribir una actividad que quieren que realice alguno de los que estamos aquí presentes, como un castigo, escriban la actividad y quién quieren que la realice".

Una vez que terminaron de escribir me entregaron las hojas, comencé a leer.

Viridiana: "Esta técnica se Cambio de roles" es algo así como no hagas lo que no quieras que te hagan, ahora las actividades que ustedes querían que hicieran otras personas la van a realizar ustedes".

Karla: "Quiere que Karina se pare y la salude, así que usted Karla párese a saludar a Karina".

Los asistentes se comienzan a reír. Karla se para.

Viridiana: "Karina quiere que David de una vuelta por todo el salón, adelante Karina de la vuelta usted.

David quiere que Karla llegue a la puerta brincando, David por favor.

Hay ocasiones en que hacemos las cosas sin pensar en lo que el otro siente, cuando hagamos algo, hay que pensar si nos gustaría que a nosotros no lo hicieran".

Karla: "Si nosotros hacemos mal a alguien, alguien nos hará daño a nosotros".

Viridiana: "Debemos de ponernos en el lugar del otro. Yo les agradezco mucho su asistencia, los espero el próximo jueves, gracias por sus comentarios".

CRÓNICA TALLER DE RELACIONES FAMILIARES

Sesión: 7

Hora de inicio: 2:15

Hora de término: 3:00

Asistentes: Juan, Marlene, Roberto, Nohemí, Edith, Nadia, Ezequiel, Magalli, Ángel, Carolina, Jessica, Patricia, Armando, Karla.

Tema: Autoestima y comunicación

Al iniciar el taller solo se encontraban presentes Roberto, Marlene, Ana, Nohemí y Juan, a estos les entregue un cuestionario de evaluación.

Viridiana: “Buenas tardes a todos, les ofrezco una disculpa por el retraso, y por el cambio de aula, a las personas que nos acompañan por primera vez les doy la bienvenida a este taller que lleva por nombre “Relaciones familiares”, se lleva a cabo los días martes y jueves en el salón de usos múltiples, pero el día de hoy por las actividades que se están realizando por el día del médico nos prestaron este salón, pero normalmente comenzamos a las dos de la tarde.

Hemos hablado de comunicación, como esta implica un intercambio de información, que no debe romperse, en esta no existen personas pasivas, aunque sea una sola persona quien hable, la otra a través de su cuerpo, de sus gestos, nos comunica algo, podemos estar hablando con alguien, el otro al hacer un gesto nos está comunicando que le interesa o no lo que decimos. La comunicación y la autoestima están muy relacionadas ¿saben lo qué es la autoestima?”.

Juan: “Un sentimiento de nosotros”.

Roberto: “Como nos vemos, el cariño que nos tenemos”.

Viridiana: “Bien, la autoestima es la imagen que tenemos de nosotros mismos, la autoestima se construye o reconstruye no solo en la niñez sino a través de los años, el medio en que nos desarrollamos nos ayuda a ir creando esta imagen, si nosotros crecimos pensando que no hacíamos las cosas bien, que no servimos para nada esta imagen nos acompaña siempre y esta imagen nos impide desarrollarnos en nuestra vida cotidiana, pero como ya mencione esto sucede no

solo en la niñez, como adultos al vernos criticados o ridiculizados se llega a creer y nos permitirá desarrollar un buen trabajo.

Hay comentarios que hacemos, cosas que decimos sin sentirlo y luego las olvidamos, sin embargo no siempre son olvidadas por las personas que reciben los comentarios y crean resentimientos, el enojo es un sentimiento natural, todos lo sentimos, cuando estamos enojados decimos cosas que lastiman u ofenden, luego nos arrepentimos pero no comunicamos este arrepentimiento, o este enojo por recibir los comentarios, guardamos las cosas y esto genera problemas entre las personas.

La autoestima y la comunicación están muy relacionadas porque según como se diga algo el efecto será positivo o negativo de aprendizaje o resentimiento, de aprendizaje por que si se trata de mensajes positivos nos permitirá aprender, pero si son negativos de rechazo, crearan resentimientos. ¿algún ejemplo, algo que se de en la casa?”.

Edith: “Cuando a nosotros como hijos nos comparan, es que tu hermano es así y tu no, ¿por qué no eres como tu hermano?, son mensajes negativos y nos hacen sentir enojo”.

Viridiana: “Y no solo eso, el enojo o resentimiento será enfocado a quien nos hace el comentario que en este caso serían los padres, pero también con el hermano con quién nos comparaban, y tal vez el hermano no tiene ninguna culpa en este asunto, pero también comenzamos a rechazarlo.

Es fácil interpretar mal a una persona al hacer suposiciones de lo que quiso decir, esto puede tener graves consecuencias, muchas veces hay algún comentario que nos hicieron pero nosotros lo interpretamos mal, por ejemplo si me acerco a alguien y le digo ¿puedo hablar contigo? Y me dice. No ahora no, yo comienzo a imaginar, es que no me quiere, no tiene tiempo para mí, no quiere hablar conmigo, suponemos cosas, en lugar de buscar un momento para aclarar las cosas lo dejamos.

Las buenas relaciones humanas dependen de que una persona entiendan el significado de las palabras pronunciadas por la otra, ser claros al hablar, en

función de que nos pongamos de acuerdo con los significados de las palabras nos permitirá tener buenas relaciones con las demás personas".

Tocan a la puerta, al abrir se trataba de la Lic.T.S. Ana María Velázquez del área de psiquiatría, quien acompañaba a otras personas al taller.

Ana Ma.: "¿Traigo más sillas?".

Viridiana: "No, así esta bien gracias, pasen por favor".

Ingresan otras ocho personas

Ana María: "Por favor siéntense en donde puedan ver el pizarrón. Perdón por la interrupción licenciada".

Viridiana: "Gracias. Buenas tardes a todos, bienvenidos, hablábamos que las buenas relaciones humanas dependen de que una persona entienda el significado de las palabras pronunciadas por la otra.¿Alguien me puede ayudar a regresar al tema, qué es lo que decíamos sobre esto?".

Marlene: "Mencionó un ejemplo, si alguien me dice que en ese momento no puede atenderme, es porque está haciendo algo que no puede dejar, yo debo comprender y no suponer cosas".

Viridiana: "Bien, gracias, debemos tomarnos el tiempo para escuchar al otro, a veces hacemos interpretaciones expresadas por otra persona.

