

## FOLLETO

**Programa psicoeducativo dirigido a la comunidad y familia de pacientes portadores de enfermedades mentales crónicas.**

**Psycho-educative program lead to the community and the family of patients who are carriers of chronic mental diseases.**

MsC. Laura López Angulo<sup>1</sup>, Dra. Yusleyvis González Dueñas<sup>2</sup>.

*<sup>1</sup>Master en Psicología de la Salud. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos. <sup>2</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente Área IV. Cienfuegos.*

**INTRODUCCIÓN**

La información epidemiológica sobre América Latina y el Caribe reporta tasas de prevalencia de los trastornos mentales crónicos en cinco de cada mil personas. A esto hay que agregar que es posible que la prevalencia de la discapacidad debida a enfermedades mentales graves aumente y que, en países en vías de desarrollo, este aumento sea desproporcionado. Este no solo se debe al aumento de la prevalencia sino a las condiciones adversas del medio.

En América Latina, desde 1991 con la declaración de Caracas, la ONU se lanza a un proceso de restauración de los hospitales psiquiátricos, y evoluciona hacia la necesidad de contar con redes de atención comunitaria para estos pacientes.

La reorientación de la Psiquiatría y la Salud Mental hacia la Atención Primaria que fue enunciada en 1995, consideró que la organización comunitaria existente en Cuba con sus estructuras y las organizaciones sociales no gubernamentales, permiten y favorecen la participación popular activa y protagónica en las acciones de Salud Mental.

La carta de La Habana declaró que se debe favorecer una atención integrada en la estructura horizontal de la Atención Primaria, aprovechando el marco del programa de Medicina Familiar y el papel protagónico de la comunidad como promotor y eje de las acciones de Salud, lo cual sirve para brindar especial atención al paciente psiquiátrico de larga evolución y desarrollar la rehabilitación comunitaria del mismo. Además deben implementarse diversas modalidades de incorporación social y laboral de estos pacientes, lo que obliga a perfeccionar los métodos empleados en cada aspecto del accionar en

el tratamiento comunitario de estos pacientes y su reintegración a su medio social.

Es importante resaltar que la atención psiquiátrica se concibe insertada en el nivel primario, actuando de forma coordinada con el médico de la familia y en la mayoría de las ocasiones, se logra que sea este el que realice las intervenciones necesarias para lo cual se requiere de un proceso sistemático de transferencia de tecnología.

Este nuevo enfoque desplaza el modelo clínico puramente custodial, en el cual al enfermo mental se le considera, por los especialistas y las instituciones médicas, como objeto de enfermedad, a un modelo comunitario mediante el que se valora al paciente por sus capacidades y necesidades, como sujeto de su propia vida, un ser con responsabilidades y derechos. Esta posición puso en evidencia la necesidad de conocer las necesidades y posibilidades de la familia y la comunidad ante este tipo de pacientes para su reinserción al medio, lo que hizo imprescindible realizar una investigación que propiciara las condiciones para poder elaborar un programa de intervención dirigido a reparar las desventajas del paciente y sus familiares y la recuperación máxima posible del funcionamiento del paciente en su comunidad.

**El enfermo mental crónico presenta, con frecuencia, daños en la noción de sí mismo, atribuibles tanto a la enfermedad y al tratamiento como a factores ambientales:**

- Inherentes a la enfermedad misma. Se refiere a la experiencia de "haber perdido la cabeza", sentir vergüenza, culpa, carecer de autoestima y autoconfianza, reconocer la propia vulnerabilidad, reducir las aspiraciones y sentirse desmoralizado.

