



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro**



**Exclusión y estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia y la
adolescencia, a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo
familiar**

TESIS

Que para obtener el título de

Licenciatura en Trabajo Social

PRESENTA:

Rosa María Anychael Pineda Nápoles

Directora de Tesis

Claudia Cecilia López Olmedo
Escuela Nacional de Trabajo Social
T.S. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Ciudad Universitaria, México 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedico este trabajo a todas las personas que han pasado por mi vida y la han enriquecido con sus experiencias y conocimiento.

Con especial agradecimiento a:

Silvia Nápoles Falcón

La mejor mujer y ser humano que la vida me regalo, mi mamita, gracias por ser el motor de mi día a día; sin tu cariño, amor, comprensión y fuerza nada de mi persona seria posible, este es un logro de ambas, ¡TE AMO chivita!!

Jesús Omar Pineda Nápoles

Con tu ejemplo siempre me impulsaste a ir más allá de los límites que uno se pone y me enseñaste que los sueños se pueden volver realidad, gracias por tu apoyo, te quiero mucho.

Rosendo Pineda Casas

Por darme la oportunidad de prepararme, por desear y anhelar lo mejor para mi vida.

María Isabel Nápoles Falcón

Darme cuenta de lo que verdaderamente quería hacer en la vida te lo debo a ti, gracias por mostrarme esta hermosa profesión y por ser la protectora de mi familia con tus consejos, apoyo y cariño.

Verónica López García

Mi principal mentora y que el tiempo nos ha dado la oportunidad de convertirnos en amigas, gracias por tu respaldo y tu protección; sin ti este camino simplemente no hubiera sido posible. Gracias por enseñarme a ser una profesional en toda la extensión de la palabra y que lo que se hace, debe de ir acompañado de amor y pasión, te admiro y respeto.

Claudia López Olmedo

Por brindarme su tiempo, conocimientos y valiosos consejos a lo largo de este trabajo, por animarme en todo momento con su generosa perseverancia.

Julieta Robles Osnaya

Por alentarme en todos mis planes, creer en mí y siempre llenarme de valiosos y hermosos consejos.

Irma Galicia Cabello

Por apoyarme, creer en mí y darme tantas oportunidades de demostrar el amor que le tengo a mi profesión.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Por ser una institución tan humana, por confiar y creer en las nuevas generaciones de profesionales, sembrando en nosotros conocimiento y amor a los niños y a la psiquiatría.

A las mamás y familiares de mis sujetos de estudio

Por regalarme un pedacito de su vida y dejarme conocer su sentir y sus emociones, fue un honor servirles y poder apoyarlos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Mi casa máster, que me dio la oportunidad de vivir la experiencia más hermosa de mi vida, en ella pude conocer a excelentes personas, me preparo y me forjo con calidez y amor para servirle a la sociedad.

The masters (amigos)

Por su complicidad y amistad a lo largo de la carrera, juntos construimos recuerdos y experiencias que quedaran siempre en mi corazón.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I	
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS, SU ESTIGMATIZACIÓN Y EXCLUSION SOCIAL.....	9
1.1 Trastornos psiquiátricos.....	9
1.1.1 Trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia.....	10
1.2 El estigma y la exclusión social.....	12
1.2.1 Estigma desde el enfoque sociológico.....	13
1.2.2 Estigma desde el enfoque psicosocial.....	14
1.2.3 Exclusión social.....	16
1.2.4 Estigma y exclusión social en pacientes psiquiátricos.....	18
1.3 Lo sociocultural.....	21
1.3.1 Factores socioculturales.....	23
1.3.2 Influencia de los factores socioculturales en el individuo.....	26
1.3.3 Influencia de los factores socioculturales en la familia.....	28
1.4 La familia.....	29
1.4.1 La familia como agente socializador.....	29
1.4.2 Dinámica familiar desde el modelo Mc Master.....	30
1.4.3 La familia en el proceso de enfermedad.....	33
1.4.4 La familia como influencia en la formulación de la exclusión y estigma dentro de la enfermedad mental.....	35
CAPÍTULO II.	
ESTUDIO DE CASOS EN PACIENTE INFANTIL Y ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO (HPIJNN).....	37
2.1 Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN).....	37
2.1.1 Trabajo social en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN).....	40
2.2 Investigación de casos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.....	44
2.3 Presentación de casos de los pacientes psiquiátricos (características) y perfil socio- demográfico de sus familias.....	48

2.4 Dinámica familiar de pacientes psiquiátricos infantiles y de la adolescencia....	52
CAPÍTULO III.	
FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA ESTIGMATIZACIÓN Y EXCLUSIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO INFANTIL Y ADOLESCENTE.....	61
3.1 La familia ante la enfermedad psiquiátrica.....	61
3.1.1 Impacto en la canalización o referencia al HPIJNN y proceso de tratamiento.....	61
3.1.2 El significado del trastorno psiquiátrico del niño o adolescente en el núcleo familiar.....	67
3.2 Influencia de los factores socioculturales.....	71
3.2.1 La importancia de la religión.....	71
3.2.2 Los medios masivos de comunicación y el internet.....	74
3.2.3 La importancia de las instituciones educativas.....	77
3.2.4 Mitos y realidades que se tiene sobre los trastornos mentales.....	80
3.3 Propuestas de las familias para la disminución y prevención del estigma y exclusión del paciente psiquiátrico.....	84
CONCLUSIONES.....	86
REFERENCIAS.....	94
ANEXOS.....	99

INTRODUCCIÓN

Cuando las personas llegan a ser diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico además de sufrir por la patología biológica que les han diagnosticado, deben enfrentarse a una serie de reacciones y connotaciones sociales en su día a día. La magnitud de la carga de enfermedad y discapacidad atribuible a los trastornos mentales es un fenómeno de difícil medición; sin embargo, sabemos que se trata de un fenómeno creciente; que presenta uno de los grandes retos de salud en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que un 25 % de la población mundial tiene un trastorno mental, lo que significa que una de cada cuatro personas padece de un trastorno mental; de las cuales las enfermedades más recurrentes son: la depresión, trastornos debidos al uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar. En niños y adolescente; se estima, que a nivel mundial un 20% padecen un trastorno mental (OMS, 2018). En México, se calcula que 7% de la población entre 3 y 12 años de edad tiene una enfermedad psiquiátrica, con mayor índice en problemas de aprendizaje, retraso mental, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y depresión. En adolescentes un 24.7% de la población total del país, se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los más recurrentes los Trastornos de Ansiedad, TDAH, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida. Este panorama general resalta algunos datos que se magnifican si se consideran las transformaciones demográfico-epidemiológicas; que para los próximos 12 años espera un aumento global del 29% de individuos afectados por alguno de los trastornos mencionados (Programa Sectorial de Salud, 2013 – 2018: 30- 31).

El comportamiento e inadaptación que generan los trastornos mentales, junto con la conceptualización social que se ha hecho a lo largo de la historia sobre las enfermedades mentales, crea en el otro como sociedad estereotipos y prejuicios que justifican el rechazo y la vulnerabilidad de los enfermos. Así los pacientes psiquiátricos son considerados un sector social señalado negativamente en su entorno, haciendo difícil su adaptación y tratamiento.

La familia al representar una micro-parte de la sociedad, de cierta forma puede ser influenciada por estos pensamientos; antecediendo en ellos una carga cognitiva y emocional hacia las enfermedades mentales las cuales fueron generadas por experiencias, narrativas o explicaciones dotadas de la sociedad. Los familiares de niños con algún trastorno psiquiátrico como parte de la sociedad, pueden influenciarse por los parámetros éticos, ideológicos, culturales y conductuales de la sociedad a la que pertenecen, esto quiere decir que aquellos

factores socioculturales pueden condicionar la visión que sus propios familiares tienen sobre la enfermedad; por un lado se pueden tener reacciones de incomprensión o rechazo y por otro, se puede llegar a una sobreprotección precisamente a causa de estos prejuicios y estigmas sociales, que al final de cuentas llevan al familiar a ejercer algún tipo de exclusión en los niños que afectan su desarrollo social. Cabe destacar que numerosos factores propios del ambiente familiar pueden aumentar el riesgo que corre un niño de tener problemas conductuales o emocionales. La disfunción en el ámbito familiar, la presencia de conflictos entre los padres, la disrupción de la interacción entre padres e hijos y la presencia de factores que interfieren con la crianza de los hijos, ponen en peligro el desarrollo social y emocional del niño. (Ramírez, 1992: 85)

La infancia y adolescencia representan una época crítica en el desarrollo del ser humano, en el que se cosechan las bases de la salud mental y bienestar del futuro; las cogniciones, emociones y comportamientos pueden producir interferencias en la esfera de las relaciones interpersonales o en relación a uno mismo; así como, problemas a nivel funcional en el trabajo, casa y escuela. Los trastornos mentales que se inician en etapas tempranas, como la infancia o adolescencia, conllevan consecuencias hasta la edad adulta, no sólo sanitaria sino también económica y social.

Si un niño con algún trastorno mental se encuentra bajo un dinámica familiar desfavorable y/o de alguna manera sus padres no entienden o apoyan el tratamiento del menor teniendo actitudes o comportamientos de estigmatización y exclusión, este se sentirá con miedo, desconfianza, pena, tristeza y rechazo ante su padecimiento, lo que puede generar una deserción de su tratamiento, agravando la sintomatología de la enfermedad en un futuro; además de que puede generar problemas de desarrollo y adaptación psicológico, emocional y social en el niño. (Nogales, I; Ulloa, R; Rodríguez, H; Palacios, L; Vázquez, J; Cárdenas, J y De la Peña, F; 2017:15-16)

El profesional en Trabajo Social debe centrar su mirada entre los sujetos y las formas en las que se establecen las circunstancias que originan un problema social y sus consecuencias, orientando hacia una visión integral, donde se articula el sujeto, el contexto y el problema, así como, los vínculos y lazos que se generan entre los sujetos sociales. Esto es, la mirada de Trabajo Social debe de ir más allá de solo el sujeto y el problema o necesidad que tiene, sino abarcar aspectos sociales y culturales que nos ayude a entender la importancia y el significado que tiene para ellos esa problemática o necesidad.

En caso de los niños y adolescentes con algún trastorno mental trabajo social debe indagar a través de la familia, de su contexto social, económico y cultural, como estos mismo actores o factores apoyan o desaprueban su enfermedad, ya que esto, ayudará al profesional a tomar mejores estrategias de intervención necesarias para cada paciente que sea vea vulnerable ante su enfermedad mental; además entenderá de mejor manera la dinámica no solo familiar del paciente, sino de todo su entorno en el que se desarrollará.

El presente trabajo, está conformado por tres capítulos; el primero, nos delimita toda la parte teórica - conceptual que sustenta la relación del estigma, la exclusión social y lo sociocultural encaminados a los trastornos mentales con la importancia de la familia en cuanto al proceso de enfermedad y como puede derivarse en conductas y comportamientos de estigmatización y exclusión hacia el paciente. El segundo capítulo, se muestra la investigación realizada dentro del Hospital Psiquiátrica Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN); iniciando con la presentación del Hospital, el porqué y cómo se realizo esta investigación; dando paso a la exposición de pacientes y familias que formaron parte de la investigación. Por último el tercer capítulo vincula las características de nuestras familias con los factores socioculturales como: religión, medios masivos de comunicación e internet, las instituciones educativas, y los mitos que influyen en las familias, dando pauta a conocer si la concepción, la visión y el significados de las enfermedades mentales dentro del núcleo familiar de nuestro pacientes es productor de estos factores; sí se han modificado o acentuado estos pensamientos a partir de su tratamiento dentro de HPIJNN; o si influyeron en la adherencia o deserción al mismo. Consiguiendo analizar la narrativa de sentimientos y emociones de los familiares que pueden generar en el lector una conclusión en cuanto a conductas o comportamiento de exclusión o estigmatización dentro del núcleo familiar y si estas están sujetas a lo sociocultural.

CAPÍTULO I.

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS, SU ESTIGMATIZACIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL

1.1. Trastornos psiquiátricos

El límite entre enfermedad y salud mental no es un límite claro, ni bien definido, y los criterios para designar a una persona como sana o enferma han variado según los distintos enfoques teóricos y a lo largo del tiempo. Esto es comprensible debido a que aún no han podido demostrarse las causas concretas que producen cada uno de los diferentes trastornos mentales. Y es que la complejidad del cerebro humano implica una síntesis dinámica entre biología, genética, emociones, vivencias, mente, cultura, condiciones personales y sociales, sin comparación a otro órgano humano. Anteriormente los trastornos mentales, implicaban desafortunadamente, una distinción entre lo mental y físico (un absurdo del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de lo mental en los trastornos físicos; por lo que es un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores psicosociales.(Carny, 2012)

La palabra “Enfermedad” viene del latín que significa *falta de firmeza*, definiéndola como un estado que se presenta en un ser vivo, que consiste en un cambio de su estado de salud y que puede ser producido por factores de diversa índole, tanto internos como externos al organismo (Rodríguez, 2016: 189) las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción como patología, síntomas, o desviaciones de la norma fisiológica y etiología. Por su parte “Trastorno”, es la acción y efecto de trastornar (invertir el orden o sentido de algo o alguien) El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental en su quinta edición (DSM V), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en inglés, American Psychiatric Association (APA); define el trastorno mental como: “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (APA, 2015: 10). El término trastorno mental, al igual que otras muchas expresiones en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades.

El trastorno mental responde muy pocas veces a modelos simples del tipo causa-efecto. Las causas de las enfermedades mentales son probablemente múltiples, y en algunos casos son desconocidas. Se sabe qué factores como alteraciones en la química del cerebro u otros mecanismos biológicos, predisposición genética, factores ambientales y culturales, lesiones cerebrales, consumo de sustancias, etc. pueden influir poderosamente en su aparición y curso, pero no se conoce con exactitud ni en qué grado impacta cada uno de estos factores, ni qué combinaciones se producen significativamente en cada caso. (Carny, 2012)

Las enfermedades mentales pueden curarse o controlarse con un tratamiento adecuado. Los tratamientos pueden ser distintos, según el tipo de enfermedad, y se suelen diseñar intervenciones personalizadas para cada caso. Frecuentemente se realiza combinando el tratamiento farmacológico con medidas de rehabilitación socio-laboral, psicoterapias y apoyo familiar. El apoyo psicoterapéutico es importante para afrontar los efectos de la enfermedad en su vida social, familiar y profesional. Se utilizan tratamientos psicosociales especializados como son: programas de rehabilitación, terapias conductuales y de comportamiento social, psicoeducación de los afectados y sus familias, etc. (Fariña R, Caballero D, Morán F, Silvero J, Suárez R, Weberhofer J, 2017: 112)

Todos tenemos probabilidades de padecer una enfermedad mental, al igual que ocurre con muchos otros tipos de enfermedades. Aunque teóricamente pueda haber personas con más predisposición genética que otras a padecerlos, los factores ambientales pueden afectar de forma determinante en la aparición de trastornos mentales, con lo que todos estamos expuestos a ello. Desafortunadamente en la actualidad aun se cree que la enfermedad o trastorno mental es una debilidad o culpa de la persona que la padece y no se reconoce como una enfermedad mas, la cual altera su estado físico- biológico, su economía, su desarrollo cognitivo, emocional y social.

1.1.1 Trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia

En 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dictaminaron como acción prioritaria, que dentro de los programas de salud mental se incluya la atención para la promoción y al desarrollo psicosocial de la niñez, considerando dos vertientes: el estímulo del desarrollo temprano y la reducción de las conductas violentas. Dichas organizaciones postulan: *cuanto mejor las poblaciones logren preservar o recuperar su salud mental, tanto mejor podrán negociar soluciones exitosas y*

evitar aquellas conductas que añaden nuevos obstáculos (Programa Especifico de la Psicopatología Infantil y de la Adolescencia, 2001 – 2006:3).

La psiquiatría y la paidopsiquiatría¹ han utilizado diversas guías y manuales para la clasificación de las enfermedades, su sintomatología y/o características; sin embargo, en las nuevas actualizaciones no se tiene apartados específicos a trastornos de conducta y/o emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia; destacando que dentro del completo DSM IV justo el primer apartado clasificaba los “trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” especificaba que no existe distinción entre los trastornos “infantiles” y de “adultos” ya que los trastornos pueden ser detectados tanto en edad infantil como esos mismo síntomas presentarse ya hasta la edad adulta (DSM IV, 1995: 39).

Además, categorizar los trastornos puede ser algo muy difícil, ya que, tanto en adultos como en la infancia y adolescencia, muchos de los trastornos son asociados y/o secundarios, esto es, que un trastorno puede estar acompañado de otro u otros. Sin embargo, clasificarlos nos sirve para:

- Ordenar los síntomas y signos que distinguen un trastorno de otro, condición indispensable para diseñar un tratamiento eficiente.
- Seguir criterios rigurosos de diagnóstico que permitan intercambiar información.
- Realizar investigaciones clínicas y psicofarmacológicas válidas y confiables.
- Pronosticar cursos evolutivos posibles.
- Obtener un conocimiento estadístico de la prevalencia e incidencia de determinados trastornos. (DSM IV, 1995: 10- 14).

Los niños pueden padecer los mismos problemas de salud mental que los adultos, pero es en la etapa infantil y adolescente que se dan importantes acontecimientos que modulan el crecimiento, como el desarrollo cognitivo, el desarrollo de los conceptos y habilidades sociales, las relaciones con los padres y la familia, con los amigos, factores escolares y educacionales, logros personales y factores emocionales. A diferencia de un adulto, en los niños se muestra difícil detectar o distinguir algún trastorno porque existen diferentes temperamentos, algunos son tímidos y retraídos; otros son sociablemente eufóricos, o metódicos, precavidos, impulsivos y/o descuidados, lo que puede hacer creer que todos los niños manifiestan síntomas de conductas similares; por ello la importancia de que los padres tomen en cuenta cualquier signo o síntoma de cambios en las actitudes o conductas de los menores (estado de ánimo,

¹ Paidopsiquiatra: es el médico o especialista (psiquiatra) que se enfoca en la atención mental de los niños y adolescente (Fariña R, Caballero D, Morán F, Silvero J, Suárez R, Weberhofer J, 2017:45)

sentimientos intensos, dificultad para concentrarse, falta de sueño o sueño excesivo, falta de apetito o síntomas físicos), la presencia de alteraciones y el grado de angustia en la sintomatología puede ser el punto de partida para tomar en cuenta algún tipo de atención especializada para los niños.

La adolescencia se puede definir como la transición entre la infancia y la edad adulta; durante la cual se produce una reorganización biológica, cognitiva, emocional y social enfocada a la adaptación de las expectativas y exigencias culturales y sociales de la vida adulta (Sánchez, 2015: 81) en la adolescencia con frecuencia aparecen situaciones conflictivas de crisis en el entorno familiar por disputas ante la necesidad del adolescente de autonomía y evidente dependencia aún de los padres, por lo que se tiende a generar cierto aislamiento en la familia, buscando como soporte o red de apoyo principal amistades de la misma edad que atraviesen la misma situación y por lo cual se sienten comprendidos; aunado a los cambios hormonales, muchas veces estos traen comportamiento antisociales y de peligrosidad para el adolescente como consumo de sustancias tóxicas o el inicio de relaciones sexuales de riesgo.

Los trastornos mentales en edades tempranas no tratados a tiempo, puede generar en el individuo la presencia de sintomatología del trastorno más aguda al llegar a la vida adulta, generando conflictos en sus relaciones interpersonales en los ámbitos familiar, social y laboral.

1.2 El estigma y la exclusión social

Etimológicamente la palabra estigma proviene del griego, derivada del verbo *stigmatisein*, relacionado con el sustantivo *stigma*; que toma el latín y lo convierte en *stigma*, *stigmatis*; y significa marca con hierro candente (RAE: 2018), aludiendo aquellas marcas que se realizaban durante la antigua Grecia, para gravar en el cuerpo de ciertas personas un castigo. Desde un principio el término estigma se asoció con difamar o señalar a alguien con ciertas características o comportamientos que se creían diferentes a los de las demás sociedades. En época de la edad media se aplicaba este método de tortura para reconocer o identificar a aquellas personas acusadas de manera pública como criminales o esclavos.; los primeros señalados por sus actos de salvajismo y los segundos por su diferencia socioeconómica, étnica o racial.

1.2.1 Estigma desde el enfoque sociológico

Aunque podemos destacar que dentro de la sociología el término estigma empezó a asociarse con la teoría de la desviación social y estudios realizados sobre la normalidad y lo anormal² (como los de Comte y Durkheim) en donde se acentúa un intenso análisis antagónico de estos dos conceptos; fue con los estudios que se realizaron sobre la teoría del etiquetamiento o *labeling*, desarrollados durante la década de 1960 y 1970 por autores como Howard Becker (1960), Scheff (1996), Link y Phelan (2001), que el estigma se analiza con más profundidad, aunque estas teorías se basan en las teorías de la desviación social; no le interesa estudiar las posibles causas de la conducta desviada, sino las formas de control e interacción social por las que se definen a ciertos individuos como desviados. La desviación es una forma de estigmatizar a una persona, por el simple hecho de verlo como algo desorientado o diferente, pero lo importante de estas teorías no es el acto en concreto, sino el cómo este comportamiento surge de la manifestación de una mayoría social³ que califica o etiqueta negativamente los comportamientos de las minorías⁴ al desviarse de las normas culturales estandarizadas

Así, Link y Phelan (2001), definen el estigma como: un proceso en el que convergen cinco componentes. En el primer componente, la gente tiene a distinguir y etiquetar las diferencias humanas. En el segundo, las creencias culturales dominantes en ocasiones vinculan a las personas etiquetadas con características indeseables, con estereotipos negativos. En el tercer componente del modelo, las personas etiquetadas son situadas en categorías diferentes con el fin de conseguir cierto grado de separación entre “nosotros” y “ellos”. En cuarto lugar, experimenta una pérdida de estatus y discriminación que les lleva resultados de desigualdad social. Finalmente, la estigmatización es totalmente contingente al poder social, económico y político (Link y Phelan, 2001: 17)

² El término normalidad se refiere a un valor social y tiene que ver con las exigencias colectivas de las leyes marcadas estéticamente y moralmente asociado con la naturaleza y la armonía; inversamente la anormalidad es estudiada desde lo patológico y trae como consecuencia el “desvío” de la norma, de la naturaleza o la desarmonía (Cárdenas, 2014: 1)

³ Se llama mayoría social a aquel grupo dentro de la sociedad que ejerce un dominio e influencia entre los demás miembros de la sociedad, cabe destacar que la mayoría social no tiene que ver con datos numéricos (Peña, 2015)

⁴ Se llama minoría social, a los grupos presentes en el interior de una sociedad, los cuales no representan una oposición dentro de aquellos que marcan las normas, reglas o costumbres, esto es que son subordinados del grupo mayoritario (Peña, 2015)

La teoría del etiquetado demuestra como a través de las normas culturales y sociales, la persona puede determinar su identidad y comportamiento, influenciado por los parámetros asignados por los demás, así siempre se buscará dar la mejor cara o la mejor etiqueta ante las demás personas para no ser juzgado como algo negativo; esta teoría va muy de la mano con las propuestas teóricas realizadas por Erving Goffman, analizadas en el siguiente apartado.

1.2.2 Estigma desde un enfoque psicosocial

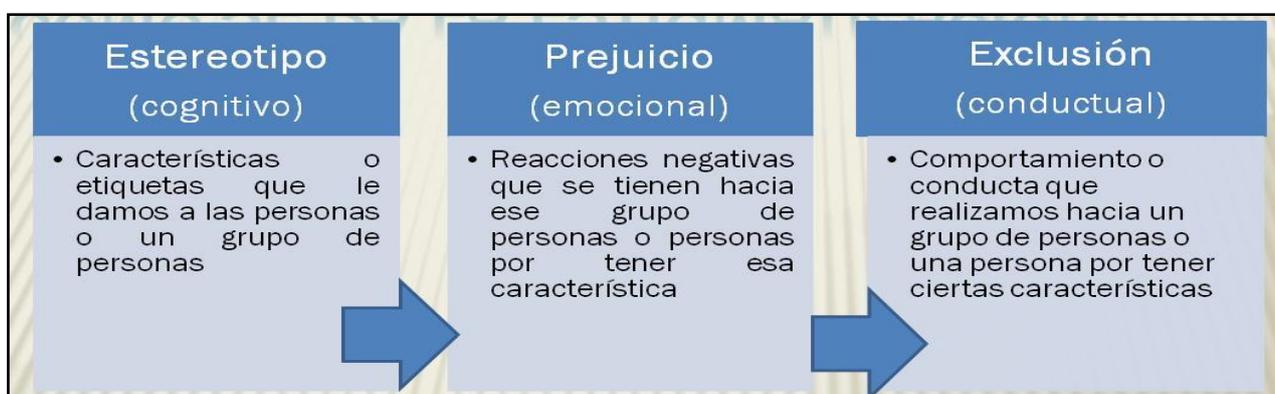
El estigma y todas sus connotaciones han causado gran interés entre los autores de la psicología social y los modelos psicosociales; orientando sus estudios a partir de tres aspectos del comportamiento social. El primero, los estereotipos, que de acuerdo con Walter Lippman(1922), son “imágenes en nuestras cabezas” (Morales,2007: 214). La importancia de estas imágenes, es que, a partir de la observación cotidiana se construyen estructuras de conocimientos aprendidas por la sociedad; a su vez estas imagines, se categorizan u organizan en el cerebro para utilizarlas más tarde, se dice que los estereotipos es la faceta cognitiva del estigma, ya que el cerebro clasifica a las personas, cosas u objetos que pertenecen a la misma categoría por sus características similares. Esto lo retoma Hamilton y Troiler (1986), que definen el estereotipo como: “la estructura cognitiva que contiene el conocimiento, creencias y expectativas del perceptor sobre un grupo social humano” (Morales, 2007: 215).

El que una persona tenga conocimiento de un estereotipo no implica algo negativo, McGarty, Yzerbyt y Spears (2002), manifiestan que los estereotipos ayudan como mecanismos de ahorro de energía para explicar una realidad social (Morales, 2007: 214), es decir, a partir de las imágenes, las etiquetas o los parámetros que se crean de ciertos grupos o personas podemos explicar o razonar de manera general el comportamiento de una sociedad. El problema surge cuando no se está de acuerdo con ese estereotipo y se experimentan reacciones emocionales negativas por ello, a partir de esto se está poniendo en marcha los prejuicios sociales, el segundo aspecto social del estigma.

Gordon W. Allport (1954) define el prejuicio como “una actitud hostil o desconfiada hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente debido a su pertenencia ha dicho grupo” (Morales, 2007: 592). Dando paso a procesos afectivos y de evaluación en donde se juzga o reacciona ante un individuo o grupo basándose en la categoría a la que se cree pertenece, sin tener más información referente a él o ellos. Esta forma de pensar surge como resultado de la necesidad que tiene el ser humano de tomar decisiones firmes y concretas de manera rápida,

tomando información generalizada de la que se tiene hasta el momento para emitir juicios sin verificar su veracidad; trasladando esta evaluación a actitudes, comportamientos y conductas, perjudiciales para la otra u otras personas con los que no se concuerda, llegando así al tercer aspecto psicosocial de la estigmatización, aquí es importante señalar que dentro de los estudios de psicología social, se le conoce como aspectos de discriminación afectiva⁵; sin embargo, dentro de esta investigación se determinará como tercer aspecto el termino exclusión social, el cual se puede asociar con discriminación, sin embargo en el siguiente capítulo explica la diferencia entre ellos y su jerarquía. Integrando estos aspectos la imagen 1, nos muestra el proceso en el que se puede dar la estigmatización según el enfoque psicosocial.

Cuadro 1: Aspecto del comportamiento social que integran el estigma



Fuente: Cuadro realizado por Pineda, R (2018)

Uno de los principales autores que ha trabajado el tema de estigmatización es Erving Goffman quien asocia al estigma como un "atributo profundamente desacreditador" (Goffman, 2006:13) es decir, el estigma es una característica que posee una persona o un grupo en diferencia de los demás y que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización. Este juicio frecuentemente es de orden moral y varía en el tiempo y según la cultura de cada lugar. Goffman presenta este significado a partir de su teoría del rol (1961), desarrollado desde la analogía entre los escenarios teatrales y el comportamiento social. Dentro de un escenario cada actor o actriz tiene que llevar a cabo un personaje, en la vida cotidiana suele pasar de la misma forma, las personas ejercemos personaje "roles" en función a las posiciones que se ocupan en los distintos ámbitos e instancias sociales de la vida, los que están a nuestro alrededor serán nuestros espectadores y según el reflejo de nuestra "representación" es como seremos juzgados o etiquetados. Así el rol implica dos dimensiones: el rol esperado y el rol ejercido. El primero, está limitado socialmente, asociado a la posición y a las expectativas que el rol representa a lo

⁵ Todos aquellos comportamientos de rechazo que ponen a las personas en una situación de desventaja social

que los demás esperan; y el segundo se refiere a lo que el sujeto que ejecuta el rol cree que debe realizar. El problema aparece cuando el rol que toca ejercer tiene una carga de características diferentes a lo que los espectadores (o sociedad) esperan, desean o están acostumbradas; aumentado la posibilidad de que se produzcan conflictos y disfunciones grupales; por el simple hecho de no realizar el rol que se esperaba.

Dentro del intercambio social rutinario, cuando las personas coinciden con un desconocido, anticipan en qué categoría se halla de acuerdo a la clasificación de los atributos visibles o los roles que se tienen. Cuando el extraño posee un atributo que lo vuelve diferente a los demás dentro de la categoría en la que se ha ubicado, se convierte en alguien menos apetecible. Este demérito no proviene de cualquier diferencia, sino de aquellas que no se ajustan al estereotipo acerca de cómo debe ser una determinada especie de individuos. Goffman diferenciaba tres tipos de desajuste que podrían llevar a una estigmatización, las abominaciones del cuerpo, basados en deformidades corporales (por ejemplo, obesidad, discapacidad física), las tribales, estigmas asignados a los miembros de otro grupo o cultura por el simple hecho de tener diferencia en raza, nación o religión; y por último, los defectos de carácter, basados en la falta de voluntad del individuo (perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio, y conductas políticas extremistas)

1.2.3 Exclusión social

La exclusión es un fenómeno complejo, que parece designar un rasgo estructural de la sociedad, y cuya profundidad y extensión habilita a pensar en las múltiples formas que puede asumirse este término, un breve recorrido por el contexto en que surgen algunos de ellos quizás ayude a entender la connotación que otorga a la expresión *exclusión social*.

El término *exclusión* empezó a usarse en Francia a mediados de los años 60 gracias a que tanto en Francia como en la mayor parte de Europa se vivían años de prosperidad y fuerte crecimiento económico, con bajas tasas de desocupación, empleos estables, buenos salarios y la protección que brindaban los diversos Estados de Bienestar (Sánchez, A y Jiménez, M; 2013: 140). A pesar de que el incremento era inminente para la mayoría de las personas, se contaba con grupos sociales que por diferentes factores no tenía la oportunidad de beneficiarse al igual que los demás, considerándolos como “problemas sociales” a los que se les tenía que “excluir” por no incorporarse a la prosperidad general del país, así entonces el termino

exclusión se utilizaba para referirse a las personas que no tenían la posibilidad de tener un estatus estable, conocidos como pobres.

A partir de los años 80's el incremento de la pobreza y la exclusión aumento considerablemente pues la tendencia política ultra-liberal se hizo fuerte en este ambiente de descontento social, implementando nuevo sistema económico-político conocido como *neoliberalismo*, en donde la exclusión ya no solo se basaba en aquellos estándares económicos, sino que ahora también se involucraba desde lo político, a partir de su paulatino recorte de prestaciones sociales que el mismo Estado forjaba, siendo el marco principal de la inseguridad y vulnerabilidad social (Sánchez, A y Jiménez, M; 2013:137). Años más tarde estos estándares sirvieron como bandera para crear una imagen de solidaridad y rescate a los mismos "excluidos", expresiones como inclusión, inserción, integración, cohesión, surgieron como base para las políticas sociales de los gobiernos que habían llevado aquellos grupos a ser marcados como inferiores del resto de la sociedad.

A estas alturas el termino exclusión ya no sólo era cuestión económica y política, sino que la misma sociedad creaba estándares donde ubicaba a las personas que podían o no permanecer en un cierto grupo, estar en cierto lugar o tener ciertas adquisiciones; la exclusión paso de algo perceptible a algo ideológico. Castel (1995) considera que la exclusión, más que de un estado, se trata de un recorrido: el paso de una zona de vulnerabilidad o precariedad en el empleo y en las relaciones sociales, hasta una zona definida por la ausencia de trabajo y el aislamiento social. Así, la exclusión social no aludiría a una situación, sino a un proceso en el que los individuos van perdiendo el sentimiento de pertenencia a la sociedad a medida que aumenta su vulnerabilidad (Sánchez, A y Jiménez, M; 2013:141).

De aquí, el término exclusión social surge de esta vulnerabilidad y ruptura social que presentan las personas al ser señalados, apartados, aislados, ya sea no solo por la falta de cobijo político o encontrarse en una situación de desempleo o pobreza; sino ahora se excluye aquellas personas que tiene o cuentan con características que no entran en la categoría de lo normal en la sociedad, esto es, la exclusión social es un aspecto de la estigmatización y el prejuicio ya estudiados anteriormente.

Tezanos (1999a) menciona que la exclusión social: engloba diversos conceptos utilizados tradicionalmente para definir situaciones o modos de "estar apartado" o "ser apartado" del núcleo central de una sociedad o grupo, tales como segregación o marginación (en el ámbito cultural y de las vivencias sociales) pobreza (en el plano

económico) y alienación social (consecuencia de procesos económico-sociales concretos que dificultan o niegan a los individuos la posibilidad de desarrollar las capacidades productivas o creativas del ser humano.

Los efectos que la exclusión tiene sobre los grupos etiquetados pueden llegar a ser de gran relevancia tanto psicológica como social, la pérdida de la autoestima, la ruptura de los vínculos entre el individuo y la sociedad, el deterioro físico y psíquico, así como un aumento de la agresividad y las relaciones violentas son algunas de las consecuencias que presenta un individuo que percibe una exclusión social. Los pacientes psiquiátricos además de lidiar con su problemas biológicos – emocionales, tiene que incorporar a sus problemas la carga prejuiciosa sobre las enfermedades mentales que se han generado a lo largo de la historia, considerando que por la misma cuestión de enfermedad emocional, ellos no cuentan con la estabilidad suficiente de enfrentar estos prejuicios, dificultando muchas veces el tratamiento y desarrollo.

1.2.4 Estigma y exclusión social en pacientes psiquiátricos

Desde los inicios de la historia de la psiquiatría, se demuestra la implementación de antiguos modelos de aislamiento social, a pesar que los antecedentes de la psiquiatría inician desde la prehistoria con la implementación de trepanaciones de cráneos y la utilización de hierbas para curar enfermedades que en ese entonces era vistas como algo mágico (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997:); el estudio de la mente, el cerebro y todo lo relacionado a ello, ha generado desde un principio cierta incógnita, miedo y desvalorización.

Foucault menciona en su libro *historia de la locura en la época clásica* que durante y posterior a la Edad Media la epidemia de la lepra había inundado las ciudades, los que poseían lepra eran visto como algo maligno y peligroso, a los que se tenían que recluir; por ello se crearon lugares “segregados” donde pudieran controlar la pandemia; con el paso del tiempo y el aislamiento de las personas que poseían esta enfermedad se fue controlando la lepra; pero no fue hasta mediados del siglo VI que la lepra desaparece; sin embargo, el lugar de la lepra fue tomado por las enfermedades venéreas y posteriormente enfermedades de ámbito mental, llamada en este entonces “locura”, Foucault resume “Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecerán, los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; persistirá, los juegos de exclusión se repetirán, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo segregado, seguirá” (Foucault, 1998:8), las personas locas o

con enfermedades venéreas tenían que ser recluidas al igual que los leprosos por el simple hecho de no servir a la sociedad,.

Así no sólo en Europa, si no en el resto del mundo se instalan una serie de hospitales de atención “especializada” a enfermos psiquiátricos; en México por ejemplo estos hospitales en un principio estaban a cargo de los nombrados “hermanos de la caridad”, sacerdotes de la nueva España (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997: 13 - 16). Durante este tiempo los trastornos psiquiátricos eran relacionados con alteraciones morales, se visualizaba a las personas con algún padecimiento como irracionales y sin sentido. El paso de los años solo intensifico el aislamiento de la personas “locas”, al mostrarlo como una pesadilla, algo equivoco, erróneo u horrible, exponiéndolos a torturas y desprestigio, víctimas de violaciones, asesinatos, electroshocks de alto voltaje, baños con agua helada y encierro con ratas; crearon en la sociedad un miedo y vergüenza por pertenecer a ellos o tener a un familiar o alguien cercano con estas características (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997:17); por consiguiente el auge del estigma o la exclusión en los locos era algo normal para el resto de la sociedad.

Posteriormente la locura ya no es vista como algo perturbador, pasa a ser vista como una patología, otorgándole el término “enfermedad”; la noción de enfermedad se deriva de los significados que se le da al concepto de salud y que marca la Organización de las Naciones Unidas (ONU) quien define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (ONU, 2004), entonces si una persona no cuenta con ese estado de bienestar “completo” nuevamente se hace una distinción al resto de la sociedad etiquetándolo como “enfermo”; además estas enfermedades serán categorizadas a partir de una serie de características que presentan los pacientes (CIE – 10 y DSM), creando una serie de prejuicios que en vez de ayudar pueden perjudicar al paciente.

Por ello en las últimas décadas se han generado nuevas formas de ver al paciente psiquiátrico; en la actualidad se denominan trastornos psiquiátricos y el tratamiento busca la inserción del paciente a la sociedad con la des- hospitalización, esto es, los pacientes solo serán internados en casos de crisis o urgencia (si han intentado poner en peligro su vida o la de alguien más) en donde se les estabilizará a base de medicación y se tendrán en observación durante un tiempo determinado para después darlo de alta con tratamiento subsecuente en consulta externa, pudiendo regresar a su casa, realizando actividades y labores que le ayuden a su desarrollo cognitivo – emocional. Esto ha originado una serie de nuevos estigmas y exclusión al paciente psiquiátrico y a la psiquiatría; ya que ahora los ven como personas disfuncionales, creyendo

que siempre “están drogados” a consecuencia de su medicación; además de percibirlos como una fabricación de la industria farmacéutica que está bajo la ideología del sistema capitalista.⁶

Este nuevo estigma no se da de manera directa ya que en la actualidad nadie reconoce abiertamente el estigmatizar o excluir a una persona por ciertas características en este caso por ser un paciente psiquiátrico, entre otras razones mantener un discurso de este tipo no solo es “políticamente incorrecto”, sino que es ilegal y puede ser objeto de sanción; ya que en la actualidad se ha generado una serie de leyes que respaldan la integridad de todo ser humano; a pesar de ello los prejuicios y las actitudes de estigmatización y exclusión sigue existiendo pero se expresa de manera más sutil e indirecta; el no incluirlos en cuestiones laborales, escolares o de recreación por el hecho de tener un trastorno psiquiátrico, es una forma sutil de estigmatizarlos, ahora bien este tipo de estigmatización no solo se da desde una cuestión social, sino que puede generarse desde casa.

Auto- estigma

Vivir continuamente en una sociedad que tienen una fuerte carga histórica sobre las personas con enfermedades mentales y por ende asigna ciertas ideas estigmatizadoras, puede llevar a que las personas que padecen algún trastorno psiquiátrico internalicen esas ideas y crea que son menos valiosas a causa de su trastorno lo que tal vez sea uno de los efectos más nocivos del estigma.

Los estereotipos acerca de la enfermedad mental son asimilados por las personas como miembros de la sociedad que son, pero cobran relevancia de su impacto; no solo en la persona con enfermedad mental, sino en sus familiares, en el momento en que surgen los primeros síntomas. Esta anticipación de rechazo se denomina estigma percibido o anticipado, y corresponde a creencias acerca de la devaluación, exclusión o rechazo que experimentará una persona por el hecho de padecer un trastorno mental. La persona asume o acepta el estereotipo acerca de la enfermedad mental lo que genera la aparición de emociones y valoraciones tintadas de auto- prejuicios (“soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo”) las cuales llevan a reacciones emocionales negativas. Todo ellos condicionan el comportamiento ya que puede llevar a la persona a cesar en los intentos de llevar una vida independiente, o peor aun optan por no buscar tratamiento o ayuda profesional para no ser identificados con el grupo estigmatizado (Muñoz, M; Pérez, E; Crespo, M y Guillen, A; 2009:16).

⁶ Incremento de la economía del burgués o mejor conocido como dueño de los medios de producción, fabricas, comercios, instituciones.

El estigma no sólo afecta a las personas con una enfermedad mental, sino también a aquellos que se encuentran estrechamente relacionados con ella. Este fenómeno, que se denomina estigma por asociación (Mehta y Farina, 1988) afecta fundamentalmente a las familias; en él, la familia asimila los mensajes (procedentes de la sociedad) acerca de su culpabilidad en la enfermedad, lo que, en consecuencia, genera sentimientos de auto-culpa (Muñoz, M; Perez, E; Crespo, M y Guillen, A; 2009:18). En el caso de las familias los sentimientos predominantes son de vergüenza y negación de la enfermedad, lo que lleva al ocultamiento, el secreto y eventualmente, al aislamiento en un afán de evitar que los demás (amigos y otros parientes) tengan noticias de la presencia de la enfermedad en el núcleo familiar. En consecuencia, se puede posponer la búsqueda de tratamiento para la persona con enfermedad mental y de apoyo social para ellos mismos.

La forma en que la familia designa o conforma el concepto sobre una enfermedad como afecta el núcleo familiar y como confrontarla, devienen de una interacción con el mundo social y su cultural, mejor conocido como sociocultura, a continuación nos enfocaremos a este concepto para entrelazarlo con el estigma y la exclusión social y a su vez delimitar nuestro tema de investigación.

1.3. Lo sociocultural

La palabra sociocultura se compone de dos “socio” y “cultural”. La palabra “socio” viene del latín *socius* (compañero), que propiamente significa asociado o aliando que sigue a otro; este término se relaciona con otras palabras como social o sociedad (REA, 2018). En cuanto a lo sociocultural es conveniente vincularlo al concepto de “sociedad”, que se define como un grupo de individuos que interactúan en un mismo contexto y que comparten una serie de valores, costumbres, normas, reglas y estilo de vida el cual desarrollara en el individuo una identidad y un sentido de pertenencia, mejor conocido como cultura (Barrera, 2013: 15 - 16)

Por su parte la Cultura; proviene del latín *colere*, para la labranza y el uso de la tierra, en inglés *coulter* que designa a la reja del arado, refiriéndose al cultivo, agri-cultura, cultivar la tierra. Los romanos hablaban de cultura *animi* como la cultivación del alma, que llegó a influenciar en un significado de lo religioso y lo culto, (Fornäs, 1995:135). El termino cultura se relaciona con la civilización o lo social, a partir de la lucha por sobrevivir y por el bienestar de las civilizaciones; creando la necesidad de pertenecer a un conjunto de intereses y creencias con ciertos patrones, símbolos y valores en común “*la cultura a través del cultivo de la tierra, del cultivo de lo social y del culto a lo sagrado, crea la ciudad =civilitas, sociabilidad, urbanidad*

transformándola en la civilización cultural” (Oltra, 1995: 24) así desde el punto de vista antropológico, toda sociedad humana puede ser descrita en términos de su cultura peculiar; y todas las sociedades tienen cultura.

Cuando se habla de cultura siempre se engloba diversos estilos de vida común y al mismo tiempo escalas de valores diferentes, encontrando su origen en las distintas maneras de servirse de las cosas, de trabajar, de expresarse, de practicar una religión, de comportarse, de establecer leyes e instituciones jurídicas, de desarrollar las ciencias y artes, entre muchos elementos más. Tylor (1871) planteo que: *“La cultura es, ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualquier otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que se es miembro de la sociedad”* (Barrera, 2013:3), por lo tanto, el estudio de la cultura siempre analizara el modo en el que se organiza y desarrolla determinado grupo social.