Tener un familiar enfermo trae consigo diferentes sentimientos, la carga objetiva y subjetiva, la carga objetiva se refiere a la economía, a como la estructura de nuestra familia se ve afectada, la carga subjetiva se refiere a todo el cúmulo de emociones que trae consigo, hay diversas reacciones que tenemos como familiares, en este caso la alusión del problema, esto quiere decir que a veces lo negamos, tratamos de pensar que no está pasando, no nos informamos sobre la enfermedad y ¿cómo podemos así ayudar a alguien sino conocemos que tiene?".

Juan: "¿Señorita? Una vez yo hable con un médico y me dijo que no interpretara, que no investigara porque yo no soy médico, me preguntó en qué área trabajaba y que él no se metería en mi área, porque estaría yo sacando conclusiones de tipo

pseudo-médico. entonces ¿a qué nivel nos vamos a informar? es un proceso muy largo de varios meses, o no se si tenemos que orientarnos con el médico para que nos de fácil acceso a la información que podamos consultar”.

Viridiana: “Ojo, cuando les digo que tenemos que informarnos...”

Roberto: “No técnicamente, es que la información es para saber la enfermedad o el padecimiento, no para ser doctores ni para sentirnos o hacer algo con el conocimiento en la aplicación del tratamiento, es para saber qué es lo que tiene nuestro familiar, técnicamente a lo mejor no sabemos como se llama el bisturí o como se use, pero tampoco puedo decir yo que soy el mejor contador público porque no aplico más conocimientos escolares, lo importante aquí es que haya una relación con el paciente para que nosotros nos intereseamos que es una enfermedad de tiempo, es una enfermedad de aplicación de diferentes conocimientos médicos, no es una enfermedad de dolor de estómago que se quita con una pastilla, es una enfermedad que en el área en donde está abarca todo, las relaciones familiares, conocimiento de diferentes áreas médicas y todo esto se va organizando para la atención del enfermo. Pero para mí el doctor que dijo eso a lo mejor se volvió un poco egoísta, o a lo mejor falta de ética, ética profesional, porque lo primero que debe hacer alguien con conocimientos, llámese instructor, médico, licenciado en ciencias de lo que sea, es comunicar sus conocimientos hacérselos saber a todo el mundo”.

Jessica: “Sí, esa es la manera adecuada y lo correcto”.

Viridiana: “No sé de que manera haya dicho las cosas el médico, pero nosotros debemos conocer e informarnos para ayudar al paciente, un ejemplo, si nuestro paciente camina de un lado a otro durante horas, es una actitud que a nosotros nos llega a desesperar, a decir ¿por qué no te estas en paz?, pero si es una característica de la enfermedad y nosotros como estamos informados, mostraremos más tolerancia y comprensión, pero si lo ignoramos vamos a terminar tal vez reclamándole su actitud.

Debemos conocer la enfermedad de nuestro paciente, sin por supuesto, hacer un enjuiciamiento o una evaluación de tipo médico”.

Jessica: “Pero hasta los médicos llegan a equivocarse”.

Viridiana: "Sí, pero la persona más adecuada para saber esto, sería otro médico".

Ángel: "Obviamente que uno debe investigar, la enfermedad, los padecimientos y a lo mejor hasta poder evitar que suceda un problema más fuerte con los miembros de la familia".

Juan: "Se refería al diagnóstico, porque nosotros no podemos dar diagnósticos, solo hablamos de lo que conocemos popularmente, de los sistemas de tratamiento, pero el médico me quería decir que no hiciera interpretaciones médicas, algo que para mí sería imposible, porque no podría estar hablando de las flores, cuando estoy viendo que es una enfermedad, se que los diagnósticos definitivos de los médicos y ojalá nos dieran diagnósticos parciales de manera frecuente, pero creo que no lo hacen".

Marlene: "Sí lo hacen".

Roberto: "No hay que desesperarse, una palabra que he aprendido a tener más es no desesperarme, todo tiene su tiempo, aquí, yo soy de fuera, nunca había tenido acceso a un servicio gubernamental, ahora que lo encuentro puedo decir que nuestros pacientes y nosotros estamos en el lugar indicado que necesita nuestro enfermo, que es lo máximo, lo máximo de México, yo estoy de acuerdo con usted, con lo que no estoy de acuerdo es que ese doctor que dijo eso esta mal para mí, yo me tengo que informar. Uno de los problemas que antes padecía México era la educación, yo me acuerdo que una vez iba a Acapulco los estudiantes desde Taxco se tenían que ir a Toluca no había lugares en donde educarse, ahora que ya tenemos un poco más de educación yo digo que si está haciendo efecto esto, no hay que desesperarnos de la enfermedad y si hay que informarnos".

Jessica: "Hay que ver la manera de decir las cosas, hay que saber como decirlas, y esta persona debe explicar porque muchas veces ellos nos comentan palabras que desconocemos y les preguntamos y se molestan, eso hay que cambiar hay que ser más humanos para el bien de los pacientes".

Viridiana: "Pero nosotros lo tenemos que expresar decir sabe que doctor no le entiendo, él se podrá enojar todo lo que quiera, pero como médico tiene la

obligación de darnos la información, pero en la medida en que nosotros la exijamos y la manera en la que la pidamos nos van a responder.

Muchas veces nosotros como familiares, después de un largo proceso tratamos de no ver al paciente, organizamos nuestras vidas evitándolo y dejamos de pasar tiempo con él, es algo que sentimos, es natural, sin embargo hay que trabajar este sentimiento, expresarlo con los demás miembros de la familia

La contemporización se refiere a que hay ocasiones en que el paciente, por ejemplo, nos dice que escucha voces, y nosotros lo que hacemos es, hacerle creer al paciente que también las escuchamos, lo solapamos y está mal, a veces para evitar enfrentamientos, para evitar la violencia lo hacemos, pero no lo estamos ayudando, estamos reforzando una actitud".

Jessica: "Pero ¿qué hacemos? Si es cierto que nosotros evitamos llevarle la contraria porque se enfurece, realmente ellos quieren sentir que estas escuchando lo que ellos, y para evitarlo les decimos que sí, pero lo dices para evitar problemas, en este caso que recomienda, ignorarlo".

Viridiana: "Yo creo que no, porque no nos estaríamos comunicando, también puede depender de como digamos las cosas, como le decimos a nuestro familiar que no es cierto lo que oye ¿de qué manera lo estamos comunicando? A veces el mensaje puede ser violento o agresivo y provoca el enojo del paciente".