**Recibido:** 8 de septiembre de 2004

**Aprobado:** 15 de noviembre de 2004

**Correspondencia:**

MsC. Laura López Angulo

- Inherentes al tratamiento: Se refiere al daño que resulta de la experiencia de la hospitalización. Esta corta al paciente de sus raíces en la comunidad y de sus roles habituales de asalariado, compañero, padre, estudiante, hermano, etc. Incluye también los efectos secundarios de la medicación que pueden causar cambios físicos, pérdidas de memoria y modificación de la imagen corporal.
- Inherentes a los factores ambientales. Estos incluyen las reacciones de la familia y del entorno social que generalmente rechazan o no apoyan al enfermo debido a su ignorancia sobre el tipo de trastorno que sufre (lo que genera miedo, desconfianza, indiferencia y denigración del valor del paciente como persona).

Es evidente que todos estos factores contribuyen a cambiar la percepción que tiene el enfermo de sí mismo de manera sustancial. Por lo tanto, otra meta de la rehabilitación es apoyar al enfermo en transitar el camino entre la lamentación del "yo perdido" y el desarrollo de un "nuevo yo", enseñándole a la familia, a la comunidad y al paciente a adquirir nuevas habilidades para asumir nuevos roles y obtener satisfacción de ellos.

La situación expuesta, nos conduce a aceptar que los equipos básicos de trabajo están en la necesidad de tener que plantear estrategias de intervenciones hacia las familias y vecinos acordes con la situación actual.

Esta posición puso en evidencia la necesidad de conocer las necesidades y posibilidades de la familia y la comunidad ante este tipo de enfermo para su reinserción al medio, lo que hizo imprescindible realizar una investigación para poder estar en condiciones de elaborar un proyecto de intervención dirigido a reparar las desventajas del paciente y sus familiares y a la recuperación máxima posible del funcionamiento del paciente a su comunidad.

Nuestro programa enfatiza en las áreas de la familia y la comunidad, a los efectos de normalizar la vida del enfermo en estos dos ambientes y facilitar la reorganización y estructuración del paciente necesitado de rehabilitación. Al comienzo de la centuria se desconoce que se hayan realizado proyectos de este tipo en nuestro país, basados en estrategias integradas orientadas a la familia y a la comunidad para rehabilitar a los pacientes portadores de enfermedades psiquiátricas crónicas por los equipos básicos de trabajo de la APS. Se han realizado numerosos proyectos de rehabilitación psicosocial que se han convertido en modelos, como lo es el instituido en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, el cual es desarrollado desde el Hospital; otros proyectos están centrados en la vivienda y el cuidado personal, en los cuales la vivienda se convierte en el ámbito educativo para hacerse cargo de las necesidades físicas y emocionales y de su ambiente físico, y para aprender a relacionarse con las personas con las que viven; otros proyectos se centran en las habilidades sociales, cuyo objetivo es capacitar al individuo para relacionarse con sus semejantes y desarrollar habilidades sociales. Esta rehabilita-

ción se lleva a cabo en diferentes lugares y con diferentes modalidades. Entre los más efectivos están los grupos de auto ayuda y los clubes psicosociales. Por último tenemos los proyectos centrados en el trabajo cuyo objetivo es lograr que el individuo asuma un papel vocacional valorizado y a través de él obtenga la satisfacción que otros miembros de la sociedad sienten con su trabajo.

La experiencia de la puesta en función de un sistema provincial de atención a la salud mental es extremadamente novedosa en el país y constituye una experiencia única la creación de un sistema provincial cuyo esquema de organización territorial se compone de tres estructuras complementarias: el Centro de Referencia Provincial, los once Centros Comunitarios de Salud Mental y la Unidad de Intención en crisis. Entre sus múltiples actividades está la rehabilitación del paciente psiquiátrico, para lo cual tienen diseñadas las estrategias a seguir por el equipo del Centro; pero en la medida en que progresivamente los pacientes se incorporan al programa de rehabilitación psicosocial, integrándose a su comunidad, se hace evidente la necesidad de enriquecer estas acciones por parte del equipo básico de trabajo, lo que obliga a perfeccionar los métodos empleados del accionar de ese equipo. Además, se hace imprescindible conformar una estrategia de atención integral a la familia y de movilizar recursos de la comunidad, que favorezcan las relaciones interinstitucionales.