Es así como lo sociocultural estudia las distintas formas que los diferentes grupos sociales conducen sus creencias, valores y costumbres “cultura”. Los estudios socioculturales siempre implican vinculación con conceptos y términos tales como ideología, comunicación, etnicidad, clases sociales, estructuras de pensamiento, género, nacionalidad, medios de producción y muchos otros que sirven para comprender los elementos únicos de cada comunidad, sociedad y etnia; de ésta manera se logra la identidad cultural en una sociedad que nos sitúa con respecto a otros adquiriendo sentido de pertinencia ética o lingüística, que al ser reconocidas por toda la población nos adentra a la verdadera sociocultura. (Barrera, 2013:25)

Los cambios que allí deriven suelen presentarse de manera paulatina y con algunas resistencias pero que al final se logran compartir por ser parte del proceso de interacción social. En nuestra vida diaria se viven distintas valoraciones y creencias que conllevan la formación de una sociedad, generando procesos de participación en apoyo a las personas de manera activa y dinamizada desde la reflexión, el pensamiento crítico, el valor de lo personal y su responsabilidad social. Cuando los individuos se comportan de acuerdo con las expectativas de los demás, su conducta es de carácter social, es decir, el comportamiento convencional en las acciones de un individuo será influencia de su sociedad o bien de su cultura.

1.3.1 Factores socioculturales

Religión

La religiosidad es un constructo que aún no ha sido totalmente definido, sus sentidos van desde las manifestaciones metafísicas y esotéricas, pasando por las de orden emocional, social y cultural. Indagar en los orígenes de lo religioso se torna difícil, sin embargo, desde el principio de los tiempos el ser humano ha vivido dependiendo y sujeto a las fuerzas de la naturaleza muchas veces sin explicación del porqué de las cosas; lo desconocido ha provocado temor y eso ha generado la búsqueda de una idea explicativa, un ente que ordene el mundo, creado a partir de la misma sociedad. (Tinoco; González y Arciga, 2009: 82)

En un principio los seres humanos no encontraban respuesta a los fenómenos a los que eran expuestos día con día, por lo que adjudicaban ciertas características sobrenaturales al alma y los espíritus, este tipo de dogma fue denominado como animismo por el antropólogo Edward Tylor (1871); posteriormente una serie de dioses explicaban el poderío de las cosas naturales; consecutivamente con el paso del tiempo cuando nace las explicaciones científicas para los fenómenos naturales, se disuelven aquellos dioses y aparece la necesidad del ser humano de crear nuevas religiones (como lo que hoy en día son el cristianismo, islam, budismo, etc.), en donde se incluían espíritus y dioses, además de nuevos ritos, símbolos e ideales (Camarena, M y Tunal, G. 2009: 3 – 4).

Así, la religión va muy de la mano con el término de *cultura*, ya que los actores culturales “sociedad” construyen, transforman y reproducen un sistema de valores, costumbres y reglas sociales en torno a su religión, la cual les dice como vivir, actuar, pensar en diferentes situaciones, utilizando como medios prácticos los ritos, ofrendas, sacrificios, oraciones, invocaciones que a cada religión le pertenece; por lo que el profesar una religión dependerá gran parte del accionar moral y el pensamiento de los agentes culturales. La religión, entonces dará pauta a esos mecanismos para enfrentar el miedo que produce una vida de incertidumbre, ya sea de la naturaleza, del castigo del más allá o de la misma sociedad, en los cuales las personas se mueven para creer en algo divino, creando un sistema de normas y valores que le permitan estar más cerca del ideal de vida.

La religión, dará a conocer las necesidades sociales concretas y las prácticas que se llevan para poder amenizar esos sentimientos; es decir, entender esos mecanismos en los cuales las personas se mueven para creer en algo divino, que los ayude a tener una mirada utópica de lo que sucede a su alrededor. Los fenómenos ideológicos como es la religión adquieren un

significado intersubjetivo que responde a la carga valorativa afectiva que posee determinada forma y contenido de una comunicación, símbolo o signo (Bautista, 1990: 325 – 326)

Medios de comunicación

La comunicación como fundamento de la interacción social, es el mecanismo que ha hecho posible la existencia de lo que se conoce como sociedad. Todo ello pone de manifiesto que la comunicación, antes que nada, es un proceso social articulado en torno al fenómeno de compartir, de poner en común y de vincular. Comunicar es convocar y organizar una serie de representaciones que no aparece como un simple medio de transporte de información sino como una dimensión esencial de la cultura donde se inscribe la mayor parte de los valores y las representaciones sociales que fundan el intercambio y las practicas colectivas.

Los medios de comunicación son poderosas herramientas (de hecho, se considera “el cuarto poder”) que influye en la sociedad creando opiniones y favoreciendo determinadas actitudes e ideologías. Uno de los principales objetivos de los medios de comunicación es poder transmitir e influenciar hacia el consumidor los productos o temas que a ellos les ayude comercialmente, aunque no tengan el objetivo explícito de socializar, también sugieren, proponen y transcriben valores, ideales y modelos a seguir, con lo cual, participan del proceso de socialización a través de sus mensajes, ofrece modelos de conducta y juicios sobre acontecimientos, además de reforzar valores y normas sociales y ser capaces de conformar un clima de opinión.

Esta capacidad de influir en las personas puede traer consecuencias negativas, como las maniobras que en ocasiones han llevada cabo determinados poderes para conseguir su control, pero también conlleva otras positivas, como la utilización como vía de difusión de campañas de prevención y sensibilización orientadas a solucionar problemas presentes en la sociedad. Los medios de comunicación (prensa escrita, radio o televisión) tiene cada vez mayor presencia en los hogares, por lo que gran parte del conocimiento y de las imágenes que se tiene sobre la enfermedad mental se puede generar a través de lo que nos demuestran estos medios, la salud mental seria uno de los temas en los cuales los medios han adoptado el papel de emisor fundamental de la información (Cuenca, 2003 en Muñoz, M; Perez, E; Crespo, M y Guillen, A; 2009: 307).

En México el mayor medio de comunicación es la televisión, lamentablemente los dueños de la televisoras en nuestro país son grandes empresarios que buscan su bienestar económico y no un verdadero apoyo social, por lo que sus contenidos estarán bajo en régimen capitalista en donde lo que buscan es una mayor audiencia para que consuman su programación y su mercancía, por

lo que muchas veces la información que se dan dentro de los programas transmitidos solo buscarán el ocio de las personas, además esta información puede llegar a ser errónea o confusa para el público o simplemente se brinda sin ningún fin en específico.

Instituciones educativas

La escuela, como la familia, es un agente socializador cuyo fin es educar al niño, no solo desde un proceso de aprendizaje, sino como agente trasmisor de cultura (normas, reglas, valores, creencias), en donde al relacionarse con los miembros de una sociedad pueda dar su punto de vista, opinar, hacer reflexiones y sobre todo que los demás lo reconozcan como una persona que posee identidad individual y personalidad. Es la primera institución social a la que los niños acceden de manera constante y prolongada y que les impone una serie de roles que van a representar para los niños y niñas una realidad muy diferente a la familiar.

Al realizar las funciones de ser formadora intelectual y social, la escuela transmite sistemas de pensamiento y enmarca pautas que sirven de guía y modelo de conducta para el alumnado; el niño y la niña crean vínculos con las personas sensibles, receptivas y representativas, a las interacciones sociales a las que ya han sido expuestos o que son similares a las de su núcleo familiar; estos vínculos son necesarios para dar un firme sustento emocional, que les permite sentirse confiados y seguros para su desarrollo psicológico y social necesarios en el descubrimiento del mundo. Si perciben un clima de confianza, escucha, respeto, compañerismo y un bienestar recíproco, se le estará nutriendo de sentimientos positivos que serán la base de una vida afectiva y emocional sana y equilibrada, muy valiosos para las relaciones que establecerán en el futuro con sus iguales y otras personas.

Mitos y realidades

Etimológicamente mito viene del griego *mythos*, que significa relato o cuento; pero también se le concibe como un complejo de creencias, como una forma de captar y expresar un tipo específico de realidad, ha surgido de fuentes diversas e innumerables, cargado de funciones, persistente en el tiempo, pero no inmune a él; es decir, su estructura permanece, aunque cambie su forma, y como todo producto social, adquiere su verdadera dimensión cuando es referida a la sociedad en su conjunto. (Rodríguez, 2016: 312)

Tradicionalmente se ha considerado que el mito es una oposición a la verdad, a la realidad; que no hace sino explicarlas al margen de la racionalidad. Sin embargo, las mentes creadoras en

general, y quienes cultivan la literatura en particular, han demostrado a lo largo de siglos que existen diversas formas de expresar las creencias, los temores, los sufrimientos, las esperanzas y, genéricamente, las pulsiones humanas, lo que significa que el hombre es capaz de transformar sus vivencias y experiencias en verdades colectivas mediante la fabulación, aunque ésta no sea comprobable científica o racionalmente. Así, grandes acontecimientos, reales o imaginarios, muchas veces remotos, pueden ser fabulados, transformados en historias y aceptados como modelos de comportamiento para la sociedad.

La psiquiatría ha envuelto en un sin fin de mitos y/o narraciones que van desde posesiones satánicas, maltratos físicos, muertes, y una excesiva medicación, algunos de estos mitos desafortunadamente no pueden desistirse como algo conjeturado por la sociedad, la necesidad de conocer el por qué de las conductas y comportamientos que presentaban algunas personas a las que se les denominaba “anormales”, originaron la realización de experimentaciones que acarrearán sufrimiento, maltrato y hasta la muerte de la persona sometida a estos, en otras ocasiones u otros tiempos las prácticas experimentales se dejaron a un lado pero la desesperación, el fastidio y la falta de entendimiento de estos problemas psicológicos originaban en los cuidadores un maltrato hacia ellos, y en los familiares un abandono y un rechazo, esta información aún siguen vigentes en nuestra sociedad y en ocasiones son asumidas como patrones a seguir, generando en las personas que han sido diagnosticadas con algún trastorno mental incertidumbre, miedo o desesperanza.

1.3.2 Influencia de los factores socioculturales en el individuo

Para poder entender la influencia de los factores socioculturales a nivel individual, solo es necesario establecer que el individuo no puede entenderse sin referencia al mundo social en el que ha estado inmerso desde el nacimiento; se desarrolla gracias a su participación activa en la interacción social y en actividades culturalmente significativas, contribuyendo de manera decisiva, en la interacción que establece con los agentes culturales y a través de instrumentos de mediación. Vigotski (1984) psicólogo soviético, considerado como el mayor exponente de la teoría sociocultural contemporánea, menciona como los procesos psicológicos y de identidad del individuo se establecen desde algo a lo que el individuo a estado expuesto desde el día uno de su nacimiento, llamado sociedad *“el propio niño quién a partir de su contacto con el ambiente va progresando y elaborando, en interacción con este ambiente, forma una adaptación cada vez más óptima y sofisticada”* (Villar, 2003: 389)

Vigotski, basa sus estudios en como los niños son capaces de internalizar⁷ los instrumentos que la cultura pone a su disposición a través de la interacción y con ayuda de los adultos (padres, hermanos mayores, abuelos, tíos, profesores, etc.); de esa manera, el niño será capaz tanto de insertarse dentro de un conjunto de significados y prácticas culturales, como de avanzar en el desarrollo de funciones psicológicas superiores.

Los estudios de Vigotski, se focalizaron más en la influencia sociocultural para los procesos internos o individuales de los niños como el lenguaje y el aprendizaje, siendo de gran importancia en disciplinas como la psicopedagogía; sin embargo, además de señalar estos procesos psicológicos básicos que se desarrollan a partir de la interacción social y que son de gran importancia para la socialización de cualquier ser humano, es importante estudiar cómo a partir de esta transmisión sociocultural e internalización el individuo va forjando un carácter y se reconoce a sí mismo ante los demás, a lo que se le conoce como identidad.

La identidad es un tejido que se construye sobre la base de las representaciones que los individuos se forman de la realidad social y de sus componentes (Gallegos, 2003: 2). Si la identidad es una construcción social se requiere una referencia cultural, pero ésta sólo se da en grupos biológicamente homogéneos, cuyas costumbres y usos culturales refuerzan su sentido de pertenencia y auto-reconocimiento.

La posibilidad que cada ser humano tiene de reconocerse a sí mismo es a lo que se ha denominado identidad, pero, el hecho de que tal identidad se construya en entornos naturales y socioculturales precisos, complica enormemente su significado, de lo que se desprende no sólo la pluralidad de identidades posibles, sino también las transformaciones y modificaciones que sufre una identidad concreta bajo el influjo de las influencias sociales y del paso del tiempo.

Así el individuo se va forjando desde el momento en el que nace y empieza adquirir conocimientos cognitivos como el lenguaje, procesos propiamente únicos en el interior del individuo pero que son transmitidos a partir de la cultura en el que se desarrolla y expuestos o presentados por las figuras de socialización que estarán presentes en su vida, hasta la adquisición de una identidad y una personalidad que lo ayuden al desenvolvimiento en su quehacer diario con el contacto social.

⁷ Entiéndase a internalización como aquel proceso por el que una función de plano social o un fenómeno externo o social, se transforma en un fenómeno interno, individual; fundamentado en la interacción con los otros (Villar, 2003:392)

La identidad cultural remite necesariamente al grupo original de pertenencia del individuo, con lo que el origen (o las raíces) sería el fundamento de toda identidad cultural, lo que significa que la identidad preexiste al individuo, al que no le queda más opción que adherirse a ella, o quedarse al margen, el individuo, por tanto y a causa de su herencia biológica, nace con los elementos constitutivos de la identidad étnica y cultural en un sentimiento innato de pertenencia, la identidad aparece como una condición inmanente del individuo, algo que lo define de manera estable y definitiva.

1.3.3 Influencia de los factores socioculturales en la familia

La familia es el primer ámbito para la promoción de la cultura y debe ayudar a encontrar su sentido más valioso; en la familia se ha de crear un ambiente en el que la educación se vaya convirtiendo en cultura y la cultura en sabiduría, en donde el individuo recibirá ciertas prácticas, hábitos, rituales, valores y tradiciones que le ayuden a entender el mundo, aprenda a vivir en él y oriente su vida personal. Así la cultura de la familia se ha definido como *“un conjunto de valores, creencias y normas que, a menudo de modo inconsciente, son compartidos e interiorizados como principios-guía de conducta personal por lo miembros de la familia”* (Niethard, 2007: 35).

La cultura familiar la deben promocionar sobre todo los padres, que son los primeros y principales educadores del sujeto, sin embargo, el individuo conforme va creciendo, va adquiriendo más información cultural de las personas más allegadas a él a partir de la convivencia e interacción que se tiene con ellos, a partir de ahí se adquieren sentimientos de pertenencia e identificación, como las creencias religiosas, las normas, costumbres, mitos entre otros, esta experiencia cultural marca un momento clave en la formación de los significados con los que se va desarrollando la identidad personal.

Es claro que cada familia en una sociedad determinada tiene patrones de conducta específicos e irrepetibles, de manera que cada individuo representa una tradición que se va forjado durante generaciones y que, si bien puede cambiar, evolucionar o modificar de acuerdo al contexto en el que se encuentre, la influencia que va adquiriendo teniendo de otros aspectos como es la cultural, escuela, religión, amistades o hasta los medios de comunicación.

1.4 La familia

El termino familia se puede definir como: *la célula básica del tejido social o el primer grupo social encargado de que el individuo (hijos/niños) tenga un proceso de sociabilización, en el cual se insertan los niños dentro del sistema de valores, normas y metas propias de cada sociedad llamado “cultural”* (Pastor, 1988 pag.). Sin embargo, definir familia tiene un sin fin de connotaciones que pueden estar marcadas por los lazos sanguíneos, los roles que se establecen, las jerarquías, el tipo de unión familiar, actualmente hasta el tipo o estructura familiar; ya que al igual que los cambios sociales que han surgido, la estructura y tipología de la familia ha estado en constante transformación.

A pesar de los cambios sufridos tanto en la concepción de la familia como en su estructura, la familia no deja de ser una parte importante para el individuo en cuanto a su protección personal y emocional, adquiriendo herramientas para su relación con la sociedad.

1.4.1 La familia como agente socializador

En el plano micro-sociológico la familia ejerce dos funciones fundamentales e irreductibles: la socialización primaria de los niños para que puedan convertirse un día en miembros de la sociedad en que han nacido; y la estabilización de las personalidades adultas de la población, ambas funciones unidas ente sí (Andréé,1974 :39). Es decir, la función de la familia tiene por objetivo transmitir al niño las ideas, los valores y los conceptos fundamentales de la sociedad. Esta función se ejerce en primer lugar a través de los roles parentales del padre y la madre, los cuales asumen también unos roles en otras estructuras sociales. Pero la familia no es el agente único de socialización; otras agencias, la escuela, el grupo de iguales, ejercen simultáneamente con la familia una función socializadora sobre el niño. No por esto, la familia deja de ser el agente por excelencia de la socialización; además la función de la familia se extiende más allá de la infancia, ya que en la juventud se les tiene que preparar para su autonomía y las responsabilidades que en ellos implican.

Para Parson, la familia posee en su estructura y en sus funciones unos elementos de constancia que no son únicamente el reflejo de su composición biológica; sino que ejerce funciones de producción económica, política, religiosa, que se añaden a las funciones de socialización y de recreo (Andréé,1974 :39), por consiguiente una de las funciones de la familia es socializar al niño con vistas a colaborar en el mantenimiento y equilibrio del sistema, así la familia es un subsistema de la sociedad y no una pequeña sociedad en sí misma, para ello los miembros

responsables de la familia han de estar integrados en el sistema y haber adquirido aquellas normas, valores y creencias que son parte de su cultura.

Esto es, la organización social y organización familiar están íntimamente ligadas en cierto modo; la primera expresa en gran escala a la segunda porque la familia es la imagen exacta de la sociedad, esta posición implica una concepción del vínculo social; Le Play (1879) considera: “*la sociedad no se compone de individuos aislados e independientes sino de familias*”; y la estructura de una sociedad dada varía en función del régimen de familia que prevalece y sobre el que se asienta (Cicchelli y Vicenzo, 1999:45).

Por último es importante señalar la importancia de la transmisión afectiva de la familia; el amor de los padres se convierte en algo condicional, unido al éxito del niño en la escuela o dentro del grupo de iguales, puesto que desarrollará una fuerte motivación de cara a la realización personal, lo que hará que sea lo suficientemente libre para poder presentar innovaciones y descubrir por sí mismo, los roles que deberá asumir.

1.4.2 Dinámica familiar desde el modelo Mc Master

El modelo McMaster (1983); propuesto por Baldwin, es utilizado para conocer la dinámica familiar ya que como lo hemos mencionado anteriormente la familia es considerado un factor importante para determinar la salud emocional de los miembros de la familia como individuos se conforma por seis dimensiones que describen y evalúan la funcionalidad de la familia, a partir de conocer como está integrada, sus roles, funcionalidades y comunicación efectivas (Modelo, 2013: 2).

La función primordial de la familia es conservar el equilibrio de sus miembros adaptándose a las diversas etapas y enfrentando los problemas para lograr soluciones efectivas, conocer la movilidad y la forma de relacionarse (roles, normas, autoridad, afectos, límites y hasta el uso de tiempo libre), nos ayudará a entender la adaptación o rechazo que se tiene dentro del núcleo familia de cada paciente en torno a su diagnóstico psiquiátrico.

Para ello se retomará el modelo McMaster, el cual se basa en tres principales áreas 1) las necesidades básicas de la familia, 2) el área de desarrollo y 3) el área de obstáculo, aclarando que las familias que no pueden desarrollarse en estas áreas suelen tener dificultades; para poder analizar la dinámica familiar es necesario tomar en cuenta 7 dimensiones:

1. Solución de problemas.
2. Comunicación.
3. Roles.
4. Respuesta afectiva
5. Involucramiento afectivo.
6. Control de la conducta.
7. Funcionamiento general de la familia (Modelo, 2013: 3 -6)

1. Solución de problemas

Es la capacidad que tiene la familia para resolver sus problemas y mantener el equilibrio, estos problemas pueden ser:

Instrumentales: están relacionados con la organización de la casa, dinero, comida, etc.

Afectivos: son los provocados por la interacción entre los miembros, esto implica emociones y sentimiento.

El modelo contiene 7 pasos para identificar la solución de problemas:

- Identificar el problema.
- Comunicarse con la persona adecuada (respecto del problema).
- Establecer alternativas de solución.
- Elegir alguna de ellas.
- Llevarla a cabo: realizar la acción que requiere.
- Monitorear para asegurarse que la acción es llevada a cabo.
- Evaluar si esa alternativa fue efectiva para resolver dicho problema.

2. Comunicación

Es el intercambio de información dentro de una familia y define las relaciones con respecto a los miembros

Tipos de comunicación:

- Clara – directa: el mensaje es claro y va dirigido a quien se quiere transmitir.
- Clara – indirecta: es clara, pero se utiliza otro canal para decirlo y no para quien va dirigido.

- Obscura o enmascarada – directa: el mensaje no se entiende, pero se dirige a la persona indicada.
- Obscura o enmascarada – indirecta: el mensaje no es claro y se dirige a otra persona.

Para poder tener una comunicación adecuada es necesario tomar en cuenta que debe ser clara, directa, congruente, confirmada, retroalimentada.

3. Roles

Son los patrones repetitivos de conductas mediante los cuales los miembros llevan a cabo funciones familiares, pueden ser de índole:

Tradicional: Asignados por la cultura.

Idiosincráticos: Asignados o moldeados por la familia.

Las funciones principales de los roles son:

- Provisión de recurso. - Están asociadas con el dinero, alimento, vestido, etc.
- Crianza y manutención. - Otorgar cariño, soporte y estabilidad a los miembros de la familia.
- Gratificación sexual adulta. - Relacionado con la satisfacción del ser humano.
- Desarrollo personal. - Apoyo físico, emocional, social a cada miembro de la familia.
- Mantenimiento y manejo del sistema familiar. - Relacionado con los límites, normas, control de la conducta.

4. Respuesta afectiva

Es la habilidad para responder a un determinado estímulo con el sentimiento apropiado en calidad y cantidad.

Bienestar; ternura, apoyo, amor, consuelo, felicidad.

Malestar o Emergencia: Enojo, furia, tristeza, desesperanza y depresión.

5. Involucramiento afectivo

Es la tendencia que muestra la familia hacia determinada actividad o interés de cada miembro.

Como se relacionan los miembros entre sí; puede ser:

- Ausencia de involucramiento: ningún interés.
- Involucramiento desprovisto de afecto: interés aspecto intelectual no emocional.
- Involucramiento narcisista: Interés en el otro sólo si esto favorece a sí mismo.

- Empatía: Interés en las actividades del otro, aun sean diferentes al interés propio.
- Sobre involucramiento: Involucra sobreprotección e intrusión.
- Simbiosis: Interés patológico en el otro, resulta difícil establecer límites.

6. Control de la conducta

Es la forma que adopta la familia para imponer sus propias reglas, normas y límites

- Rígidos: patrones estrechos y específicos y mínima negociación.
- Flexible: patrones razonables y oportunidad de negociar.
- *Laisser – faire*: no hay reglas, se permite todo. Dejar hacer.
- Caótico: desconocen la aplicación de patrones. Es impredecible, inconsistente.

7. Funcionamiento de la familia

La manera como percibe la familia su nivel de funcionalidad.

- Cómo satisfacen sus necesidades y a qué nivel.
- Cómo se organizan y resultados que obtienen.
- Si permiten el desarrollo de sus integrantes y del sistema.

1.4.3 La familia en el proceso de enfermedad

Como se ha visto, la familia es una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos necesarios, en cualquier momento de su vida, por lo cual la familia es considerada como la principal red de apoyo o red social de un individuo, esta red de apoyo, favorece muchas de las actividades cotidianas y que se relacionan con la calidad de vida; aunque cuantitativamente la familia es un complejo pequeño, dota de una gran cantidad de recursos de interacciones y triangulaciones a sus miembros. Desde la teoría general de los sistemas, la familia es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellas. Así entonces, la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno, afecta al otro, y al grupo y viceversa (Pérez, Mercado y Espinoza, 2009: 66)

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de valorar, la manera en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro, así como, la habilidad de enfrentar las crisis, problemas o situaciones que en la vida cotidiana se presentan. Las crisis no sólo se derivan de los eventos negativos,

traumáticos o desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones dentro del núcleo familiar (Pérez, Mercado y Espinoza, 2009: 67). La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición; la enfermedad podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

La familia al enfrentarse con alguna enfermedad pasará por un proceso similar al que se establece en el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, presentando los cinco estadios 1. Negación y aislamiento; 2. Indignación o ira; 3. Renegociación; 4. Depresión 5. Aceptación (Jiménez, 2003:36), solo que en esta ocasión el duelo será por enfermedad y también lo llegarán a manifestar los miembros de la familia involucrada o cercana al enfermo. Pérez, Mercado y Espinoza (2009) señalan seis vivencias por las que pasará principalmente el enfermo, pero que de alguna manera afectan e involucran la relación dentro del sistema familiar:

1. Invalidez, muchas veces se incapacita o bloquea al individuo.
2. Molestias (físicas y/o psíquicas).
3. Aislamiento; la enfermedad como tiene resonancia en su contexto próximo y por lo tanto se vuelve un padecimiento relacional.
4. Anomalía; porque el individuo se ve diferente al resto de la sociedad.
5. Temor al dolor.
6. Ruptura del proyecto existencial, muchas veces se cree ya no se podrá realizar planes a futuro. (Pérez, Mercado y Espinoza, 2009: 68 - 69)

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como, la funcionalidad del sistema familiar (Fernández, 2004: 251). Además, en diversas ocasiones el enfermo ya sea por las nuevas necesidades de cuidados, por su aspecto físico, su autoestima o por la incapacidad de interactuar socialmente, va ser etiquetado como “diferente”; afectando el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos.

Sin embargo, los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etcétera. Kornbli (1996) menciona que existen dos patrones de respuesta que presentan las familias como efecto de la enfermedad, que en la realidad se sitúan a lo largo de un continuo de respuestas posibles:

- 1. La tendencia centrípeta que se expresa a través de una extrema cohesión interna de los miembros de la familia. Todas y cada una de las actividades que éstos realizan están dadas en función del enfermo, es como si todos giraran alrededor de él, convirtiéndolo en el centro de las interacciones y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia.*
- 2. La tendencia centrífuga se puede observar en las familias cuyas conductas en general no están relacionadas con la situación de enfermedad. En estos casos el cuidado del paciente enfermo es delegado a una sola persona, que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa o hermana mayor, la cual absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad. (Fernández, 2004: 253)*

Para poder apoyar a un integrante enfermo dentro de la familia, es necesario, se busque un balance en cuanto a su trato y tratamiento, recordar ante todo que el vínculo entre enfermo y su familiar le sirve como un soporte y plataforma para desarrollar su vida en el mundo donde se desenvuelve y da sentido a cada una de sus relaciones. Al estar satisfecha la familia con los cuidados del paciente y con la información necesaria, estos serán de calidad, por lo que el enfermo se sentirá protegido, al establecer una independencia en sus actividades y con ello en muchas ocasiones, su mejoramiento incrementará gradualmente.

1.4.4 La familia como influencia en la formulación de la exclusión y estigma dentro de la enfermedad mental

Como se ha visto anteriormente, categorizar al enfermo mental y que aún se asocie hoy en día, la enfermedad mental con violencia y agresividad está muy arraigado en la sociedad, en muchas ocasiones se cree que los que padecen alguna enfermedad mental son insociables, intratables e incontrolables e incluso se piensa que pueden llegar a hacer daño a su entorno familiar y social.

Las enfermedades mentales producen alteraciones importantes en las percepciones, sentimientos, pensamientos y actuaciones de las personas que las padecen, las cuales producen un fuerte impacto en el proyecto vital de esa persona; en cuanto a la familia los sentimientos son generados a partir del eco social y la forma como este repercute en su familiar, provocando muchas veces un gran impacto negativo; esto es especialmente evidente cuando se trata de una enfermedad mental en un niño o un adolescente ya que aumenta el requerimiento de cuidados que un hijo solicita y se produce una pérdida de las expectativas del futuro de ese hijo, al menos, temporalmente.

Para un padre y una madre escuchar de un pediatra, o cualquier otro médico que su hijo /a necesita acudir a un psiquiatra o psicólogo podría resultarle atemorizante e incluso se puede llegar a molestar ya que, en la sociedad, como ya se ha comentado, existe un estigma negativo acerca de quienes padecen un trastorno psiquiátrico. El diagnóstico de enfermedad mental coloca a la familia en una situación desconcertante en la cual experimentan sentimientos como miedo, preocupación, desesperanza, incertidumbre e incluso rechazo a que esa noticia sea cierta. Si la familia logra aceptar el diagnóstico, en muchas ocasiones se produce un sentimiento de culpa, miedo y vergüenza que cederá únicamente (y no en todos los casos), con el paso de los años. En otros casos, se produce una unión familiar, aumentando los cuidados al niño o adolescente enfermo y protegiéndole frente al estigma social que el trastorno supone. Esta unión familiar puede generar una serie de ventajas: mejor adherencia al tratamiento por parte del enfermo, disminución de los sentimientos negativos que produce la enfermedad; pero, también, puede tener algunos inconvenientes porque puede dar lugar a un aislamiento de los miembros de esa familia repercutiendo en la vida social y laboral. A veces, la dedicación exclusiva al cuidado de ese hijo por parte del padre, de la madre o ambos hace que se conviertan en el “paciente oculto”⁸, el cual necesita ser cuidado.

La familia, por su parte, necesita el apoyo de otras personas e instituciones, de tal manera que la familia se mantenga unida y pueda constituir un espacio terapéutico para el enfermo mental. Dado que el bienestar familiar está directamente relacionado con la evolución del paciente, toda la mejora en la calidad de vida de los familiares conllevará una mejora en la situación de los pacientes.

⁸ Paciente oculto: termino que se le da al cuidado primario cuando la sobrecarga de la enfermedad genera en el alguna enfermedad física o psicológica

Admisión continúa. - Es la atención psiquiátrica de primera vez se brinda a todo usuario menor de edad que acuda referido por instituciones de salud públicas o privadas de primer, segundo y tercer nivel de atención, a quien se le realiza una clasificación de emergencia, para determinar si el menor requiere de seguimiento en la institución o si amerita atención en otra instancia de salud.

Hospitalización. - Es el área para pacientes menores de edad con trastornos mentales y del comportamiento, agudos o crónicos agudizados, que cumplan los criterios de ingreso, que requieran manejo por personal especializado y observación estrecha por el riesgo que tienen de lastimarse a sí mismos y/o a los demás. Las unidades de hospitalización cuentan con personal médico, de psicología, enfermería y trabajo social, capacitado en psiquiatría infantil y de la adolescencia para realizar un tratamiento multidisciplinario; a su vez están divididos en:

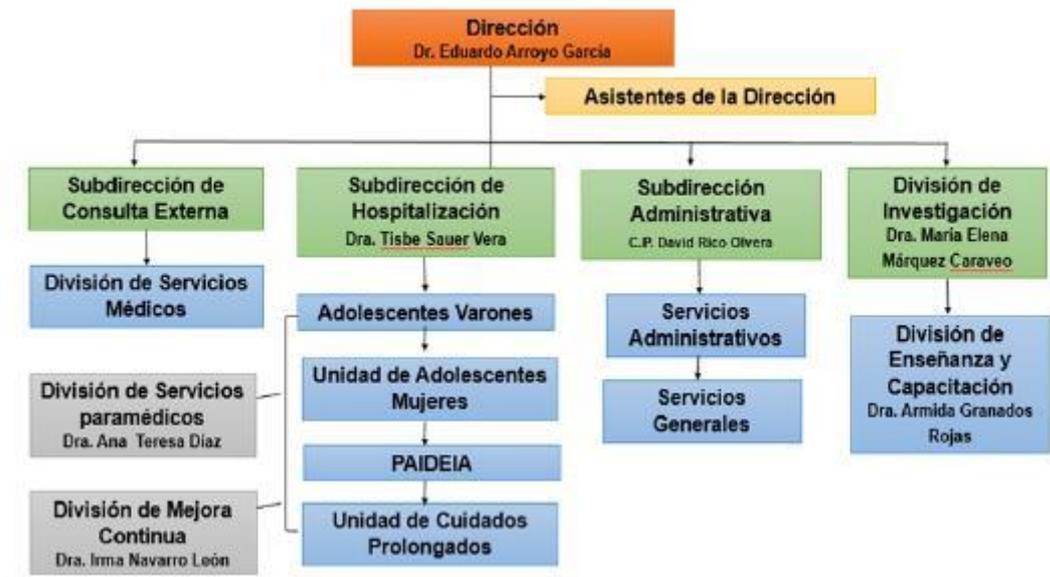
- Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM): En la unidad de adolescentes mujeres se hospitaliza a usuarias con enfermedad psiquiátrica severa, aguda, con riesgo de daño a sí mismas o a otras personas. Se realiza un diagnóstico y tratamiento multidisciplinario (influyendo manejo familiar y social) mediante la intervención diaria, con cuidado permanente.
- Unidad de Adolescentes Varones (UAV): Brinda atención a hombres menores de edad con trastornos mentales y del comportamiento como de conducta, emocionales y psicóticos agudos, sin abuso ni dependencia a sustancias adictivas. El diagnóstico y tratamiento psiquiátrico es integral y multidisciplinario, con el fin de lograr la remisión o control de estas patologías.
- Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes con Problemas de Farmacodependencia (PAIDEIA): Brinda atención a hombres menores de edad con patología dual, es decir, que tienen un trastorno mental y uno del comportamiento (conductual, emocional y/o psicótico agudo), además de que presentan abuso o dependencia a sustancias adictivas.

Hospital Parcial. - Organiza y da seguimiento a usuarios que requieren más de cuatro dispositivos terapéuticos a la semana y a asuntos de reinserción a la comunidad.

Consulta Externa. - son las consultas subsecuentes que se les da a los menores de edad aceptados en admisión continua o que tuvieron algún internamiento dentro de la institución, está organizada en cinco clínicas

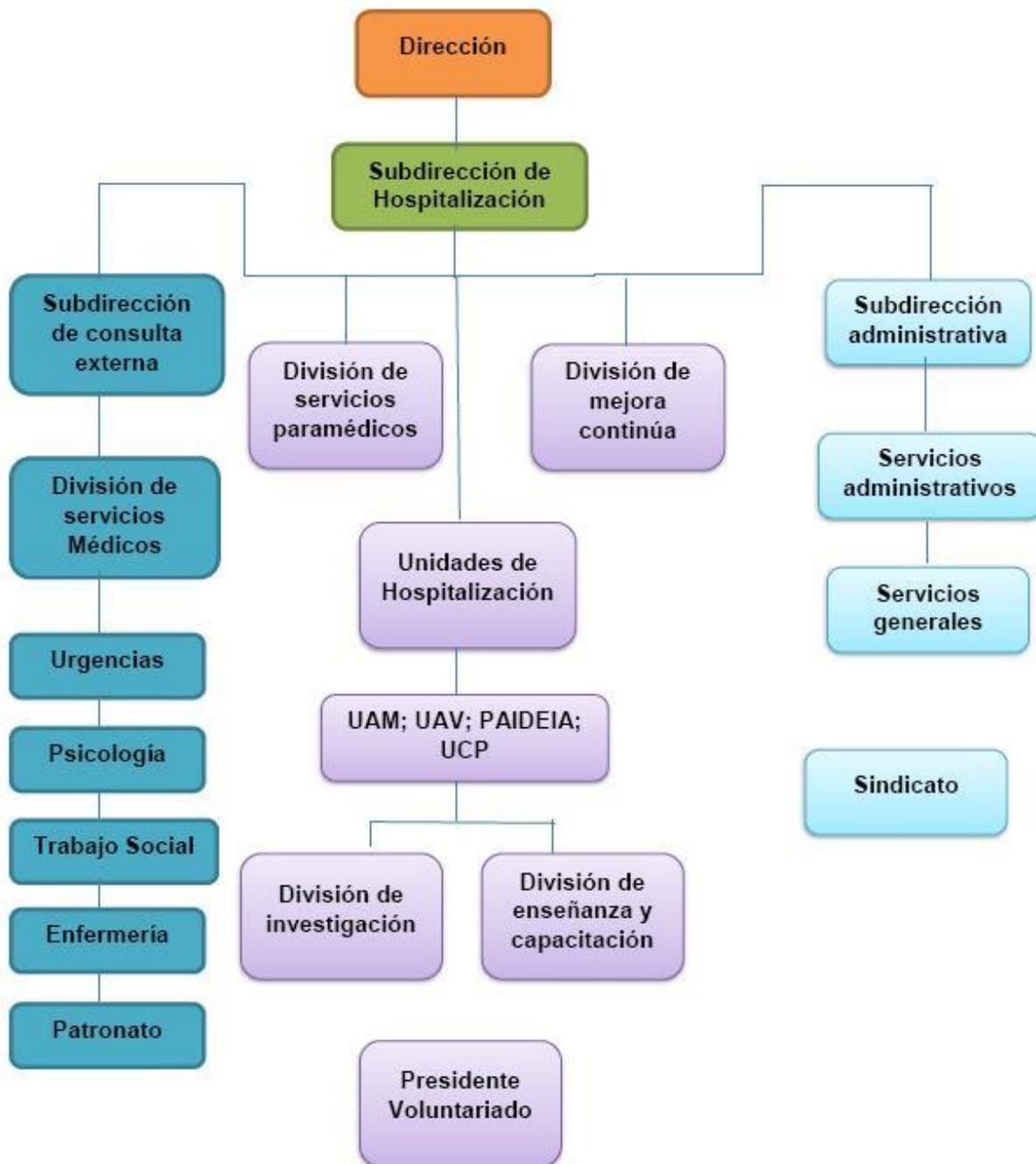
- **Conducta:** Se enfoca a los síntomas referidos como patrones de conductas persistentes, repetitivas e inadecuadas para la edad del menor, que se caracteriza por el incumplimiento de normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad, generando como consecuencia un deterioro en las relaciones familiares y/o sociales.
- **Emociones:** Esta dirigida a enfermedades del estado del animo que producen una serie de modificaciones en las vivencias emocionales de quien la padece, afectando su desarrollo físico, psicológico y social.
- **Adolescencia:** se dirige al tratamiento integral de pacientes mayores de 12 años
- **Desarrollo:** se enfoca a todos aquellos trastornos biológicos del desarrollo que cuasan problemas a nivel cognitivo, del lenguaje, en la conducta y en la interacción social.
- **Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS):** Apoya a niñas, niños y adolescentes que fueron y/o son víctimas de abuso sexual o que presentan conductas sexuales inapropiadas a esta edad; aunque el abuso sexual no es considerado como un trastorno psiquiátrico, se crea esta clínica a partir de los casos recurrente que son encontrados en los otros servicios, en donde muchas veces los trastornos son consecuencia del abuso generado en los niños.

Organigrama oficial del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro



Cuadro rescatado de: Análisis de la práctica institucional de la ENTS- UNAM 2018:14

Organigrama oficial del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (vertical)



Cuadro rescatado de: Análisis de la práctica institucional de la ENTS- UNAM 2018:13

2.1.1 Trabajo social en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN)

Trabajo Social es definido como: “Una profesión basada en la práctica y la disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a las diversidades son fundamentales para el Trabajo Social. Sustentado por las teorías del trabajo social, ciencias sociales, humanidades y

los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y mejorar el bienestar” (Federación Internacional de Trabajadores Sociales *FITS*, 2014); su objeto de estudio y de intervención lo constituye la necesidades y demandas sociales detectados en los y por los sujetos sociales; *esta intervención* cuenta la historicidad de los cambios, los padecimientos del presente y una representación con respecto al futuro.

El trabajo social es a la vez interdisciplinario y transdisciplinario, y se basa en una amplia variedad de teorías científicas e investigaciones, así como las teorías de otras ciencias humanas, incluyendo sin límite el desarrollo comunitario, la pedagogía social, la administración, la antropología, la ecología, la economía, la educación, la gestión, la enfermería, la psiquiatría, la psicología, la salud pública y la sociología.

Es gracias a su contacto con disciplinas colaterales que a principios del siglo XX surgió en el campo de la psiquiatría un marcado interés por basar el diagnóstico y la clasificación de las enfermedades mentales en el estudio de la personalidad del individuo en consideración con su medio ambiente, por lo que se necesitaba personal especializado capaz de ejecutar consiente y responsablemente estas labores; a partir de ahí los trabajadores sociales colaboraron estrechamente con la psiquiatría aportándoles datos de gran importancia en la etiología, prevención y tratamiento de determinados trastornos mentales.

Debido a que el Hospital Psiquiátrico Infantil fue inaugurado en 1966 se distingue que la metodología de intervención de Trabajo Social responde a la metodología tradicional, por lo que se realiza estudio de caso, con entrevistas, elaboración de diagnósticos y de planes de acción, de igual manera se trabaja con grupos que tienen como fin proporcionar herramientas que permitan a los familiares mejorar la dinámica familiar, para lograr un mejor ambiente para el paciente.

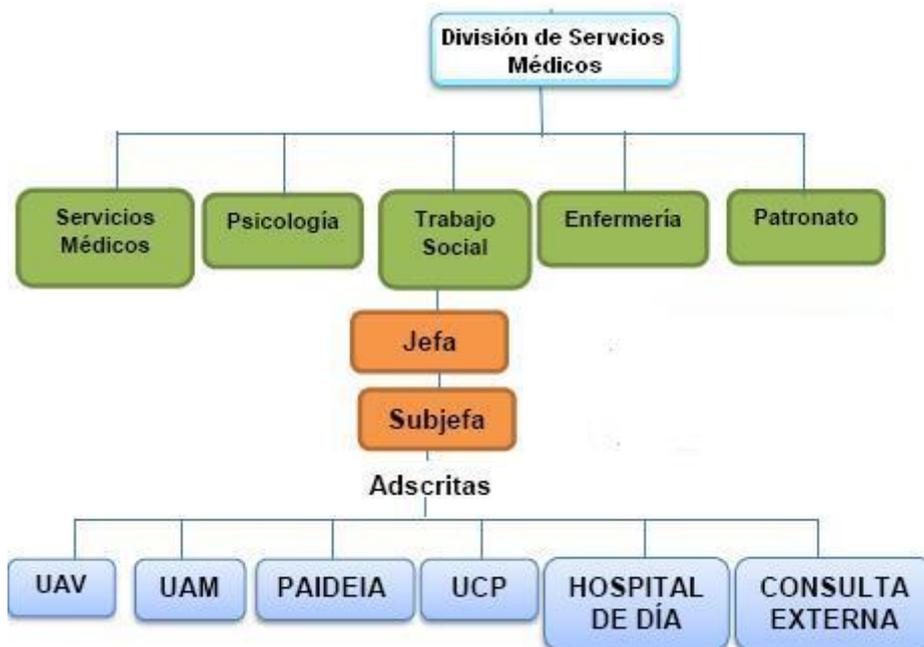
No obstante, debido a que el personal cuenta con preparación actualizada en Trabajo Social se realiza actualmente para la intervención el método básico el cual consta de los siguientes pasos:

- Investigación: La cual es teórica y de campo por medio de entrevistas, visitas domiciliarias y visitas escolares.
- Diagnóstico: Se elabora a partir de la información obtenida identificando problemas manifiestos y latentes.

- Planeación: A partir del diagnóstico se organiza con los familiares los servicios a los que debe acudir (orientación personalizada, asistencia a grupos o incluso acudir a otra institución).
- Ejecución: Todas las actividades planeadas tienen fecha y horarios para llevarse a cabo.
- Evaluación: Se elaboran instrumentos para que los beneficiarios expongan sus aprendizajes, quejas, sugerencias y felicitaciones.

Actualmente trabajo social en HPIJNN está insertado dentro de todas estas áreas mencionadas en el apartado anterior, contando con una trabajadora social adscrita a cada uno de ellos como se puede observar en el siguiente organigrama:

Organigrama de la oficina de trabajo social del Hospital Juan N. Navarro



Cuadro rescatado de: Análisis de la práctica institucional de la ENTS- UNAM 2018:15

Dentro de estas áreas, Trabajo Social desempeña como principales funciones:

- Realización de estudio socioeconómico de actualización a pacientes de consulta externa y de admisión continuá
- Organización, coordinación y supervisión de grupos psicoeducativo para familiares de pacientes del HPIJNN
- Organización, coordinación y supervisión a grupo de orientación para familiares de pacientes HPIJNN

- Realización de estudio psicosocial
- Visitas domiciliarias de pacientes
- Brindar asesoría a padre y/o familiares de pacientes
- Seguimiento de casos de pacientes
- Realización de llamadas telefónicas para contactar a familiares
- Revisión y análisis de expedientes de pacientes
- Recuperación de pacientes
- Notas de seguimiento, que se anexarán en expedientes
- Coordinación inter, extra e intra – institucional para facilitar apoyo de acuerdo a las necesidades de los pacientes y sus familiares
- Prevención de la enfermedad mental mediante la detección precoz de casos potenciales, explicación de los servicios clínicos a los usuarios y, en su caso, el acompañamiento de los pacientes.