Roberto: "Lo importante es que nosotros como familiares nos interesemos en la enfermedad del paciente, pero ¿cómo vamos a estar más informados? Preguntándole, habiéndole, comunicándonos con él, con el o los doctores que le atienden, llegar con una libretita con dudas, así como la de ahora ¿cómo tratarlo? Si oye voces o ve a la mujer de negro o a la de azul, lo importante es que cuando tengamos reuniones con los doctores los martes y los jueves hagamos nuestra lista y le digamos, doctor que piensa de esto y esto, los doctores se han prestado y no se han aislado, mi paciente lleva 23 días y los 23 he hablado con los doctores y no me he esperado el martes y el jueves, si lo encuentro en el pasillo hablo con él, llevo mi libretita de dudas y preguntas, lo importante es tener la comunicación".

Viridiana: "Sí porque muchas veces da miedo hacer cualquier comentario, para evitar que se enoje y muchas veces de la manera en que hablamos ya sea

sutilmente, con mucho cariño él se enoja, y como familia hemos tratado de no hablar de estar callados porque siente que estas hablando de él o contra él, entonces calladitos y pues ¿qué hacemos? Porque es doloroso”.

Viridiana: “Y el ambiente que se genera está cargado de tensión, el hecho de tener que estar callados para no alterarlo, generan tensión y se siente que no lo ayudan”.

Jessica: “Y no sabes como, cualquier cosa es agresión para él, ¿qué hago? Es algo súper difícil”.

Viridiana: “Hable con su médico, pídale asesoría, no se cual sea el diagnóstico de su paciente, pero el más indicado para orientarlo es el médico, pregúntele y no se quede con ninguna duda cuando hable con él.

Y otra de las actitudes que genera es la sumisión, a veces nuestro paciente es muy demandante y nosotros sedemos ante sus peticiones, pero que pasa cuando nuestro familiar comienza a recuperarse, a lo mejor al inicio no podía realizar ciertas actividades, pero ahora ya las puede hacer, pero nosotros no lo permitimos, no lo dejamos que se reintegre a nuestra familia, el sacar el paciente de la familia para internarlo es difícil, pero es más difícil cuando regresa, porque tratamos de ayudarlo y lo tratamos como si no pudiera hacer nada, debemos checar eso, ver que tanto ha recuperado la autosuficiencia y puede realizar ciertas tareas para que las haga y se inicie una reintegración”.

Armando: “Señorita, por ejemplo yo, mi paciente estuvo aquí en urgencias y luego la mandaron a psiquiatría ¿cómo puedo hacerle? Ella no habla solo abre los ojos”.

Viridiana: “Usted háblale, ella puede escucha y sentir el apoyo y eso es reconfortante. No se que enfermedad tenga su paciente, pero ustedes no pierdan el lazo de comunicación, háganle sentir el apoyo, que sepa que están con ella.

No debemos negar la enfermedad, muchas veces cerramos los ojos y decimos, no es que así es, si mi familiar no sale de la casa, decimos que así es, que tiene mal carácter, y no vemos realmente que es una enfermedad que necesita tratamiento que necesita ayuda, al negarlo dejamos que estos síntomas avancen más y caemos en el proteccionismo. Es verdad que necesita ciertos cuidados porque no es autosuficiente, porque puede ser objeto de burlas o comentarios, debemos

cuidarlo, pero hasta cierto punto, cuando ya pueda realizar ciertas actividades hay que dejarlo o no lo vamos a ayudar a reintegrarse.

Ninguna forma de maltrato es educativa, ningún mensaje o comunicación que culpabiliza, critica, acusa, insulta o reprocha es buen estímulo para nadie. Como puede alguien desarrollarse bien cuando recibe insultos, normalmente reconocemos y señalamos los errores, pero no reconocemos las cosas buenas y es lo que también debemos comunicar.

Vamos a hacer rápidamente una técnica. Dos voluntarios”.

Al no haber voluntarios los pare al azar. Ángel, Patricia y Juan y Carolina.

Le indique a Ángel que tenía que platicar con Patricia, que queríamos saber sus datos personales, edad nombre, estado civil, Le pedí a Ángel que se subiera a una silla y que Patricia se sentara en otra estando de frente los dos platicando. Ángel solo le pregunto el nombre, edad y estado civil, no quiso realizar más preguntas.

Senté a Carolina y a Juan en dos sillas de espaldas, Juan le preguntó la edad, el nombre y estado civil, no se le ocurrieron más preguntas, posteriormente los senté de frente, comenzaron a platicar, pregunto a qué se dedicaba, si tenía hijos o no, en donde vivía.

Viridiana: “Gracias, a los cuatro, que observaron los demás”.

Edith: “Cuando estaba el señor arriba de la silla, les costaba trabajo comunicarse, como que le tenía miedo”.

Marlene: “Problemas de comunicación”.

Carolina: “Cuando estábamos de espaldas nos costó trabajo hablar, pero de frente fue más fácil”.

Viridiana: “El estar de espaldas o arriba de una silla, son los problemas de comunicación que se pueden presentar, como mencionó Marlene, la comunicación fluye más rápidamente y con más información cuando estamos al mismo nivel, sin barreras. Les agradezco mucho su asistencia nos vemos la próxima sesión, a las personas que acaban de llegar al taller les pido que se comprometan a asistir dos sesiones más, para concluir el taller, la próxima sesión les entregaré un cuestionario a los que les hizo falta, gracias por sus comentarios”.

CRÓNICA TALLER DE RELACIONES FAMILIARES

Sesión: 8

Hora de inicio: 14:00

Hora de término: 15:00

Asistentes: Fernando, Patricia, Juan, Armando, Carolina, Enrique, David, Nadia, Jessica, Marlene, Lucia.

Tema: Los cambios que presenta la familia al tener un paciente psiquiátrico, duelo y reacciones emocionales.

Viridiana: "Buenas tardes a todos, el día de hoy vamos a iniciar con una técnica, por lo cual les voy a pedir que se dividan en tres equipos, dos de tres personas y uno de cuatro".

Al inicio de la sesión solo había diez asistentes, posteriormente se integraron dos más, al ver que no se formaban los equipos los forme yo al azar

Viridiana: "Armando, David y Carolina, ustedes estarán con el señor Alfonso, ustedes le van a describir al señor Armando todo lo que van a realizar lo van a integrar a su equipo".

El señor Armando es invidente, el iba acompañado por Juan, el no se quería separar de Armando pero a él le toco en el tercer equipo. A cada equipo le entregue un sobre que contenía piezas de un rompecabezas.