Al comienzo de la centuria, se desconoce que se hayan realizado proyectos de este tipo, en nuestro país, basado en estrategias integradas orientadas a la familia y comunidad para rehabilitar a los pacientes portadores de enfermedades psiquiátricas crónicas por los equipos básicos de trabajo de la APS.

Desde los comienzos de los años 60, en Europa y Estados Unidos, se vienen realizando esfuerzos significativos para darle bases comunitarias al tratamiento extrahospitalario de problemas mentales relativamente severos.

En América Latina y el Caribe los programas de rehabilitación centrada en la comunidad, han venido cobrando importancia a partir de la década de los 80, del pasado siglo.

El enfoque terapéutico de la "desintitucionalización" dio a su vez mayor impulso a que los pacientes deben residir en la comunidad y no en un hospital, brindándole la oportunidad de funcionar en ella. El ambiente de la rehabilitación se convierte en un micro mundo en el que paciente tiene su lugar, juega su papel y puede ejercitar otros.

Esta experiencia que exponemos se basa en un situación en la que contamos con un grupo de datos básicos relacionados con los trastornos mentales crónicos como problema de salud de un área, entre los que tenemos: el diagnóstico que predomina es el de esquizofrenia, que se presenta con mayor frecuencia en las edades productivas (30- 49 años) y del sexo femenino, más de la mitad de los pacientes son casados los cuales tienen

bajo su responsabilidad el desempeño de los roles propios de la unión y de la descendencia y presentan menos recaídas que los solteros, lo que se pudiera valorar como un factor protector. En cuanto a la familia predomina el funcionamiento moderadamente funcional que favorece no presentar recaídas pues las familias severamente disfuncionales propician un mayor número de reingresos hospitalarios al miembro enfermo. Los componentes más afectados en la psicodinámica familiar son adaptabilidad, comunicación y afectividad. Predominan los desocupados, solo cinco pacientes tienen trabajo fijo, 18 pacientes están incorporados a la brigada de rehabilitación y el resto ingresados en el Hospital. A estas alturas, contamos con logros de varios indicadores como lo es el aumento del número de pacientes que continúan con el tratamiento medicamentoso, un mayor nivel de actividad, mejora en la comunicación y en la sociabilización con el resto de los miembros de la comunidad y de su familia luego de implantado el Centro de Salud Mental Comunitaria, atendido por el equipo de salud mental del área. Sin embargo, con el incremento cada vez mayor de estos pacientes a su medio se hace necesario la preferencia de un enfoque integrado en el que se pretende influir favorablemente en la reinserción de estos pacientes a su familia y a su entorno cuyo centro es el médico y enfermera de la familia.

Aprovechamos y desarrollamos, con este trabajo, las ventajas y los beneficios alcanzados en estos 7 años de implantado el proceso de inserción social de los pacientes de larga evolución a su comunidad, a su hogar, a su medio, que ha promovido nuevas exigencias y retos a los equipos básicos de trabajo de la APS.

Por lo que consideramos la posibilidad de diseñar, planificar un proyecto de intervención psicoeducativo, que proporcione al paciente el desarrollo de las capacidades y habilidades necesarias para llevar una vida independiente y que favorezca una adecuada atmósfera familiar y social.

Los profesionales de la salud que tienen la posibilidad de estar más cerca y conocer mejor a la familia, por vivir en el seno de la propia comunidad son el médico y la enfermera de la familia, lo cual le da ventajas para manejar determinadas situaciones con éxito. La confianza básica que la familia tiene en su equipo es a veces más terapéutica que la mejor de las técnicas.

El estar a cargo, el equipo básico de trabajo, de las familias de los pacientes de larga evolución hace que ellos tengan que realizar acciones de contenido psicoterapéutico. Para actuar como tal, deben poseer dominios apropiados al tipo de problema médico psicológico que ellos pueden resolver, que no son menores ni menos importante que los usados por el especialista, sino aquellos necesarios e indispensables para tener éxito en su labor.