Como podemos observar trabajo social en HPIJNN se ocupa de la familia de los pacientes al tratarse de menores de edad; sin embargo, Trabajo Social ha tenido desde sus inicios un fuerte compromiso con la familia, al ser de las pocas profesiones en las que la interacción y el estudio con esta unidad es básico para analizar el contexto del sujeto de estudio y conocer a fondo la necesidad o problemática que se presentan. Las necesidades y demandas de las familias al igual que las problemáticas y las necesidades sociales varían en cuanto al contexto e historicidad en la que se está trabajando, por lo que además de las diversas disciplinas con las que trabaja el gremio, cuenta con diversidad de métodos, los cuales se pueden adaptar a la trabajo que hace desde la psiquiatría, desarrollado conocimientos y destrezas para trabajar con dirigentes y organizaciones que apoyen a la solución de las problemáticas colectivas, que afectan a un núcleo familiar y viceversa este núcleo familia es parte de esa colectividad; en este caso, si bien las familias forman la base de la organización vecinal, no se busca enfrentar su problemática una a una; sino abordar sus problemas colectivos, aquellos que comparten con otras familias de la comunidad, apoyando la organización y la presentación de sus demandas.

2.2 Investigación de casos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

La presente investigación busco analizar los significados que traen consigo el constructo social a partir de los factores socioculturales y las consecuencias que pueden traer con ello (estigmatización y exclusión) en los niños y adolescentes que tienen algún trastorno psiquiátrico. El objetivo de esta investigación es: comprender como lo factores socioculturales que existen en el núcleo familiar de un paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia y la adolescencia, pueden derivar en una estigmatización y exclusión del mismo; para proponer estrategias propias del Trabajador Social para la disminución y prevención del estigma y exclusión de los trastornos psiquiátricos; estableciendo como interrogante a investigar *¿Cómo los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar de un paciente psiquiátrico infantil y adolescente pueden derivar en una estigmatización y exclusión?*

Para dar respuesta a esta cuestión se planteó una investigación de tipo cualitativa, ya que nos permite detallar los factores socioculturales que influyen en el núcleo familiar de los pacientes y que probablemente lleven a una estigmatización y exclusión de este. La metodología cualitativa, destaca la importancia de inmiscuirse con el otro al que se quiere interpretar, entre más se conozca sobre las formas del por qué él otro da significado a las cosas, más enriquecedor será el análisis. La tarea de la metodología cualitativa, es ver las cosas desde el punto de vista de las personas, interactuando con los demás y así poder interpretar esos significados. Al tratarse de un estudio descriptivo se pondrá mayor interés en la descripción de los datos, para narrar de forma fiel la vida, lo que ocurre, lo que la gente dice, cómo lo dice y de qué manera actúa (Universidad de Jaén, 2018).

Por ello, la investigación se poya de dos teorías la fenomenología y el interaccionismo simbólico; la primera describe la conducta humana, lo que la gente dice y hace, como producto del modo en que definen su mundo. En la fenomenología, los hechos, datos y sucesos que aborden los especialistas de las ciencias sociales deben concentrarse en una estructura totalmente distinta, pues su campo de observación es “el mundo social”, el cual no está esencialmente estructurado; tiene un sentido particular y una estructura de variedades para los seres humanos que viven piensa y actúan dentro de él, orientando la conducta del sujeto en el mundo y que permite la elaboración de un proyecto existencial. La actitud fenomenológica se traduce en un proceso concreto que toma como referencia a la propia gente, lo que cuenta y el significado que la gente le atribuye a sus palabras. Los trastornos psiquiátricos conllevan un sinnúmero de miradas y significados dotados por la sociedad a través de la cultura y el contexto en

el que interactúa cada persona, por lo que cada sujeto (enfermo o no) brindara significado diferente a las enfermedades mentales, siendo el enfoque fenomenológico el que nos permita indagar y describir los significados y la influencia de esta sociocultura en la familia. (Dantas y Moreira 2009)

El Interaccionismo simbólico, por su parte, es una teoría sociológica que se basa en la comprensión de la sociedad, poniendo énfasis en la interacción de los individuos y la interpretación de los significados o símbolos adquiridos principalmente a través de la comunicación; concibe a los individuos como actores existencialmente libres que aceptan, rechazan, modifican o, en cualquier caso, "definen" las normas, los roles, las creencias, etc. de la comunidad de acuerdo con sus intereses personales y planes del momento.

Para Herbert Mead; uno de los principales teóricos del Interaccionismo Simbólico, los individuos en la sociedad humana no son considerados como unidades motivadas por fuerzas externas o internas que escapan a su control y actúan de forma independiente; sino, como unidades reflexivas o interactivas que se componen a través de la interacción con el otro y que dotan al sujeto de una identidad social; esta idea lleva al interaccionismo simbólico a centrarse en una forma específica de socialización, en donde el actor recibe la información dándole forma y adaptándola, a sus propias necesidades.

Por lo que el Interaccionismo simbólico se basa en tres premisas:

1. El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan para él.
2. El significado de estas cosas se deriva o surge como consecuencia de la interacción social que cada uno mantiene con el prójimo.
3. Los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al encontrarse con las cosas que va hallando a su paso.

Para Mead, la unidad de estudio era "el acto", que comprende tanto aspectos encubiertos como aspectos descubiertos de la acción humana, como la atención, la percepción, la imaginación, el razonamiento, la emoción, etc., "el acto", pues, engloba todos los procesos implicados en la actividad humana; estos procesos implicados originan en el individuo reflexiones individuales en la mente en consideración a los otros, partiendo del YO que es la respuesta impulsiva del individuo, son todos aquellos procesos psicológicos, fisiológicos y naturales que hacen actuar al individuo, el MI que es la respuesta que se tiene con base a las normas, reglas que marcan

las conductas, identidad, etc; y el OTRO que son las conductas que se generan a través de este proceso reflexivo que se hace de un grupo o una sociedad, con esto se asume un rol en un espacio, generando con estos tres aspectos: el self.

El self surge con el desarrollo y a través de la actividad social y las relaciones sociales; dialécticamente relacionado con la mente; en nuestro intento de comprender este concepto es conveniente analizar la idea del self desarrollada por Charles Horton Cooley, quien lo delimita como: “cualquier idea en una mente particular en la que se apr es el tipo de auto-sentimiento que tiene de su self, determinado por la actitud hacia ese atributo en otra mente” (Cooley. 1902/1964: 169); es decir, la manera en que se percibe con la imaginación una idea de cómo es la apariencia, maneras, objetivos, actos, carácter. etc. en otra mente y cómo influyen esos elementos.

La estructura del self viene determinada por la relación entre las diversas identidades sociales de un individuo y sus disposiciones. Rosenberg distingue tres tipos de self: El self existente, es la imagen de cómo el individuo se ve; el self deseado, es una imagen de cómo a las personas les gustaría ser; y el self presente es el modo en que el sujeto se presenta en una situación determinada.

Erving Goffman, uno de los interaccionistas simbólicos más destacados; fue parte de la Escuela de Chicago; retomó las ideas del self de Mead; centrando al self como esa interacción en donde el ser humano puede ser objeto de su propia acción, que actúa hacia sí mismo y que guía sus acciones hacia otros sobre la base del tipo de objetos que es para sí mismo, lo que denominó *discrepancia fundamental entre nuestro self humano y el self socializado*; la tensión se debe a la diferencia entre lo que las personas esperan que hagamos y lo que queremos hacer espontáneamente (Ritzer, 1993: 277). Así las personas enfrentan una demanda de hacer lo que los demás esperan de ellos; con el fin de mantener una imagen estable del self (las personas actúan para su audiencia “la sociedad”). Con esta base Goffman realiza una serie de teorías que explican la interacción entre las personas a partir de la dramaturgia (la self fungirá con base a la demanda entre el actor y la audiencia); dando pie a una de sus exposiciones más importantes sobre el estigma social.

La investigación es transversal dado que no contempla un tiempo para el análisis de las variables, la exclusión y la estigmatización es observable en la realidad de forma indeterminada, por lo tanto, no corresponden a fenómenos que se den en tiempos específicos.

La técnica utilizada para la recopilación de información fue la *entrevista a profundidad*, definida como “una situación cara a cara donde se da una conversación íntima de intercambio recíproco, en la cual el informante se convierte en una extensión de nuestros sentidos y asume la identidad de un miembro de su grupo social” (López y Deslauriers, 2011:2). Las entrevistas a profundidad dentro del proceso metodológico siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuesta; dirigido hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

El universo de trabajo se conformó por familiares de niños y adolescentes que son pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN), entre los 2 años aproximadamente hasta los 17 años 10 meses. La muestra es de tipo no probabilística, conformada por un total de 20 familias de pacientes de HPIJNN; la cual se obtuvo a partir de la revisión de expedientes, proporcionados por el área de archivo del Hospital, elegidos al azar por el mismo personal, obteniendo en un principio una base de datos de 200 pacientes, considerando 40 pacientes de cada clínica de consulta externa en donde se aplicó los siguientes criterios de inclusión:

- Familiar de algún paciente de HPIJNN
- Familias que actualmente vivan en alguna de las alcaldías cercanas al HPIJNN (Tlalpan, Benito Juárez, Iztapalapa, Milpa Alta, Xochimilco)

A partir de la obtención de la base de datos, se realizaron llamadas telefónicas para invitarles a formar parte de la investigación, descartando la participación de algunas familias ya sea por: imposibilidad en la comunicación (números telefónicos equivocados, líneas telefónicas en reparación o inexistentes), cuestiones de tiempo, desinterés, o economía.

A nuestras 20 familias, se les realizaron de 4 a 7 entrevistas con una duración aproximada de 45 a 60 minutos; sin embargo, estas variaron según la necesidad de cada familia y los espacios proporcionados por la Jefatura de Trabajo Social del HPIJNN. Como principal instrumento se utilizó una guía de entrevista (se podrá consultar en anexos) donde las preguntas tuvieron variantes según la circunstancia de cada entrevista, sin afectar el propósito de la entrevista.

Al finalizar las entrevistas a profundidad se organizó y analizó la información recabada, se transcribieron textualmente se obtuvieron categorías de análisis (dinámica familiar, religión,

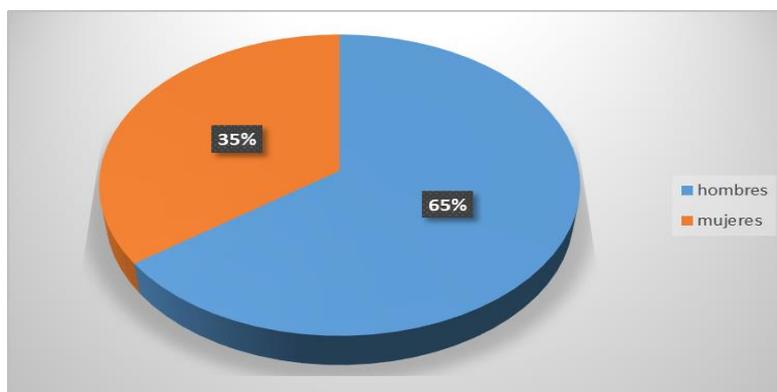
medios masivos de comunicación, internet, instituciones educativas y mitos y realidades sobre trastornos mentales), que permitieron la interpretación de resultados los cuales conforman el capítulo III de esta investigación, para ello se desfragmento el contenido narrativo de manera textual de cada entrevista con el propósito de resaltar aquellos aspectos relevantes para la investigación.

2.3 Presentación de casos de los pacientes psiquiátricos (características) y perfil socio-demográfico de sus familias

Antecede en las familias que se entrevistaron un tratamiento y seguimiento dentro del hospital psiquiátrico infantil de 1 a 10 años, para las personas que llevan menos tiempo (1 a 5 años) es importante analizar cómo han tomado el tratamiento, si ha sufrido cambios el núcleo familiar a partir de la enfermedad y como se refieren al tratamiento y diagnostico del niño con base a los conocimientos socioculturales previos que tenían como familia. Para los que llevan un poco más de tiempo (de 5 a 10 o más años), además de analizar estos factores, la importancia esta, en el desgaste que ha tenido la familia y el paciente a lo largo del tratamiento, la adquisición de nuevas formas de ver los tratamientos psiquiátricos y lo que se espera en un futuro para la familia y el paciente.

De los 20 pacientes que se tomaron en cuenta para la investigación 13 eran hombres y 7 mujeres como se puede apreciar en la siguiente gráfica, sin embargo, las entrevistas se realizaron con mujeres en su totalidad madres de los pacientes, dos de ellas acompañadas en una o dos entrevistas por el papá biológico y el padrastro de los menores.

Grafica no. 2 Distribución por sexo de la población entrevistada



Entrevista a profundidad realizada enero - mayo 2018

Estos pacientes pertenecen a consulta externa, ya que nos permitía tener a la población cautiva y una variación entre los diagnósticos; en la siguiente tabla se muestra la clínica de la cual reciben atención cada uno de ellos.

Tabla no.1 Clínica a la que pertenece población entrevistada

Clínica a la que pertenece	
PAINAVAS	3
Emociones	3
Conducta	6
Desarrollo	3
Adolescencia	5

Entrevista a profundidad realizada enero - mayo 2018

Como se mencionó en el capítulo anterior el diagnóstico muchas veces viene acompañado de una o más enfermedades o trastornos mentales; por lo que es difícil enlistar los trastornos específicos que trabaja cada clínica; sin embargo, podemos decir que los trastornos que se presentan más en los pacientes/ muestra son:

Tabla no. 2 Trastornos mentales recurrentes

Trastorno	No. de pacientes/muestra que lo presentan
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDHA	13
Ansiedad en sus diferentes modalidades	8
Depresión en sus diferentes modalidades	7
Estrés postraumático	3
Trastorno oposicionista desafiante	3
Epilepsia	2
Retraso fisiológico o mental	2

Entrevista a profundidad realizada enero - mayo 2018

Nuestros pacientes/ muestra en su mayoría (50%), pertenecen a una familia extensa integradas por padres e hijos y algún miembro consanguíneo más de la familia, esto es, tíos, abuelos, primos; el 40% corresponde a una familia nuclear, compuesta por ambos padres y hijo(s); uno de ellos derivado de la adopción; se trabajó con una familia (5%) monoparental, la cual está conformada solo por el progenitor (madre o padre) e hijo(s), y otra más(5%) estructurada, en donde ya se la madre o padre viven actualmente con un cónyuge (el cual no es padre biológico del paciente) pudiendo o no tener más descendencia.

Los pacientes y su familia viven en la Ciudad de México (CDMX), de ellos el 30% vive en la alcaldía de Tlalpan, 20% en Coyoacán y otro porcentaje igual en Iztapalapa; de Xochimilco, Cuauhtémoc y Gustavo A. Madero pertenecen un 10% respectivamente; por lo que, en su totalidad pertenecen a una zona urbana, contando con una casa o departamento popular, once de ellos (55%) la casa es propia y los 9 restante (45%) en una prestada o rentada.

Los principales proveedores económicos dentro de las familias son los padres, ya sea la madre, el padre o ambos (90%), el 10% el principal proveedor era el abuelo o tíos; contando con un nivel socioeconómico de subsistencia y popular pobre que oscilan entre 0 a 4 salarios mínimos, y los cuales en su mayoría son insuficientes para cubrir necesidades básicas de la familia, el hogar y tratamiento. A cada paciente que ingresa al HPIJNN se le realiza un estudio socioeconómico con el que se busca establecer un nivel socioeconómico para conocer las posibilidades que cada familia tiene para subsidiar el tratamiento y este no sea un factor para la deserción del mismo.

Como resumen y para mayor entendimiento se realizó el siguiente cuadro en el que se presenta el número de caso asignado a cada familia entrevistada, y las características del paciente, edad, sexo, diagnóstico (s) y tipo de familia a la que pertenece, cuadro que nos ayudará en el capítulo III a ubicar de mejor manera a cada uno de nuestras familias y pacientes, para el fin con el que se quiera utilizar esta investigación.

Tabla no. 3 Datos de pacientes/muestra

No. caso	Sexo	Edad	Diagnóstico	Clínica a la que pertenece	Tipo de familia
Caso 1	F	16	T. estrés postraumático, T. depresivo recurrente actual, T. depresivo moderado, TDAH	PAINAVAS	Monoparental
Caso 2	M	7	Episodio depresivo moderado, T. estrés postraumático, TDAH	PAINAVAS	Extensa
Caso 3	F	13	Episodio depresivo moderado, T. ansiedad generalizado, T. estrés postraumático	PAINAVAS	Extensa
Caso 4	M	7	TDAH, T. ansiedad inespecífica, T. mixto de aprendizaje escolar	Emociones	Extensa
Caso 5	M	11	Epilepsia focal, Episodio depresivo por separación	Emociones	Nuclear
Caso 6	M	9	T. ansiedad generalizado en remisión, T. ansiedad por separación Episodio depresivo moderado, TDAH	Emociones	Extensa
Caso 7	M	9	TDAH, T. opositorista y desafiante	Conducta	Extensa
Caso 8	M	7	TDAH, T. ansiedad de separación	Conducta	Nuclear
Caso 9	F	12	TDAH mixto, T. ansiedad generalizada, Enuresis	Conducta	Extensa
Caso 10	M	6	T. por tics motores, T. hiperactivo	Conducta	Nuclear
Caso 11	M	7	TDAH	Conducta	Nuclear - adoptiva
Caso 12	M	7	Discapacidad intelectual moderado	Desarrollo	Extensa
Caso 13	F	5	Epilepsia, Retraso en el desarrollo fisiológico, TDAH, T. específico de la expresión del lenguaje	Desarrollo	Nuclear
Caso 14	M	11	TDAH, Síndrome de asperger	Desarrollo	Reconstruida
Caso 15	F	15	T. ansiedad generalizada, T. pánico, Episodio depresivo moderado, T. opositorista desafiante	Adolescencia	Extensa
Caso 16	F	15	T. opositorista desafiante con rasgos de personalidad	Adolescencia	Extensa
Caso 17	M	14	T. depresivo recurrente	Adolescencia	Nuclear
Caso 18	M	9	TDAH	Conducta	Nuclear
Caso 19	F	17	TDAH, T. mixto ansioso depresivo	Adolescencia	Nuclear
Caso 20	M	8	TDAH	Conducta	Extensa

Entrevista a profundidad realizada enero - mayo 2018

2.4 Dinámica familiar de pacientes psiquiátricos infantiles y de la adolescencia (casos con los que se trabajó)

La familia, como ya se mencionó es considerada uno de los sistemas más importantes que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida; cuando su funcionamiento se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con algún padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno).

Con base a este modelo, a continuación, se llevará a cabo una breve presentación de los pacientes y su familia que fueron sujetos de estudio, mostrando la dinámica familiar de cada uno de ellos, cuya información se obtuvo con la lectura de expedientes clínicos, así como con las entrevistas a profundidad

Caso 1 (16 años)

Perteneciente a una familia monoparental la cual se encuentra en la etapa de la adolescencia correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, en donde la madre cumple con la función de provisión de recurso, crianza y manutención, así como de apoyo emocional.

La comunicación es verbal, retroalimentada, en su mayoría clara y directa, en ocasiones llega a ser obscura – directa, porque a decir de la madre no entiende las necesidades de la menor. Logra identificar problemas de índole afectivas adjudicándolo a problemas escolares (desempeño inadecuado, desaliento en continuar con estudios, amistades inoportunas), lo que ha perjudicado en la adherencia al tratamiento que llevan a cabo en el hospital; encontrando alternativas como diálogos con psicólogas la institución. Se cuenta con un control de la conducta flexible; así como empatía y apoyo incondicional por parte de la madre.

Caso 2 (7 años)

Paciente perteneciente a familia extensa, la cual se encuentra en la etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, donde la madre cumple con la función de provisión de recursos y crianza del menor, mientras los abuelos y hermana mayor trabajan con el desarrollo personal.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, en ocasiones clara - directa y clara – indirecta, obstaculizándose a la hora de llevar a cabo los límites y castigos que imponen la figura materna con el resto de la familia, siendo el control de la conducta caótica. Se identifican problemas afectivos a partir del presunto abuso sexual, con presencia de sentimientos de coraje

por parte del menor y, culpa y miedo por parte de la madre y hermana. Todos los miembros de la familia se muestran empáticos y con apoyo al diagnóstico y tratamiento del niño.

Caso 3 (13 años)

Perteneciente a una familia extensa, la cual se encuentra dentro de la etapa de la adolescencia correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, donde la madre cumple con las funciones de provisión de recursos y crianza, así como mantenimiento y manejo del sistema familiar; abuelos y tíos se enfocan al desarrollo personal.

La comunicación es verbal, retroalimentada, en su mayoría de tipo clara – indirecta, ya que, aunque muchas veces se menciona lo que se debe hacer no se dirigen a las personas adecuadamente, dificultándose a la hora de llevar a cabo los límites y castigos que imponen la figura materna con el resto de la familia, siendo el control de la conducta caótica. Se cuenta con la capacidad de detectar problemas de índole afectivo al detectar la necesidad en la falta de figura paterna, se identifica sobreprotección por parte de la madre y abuelos, algunos tíos tienen un involucramiento narcisista en cuanto al diagnóstico y tratamiento, ya que no ven los intereses de la menor si no el de ellos. A pesar de ello abuelos, madre y una tía materna conocen y apoyan el tratamiento de la menor, por lo que se tiene una adherencia al tratamiento.

Caso 4. (7 años)

Perteneciente a una familia extensa, la cual se encuentra en la etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, donde la madre cumple con la función de crianza, desarrollo personal, mantenimiento y manejo del sistema familiar; abuela materna y dos tías - abuelas maternas apoyan en provisión de recurso, además de que el padre es el proveedor económico.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara y directa, donde la figura materna es la responsable de marcar reglas, normas y límites las cuales son respetadas por los demás miembros de la familia, siendo el control de la conducta flexible. Se logra identificar problemas instrumentales (necesidades económicas) a partir de la atención médica que debe llevar los hermanos del menor, madre y abuela al ser personas enfermas (diagnósticos psiquiátricos en su mayoría), lo que también perjudica afectivamente. A pesar de ellos se cuenta con el apoyo y empatía de todos los miembros de la familia al diagnóstico y tratamiento del menor y se cuenta con una adherencia al mismo.

Caso 5. (11 años)

Perteneciente a una familia nuclear, la cual se encuentra en la etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles tradicionales donde el padre cumple con las funciones de provisión de recursos, mantenimiento y manejo del sistema familiar; mientras la madre efectúa las funciones de desarrollo personal, crianza y manutención, los dos hermanos son de apoyo emocionalmente.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara y directa, donde ambos padres son responsables de marcar reglas, normas y límites las cuales son respetadas, siendo el control de la conducta flexible. Se intenta tener un equilibrio en los problemas que llegan a tener, solucionándolos a partir de la búsqueda de alternativas entre todos los miembros de la familia, por lo que el menor cuenta con el apoyo y empatía de todos los miembros de su familia, lo que lo ha llevado a tener una adherencia y mejoría notable en su tratamiento.

Caso 6. (9 años)

Perteneciente a una familia extensa, en etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, donde la madre cuenta con las funciones de provisión de recurso, mantenimiento y manejo del sistema familiar, desarrollo personal, crianza y manutención. Ambos abuelos maternos apoyan emocionalmente, así como otorgan cariño y soporte al menor y madre.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara y directa, donde la figura materna es la responsable de marcar reglas, normas y límites las cuales son respetadas por los demás miembros de la familia, siendo el control de la conducta flexible. Se logra identificar problemas instrumentales (necesidades económicas) y afectivos a partir de múltiples enfermedades que ha presentado el menor por lo que tiene que ser atendido en otras instituciones como Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Pediatría, además se percibe miedo y rechazo del menor hacia figura paterna, quien violentaba física y emocionalmente a la madre. A pesar de ellos se cuenta con el apoyo y empatía de todos los miembros de la familia.

Caso 7 (9 años)

Perteneciente a una familia extensa, en etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, la madre lleva a cabo las funciones de provisión de recurso, mantenimiento y manejo del sistema familiar, desarrollo

personal, crianza y manutención, mientras hermanas y tíos maternos son de apoyo en el cuidado del menor cuando la madre trabaja.

La comunicación intrafamiliar es verbal, sin retroalimentación, sobre todo por parte de tíos maternos con quien se tiene problemáticas de convivencia, llegando a tener una comunicación obscura / enmascarada en su forma directa e indirecta; en cuanto a la comunicación de madre con el niño la comunicación es clara y directa con control de conducta de tipo *Laisser – faire*. Logran identificar problemas de índole afectivas adjudicándolo a problemas escolares (desempeño y conducta inadecuados). Por parte de tíos maternos y hermanas hay una ausencia de involucramiento en cuanto al diagnóstico y tratamiento del menor, sin embargo, la figura materna tiene un apoyo incondicional con el desarrollo del menor lo que ha ayudado a que tenga una adherencia en su tratamiento psiquiátrico.

Caso 8. (7 años)

Integrante de una familia nuclear, la cual se encuentra en la etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles tradicionales, donde el padre cumple con las funciones de provisión de recurso, mantenimiento y manejo del sistema familiar; mientras la madre efectúa las funciones de desarrollo personal, crianza y manutención, y hermana menor apoyo emocional.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara y directa, donde ambos padres son responsables de marcar reglas, normas y límites las cuales son respetadas, siendo el control de la conducta flexible. Se intenta tener un equilibrio en los problemas que llegan a tener, solucionándolos a partir de la búsqueda de alternativas entre todos los miembros de la familia, por lo que el menor cuenta con el apoyo y empatía, lo que lo ha llevado a tener una adherencia y mejoría notable en su tratamiento.

Caso 9. (12 años)

Integrante de una familia extensa, la cual se encuentra en la etapa de adolescencia correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, abuelo materno cumple con la función de provisión de recurso al ser el proveedor económico, mientras abuela y madre se encargan de mantenimiento y manejo del sistema familiar, desarrollo personal, crianza y manutención; cabe mencionar que la menor ve como figura paterna a su tío materno quien es de apoyo emocional, además de brindar cariño, estabilidad y soporte a la menor.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara y directa, donde la figura materna es la responsable de marcar reglas, normas y límites las cuales son respetadas por los demás miembros de la familia, siendo el control de la conducta flexible. Se intenta tener un equilibrio en los problemas que llegan a tener, solucionándolos a partir de la búsqueda de alternativas entre todos los miembros de la familia, por lo que el menor cuenta con el apoyo y empatía, lo que lo ha llevado a tener una adherencia y mejoría notable en su tratamiento.

Caso 10. (6 años)

Pertenece a familia nuclear, en etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles tradicionales, donde el padre cumple con las funciones de provisión de recurso, mantenimiento y manejo del sistema familiar; mientras la madre efectúa las funciones de desarrollo personal, crianza y manutención.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara y directa, donde ambos padres son responsables de marcar reglas, normas y límites las cuales son respetadas, siendo el control de la conducta flexible. Se percibe sobreprotección por parte de la madre, en la familia se conoce y apoyan el tratamiento de la menor, por lo que se tiene una adherencia apropiada en el tratamiento.

Caso 11 (7 años)

Pertenece a una familia nuclear- adoptiva, que se encuentra en etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, roles tradicionales, donde el padre lleva a cabo funciones de provisión de recurso, mantenimiento y manejo del sistema familiar; mientras la madre efectúa las funciones de desarrollo personal, crianza y manutención.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara y directa, donde ambos padres son responsables de marcar reglas, normas y límites las cuales son respetadas, siendo el control de la conducta flexible. Se intenta tener un equilibrio en los problemas que llegan a tener, solucionándolos a partir de la búsqueda de alternativas entre todos los miembros de la familia, por lo que el menor cuenta con el apoyo y empatía, lo que lo ha llevado a tener una adherencia y mejoría notable en su tratamiento.

Caso 12. (7 años)

Integrante de una familia extensa, que se encuentra en la etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, donde el padre lleva a cabo la función de provisión de recursos, siendo el principal proveedor económico, la madre

efectúa las funciones de mantenimiento y manejo del sistema familiar, desarrollo personal, crianza y manutención, los hermanos y abuela paterna solo apoyan al cuidado del menor cuando es necesario.

La comunicación intrafamiliar es verbal, sin retroalimentación, de tipo obscura / enmascarada en su forma directa o indirecta utilizando términos altisonantes entre ellos, y con un grado de discriminación y exclusión en cuanto al tratamiento del menor; los límites, normas y reglas establecidos por la figura materna no son respetados por los demás miembros de la familia, siendo el control de la conducta caótico. Solo la figura materna logra identificar algunas problemáticas instrumentales (de índole económico) y afectivas con respecto a la falta de figura paterna en menor, ya que el padre trabaja durante la semana fuera de la Cd. de México; sin embargo, no logra identificar otros problemas como la inadecuada dinámica familiar, o problemas en el tratamiento del menor (desconocimiento de diagnóstico y dificultad en la aceptación de tratamiento psiquiátrico). Se identifica involucramiento desprovisto por parte de la madre, el resto de la familia se muestra sin involucramiento al tratamiento del menor.

Caso 13. (5 años)

Integrante de una familia nuclear, en etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles tradicionales, donde el padre lleva a cabo las funciones de provisión de recurso, mantenimiento y manejo del sistema familiar; mientras la madre efectúa las funciones de desarrollo personal, crianza y manutención, hermano mayor es de apoyo emocional.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara- directa e indirecta, donde ambos padres son responsables de marcar reglas, normas y límites; sin embargo, el control de la conducta es *Laisser – faire*. Se logra identificar problemas afectivos adjudicándolo al padecimiento de la menor, donde se percibe incertidumbre en el tratamiento y miedo del trato que se le dé a la niña fuera del núcleo familiar, por lo que se percibe sobreprotección de madre hacia paciente; el resto de la familia se muestra empática y con apoyo en el tratamiento de la menor, por lo se cuenta con una adherencia al mismo.

Caso 14 (11 años)

Integrante de una familia nuclear, en etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles tradicionales, donde el padre lleva a cabo las funciones de provisión de recurso, mantenimiento y manejo del sistema familiar; mientras la madre efectúa las funciones de desarrollo personal, crianza y manutención, hermano menor es de apoyo emocional.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara- directa, ambos padres son responsables de marcar reglas, normas y límites, siendo el control de la conducta flexible. Se logra identificar problemas afectivos en la madre a causa de antecedentes de maltrato familiar durante la niñez y adolescencia. El menor cuenta con el apoyo y empatía de todos los miembros de su familia, lo que lo ha llevado a tener una adherencia y mejoría notable en su tratamiento.

Caso 15 (15 años)

Integrante de una familia extensa, se encuentra en la etapa de la adolescencia correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, donde la madre lleva a cabo las funciones de mantenimiento y manejo del sistema familiar, desarrollo personal, crianza y manutención, tía materna efectúa la función de provisión de recurso como principal proveedora económica, con apoyo del padre.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara, directa e indirecta donde la figura materna es la responsable de marcar reglas, normas y límites las cuales son respetadas por los demás miembros de la familia, a pesar de ello el control de la conducta es de tipo *Laisser – faire*. Se cuenta con la capacidad de identificar problemas de índole afectivo al detectar la necesidad en la falta de figura paterna; cabe señalar que la familia, en específico la madre, tiene una fuerte influencia y creencias de tipo espiritual y religiosa, adjudicando los trastornos psiquiátricos a creencias "mágico-religiosas-satánicas"; sin embargo, cuenta con apoyo y empatía en el tratamiento psiquiátrico de la menor, teniendo una adherencia al tratamiento.

Caso 16 (15 años)

Integrante de una familia extensa, se encuentra en la etapa de la adolescencia correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, donde el padre lleva a cabo la función de provisión de recursos, siendo el principal proveedor económico, la madre efectúa las funciones de mantenimiento y manejo del sistema familiar, desarrollo personal, crianza y manutención.

La comunicación intrafamiliar es verbal, sin retroalimentación, de tipo obscura / enmascarada en su forma directa o indirecta utilizando términos altisonantes entre ellos, y con un grado de discriminación y exclusión en cuanto al tratamiento de la menor; los límites, normas y reglas establecidos por la figura materna no son respetados por los demás miembros de la familia, siendo el control de la conducta caótico. No se cuenta con la capacidad de identificar los problemas. Se identifica involucramiento por parte de la madre en su tratamiento psiquiátrico, el resto de la familia se muestra sin involucramiento al tratamiento de la menor

Caso 17 (14 años)

Integrante de una familia nuclear, en etapa de adolescencia correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles tradicionales, donde padrastro lleva a cabo las funciones de provisión de recurso siendo el proveedor económico; mientras la madre efectúa las funciones de mantenimiento y manejo del sistema familiar, desarrollo personal, crianza y manutención, ambos hermanos menores apoyan emocionalmente.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, encontrando en su mayoría un tipo de comunicación obscura/ enmascarada en su forma directa e indirecta, siendo el control de la conducta rígida; ya que se logran detectar problemas de índole afectivos a partir del comportamiento explosivo (con agresividad física y verbal) del menor, el cual lo trasmite principalmente a madre y padrastro, adjudicándolo al proceso de separación que vivió con el padre biológico; sin embargo, todos los miembros de la familia se muestran empático y con apoyo en el tratamiento psiquiátrico del menor .

Caso 18. (9 años)

Integrante de una familia nuclear, en etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles tradicionales, donde el padre lleva a cabo las funciones de mantenimiento y manejo del sistema familiar y provisión de recurso siendo el proveedor económico; mientras la madre efectúa las funciones de desarrollo personal, crianza y manutención, ambos hermanos mayores apoyan emocionalmente.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara- directa, ambos padres son responsables de marcar reglas, normas y limites, siendo el control de la conducta flexible. Se intenta tener un equilibrio en los problemas que llegan a tener, solucionándolos a partir de la búsqueda de alternativas entre todos los miembros de la familia, por lo que el menor cuenta con el apoyo y empatía, lo que lo ha llevado a tener una adherencia y mejoría notable en su tratamiento.

Caso 19. (17 años)

Integrante de una familia nuclear, en etapa de adolescencia correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, cabe señalar que los padres están separados por vía legal; sin embargo, siguen viviendo bajo el mismo techo, el padre lleva a cabo las función de provisión de recurso siendo el proveedor económico; mientras la madre efectúa las funciones de mantenimiento y manejo del sistema familiar, desarrollo personal, crianza y manutención, hermano mayor apoya emocionalmente.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, en su mayoría de tipo clara- directa e indirecta, con roles idiosincráticos, donde la madre es encargada de marcar reglas, normas y límites, siendo el control de conducta flexible. Se logra reconocer problemas de índole afectiva adjudicados a la violencia intrafamiliar que hubo por parte del padre con violencia física y psicológica a madre y paciente, actualmente, aunque se convive con él, esta muestra una ausencia de involucramiento en el diagnóstico y tratamiento que lleva a cabo la menor; mientras que hermanos y madre apoyan y se muestran empáticos con la menor.

Caso 20. (8 años)

Integrante de familia extensa, que se encuentra en la etapa de crianza y educación de los hijos correspondiente al ciclo vital de la familia, con roles idiosincráticos, la madre lleva a cabo las funciones de provisión de recurso, mantenimiento y manejo del sistema familiar, desarrollo personal, crianza y manutención, mientras los abuelos maternos dan apoyo en el cuidado del menor cuando la madre trabaja.

La comunicación intrafamiliar es verbal, retroalimentada, de tipo clara y directa, donde la figura materna es la responsable de marcar reglas, normas y límites las cuales son respetadas por los demás miembros de la familia, siendo el control de la conducta flexible. Se logra detectar problemas de índole afectivo generados a partir del presunto bullying y discriminación que a decir de la madre su hijo sufre por parte de compañeros y vecinos causa del diagnóstico y tratamiento que lleva a cabo en el HPIJNN; sin embargo, el menor cuenta con el apoyo y empatía de los integrantes de la familia, lo que lo ha llevado a tener una adherencia y mejoría notable en su tratamiento.

CAPÍTULO III

FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA ESTIGMATIZACIÓN Y EXCLUSIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO INFANTIL Y ADOLESCENTE

3.1 La familia de los pacientes del HPIJNN ante la enfermedad psiquiátrica

Conocer la forma en que fue canalizado el paciente al Hospital Psiquiátrico Infantil, posibilita acercarse a su historia de vida; las sensaciones y pensamientos que tuvieron como familia al ser referidos, entendiendo como y por que han llevado de cierta forma el tratamiento del niño, así como saber si ya tenían alguna carga sociocultural en la forma de ver los trastornos psiquiátricos o fue hasta el momento de empezar con el tratamiento que lo analizarlo; debemos recordar que uno de las primeras impresiones de saber que algún miembro de la familia esta enfermo es de miedo e incertidumbre, por ello la importancia de saber quién y cómo detecto la necesidad de ser intervenido en este nosocomio

3.1.1 Impacto en la canalización o referencia al HPIJNN y proceso de tratamiento

A continuación, se señala algunos casos donde se tuvo una aceptación y apertura para acudir y llevar a cabo un tratamiento dentro del HPIJNN:

Caso 9 *“Era muy distraída en la escuela, no se concentraba, tenía buenas calificaciones en ese momento, pero no se concentraba,[...] la escuela y mis papás identificaron esas conductas y me dijeron – sabes, vamos a llevarla al hospital- y yo dije- si está bien vamos a llevarla, sin problema-”*
Sic. Madre

Caso 19 *“Mi hija a los 2 años cuando empezó a caminar y hablar, empezó a ser muy inquieta, así que la lleve a un como cril que esta por la casa le daban terapia de lenguaje y psicopedagogía, pero después de un año la terapeuta se tenía que ir a otro lado a trabajar, así que nos mandó para acá, yo feliz de que mi hija siguiera su tratamiento”* Sic. Madre

Caso11 *“Nosotros lo notamos mal; él es de corazón (adoptado) pero no hablaba, era muy serio[...] tanto en maternal como en el kinder, también notan cierto comportamiento[...] una psicopedagoga, me ayudo le hizo unos estudios y me mando con un neurólogo, el neurólogo, me recomienda al Dr. Sarmiento, y entonces el Dr. Sarmiento, me dio varias opciones, entre ellas llevar a cabo el tratamiento en el hospital y con gusto lo aceptamos”* Sic. Madre

Si la familia logra aceptar y entender el diagnóstico, facilitará las etapas de duelo que se vive cuando se tiene pérdida de la salud, al enfermo lo ayudará en cuanto a la forma de visualizar positivamente su tratamiento lo que conlleva a una adherencia al mismo, además de que en la familia puede adoptar una posición de apoyo y empatía, llegando a producir una unión familiar al estar pendiente de los cuidados del enfermo; siempre y cuando la dinámica familiar se preste para esta alianza.

En cambio, se tornará más difícil, si se producen sentimientos en la familia de culpa, miedo y vergüenza que cederá únicamente, y no en todos los casos, con el paso del tiempo, cuando se empiece a tener más conocimiento sobre la enfermedad; ya que estos sentimientos de rechazo se dan muchas veces por la carga sociocultural, recordando que los trastornos psiquiátricos tienen antecedentes sociales y mitos negativos que aún en la actualidad son asociados, como lo podemos observar en los siguientes casos:

Caso 12 *“Pues yo si lo tome como pues que mi hijo está loco [...]Desgraciadamente a veces vemos a una persona que hace cosas, que por decir que platican solos en la calle y ves a esa persona y dices a ese está loco, o ese grita porque está loco y pues yo no veía así a mi hijo.”* Sic. Madre

Caso 2 *“La verdad cuando me dieron la hoja de referencia yo dije hay como lo voy a llevar a un psiquiátrico y pues yo la conserve, pero la guarde, pero me decidí a traerlo porque su comportamiento era cada vez más violento.”* Sic. Madre

Caso 18 *“Pues nosotros nos dimos cuenta cuando el tenía 3 años, su pediatra que era particular me comento que presentaba síntomas de asperger, yo sentía que esa enfermedad tenía síntomas muy agudos, que él no presentaba, me dio hasta medicamento, entonces nosotros como papás, pues no seguimos el tratamiento, [...]por miedo a que le hicieran algo por su comportamiento no lo llevamos a la escuela, no íbamos a fiestas, hasta que tuvo 5 años lo metimos a la escuela, ahí nuevamente detectaron tenía problemas en su comportamiento y me mandaron para acá [...] yo pues la verdad como que si tarde mucho en aceptar, decía no es que no, y luego me dijeron tiene que medicarse, pues peor.”* Sic. Madre

Caso 13 *“Pues no fue impacto, más bien fue tristeza, pensé que había perdido mucho tiempo, porque yo considero que, pues siempre estuve atendiendo a mi hija, cuando note que no hablaba pues la lleve a lenguaje y luego a estimulación del desarrollo, yo trataba de ayudar a mi hija, pero no me imagine nunca que la tenía que llevar a un hospital psiquiátrico.”* Sic. Madre

El miedo de que un hijo llegue a ser rechazado por la sociedad como lo muestra el caso 18, puede llevar a la sobreprotección que de cierta forma es un tipo de exclusión, al no permitir que los niños se desenvuelvan con sus iguales, por ello es necesario que la familia identifique que la enfermedad va ser un proceso en el que es habitual sentir miedo, tristeza, cansancio, pero estas etapas deben de ser aceptadas y subrogadas por sentimientos de apoyo y confianza.

En los padecimientos psiquiátricos es muy frecuente que cuando se logra diagnosticar de manera adecuada, la familia y el paciente ya traen arrastrando una larga agonía, por el hecho de pasar de hospital en hospital tratando de obtener un diagnóstico viable a las características que presentan, principalmente por que las enfermedades psiquiátricas están asociadas con muchas otras enfermedades, como algo neurológico o como algo espiritual; trayendo consigo un sin número de patologías físicas y emocionales que dificultan el entendimiento y seguimiento del tratamiento, algunos síntomas pueden ser: desgaste, pérdida de energía, agotamiento o una combinación de ellos, despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, insensibilidad hacia los otros, sentimiento de falta de realización personal, depresión, baja autoestima, irritabilidad, aislamiento, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo, trastornos en el patrón del sueño, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza, resentimiento hacia la persona que cuida, culpa, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda. La alta incidencia de estos factores de sobrecarga en los cuidadores puede llevar a las familias a minimizar los cuidados básicos del enfermo y a la claudicación.

En los siguientes casos se observará y analizará lo difícil que fue para algunas familias el llegar al Hospital Psiquiátrico Infantil, y tener un diagnóstico y tratamiento adecuado para el menor:

Caso 13 *“Desde los tres meses empezó con epilepsia y de ahí me la lleve a un hospital público, me dijo que mi hija neurológicamente estaba muy bien y que no tenía nada, al año de eso, la niña hizo otra crisis, la lleve a pediatría y de ahí me mandaron a un Hospital que se llama Legarí , pero no estuve contenta y pedí dinero para llevarla a un particular, porque lo que yo quería era saber que era lo que pasaba; el particular me la estuvo checando como medio año, y siempre me decía que estaba bien, pero yo le decía que pues no hablaba, me dijo que la metiera a la escuela y la metí, pero estuvo peor, porque iban a un nivel que pues ella no tenia, y en el kinder me dijeron que me la trajera para acá,”*
Sic. Madre

Caso 8 “Fuimos aquí al hospital al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) porque pensábamos que mi hijo no oía bien y pensábamos que por eso no hablaba, entonces acudimos al INER y le hicieron varios encefalogramas, de ahí fue que se dieron cuenta, en su cerebro salían que todo el tiempo estaba con descargas” Sic. Madre

Caso 15 “A partir de la secundaria, ella se me enfermaba mucho, de la garganta o del estómago siempre la tenían internada en el Instituto Nacional del Seguro Social (IMSS) por la colitis, [...] cuando fallece una de mis hermanas, cambia por completo, con cualquier cosita que le pedía, me contestaba mal; empezó a adelgazar muchísimo bajo de peso como 20 kilos, no me quería comer, pero por lo regular yo la veía muy apagada, [...] un día, ella se empezó a quedar como ida como trastornada, como que no estaba en sí, me decía que escuchaba muchas voces [...] tengo familiares que son sacerdotes me dicen -sabes que, muévete esto ya no es de médicos- [...] le hicieron a mi hija como unos 8 exorcismos [...] Inv. ¿Cómo llegaron aquí?, me dijo una sobrina, -tía por que no la llevas al hospital de psiquiatría-; el día que yo la traje le acababa de dar una crisis muy fuerte ahí en la casa, se retorció muy feo ahí en la cama y pataleaba, le hable a mi hermana y le dije sabes que vámonos a llevarla a zona de hospitales” Sic. Madre

También hay personas que aun llegando al Hospital tuvieron que ser sometidas a varios estudios para poder ser diagnosticados de manera adecuada o llegaron a presentar otras enfermedades, como en el siguiente caso:

Caso 14 “Llegue aquí por que hable con uno de mis mejores amigos, específicamente me dijo que viniera aquí porque uno de sus hijos viene aquí [...] nos dieron varios diagnósticos me tardaron 3 años más en darnos su diagnóstico, primero que era epiléptico, pero jamás había presentado un crisis o convulsiones[...] el neuro-pediatra me dice es que su hijo es esquizofrénico, se me cayó el mundo, [...] luego me decían es que es TDAH, [...] yo decía que no tenía las cosas no por decir que mi hijo era perfecto yo sabía que algo tenía, pero de todo lo que me presentaban yo sabía que no era; hasta que un día me mandaron con el DR. Rodríguez, se le quedaba viendo mucho al niño, y me dijo déjeme hacer algo con él, y lo saca y empieza a platicar con él, entonces regresa con nosotros y nos dice, ustedes saben que es el síndrome de asperger[...] así fue que lo diagnosticaron”. Sic. Madre

Caso 6 “Mi hijo presentó problemas como de depresión: no dormía, presentaba llanto, de repente daba unos gritos, se hacía pipi, no comía y todo el tiempo decía que se quería morir; esto a partir de la separación que tuve con su papá, lo llevé al pediátrico de Iztapalapa, ahí nos estaba viendo una psicóloga pero me mandaron al CECOSAM de Iztapalapa, fui y me dijeron que ahí no recibían a niños chiquitos, que tenía que ser en el Juan N. Navarro [...] aquí me dijeron en un principio que era autista y obsesivo compulsivo, pero nunca considere correctos esos diagnósticos [...] el tiene un tratamiento en

el INER por asma; pero hace dos años le encontraron un síndrome llamado von Willebrand (no coagulación de la sangre), me mandaron al imán (INP), lo sometieron a muchos estudios, donde le encontraron una malformación urinaria, lo prepararon para operarlo, pero al tiempo que lo operaron le descubrieron una alteración en los riñones, pionefrosis” Sic. Madre

El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, aunque sea de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de quienes lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona; la importante función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionarle una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su gravedad. Es muy importante atender las necesidades del cuidador para que éste pueda soportar el gran esfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en el cuidado diario y constante del enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un enfermo secundario.