Viridiana: "Vamos a arman un rompecabezas es una casa, tienen 10 minutos para realizarlo, adelante pueden sacar las piezas del sobre".

En ese momento de integran Marlene y Lucia, Marlene se integró al segundo equipo y Lucia al primero.

David le explica a Lucia que había que armar una casa.

Viridiana: "Lucía el señor Armando no puede ver, por lo tanto ustedes deben decirle que es lo que están haciendo para poder integrarlo. Si creen que les hacen falta piezas pueden intercambiar".

Los tres equipos se ponen a trabajar, el tercer equipo trabaja muy rápido y arma las piezas fácilmente, el segundo equipo no le encontraba la forma, por lo que me acerque a ayudarlos con algunas piezas, a los otros dos equipos también me acerque.

Viridiana: "¿Que le han dicho Armando?".

Armando: "Hasta ahora nada".

Carolina: "Es que no podemos".

Lucía: "Faltan piezas".

Viridiana: "Se termino el tiempo, pero como no han terminado tienen 15 minutos más, observen el trabajo que llevan hasta ahora, observen el que los demás están realizando, si creen que les hacen falta piezas pueden intercambiarlas".

Me acerque al primer equipo, el cual solo le faltaba armar la parte de abajo, les indique en donde iban algunas piezas.

Viridiana: "Armando ¿qué le han dicho?"

Armando: "Nada".

Carolina: "Estamos armando la parte de abajo, ya casi terminamos".

Lucía comenzó a describirle a Armando la casa, de que color era y la forma de esta. El tercer equipo fue el primero en terminar, me avisaron en cuanto terminaron.

Viridiana: "Sí, las piezas están bien, pero el rompecabezas está incompleto".

El equipo comenzó a platicar entre ellos, ¿incompleto, por qué?, ¿algunas piezas deben estar mal?

Viridiana: "Las piezas están bien, pero esta incompleto, acérquense a los otros equipos, si pueden ayuden, y observen el trabajo que están realizando".

El segundo equipo terminó y todos le ayudaron a los del primer equipo.

Viridiana: "Gracias, sentados por favor. Todos acomodaron bien las piezas, pero el rompecabezas está incompleto".

Marlene: "Faltan piezas".

Viridiana: "No están todas las piezas, pero esta incompleto, ¿alguien quiere acercarse para observar el trabajo?"

Se pone de pie David, Carolina y Lucia. Los dos primeros mencionaron que no sabían porque estaba incompleto.

Lucia: "Forman uno".

Viridiana: "Así es, acuérdense lo que yo les dije cuando iniciaron, van a armar un rompecabezas, es una casa, al entregar tres paquetes trate de simbolizar la división del trabajo pero con un objetivo en común.

Armando ¿cómo se sintió en su equipo?"

Armando: "Me di cuenta que no podían armarlo, les costaba mucho trabajo encontrar las piezas".

Viridiana: "¿y, se sintió integrado, lo tomaron en cuenta?"

Armando: "Pues más o menos, cuando terminaron ya me contaron como era la casa".

Viridiana: "Y los demás ¿cómo se sintieron?"

Lucia: "Nos faltó integrarlo, nos dedicamos a hacer el trabajo".

Viridiana: "Debemos tomar en cuenta las características de cada persona para poder realizar una tarea y no excluir a nadie. A través del contacto podemos transmitir información, a través de la boca podemos decir algo, pero nuestro cuerpo puede enviar un mensaje distinto o a veces decimos cosas que no sentimos. El señor Alfonso por ejemplo se dio cuenta a través de su oído de las cosas que los demás pasaron inadvertidas, se dio cuenta de la prisa, de que no

encontraban las piezas y el trabajo que les costaba terminar la tarea, y nadie le mencionó nada en todo el tiempo, fueron cosas que el captó. Ahora también les mencioné vean a los otros equipos, evalúen el trabajo que están realizando, sin embargo ninguno lo realizó; es buena la división del trabajo pero no se debe olvidar el objetivo en común; ahora como podemos aplicar esto a la vida cotidiana. Es sano y bueno dividir las actividades, por ejemplo, para la atención de nuestro paciente pero cuando nosotros ya hayamos terminado con nuestra parte, debemos hablar con los demás e informamos de como realizó cada uno sus funciones y cual fue el resultado.

Las cosas ocurridas en el pasado jamás se expresan y dejan viejas heridas, las situaciones inconclusas suelen presentar una barrera para la aceptación, como mencioné hace un rato, hay ocasiones en que decimos cosas que no sentimos, nosotros lo olvidamos, pero las otras personas no y le produce daño, si nosotros no hablamos con esta persona y no tratamos de aclarar el mal entendido con ella, esto crea resentimiento, el cual se va a ir acumulando.

El hecho de tener un paciente psiquiátrico, nos reduce diferentes sentimientos, algunos de ellos dolorosos, como la culpa, la culpabilidad respecto al pasado a veces nos preguntamos ¿qué mal he hecho yo?, ¿por qué a mí?, a veces creemos que es un castigo, son culpas que tenemos que alejar porque nos lastiman y no nos permite brindar una atención adecuada a nuestro paciente.

Como familiares a veces nos culpamos por la enfermedad de nuestro paciente, creemos que acciones pasadas fueron la causa de la enfermedad de nuestro paciente, pero es mejor hablar lo que sentimos, si en algún momento lo que dijimos lastimó a alguien sin querer, es mejor hablar con la persona, de nada sirve si yo me atormento y me lleno de culpa y la otra persona no lo sabe; también hay sentimientos respecto al presente y al futuro, sobre el presente nos preguntamos ¿qué va a pasar con nuestro familiar? ¿qué va ser de su vida más adelante?; también hay sentimientos de pérdida, dependiendo de quien sea nuestro paciente, si es el padre, el esposo u esposa sentimos que no es la persona con la que nos casamos, si es el hijo, los padres tenían la ilusión de verlo desarrollándose o cumpliendo ciertas metas u objetivos, metas que tal vez por la enfermedad en el

momento no puedan ser realizadas y quizás más adelante se lleven a cabo o tendrán que sufrir algunas modificaciones.

El sentimiento de pérdida trae consigo otros sentimientos o emociones, las cuales deben trabajarse y comunicarse, son muy importantes las redes de apoyo, la comunicación en la familia, que no sea una sola persona quien asista siempre al hospital y quien se encargué del paciente. El estar en el hospital nos genera tensión, es una carga muy fuerte de emociones, no dejemos esta responsabilidad a una sola persona, hagan uso de sus redes de apoyo, los familiares más cercanos nos pueden apoyar, siempre y cuando estemos en comunicación con ellos, por que si un día viene alguien y habla con el médico y a otro día viene otra persona y no hubo comunicación entre ellos, esta omisión podría repercutir en la atención de nuestro paciente.