Para mantener la continuidad de la atención de estos pacientes luego de ser dados de alta del hospital, estos son seguidos por el Centro Comunitario de Salud Mental

en interrelación con el equipo básico de trabajo y la familia, e insertados en su medio social normal, con los propósitos de modificar su evolución eliminando o reduciendo los síntomas, limitar su cronicidad impidiendo las deficiencias y discapacidades y minimizar su marginalización reestableciendo sus funciones.

Además se intenta maximizar las posibilidades de éxito de su rearticulación social para mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.

Para lograr estos resultados el paciente necesita ser comprendido por su familia y a su vez la familia necesita conocer mejores maneras de enfrentar la situación actual para adecuar el funcionamiento familiar a este evento, sin que llegue a constituir una crisis para normativa, para cuya superación no se poseen los mecanismos de enfrentamiento necesarios.

El objetivo de este programa de intervención familiar en las que uno de sus miembros es portador de una enfermedad psiquiátrica crónica es poner a disposición del equipo básico de trabajo conocimientos sobre el seguimiento de las familias y pacientes, y además recursos terapéuticos como herramientas imprescindibles para la atención a estas familias.

Las estrategias de intervención de este proyecto están diseñadas para accionar sobre el funcionamiento familiar, específicamente sobre las dimensiones Adaptabilidad y Comunicación por ser estas dos categorías las percibidas como más afectadas en la dinámica familiar, según la prueba FF-SS que mide la percepción del funcionamiento familiar. El propósito de esta intervención es el de favorecer el bienestar del grupo y de cada uno de sus integrantes propiciando la participación motivada y responsable para resolver las necesidades, así como desarrollar los propios recursos y las potencialidades que faciliten las conductas individuales y familiares.

#### **Beneficios que se pueden esperar de su aplicación.**

Proporcionar cambios favorables en las familias y en el entorno de los pacientes esquizofrénicos a través de:

##### a) Efectos a corto plazo:

- Sensibilización y motivación de la comunidad acerca de la necesidad que tienen estos pacientes de obtener un lugar significativo en la sociedad, sin rechazos ni discriminaciones.
- Establecimiento de relaciones satisfactorias entre el paciente y su entorno.
- Incremento del nivel de conocimientos acerca del manejo de la enfermedad en la familia, la comunidad y los equipos básicos de trabajo.
- Reducción de las recaídas.
- Modificación positiva de las dimensiones adaptabilidad y comunicación en el funcionamiento familiar.

##### b) Efectos a mediano plazo:

- Restablecimiento del valor social del individuo,

en particular, mediante el rescate de su actividad social y su capacidad laboral.

- Creación de nuevas oportunidades de realización personal a estos pacientes.
- Aumento de la autoestima, del sentimiento de confianza en el futuro y la independencia de estos individuos.

c) Efectos a largo plazo:

- Disminución y retardo de la cronificación y la incapacidad ocasionada por estos trastornos mentales crónicos.

Enfrentamos esta intervención, con la siguiente hipótesis:

Es factible reinsertar socialmente a los pacientes portadores de psicosis crónica, especialmente los pacientes esquizofrénicos, para modificar su evolución, reducir los síntomas, disminuir la cronicidad, minimizar la marginación, disminuir o eliminar recaídas, mejorar las dimensiones adaptabilidad y comunicación en el funcionamiento familiar con intervención psicoeducativa a la familia y con la participación consiente y activa de la sociedad.

#### **Beneficiarios:**

- Pacientes portadores de esquizofrenia y sus familiares.
- Equipo y grupo básico de trabajo de la APS.
- Otros técnicos de la salud afines, los trabajadores sociales y psicometristas.
- Estudiantes de la FCMC.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los objetivos de esta intervención son:

#### **General:**

Desarrollar un proyecto psicoeducativo dirigido a la comunidad y a la familia del paciente esquizofrénico.