Otro punto importante dentro del desgaste que presentan los pacientes y familiares del hospital psiquiátrico infantil son los niños atendidos en la clínica de PAINAVAS, ya que muchos de ellos traen un antecedente de proceso de denuncia o fueron tratados en otras clínicas por qué no se detectó a tiempo el abuso sexual, en el primer caso al ser referidos por agencias de ministerios públicos ya ha tenido un tratamiento previo, pero el desgaste que trae la familia es aún mayor por el proceso de denuncia que tuvieron que atravesar, en el segundo caso el trabajo con los padres es complicado ya que tiene que asimilar que su hijo fue víctima de abuso sexual y ese origen en él, algún trastorno, además como parte del tratamiento se pide se inicie con el proceso legal. A continuación, ejemplificaremos esto con dos casos de esta clínica:

Caso 3 *“Nosotros venimos del centro de terapia de apoyo a víctimas de delitos sexuales (CTA), de la procuraduría general de justicia, porque mi hija, bueno le pusieron como pornografía infantil, se metió al internet y ahí le pidieron fotografías, entonces se tomo fotografías y las mando a un desconocido, levantamos una denuncia al ministerio público y a la fiscalía de niños y ya de ahí nos mandaron al bunker, ahí se abrió la investigación; nos mandaron al CTA para atención psicológica tuvo varias sesiones en grupo e individual, luego nos mandaron a una clínica particular también de la procuraduría, nos mandaron a mí y a mi familia, ahí tuvo como 6 sesiones, cuando acabaron nos mandaron para acá” Sic. Madre*

Caso 1 *“Como ella estaba en la escuela entre semana, yo pedí las citas los fines de semana, me mandaron con una psicóloga, gracias a ella fue donde supe lo del abuso, porque yo no sabía de*

eso,[...] un día la traje a urgencias por que se tomo más medicamento del que debía, según ella porque quería dormir más, los médicos residentes fueron los que me canalizaron a PAINAVAS” Sic. Madre

En esta clínica, es complicado entender que la atención que reciben en el HPIJNN no es para el abuso sexual en concreto, sino por las consecuencias que trajo hacia el menor, generando trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, etc.; lo que hace que muchas veces los padres desconozcan el diagnóstico que tiene su hijo dentro del hospital psiquiátrico, y como consecuencia no entiendan y/o lleven a cabo el tratamiento oportuno.

Por último, es importante destacar que, en varios de los casos, a pesar de que dentro del núcleo familiar se detectó de cierta forma alguna o alguna (as) características, conductas o comportamientos indicando una irregularidad en los niños, fue hasta que un médico, en la escuela u otra institución canalizo al menor a este hospital, que se observó la necesidad de llevar a cabo un tratamiento. Dentro de la investigación solo tres familias tuvieron como iniciativa propia acudir a un especialista, lo que indica tres posibilidades, una, que los padres tiene una deficiencia en la atención de sus hijos, por lo que no pueden lograr identificar la necesidad de atención psicológica o psiquiátrica; en segunda, que sí son identificados, pero no son tomados con importancia, en algunas ocasiones se cree que corrigiendo de manera inadecuada (golpes) el menor cambiará su comportamiento; y/o por ultimo que no se tiene el conocimiento de donde tratarlo, por ello la importancia de la información y la educación de salud mental.

A continuación, se mostrarán algunos casos que fueron referidos por la escuela, en donde muchas veces no se tiene las consideraciones y el tacto para señalar los problemas de conducta y/o comportamiento que presenta el niño y que puede llegar a una deficiencia cognitiva y social.

Caso 7 *“Lo enviaron de la escuela, porque veían que era inquieto, que se salía, [...] lo tuve que cambiar el año pasado de turno, pero aun así tengo que ir a la escuela a tomar clase con él; porque el maestro dice que él no puede hacer nada para que se comporte” Sic. Madre*

Caso 12 *“La maestra, porque mi hijo iba al baño y se quedaba en el baño distraído y pues no le decía, le cuesta un poquito estar sentado, es muy hiperactivo” Sic. Madre*

Caso 16 *“Llegamos aquí porque una maestra decía que ella agredía, y pues seguía de agresión en agresión[...] me mandaron a un psicólogo y de ahí el me dijo que tenía comportamiento antisocial, me*

mando a San Fernando pero ya no me gusto ahí porque era mucho dinero lo que estaban pidiendo y ya de ahí pedí mi pase para acá “Sic. Madre

Caso 5 *“en la escuela , estaba así como que muy agresivo quería pegarle a los niños y no se dejaba, se paraba a cada rato, como que era de conducta[...]después de que lo traje aquí, dos días después, fue cuando le empezó la epilepsia”* Sic. Madre

En el siguiente capítulo se analizarán específicamente la importancia de instituciones como la escuela en el desarrollo físico, psicológico y social del niño, y como éstas perjudican o ayudan a los niños que presentan algún trastorno psiquiátrico.

3.1.2 El significado del trastorno psiquiátrico del niño o adolescente en el núcleo familiar

La familia es un soporte importante para el proceso de las enfermedades y la sanación de las personas. Cuando la familia conoce del proceso de la o las enfermedades y se involucra en el tratamiento, la persona enferma tiene un mejor pronóstico de recuperación. El cómo una familia ve el diagnóstico del menor le ayudará a manejar su tratamiento, a entender su enfermedad y prevenir conductas que lo hagan sentirse vulnerable con su enfermedad.

En el HPIJNN una de las grandes inquietudes que presentan los padres con sus hijos que llevan a cabo un tratamiento psiquiátrico, es el saber si es bueno o no decirle sobre su diagnóstico y tratamiento:

Caso 9 *“Lo comprende completamente, o sea se lo hemos explicado y todo, y ella lo ve como algo normal, inclusive ella ha visto que en su salón tiene dos compañeritos igual con TDAH,[...]es importante hablarles abiertamente del tema, porque ellos lo pueden comprender mejor, ellos pueden saber que tiene algún problemita pero que tiene solución”*

Caso 4 Inv. *“A SUS HIJOS CÓMO LES HABLA SOBRE LAS ENFERMEDADES MENTALES QUE SE TIENE EN CASA? Pues es que realmente no me preocupa y creo que aún son muy pequeños y eso no les causa como curiosidad, si les he dicho por ejemplo de mi mamá que tiene epilepsia que se pone malita pero siempre se los hago ver que es algo muy normal”* Sic. Madre

Caso 14 *“Si él sabe lo que tiene,[...]ya tomó conciencia por qué me dice -mamá ¿si estoy tomando medicamento es porque estoy enfermo?-, le explico tienes un trastorno, en el cual el medicamento te ayuda a modificarlo a sobrellevarlo, pero no estás enfermo, lo tienes que tomar, por cuanto tiempo no lo sé, pero, pues- ¿cuándo tú no lo tomas cómo te siente?-, -no pues si me da mucho coraje-”* Sic. Madre

Caso 7 “Le digo que él es diferente que va ir aprendiendo a su ritmo y pues que él tiene que echar ganas[...] obviamente se frustra de que no aprende pero eso si le causa mucho enojo de que no le salen las cosas” Sic. Madre

Caso18 “No lo sabe en sí, sí sabe que no puede controlar su energía, yo le digo -esta medicina tú te la tomas para que te tranquilices, te concentres, para que pueda terminar su trabajo, eso es lo que le digo... Él sabe que es un hospital pero lo ve como algo normal, o sea sabe que venimos aquí por una consulta pero nunca le he planteado que él está mal o que tiene un trastorno[...] Pues yo nada más digo voy a llevar al médico o al hospital al niño, le comento que yo a él, no le he dicho en si lo que tiene o que está enfermo, yo a él le dije que pues él tiene dificultad para concentrar” Sic. Madre

Caso 15 “ella no recuerda nada, se le olvido, me dijeron los sacerdotes que ella había perdido el conocimiento, que hiciera de cuenta que su mundo era nuevo, y que tenía que tener mucha calma y paciencia, porque pues es como si hubiera nacido de nuevo, como si fuera una niña chiquita, ¿ELLA ENTIENDE EL PROCESO POR EL QUE PASO? No, ¿ENTIENDE EL PROCESO DE AQUÍ DEL HOSPITAL? Pues no, la verdad no sé, ¿Y QUE LE DICE RESPECTO AL MEDICAMENTO? le digo que se tiene que tomar su medicamento para que ella esté bien” Sic. Madre

Con excepción del caso 15 y 18 todos los presentados de una u otra forma hacen de su conocimiento al niño su enfermedad, en estos dos casos no se tiene la apertura por completo con ellos, por la creencia de que el niño no entenderá. Es difícil que un niño pueda entender la magnitud de su enfermedad; sin embargo, la mayoría tarde que temprano muestran interés por lo que sucede a su alrededor y sobre ellos, también es necesario tomar en cuenta que algunos niños atendidos en este hospital cuentan con afectaciones severas en su desarrollo cognitivo donde será más difícil, que el menor se interese o pregunte por su enfermedad, o que se explique sobre ella. En la mayor parte de los casos conviene explicar conforme a su desarrollo e inquietud de cada niño esto ayudará a que él o ella tengan la información adecuada de su enfermedad y tratamiento generando estrategias que ayuden a tener adherencia al mismo.

El ocultamiento o la apertura que tenga un padre con el niño; sobre su diagnóstico psiquiátrico no define una postura o conducta de exclusión o estigmatización, ya que se deben considerar las características ya mencionadas, cuando se está encubriendo un diagnóstico psiquiátrico, el hecho está en el por qué y cómo se está llevando a cabo este comportamiento.

Caso 12 Inv. “A LLEGADO A OCULTAR O MANTENER EN SECRETO EL PADECIMIENTO DEL NIÑO? ¿A veces si me da pena, como que no quiero que la gente lo vea, como que no me siento, más bien me sentía así, COMO SE SENTIA? Me preguntaba ¿porque a mí?, me sentía triste[...] me siento culpable de no cuidarme en el embarazo en tener a este niño a mi edad, otra, el papá, su alcoholismo, o

que fue lo que influyo y a la vez, yo digo es que es un niño tan agradable tan especial para mí que yo digo pues me lo llevo y lo alejo, alejarlo porque no quiero que me lo señalen” Sic. Madre

El caso 12 es muy diferente porque la madre si posee una carga de sentimiento y emociones generados a partir de su llegada al hospital psiquiátrico; de igual forma en ocasiones los cuidadores primarios (en este caso las madres o a las personas a las que se les realizaron las entrevistas) están de acuerdo y entienden el trastorno del menor, sin embargo, mencionan que otro(s) miembros de la familia se muestran indiferentes y con cierto rechazo a el tratamiento del niño.

Caso19 *“Yo acepte el diagnóstico que mi hija tenia pero su papá nunca lo acepto[...] él le pegaba a la niña, le decía que pues si no entendía las cosas hay que repetirlas y le decía pura grosería y le pegaba, yo siempre traté de quitársela, de protegerla porque él era muy violento con ella, por su mismo comportamiento, el siempre ha dicho que ella no tiene nada, que son pendejadas, que con unos madrazos se le quitaban” Sic. Madre*

Caso 16 *“Él no está de acuerdo con el tratamiento, solo dijo pues es que está loca, vamos a ver si se compone o no se compone, le dice que es una tonta, -por qué pagas un psicólogo si no se compone-,[...] Inv. ¿EN CASA LE HAN AYUDADO CON EL TRATAMIENTO? No porque a ellos les da igual, es el trabajo de los médicos” Sic. Madre*

Caso 2 *“cuando ya se tiene un enfermo en tratamiento psiquiátrico te das cuenta que se escucha mal, nosotros lo hemos cambiado un poco por que luego mi mamá si decía -a bueno pues es que estás loco o que- cuando se enojaba con él, o luego mi hija -hay deja de hacer cada locura-, ahora le dice más feo, le dice: -deja de hacerte el tonto por qué no eres ningún tonto ni estas estúpido-, y la verdad a mi si me molesta o siento feo por que una vez que íbamos en el parque, iba mi hija con nosotros, él me dijo, -mamá oye vengo aquí porque estoy loco, porque verdad que estoy loco- y cuando voltee para contestarle que no, mi hija le dijo -no tú no estás loco, simplemente eres diferente, simplemente estás enfermo, pero por eso vienes para que te compongan o puedan controlar lo que tienes-; sentí horrible de que él solito se estuviera considerando así” Sic. Madre*

De una u otra forma este es un tipo de violencia hacia el niño y su tratamiento, pueden generar en él un rechazo hacia el diagnóstico y tratamiento, llegando a pensar: si mi papá, mi abuela, mi tía, mi hermana piensan de mi de esa forma, no me apoyan o no se interesan por mí que será del resto de la sociedad. El interés de la familia debe empezar desde conocer el diagnóstico del menor, ya que con ello se podrá adquirir conocimientos sobre la sintomatología, los pro y los contra, que conductas o comportamiento puede tener en su desarrollo físico y psicológico, que tipo de tratamiento o tratamientos puede llevar a cabo y sobre todo algo que es de gran interés

para los padres de familia que tipo de tratamiento farmacológico y efectos secundarios de estos puede tener el niño, en algunos casos los padre a pesar de que ya tiene algún tiempo en tratamiento dentro del HPIJNN aun desoncen el diagnóstico del menor:

Caso 12 *“Me dijeron que, si tenía problemas de autismo y varias cosas, Invs. ¿LE DIERON EL DIAGNÓSTICO DE AUTISMO? No, es que, en sí, no me han dado ningún diagnóstico aquí, lo único que me dijeron es que él tenía un problema, retraso de un año siete meses... mi hijo tiene algo de eso del TDAH por eso me están mandando a las platicas, también me mandaron a terapias de lenguaje, pero eso no sé para qué es”* Sic. Madre

Caso 17 *“Es que como tal pues aún creo que desconocemos el diagnostico, es cuando estuvo internado el doctor estaba a punto de decirnos cuando le dijimos que no los íbamos a llevar y ya no nos quiso dar más información, y con su doctora pues la verdad es que no ha tenido una consulta como tal cada vez que lo citan solamente es para ver cómo está funcionando el medicamento[...]yo me había quedado con el anterior que era trastorno de ansiedad generalizada, pero no se”* Sic. Madre

Finalmente, una de las preguntas que puede atribuir a la reflexión del significado que se tiene el núcleo familiar sobre el trastorno psiquiátrico es el ¿cómo ven el futuro para el niño en tratamiento?; observando tanto obstáculos cognitivos, biológicos y sociales que le atribuyen a su diagnóstico, en muchos casos creando preocupación y miedo en las madres.

Caso 2 *“yo si tengo mucho miedo de eso, sobretodo de que él vaya hacer lo que le hicieron, que se repita[...]yo siento que si él lo va hacer, es porque quiso hacerlo, no porque fuera una venganza o estuviera mal de su cabeza[...]Yo creo que si puede llegar a tener una vida normal, casarse tener a sus hijos, mantener un trabajo; pero si le costaría mucho lograr una carrera universitaria”* Sic. Madre

Caso 4 *“Pues veo incierto su futuro en el sentido de que a veces siento que su sensibilidad, cuando eres muy sensible eso te causa muchos problemas porque te falta como seguridad en ti mismo[...] La enfermedad no es una sentencia, pero es como las ondas en el agua, que afecta todo a su alrededor”* Sic. Madre

Caso 8 *“Lo veo dependiente de mi, le da miedo todo, le da miedo la violencia, me dice no mamá por que va llover, no mamá porque esto o por que el otro, hasta si hacia sol él se encerraba y le preguntaba por qué me decía -es que me da miedo-”* Sic. Madre

Caso 15 *“Pues solamente dios sabe, me entristece mucho cuando los doctores cada vez me dicen que mi hija ya no va a dar el 100, me pone muy nostálgica cuando me dicen que ella ya no va a poder hacer una especialidad, como ella aspiraba, me decía -mamá yo quiero ser médico-; me dicen que ya su*

cerebro no da para más , de alguna manera me causa mucho dolor por qué digo mi hija no va hacer lo que ella quería,[...] el neurólogo, me dijo -va a hacer su vida normal, ella puede casarse, tener sus hijos-, y bueno yo dije menos mal porque enferma y luego que no tengo una pareja o que no tenga hijos” Sic. Madre

Caso 13 *“Espero en Dios que me de salud a mí, y yo digo a lo mejor mi hija va a tener un oficio me gustaría que fuera algo así como voluntaria, así como, en terapias, no la veo trabajando por que yo percibo que no va a poder hacer cuentas[...]si me termina una primaria o una secundaria, hasta donde ella pueda yo la voy a estar apoyando, la verdad no se que tanto vaya a lograr pero como vayamos escalando hasta donde ella pueda dar” Sic. Madre*

Caso 14 *“Inv. ¿COMÓ CREE QUE SERÁ LA VIDA DE SU HIJO EN UN FUTURO? (llanto) me voy a encargar de que sea buena, a costa de lo que sea, me voy a encargar de que sea mejor que la mía, ya platicué con él de eso, porque me dijo- oye mamá y ¿yo me voy a casar?, ¿Yo voy a tener hijo? ¿A mí me va amar alguien?--; Y si fue difícil platicar con él de eso, fue otro shock, porque pues el ya agarro conciencia de todas estas cosas,[...]yo la viví difícil, pero él afortunadamente tiene unos padres que yo nunca tuve, porque él seguido me dice, -tu ya habías sentido esto, tu ya habías pasado por esto-” Sic. Madre*

3.2 Influencia de los factores socioculturales

Lo sociocultural, transmite y preserva aquellas ideas, valores y creencias que constituyen en realidad fuentes de sentido y que tiene un carácter genérico; establecen un proceso que da cuenta del nivel ideológico, incluyendo las manifestaciones artísticas, cotidianas, científicas, tecnológicas; las cuales cuentan con un sistema de reglas y normas que emana diferentes valores de supervivencia y bienestar encargándose de mantener el sistema de creencias de un grupo o sociedad. Por ello hablar de los factores o variables que lo integran nos ayudarán a concebir los procesos y significados que les dan las familias, y si estos los han ayudado a entender o distorsionar la información, y el tratamiento psiquiátrico que tiene el niño.

3.2.1 La importancia de la religión

De los entrevistados, catorce familias pertenecen a la religión católica, viéndola como soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana, por ende este no tiende a generar una trascendida en el tratamiento y diagnóstico de los pacientes, separando de alguna manera entre las creencias “espirituales” y las científicas; sin embargo, dos de estas familias católicas si han llegado a adjudicar el padecimiento del menor o la evolución y mejoramiento a los ritos que realizan o han realizado:

Caso 12 “antes de que me embarazara, mi suegra me dijo que la santa muerte hace milagros, entonces mi esposo y yo empezamos a ser devotos de ella, él llegó a hacer hasta un nicho en la casa donde la teníamos y la llevábamos a su misas [...] después fuimos a un grupo de cuarto y quinto paso del grupo de alcohólicos anónimos, no nos quitan nuestra religión, pero si nos hicieron ver que no estábamos en lo correcto por que según la santa muerte es porque pues no va a llevar, que solo debemos creer en un solo ser, en dios [...] después de eso me embarace y pues fueron como muchos problemas. Inv. CREE QUE FUE A CAUSA DE QUE DEJARON DE CREER EN LA SANTA MUERTE? Fam. Pues a veces dicen que, así como te da te quita y pues yo me quede con ese pensamiento” Sic. Madre

Caso 14 “cuando empezó con la crisis yo le prometí a la virgen que, si ella no convulsionaba, le pondría una vela cada mes y si se lo puse por que dejo de convulsionar” Sic. Madre

En el fenómeno religioso la identidad, esta proporcionada por patrones de comportamiento a través de la fe, las creencias, los mitos y los ritos que determinan la actuación de los miembros de la sociedad.

Ahora bien, es destacable que las tres familias que comentaron profesar la religión cristiana mencionaron que, dentro de su culto, los pastores o personas que ejercen la misma devoción han relacionado o citado la analogía entre los trastornos o enfermedades mentales con algo negativo:

Caso 16 “Vamos a la iglesia Cristiana[...] el pastor sabe que venimos, nos ha dicho que es cosa del diablo y quién sabe qué[...] que ya no vayas al doctor y a través de la oración te vas a curar, por eso mucha gente vive en la ignorancia por que dice me va a sanar Dios” Sic. Madre

Caso 5 “yo busque mucho de Dios, yo soy cristiana, y el pastor pues hacia oración y dice que si nosotros como personas buscamos gente que trabaja con cartas y hace limpias pues es malo, porque abres puertas a todo lo malo y eso atrae, pues dice que igual puede ser eso [...] si le comente al pastor y ellos manejan como que son demonios, son demonios que se le meten a las personas que son más débiles [...] mientras él estaba en crisis nosotros orábamos, veíamos que entre más orábamos más se le bajaba la intensidad de echo las últimas veces fue bien chistoso por que empezaba a darle, el niño empezó a decir como que groserías y como que si le empezaba hablar -a ver pendejo déjame en paz- y así, pero no lo dejamos y seguimos orando y de repente pum, dejo de hacerlo y fue la última vez que le sucedió” Sic. Madre

Cabe señalar que en ambos casos a pesar de los comentarios negativos que han realizado los pastores, las familias han podido separar entre el tratamiento que se lleva a cabo en el hospital psiquiátrico infantil y sus necesidades espirituales, en el caso 16 se puede observar específicamente como la madre señala esta diferencia.

Algunas personas no conciben esta diferencia y/o están muy apegadas a su fe, llegando a realizar ritos que para su bienestar y utopía genera una tranquilidad; sin embargo, en cuestiones médicas podrían llegar a retardar su atención y agudizar más la sintomatología de la enfermedad. A continuación, se presenta el caso de una paciente que fue sometida a 8 exorcismos, aunque el caso exhibe algunas irregularidades en su narración y eventualidad; sin embargo, se considera de suma importancia porque este tipo de tratamientos se daban con frecuencia en aquellos tiempos donde la psiquiatría era visto como algo maligno, lo que llega a generar una distorsión en el tratamiento y desarrollo de la menor.

Caso 15 *“cuando fallece mi hermana mi hija empezó a desbastarse y todos empiezan a decir: es que se le cargo, - es que se le cargo el muerto- [...] pero cada vez la veía peor ... tengo familiares que son sacerdotes me dicen - sabes que muévete esto ya no es de médicos, si tu ya fuiste a mucho lados y ya te moviste-, yo la lleve al hospital español , a varios hospitales con los mejores especialistas y yo no veía mejoría en mi hija, al contrario; me dijeron -vete a la basílica, vete y diles que necesitas un exorcismo, porque a lo mejor tiene algún tipo de daño- ; corrí a la basílica y pedí ayuda a los sacerdotes , le dije que mi hija se estaba muriendo, que yo iba para que me hicieran un exorcismo [...] Cuando escuche la palabra exorcismo, dije -que pasa; el exorcismo es cuando una persona ya está para volverse loca no-; a mi hija la querían volver loca por el trabajo que le hicieron,*
Inv. ¿SUPO QUIÉN? Si, si supe, fue un familiar, el daño era para a mí, pero le cayó a mi hija por débil, por sensible, porque me dijeron, la persona que es evidente que era porque ella tiene un cerebro muy abierto , es muy inteligente, entonces pues ahí le cayó todo [...]

Le practicaron 8 exorcismos, le empezaron hacer oración de sanación para que ella se salvara,[...] la primera vez que la liberaron, que le hicieron el exorcismo, se desguanzo perdió conocimiento en el momento, decía que no era ella [...] empezó a estar como decaída e inconciente no era ella, y le volví a decir que tienes, y ella me decía -es que mamá yo escucho muchas voces oigo que me están hablando, oigo muchas cosas, pero no alcanzo a distinguir que es-, se paraba y tomaba un vaso de vidrio y lo agarraba muy fuerte[...] Jyo la tenía como santo Cristo así tirada y cada quien sosteniéndola de una mano, y otros de las piernas, y es que pataleaba con mucha fuerza y pues decíamos -es que es el demonio que trae adentro, es el demonio que está actuando para no ceder-; hasta la 2 de la mañana reaccionó, acabo muy agotada, el sacerdote le puso la estola, le rezo, le llevo un cirio, le echaron agua bendita y cuando le echaban agua bendita era peor, ella me decía -me quemas, me está quemando- me bendijeron agua, sal y me dijeron -cuando se te ponga así échale un granito de sal- [...]

Ya me habían dicho que era un trabajo de muerte los de la religión cristiana, bueno los dos grupos me dijeron y luego me ayudo también mucho una vidente, una vecina me dijo que fuera yo a verla, la fui a ver y tal cual me dijo las cosas, sin que yo la conociera, sin que yo le dijera, nada[...]” Sic. Madre

Los relatos generados alrededor de las religiones son asumidos como verdades de suma importancia, ya que tiene carácter de sagrado y está llena de significados religiosos, apartando las maneras de entender las mitificaciones como construcciones. En las lecturas de las sagradas escrituras de cualquier religión se encuentran escritos o enunciados de los mitos y los ritos y en general, todo lo que define las circunstancias que sean consideradas sagradas por ser de alguna manera la voluntad de un Dios o de una figura divina (Juarez, J. & Rouquette, M. 2007: 56).

La menor aun sigue con el tratamiento psiquiátrico y tiene una fuerte adherencia a él, de igual forma la madre argumenta que sigue teniendo tratamiento de sanación. Con esta experiencia no se busca hacer juicios de valor, sino identificar la repercusión que llega a tener el tema de la religión dentro de la sociedad y se refleja en sectores más pequeño como la familia, se trata de significados que se encuentran fuertemente anclados en la definición de la realidad social.

Si se quiere conocer a la sociedad, es elemental conocer su historia, su cultura y por ende su religión, si esta sociedad se deja llevar más por los milagros, los mitos o los símbolos que emana es probable que transmita la necesidad y angustia de alguna problemática económica, política, social, emocional o familiar no solo a nivel individual sino de una sociedad entera, esto hace que influya en las peticiones de los creyentes un estado de mejora y beneficio y que se tome una actitud hacia estas problemáticas.

3.2.2 Los medios masivos de comunicación y el internet

La mayoría de las familias entrevistadas comentan que los programas vistos por televisión en el hogar son de índole infantil refiriéndose a caricaturas, en cuanto a otros programas no se les da una credibilidad plena, argumentando que la televisión es un medio que utilizan con fines de entretenimiento; sin embargo, algunas de las familias entrevistadas indicaron que encuentran desagradable cierto contenidos de comedias o telenovelas, películas o series como la “Rosa de Guadalupe”, “A cada quien su santo” o “ Lo que callamos las mujeres”, donde se detecta morbo, desinformación y dramatización en temas de enfermedades mentales.

Caso 2 *“En las comedias Hay sí, pues siempre en los finales por ejemplo el malo pues siempre terminaba de loco o que tiene un pariente loco y lo tiene escondido[...] pienso que está mal, porque te dan una idea equivocada de lo que es un trastorno mental porque pues todos son*

distintos[...] hay un programa que sale en la tele que lo veía mi hija, ahorita ya le prohibí que lo viera, pero es de un hospital psiquiátrico pero era de terror” Sic. Madre

Caso 4 *“Algunos programas si llegaron hacerme sentir coraje, hay programas que pues no me gustan pero que por algún motivo llegue a verlos, como eso de la rosa de Guadalupe y pues esos los tratan como con dramatismo, con más morbo y pues yo creo que eso si no está bien” Sic. Madre*

Caso 9 *“Si sobre salud mental si, ubicas una telenovela de las 8, creo que se llama “que madre tan padre”, ahí hay un niño que tiene TDAH, y eso porque la niña lo estaba viendo y me dijo mira mamá ese niño tiene lo mismo que yo, pero los papás no le querían dar el medicamento, entonces dice -no sabe que daño le está haciendo a su hijo-, me da gusto que ella ya empieza a darse cuenta de eso [...] las comedias en general tratan las cosas como si fueran algo muy malo, porque se veía así como chin pues es que tienes un niño así como tonto, como que lo dramatizaron mucho” Sic. Madre*

Caso 5 *“En las comedias ya ve que salen que al enfermo luego lo amarran y te andan metiendo en el cuarto blanco, esas cosas Sic. Madre*

Otros tantos pudieron detectar programas en los que se que presentan contenidos que los han ayudado a informarse:

Caso 9 *“También he visto uno que sale en el once que se llama diálogos en confianza, ahí han tratado sobre los trastornos mentales; y también en el radio hay un programa con Martha de baile y maneja ese tipo de información, siento que es muy pertinente, es más la sigo en faceboock, porque luego si pasaban buenos reportajes sobre el tema Sic. Madre*

Caso 4 *“Cuando vine aquí al Navarro fue porque lo vi en canal once el programa de diálogos en confianza, en donde pasaron a varios especialistas de aquí. Entonces como que si me ayudado en cierto sentido,” Sic. Madre*

Caso 19 *“En algunos programas como en el once el de diálogos en confianza, llegue a ver diferentes trastornos, me ha ayudado lo que dicen de escuela para padres, como marcar límites, cómo debe ser la comunicación, es muy bueno” Sic. Madre*

En el siguiente caso se analiza como la influencia de lo que se trasmite en las comedias, películas o programas pueden llegar a influir la manera de visualizar los trastornos psiquiátricos:

Caso 12 “(inv.) ¿HA VISTO ALGUNA PELÍCULA QUE HABLE SOBRE TRASTORNO O PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS? *¿No, no me gusta ver películas de terror, (inv.) ASOCIA EL GENÉRO DE TERROR CON ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS? Pues sí, es con más agresión*” Sic. Madre

Caso: 16 “*En una comedia vimos como una persona la metían y la sacaban de la cárcel y ella chantajeaba mucho a las personas y es cuando te das cuenta que tiene un trastorno, cuando empieza a alucinarse, que ve que escucha voces y todo eso ves que lo meten al psiquiatra y ya salieron en un día*” Sic. Madre

Es de suma importancia poner énfasis a lo que se trasmite en los medios de comunicación tan importante como es la televisión, ya que de ello emana situaciones, términos, conductas y comportamientos que llevan a una estigmatización y exclusión de pacientes que presentan algún trastorno mental; desde la utilización inadecuada de los términos para referirse a las enfermedades mentales con connotaciones y prejuicios negativos, hasta indicar como puede generarse un mal trato hacia personas con algún trastornos mental. Hablar de un cambio en los medios de comunicación para que se erradique este tipo de contenido suena algo aún muy difícil de trabajar; sin embargo, se puede empezar con la constante atención de lo que vemos como familia y el significado y valor que le damos a esos contenidos.

En la actualidad, se cuenta con otro medio de comunicación que ha tenido gran influencia para la sociedad y cada día está más al alcance de muchos ciudadanos, “el internet y los medios digitales”, la información que se encuentra a nivel digital sobre algún fenómeno social, teoría, enfermedades y todo aquello de lo que queramos tener conocimiento es cuantiosa, pero esta información no siempre es verídica o tiene un soporte científico, al estar al alcance de la mayoría de las personas, son las mismas personas las que suben a las plataformas experiencias de vida u opiniones sobre estos temas. En cuanto a los diagnósticos y tratamiento de enfermedades mentales, por un lado, la información que brinda el internet puede ayudarles a informarse sobre las características de un diagnóstico o los efectos secundarios de cierto medicamento, calmando la incertidumbre del padecimiento y tratamiento lo que puede originar una adherencia al mismo. Sin embargo, por otro lado, para que un medicamento y tratamiento ayuden a una persona implica otros factores internos y externos al sujeto que pueden variar de

persona en persona. Otro de los grandes problemas del internet, es que cuenta con una serie de alternativas como la medicina naturista o los remedios caseros que “apoyan” a las personas que no tiene la facilidad de acudir con un médico o simplemente no quieren exponerse a un tratamiento, lo que pueden llegar a agudizar más la enfermedad y sus características.

Caso 8 *“Ahora con el faceboock, pues ve que tantas páginas pues se tiene mucha información, si te sirven, pero tampoco me gusta clavarme en eso porque de repente hay mucha contaminación, además pues no todos los niños son iguales, por ejemplo, mi hijo tiene un TDAH muy bajo, y ahí hablan de niños que, si son como suicidas y que mato al perro o al gato, que agarro un cuchillo”* Sic. Madre

Caso4 *“es difícil saber cuál información es confiable y cuál no, porque a veces cualquiera puede subir lo que sea no, y pues la gente se puede ir por ver el video o el artículo creyendo que es con fuente viable pero no, pero entonces hay que saber a que acudir”* Sic. Madre

Caso7 *“me escribí a un grupo que se llama proyecto da, es un grupo para padres con niños TDAH, que conocí por internet en youtube y faceboock y pues luego mandan en el faceboock que van a ver programas sobre TDAH, hasta una vez fui a una plática que dieron ahí[...] la verdad es que me sirvió mucho, me gusto, si volvería ir, pero no he tenido tiempo”* Sic. Madre

Caso 9 *“estoy inscrita en faceboock estoy suscrita en una página que se llama “psicología nacional” y también he visto lo que es el TDAH y lo he compartido en lo que es mi pagina, y pues la información que he visto en internet como que, si es de ayuda, si siento que es igual a la que yo estoy manejando aquí”* Sic. Madre

Los medios de comunicación no solamente sirven como medios de trasmisión de algo, sino que debemos considerar la lingüística y la función simbólica que genera una serie de sentidos que llevan a entender un fenómeno a nivel racional y afectivo, en donde muchas veces no se dan a entender de forma palpable, pero dentro de la sociedad se sabe que existe esa forma de sentir, de actuar ante esa situación o fenómeno, esta recreación de imagen se hace parte de nuestra cultura, ya que se envuelve el sentido de las situaciones, las vivencias, manifestaciones y creencias de la sociedad, que en conjunto se crean y que son reconocidas.

3.2.3 La importancia de las instituciones educativas

En el Hospital Psiquiátrico Infantil la mayoría de los pacientes son canalizados o referidos por sus instituciones educativas, eso quiere decir que la escuela es uno de los principales lugares

donde se detecta la deficiencia emocional o intelectual que el niño necesita tratar, por ello la importancia de saber que tan apoyados está dentro de la institución escolar en la que están inscritos.

Caso 7 *“En la escuela me hacen que vaya a las clases y me sienta ahí con él para poderlo controlar, que tome las clases con él para que él pueda hacer las cosas[...]yo veo a niños que están igual o peor que él y pues yo soy la única que está ahí. Yo le he dicho al maestro que, pues a mí la verdad no me gusta, que él también debe de saber cómo tratarlo porque pues yo la verdad no puede estar allá, tengo otras cosas que hacer, y me dice que es la única alternativa que él encuentra,”* Sic. Madre

Caso 12 *“me dijeron que lo iban a pasar con los niños especiales, y pues ahí está, me dijeron que por que mi hijo no capta las cosas, se le olvida, no pone atención o se va al baño, se sale y no regresa al salón; para ayudarlo pues lo tenían que pasar a ese grupo de niños y se supone que ahí le dan ese apoyo, pero la verdad hay niños con síndrome de Down y hay un niño que saca su lengüita y comen muy mal y pues el niño me está repitiendo eso”* Sic. Madre

Debemos recordar que la figura de autoridad dentro de la escuela son los profesores y si en ellos se generan actitudes de rechazo a niños que tiene algún problema psiquiátrico y lo hacen saber al resto de los alumnos, proyectando en los demás niños conductas repetitivas que lleva a la exclusión o rechazo del menor; por otro lado si el profesor es una persona preparada, habla e incluye la salud mental, generará empatía, forjando en ellos la igualdad de los seres humanos y el respeto hacia el otro. Con esto no se busca que los profesores tengan una amplia gama de conocimientos en los trastornos psiquiátricos, sino que ellos mismos entiendan que no todos los niños son iguales y que tiene características y necesidades diferentes, a los que se les debe de dar facilidad y prioridad para buscar una forma fácil de adaptarse y así faciliten su desarrollo del niño. Si en todo caso es necesario conocer o entender el padecimiento de los niños, no queda de más informarse sobre ello, tomando como base instituciones como el HPIJNN o a los mismos padres de familia que pueden brindar información a los profesores para modificar el trato que brindan al niño.

Caso 8 *“En la escuela también lo tachan, es más, el mes pasado tuvimos un problema porque un niño le dijo que estaba loco, y mi hijo llegó súper deprimido y me dijo, -es que ya no quiero tomar pastillas porque no estoy loco-, cuando le pregunte de donde saco eso, me*

dijeron si tu no vienes todos los jueves por qué estás loco [...] le dije no tú no estás loco, ya te he dicho que el medicamento lo tomas para poder concentrar, también le dije que no se ande dejando de ese niño, siempre me lo molesta ” sic. Madre

Caso 14 *“En la escuela no lo aceptan, los niños no se dan cuenta, porque pues le hacen algo y no le parece, pero bueno yo trato de hablar con él, porque pues mi vida depende de él, tengo que ver como sale de la escuela para saber cómo tratarlo, lo primero que hago cuando voy a recogerlo es verle la cara porque ya sé que si sale feliz puedo hacer ciertas cosas, pero cuando sale enojado o triste tenemos que modificar otras cosas, hasta como tratarlo” Sic. Madre*

Caso 4 *“se lleva bien con los niños, pero como que de repente sus compañeros no entiende y es así como, le dicen -yo por que te voy a tener que dar la tarea- , porque luego el maestro la dicta, y no la alcanza a apuntar y es de, pásame la tarea y ya es cuando los niños como que se molestan” Sic. Madre*

En los casos anteriores podemos ver ejemplos de niños que han sido rechazados o vulnerados por sus compañeros de clase a partir del conocimiento que llegan a tener sobre su diagnóstico psiquiátrico y/o su tratamiento en el hospital, si como sociedad se diera prioridad a la educación sobre salud mental, a la igualdad y respeto que se le deben de tener a las personas que tiene alguna enfermedad mental, no se tendría este tipo de conductas y sobre todo, los niños no tendría por qué sentirse mal por llevar a cabo un tratamiento. Muchas veces es tanto el acoso que se tiene en la escuela, conocido como bullying que los niños o los padres toman la decisión de sacarlos de la escuela y pasarlos a otra institución o desertar de la educación:

Caso16 *“Le ponían apodo en la escuela, le decían la bizca y no sé qué tanto, en la escuela la señalaban de que ella fue la que hacia las cosas; entonces ella agarro tanto coraje que empezó a decir grosería y media y que quería que se murieran todos, lo más feo que dijo es que quería matar a todas sus compañeras, por eso la sacaron; no me dijo nada hasta que la expulsaron[...] Inv. ¿TERMINO LA SECUNDARIA? Si la termino pero la termino dentro de la casa, la expulsaron y pues estudio en escuela a distancia[...] Inv. ¿AHORITA ESTA ESTUDIANDO LA PREPARATORIA? No, nada más está en la casa, no quiere ir a trabajar y le busco trabajo y no se quiere ir a trabajar” Sic. Madre*

Caso 3 *“en la escuela hubo problemas, yo me entere que en su grupo estaba el agresor, yo fui a decirle a la escuela, pero ellos dijeron que no le haría nada, empezaron a hacerle bullying y los padres de*

otros niños me la señalaban, entonces la Trabajadora Social de aquí me dijo que había una escuela en hospital, entonces pues optamos por traerla aquí a la escuela y curso su primer año de secundaria y pues la verdad como que si le ha ayudado, la vi más tranquila, pero pues la verdad creo que es a mí a la que me da más miedo que regrese a la escuela ... mis papás no estaban de acuerdo, le decían a mi hija- yo voy a ver cómo le hago pero te saca de ahí-, yo creo que ella ni se podía concentrar, decían que veían que no avanzaba la niña, la maestra también me llevo a preguntar que por que estaba ahí, si la niña tenía mucho que aprender, pero pues yo la saque porque quería tenerla alejada de los niños y de los problemas que hubo[...] ella me decía que si le gustaba, me decía -no te preocupes mamá, no pasa nada- pero la verdad es que no le gustaba, me decía -es que ya me aburrí por qué no aprendo nada-” Sic. Madre

Caso 15 “iba en la escuela y yo la veía que estaba muy tensionada, ella iba en técnica y la veía súper presionada, me hablaban de la secundaria de que siempre se sentía mal [...] el doctor me decía que ella necesitaba de una escuela especial y entonces yo fui a ver esas escuelas pero me dijeron que ella no requería de eso, porque ella solo va a hacer manualidades, no va aprender, porque me decían que ahí solo hacían eso, manualidades, entonces un neurólogo me dijo búscale una telesecundaria; normalmente eso no se da en los estados, por eso es que la metí en el INEA ahí está haciendo su preparatoria” Sic. Madre

Caso13 “Bueno ahora que ya va a pasar a la primaria, me decía la directora que no veía a mi hija apta para un primero de primaria, entonces me mando hacer esas pruebas y me dijo -tiene que traerme el resultado de esas pruebas para que yo aquí mencione que tiene que recusar tercero-, [...]si me termina una primaria o una secundaria, hasta donde ella pueda y yo la voy a estar apoyando, la verdad no se que tanto vaya a lograr pero como vayamos escalando hasta donde ella pueda dar” Sic. Madre

Caso 11 “los niños salen a las 2:30 pero mi hijo no aguanta, entonces yo voy por él a las 12:30, yo quisiera que tuviera más tiempo, pero cuando entró a la primaria lo dejé a la 1:30 pero estaba ya muy ansioso, pero bueno dije prefiero calidad que cantidad, y bueno pues la maestra me manda de tarea lo que van a ver el tiempo que él no está en la escuela, es obvio que pues no tiene el nivel de los niños, va un poco atrasado, le choca la lectura y escritura, pero yo lo comprendo” Sic. Madre

3.2.4 Mitos y realidades que se tiene sobre los trastornos mentales

Conforme a lo preguntado a los entrevistados, los principales mitos enfocados a los hospitales psiquiátricos y las enfermedades mentales son:

- La gente que va a un hospital psiquiátrico o tiene algún trastorno es porque está loca, desquiciada.
- En los hospitales psiquiátricos les pegan, maltratan, violan, amarran, matan o que se mueren
- Que son personas que abandonan.
- Los doctores están más locos que los pacientes.
- El medicamento te hace adicto, no te curan, te duermen, o te la pasas dopada.
- Que ni ellos mismos (enfermos psiquiátricos) saben lo que hacen y te pueden lastimar.

A decir de los entrevistados estos mitos, fueron transmitidos, escuchados o comentados por vecinos, amigos, familiares y en conversaciones en la calle, con ello se afirma que los mitos son narraciones y creencias que de la sociedad emergen, ya sea por su veracidad o por su creación y que se van transmitiendo socioculturalmente, esto es, que a través de la sociedad y su cultura estos mitos van transmitiéndose de generación en generación.

Hay mitos que son más difíciles de creer y que por su origen primitivo, son más difíciles de encontrar en la actualidad; sin embargo, el poderío que la carga mágica-cognitiva que existe entre ellos nos deja ver la fuerza de estos en el pensar de nuestra sociedad; a continuación, se ejemplificar lo anterior:

Caso 15 “Inv. ¿QUÉ MITOS HA ESCUCHADO SOBRE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICO?”