El ejemplo de la casa no solo la manejé por la división de las tareas, a ustedes se les dificultó armar el rompecabezas ¿qué le pareció más difícil Sahara?"

Patricia: "Armarlo"

David: "No hubo comunicación".

Viridiana: "A usted Marlene".

Marlene: "No estoy poniendo atención, perdón".

Lucia: "Nos enfocamos cada uno a nuestro trabajo y no escuchamos, varias veces nos mencionó que observáramos a los otros equipos, pero no hicimos caso queríamos realizar solo nuestra tarea".

Viridiana: "Otro punto muy importante que dificultó realizar la actividad es que ustedes no conocían como era la casa, sabían que era el dibujo de una casa, y trataban de armarla de acuerdo a lo que ustedes pensaban. En este caso tardaron mucho para poder realizar la actividad, pero cómo podemos ayudar a nuestro paciente, sino conocemos cuál es su enfermedad y no la entendemos ¿cómo podemos así brindar una atención adecuada?, vamos a ayudar de acuerdo a lo que nosotros creemos, sin saber si hacemos bien o mal, por eso es muy importante estar informados. Algún comentario".

Jessica: "Yo, por ejemplo mi mamá es quién esta internada, el otro día ella estaba enferma y tosía mucho, estuvo expulsando flemas, es que la bañan y la dejan con

el cabello mojado, de tanto que tosía se ensució la pijama porque vomitó las flemas, le dijimos al enfermero que se había ensuciado y nos contestó que el no tenía tiempo para estar cambiándolo, yo creo que no es forma de tratar a los enfermos, no es la manera".

Viridiana: "Yo le pregunté a usted ¿qué va a hacer al respecto? Estoy de acuerdo en que no es manera de tratar a las personas".

Jessica: "Pues no se hablar con el médico, yo se que somos personas de bajos recursos y que pagamos poco, pero no se debe de tratar así a la gente".

Viridiana: "No importa que sean de bajos recursos, todos merecemos respeto y el enfermero debe cumplir con su trabajo".

Jessica: "Voy a hablar con el médico".

Viridiana: "Es importante conocer nuestros derechos, para poder exigirlos, en la medida en que lo hagamos, podremos brindar una mejor atención al paciente y evitaremos que este tipo de situaciones se repitan".

Armando: "Yo tengo a mi hija internada y no puede comer, le cuesta mucho trabajo hacerlo, nosotros le dijimos al enfermero y él nos contestó que él no le iba estar dando de comer, que comiera cuando quisiera. Nosotros vamos a hablar con el médico para que autorice a su mamá para que entre a la hora de la comida y puede ella atender a mi hija, para no dar molestias".

Viridiana: "No sé si le autoricen el acceso a la hora de la comida, hable con el médico y expóngale porqué está usted solicitándole el permiso. No se si se trata de la misma persona, pero si ustedes hablan y se quejan, se le va poder exigir que cumpla con su trabajo".

Armando: "Yo le dije a mi esposa que vamos a hablar con el médico y que le de permiso de entrar para que atienda a la hija y no cause problemas".

Viridiana: "No se trata de eso, el enfermero tiene que cumplir con su trabajo, pero ustedes no se queden callados coméntenlo con el médico e investiguen con quién es la persona adecuada para quejarse, ustedes se encuentran en un hospital de tercer nivel con los mejores especialistas, debemos de tratar que el servicio brindado también sea de un alto nivel.

Les doy las gracias por su asistencia a la sesión y los espero el próximo jueves, la cual será la última sesión, gracias por sus comentarios”.

COMENTARIOS.

Esta sesión me pareció muy interesante, el ver a tantas personas trabajar en la técnica tratando de realizar la tarea asignada, cabe mencionar que Marlene, una de las asistentes más continuas al taller en esta ocasión no participo, pero esto se debe a que su hija la cual está internada tuvo dificultades en el área de psiquiatría, a ella la observé en la sesión cansada, angustiada y muy preocupada, al finalizar la sesión le pedí que pasará a la oficina cuando concluyera la visita.

CRÓNICA TALLER DE RELACIONES FAMILIARES

Sesión: 9

Hora de inicio: 2:05

Hora de término: 3:00

Asistentes: Santos, Edith, Gema, Pilar, Ma. Pilar, Nadia, David, Marlene, Roberto, Osiris, Armando.

Tema: Síntesis de comunicación, autoestima, cambios en la familia

Viridiana: "El día de hoy vamos a hacer una síntesis de lo que vimos a lo largo de las sesiones, iniciamos con una técnica ¿voluntarios?".

Pare a dos personas, ya que no hubo voluntarios, pasó Santos y David.

Les indiqué que debían describir Santos un papel higiénico, sin que les mencionara que era David debía describir una T.V.

Viridiana: "Atentos por favor a lo que van a escuchar, señor Alfonso escuche bien, mucha atención. Adelante".

Santos: "Es bastante larga, es suave, se utiliza mucho, es indispensable para la higiene, viene en varias presentaciones y precios, se puede comprar acolchonados que son más caros, a veces es blanco, a veces es rosa, y ya".

Viridiana: "Gracias Santos, Edith ¿qué objeto describió?".

Edith: "Una extensión".

Gema: "Zacate".

Pilar: "Extensión".

Ma. Pilar: "Extensión".

Nadia: "No sé".

Armando: "No sé no entendí".

Marlene: "Una extensión".

Roberto: "Papel higiénico".

Viridiana: "Gracias, escuchemos, todos atención".

David: "Una caja grande, puede ser pequeña, nos ayuda a estar informados y de distracción, nada más".

Viridiana: "Gracias, ¿qué es?"

Santos: "Una caja".

Edith: "T.V. portátil".

Gema: "Un sartén".

Pilar: "No sé".

Ma. Pilar: "No sé".

Armando: "Un mueble".

Osiris: "Radio".

Marlene: "Una casa".

Roberto: "Un radio".

Viridiana: "Santos ¿qué describiste?".

Santos: "Papel Higiénico".

Viridiana: "¿qué describió David?".

David: "Una T.V."