#### **Específicos:**

- 1) Entrenar a la familia en modos de actuación con el paciente esquizofrénico.
- 2) Promover la participación de la comunidad en la intervención propuesta.
- 3) Comprobar los resultados de la intervención.

Este proyecto se realiza con todas las familias que tengan un miembro portador de un tipo de psicosis crónica: la esquizofrenia, los cuales deben estar dispensarizados en sus consultorios y en el centro Comunitario de Salud Mental de su Policlínico.

Se deben tener en cuenta los siguientes:

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes portadores de esquizofrenia que cumplen los criterios diagnósticos CEI – 10 de esquizofrenia.
- No más de 50 años de edad.
- Que participen familiares de primer grado o cuidadores primarios y que no tengan afección mental invalidante.

- Que el familiar más responsabilizado con el manejo del paciente acceda voluntariamente a participar en el estudio.

#### **Criterios de exclusión:**

- Los pacientes que presentan otra patología asociada.
- Familiares que presenten trastorno mental mayor, excepto trastorno afectivo compensado.

El programa se basa en la aplicación de un Programa de Intervención Psicoeducativo dirigido a la comunidad y a la familia de pacientes portadores de esquizofrenia. Dicho programa surge a partir de un estudio analítico, transversal de casos y controles en los Consejos Populares de Buena Vista y Pueblo Griffo, área IV, en el período de enero 2001 a enero 2002. Este estudio permitió comparar el funcionamiento familiar en las familias de pacientes con trastornos sicóticos (primer grupo de estudio) y en familias donde ninguno de los miembros era portador de este tipo de trastornos (segundo grupo de estudio), con el objetivo de estudiar comparativamente su psicodinámica a través del test de percepción del funcionamiento familiar (FF – SIL).

#### **Como resultados fundamentales se obtuvieron los siguientes:**

- En el grupo I predominaron las familias moderadamente funcionales (43,9 %) y en grupo II las familias funcionales (50 %).
- Los componentes más afectados fueron para grupo I: armonía (56 %), comunicación (53,6 %) y adaptabilidad (44 %) y para grupo II roles (29,2 %), permeabilidad (21,9 %) y cohesión (14,6 %).
- Existen falta de conocimiento por parte de los familiares en cuanto a la enfermedad.
- Los enfermos mentales que viven en familias funcionales evolucionaron mejor que los que viven con disfunción familiar.

Sobre la base de estos resultados surge la guía comunitaria y familiar para la rehabilitación integral de los trastornos mentales crónicos.

Antes de la aplicación de dicho programa se realizó un diagnóstico, mediante una metodología más flexible que los métodos convencionales y que se apoya en la recopilación cualitativa de datos: técnica de grupos focales, que nos permitió conocer la perspectiva subjetiva de los miembros del grupo, de manera que el programa se fundamentó en los aspectos de la guía de discusión en que los participantes mostraron desconocimiento.

Dicha técnica consiste en una discusión semiestructurada del tema a debatir, por un grupo homogéneo, en este caso los familiares más relacionados con el manejo del paciente esquizofrénico en el primer grupo de estudio y los líderes de la comunidad en el segundo grupo de estudio. El término semiestructurado implica que el debate no está sujeto a un control tan rígido como las entrevistas, que se valen de un cuestionario estandarizado, tampoco se trata de una conversación no estructurada. El debate se llevó a cabo por un moderador ca-

pacitado que se apoyó en el manual de preguntas o guías de discusión, que en el caso del grupo de estudio #1 contaba con 25 preguntas (Ver Anexo # 2), las cuales permitieron verificar los recursos informativos, motivacionales, materiales y sociales con que contaba la familia en ese momento sobre la enfermedad y el programa de rehabilitación.

Las variables que se exploraron en este primer grupo fueron las siguientes:

conocimientos básicos de la enfermedad, experiencia de la familia respecto al programa de rehabilitación, autoestima de la familia y dimensión adaptabilidad y comunicación.