Lo que he escuchado es que los tienen encerrados cuando ya están así como que muy enfermos, pero yo pienso que cuando llegan aquí realmente no llegan por una enfermedad, si no por algo que a lo mejor pasaron, algo igual que mi hija y no fueron atendidos de esa manera (exorcismos); porque ahorita se ha estado dando mucho en los jóvenes, precisamente el domingo me hablo la mamá de una compañerita que iba con mi hija a la escuela, que fallecieron dos muchachas por que jugaron la guiija, esas cosas son del demonio, y pues el demonio se las llevo[...] entonces realmente pienso que las personas que llegan aquí es por que jugaron algo y piensan que es por alguna enfermedad; y es algo que ustedes como médicos no pueden controlar esa situación o saber qué es lo que tiene, que es lo que pasa, ustedes como médicos les dan sedantes y los tienen tranquilos, dormidos para que ellos no estén con ese tipo de pensamientos, no estén intranquilos y así agresivos; entonces yo quiero pensar que es esa situación por eso mucha gente esta así, otros si por enfermedad, pero son los más graves” Sic.

Madre

Caso 16 *“Que se vuelven locos y se salen de su casa y se pierden, no sabe lo que pasa con ellos; los trastornos psiquiátricos son cuando ya no pueden controlarse, cuando ya no pueden controlar sus emociones por eso lleva a la muerte, es cuando ya no se pueden controlar y la ira ya está demasiado”*
Sic. Madre

Uno de los problemas que generan estigma dentro de la atención psiquiátrica son los mitos que se encuentran alrededor del tratamiento farmacológico en donde los padres comentan:

Caso 4 *“es que si existe como esta estigmatización en cuanto al medicamento sobre todo para los niños[...] pues también a mi familia le causa un poquito de problema porque dice, porque si son niños, están muy chiquitos”* Sic. Madre

Caso 12 *“en estos momentos me siento intranquila ya que su médico le acaba de mandar medicamento, yo no entiendo cómo porque le tenemos que dar medicamento y me dijo que es para su bien, pero no me gusta, lo hará dependiente al mismo, me dijo que para que estuviera más tranquilo y pues es como para dormirlo no?[...] siento que es una droga y pues con el tiempo le va a llegar afectar”* Sic. Madre

Caso 2 *“me empezaron a decir que tenía que tomar medicamento y que probablemente pues tenía que ser de por vida que no sabían, él tenía como 5 /6 años y ya con medicamento, si me causo conflicto lo del medicamento”* Sic. Madre

Caso 18 *“yo pues la verdad como que si tarde mucho en aceptar en que viniéramos aquí, decía no, es que no, y luego me dijeron tiene que medicarse y pues peor[...] nos decían es que va estar así como tontito, como si estuviera drogado, aislado”* Sic. Madre

Caso 5 *“De hecho, yo pensaba que quitándole el medicamento iba a ser su vida ya normal, pero ahora que vine, me dijo la paidopsiquiatra -esto no es algo que se quita o que se cura, es algo que se controla, a lo mejor se quita el medicamento, pero hay que estar al pendiente si llega a pasar, no pasa nada, es solamente el tener que retomarlo nuevamente y ver a tu doctor-”* Sic. Madre

En otros casos, aunque la figura materna y/ o cuidadora primaria está de acuerdo al tratamiento farmacológico del menor, otros miembros de la familia son quienes tienen cargas irreales de los medicamentos psiquiátricos, oponiéndose a este tratamiento o simplemente no se le hace de su conocimiento:

Caso 4 *“si sabe que viene al hospital, que viene a terapia, pero me dice que no tenía por qué ser así, que yo no tendría por qué hacer caso, más bien la del problema soy yo; que son ideas de los médicos y pues que es una pérdida de dinero[...] su papá no sabe que le doy medicamento, porque no le gusta, simplemente me pediría que se los dejara de dar”* Sic. Madre

Caso 7 *“Más que nada su papá es el que no acepta, yo lo traigo y le doy el medicamento, pero él no está de acuerdo con que se le dé el medicamento, él dice – mi hijo no está loco, el está bien, tiene todo y él puede, - le dio, pero lo voy a llevar a la terapia; a la plática y me dice -eso sí, pero que tome el medicamento no-”* Sic. Madre

Caso 18 *“Por parte de mi esposo ahí si no hay aceptación, sus abuelos, ellos no aceptan que él tome medicamento, como que todavía tiene muchas dudas, el problema es que cuando el niño se queda en su casa no le dan el medicamento”* Sic. Madre

Caso 3 *“Yo no quería, yo dije por que le van a dar medicamento a mi hija, si mi hija no está mal, antes se la pasaba llorando y era cuidarla de que no se fuera hacer algo o el estrés de pensar que si estaba allá arriba era porque se iba a cortar, teníamos que esconder cuchillos navajos, ya con el medicamento la veía más relajada, pero así que la viera toda atontada no”* Sic. Madre

Caso 13 *“la empezaron a medicar me dieron unas gotitas, que según era para que la mantuviera más tranquila, mi esposo me dijo que no se las diera, porque le hacían más daño, pero yo se las daba por que decía -pues por algo se las mandaron-, pero cuando yo trabajaba, no se las daba, y yo me molestaba mucho, porque le decía -es que tú no sabes por qué se la dan- y me decía -no es que le va a ser daño se va a quedar como dependiente del medicamento* Sic. Madre

Caso: 15 *“Decía la señora vidente, es que quítale los medicamentos no le hacen bien esos medicamentos, es que eso le están afectando, el problema que ella tuvo no requería de esos medicamentos, entonces se los quite, pero a ella le entro como una ansiedad”* Sic. Madre

La introducción de los psicofármacos, significó la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, la psicofarmacología contribuyó a disminuir paulatinamente el tamaño de los hospitales psiquiátricos y el número de los pacientes mentales hospitalizados, con la creación del tratamiento farmacológico nuevos mitos e historias de estigmatización surgieron alrededor de estos, creándose un movimiento denominado anti-psiquiatría, el cual ha señalado a los enfermos psiquiátricos como víctimas inocentes de un sistema capitalista que busca el enriquecimiento de las farmacéuticas y no su bienestar, enclaustrando al enfermo psiquiátrico como una persona narcotizada, la cual no puede ser productiva para la sociedad. Lo que debe quedar como algo trascendental, es que, un trastorno psiquiátrico no implica

interrupciones en la realización del proyecto de vida personal, por lo que actualmente lo que se busca es reinsertar en la sociedad a las personas que padecen algún trastorno mental.

3.3 Propuestas de las familias para disminución y prevención de estigma y exclusión del paciente psiquiátrico

Al pensar en un listado de posibles recomendaciones para favorecer una mayor y mejor integración de las personas con alguna enfermedad mental, lo primero que se hace evidente es la absoluta necesidad de contar con medidas transversales, que favorezcan a los distintos ámbitos de la actividad social de forma simultánea y que permita recrear sinergia a las distintas entidades, medios de comunicación, y demás agentes sociales implicados. Desgraciadamente el estigma y la exclusión de la enfermedad mental no va desaparecer con algún grupo de acciones específicas, sino que nos encontramos ante un problema de muy compleja y necesariamente prolongada solución. Es decir, cualquier plan que se emprenda debe contemplar acciones masivas y de amplio espectro, estableciendo objetivos a corto, mediano y largo plazo. (Muñoz, M; Perez, E; Crespo, M y Guillen, A; 2009: 375).

Como parte de la investigación y retroalimentación, a los familiares de los pacientes que formaron parte del estudio, se realizó un grupo informativo en el que se dieron a conocer los resultados obtenidos en las entrevistas, dividido en tres sesiones, la primera se brindo información teórica sobre la exclusión y el estigma de pacientes psiquiátricos, en la segunda sesión se expusieron los resultados de la investigación y por último se realizaron en conjunto con los asistentes las siguientes estrategias para la prevención y disminución de las conductas y/ o comportamientos de exclusión y estigmatización de pacientes psiquiátricos:

Educación de salud mental en el núcleo familiar

- Hablar y saber manejar sentimientos y emociones.
- Dedicarles tiempo a los niños y adolescentes para una escucha adecuada, proponer no imponer, siempre preguntar su opinión sobre los temas, hablar de los que a ellos les es importante.
- Hablar de otros trastornos mentales en el núcleo familiar, dejar claro que todos somos seres humanos y tenemos la necesidad de ser tratados con cariño y respeto.
- Realizar actividades recreativas y deportivas que ayuden a la estimulación emocional y sentimental.

- Tener presente en el núcleo familiar las diferentes alternativas para apoyo de salud mental (psicólogos y psiquiatras).
- Desarrollar en los niños empatía y tolerancia con las demás personas.
- Como adultos evitar prejuicios en las actitudes, comportamientos y comentarios, que sean vistas por los niños.

Información oportuna sobre enfermedades mentales

- Conocer que diagnóstico y tratamiento se le está dando al paciente.
- Conocer las características que se presentan en los trastornos (recordando que cada persona es diferente).
- Conocer efectos secundarios del tratamiento farmacológico.
- Aceptar que las personas tienen diferencias y no toda la carga genética va ser positiva, además de que llegan a ver eventualidades que marcan nuestra vida.
- Aceptar sin culpar a nadie la enfermedad o trastorno de nuestro hijo o paciente.
- Investigar de fuentes confiables, tener presente que el personal de salud mental será la mejor opción para aclarar cualquier duda.
- Informarse y acudir a conferencias, pláticas, curso y todo lo que ayude a conocer más sobre temas de trastorno mentales.
- Tener en cuenta que el tratamiento y proceso de apoyo a la enfermedad es una triada entre tratamiento (farmacéutico y terapéutico), familia y paciente.

Identificar y potencializar las diferentes redes de apoyo que se tienen; como la familia fuera del núcleo principal, amistades y/o instituciones que asesoren sobre las necesidades o problemáticas que se tiene en la familia.

En definitiva, se trata de iniciar el cambio de estereotipos, que permitan eliminar los prejuicios y los comportamientos de estigmatización y exclusión hacia las personas con enfermedades mentales y sus familiares; la utopía es conseguir lo mismo que la lucha contra la discriminación por raza, género u orientación sexual.

CONCLUSIONES

Como se refirió al principio de la investigación y cumpliendo con la interrogante planteada, los factores socioculturales si influyen en la manera de obtener valores, conductas o comportamientos que pueden derivar en una exclusión o estigmatización de paciente con algún trastorno psiquiátrico; en este caso, durante la etapa infantil o la adolescencia; con base a las entrevistas realizadas los antecedentes familiares, el contexto social, la religión, los medios de comunicación, el internet y las instituciones educativas son algunos agentes socioculturales que generan puntos de partida para conceptualizar, imaginar, o tener idea de lo que es un trastorno psiquiátrico; a partir de esto se forja o crea valores que pueden influir la manera de excluir y estigmatizar a algo o a alguien.

Esto gracias a que mediante la cotidianidad de la socialización el individuo va creando imágenes y conceptos a los que definimos en nuestro primer capítulo como estereotipos, muchas veces estos estereotipos son presentados por la sociedad como algo negativo, transformándolo en un prejuicio, estos prejuicios no siempre se quedan en pensamientos negativos hacia cierto grupo, objeto o características de algo o alguien, sino que se externalizan con el fin de hacer sentir al otro diferente o verlo como algo vulnerable. La familia al ser nuestro primer grupo social y tener esta carga sociocultural, será la encargada de generar o dispersar ese tipo de pensamientos o comportamientos; por ello si dentro del núcleo familiar se instituyeron pensamientos o conductas negativas en torno a la salud mental y los trastornos psiquiátricos, será difícil aceptar que un integrante de la familia atraviese por una enfermedad mental.

A lo largo de la historia, los factores socioculturales han perpetrado cierta idea de un trastorno psiquiátrico en la sociedad, sus mitos y realidades han transitado el pensar de una psiquiatría que involucraba maltratos, encierros, abandonos y agresiones; a una en donde en ocasiones se encuentra narrativas negativas ante el tratamiento farmacológico, creyendo que los efectos secundarios provocan una inadaptación social en el individuo que los consume. Como fundamento teórico recordemos que el interaccionismo simbólico indica que a partir de la interacción con los otros (sociedad) influyen y fundamentan la manera de ver mi “yo” y la construcción que vamos haciendo de este a lo largo de nuestra vida, de acuerdo a los factores externos. Así mismo, las interacciones e influencias que tenga cada uno de los integrantes de la familia como las amistades y personas externas al núcleo familiar, determinará el significado que se le dé a la enfermedad, por lo que el concepto que tiene una familia sobre las

enfermedades mentales puede ser distorsionado o educado según las circunstancias y la imagen que desde el contexto cultural y social se dé.

Por su parte la teoría fenomenológica, sirvió como base fundamental para la interacción que se llevo a cabo durante la entrevistas; cuyo propósito era comprender la experiencia vivida de las personas en relación con su vida cotidiana; reconociendo, describiendo y expresando su sentir y el significado ante la enfermedad mental y las consecuencias positivas o negativas que ellos perciben en su núcleo familiar y su contexto sociocultural.

Así, de acuerdo a las entrevistas, si la familia está rodeada de conocimiento sobre el trastorno mental que tiene el niño o adolescente ya sea por antecedentes familiares similares a la enfermedad o por una educación activa y conjuntamente cuentan con redes de apoyo como amistades, otros familiares, instancias educativas; la facilidad de entender la sintomatología y el tratamiento del menor generará una adherencia al mismo, además de que la familia dotará al menor de información adecuada según su desarrollo para que conozca su enfermedad y en un futuro él o ella cuiden de su salud.

Por otro lado si la familia es receptora de información errante a los trastornos mentales, y no cuenta con redes de apoyo que fortalezcan la aceptación de la enfermedad; trataran de esconder o proteger al menor de aquellos que ven o creen amenaza para el niño o adolescente, incluyendo a otros familiares, amigos, compañeros de escuela o hasta las mismas instituciones que brindan atención psiquiátrica; esto podría generar sentimientos negativos (como apatía) en el niño o adolescente sobre su trastorno; lo que podría llevarlo a descuidar el tratamiento, y como consecuencia una deserción en el mismo.

Si dentro del núcleo familiar se genera una dinámica inadecuada, con problemas de agresión e incomprensión, el desarrollo de un niño se verá mermado, aunado a esto los problemas emocionales, físicos y/o conductuales que trae consigo una enfermedad mental hará más difícil el efecto del tratamiento terapéutico y/o generará en el menor otro tipo de trastorno como depresión, ansiedad, inadaptación social, etc., cayendo en conductas de exclusión y/o estigmatización.

Con base a los factores sociales que se retomaron para esta investigación; en la actualidad las creencias religiosas tienen diferentes formas de asociación con respecto a los factores que la integran, a la mayoría de las familias entrevistadas les brinda tranquilidad y fe con respecto a los problemas de salud que presenta su familiar; sin embargo, no define la manera automática de tomar decisiones sobre el tratamiento que debe llevar a cabo el menor. Fuera del núcleo

familiar se encontraron narrativas de asociación de la psiquiatría con “demonios” o “seres malignos”, y prácticas como el exorcismo; que dejando de lado si beneficia espiritualmente o no a la familia y paciente, son conductas que confunden la existencia de problemas de salud muchas veces graves, como trastornos psiquiátricos o neurológicos, que posterga un tratamiento eficiente y agrava más la sintomatología de la persona.

En cuanto a los medios de comunicación masivos, la televisión sigue siendo el de mayor alcance en las familias que se entrevistaron; sin embargo, se tiene la idea de que este medio solo puede ser utilizado con fines de entretenimiento y no de información ya que se percibe términos peyorativos o prejuiciosos, con dramatizaciones exuberantes, relacionando a la enfermedad mental con prácticas peligrosas y de violencia. Otro medio idóneo para el intercambio de información por su gran apertura internacional y su distribución de datos, es el internet, que en cuanto su veracidad y apoyo en temas como la psiquiatría, pueden generar una ambivalencia; por un lado, puede ser de gran ayuda en cuanto al entendimiento de diagnóstico, sintomatología y características, dando a conocer el tratamiento farmacológico; por ejemplo, los efectos secundarios. Por otro lado, debe de tomarse en cuenta que mucha de la información colocada en blogs, son experiencias de personas que están o pasaron por la misma problemática, donde se debe de tomar en cuenta que cada persona tiene una fisonomía diferente y por ende el actuar del medicamento y tratamiento no será el mismo para cada sujeto; además que debe tomarse en cuenta otros factores como el contexto y la cultural en el cual se ha desarrollado cada individuo, como se ha hecho mención en esta investigación. Sin duda, el internet ha venido a mejorar y facilitar la vida de muchos, pero al igual que otros medios de comunicación debe de considerarse y analizar la información que se obtiene, para ello existen paginas oficiales de instituciones educativas, organizaciones internacionales y dependencias de gobierno que ayudan a mejorar el conocimiento, sin dejar a un lado la preparación que tiene cada profesión, la cual dará información más acertada.

Pasando al ámbito educativo, la escuela al ser el segundo espacio donde los niños aprenden a socializar, tendría que constituir un espacio que propicie la interacción, aceptación, inclusión, confianza y solidaridad entre los integrantes, pese a su condición física y psicológica de cualquier persona que sea parte de la comunidad estudiantil. La inclusión de la educación sobre salud mental y el aprendizaje de los diferentes trastornos mentales pueden crear en las personas esa empatía hacía con los que presentan algún padecimiento psiquiátrico.

Dentro de las instituciones educativas el entendimiento debe empezar desde los profesores, ya que muchas veces no se cuenta con el involucramiento, creyendo innecesario conocer sobre esos temas, se deben contar una preparación sobre salud mental para detectar cuando un niño necesita ser canalizado algún apoyo psicológico o psiquiátrico; por otro lado contar con estrategias y conocimientos para involucrar o trabajar en el aula con los niños diagnosticados con un trastorno psiquiátrico para contribuir a su desarrollo cognitivo y facilidad de aprendizaje, lo que generará una dinámica oportuna dentro del aula con un ambiente confortable para él menor, el profesor y los compañeros.

Para ello también es necesario contar y abrirse al trabajo multidisciplinar que se tenga dentro de la institución; como el involucramiento de otras dependencias que brindan sustento psicológico y psiquiátrico de los cuales pueden apoyarse, justo para acercarse a estas estrategias de detección y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en la niñez y la adolescencia; como lo es el HPIJNN. Actualmente se aprobó una reforma que establece como figura indispensable y necesaria al Trabajador Social en todas las escuelas de educación básica; con ello el gremio de Trabajo Social tiene la posibilidad de incursionar una vez más en programas, acciones y proyectos que promueva problemas y necesidades a favor de la niñez y adolescencia de nuestro país y que tiene como base fundamental la educación, por lo que se debe de promover la educación a la salud mental, a partir de esta vinculación entre profesionales especializados en enfermedades mentales y escuelas.

Esta investigación solo es una mirada de las muchas perspectivas que se le puede dar al tema de estigmatización y exclusión a pacientes psiquiátricos infantiles y adolescente; los factores socioculturales aquí mencionados no son los únicos, ni todos los que pueden influenciar o afectar a un sujeto en cuanto a su pensar sobre la salud mental, además de que se puede trabajar con otro tipo de población como la adulta o adulta mayor, logrando generar otras perspectivas. Al trabajar con un tema sumamente cualitativo, la subjetividad abre muchos panoramas de análisis, por lo que se debe de considerar que existen otros factores como los económicos, políticos y demás, con un considerable impacto dentro de las directrices de la sociedad y que indiscutiblemente tiene un quehacer en cuanto al tema de exclusión y estigmatización del paciente psiquiátrico, considerándolo como tema de discusión para otras posibles investigaciones, con ello se infiere que esta investigación no busca una verdad absoluta, sino, ser un punto de partida que ayude a la disminución y erradicación del estigma y exclusión a los trastornos mentales; cuyo fin es abrir nuevos debates y miradas dentro de Trabajo Social y para la sociedad.

Actualmente el gremio de Trabajo Social en el área psiquiátrica ha trabajado e intervenido con técnicas y actividades que han ayudado a tener un mayor alcance en la vinculación sujeto – enfermedad- contexto; por ejemplo, la implementación del estudio psicosocial que es una técnica que permite organizar la información obtenida, para conocer al individuo y su entorno social, centrándose en el conocimiento del desarrollo del individuo tanto en el núcleo familiar, como en su ambiente social, a lo que llamamos contexto. El cual se enfoca en los antecedentes mórbidos, antecedentes personales, antecedentes familiares; apoyado en ocasiones con la implementación de la visita domiciliaria, que ayudan a obtener un diagnóstico psicosocial y plan de acción. Por su parte los grupos psicoeducativos e informativos han dado otra perspectiva al conocimiento sobre enfermedades mentales, al ser un proceso que implica la re-conceptualización de lo que se cree conocer sobre un trastorno o enfermedad mental, a partir del afrontamiento y aprendizaje de habilidades que educan al paciente y/o a su familia sobre las causas y efectos de la enfermedad, así como sus fortalezas, recursos y habilidades para contribuir a su salud y bienestar.

Sin embargo, incluir los significados y el entendimiento sociocultural, enriquecerá la forma de intervenir con el paciente y sus familiares; ya que visualizaremos su identidad como individuo y como sujeto social, el cual está influenciado o no por ciertos factores que pueden ayudar o afectar el alcance de la enfermedad, dando importancia al tratamiento y adherencia al mismo. Con esto se busca considerar en el estudio psicosocial y los grupos psicoeducativos e informativos factores como la religión, los medios de comunicación, las instituciones educativas y la sociedad en general con sus creencias y mitos, que nos lleven más allá que la exploración del desarrollo dentro de su contexto, para ello se puede retomar la guía de entrevista utilizada en esta investigación la cual se coloca en la parte de anexos.

En cuanto los grupos psicoeducativos, se sugiere implementar técnicas vivenciales que indaguen los significados de ciertos objetos, imágenes, conceptos que ayuden a entender esas influencia y creencia en la dinámica familiar en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. Además, debe de considerarse la implementación de estos grupos en otras instancias, como escuelas, iglesias, vecindarios, que sean impartidos por personal capacitado de instancias como el HPIJNN (psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales).

Las propuestas estratégicas son:

1. Las que tiene el propósito de abordar la interpretación y el significado que le dan los pacientes a sus necesidades y problemas, se propone agregar dentro del estudio social o psicosocial, y en la organización de grupos de orientación, información o psicoeducativos; factores socioculturales (religión, medios de comunicación, internet, instituciones educativas, entre otros) que indaguen los aspectos cognitivos y sensoriales de las personas.
2. Cubrir la necesidad de informar a la sociedad sobre salud mental y los trastornos mentales, organizar grupos psicoeducativos, informativos y de orientación en espacios como escuelas, vecindarios que ayuden a la promoción y conocimiento de los trastornos mentales
3. Aquellas que contribuyen a tener un mayor alcance de información en cuanto a los servicios y conocimientos de los trastornos mentales, vincular el servicio de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico con otros departamentos o áreas de trabajo social de otras instancias, en un inicio sería conveniente involucrar a los que pertenecen a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y una vez cubiertas este vínculo; trabajar con otras esferas como la educativa.
4. Orientar la intervención del gremio de Trabajo Social a una mirada sociocultural, es decir, integrar aspectos como costumbres, mitos, significados, sentimientos, formulación de conceptos o estereotipos; que permitan una dimensión más amplia de la situación – problemas y con ello un abordaje más fundamentado.
5. Integrar a grupos multidisciplinarios de salud mental comunitaria donde trabajo social sea un eje elemental en la previsión, promoción y detección de indicadores que promuevan o generen exclusión o estigmatización en personas con algún trastorno mental, que ayude a la deducción de los estereotipos que rodean esta problemática social, a partir de campañas informativas.
6. Y las que van dirigidas a instaurar y considerar como eje fundamental las políticas públicas que ayuden a sustentar el marco informativo de la salud mental y considerar un respaldo jurídico en cuanto a la exclusión y estigmatización entorno a las personas con trastornos mentales.

Indiscutiblemente Trabajo Social al considerar los factores socioculturales en la valoración de la dinámica familiar con su entorno, enriquecerá aún más su intervención profesional, pues es a partir del propio sujeto o la familia quienes conocen vívidamente el significado y la importancia de la enfermedad los que brindan la información sobre su sentir y actuar, misma que al sistematizarse pueden llevar al Trabajador Social a la formulación de nuevos modelos de intervención más eficaces en función de aminorar los factores estresantes devenidos de una sociedad multicultural y muchas veces excluyente. Quedando claro que Trabajo Social desde una mirada sociocultural debe diseñar e implementar procesos de intervención social en la atención del conjunto de necesidades y problemas surgidos en la trayectoria de la persona con su enfermedad, desde la propia interpretación y percepción del sujeto de acuerdo con su administración cultural; tomando en consideración que un proceso de enfermedad se vive y experimenta no solo desde su construcción biológica, sino también desde su construcción social y cultural que inciden en dicho proceso y que afectan todo el trayecto que el paciente y su familia transita en la vivencia del diagnóstico.

Las exigencias presentes, resultantes de la propia dinámica social y del avance de la ciencia y la tecnología, requiere que se brinde respuesta a requerimientos nacidos de la misma práctica. Para Trabajo Social las relaciones sociales y culturales que se establecen entre los individuos se vuelven tan complejos hasta propiciar desigualdades sociales, problemas sociales, necesidades y demandas de carácter social, que requieren ser atendidas por profesionistas como el Trabajo Social. Sin embargo, una pregunta en suspenso habría que asentar ¿A caso no hay otras disciplinas que puedan intervenir con las familias de pacientes menores quienes padecen de una enfermedad mental la cual podría ser objeto de estigma y exclusión social? La respuesta es, sí; la diferencia estriba en los modelos intervención familiar y en cuya forma de abordaje el Trabajador Social deberá construir a partir de modelos teóricos que a la postre surgieran de su propio quehacer profesional –eso estaría por verse-.

La importancia de la sociocultura en el ámbito de Trabajo Social, es que en la sociedad, existen campos dinámicos y entes instituciones públicas, y organizaciones no Gubernamentales, donde el profesional del Trabajo Social asume funciones de intermediación entre estas instancias, las políticas sociales con las que opera y los usuarios que desean hacer uso de las mismas.

Desde sus orígenes el Trabajo Social ha orientado su acción profesional de acuerdo a las políticas sociales dictadas por el Estado para atender las necesidades sociales surgidas a partir de las relaciones sociales que se establecen entre los hombres; de esta forma conocer las

contradicciones e insuficiencias del desarrollo sociocultural, es un indicador de las limitaciones generadas por el propio desarrollo de la sociedad, esto condiciona la sensibilización y concientización sobre su realidad permitiendo generar alternativas de solución a aquellos problemas culturales que urgen ser resueltos.

A partir de una visión sociocultural Trabajo Social puede a través de sus modelos y metodologías pasar del nivel ideológico (manifestaciones y representaciones), a la conceptualización racional, científica, de la realidad a través de trabajos analíticos a lenguajes para dar cuenta de sus múltiples determinaciones. Cada categoría contribuye con su aporte conceptual a la conformación de un cuerpo sólido que permita desarrollar una dirección científica de los procesos socioculturales con los objetivos reforzar la identidad cultural y el sentimiento de pertenencia, así como la creación de nuevos valores y bienes, lo que al mismo tiempo se relaciona directamente con la necesidad de potenciar la subjetividad humana para un proceso de su propio desarrollo.

Lo anterior coadyuvaría a que el Trabajo Social participe en la solución de la problemática de manera más integral, a partir del conjunto de determinaciones que hacen posible la existencia de los fenómenos, así se evitaría la visión reduccionista del objeto de intervención hacia lo social únicamente, por lo que se propone incorporar desde un aspecto curricular la importancia de una mirada sociocultural, que en conjunto con los conocimientos teóricos que se poseen, reforzaría el rigor de su quehacer en una dimensión ampliada del conocimiento, de la participación y de la transformación de su objeto de intervención con la posibilidad de acceder a niveles científicos superiores a los que en la actualidad se ubican; cavilando que en un futuro próximo pretenda conformar una especialización de Trabajo Social en Sociocultura, entonces las familias tendrán un conjunto de diferentes profesionistas que atenderán sus necesidades relacionadas a la estigma y la exclusión que afecta su vida cotidiana, pero con diversos métodos, técnicas y estilos que le permitirán demandar a su atención legítimamente selectiva. En conclusión la incorporación sociocultural situaría al Trabajo Social en un peldaño más de su desarrollo considerándola una profesión capaz de dar respuesta a las necesidades que se requieren para la atención psiquiátrica.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masso
2. American Psychiatric Association (APA). (2015). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. Barcelona: Masso
3. Andreé, M (1974) *Sociología de la familia y del matrimonio*. Barcelona: península
4. Aylwin, Nidia y Solar, María. (2002). *Trabajo social familiar*. Chile: universidad católica de chile
5. Barrera, Raúl (2013) *El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales* Artículo No. 343. Barcelona: **Universidad Autónoma de Barcelona/** Historia y Ciencias Sociales
6. Bautista, A (1990) “comunicación social y sentido: hacia el futuro de la psicología social”. en Arciaga, S (2004) *Del pensamiento social a la participación: estudios de psicología social en México*. México, DF: SOMEPSO
7. Camacho, Ana y Róbelo, Olga (2004). *La dinámica familiar de los pacientes psiquiátricos con trastorno obsesivo compulsivo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente Muñiz* (tesis). México: ENTS – UNAM
8. Camarena, M y Tunal, R. (2009). *La religión como una dimensión cultural*. México: Nómada, núm. 22
9. Carabaña, J. y Lamo, E. (1978) “*La teoría social del Interaccionismo simbólico: Análisis y valoración crítica*”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1, 159-203.
10. Castells, M. (2001). *La era de la información. El fin de milenio*. Volumen 3. Madrid: Alianza Editorial.
11. Cicchelli – Pgeautl, Catherine y ciccheli, Vincenzo (1999), *Las teorías sociológicas de la familia*. Buenos aires, editorial nueva visión
12. Clasificación internacional de enfermedades 10ª edición (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento* (F00 – F99).OMS
13. Cooley, Charles, H (1964) *Naturaleza Humana y el orden social*. New York Scribner’s.
14. De la fuente, R; Medina, M y Caraveo, J (1997). *Salud mental en México*, México: Fondo de cultura económica
15. Fariña R, Caballero D, Morán F, Silvero J, Suárez R, Weberhofer J, (2017). *Epi-demiología de los trastornos mentales en niños y adolescentes: un estudio del Departamento de Psi-quiatria de la Infancia y la Adolescencia del Hospital de Clínicas*, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. *Medicina Clínica y Social*;1(3):192-200.

16. Fernández, Miguel Ángel (2004) *El impacto de la enfermedad en la familia* Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM
17. Fornäs Johan (1995) *Cultural and Late Modernity*. Londres: Sage Publications,
18. Foucault, M (1979). *Microfísica del poder*, Paris: La piqueta
19. Foucault, M (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. México: fondo de cultura económica
20. Gallegos, R (2003) *Ideología, identidad y cultura*. Guatemala
21. Garfinkel, (1967) *Estudios en etnometodología*, New York Prentice-Hall
22. Goffman, E (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*, amorrotu editores: Buenos Aires – Madrid, decima impresión
23. Jiménez, D (2003) *Importancia de la familia en el proceso de enfermedad del paciente crónico*, Edo de México, UNAM iztacala (tesis)
24. Juárez, J. & Rouquette, M. (2007). “el pensamiento social: arquitectura y formas de estudio”. En Aguilar, M. & Reid, A. (coord.) *Tratado de psicología social*. México: UAM – I /Anthropos.
25. Link, Bruce y Phelan, jo (2001). *Estigma y desigualdad social*. Países bajos: Springer
26. López, Raúl y Deslauriers, Jean - Pierre (2011) *La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social*. Revista de trabajo social y ciencias sociales margen No. 6, Mazatlán: facultad de trabajo social de la universidad de Mazatlán
27. Guines, M, (2011) *Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastornos obsesivos compulsivos y sus familiares*. Instituto naciona de psiquiatría ramón de la fuente muñiz. Salud mental no. 34.
28. Mehta, S; farina, A. (1998) Associative stigma: Perceptions of stigmatized fathers. Journal of social and clinical Psychology.
29. *Modelo de evaluación del funcionamiento familiar: guía de Mc. Master*. (2013) Presentación materia trabajo social en atención individualizada. ENTS – UNAM ciclo 2013 – 2
30. Monroy, A (2015). “la interculturalidad en la salud como estrategia de intervención y atención para trabajo social: el caso de personas indígenas oncológicas. En Inzúa, V (2015) *Pueblos originarios e interculturalidad*. Revista de la escuela nacional de trabajo social VII época 08. ENTS – UNAM
31. Morales, J.F; Gaviria, E; Moya, M. y Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill

32. Muñoz, M; Perez, E; Crespo, M y Guillen, A (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense, S.A.
33. Niethardt, E. G (2007). *La empresa familiar y sus protagonistas*. Buenos aires: Dunken
34. Nogales, I; Ulloa, R; Rodríguez, R; Palacios, L; Vásquez, J; Mujica, A Cárdenas y De la Peña, F. (2017) *Guías clínicas de HPIJNN: Depresión*. México D.F: Secretaria de Salud
35. Oltra, Benjamín (1995). *Cultura y tiempo*. Madrid: Aguacalera,
36. Pastor, Gerardo (1988) *Sociología de la familia*. Salamanca: sígueme
37. Peña, Jaime (2015) *Influencia y cambio social*, México: UAM-I
38. Pérez, Mercado y Espinoza, 2009: *La Familia y los procesos de enfermedad*. Área de Ciencia de la Salud Unidad Académica de Medicina UAN
39. Pineda, R (2018). *Aspectos de comportamiento social que integran el estigma*. HPIJNNN: CDMX
40. Practica de especialización 1912. (2018) *informe final- análisis institucional*. HPIJNN/ ENTS-UNAM: CDMX.
41. Secretaria de Salud (2013) *Programa sectorial específico de salud mental 2013 – 2018*. México
42. Ramírez, Isabel (1992). *El trabajo social familiar*. Madrid: Universidad Complutense.
43. Ritzer, G. (1993) “*Interaccionismo simbólico*”, en *Teoría Sociológica Contemporánea*, México: McGrawHill, 213-261.
44. Rodríguez, S (2016) *Diccionario etimológico griego – latín del español*. Buenos aires: ESENEFE
45. Sánchez, A y Jiménez, M (2013). *Exclusión social: fundamentos teóricos y de la intervención*. Trabajo social Global. Revista de investigaciones e intervención social, Vol. 3 No. 4
46. Tezanos, J.F. (1999a). *Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas*. Un marco para el análisis. En: J.F. Tezanos (ed.). *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Tercer Foro sobre Tendencias Sociales. Madrid:Editorial Sistema.
47. Tinoco, A, Josué R.; González, M; Arciga, S. (2009). *Factores de la religiosidad y preferencia política en estudiantes universitarios*. México: Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 14, núm. 2, julio-diciembre, 2009.
48. Villar, Feliciano (2003) *Las perspectivas contextual y sociocultural*. Psicología evolutiva y psicología de la educación. Barcelona: departamento de psicología y psicología evolutiva de la universidad de Barcelona

1. Cárdenas, Yurani (2014). *Normalidad*. Revista electrónica Psyconex, psicología, psicoanálisis y conexiones, Vol. 6 No. 9, Medellín. Recuperado de: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/viewFile/22446/18580>
2. Carny, C (2012) *Enfermedades mentales y sociedad*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/enfermedades-mentales-y-sociedad>
3. Dantas, D & Moreira V (2009). El Método Fenomenológico Crítico de Investigación con Base en el Pensamiento de Merleau-Ponty. Revista Terapia Psicológica, diciembre 2009 Vol. 27, N° 2, pp. 247-257. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200010
4. Dreher, J (s/a). Fenomenología: Alfred Schutz y Thomas Luckmann. Universidad de Konstanz recuperado de <http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/MetodologiaMaestria/Dreher.pdf>
5. Escuela Nacional de Trabajo Social(2018). Que es el T.S. recuperado de: <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>
6. Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014). Definición de Trabajo Social. Recuperado de : <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
7. IESM – OMS (2001) Informe sobre el sistema de salud mental en México. México: secretaria de salud de México, organización panamericana de la salud y organización mundial de la salud. Recuperado de : http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
8. Moreno, S (2014). La Entrevista Fenomenológica: una propuesta para la Investigación en Psicología y Psicoterapia. Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies, vol. XX, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 71-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357733920009>
9. Organización de las Naciones Unidas (2004). *Definición de salud*. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
10. Organización mundial de la salud OMS (s/a). *10 datos sobre salud mental*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/
11. Poza, M; Valenzuela, M; y Becerra, D (2007) *Guía clínica: trastornos por déficit de atención e hiperactividad*, México: Secretaria de Salud. https://www.google.com.mx/search?q=epidemiologia+del+juan+n+navarro&oq=epidemiologia+del+juan+n+navarro&aqs=chrome..69i57j0.6241j0j8&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8
12. Real Academia Española (2018) Estigma. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=Gru2UbO>

13. Real Academia Española (2018) Socio. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=YCEoCca>
14. Ruedas, M; Ríos, M y Nieves, F (2007). Epistemología de la investigación cualitativa. Revista artículos arbitrados Año 13, núm. 46, julio, agosto, septiembre 2009, pp. 627 – 635. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/31247/1/articulo7.pdf>
15. SAP- Servicio de Atención Psiquiátrica (2015) servicios HPIJNN. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Csap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-infantil-juan-n-navarro>
16. Universidad de Jaén (2018) Metodología cualitativa. Recuperado de : http://www.ujaen.es/investigat/ics_tfg/enfo_cuali.html



ANEXOS





Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social
Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”
Departamento de Trabajo Social
Carta consentimiento informado



La Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENTS-UNAM), en coordinación con el Departamento de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, han aceptado el proyecto elaborado por la pasante **Rosa María Anychael Pineda Nápoles**, denominado: *La exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar*. El propósito de este trabajo es analizar: como los parámetros éticos, ideológicos, culturales y conductuales de la sociedad, pueden generar en el núcleo familiar actitudes que pueden derivarse en una estigmatización o exclusión del menor que afecten su desarrollo psicosocial. Entendiendo estigmatización como: la forma en que podemos llegar a pensar y juzgar a una persona según algunos atributos o características que lo categorizan en un grupo al que rechazamos, desacreditamos o desvalorizamos; en cuanto a la exclusión podemos definirla como: una serie de actitudes o comportamientos que niegan la pertenencia de algo a alguien; si bien podemos ver a grandes rasgos que una puede derivar a la otra.

Dicho proyecto consiste en la búsqueda de esas actitudes, comportamientos, mensajes o narraciones que se dan dentro del núcleo familiar, a partir de entrevistas a los familiares de pacientes de éste nosocomio; los cuales fueron seleccionados con anticipación conforme a la revisión de expedientes, en donde se tomaron en cuenta: domicilio del paciente y su familia, tipo de familia y tipo de trastorno psiquiátrico.

Este proyecto no forma parte del tratamiento, sin embargo se busca poder brindar al final de este, una serie de estrategias que ayuden a los integrantes del núcleo familia a disminuir o prevenir actitudes y comportamientos que los lleven a estigmatizar y excluir al paciente. Cabe aclarar que en lo referente a la participación en este proyecto, usted o su paciente pueden cambiar su decisión en cuanto a continuar o abandonar el proyecto en cualquier momento, sin ningún problema o repercusión en su atención dentro del hospital. La participación es voluntaria y toda información concerniente a la confidencialidad, uso y revelación de la salud de su paciente y su familia serán utilizados única y exclusivamente con fines académicos. Usted y su paciente pueden formular las preguntas necesarias sobre cualquier cosa que no entiendan; el personal del estudio contestara las preguntas antes, durante y después del estudio; además de que usted será informado de los resultados obtenidos parcialmente y al finalizar dicho estudio.

En caso de ser necesario para aclaración de dudas puede contactar a la pasante a cargo **P.L.T.S. Rosa María Anychael Pineda Nápoles**, a la **Licenciada en Trabajo Social Irma Galicia Cabello** (Jefa del Departamento de Trabajo Social), a la **Licenciada en Trabajo Social Julieta Robles Onaya** (supervisora del departamento de trabajo social) o a la **Licenciada en Trabajo Social Claudia Cecilia López Olmedo** (asesora de dicho proyecto) las cuales podrán ser localizadas en el Departamento de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro o directamente en los teléfonos 55 28105952 o al 55734844 ext. 133 o en los correos anychaelp@gmail.com o clinicadelasemociones2015@gmail.com.

Ante lo mencionado y explicado: He leído o han dado lectura esta carta de consentimiento, de forma que yo entienda en qué consiste el proyecto. Me han explicado totalmente el contenido y el significado de esta información. He tenido tiempo y oportunidad de formular cualquier pregunta sobre el estudio y sobre este documento y todas las preguntas se me han contestado. También he leído todas las páginas de este documento de consentimiento.



Estancia sobre el hospital - diagnostico

- ¿Cuánto tiempo tiene de atenderse en este nosocomio?
- ¿Cómo fue que los refirieron o llegaron a este nosocomio?
- ¿Cómo se sintió cuando los refirieron a este hospital? ¿Por qué?
- ¿Cómo ha sido su historia dentro del hospital? (si los cambiaron de clínica, diagnostico, médicos, cuantas veces ha sido internado el niño o adolescente, si han presentado problemas)
- ¿Qué es lo que sabe sobre ese diagnostico? (como lo ha presentado su paciente)
- ¿Creen que su familiar está bien diagnosticado? ¿Por qué si y por qué no?
- ¿Qué cambios ha visto durante este tiempo? (Tanto en aspectos físicos/Actitudes)
- ¿Ha encontrado actitudes o comportamientos dentro de este nosocomio en donde excluyan o discriminen al paciente? (que digan que está loco, para que toma el tratamiento, etc.)

Conocimientos, actitudes o comportamientos anteriores al tratamiento en el HPIJNN

- ¿Qué es para ustedes un trastorno o enfermedad mental?
- ¿Por qué cree que su hijo tiene este trastorno psiquiátrico?
- ¿Antes de venir a este hospital ustedes tenían alguna idea sobre problemas psiquiátricos o habían escuchado hablar de alguno?
- (Si) (No) ¿Cuál? ¿Por qué?
- ¿Cuando era pequeño se hablaba en su casa sobre el termino enfermedad mental, trastornos psiquiátricos? (que términos se les daba, de que se hablaba)
- ¿Alguno de sus familiares o conocidos tiene o tenía algún padecimiento psiquiátrico? ¿Adulto o niño?
- Si respondieron positivamente ¿Cómo era el trato hacia él? ¿Lo atendían en algún hospital?
- ¿Cuando era niño(a), o más joven; alguna vez tuvo contacto con alguna persona con trastorno psiquiátrico? ¿Por qué? ¿Cómo fue (qué sensación le dio)?
- ¿Por qué cree que algunos enfermos psiquiátricos son peligrosos?***⁹
- ¿Sabían que había enfermedades o trastornos psiquiátricos en niños?
- ¿Anteriormente se hablaba sobre salud mental dentro del hogar? ¿Que se decía de ello?
- ¿Cree que la enfermedad mental tiene cura? ¿Porqué si o porque no?

Dinámica familiar

- ¿Cómo está conformada la familia del paciente? En esta sesión se hará uso del familiograma con dinámica familiar ¿Cómo es la relación entre ellos?
- Conforme a la escala aplicada (1era sesión) ¿Quién sabe que el niño recibe tratamiento en el HPIJNN o tiene algún trastorno?
- Preguntar por qué ciertas personas lo sabe y otras no
 - Sobre todo si es padre o madre, hermanos

** Solo a los que contestaron positivamente esta pregunta dentro de la escala

- Como fue la actitud de cada uno de los integrantes
 - ¿Qué le dijeron?
 - ¿Cómo ha sido el trato hacia el paciente?

Cuando hablan en casa del tratamiento del paciente como se refieren a él (al tratamiento, al niño, a los medicamentos, a las consultas, al médico tratante)

En forma de broma algún día le han dicho al niño que van al loquero, que está loco, etc.

Ha habido comportamientos de represión en casa poniendo al hospital como castigo... ejemplo: “si no te portas bien o no obedeces, te voy a llevar al hospital psiquiátrico o le voy a hablar al médico”

Conforme a lo aplicado en la escala, las respuestas muchas veces son: “no me interesa que la demás personas sepan de mi vida en general”. Ante esto se podría interrogar sobre:

¿Alguien más externo al núcleo familiar conoce sobre el tratamiento del menor? ¿Qué ha dicho?