Viridiana: "Cada persona habla de acuerdo a su experiencia, a lo que conoce, Santos habló de la utilidad, del largo, de lo que él conoce, y de acuerdo a lo que cada uno conocemos fue lo que imaginamos, hay cosas que son propias de cada persona, por ejemplo Santos hablo de la textura, de los colores, del precio, tal vez otra persona lo hubiese descrito de otra manera, es redondo, tiene un hoyito en medio, lo mismo pasa con la t.v. cada uno hicimos interpretaciones diferentes, sin embargo nadie les preguntó, solo se quedaron con esa información y con ella interpretaron e imaginaron cada uno, ¿esto se aplicaría a nuestra vida cotidiana?".

Nadia: "Sí"

Viridiana: "¿De qué manera?".

Nadia: "Es cotidiano a veces en la escuela que los niños a veces se quedan con una explicación y no buscan más, o aquí mismo uno tiene como pena de preguntar y nos quedamos con la duda".

Viridiana: "Y hacemos interpretaciones, cuando no contamos con toda la información. A lo largo del taller hablamos sobre la importancia que tiene la comunicación, estos son algunos conceptos que ustedes dieron:

Comunicación es dialogar, existe diálogo, cuando dejo al otro hablar y yo escucho, cuando el otro escucha mientras yo hablo.

Poder intercambiar puntos de vista, poder expresar sentimientos difíciles, de tristeza, ira, dolor, coraje, pero en la medida de que estos sentimientos sean compartidos nos traerá calma a nosotros y a nuestra familia.

Nos comunicamos con palabras, con las manos, con gestos, con todo el cuerpo, mencionábamos que hay ocasiones que con la boca comunicamos algo, pero con el cuerpo damos otro mensaje, por ejemplo hay ocasiones en que decimos, estoy muy bien, pero mi cara no refleja ese bienestar y el otro lo percibe, porque no brindarle al otro la oportunidad de conocerme y de compartir ese sentimiento.

La misma situación es entendida por cada persona de manera diferente, cada uno hace diferentes interpretaciones, es lo que acabamos de ver en la técnica.

Hablamos también del aislamiento social que produce el hecho de tener un paciente hospitalizado, dejamos de asistir a reuniones con los amigos, a lugares públicos, también los amigos se alejan tal vez por falta de información o miedo a preguntar que es lo que pasa con el paciente y la familia.

Hablamos sobre la economía como se ve afectada por los gastos que se incrementan, el gasto en medicamento, en pruebas en análisis, en pasajes al hospital, dependiendo de quien sea el enfermo va a afectar en diferente grado a la familia, si era el principal proveedor económico, si era uno de los hijos, las tareas que se realizaban en casa también cambian, y se reestructuran.

Nos causa enojo ver a su familiar, a la persona con la que hemos convivido ya no poder realizar ciertas actividades, pero también hablamos que no podemos dejar que estos sentimientos se acumulen, debemos trabajarlos y compartirlos, el hablarlos, el expresarlos nos causa bienestar y tranquilidad, es cierto que son enfermedades con características particulares, pero si nosotros nos informamos para que se le de un tratamiento adecuado y sabemos como tratarlo esto le va a ayudar a su rehabilitación y va a poder reinsertarse en la familia y en la comunidad.

Ahora durante el taller hice uso de diferentes técnicas, parecidas a la que realizamos al inicio de la sesión con el objetivo de reforzar el tema visto en la sesión, algunas ocasiones realizamos la técnica y esta abrió paso al tema, las personas que me acompañaron a lo largo del taller y las que acaban de ingresar

me gustaría, escuchar sus comentarios ¿qué les pareció los temas tratados, las técnicas utilizadas?, ¿hay alguna sugerencia al respecto? Todas las sugerencias que hagan yo las voy a pasar al departamento de Trabajo Social, para que sean tomadas en cuenta”.

David: “Yo, mi esposa está así como dijo, de repente se puso triste, y yo le pregunto que es lo que tienes y me dice que nada, pero inició de un día a otro y no sé porque”.

Viridiana: “Hay que tomar en cuenta como fue su vida, como creció, como se desarrollo en los diferentes lugares, no sé que enfermedad tenga su esposa, debe de preguntárselo al médico, y él le explicara y aclarará todas sus dudas.

David: según es depresión”.

Viridiana: “Hable con su médico, infórmese sobre la enfermedad, mientras más información conozca podrá ayudar a su esposa, puede ser que a nosotros nos enoje que pase todo el día acostada, pro si nosotros en lugar de no conocemos y la presionamos para que realice las actividades van a iniciar conflictos y malos entendidos y tal vez provocados porque desconocemos que estas acciones son características de la enfermedad”.

Ma. Pilar: “Mi hermana vino la vez pasada y me dijo que asistiera porque era muy importante porque aquí sensibilizaban a los familiares, nosotros teníamos otro concepto y aquí nos hacen ver que debemos de darle a nuestro familiar mayor confianza y seguridad para que exprese lo que siente, a veces estamos cerrados y molestos y es muy importante que los integremos a nuestras familias, si nosotros no lo hacemos ¿quién? Debemos dar amor y confianza”.

Viridiana: “Veamos que es una enfermedad como cualquier otra, que tiene características particulares, es difícil el trato con un paciente con estas características, pero si nosotros como familia no permitimos que participe con nosotros porque está enfermo, porque creemos que no puede, nosotros lo estamos aislando”.

Ma. Pilar: “Si, nosotros como familiares al ver estas características particulares creemos que pueden afectar a terceros, esos terceros son nuestros hijos y que

hacemos. nos alejamos y llega el momento que puede ser más importante otras cosas, nos limitamos a decir hay pobrecito pero nada más y lo tratamos mal”.

Viridiana: “Debemos pensar si nosotros estuviéramos en esa situación ¿cómo nos gustaría ser tratados?”.

Ma. Pilar: “Es de conciencia no es porque uno sea bueno, hay que pensar que si nosotros estamos bien y el otro no también debemos dar para poder recibir, porque ahorita estamos bien, pero mañana quien sabe, una enfermedad nos puede afectar en cualquier momento, debemos concientizarnos.

Roberto: “Para mí una observación estas pláticas de apoyo a la familia y al enfermo deben ser obligatorias, yo he visto mucha apatía hay gente que no asiste a ellas y es la primera en decir, es que no está bien atendido, es que no me han dicho nada, se quejan de todo, pero no se preocupan por ellos preguntar o informarse y estas pláticas les podrían servir para orientarlos, pero como ya vimos que no asisten voluntariamente, cuando hagan sus trámites deberían decirles que es obligatorio asistir a estas pláticas, porque es muy importante estar informados y entre más comunicación haya entre el equipo de salud y la familia va a ser mejor para el paciente”.