En el caso del grupo de estudio #2 el manual o guía de discusión contó con 10 preguntas (Ver Anexo # 3) donde se exploraron las siguientes variantes:

Reinserción social del enfermo, apoyo de la comunidad y apoyo de otros sectores.

Se estimuló a los pacientes a que respondieran preguntas abiertas y a que relevaran sus conocimientos, opiniones e inquietudes sobre el tema. Se sintieron cómodos, sin presiones para contestar cada una de las preguntas, con tiempo para reflexionar sobre las mismas y seguros tras escuchar las respuestas de otros pacientes. El ámbito grupal suministró potencialmente un clima de seguridad donde los participantes disfrutaron discutiendo sus experiencias e intercambiaron ideas.

El debate como se expresó anteriormente fue conducido por un moderador capacitado y participaron además 2 relatores que se encargaron de tomar notas.

Con posterioridad a la entrevista los relatores y el moderador revisaron sus notas para identificar y comparar los elementos que se manejan en el debate.

Los datos se analizaron de acuerdo a categorías de respuestas surgidas de los datos mismos mediante la técnica de análisis del contenido que es la principal herramienta para el análisis de datos cualitativos. Esta técnica implica codificar la información y luego interpretarla. En la etapa de codificación se organizaron los datos por categoría de objetivo de estudio. Una vez que la información fue minuciosamente codificada se trató por turnos cada variable de estudio, se identificaron las diversas opiniones o dimensiones emergentes en relación con el objetivo.

Las conclusiones se formularon del modo más conciso posible, indicando si las ideas expresadas eran compartidas por todos los entrevistados (8), por la mayoría (5 a 7), por la mitad (4), por una minoría (3) o por unos pocos (1 ó 2 familias).

Las variables se operacionalizaron como sigue:

En el grupo de estudio I:

- Variable conocimientos básicos de la enfermedad:

- El familiar conoce los síntomas de la enfermedad cuando menciona 3 o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones (auditivas, vi-

suales, táctiles u olfatorias), pensamiento desordenado, aislamiento social, falta de motivación y emoción, apatía. El familiar responderá correctamente si piensa que la posibilidad de aparición de nuevos síntomas en el futuro existe. Deben ejemplificarlo con 2 o más de los siguientes síntomas: aplanamiento afectivo (esto se refiere a la disminución severa de la capacidad para dar una respuesta emocional), deterioro marcado de la personalidad, intento de suicidio, abandono de sus actividades habituales, vagabundeos, extravagancias, conductas delictivas y crisis de excitación pudiendo llegar a la violencia.

- El familiar mencionará como síntomas de una posible crisis 2 o más de los siguientes: prolongada sensación de tensión, falta de sueño, mala concentración, aislamiento social y falta de motivación y emoción.
  - El familiar deberá reconocer lo que significa una recaída potencial. Lo hará si menciona 2 o más de los siguientes síntomas: agitación, delirios, insomnios, modificaciones del ciclo del sueño, preocupaciones extrañas, hiperactividad, inquietudes paranoicas y angustias.
  - Las familias saben jerarquizar los síntomas cuando reconocen como prioritarios la depresión y las alucinaciones auditivas de daño como las de mayor riesgo de intento de suicidio.
  - La familia conoce acerca del tratamiento medicamentoso de su familiar enfermo cuando menciona adecuadamente nombre, dosis y posibles reacciones adversas de los medicamentos que ha usado o usa su familiar enfermo. Además deben reconocer a los medicamentos antimicóticos como el mejor tratamiento para la enfermedad, pues reducen las alucinaciones, los delirios y el pensamiento desordenado, pero muy pocos tratan adecuadamente el aislamiento social y la apatía. Reconocen tres o más de los siguientes efectos secundarios: agitación, temblores, espasmos musculares, calambres, rigidez y la deskinencia (movimientos anormales en boca, cara y luego en brazos y piernas).
  - Reconocen como aspectos que afectan el curso del padecimiento 2 o más de los que siguen: tratamiento antipsicótico, tener seguimiento por el CCSM bajo la supervisión de un psiquiatra, la psicoterapia y otras terapias de apoyo abordan las respuestas emocionales en esta enfermedad, la terapia de grupo para aprender a actuar socialmente, la terapia ocupacional, el apoyo familiar y comunitario.
- Variable expectativa de la familia respecto al proceso de rehabilitación
- Los familiares deben reconocer que la rehabilitación le permite al paciente psicótico desarrollar