¿Cómo reaccionan los familiares cuando una persona exterior al núcleo familiar se expresa de las enfermedades mentales con sustantivos negativos?

¿Cuál ha sido la reacción de las personas a las que le ha comentado que su hijo se atiende en un hospital psiquiátrico (llénense vecinos, compañeros de escuela, amigos, familiares)?

¿Ha llegado a ocultar o mantener en secreto el padecimiento del paciente? ¿Por qué?

Si alguien con una situación parecida a la de usted con su paciente, le pidiera un consejo, sobre si esconder u ocultar el problema o al paciente ¿Qué le aconsejaría? ¿Por qué?

Importancia de los factores socioculturales dentro de la familia

¿Tiene usted alguna religión? ¿Cuál? Si no la tiene, ¿Qué principios o creencias sigue usted?

¿Según su religión o creencia, como ha influido en su manera de ver el diagnóstico de su paciente?

Alguna vez ha pensado o realizado otro tipo de tratamiento en el paciente (medicina natural, acupuntura, algún tipo de limpiezas) ¿quién se lo aconsejó o como lo conoció? Si lo práctico, ¿a su parecer, le sirvió, en qué?

¿Quién o a través de que había tenido una imagen del hospital psiquiátrico? ¿Ha cambiado su idea?

Alguna vez, algún familiar o amigo te había o te ha descrito a un hospital psiquiátrico ¿cómo fue?

¿En alguna otra institución o algún otro profesional se han visto opositor a la atención que recibe en este hospital? ¿En cuál, que le han dicho

*¿Algún profesional de otra índole (profesores, dentista, abogados, etc) ha tenido una actitud crítica hacia el trastorno de su paciente? ¿Qué profesional, de donde y que fue lo que dijo?

¿Qué tan importante es para usted lo que los profesores o la institución escolar le dice sobre el comportamiento que debe llevar el niño o el tratamiento dentro del hospital

¿Considera que los profesores de la escuela tienen influencia en los alumnos, sobre la manera en que deben visualizar un trastorno psiquiátrico? ¿Por qué?

¿Cómo ha sido el trato hacia el paciente por parte de los compañeros de la escuela o de algún otro espacio de convivencia?

¿Con cuánta frecuencia se ve la televisión o se escucha el radio dentro de la casa?

¿Los programas que ve en televisión o escucha en la radio, hablan sobre temas de salud mental?

¿Alguna vez ha visto o escuchado que se hablan de temas de salud mental dentro de la tele o el radio?

¿Que ha visto o escuchado? ¿Le agrado o desagrado? ¿Qué piensa al respecto? ¿Qué tanta influencia tuvo eso que observo o escucho en la radio? (le intrigo, lo hizo enojar, le hizo poner triste, preocupado)

¿Ha intentado conocer más sobre el trastorno y medicamentos del menor a través del internet?

¿En qué pagina o red social? ¿Qué tanto creyó en esta información? ¿Le sirvió esa información (en qué sentido)? ¿Cómo se sintió (le intrigo, lo hizo enojar, le hizo poner triste, le preocupo)?

¿Qué tan importante es para usted lo que le dice el médico tratante del paciente? ¿Por qué le da esa importancia? (lo lleva a cabo)

¿Qué tan importante es para usted lo que le dice la psicóloga del paciente? ¿Por qué le da esa importancia? (Lo lleva a cabo)

¿Qué tan importante es para usted lo que dicen las trabajadoras sociales? ¿Por qué le da esa importancia? (lo lleva a cabo)

¿Qué mitos ha escuchado sobre los hospitales psiquiátricos? ¿Por parte de quien?

¿Qué mitos ha escuchado sobre los trastornos psiquiátricos? ¿Por parte de quien?

¿Qué mitos a ha escuchado específicamente del trastorno o síndrome del paciente?

Conductas o comportamiento de prevención al estigma

¿Qué conocimientos cree que tiene u obtuvo después de comenzar el tratamiento en el hospital psiquiátrico, en cuanto a la infraestructura, en cuanto a lo que se dice de los trastorno, en cuanto al trato de los paciente, en cuanto al trastorno del menor?

¿Cuando alguien señala o dice algo en contra de los enfermos mentales, le haces saber que estas en desacuerdo? ¿Le ha pasado? ¿Quién lo ha dicho? ¿Qué ha dicho? ¿Cómo detuvo esa conducta?

¿Ha descubierto que lo mejor es ayudar a la gente cercana a ustedes para que comprendan en qué consiste el trastorno diagnosticado y el tratamiento del niño?

¿Crees que las otras personas que no tienen algún trastorno o algún paciente con padecimientos psiquiátricos, tiene ciertos comportamientos y actitudes con los que lo tiene por falta de conocimiento?

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 1.

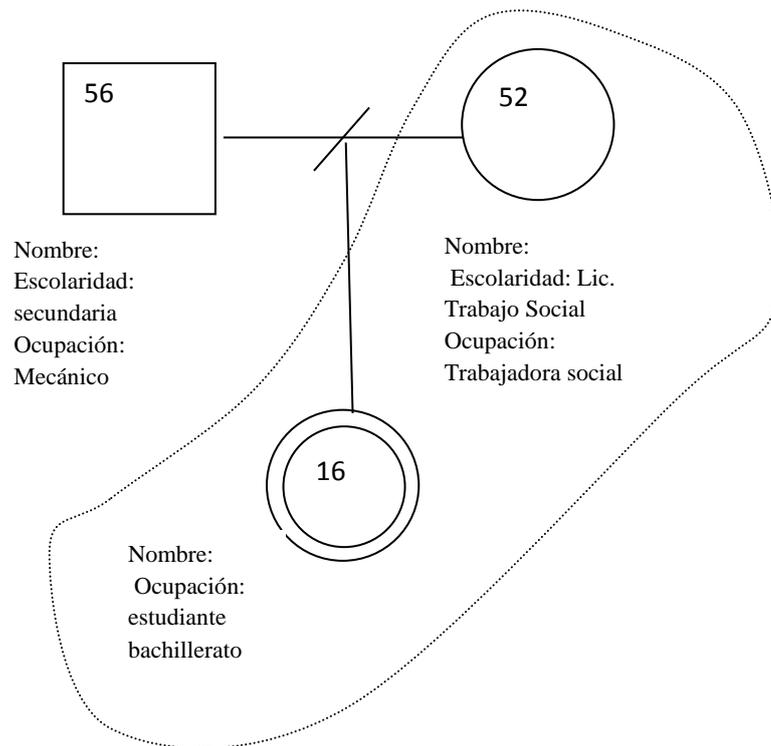
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 6 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno estrés postraumático, Trastorno depresivo recurrente actual, Trastorno depresivo moderado, Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	19/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se realiza primera entrevista donde se explica objetivos y proceso del proyecto posteriormente se aplica escala y se firma carta de consentimiento informado. Se comenta que durante su estancia de internamiento se tuvo problemas con el personal, ya que no se informo sobre diagnostico y tratamiento.
2	24/01/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN	Se comenta sobre proceso de presunto abuso sexual ocurrido por miembro de la familia, el conocimiento de esto con el resto de la familia y sobre estancia en el hospital.
3	2/02/18	SI	Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Madre comenta que en casa no se tenían antecedentes de problemas de salud mental, teniendo ella contacto y educación sobre salud mental durante su formación escolar ya que es Trabajadora Social y tenía que realizar trabajo y visitas a instituciones psiquiátricas
4	16/02/18	NO	-	Se realizó llamada telefónica para reprogramas sesión
5	6/03/18	SI	Dinámica familiar	Familia uniparental, con conocimiento y apoyo de tratamiento y diagnostico, no se acatan normas y limites impuestas por figura materna; redes de apoyo familia materna. Escasa interacción con padre biológico, quien conoce del diagnostico y tratamiento de la menor pero no hay apoyo en el tratamiento, madre comenta que para P.I. si ha sido necesaria la figura paterna
6	20/03/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas, sin influencia en tratamiento, negativa a otro tipo de tratamiento o creencias. Actualmente dentro de la escuela donde acude(preparatoria) se desconoce el tratamiento dentro del hospital ya que madre menciona que anteriormente algunos profesores han puesto en evidencia la enfermedad de la menor, con compañeros de la escuela no se ha detectado comportamientos o conductas de estigmatización o exclusión Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento.
	19/04/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización Última sesión	Se lleva a cabo la última entrevista donde se otorga una retroalimentación de lo trabajado durante las sesiones pasadas. Se niega educación de salud mental antes de tratamiento dentro Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, sin embargo se hace referencia a un trato abierto y de comunicación adecuada hacia el diagnóstico y tratamiento de paciente

Familiograma



Diagnóstico:

P.I. pertenece a una familia uniparental, la cual ha tenido un trato abierto y de comunicación adecuada hacia el diagnóstico y tratamiento de paciente, tratando de que ella entienda a su posibilidades de desarrollo su diagnóstico, desechando algún tipo actitud o comportamiento de estigmatización y exclusión que pueda generar un problema en su desarrollo; sin embargo las dificultades en el manejo de normas y limites puede generar en P.I. un manejo inadecuado en la adherencia al tratamiento con posibilidades de una deserción del mismo. Es importante que en el ámbito escolar P.I. se sienta en total plenitud de opinar hacer reflexiones y trabajar en equipo para facilitar la interacción con sus iguales, teniendo un mejor desenvolvimiento en el proceso de socialización y desarrollo físico y psicológico de la menor, encontrándose en una edad en donde ella puede decidir a quién contarle o no sobre su tratamiento dentro de este nosocomio. La familia no tiene un constate en cuanto al tema de religión y por ende este no tiende a generar una trascendida en el tratamiento y diagnostico de P.I., sin embargo, lo creen necesario como soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana. En cuanto a los medios de comunicación, aunque se han llegado a ver como instrumento de información, no cuentan con la total credibilidad dentro de la familia, para educarse sobre el diagnóstico y tratamiento.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 2.

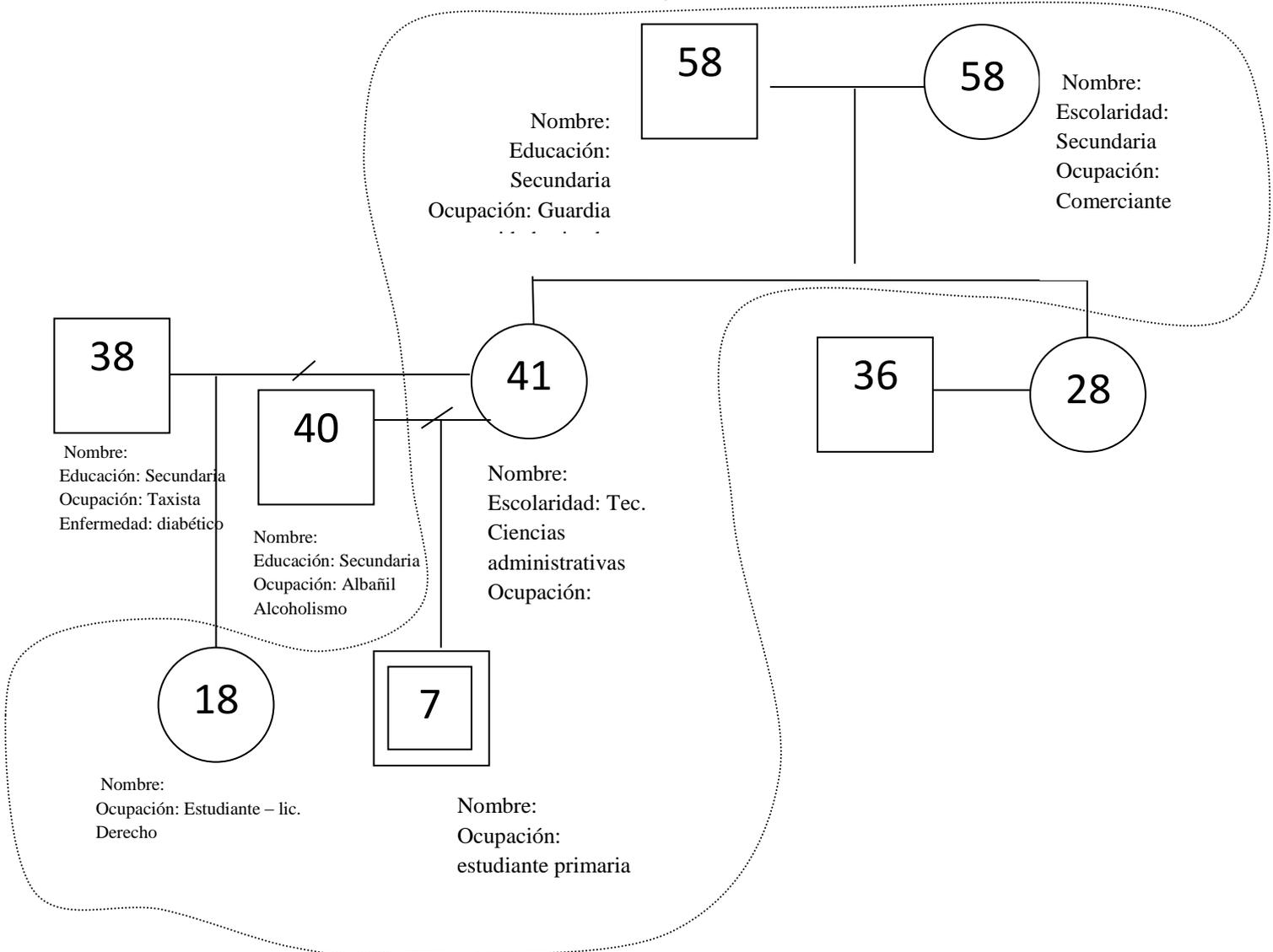
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones _____ **Total de entrevistas realizadas: 7 sesiones** _____

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad, Episodio depresivo moderado y Estrés Postraumático.

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	focalización de tema	Observaciones
1	16/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se tenía contemplada solo para la aplicación a escala, a partir de que refiere acudir todas las semanas a terapia, se le hace invitación para entrevistas a profundidad, accediendo a la misma
2	23/01/18	SI	Estancia y proceso dentro Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro	Se presenta madre del menor a entrevista acompañada de paciente, por lo que se percibe tímida, impidiendo realizar entrevista; se concierta nueva cita.
3	30/01/18	SI	Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Se refiere antecedentes familiares de enfermedad mental sin conocer Diagnóstico. Y amistad con esquizofrenia en edad infantil. Se percibe problemas en el inicio del tratamiento negando a traer al paciente al Hospital “el termino no me gusta, dije si no está loco” sic. Madre. Actualmente adherencia al tratamiento. Con problemas de adaptación a tratamiento farmacéutico en un inicio.
4	6/02/18	NO	-	Por cuestiones de tiempo no se pudo realizar entrevistas por lo que se re agenda cita para próxima semana
5	13/02/18 20/02/18	SI	Dinámica familiar	Familia extensa, integrada por ambos abuelos, madre, hermana y paciente; roles idiosincráticos, conocimiento y apoyo de tratamiento. Escasa interacción con padre quien desconoce del tratamiento del menor en este hospital por miedo a represalias contra la madre. Primo materno con diagnóstico. Tourette y asperge, tratado con medicina naturista. Redes de apoyo amistades de trabajo de madre, institucionales(escuela y hospital)
6	27/02/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas sin influencia en tratamiento, negativa a otro tipo de tratamiento o creencias. En el hogar la interacción y desarrollo escolar es de suma importancia, en donde se conoce diagnóstico y tratamiento de paciente con apoyo tanto por autoridades, profesores y compañeros, sin encontrar actitudes de rechazo o exclusión. Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento.
7	6/03/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización	Se niega educación de salud mental antes de tratamiento dentro hospital, se encuentran narrativa negativa hacia problemas de salud mental que pudieran llegar a una estigmatización, sin embargo son detectadas por madre a partir de que el menor interroga su estado mental. Se percibe la necesidad de programas y proyectos para difundir los procesos y características de los trastornos psiquiátricos, así como el apoyo para que en instituciones escolares se tenga conocimiento.
8	7/03/18	SI	última sesión	Se identifica preocupación de la madre porque P.I. llegue a ser agresor sexual a partir de su abuso sexual; menciona creer le será difícil su vida escolar, sin embargo menciona un buen desarrollo social

Familiograma



Diagnóstico:

La familia de P.I., como primer vínculo de socialización es de suma importancia para que él pueda adquirir los valores, normas y metas que la sociedad exige, es necesario crear un empoderamiento en cuanto a su diagnóstico y tratamiento dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, desistiendo de la sobreprotección por el miedo a que vuelva ser víctima de abuso sexual, y abstenerse de términos como “locura” que podría hacerlo sentir desvalorizado y traer consecuencias más graves como un bajo autoestima y/o la deserción de su tratamiento. Dentro de la escuela P.I. al relacionarse con sus compañeros y profesores puede dar su punto de vista, opinar, hacer reflexiones y sobre todo hacer que los demás reconozcan que se posee identidad individual; sin embargo es justo en este contexto donde él descarga sentimientos de ira y frustración que aun no trabaja, al mostrarse intolerante y agresivo con algunos compañeros, lo que podría hacer que más adelante las personas no deseen interactuar con él.

La familia de P.I. tiene un acercamiento significativo con factores socioculturales como la religión y los medios de comunicación encontrado mayor importancia o trascendencia en los segundos ya que se tiene mayor contacto y este puede llegar a influenciar más en la forma en que se visualizan los problemas sociales que dentro de ellos se transmiten, por lo que es importante supervisar y explicar el contenido que P.I. llega a adquirir de estos.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 3

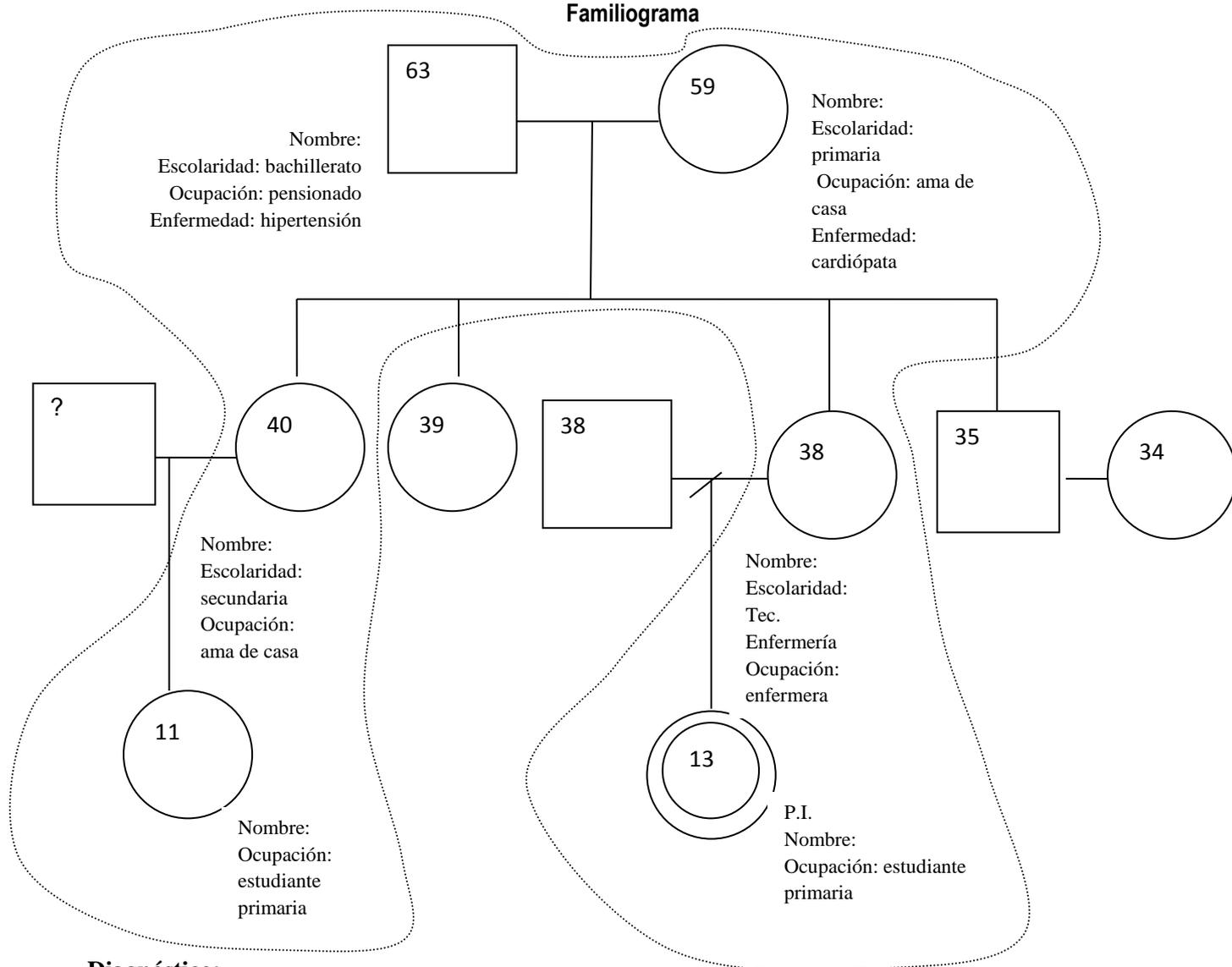
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 3 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Episodio depresivo moderado, Trastorno de ansiedad generalizado, Trastorno estrés postraumático

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización de tema	Observaciones
1	6/03/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Se envía hoja de referencia del CTA, a partir de que P.I. es víctima de un ciberdelito. En un principio la madre se muestra inconforme con tratamiento dentro de este nosocomio por la carga cultural, además de inconformidad en el medicamento por miedo a dependencia a él y daño en el hígado Antecede padecimiento psiquiátrico en familia, tía de abuela materna con diagnostico de depresión.
2	13/03/18	SI	Dinámica familiar	Se trata de una familia extensa, integrada por ambos abuelos, una tía materna, prima y madre; dinámica familia afectada por ciberdelito, ya que los limites y normas que pone madre son cuestionadas por el resto de la familia, problemas con el tío materno quien culpabilizo a menor por lo sucedido. Se percibe sobreprotección, sentimientos de culpa y miedo de la madre hacia la forma en que P.I. socializa con los demás. A decir de la entrevistada a partir del problema que tuvo P.I., su padre nuevamente empezó a buscarla y tener contacto con ella, ya que anteriormente no se tenía interacción con él.
3	20/03/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica para reprogramar cita
4	11/04/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia última sesión	A partir del presunto delito, autoridades maestros, padres de familia y compañeros de la escuela donde asistía P.I. se informaron de lo sucedido rechazando a la niña y pidiendo la expulsaran de la escuela, por lo que medico tratante sugiere a la madre incorporar a P.I. al programa <i>Sigamos Aprendiendo</i> del Hospital Psiquiátrico, como apoyo al tratamiento; actualmente P.I. se incorporo a una escuela oficial, en donde se conoce el tratamiento que lleva a cabo en este nosocomio sin conocimiento de la causa, sin embargo agrega entrevistada que compañeros si conocen la causa pero no han realizado conductas de rechazo o exclusión a la menor. Familia con creencias católicas, sin embargo muestran desapego a las mismas a partir de la problemática que se presenta, se ha llevado a cabo terapias de acupuntura, para el manejo de estrés. Influencia e identificación de problemas similares representados en los medios de comunicación y/o la exhibición de trastornos mentales

Familiograma



Diagnóstico:

La familia de P.I., como primer vínculo de socialización es de suma importancia para que pueda adquirir los valores, normas y metas que la sociedad exige, es necesario crear un empoderamiento en cuanto a su diagnóstico y tratamiento dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, desistiendo de la sobreprotección por el miedo a que vuelva ser víctima de un abuso o comportamiento a la que fue expuesta, ya que esto le está impidiendo a P.I. desarrollarse y adquirir conocimientos tecnológicos responsables que en la actualidad son parte de la identidad de los adolescentes, además de que puede generar en ella inseguridad en las relaciones sociales, por lo que estas conductas y comportamiento que se encuentran principalmente identificados en la figura materna pueden llegar a considerarse como excluyentes y/o estigmatizantes; esto puede generar problemas en el ámbito escolar ya que al proyectar esa desconfianza y miedo desde el núcleo familiar la niña puede generar suspicacia a la hora de interactuar con sus compañeros y profesores, impidiendo que pueda dar su punto de vista, opinar, hacer reflexiones y sobre todo hacer que los demás reconozcan que se posee identidad individual, lo que puede crear en ella un rechazo y deserción a su tratamiento.

La familia de P.I. tiene un acercamiento significativo con factores socioculturales como la religión y los medios de comunicación, sin embargo se ha tenido cierta incredulidad en la religión a partir de la problemática que se tuvo; en los segundos se tiene cierta influencia en la forma en que se visualizan los problemas sociales que dentro de ellos se transmiten, por lo que es importante supervisar y explicar el contenido que P.I. llega a adquirir de estos.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

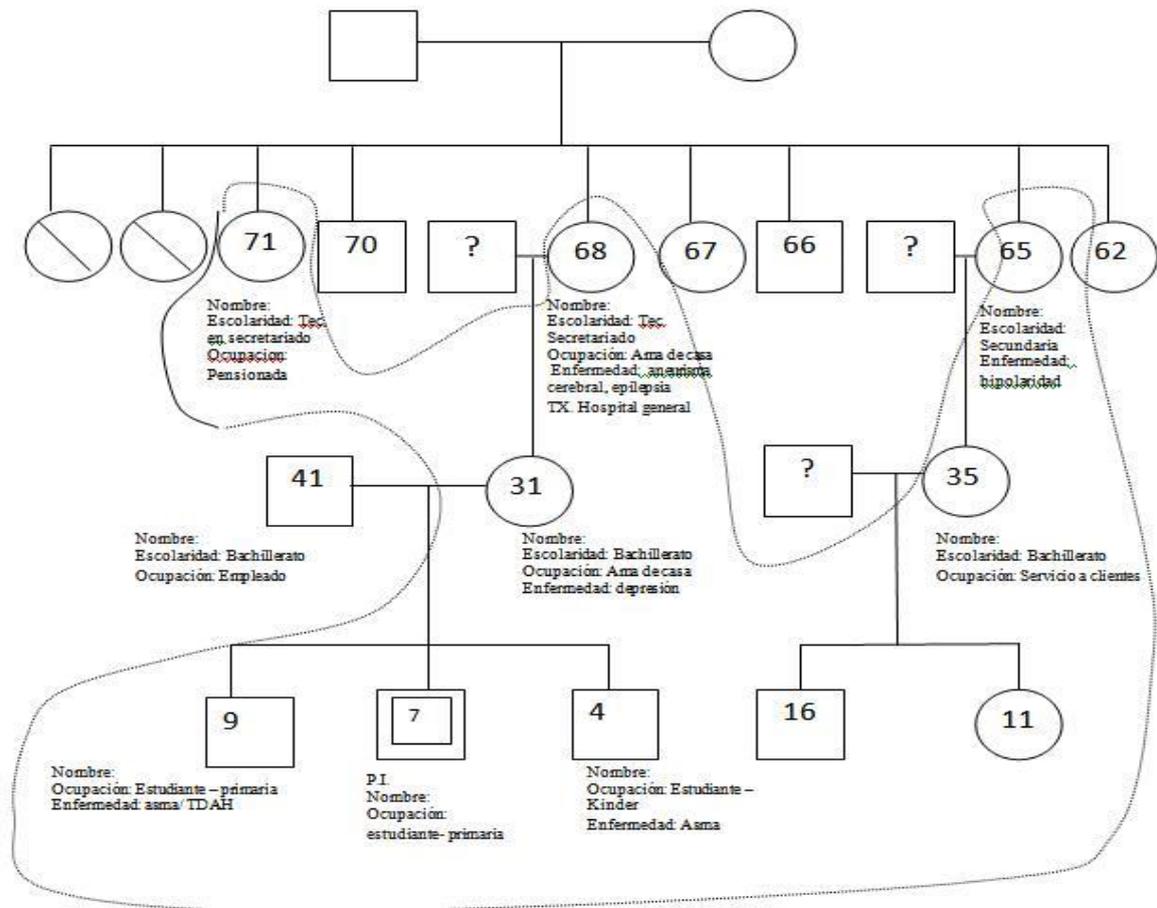
Caso 4.

Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 5 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno de ansiedad inespecífica y Trastorno mixto de aprendizaje escolar

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	19/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Madre menciona antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos (Bipolaridad y Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad), padre en desacuerdo con tratamiento, no vive con ellos, pero no hay apoyo económico por inconformidad.
2	26/01/18	SI	Estancia y proceso dentro Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Se indaga mas sobre antecedentes de salud mental en familiares, detectando poca educación sobre estos temas, sin presentar sentimientos de miedo o angustia. Actualmente si se brinda educación sobre temas de salud mental a paciente y hermano. Conocimiento de este hospital antes de su ingreso por medios de comunicación(televisión)
3	9/01/18	NO	-	No se pudo realizar entrevistas por cuestiones personales, se realiza llamada para re agendar sesión
4	16/02/18	SI	Dinámica familiar	Pertenciente a familia extensa desintegrada, con roles idiosincráticos, se conoce y apoya el Diagnóstico y Tratamiento de paciente interacción con padre los fines de semana quien desconoce del tratamiento farmacéutico, hermano mayor en tratamiento psiquiátrico en el SECOSAM Zacatenco
5	23/02/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas sin influencia en Tratamiento, negativa a otro tipo de Tratamiento o creencias. Se otorga importancia dentro del hogar a los aspectos escolares, en donde se conoce Diagnóstico y tratamiento de paciente con apoyo tanto por autoridades, profesores y compañeros, sin encontrar actitudes de rechazo o exclusión. Se detecta apoyo e influencia de medios de comunicación programas televisivos ye internet en tratamiento.
6	2/03/18	SI	Última sesión	Se percibe a P.I. como una persona sensible, lo que origina miedo en madre en cuanto a que lo lastimen sentimentalmente, sin embargo no se observa como obstáculo el Diagnostico y tratamiento. Dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro para futuro del menor.



Diagnóstico Social

La familia materna de P.I., al estar muy habituada a los trastornos mentales ha sido de gran influencia para que el paciente entienda y tenga una adherencia a su tratamiento terapéutico; sin embargo es necesario sensibilizar a su padre para que puedan llevar al pie de la letra su tratamiento farmacéutico, ya que esto, además de causar problemas en la adaptación fisiológica del medicamento, podrá causar en P.I. un enigma en cuanto a su tratamiento, lo que puede llegar a causar sensaciones de rechazo ante su diagnóstico y su tratamiento, y como consecuencia desertar a su tratamiento, por lo que se considera estas conductas como posibles factores de exclusión en el tratamiento psiquiátrico de P.I..

En cuanto a los factores socioculturales la familia no ha generado una visualización negativa de los trastornos psiquiátricos, ya sea a partir de su religión, la cual representa un soporte moral, sin vincularlo con temas científicos; ni por los medios de comunicación, los cuales se utilizan con fines de esparcimiento y distracción de los menores. Encontrando importancia solo en factores educativos donde P.I. con apoyo de su familia ha podido relacionarse con sus compañeros y profesores, opinando y haciendo reflexiones, lo que origina con sus iguales un reconocimiento de identidad individual; además de un óptimo desarrollo físico, psicológico y social.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 5.

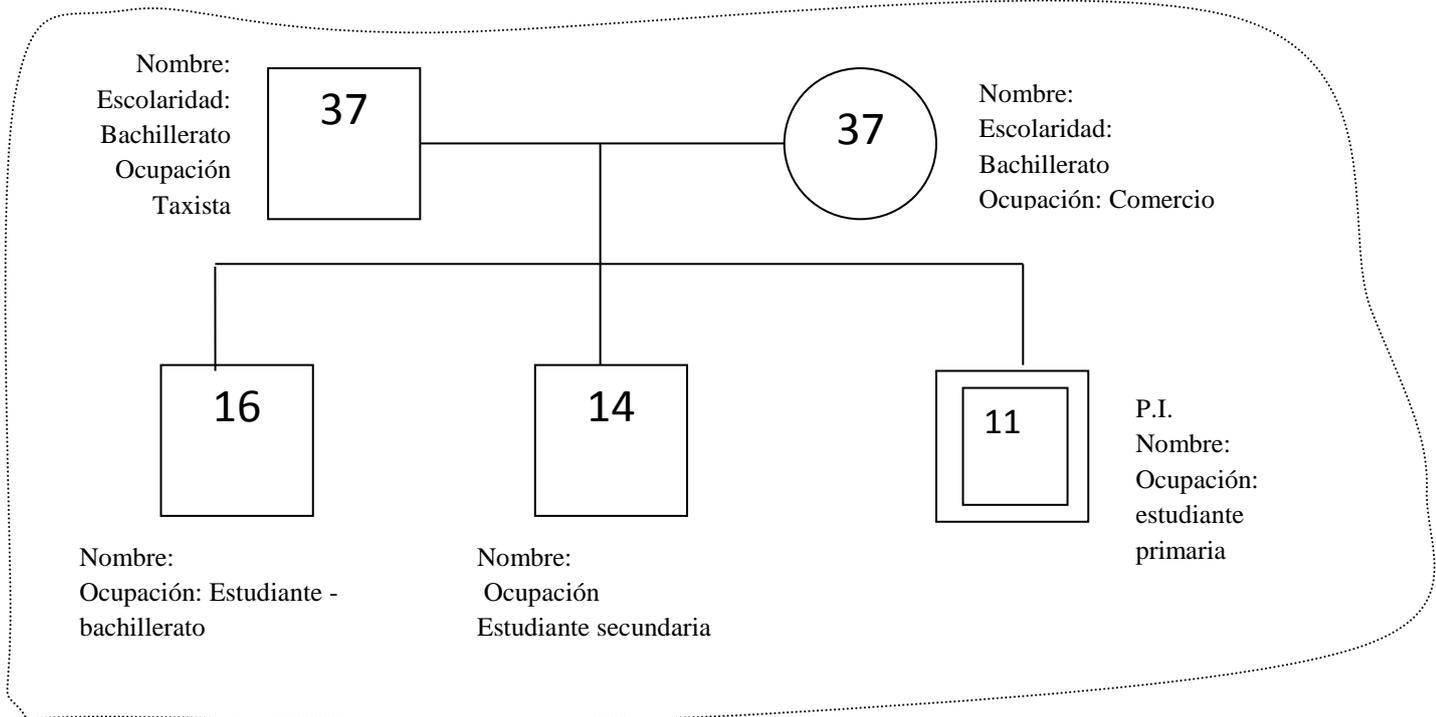
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 7 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Epilepsia focal, Episodio depresivo por separación

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	focalización de tema	Observaciones
1	16/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala Estancia y proceso dentro HPIJNN	Conocimiento y apoyo en diagnóstico y tratamiento de paciente, se comenta difícil adaptación al tratamiento farmacológico por efectos secundarios, posterior a un año desaparecen convulsiones, presentando mejora considerable en el niño. Se percibe culpa por parte de madre en el tratamiento y desarrollo psicosocial del menor y hermanos, ya que por problemas de salud del padre ella tuvo que descuidar a sus hijos.
2	23/01/18	SI	Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Antecede diagnóstico de epilepsia en bisabuela paterna, sin conocimiento de tratamiento. Familiar adquirió terapia dentro del Hospital para apoyo de normas y límites dentro del hogar y conocimiento de diagnóstico y tratamiento de P.I..
3	30/01/18	NO	-	Se comunica madre de menor quien comenta que por cuestiones personales no pudo asistir a sesión, se agenda cita para próxima semana
4	6/02/18	SI	Dinámica familiar	Familia nuclear, con roles tradicionales, comunicación asertiva. Fuera del núcleo familiar se conoce diagnóstico y tratamiento de P.I. por vecinos y familiares de tercera generación, percibiéndolos como redes de apoyo; sin encontrar conductas o comportamientos de exclusión o estigmatización.
5	13/02/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Madre profesa religión cristiana, teniendo una gran influencia sobre diagnóstico y tratamiento de P.I. ya que su pastor asocia los trastornos mentales con demonios, por lo que madre comenta que durante las crisis realizaba oración, llegando a observar cambios durante esta práctica, sin embargo, existe adherencia al tratamiento que se lleva a cabo en este nosocomio Padre y hermanos profesan religión católica, se niega otro tipo de creencias dentro del hogar o algún otro tipo de tratamiento alternativo en paciente. Se otorga importancia a los aspectos escolares en donde se conoce diagnóstico y tratamiento de paciente con apoyo tanto por autoridades y profesores; sin embargo, se comenta que por parte de compañeros en un principio se tuvieron conductas de rechazo por miedo y desconocimiento a su diagnóstico, sin embargo, en la actualidad hay una mayor integración con el menor. Medios de comunicación no influyen en la dinámica de tratamiento.
6	27/02/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización	No se tiene educación de salud mental dentro del núcleo familiar, ya que a decir de la madre, la familia, no tuvo interacción anteriormente con personas con trastorno mentales, sin embargo ahora creen tener un poco más de conocimiento sobre los mismos y cree necesario la difusión de la salud mental en las escuelas para que tanto profesores como niños conozcan que hacer con personas que presenten alguna situación como la de P.I.
7	6/03/18	SI	Última sesión	Madre comenta que al ver que P.I. tiene aproximadamente dos años de no presentar convulsiones, creía que la epilepsia se había curando, sin embargo médico explica sobre el control de las enfermedades mentales, sin embargo no ve como impedimento su diagnóstico y/o tratamiento para que el menor se desarrolle y desempeñe a nivel escolar, social y físico.

Familiograma



Diagnóstico:

La familia de P.I. , como primer vinculo de socialización ha sido de suma importancia para que él pueda adquirir los valores, normas y metas que la sociedad exige, han creado un empoderamiento en el paciente en cuanto a su diagnóstico y tratamiento dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, aunque aun no es bien entendido por P.I., está consciente de los cuidados y tratamiento que debe llevar a cabo; desechando, con esto, algún tipo actitud o comportamiento de estigmatización y exclusión en el núcleo familiar que pueda generar un problema en su desarrollo. Sin embargo, debe tomarse en cuenta los aspectos religiosos, un factor sociocultural de suma importancia dentro del núcleo familiar, sobre todo en la madre, al encontrar discrepancia entre el tratamiento que se lleva acabo medicamente y las creencias religiosas, lo que puede originar un conflicto en el tratamiento del menor. La escuela es un factor sociocultural al que se le da importancia dentro del hogar, teniendo un constante acercamiento con ellos para que P.I. se sienta en total plenitud de opinar, hacer reflexiones y trabajar en equipo para facilitar la interacción con sus iguales, teniendo un mejor desenvolvimiento en el proceso de socialización y desarrollo físico y psicológico del menor. En cuanto a los medios de comunicación, aunque se han llegado a ver como instrumento de información, no cuentan con la total credibilidad dentro de la familia, para educarse sobre el diagnostico y tratamiento de P.I.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 6.

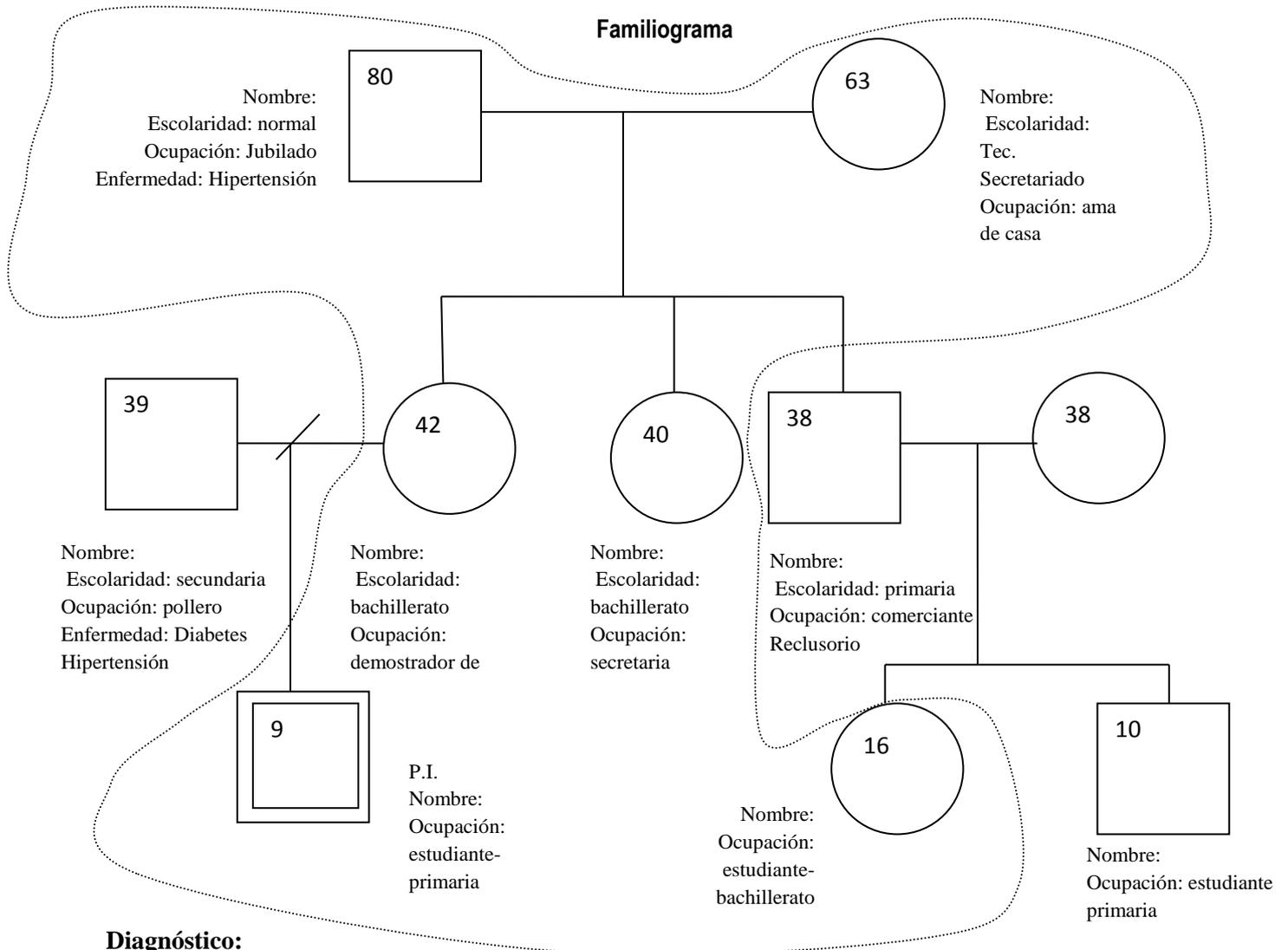
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 6 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno ansiedad generalizado en remisión, Trastorno ansiedad por separación, Episodio depresivo moderado, Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	24/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se realiza primera entrevista donde se explica objetivos y proceso del proyecto posteriormente se aplica escala y se firma carta de consentimiento informado
2	30/01/18	NO	-	Se comunica madre del menor para reprogramar sesión la próxima semana
3	6/02/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	A partir de la separación de los padres P.I. presenta síntomas de depresión por lo que la madre lo lleva a Hospital Infantil de Iztapalapa, donde son canalizados al CECOSAM, posteriormente a este nosocomio. Se desconoce antecedentes de padecimientos psiquiátricos en la familia paterna y no se cuenta con ellos en la familia materna. La madre comenta sobre las complicaciones de salud que ha tenido el niño durante los últimos años, siendo atendido en varios institutos como el INER y el INP.
4	13/02/18	SI	Dinámica familiar	Familia extensa con conocimiento y apoyo en el diagnóstico y tratamiento del paciente. Antecede maltrato físico y psicológico por parte del padre quien ya no vive en el mismo hogar, las conductas son transferidas al menor donde la madre comenta haber sido maltratada verbalmente por el niño a la edad de 3 años, agrega que actualmente P.I. es un niño con sentimientos de ira e indiferencia. Padre impone demanda a la madre para quitar la guarda y custodia del menor, quien desconocía hasta ese momento de los tratamientos médicos del menor, esta no procede al no dar seguimiento; a decir de la madre actualmente P.I. manifiesta que no quiere ver a su padre.
5	20/02/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica con madre del menor para reprogramas sesión
6	28/02/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas, sin influencia en tratamiento, negativa a otro tipo de tratamiento o creencias. Tanto autoridades como profesores de la escuela conoce el diagnóstico y tratamiento de P.I., pero a decir de la madre los profesores no tienen el tacto necesario para trabajar con niños con TDAH u otros problemas de conducta o algunos que presentan otros problemas tanto psicológicos, físicos, o problemas familiares; en cuanto a los compañeros se encuentran conductas de rechazo y exclusión por su diagnóstico psiquiátrico, haciendo comentarios como que es "niño teletón" agrega la entrevistada.
7	8/03/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica con la madre del menor para reprogramas sesión
8	15/03/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización	No se cuenta con educación sobre salud mental dentro del núcleo familiar, sin embargo se percibe un ambiente favorable para el desarrollo de la menor en núcleo familiar, sin comportamiento y conductas que indique algún tipo de exclusión y estigmatización
9	20/03/18	SI	Última sesión	Se lleva a cabo la última entrevista donde se otorga una retroalimentación de lo trabajado durante las sesiones pasadas.