Ma. Pilar: “Es una gran ayuda a la familia, lamentablemente a veces la economía o la falta de interés hace que no asistan, yo creo que depende de la voluntad de cada quien, porque si nos interesa aunque no tuviéramos dinero conseguiríamos, que importa pedir para el viaje \$20 ó \$50 pesos, pero hay falta de voluntad. Una enfermedad ya sea accidente o biológica nos llega y desgraciadamente si no estamos sensibilizados en estos casos, nos van a pagar con la misma moneda, la moneda tiene dos caras y no sabemos cuando nos va a tocar, no tiene caso poner pretextos para no venir, quien tiene voluntad viene”.

Roberto: “Lo importante es la motivación, si nosotros nos motivamos vamos a buscar los canales para tener toda la información, para ayudar a nuestro paciente y para ayudarnos a nosotros como familia”.

Viridiana: “No debemos de perder de vista algo, no podemos saber lo que esta pensando el otro, no podemos juzgar, no podemos emitir una opinión y decir que

es desinterés, apatía, o no le interesa, o no los quiere, porque no sabemos lo que está sintiendo el otro.

Hay ocasiones en que la enfermedad o sus características, a ustedes como familiares les da miedo, que provoca diferentes sentimientos...”

Ma. Pilar: "Sentimientos encontrados".

Viridiana: "Sentimientos que después nos provocan culpa, pero en el momento son sentimientos dolorosos, nos puede dar miedo, vergüenza, cosas que tal vez las otras personas sientan, pero no podemos juzgarlos y emitir una opinión sin antes hablar con la otra persona.

Es muy importante el apoyo en la familia y fue algo que ustedes mencionaron, hay que tocar esas puertas y si ellos no están informados, yo me encargo de informarlos, de decirles tiene esto, estos son los síntomas, si la otra persona nos da apoyo, será una gran ayuda que necesitamos, es muy cansado que sea una sola persona quién este aquí en el Instituto viendo si el tratamiento funciona o no, viendo lo de los medicamentos, si nosotros sabemos hacer uso de está ayuda será más reconfortante; el hecho de que alguien nos acompañe y esté con nosotros es un gran apoyo, pero nosotros tenemos que buscar esas redes de apoyo”.

Ma. Pilar: “Y eso que nosotros estamos sanos, ellos están allí solos, a lo mejor se sienten solos, sin amor a algunos los vienen a dejar y desgraciadamente es la verdad algunos son muy agresivos y pensamos, pensamos pero no lo decimos, que se vaya es mejor que esté internado, porque es agresivo y porque hay que cuidar a mi familia, lo pensamos aunque no lo decimos, pero no pensamos lo que ellos sienten al ver que somos todos contra uno”.

Marlene: “Yo le voy a decir una cosa, en ese lugar (señala hacia donde se encuentra el área de psiquiatría) hay tanto amor reunido en ese pedacito, como si fuera una familia”.

Roberto: “Si, yo también he observado mucho amor, por ejemplo la señora que está aquí de amarillo tiene tan bonita relación con su paciente, yo les he visto, viene todos los días y se observa un gran amor que deberíamos tener todos primero al ser humano”.

Marlene: "Claro que hay algunos que no, que ni siquiera vienen".

Ma. Pilar: "No yo no lo digo por alguien en especial, sino hablo de lo que a veces sentimos porque es un ambiente espantoso".

Pilar: "Ella se refiere a mi hijo, porque es muy agresivo".

Ma. Pilar: "Si mi hermano. No quiero decir los doctores, ni nosotros claro, nosotros damos a lo mejor el 20% de atención, ellos el 100% porque están aquí con ellos, y yo no puedo decir nada de si se quieren o no porque yo no lo estoy viendo, yo se que ellos están en las mejores manos, nosotros a veces no tenemos ni las palabras para expresar lo que sentimos".

Pilar: "Ni para tratarlos".

Ma. Pilar: "Como dijo ella (me señala) hay muchos sentimientos encontrados y el que domina más es el miedo".

Roberto: "Todos tenemos miedo".

Ma. Pilar: "Yo sé que aquí están en las mejores manos, nosotros no tenemos ni las palabras, ni los medicamentos, ni la forma".

Marlene: "Si sentimos miedo y nos afecta, pero yo le voy a decir algo, si alguien llego mal aquí fui yo, yo estaba muy mal y recibí una gran ayuda tanto de Trabajo Social, como de los médicos, le puedo decir que fue un tratamiento no solo del paciente, también de nosotros".

Ma. Pilar: "Afecta a todos".

Viridiana: "Recordemos que al enfermar un miembro de la familia, toda la familia sufre cambios y reestructuraciones".

Pilar: "Mi hijo es muy agresivo, y tenemos miedo de que nos ataque, que se nos vaya encima a uno u otro".

Ma. Pilar: "A veces mejor nos quedamos callados, no hablamos nada porque sentimos que si le contestamos se nos puede ir encima, como a mi mamá.

Él inició hace 7 años cuando tenía 17, estaba en el colegio militar y desde entonces el miedo va creciendo y la verdad lo empezamos a rechazar".

Pilar: "A mí se me fue al cuello y me lo apretaba como si quisiera matarme".

Ma. Pilar: "Si a mi mamá le quiere hacer eso consiente o inconscientemente ¿qué le puede hacer a uno de mis hijos?".

Pilar: "Si le hablamos contesta mal".

Viridiana: "Recordemos que está enfermo".

Ma. Pilar: "Es una enfermedad y lo entendemos, bueno eso lo decimos en el momento, pero cuando nos está agrediendo quisiéramos que se fuera".

Viridiana: "De acuerdo, ustedes han buscado información, ¿saben lo que es la esquizofrenia?"

Ma. Pilar: "Si, nosotros hemos buscado en internet, mi hija lo ha hecho, dicen que es hereditario, tiene muchas características aislamiento, agresividad, tiene varias personalidades y no se más, pero no se si sea eso, nunca he hablado con los doctores, para que voy a mentir no he mostrado el interés".

Pilar: "Es que mire él se enoja, agrede, hace las cosas y después las olvida, si algo no le parece cuando está enojado lo saca, nos empieza a reprochar".

Ma. Pilar: "Digamos que entra en crisis, si nosotros estamos hablando algo, cuando él entra en crisis lo voltea y cree que lo estamos agrediendo, si yo le confié algo a él va y se lo cuenta a otro primo, nos hecha a pelear, por eso como niño chiquito no le hablamos y no le platicamos nada".

Viridiana: "Este tipo de actitudes entre ustedes genera tensión, por el hecho de ya no poder hablar nada, pero otro punto que tenemos que ver es que ustedes no han hablado con el médico para preguntarle como tratar a su paciente, y que el los oriente, hasta ahora les ha funcionado el aislarlo ¿así van a continuar?, la ira y todas estas cosas que mencionan son características de la enfermedad y deben hablar con el médico para que les explique lo de los medicamentos, el horario, es muy importante que no deje el tratamiento".

Ma. Pilar: "Ese es un problema de nosotros, porque dejamos que él se encargue del medicamento, él sabe si se los toma o no, y ese es un factor por el cual no ha superado su problema, es un adulto".

Viridiana: "Si es un adulto, pero un adulto que está enfermo y que necesita de atención y supervisión para el tratamiento, pero ahora ¿por qué es adulto para tomar sus medicamentos, pero en lo demás no lo tratamos como tal? Él siente cuando nosotros lo rechazamos y lo hacemos a un lado, ¿qué genera esto? Enojo, si a nosotros nos ignoran y no nos hacen caso nos molesta, en la medida en que

nosotros estemos informados podremos brindarle la atención a los pacientes. Los sentimientos que han expresado son totalmente válidos, todos los hemos tenido; pero debemos permitirlos el expresarlos y trabajarlos. El enojo, la ira, la frustración guardada por años va terminar saliendo, y tal vez de la peor manera, lo que después genera sentimientos de culpa por que dije cosas que no quería decir, cosas que realmente no sentía.

Yo me despido de ustedes, les agradezco mucho su asistencia, sus comentarios en el taller, si son tan amables de dame sus cuestionarios.

Gracias a todos y hasta luego".

Marlene: "¿Licenciada va a haber más talleres?".

Viridiana: "Por mi parte ya no, pero Trabajo Social tiene otros grupos, acudan para informarse".

Marlene: "Me despido de usted, le doy las gracias por el apoyo y nosotros la buscamos".

Osiris: "Yo también le doy las gracias y me hubiera gustado haber estado en el taller, pero mi paciente ingresó ayer".

Viridiana: "Gracias por asistir el día de hoy".

BIBLIOGRAFÍA

BAENA PAZ GUILLERMINA "Instrumentos de investigación. Manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales" Ediciones Mexicanos Unidos SA 1986 P.p. 98-102

BECERRA DE LEDESMA, Rosa María. "Elementos Básicos para Trabajo Social Psiquiátrico" Editorial Librería ECR Argentina 1972.

BEL BRAVO MARÍA ANTONIA "La familia en la historia" p.p. 250-270

CASINATO MARIO "Psicología de las Relaciones Familiares" Editorial Herder Barcelona 1992 P.p. 250-270

COHEN, Ernesto, FRANCO , Rolando. "Evaluación de proyectos sociales" Editorial Siglo Veintiuno México 1992

CONTRERAS DE WILHELM YOLANDA "Trabajo Social de Grupos" Editorial Pax–México. 1979

CHEHAYBAR EDITH "Técnicas para el Aprendizaje Grupal". Centro de Estudios Sobre la Universidad. Editorial Plaza y Valdes. México 1982. P.p. 18 – 21, 60 –69, 72 – 74, 91 – 93, 94 – 97, 123 –125, 146 – 148.

DICCIONARIO MOSBY DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD. 1995 Editorial Mosby – Doyma Libros, S.A. Volumen 2 p.p. 803, 900

"Elementos básicos para el Trabajador Social Psiquiátrico" Editorial Librería ECRO SRL, Buenos Aires Argentina 1972 P.p. 31-41

FREIRE, PAULO. ¿Extensión o comunicación?, Ed. Siglo XXI, México, 1999.

GARCÍA MURIEL, Loreto. "La comunicación una experiencia de vida. Manual de Trabajo en grupos" Editorial Plaza y Valdes 1996.

GOMEZ LAVIN CARMEN, ZAPATA G. RICARDO "Psiquiatría, salud mental y Trabajo Social"

GRACIA FUSTER ENRIQUE "Psicología social de la familia" Editorial Paidós Iberica P.p. 11-57

GRADILLAS VICENTE "La familia del enfermo mental" Editorial Díaz de Santos 1998 Madrid P.p. 1-32

HIDALGO C. CARMEN GLORIA "Comunicación Interpersonal" Alfaomega Grupo Editor SA de CV, Santa Fé Bogotá P.p. 61-64

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Manuel Velasco Suárez. Publicación Institucional a cargo de la Dirección de Enseñanza. Primera Edición 2003. P.p. 12- 13, 19, 26.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Manuel Velasco Suárez. 30 años de historia. 1964 – 1994. P.p. 3-4, 6, 8, 20 –21, 44 – 47.

LEÑERO OTELO LUIS “Sociedad civil, familia y juventud” Siglo XXI México p.88

LASSO ROBERTO “Psicoanálisis de la familia. Recorridos teóricos-clínicos” Grupo Editorial Lumen P.p. 104-111

“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV”. Editorial Masson S.A. 1995

MEDUARA OLGA “Técnicas Grupales y Aprendizaje Afectivo” Editorial HVHumanitas, Buenos Aires P.p. 29-34, 61-62, 66-67, 75-76, 105-107

PALACIOS JESUS “Familia y Desarrollo Humano” Alianza Editorial S. A. Madrid 1998. P.p. 25 – 44.

PASUT MARTHA, FERREYRA HORACIO “Técnicas Grupales. Elementos para el Aula Flexible”. Ediciones Novedades Educativas. 1a impresión, octubre 1998. Argentina. P.p. 38, 101- 102.

PAOLI J. ANTONIO “Comunicación e Información. Perspectivas Teóricas” Editorial Trillas P.p. 33-46, 75-108

REED H. BLACKKE, EDWIN O. HAROLDSEN “Taxonomía de Conceptos de la Comunicación”, 1a Edición 1977 Ediciones Nuevo Mar SA de CV P.p. 3-32

SALLES VANIA, VALENZUELA JOSÉ MANUEL “Vida familiar y cultura contemporanea” Conaculta 1ra Edición 1998 México P.p. 11-57

SATIR VIRGINIA “Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar” Editorial Pax México P.p. 64-153

TOUSSAINT, Florence. “Crítica de la información de masas” estructuralismo y comunicación. p.p. 41 – 67 Editorial Trillas.