Familiograma



Diagnóstico:

P.I., pertenece a una familia extensa, la cual ha apoyado el tratamiento del niño, donde el menor ha adquirido cierto conocimiento de su diagnóstico y tratamiento de acuerdo a su desarrollo y entendimiento, sin embargo los antecedentes de maltrato familiar al cual estuvo expuesto, además de la gran carga de tratamientos médicos que lleva a cabo; han generado en el menor sentimientos de ira y coraje al mostrarse intolerante y agresivo principalmente con la madre y compañeros de la escuela, lo que puede generar dificultades o problemas en el desarrollo, socialización y aprendizaje de P.I., lo que podría hacerlo sentir desvalorizado y traer consecuencias más graves como un bajo autoestima y/o la deserción de su tratamiento.

La familia no tiene un constate en cuanto al tema de religión y por ende este no tiende a generar una trascendida en el tratamiento y diagnostico de P.I., sin embargo, lo creen necesario como soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana. En cuanto a los medios de comunicación aunque se han llegado a ver como instrumento de información, no cuentan con la total credibilidad dentro de la familia, para educarse sobre el diagnostico y tratamiento de P.I., por lo que el mayor apoyo que han tenido como familia para el proceso de enfermedad y el desarrollo pertinente de la menor es el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 7.

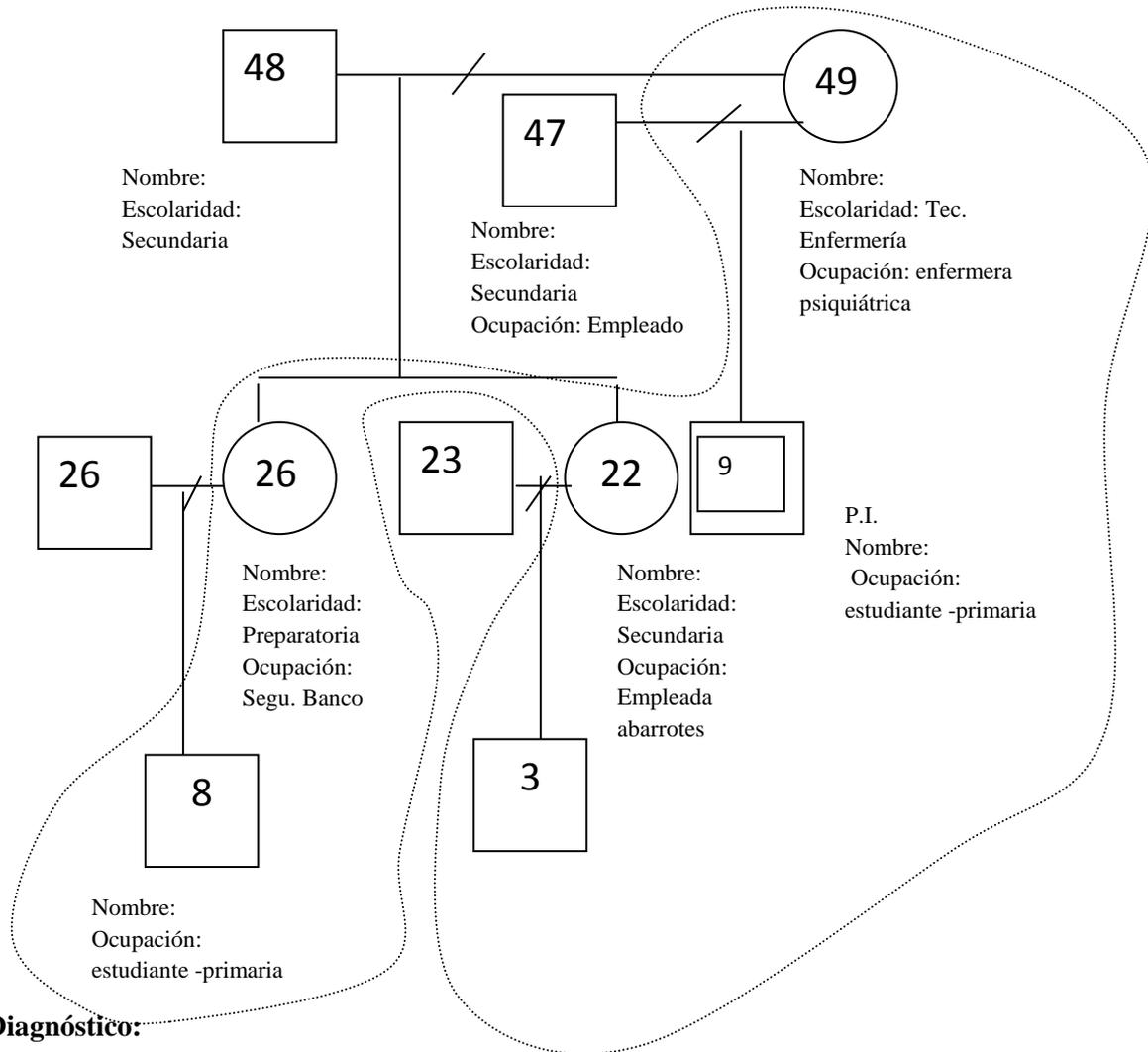
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 5 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno oposicionista y desafiante

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	22/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se menciona objetivos y procesos de proyecto, además de que se lleva a cabo aplicación de escala
2	29/01/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Se menciona antecedentes de padecimientos psiquiátricos infantiles en tía materna y ambas hermanas, con atención en este nosocomio. Conocimiento sobre enfermedades mentales, ya que madre trabaja en Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
3	12/02/18	SI	Dinámica familiar	Familia extensa, con dinámica disfuncional, no se siguen normas y límites establecidos por la madre, ausencia de figura paterna y problemas con tía materna quien viven en el mismo predio. Se conoce tratamiento psiquiátrico de P.I. sin apoyo al mismo, siendo única red de apoyo la madre.
4	19/02/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica con la madre de menor para reprogramar sesión
5	26/02/18	NO	-	Por cuestiones de tiempo, no se puede realizar entrevista reprogramando sesión
6	5/03/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas sin influencia en tratamiento, se menciona haber realizado otro tipo de tratamiento en el menor, a partir de te naturista y zooterapia, las cuales se suspendieron, por no ver resultados. Aunque se tiene importancia en los aspectos escolares, madre del menor menciona que por los problemas de conducta de P.I. sabe que no podrá realizarse profesionalmente; actualmente profesores y autoridades conocen diagnostico y tratamiento de P.I., sin apoyo, ya que madre tiene que asistir a escuela a petición de profesor, negando otra forma de controlar a P.I.. Se percibe problema de bullying por parte de compañeros de la escuela, asociados por discriminación racial, con ausencia de exclusión o estigmatización por trastorno psiquiátrico. Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento. Sin embargo se ha buscado información y apoyo por parte de internet donde comenta madre permanecer a una fundación denominada proyectodah en donde ha podido asistir a cursos y conferencias.
7	12/03/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización Última sesión	Se percibe sentimientos de miedo por parte de la madre, a que P.I. siga el mismo patrón de conducta que su hermana mayor y pueda desencadenarse en él problemas de drogadicción o algún tipo de vandalismo. Además de tener claro que no cuenta con mucha redes de apoyo, también presenta preocupación por ser una persona mayor y que P.I. no pueda cuidarse solo.

Familiograma



Diagnóstico:

La familia de P.I, es una familia disfuncional donde no se tiene roles bien determinados, no se llevan a cabo las normas y límites que establece la figura materna; a pesar que las hermanas no utilizan términos y palabras que pueden llegar a lastimar a P.I., son indiferentes al tratamiento teniendo como única red de apoyo a su madre, esto puede originar una rápida deserción en el tratamiento y/o problemas en su desarrollo psico-emocional, por lo que a pesar de no encontrar conductas y/o comportamientos de exclusión o discriminación al trastorno mental de P.I. dentro del núcleo familiar, es necesario trabajar con la dinámica familiar y las redes de apoyo que originen en el niño un empoderamiento en cuanto a sus sentimientos, conductas, diagnóstico y tratamiento dentro del Hospital, que le ayuden a generar vínculos de socialización bien sementados, ya que otro factor que puede influir a una deserción en el tratamiento y/o una baja autoestima en él, es dentro del ámbito escolar; ya que P.I. es víctima de bullying, aunque de la misma forma no asociado con su tratamiento psiquiátrico; sino a su aspecto físico; finalmente no se encuentra un apoyo por parte de los profesores y autoridades de la escuela lo que puede generar que no se desarrolle, exprese, reflexione y transforme una identidad junto con sus iguales por el miedo a ser rechazado.

La familia no tiene un constato en cuanto al tema de religión, por ende, este no tiende a generar una trascendencia en el tratamiento y diagnóstico de P.I., sin embargo, lo creen necesario como soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana. En cuanto a los medios de comunicación no se tiene un acercamiento en cuanto a televisión y radio, sin embargo a sido como instrumento de información el internet, apoyándose de él, para educarse sobre el diagnóstico y tratamiento de P.I..

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

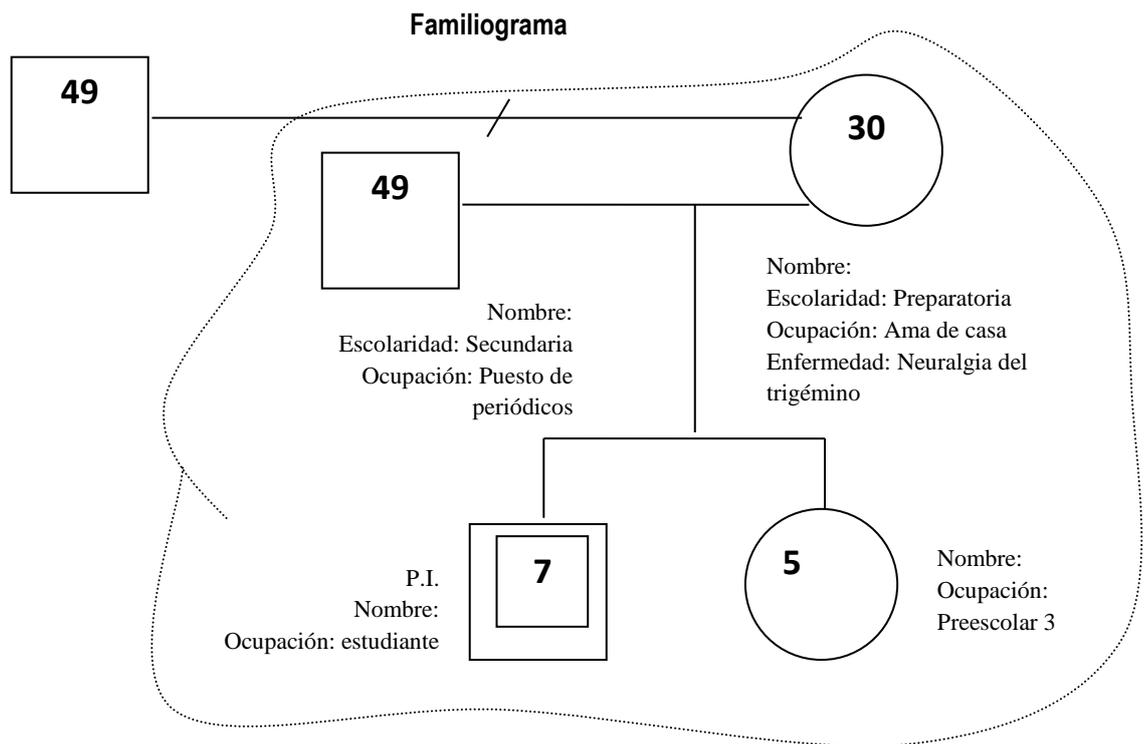
Caso 8.

Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 5 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno de Déficit Atención e Hiperactividad, Trastorno de ansiedad por separación

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización de tema	Observaciones
1	18/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se niega oposición a tratamiento de menor, encontrando una adherencia al mismo, sin embargo, madre comenta que, a partir de accidente, donde se fracturo brazo, el menor ha cambiado conductas, mostrándose más tranquilo y cautivo en las actividades que realiza. Explica que el menor detecta sensación de tranquilidad con la toma de medicamentos.
2	25/01/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Antecedes de trastorno psiquiátrico en familia paterna (TDAH) y tía paterna con depresión. Inseguridad con paidopsiquiatras por conflicto. Contacto con persona con problema de salud mental no perteneciente a la familia sin conocer diagnostico, menciona que abuelos realizaban brujería como tratamiento a enfermedades mentales, mostrándose de acuerdo a estas practicas
3	1/02/18	SI	Dinámica familiar	Perteneciente a familia nuclear, se conoce y apoya el diagnostico y tratamiento de paciente. Se detecta mayor interacción y confianza con abuela materna y tío materno. Por parte de familia paterna comentario y conductas en contra de tratamientos psiquiátricos a pesar de tener primo con TDHA. No se cuenta con otro tipo de redes de apoyo
4	8/02/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas sin influencia en el tratamiento; sin embargo, relacionan enfermedad de P.I. con posible brujería por parte de ex suegra de madre del menor. Se ha llegado a pensar en otro tipo de tratamiento como acupuntura, naturista o el cannabis, a partir de pláticas con amistades de este mismo hospital, indica no haberlo realizado por miedo. Se otorga importancia dentro del hogar a los aspectos escolares, en donde se conoce diagnóstico y tratamiento de P.I., con apoyo tanto por autoridades y profesores, sin embargo, el niño ha sido víctima de bullying, asociado a conductas y comportamientos de exclusión y estigmatización por el trastorno psiquiátrico. Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento
5	1/03/18	NO	-	se realiza llamada telefónica, en donde se agenda cita para realizar última sesión
6	22/03/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización última sesión	Se percibe influencia de medios de comunicación (internet y películas) dentro del hogar, que apoyan al TX. y comprensión de DX. Comenta entrevistada que P.I. es un niño con mucho miedo a los eventos naturales y sociales, eso le imposibilita interactuar con los demás y salir de casa, lo que causa preocupación en madre.



Diagnóstico:

La familia de P.I., como primer vínculo de socialización es de suma importancia para que él pueda adquirir los valores, normas y metas que la sociedad exige, es necesario crear un empoderamiento en cuanto a su diagnóstico y tratamiento dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, desistiendo de posibles creencias que por factores sociales han generado dudas dentro del tratamiento, como el uso de tratamientos alternativos o la asociación de la enfermedad con otro tipo de factores espirituales, sin embargo la adherencia al tratamiento, así como el apoyo de la familia e institución niegan conductas y/ o comportamientos dentro del núcleo familiar que lleven a una exclusión o estigmatización.

Sin embargo, es de suma importancia señalar, que dentro de su eje educativo, P.I. necesita crecer intelectual y socialmente en un ambiente que le proporcione identidad individual, en donde pueda opinar, reflexionar y desenvolverse sin ningún temor, ya que dentro de la escuela si se encuentra con conductas y actitudes de exclusión y estigmatización por parte de sus compañeros, que se asocian directamente con el trastorno psiquiátrico; lo que puede originar en el menor dudas sobre la efectividad y la imagen que da ante sus iguales el tener una enfermedad psiquiátrica, y como consecuencia una desvalorización y baja autoestima que lo lleven a un mal desarrollo y deserción de tratamiento. Finalmente, los medios de comunicación, aunque se han llegado a ver como instrumento de información, no cuentan con la total credibilidad dentro de la familia, para educarse sobre el diagnóstico y tratamiento de P.I., ocupándolos solo con el propósito de entretenimiento, no está de más el supervisar y explicar los contenidos que muchas veces se muestran en ellos al menor.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 9.

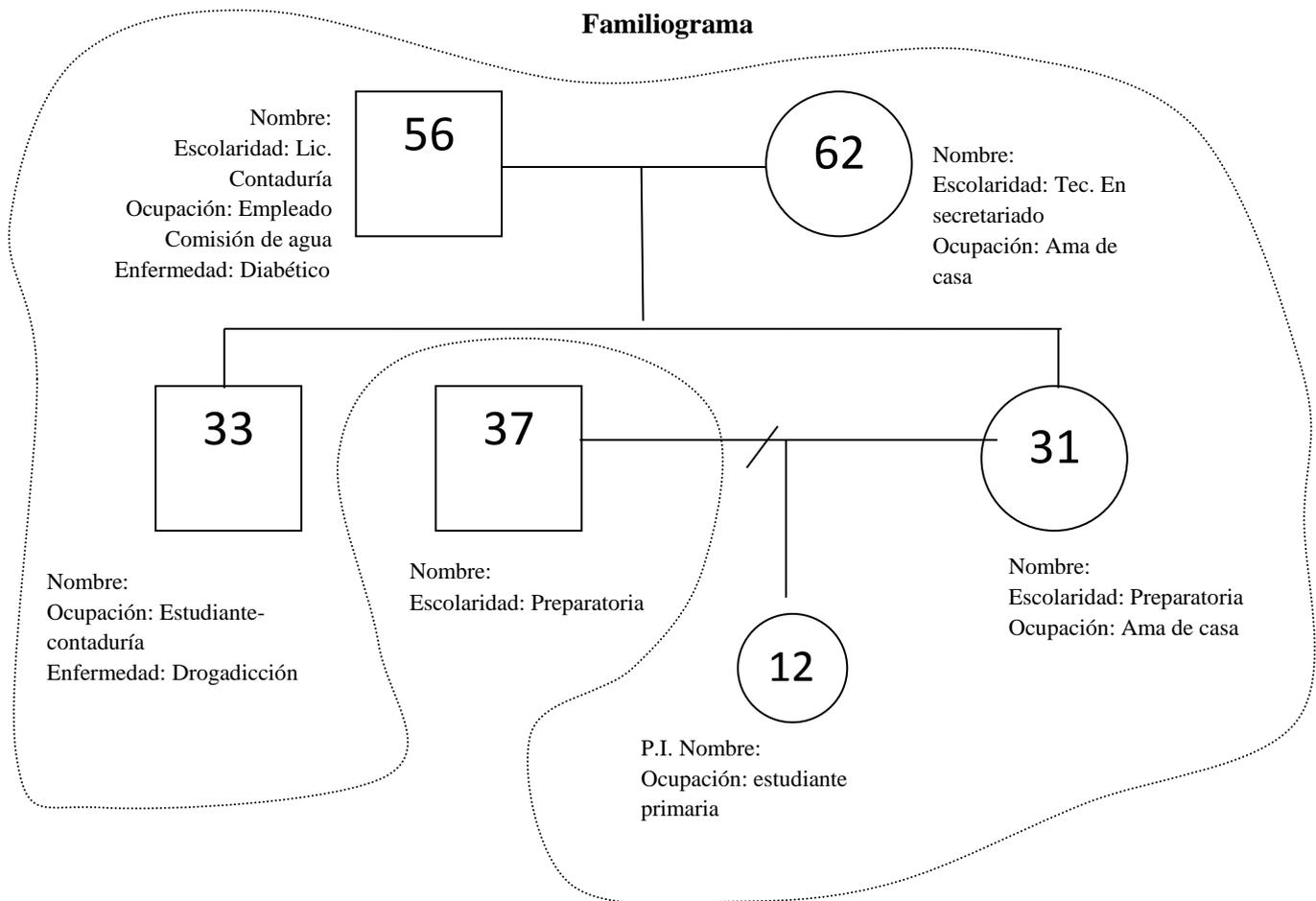
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones _____ **Total de entrevistas realizadas:** 6 sesiones _____

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Enuresis

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	17/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Madre menciona que en casa no se percibe ninguna actitud de estigma o exclusión en el paciente "he enseñado a que mi hija lo vea como normal" sic. Madre agrega que en casa y en general no le gusta comentar los problemas que tiene.
2	25/01/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Antecedente de tratamiento en hospital de dos años, ingresada por amigo de la familia sin hoja de referencia, se tenía sospecha de Diagnóstico ya que madre refiere haber presentado síntomas similares en su niñez sin ser Diagnóstico o tratamiento antecedentes familiares (primos maternos) con Diagnostico. Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad y tratamiento en este nosocomio, por lo que ya se tenía conocimiento del Hospital.
3	1/02/18	SI	Dinámica familiar	Familia extensa con roles idiosincráticos; conocimiento en el hogar de Diagnóstico y tratamiento en paciente se percibe comunicación adecuada dentro del hogar; no se llevan a cabo represarías o castigos referentes al tratamiento. Tío materno ejerce figura paterna en paciente., sin embargo este a decir de la madre consume cannabis por lo que se corre riesgo de perder este papel, la menor no tiene conocimiento de esto, pero sospecha.
4	8/02/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas sin influencia en tratamiento, negativa a otro tipo de tratamiento o creencias. En el hogar la interacción y desarrollo escolar es de suma importancia, por lo cual la escuela conoce diagnóstico y tratamiento de paciente con apoyo tanto por autoridades, profesores y compañeros, sin encontrar actitudes de rechazo o exclusión. Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento. Sin embargo se percibe que se maneja información inadecuada en comparación a tratamiento en Hospital Psiquiátrico Infantil.
5	15/02/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica con la madre de la menor para reprogramar sesión
6	22/02/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización	Se niega educación de salud mental antes de tratamiento dentro Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, sin embargo, se hace referencia a un trato abierto y de comunicación adecuada hacia el diagnóstico y tratamiento de paciente, se cree necesario que dentro de la familia se tenga más información sobre otros trastornos psiquiátricos. Se percibe la necesidad de programas y proyectos a nivel federal en escuelas para difundir los procesos y características de los trastornos psiquiátricos.
7	2/03/18	SI	Última sesión	Se lleva a cabo la última entrevista donde se otorga una retroalimentación de lo trabajado durante las sesiones pasadas, encontrando como red de apoyo principal para el tratamiento de paciente, familia y escuela; se percibe un ambiente favorable para el desarrollo de la menor en núcleo familiar, sin comportamiento y conductas que indique algún tipo de exclusión y estigmatización en el Diagnóstico de P.I. y en general sobre los trastornos psiquiátricos

Familiograma



Diagnóstico

La familia de P.I. ha sido punto clave para que la paciente tenga un empoderamiento en cuanto a su diagnóstico y tratamiento dentro de este Hospital, desechando algún tipo actitud o comportamiento de estigmatización y exclusión que pueda generar un problema en su desarrollo, logrando ser un agente de socialización en donde ha adquirido valores, normas y metas que la ayudaran a tener una adherencia a su tratamiento a lo largo de su vida. Sin embargo, es necesario trabajar otros factores como las adicciones por los miembros de la familia, para seguir apoyando a P.I. en su tratamiento.

El factor sociocultural al que se le da importancia dentro del hogar, es la escuela, teniendo un constante acercamiento con ellos para apoyar a que P.I. se sienta en total plenitud de opinar hacer reflexiones y trabajar en equipo para facilitar la interacción con sus iguales, teniendo un mejor desenvolvimiento en el proceso de socialización y desarrollo físico y psicológico de la menor. La familia no tiene un constate en cuanto al tema de religión y por ende este no tiende a generar una trascendida en el tratamiento y diagnóstico de P.I., sin embargo, lo creen necesario como soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana. En cuanto a los medios de comunicación, aunque se han llegado a ver como instrumento de información, no cuentan con la total credibilidad dentro de la familia, para educarse sobre el diagnóstico y tratamiento de P.I., por lo que el mayor apoyo que han tenido como familia para el proceso de enfermedad y el desarrollo pertinente de la menor es el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 10.

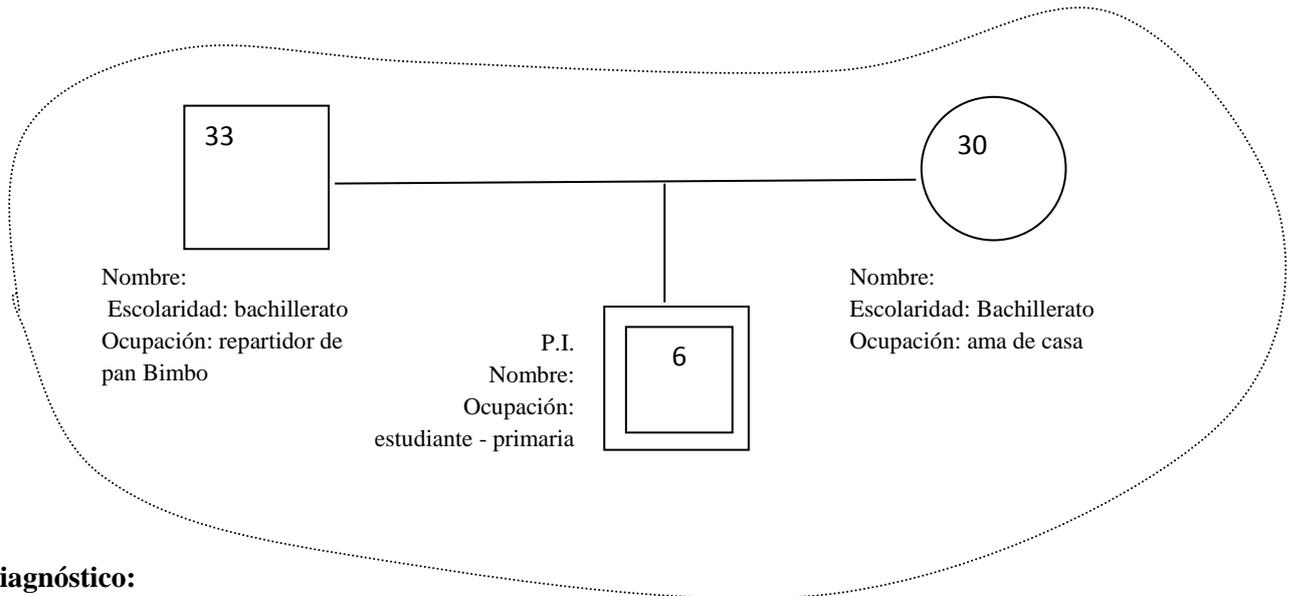
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 6 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Síndrome de Tourette y Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	15/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se realiza primera entrevista donde se explica objetivos y proceso del proyecto posteriormente se aplica escala y se firma carta de consentimiento informado
2	22/01/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica con la madre para reprogramar sesión
3	29/01/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Acudieron a este nosocomio por iniciativa propia, a partir de que ven tics en el menor, conocimiento del hospital por que antecede atención psiquiátrica dentro de este nosocomio del padre con diagnostico de epilepsia.
4	7/02/18	SI	Dinámica familiar	Familia nuclear con roles tradicionales, comunicación asertiva, conocimiento y apoyo de diagnostico de P.I. Redes de apoyo familia paterna
5	14/02/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas sin influencia en tratamiento, negativa a otro tipo de tratamiento o creencias. En el hogar la interacción y desarrollo escolar es de suma importancia, por lo cual la escuela conoce diagnóstico y tratamiento de paciente con apoyo tanto por autoridades, profesores. La madre comenta percibir problemas de P.I. al relacionarse con niños de su misma edad. Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento
6	28/02/18	SI	Última entrevista	Se lleva a cabo la última entrevista donde se otorga una retroalimentación de lo trabajado durante las sesiones pasadas. No se cuenta con educación sobre salud mental dentro del núcleo familiar, sin embargo se percibe un ambiente favorable para el desarrollo de la menor en núcleo familiar, sin comportamiento y conductas que indique algún tipo de exclusión y estigmatización

Familiograma



Diagnóstico:

P.I. pertenece a una familia nuclear, la cual ha apoyado el tratamiento del niño, sin embargo no le han facilitado conocimiento de diagnóstico al menor, por miedo a que no sea entendido; esto, no implica un tipo de conducta o comportamiento de exclusión y estigmatización del paciente psiquiátrico, se cree necesario otorgar al menor la comprensión de su diagnóstico tomando en cuenta su desarrollo y entendimiento para tener la posibilidad de que adquiera valores, normas y metas que la ayudaran a tener una adherencia a su tratamiento a lo largo de su vida.

Aunque el ámbito escolar, es un factor importante para el desarrollo del menor y se cuenta con el apoyo de las autoridades y profesores, se percibe que P.I. tiene problemas al relacionarse con niños de su edad, generando en él, cierta dificultad en expresarse, opinar, hacer reflexiones y trabajar en equipo, lo que puede impedir desarrollar una identidad entre sus iguales. La familia no tiene un constato en cuanto al tema de religión y por ende este no tiende a generar una trascendida en el tratamiento y diagnóstico de P.I., sin embargo, lo creen necesario como soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana. En cuanto a los medios de comunicación, aunque se han llegado a ver como instrumento de información, no cuentan con la total credibilidad dentro de la familia.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 11.

Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 3 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno déficit de atención e hiperactividad

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Tema	Observaciones
1	19/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se realiza primera entrevista donde se explica objetivos y proceso del proyecto posteriormente se aplica escala y se firma carta de consentimiento informado. Madre menciona que ha percibido conductas discriminatorias fuera del hogar (transporte público, espacios públicos, natación), ya que P.I. tiene un tic y ciertas conductas antisociales.
2	24/01/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica con la madre del menor para reprogramar sesión, comentado que la inasistencia fue por problemas escolares.
3	2/02/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Madre explica proceso de adopción y proceso de inserción a esta institución y el desarrollo del paciente durante su estancia en el mismo. Al ser un niño adoptado no se conocen antecedentes familiares sobre padecimientos psiquiátricos.
4	9/02/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica con la madre del menor para reprogramar sesión
5	13/02/18	SI	Dinámica familiar	Familia adoptiva, con roles tradicionales, comunicación asertiva, conocimiento y apoyo de diagnostico de P.I. Dentro de la escuela tanto las autoridades como profesores conocen y apoyan en el tratamiento de P.I.; sin embargo la madre comenta que ha detectado que los compañeros han realizado comentarios hacia el menor por su comportamiento.

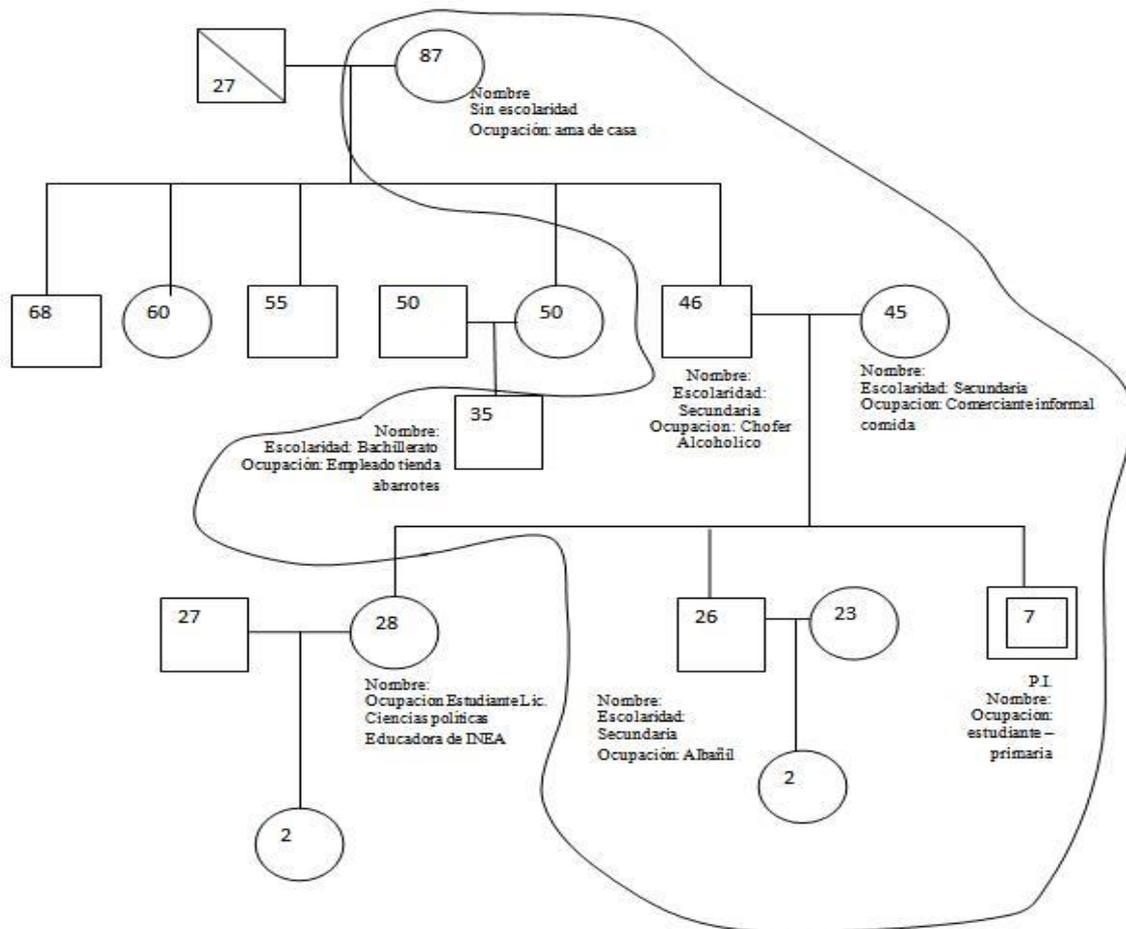
Observaciones: Después de la tercera entrevista, madre comenta que por cuestiones escolares no podrá asistir durante dos semanas, por lo que se agenda cita para el día 9 de marzo, a la que no asistió, a partir de ese día se realizaron un total de 6 llamadas telefónicas (los días: 5/03/18, 6/03/18, 20/03/18, 22/03/18, 5/04/18, 9/04/18) para reprogramar sesión, sin poder volver a comunicarnos con los padres del menor. Por cuestiones de tiempo y partir de que ya se estaban finalizando las entrevistas con el resto de los participantes del proyecto, se decidió descartar participación de la familia.

Diagnóstico:

P.I. pertenece a una familia adoptiva, la cual ha brindado apoyo y comprensión en el diagnostico del niño, con ello P.I. tiene la posibilidad de adquirir valores, normas y metas que la ayudaran a tener una adherencia a su tratamiento a lo largo de su vida; desechando algún tipo actitud o comportamiento de estigmatización y exclusión en el núcleo familiar. El ámbito escolar también ha sido de gran apoyo para el desarrollo y desenvolvimiento de P.I., permitiéndole reflexionar, opinar y participar en equipo, lo que le permitirá mejorar su adaptación e identidad con sus iguales.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro**Departamento de trabajo social****NOTA DE EVOLUCIÓN****Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar****Caso 12****Total de entrevistas planificadas:** 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 6 sesiones**Diagnostico médico psiquiátrico:** Discapacidad intelectual moderada**PROCESO DE INTERVENCIÓN**

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	16/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se tenía programada cita para 1era entrevista el día 25 de enero, se presenta Madre refiriendo que hoy tenía consulta, se procede explicar objetivos, firmar hoja de consentimiento y aplicar instrumentos (escala), se respeta cita acordada para segunda entrevista
3	1/02/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Se presenta a la oficina de Trabajo Social madre del menor, comentando que recibió recado de llamadas, se realiza segunda entrevista donde se percibe desconocimiento de problemas de salud mental, no se conoce diagnóstico del menor, comentarios y actitudes de desagrado a trastorno de menor y hospital, sobre todo por parte de padre; en cuanto a la madre se detecta culpa por el tratamiento de P.I.
4	8/02/18	SI	Dinámica familiar	A partir de la realización de familiograma, se detecta familia extensa con dinámica disfuncional, ausencia de figura paterna ya que el padre se encuentra fuera del hogar toda la semana por cuestiones laborales, refiere alcoholismo por parte de este; hermanos no se relacionan mucho con el menor y tienen problemáticas con la madre desde que ella queda embarazada, rechazando a P.I. Tío y abuela paterna, no tiene mucha interacción y comunicación con la madre, sin embargo comenta la entrevistada que la abuela consiente mucho a P.I.
5	15/02/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con antecedentes de creencia en santa muerte y algún tipo de brujería, renuncian a estas creencias a partir de tratamiento de alcoholismo (4 y 5 paso) que llevan a cabo ambos padres; asociando el cambio de creencia con el padecimiento de P.I. y problemas familiares. Relaciona cosas de terror y miedo con la psiquiatría haciendo énfasis de la agresión que cree tiene los pacientes. En cuanto a factores educativos, la escuela es quien detecta problemas de aprendizaje y lenguaje en paciente, refiriendo a este hospital e incluirlo a un grupo especial, en cuanto a autoridades y profesores conocen y apoyan tratamiento en nosocomio, sin embargo, madre muestra desacuerdo por la inserción a grupo al interactuar solo con niños que presentan algún tipo de enfermedad. Se detecta influencia de medios de comunicación en cuanto a la forma de visualizar los trastornos psiquiátricos relacionándolo con miedo, agresión e incertidumbre.
6	22/02/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización	No se cuenta con algún tipo de educación de salud mental en familia y se tiene conductas y comportamientos de discriminación y estigmatización hacia los trastornos psiquiátricos, se menaje termino de loco como ofensa. Cuidadora primaria (madre) se encuentra en etapa de asimilación en cuanto al diagnostico y tratamiento de paciente.
7	15/03/18	SI	última sesión	Se realiza última sesión haciendo énfasis en la adherencia al tratamiento de paciente, ya que a lo largo de las entrevista se logro detectar nula importancia al tratamiento; a partir de factores discriminatorios dentro y fuera del núcleo familiar, sin presentar redes de apoyo



Diagnóstico:

La familia de P.I., presenta un desconocimiento y desvalorización a las enfermedades mentales y por consecuencia al diagnóstico y tratamiento de P.I., principalmente por figura paterna; en cuanto a la madre se detecta etapa de asimilación y culpa por dicho trastorno. Se trata de una familia disfuncional donde no se tiene roles bien determinados, no se llevan a cabo las normas y límites que establece figura materna, la comunicación es inadecuada, utilizando términos altisonantes y con un grado de discriminación y exclusión en el menor por lo que se considera a estas conductas y comportamientos como factores de estigmatización en el trastorno de menor dentro de su núcleo familiar, que puede llevar a una rápida deserción en el tratamiento y/o problemas en el desarrollo de P.I. con un bajo autoestima.

La madre conflictiva con la atención especial (grupo de niños “especiales”) que se le da a P.I. en el ámbito educativo, en donde menciona relacionarse con pocos niños, los cuales tienen enfermedades como Síndrome de Down, retraso mental, autismo, etc. imitando conductas que a decir de la madre hacen un retroceso en el menor. Dentro de la familia se da mayor importancia a factores religiosos con un grado de influencia y asociación en problemas tanto de salud como familiares, lo que origina una justificación utópica de los problemas, sin buscar alternativas que ayuden a mejorar su dinámica. En cuanto a los medios de comunicación han originado en la familia una creencia y forma de visualizar los trastornos psiquiátricos y el ámbito de la salud mental, como algo negativo, coligado con temas de agresión, miedo e incertidumbre; por lo que se puede inferir que la concepción y la educación de salud mental que se tiene, así como su desvalorización hacia las enfermedades mentales se originan de estas interacciones.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 13.

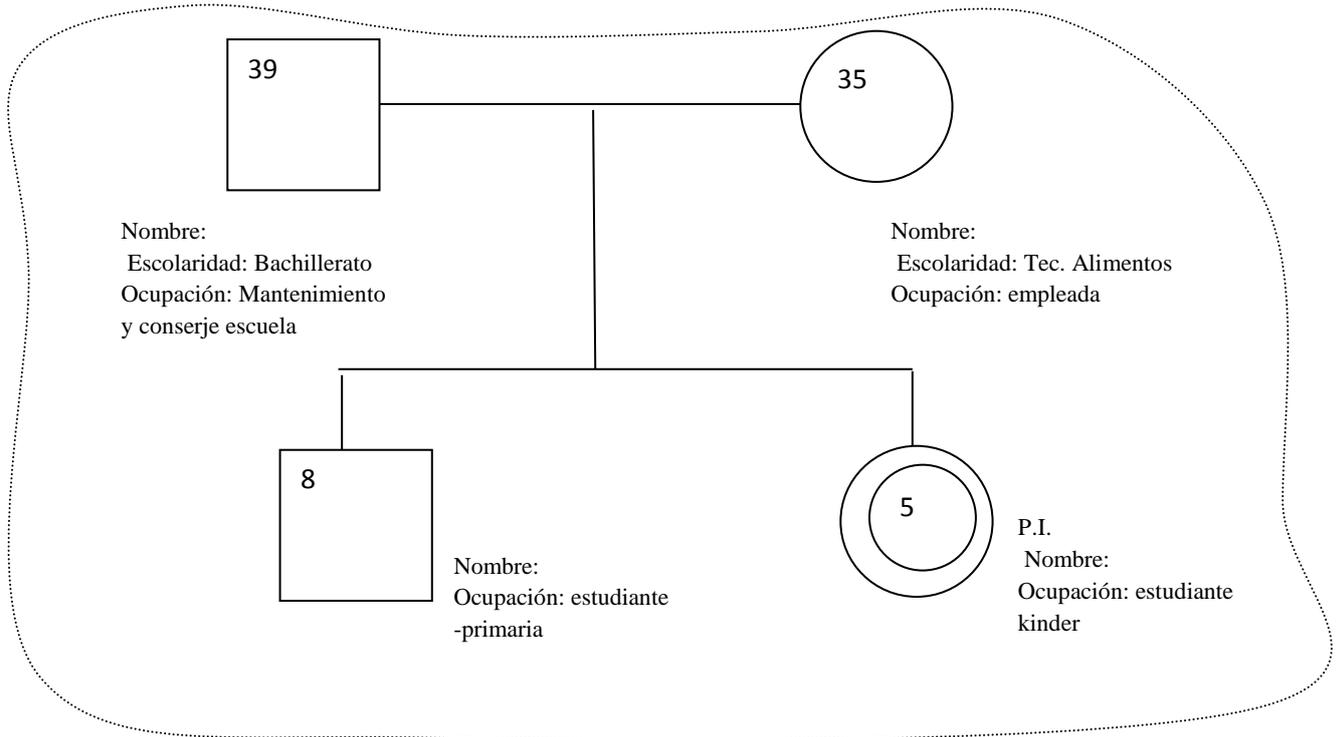
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones _____ **Total de entrevistas realizadas:** 6 sesiones _____

Diagnostico médico psiquiátrico: Epilepsia, Retraso en el desarrollo fisiológico, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno específico de la expresión del lenguaje

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del Tema	Observaciones
1	30/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se aplica escala y se firma carta de consentimiento informado. En donde comenta la madre que ella si ha sentido avergonzada por conductas de P.I. (berrinches), además de que siente culpa por la enfermedad mental de la menor.
2	6/02/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Antecede tratamiento por crisis convulsiva en varios hospitales, con seguimiento neurológico, sin encontrar afectación. No existen antecedentes familiares de padecimientos psiquiátricos en la familia. Se percibe cierto desconocimiento y/o que madre tiende a minimizar el diagnostico de P.I. como mecanismo de defensa.
3	20/02/18	SI	Dinámica familiar	Familia nuclear, con roles tradicionales; conocimiento en el hogar de diagnóstico y tratamiento en paciente se percibe comunicación adecuada dentro del hogar; no se llevan a cabo represarías o castigos referentes al tratamiento. Se cuenta con redes de apoyo, como otros familiares y amigos. Madre se muestra sobre-protectora y con sentimiento de miedo a que P.I. sea rechazada por su comportamiento y el tratamiento psiquiátrico
4	27/02/18	SI	Dinámica familiar	
5	06/03/18	NO	-	Se comunica Madre de la menor, para reprogramar cita, ya que no pudo acudir por cuestiones de salud
6	20/03/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencia católica, con influencia en el tratamiento de P.I., se detecta cierta creencia a que convulsiones desaparecen con encomiendas a la virgen; negativa a otro tipo de tratamiento o creencias. Tanto autoridades como profesores de la escuela conocen el diagnóstico y tratamiento de P.I., detectando ciertas dificultades en el desarrollo y aprendizaje de la menor; por lo cual tanto madre como autoridades de la escuela decidieron que era necesario que P.I. cursara nuevamente tercer grado de kinder, antes de ingresar a la primaria. Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento.
7	27/03/18	NO	-	Por cuestiones de tiempo no se puede llevar a cabo la entrevista, y ya no se realiza reprogramación; sin embargo Sra. Irma se comunica con pasante para concertar última entrevista la cual es otorgada el día que se inicia con el trabajo de grupo de resultados.
8	12/06/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización última sesión	Se niega educación de salud mental dentro del hogar. Se percibe culpa, miedo y sentimiento de tristeza en madre por desarrollo de P.I, creyendo que este puede ser un impedimento para su desarrollo profesional y social, el último a partir de la estigmatización que aun se tiene dentro de la sociedad a las enfermedades mentales.

Familiograma



Diagnóstico:

P.I. pertenece a una familia nuclear, la cual conoce y ha apoyado en todo lo posible su tratamiento; sin embargo se detecta en la figura materna cierta sobreprotección de la menor por el miedo a los problemas de exclusión, estigmatización y discriminación que existen en la sociedad hacia los pacientes con trastornos mentales, por lo que es necesario trabajar en ello ya que esto puede generar dificultades para que P.I. se desarrolle socialmente, además de que les ayudara a tener una mayor adherencia a su tratamiento; al no poseer sentimiento de rechazo, culpa, miedo, hostigamiento, etc. que los lleve a una deserción del mismo; por lo que se considera estas conductas como posibles factores de exclusión en el tratamiento psiquiátrico.

El ámbito escolar ha sido un soporte adecuado en el tratamiento de la menor; quienes han brindado estrategias educadas para su aprendizaje y desarrollo, lo que ha permitido que la niña tenga adecuada interacción y relación con sus iguales. La familia de P.I. tiene un acercamiento significativo con factores socioculturales como la religión, creyéndola necesaria como soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana. En cuanto a los medios de comunicación, aunque se han llegado a ver como instrumento de información, no cuentan con la total credibilidad dentro de la familia, para educarse sobre el diagnóstico y tratamiento de P.I.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 14.

Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 3 sesiones

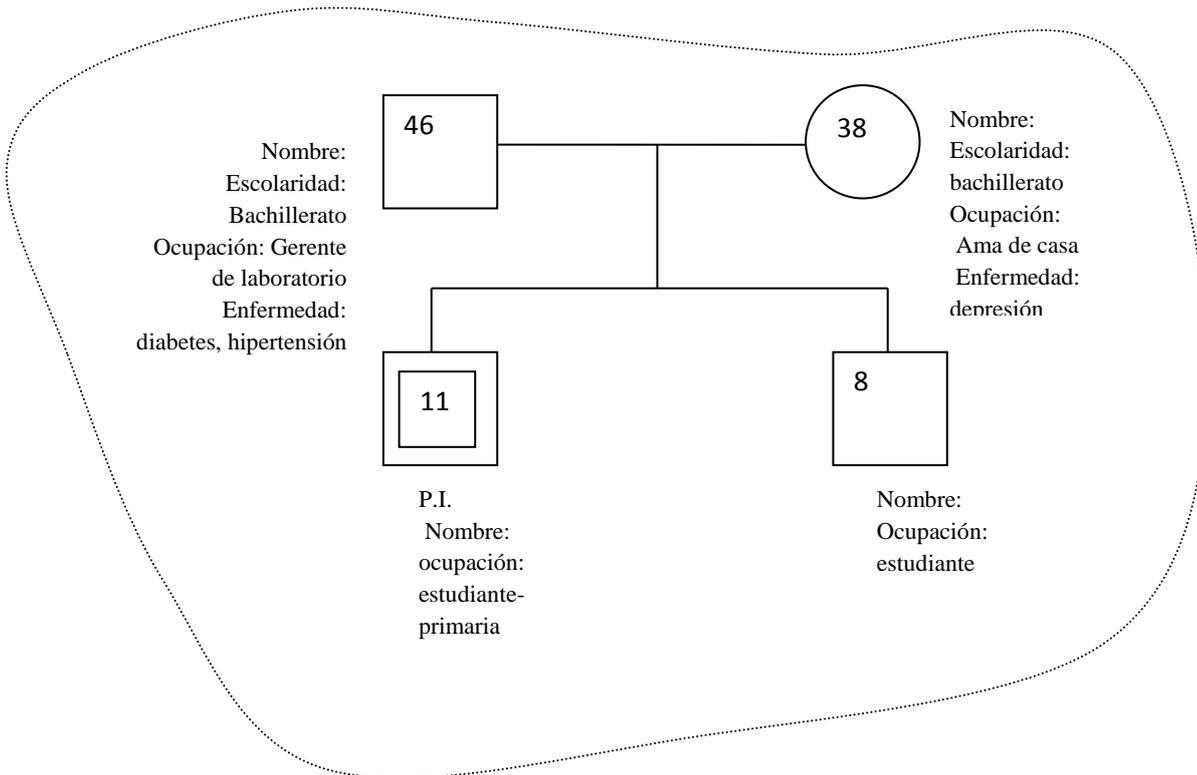
Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno de Déficit Atención e Hiperactividad, y Síndrome de asperger

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	16/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se realiza primera entrevista donde se explica objetivos y proceso del proyecto posteriormente se aplica escala y se firma carta de consentimiento informado
2	24/01/18	NO	-	Se comunica madre del menor para comentar que por cuestiones de salud no se podría presentar a sesión, por lo que se agenda nueva cita
3	31/01/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Acuden a este nosocomio por iniciativa propia a partir de conductas que presentaba el niño, y por recomendación de amistades de padres. Madre comenta que el proceso de adherencia al tratamiento fue complicado ya que le proporcionaron diferente diagnósticos, sin embargo actualmente el tratamiento ha sido de gran apoyo, observado una mejoría en P.I. Antecedentes de trastorno psiquiátricos en la familia tanto materna como paterna.
4	6/02/18	SI	Dinámica familiar	Familia nuclear con roles tradicionales, comunicación asertiva, conocimiento y apoyo de diagnostico de P.I. Redes de apoyo familia paterna y amistades. Antecede en la madre violencia física y psicológica por su madre., por lo que actualmente no se tiene una relación con familia materna a pesar de vivir en el mismo predio, se adjudica problemas emocionales de la madre a causa de esta violencia Conocimiento y apoyo de diagnóstico y tratamiento del menor por parte de los profesores y autoridades de la escuela; sin embargo se detecta conductas de exclusión a causa de su diagnóstico por parte de sus compañeros, por lo que la madre menciona que tanto los niños como las escuela no están preparados para tener a niños con asperger por qué no se conoce mucho de la enfermedad

Observaciones: Durante este proceso la familia tuvo una contrariedad, por lo que la madre dejo de asistir a las sesiones, cabe destacar que se tuvo comunicación vía telefónica para agendar cita en tres ocasiones (13/ 02/18, 13/03/18 y 5/04/18), la última de ellas Sra. interrogo la posibilidad de realizar entrevista vía telefónica, siendo inconveniente por cuestiones en técnicas metodológicas, en coordinación con asesora del proyecto se decidió desertar en las entrevistas por cuestiones de tiempo.

Familiograma



Diagnóstico

P.I. pertenece a una familia nuclear, la cual, ha facilitado el conocimiento de su diagnóstico y tratamiento dentro del hospital, tomando en cuenta su desarrollo y entendimiento, con ello P.I. tiene la posibilidad de adquirir valores, normas y metas que la ayudaran a tener una adherencia a su tratamiento a lo largo de su vida; desechando algún tipo actitud o comportamiento de estigmatización y exclusión en el núcleo familiar. Sin embargo dentro del ámbito escolar, se percibe factores que puede generar problemas en el desarrollo, socialización y aprendizaje del niño, al ser víctima de bullying a partir de su diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, generando en él, cierta dificultad en expresarse, opinar, hacer reflexiones y trabajar en equipo, lo que puede impedir desarrollar una identidad entre sus iguales, generando un rechazo a su tratamiento que puede influir a una deserción del mismo, además de una baja autoestima.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Departamento de trabajo social

NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 15.

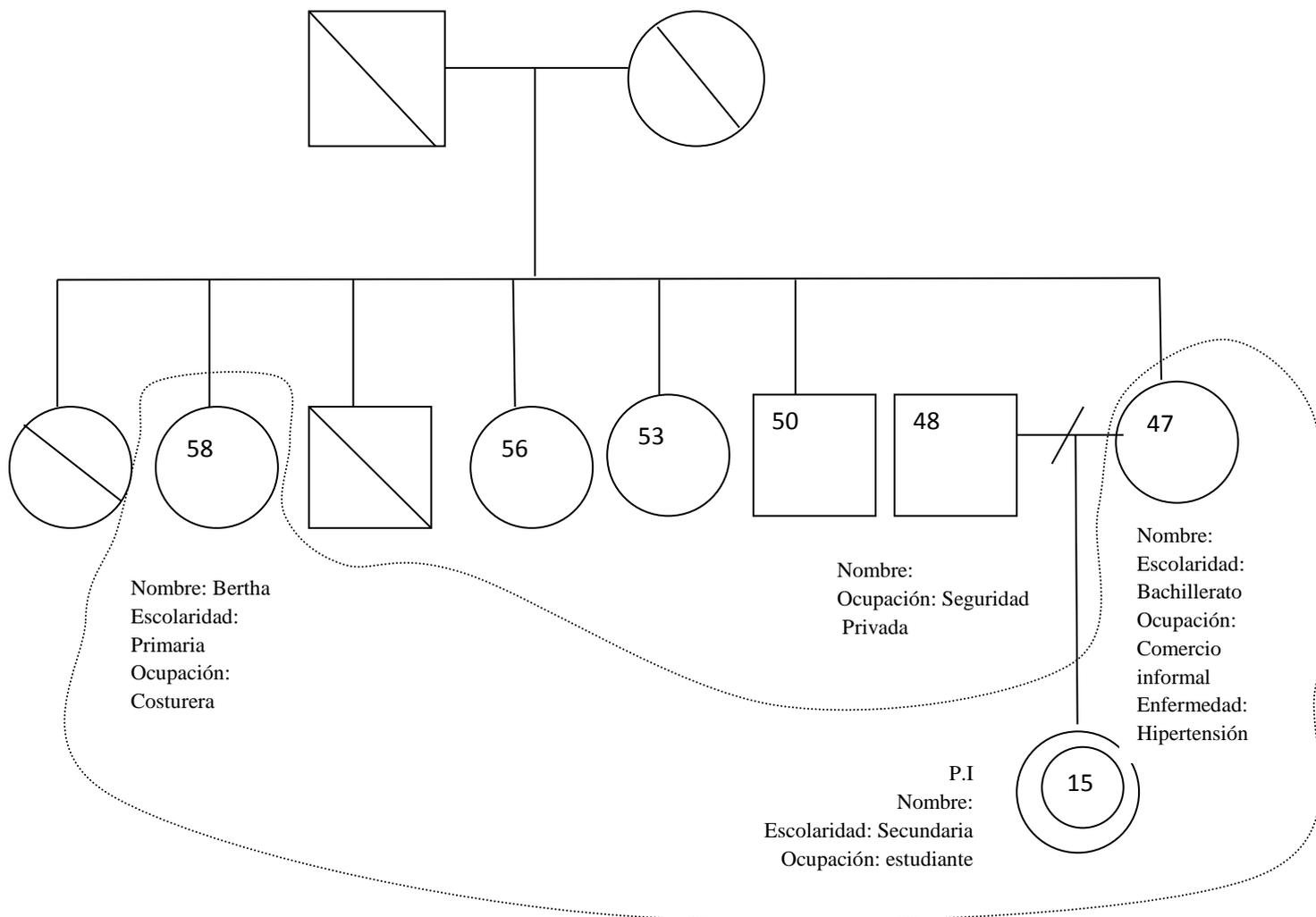
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 4 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de pánico, Episodio depresivo moderado, Trastorno oposicionista desafiante

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	27/02/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se realiza primera entrevista donde se explica objetivos y proceso del proyecto posteriormente se aplica escala y se firma carta de consentimiento informado, cabe destacar que esta paciente no se tenía contemplada para entrevista a profundidad, sin embargo durante esta entrevista la madre comente que su hija fue víctima de brujería y por ello tuvieron que practicarle varios exorcismos, por lo que se incluye como familia de estudio y se hace invitación para entrevistas a profundidad accediendo a la misma.
2	7/03/18	SI	Estancia y proceso dentro Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro	Antecede tratamiento espiritual “liberación y sanación”, a partir de que la madre cree que P.I. fue víctima de brujería por parte de un miembro de la familia (tía política), con base a enfermedades constantes (gastritis y colitis) y comportamiento agresivo e inadecuado “sin causas alguna” que presento la niña a partir de la muerte de una tía materna; la madre comenta que durante este proceso P.I. presento síntomas de alucinaciones y autolesión. Sin embargo, comenta llegar a este hospital por iniciativa propia a partir de la sugerencia de un sobrino. A decir de la entrevistada no se cuenta con antecedentes de padecimiento psiquiátricos dentro de la familia
3	13/03/18	SI	Dinámica familiar Factores socioculturales dentro de la familia	Familia extensa, integrada por madre, tía materna y paciente, con conocimiento y apoyo de diagnostico de P.I. Escasa interacción con padre quien tiene conocimiento del tratamiento de la paciente, sin dar importancia adecuada, se percibe problemas emocionales de la madre hacia la figura paterna, comentando en varias ocasiones el desinterés por su hija y la falta de apoyo económico por parte de este. Actualmente P.I. está estudiando la secundaria abierta, ya que a decir de la entrevistada a partir de los problemas espirituales que tuvo la menor ya no pudo asistir a la escuela, dejándole cierto problema de aprendizaje, por lo que cree que su hija no tendrá la posibilidad de llegar a realizar una licenciatura, a lo que menciona la posibilidad de prepararla en un oficio o brindarle un negocio.
4	20/03/18	NO	-	Madre realiza llamada telefónica para reprogramar sesión para el jueves
6	3/04/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización Última sesión	Se niega educación de salud mental antes de tratamiento dentro hospital, se percibe en la madre un desconocimiento y cierta conducta de estigmatización en los trastorno mentales al manifestar que las personas que acuden a los hospitales psiquiátricos son por qué no tuvieron el tratamiento adecuado de “sanación”, adjudicando que las personas con trastornos mentales son por que tuvieron algún contacto con “demonios” o están bajo alguna ” brujería”[...] “ <i>pienso que las personas que llegan aquí es por que jugaron algo y piensan que es por alguna enfermedad; ustedes como médicos no pueden controlar esa situación o saber qué es lo que tienen, les dan sedantes y los tienen dormidos para que ellos no esté con ese tipo de pensamientos</i> ” (sic. Madre).

Familiograma



Diagnóstico:

P.I. pertenece a una familia extensa, quienes tienen una fuerte influencia y creencias de tipo espiritual y religiosa, adjudicando los trastornos psiquiátricos a creencias "mágico-religiosas-satánicas", esto ha generado que la enfermedad y sintomatología de P.I. sea explicada a partir de "trabajos malignos" a los que fue expuesta; justificando parte de su mejoría a diferentes tratamientos de "liberación, sanación y exorcismos"; esto impide identificar en la familia y en la paciente la necesidad y la importancia que se le debe dar al tratamiento psiquiátrico; su adherencia y el seguimiento que debe llevar a cabo, por lo que se consideran a estas creencias y conductas como un factor bastante accesible a la exclusión y estigmatización del tratamiento psiquiátrico. Mismo que ha afectado en su desarrollo emocional, psicológico, de aprendizaje y social de P.I., ya que a partir de estas prácticas la menor tuvo que abandonar sus estudios, aunque actualmente ya han sido retomados, no se cuenta con la interacción de compañeros o amistades de la misma edad con quien establezca lazos de identidad, además de que la madre presuntamente percibe problemas cognitivos a partir de "los trabajos", que impiden que la menor se realice profesionalmente.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 16

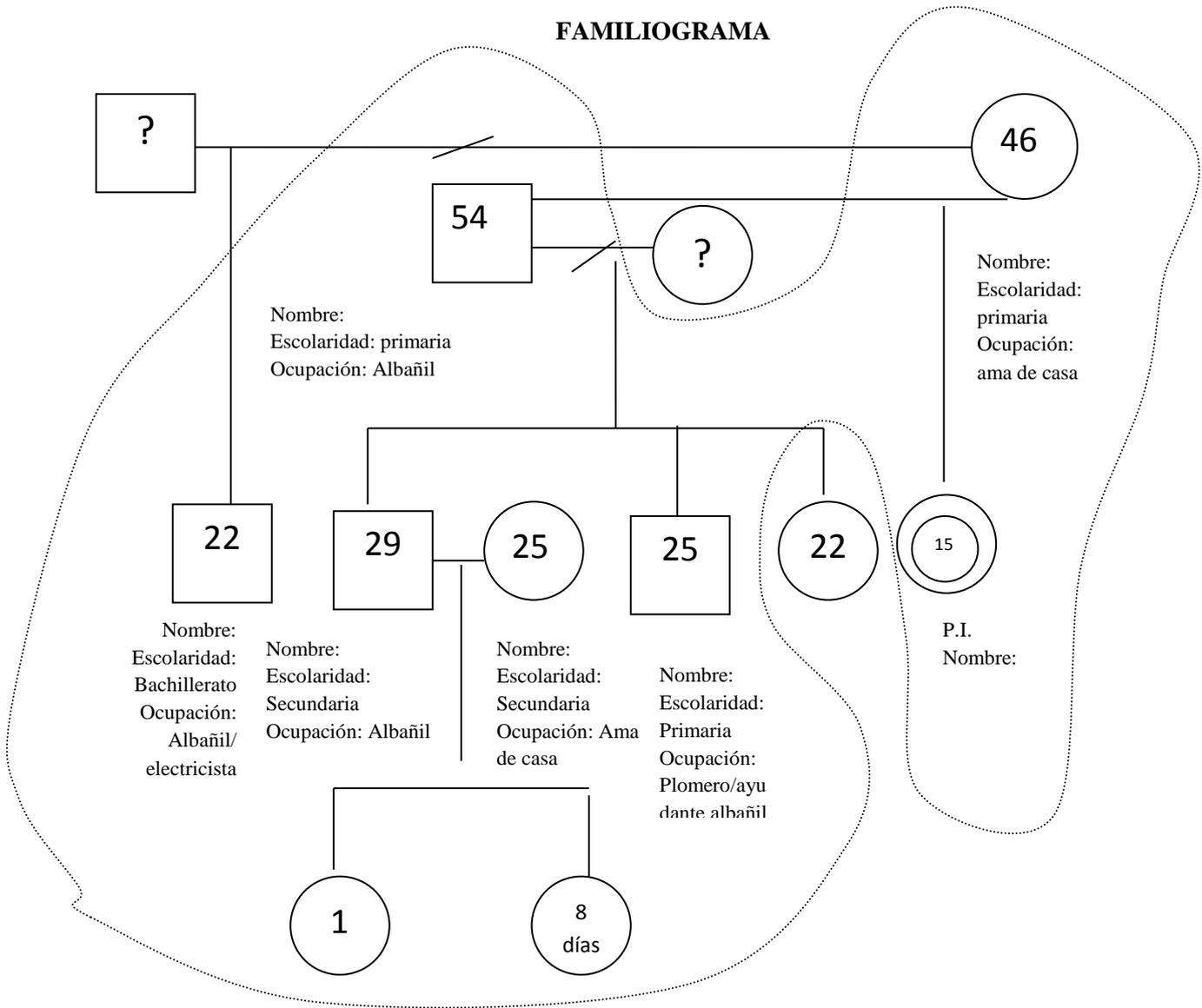
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 6 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno oposicionista desafiante con rasgos de personalidad

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización de tema	Observaciones
1	18/01/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala	Se lleva a cabo de manera breve la presentación de proyecto, donde se comenta objetivos y procedimiento del mismo, se aplica instrumento (escala).
2	25/01/18	SI	Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Antecedente padecimientos psiquiátricos en familia (prima de madre) no diagnosticada, ni tratamiento, con presunto abuso sexual y aislamiento social según lo mencionado por entrevistada. Se detecta violencia física y mental en núcleo familiar de padre hacia paciente y de paciente hacia madre. La madre relaciona los problemas de salud mental con personas peligrosas.
3	31/01/18	SI	Dinámica familiar	A partir de la realización de Familiograma, se detecta familia extensa con problemas de comunicación, violencia verbal, física, económica y psicológica, desinterés en el diagnóstico y tratamiento de la menor. Hermano mayor posesión de material pornográfico sin cuidados sobre estos, por lo que la menor ha observado este material, a decir de la madre.
4	14/02/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia profesa religión cristiana, donde menciona que el pastor si ha verbalizado desacuerdo y desacreditado diagnóstico y tratamiento de paciente, sin embargo, madre otorga importancia a tratamiento médico. Dentro de vecindario se conoce diagnóstico y tratamiento de P.I. en donde se han tenido conductas de exclusión. Paciente no acude a escuela desde hace tres años, por desinterés de la misma, mencionando madre que este año intentará ingresar a la preparatoria abierta o en línea. Se percibe influencia en los medios de comunicación hacia su visión de las enfermedades mentales asociándolas con miedo, algo malo, muerte y suicidio.
5	21/02/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización	Se niega educación de salud mental dentro del hogar, se encuentra conductas y verbalizaciones negativas hacia el tratamiento de la paciente y desinterés por parte de la familia. Madre única red de apoyo, en la que se percibe atención e interés en diagnóstico y tratamiento, con deficiente conocimiento sobre los temas psiquiátricos
6	7/03/18	SI	Última sesión	Se otorga retroalimentación haciendo hincapié en la adherencia al tratamiento, aun después de que P.I. cumpla la mayoría de edad, comentando consecuencias de un mal tratamiento, se puntualizo tema sobre comunicación asertiva, límites, normas y reglas dentro del hogar, acentuando que si se lleva a cabo dentro de la familia apoyaran al tratamiento de la menor.

FAMILIOGRAMA



Diagnóstico:

Con excepción de la madre, la familia de P.I. desconoce el tipo de tratamiento y diagnóstico que lleva a cabo la menor en el Hospital, sin otorgar importancia al mismo; se trata de una familia disfuncional donde no se establecen normas y límites y la comunicación es inadecuada, utilizando términos altisonantes y con un grado de violencia y exclusión en la menor por lo que se considera a estas conductas y comportamientos como factores de estigmatización en el trastorno de paciente dentro de su núcleo familiar, encontrando afectaciones en el autoestima, emociones y sentimientos de P.I., lo que puede originar una deserción en el tratamiento. Escasas redes de apoyo personal – madre e institucional – Hospital Psiquiátrico Infantil.

No se otorga importancia al ámbito escolar, por lo que la menor no estudia desde hace tres años, sin embargo, se comenta que tiene pensado retomar estudios durante este proceso de selección, sin apoyo de padre y hermanos. Factores socioculturales como religión y contexto vecinal han desacreditado el tratamiento y diagnóstico que lleva a cabo la menor, sin embargo, la madre comenta, ver los aspectos religiosos como un soporte moral, sin vincularlos con el tratamiento y los temas científicos. En cuanto a los medios de comunicación han originado una forma de visualizar los trastornos psiquiátricos como algo negativo, ligado a la agresión, miedo, muerte y suicidio, lo que llega a generar incertidumbre en el comportamiento de P.I..

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 17.

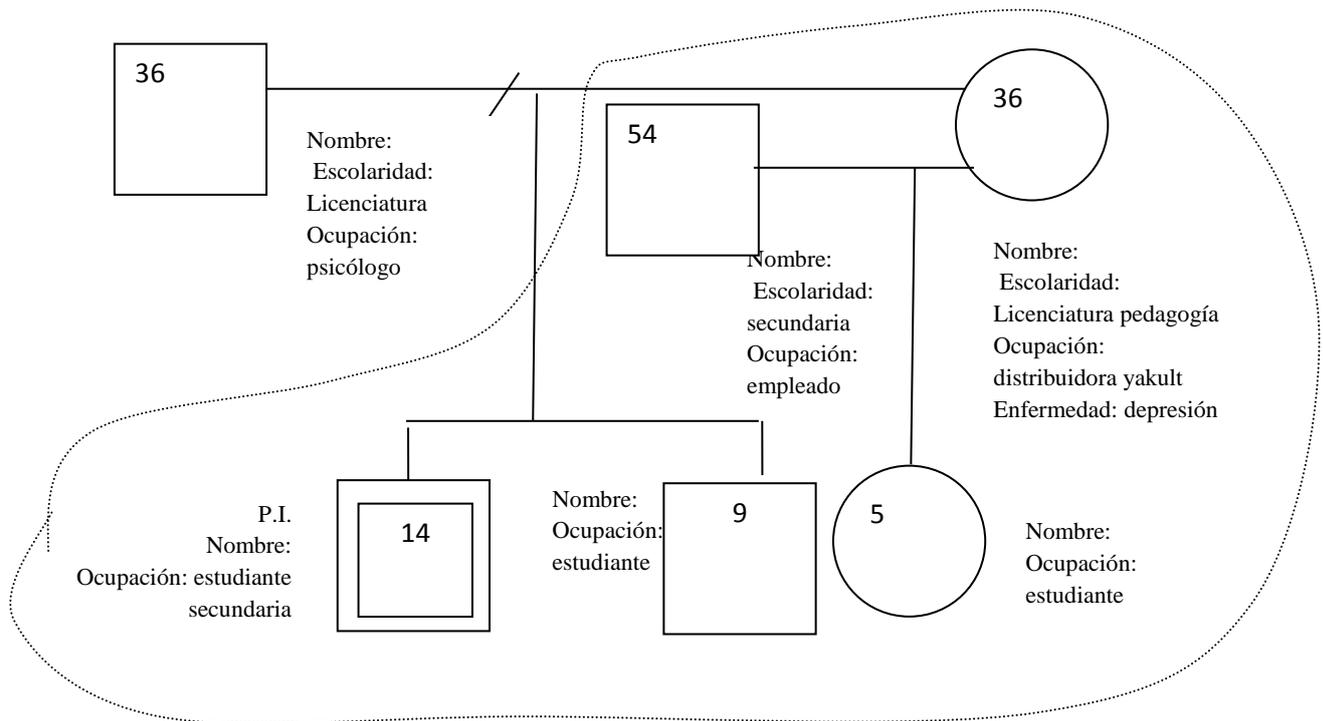
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 4 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno depresivo recurrente

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización de tema	Observaciones
1	15/02/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala Estancia y proceso dentro HPIJNN	Se presentan a la oficina de trabajo social madre y padrastro del menor, mencionan antecedentes de valoración en este nosocomio 6 años atrás en donde se canalizan a Instituto Mexicano de Seguro Social. Al no contar con este servicio deciden regresar por qué menor presenta nuevamente conductas de agresión, indican internamiento de una semana, pidiendo alta voluntaria por no estar de acuerdo con la apariencia que presenta P.I. Mencionan adherencia al tratamiento y una mejora notable en el menor a partir de que el identifica cuando se siente molesto.
2	22/02/18	NO	-	se realizó llamada telefónica para reprogramas sesión
3	5/03/18	SI	Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos Dinámica familiar	Pertenece a familia reconstruida vía materna, conocimiento y apoyo de tratamiento. Escasa interacción con padre biológico ya que este cuenta con otra familia, se detecta que las crisis de agresión que presenta P.I. están dirigidas principalmente a madre y padrastro a quien no le brinda la posición de figura jerárquica, comentando madre que a P.I. le causo problemas emocionales la separación que tuvo con su padre biológico. Antecedentes de padecimiento psiquiátricos en familia, abuela y tío maternos, así como madre con diagnóstico de depresión y ansiedad generalizada, a partir de esto comenta madre se tiene conocimiento sobre temas psiquiátricos, aunque en un principio no eran entendidos por ella, ya que abuelo materno estaba en contra de estos tratamientos, actualmente la pareja con la que vive el abuelo materno presenta problemas neurológico y por este motivo acepta el tratamiento que llevan a cabo los integrantes de la familia.
4	15/03/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas sin influencia en tratamiento, negativa a otro tipo de tratamiento o creencias. En el hogar la interacción y desarrollo escolar es de suma importancia, en donde se conoce diagnóstico y tratamiento de paciente con apoyo tanto por autoridades, profesores, sin embargo comentan que P.I. presenta desinterés en asistir a la escuela, desconocen interacción con compañeros, Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento.
5	22/03/18	NO	-	Se realizó llamada telefónica para reprogramas sesión
6	27/03/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización última sesión	A pesar de los conocimientos de enfermedades mentales por antecedentes familiares, no se cuenta con educación de salud mental dentro del núcleo familiar. Madre comenta socialmente ha encontrado que las personas creen que las enfermedades mentales se pueden controlar con el consentimiento y razón de la persona que lo padece. En cuanto al futuro de P.I., se cree que puede llegar a realizarse en aspectos escolares y profesionalmente, sin embargo a decir de su madre, su diagnóstico y su personalidad le puede llegar a traer problemas en el ámbito social, ya que en la actualidad se ha identificado que a P.I. le afecta el ser introvertido y no poder socializar rápido con las personas

Familiograma



Diagnóstico:

Aunque la familia del P.I. ha generado un ambiente de apoyo y entendimiento en su diagnóstico y tratamiento dentro del hospital, la dinámica familiar, así como la comunicación, normas y límites se establecen entorno a los estados de ánimo que presenta el paciente, teniendo un constante cuidado en no alterarlo y/o entrar en polémica que lleven a una crisis, aunque se niegan conductas y comportamientos que pueden llegar a una exclusión o estigmatización del paciente por parte de su familia, se encuentra un ambiente latente de agresión dentro del núcleo familiar que pueden llegar a la separación, deserción o abandono del tratamiento y del paciente. A diferencia de lo que se percibe en su núcleo familiar, en el ámbito escolar y social, P.I. se muestra como una persona tranquila e introvertida, sin embargo, esto último le ha generado problemas en su desarrollo e identidad, por la dificultad de expresar sentimientos, puntos de vista, reflexiones, etc.

La familia del P.I. cree necesario la interacción y el contexto sociocultural para la socialización de los niños, por lo que se tiene un balance de la influencia de lo religioso, lo educativo y de los medios de comunicación, en donde se interactúa con ellos, se da cierta importancia y significado, sin llevarlos a un fanatismo; así, la religión, es vista como un soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana; lo educativo, es un medio de adquisición de conocimiento e identidad; y los medios de comunicación solo son vistos con fines de entretenimiento.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 18.

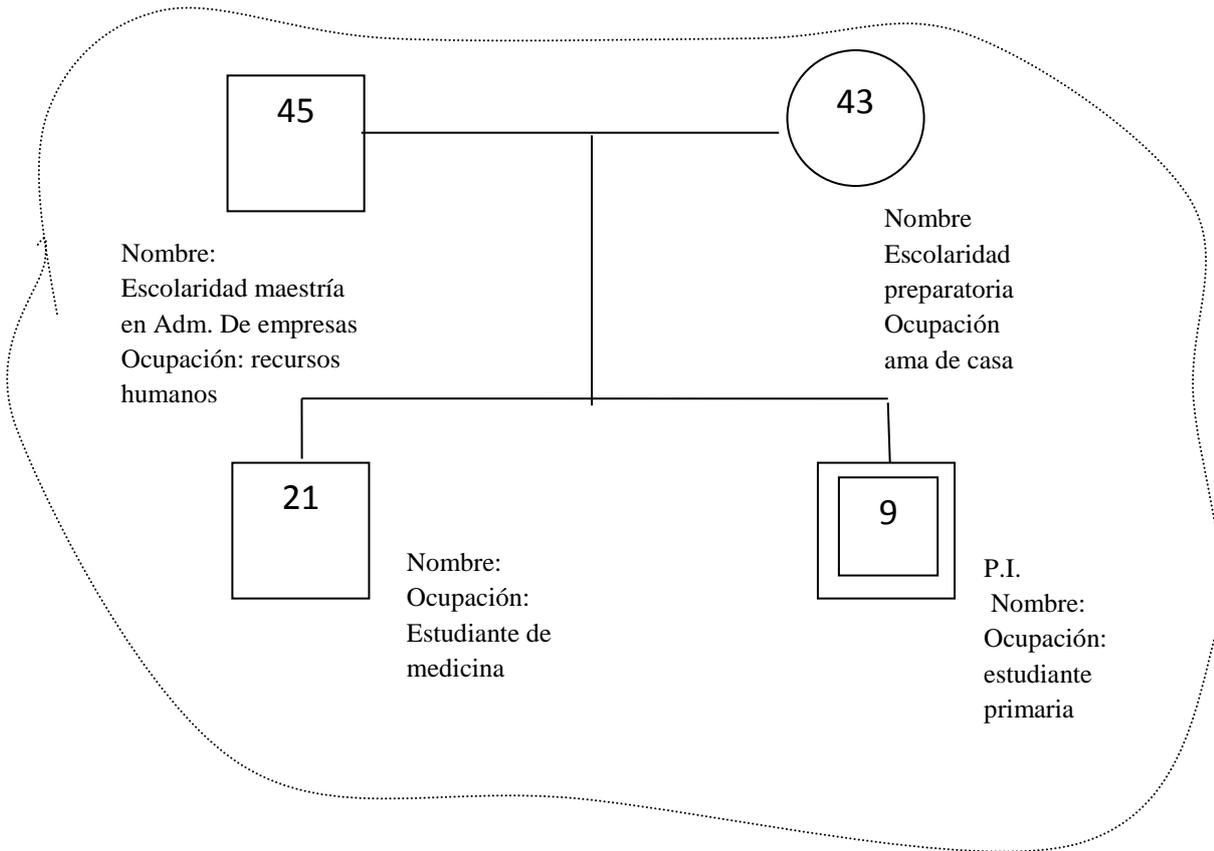
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 4 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización del tema	Observaciones
1	22/02/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala Estancia y proceso dentro HPIJNN	Madre con sentimientos de culpa por trastorno de niño, en un principio presentaba miedo a tratamiento farmacológico con efectos secundarios muy notorios y problemas en la adaptación al diagnóstico psiquiátrico, con sobreprotección al observar conductas de rechazo de otros niños, tal motivo hizo que P.I. entrara al kinder hasta los 5 años donde es detectado el TADH con canalización a este nosocomio.
2	2/03/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica para reprogramar cita
3	9/03/18	SI	Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos dinámica familiar	Familia nuclear conocimiento y apoyo de diagnóstico y tratamiento; roles tradicionales y comunicación asertiva. Abuelos paternos no están de acuerdo con tratamiento farmacológico, a lo que han pedido otra opinión médica; por tal motivo madre menciona miedo a que no le proporcionen el medicamento cuando el niño se queda con ellos. Redes de apoyo fuera de la familia, amistades que conocen y apoyan el tratamiento.
4	16/03/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica para reprogramar cita
5	27/03/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas sin influencia en tratamiento, negativa a otro tipo de tratamiento o creencias. En el hogar la interacción y desarrollo escolar es de suma importancia, por lo cual la escuela conoce diagnóstico y tratamiento de paciente con apoyo tanto por autoridades, profesores y compañeros, sin encontrar actitudes de rechazo o exclusión. Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento
6	3/04/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización última sesión	No se contaba con educación de salud mental en el núcleo familiar antes de tratamiento. Se cree necesario instruir más sobre enfermedades mentales tanto en las escuelas, además de que el hospital, tenga un acercamiento más con los padres de familia que desconocen sobre las enfermedades que tiene sus hijos sobre todo el dpto. de Trabajo Social No se ve la enfermedad de P.I. como un impedimento para su desarrollo físico, emocional y social.

Familiograma



Diagnóstico:

La familia del P.I. ha sido punto clave para que la paciente tenga un empoderamiento en cuanto a su diagnóstico y tratamiento dentro de este Hospital, desechando algún tipo de actitud o comportamiento de estigmatización y exclusión que pueda generar un problema en su desarrollo, logrando ser un agente de socialización en donde ha adquirido valores, normas y metas que la ayudaran a tener una adherencia a su tratamiento a lo largo de su vida.

El factor sociocultural al que se le da importancia dentro del hogar, es la escuela, teniendo un constante acercamiento con ellos para apoyar a que se sienta en total plenitud de opinar, hacer reflexiones y trabajar en equipo para facilitar la interacción con sus iguales, teniendo un mejor desenvolvimiento en el proceso de socialización y desarrollo físico y psicológico de la menor. La familia no tiene un constante en cuanto al tema de religión y por ende este no tiende a generar una trascendencia en el tratamiento y diagnóstico de P.I., sin embargo, lo creen necesario como soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana. En cuanto a los medios de comunicación, aunque se han llegado a ver como instrumento de información, no cuentan con la total credibilidad dentro de la familia, para educarse sobre el diagnóstico y tratamiento de P.I., por lo que el mayor apoyo que han tenido como familia para el proceso de enfermedad y el desarrollo pertinente de la menor es el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Departamento de trabajo social
NOTA DE EVOLUCIÓN

Proyecto de atención a la exclusión y el estigma del paciente con trastorno psiquiátrico en la infancia a partir de los factores socioculturales que existen en el núcleo familiar

Caso 19.

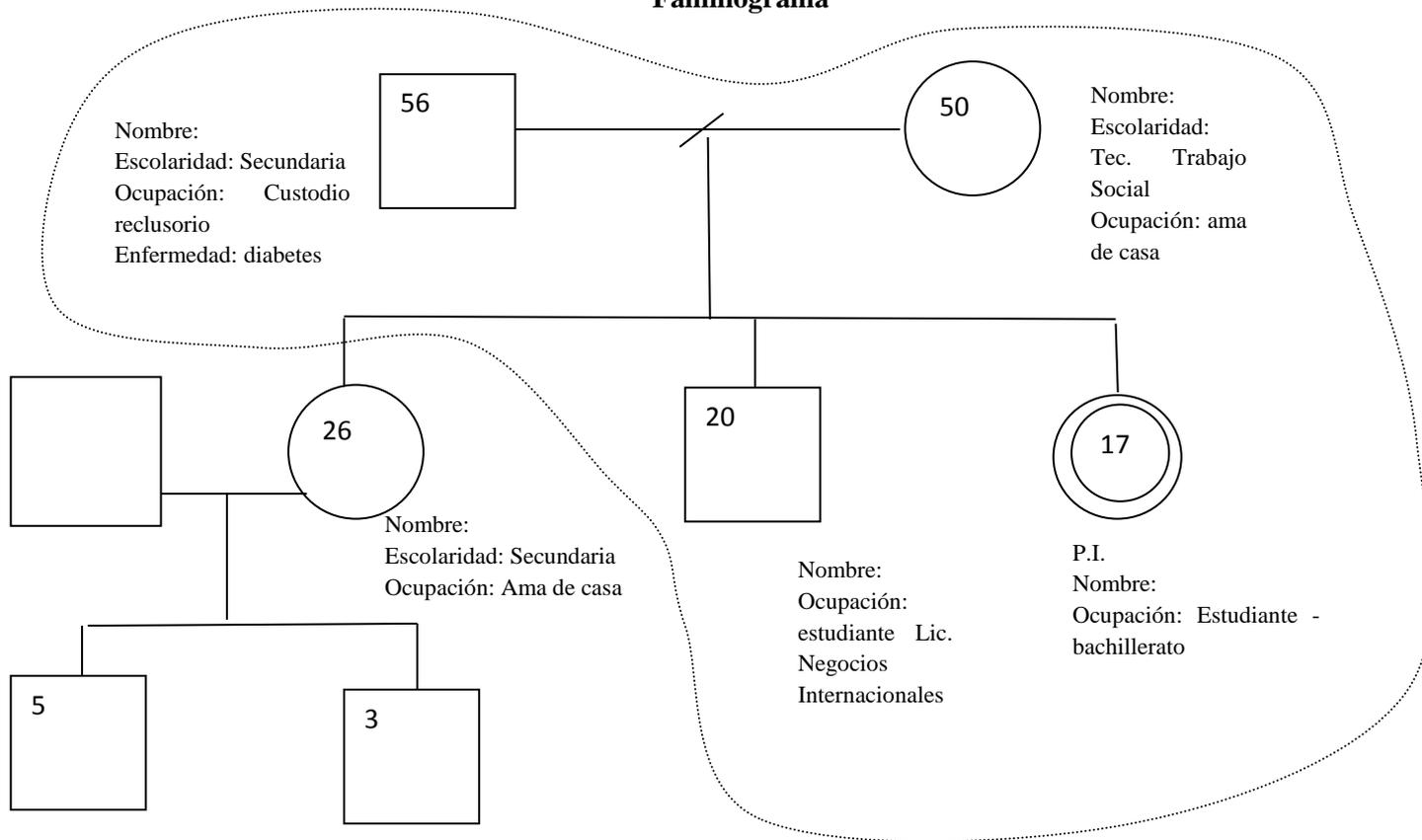
Total de entrevistas planificadas: 6 sesiones **Total de entrevistas realizadas:** 4 sesiones

Diagnostico médico psiquiátrico: Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno mixto ansioso depresivo

PROCESO DE INTERVENCIÓN

No. de sesión	Fecha	Asistió	Focalización de tema	Observaciones
1	19/02/18	SI	Carta consentimiento informado Aplicación de escala Estancia y proceso dentro HPIJNN Antecedentes familiares sobre salud mental y conocimientos	Se explica objetivos y proceso del proyecto posteriormente se aplica escala y se firma carta de consentimiento informado. Antecede tratamiento psicológico desde los 2 años de edad en un centro de atención a la salud mental privado cercano a domicilio en donde se concluye tratamiento por cambio de psicóloga. Con 10 años de atención en este nosocomio se observa una mejora notable en P.I. Antecede padecimientos psiquiátricos en la familia; en tíos partearnos, sin conocer diagnostico y aparente suicidio.
2	01/03/18	SI	Dinámica familiar	Familia nuclear, con antecedentes de violencia física y psicológica de parte del padre, por lo que tiene que abandonan hogar durante tres años, posteriormente regresan a vivir con él provisionalmente, ya que se quedaban al cuidado de bisabuela materna, actualmente viven bajo el mismo techo, a pesar de que se impuso demanda de divorcio, de pensión y medida cautelar por la violencia ejercida en la menor; percibiendo riesgo inminente ya que a decir de la entrevistada su ex marido aun presenta conductas de agresión y no se cuenta con apoyo, ni conformidad en el diagnostico y tratamiento de P.I.. Hermana mayor presenta síntomas de ansiedad y depresión, adjudicando comportamiento por tener mayor convivencia con el padre, además de tener antecedentes de presunto abuso sexual durante adolescencia.
3	8/03/18	NO	-	Se realiza llamada telefónica para reprogramar sesión
4	12/03/18	SI	Factores socioculturales dentro de la familia	Familia con creencias católicas sin influencia en tratamiento, se llevo a cabo tratamiento neural y acupuntura para el estrés, así como el apoyo de talleres de liderazgo de 5 módulos, adjudicando a esto los sentimientos de empatía y tranquilidad en los problemas. En el hogar la interacción y desarrollo escolar es de suma importancia, por lo cual la escuela conoce diagnóstico y tratamiento de paciente con apoyo tanto por autoridades, profesores y compañeros, sin encontrar actitudes de rechazo o exclusión. Se niega influencia de medios de comunicación en tratamiento
5	23/03/18	SI	Conductas de prevención a la exclusión y estigmatización última sesión	Se niega educación de salud mental, sin embargo, se hace referencia a un trato abierto y de comunicación adecuada hacia el diagnóstico y tratamiento de paciente por parte de hermanos y madre. No se ve como impedimento diagnóstico y tratamiento psiquiátrico para el desarrollo, físico, psicológico y social de P.I.

Familiograma



Diagnóstico: A pesar de que la madre y hermanos de P.I. han sido de apoyo y de suma importancia para que ella tenga un empoderamiento en cuanto a su diagnóstico y tratamiento dentro de este Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, viven bajo un riesgo latente de violencia por parte de la figura paterna, lo cual a pesar de las terapias y talleres tomados dentro y fuera de esta institución puede generar en la paciente, miedo, desconfianza, ansiedad, inquietud e incertidumbre, que la orillen a una baja autoestima y mal desarrollo social, además de que puede suceder otro episodio de violencia física; por lo que en el padre si se encuentran conductas de exclusión y estigmatización en la paciente a partir de su diagnóstico y tratamiento psiquiátrico; el desarrollo emocional de P.I. se verá completamente satisfactorio cuando el padre abandone el hogar, como lo indica las medidas judiciales que se impusieron en él.

El factor sociocultural al que se le da importancia dentro del hogar, es la escuela, teniendo un constante acercamiento con ellos para apoyar a que P.I. se sienta en total plenitud de opinar hacer reflexiones y trabajar en equipo para facilitar la interacción con sus iguales. La familia no tiene un constatare en cuanto al tema de religión y por ende este no tiende a generar una trascendida en el tratamiento y diagnóstico de P.I., sin embargo, lo creen necesario como soporte espiritual en los problemas que se presentan en la vida cotidiana. En cuanto a los medios de comunicación, aunque se han llegado a ver como instrumento de información, no cuentan con la total credibilidad dentro de la familia, para educarse sobre el diagnóstico y tratamiento de la menor, por lo que el mayor apoyo que han tenido como familia para el proceso de enfermedad y el desarrollo pertinente de la menor es el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.