las habilidades necesarias para llevar una vida independiente.

- Los familiares deben manifestar su convicción de que la familia es el eslabón fundamental en el proceso de rehabilitación.
  - Los familiares deberán aceptar que los fracasos son partes del proceso de rehabilitación, minimizando su importancia a través de nuevas oportunidades para alcanzar el éxito.
  - Los miembros del grupo de estudio estarán de acuerdo en lo necesario que resulta para ellos el estar bien informados sobre todos los aspectos concernientes a enfermedad mental. Deben solicitar a profesionales información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad, deben aprender a discriminar síntomas, pródromos, importancia de la medicación, tomar conciencia de la enfermedad aceptándola y aprendiendo a vivir con ella.
  - Los participantes aceptarán la actitud de culpabilidad de los padres en la aparición de la enfermedad como errónea y contraproducente.
  - Los familiares deberán manifestar sus experiencias personales respecto a si el hecho de tener un enfermo mental en la familia afecta o no las relaciones sociales.
  - Los participantes expresarán su opinión acerca de si el paciente sicótico representa una carga para la familia y si de no tener este tipo de enfermo tuviesen menos problemas económicos.
- Variable dimensión adaptabilidad y comunicación
- Los participantes deberán mencionar las funciones de la familia: afectiva, reproductiva, económica y educativa. Expresarán si estas son cumplidas en sus familias y si cada miembro tiene tareas y metas establecidas, especialmente deben referirse al miembro de la familia enfermo.
  - Los participantes deberán estar de acuerdo en lo importante que resulta para el funcionamiento familiar el que las dediciones de la familia no sean tomadas por uno de los miembros y mucho menos que se impongan sin posibilidad de análisis.
  - Los familiares deberán expresar si en su familia, ante una situación que requiera cambios en la organización interna, se es flexible y se aceptan los cambios. Deberán manifestar que el fomentar familias estructuradas y flexibles puede ayudar al paciente sicótico a organizarse.
  - Mencionarán 2 o más aportes de la familia para lograr ajustes en sus relaciones y en su autovaloración: conocer acerca del tratamiento medicamentoso; hablarle en forma clara y simple debido a que la enfermedad puede causar problemas en el pensamiento; reconocer los delirios y las alucinaciones como síntomas pues las

percepciones son reales para el paciente, por lo que no se debe discutir con ellos acerca de que si los delirios son verdaderos o no; brindar una estructura (planificar sus días para permitirle abundante descanso, comidas sanas, aire fresco, tiempo para hacer ejercicios, labores domésticas e interacción social), estar preparados para posibles crisis.

- Los familiares deberán expresar lo perjudicial que puede resultar para el paciente negar su calidad de enfermo.
- Amenazar e intimidar al enfermo para lograr controlarlo no es una alternativa saludable para la familia.
- Los familiares deberán estar de acuerdo en que la familia no debe centrarse en las necesidades del paciente, los intereses de los demás miembros no dejan de ser importantes, y de esta forma se mantiene el equilibrio entre los intereses y necesidades de cada miembro con los de la familia como sistema.
- Manifestarán su aprobación con respecto a que la sobreprotección, el rechazo y la preocupación excesiva constituyen conductas inadecuadas en el manejo de este tipo de pacientes.
- El familiar deberá expresar que en los momentos de inactividad del enfermo no debe recriminarle.
- Los participantes deben estar de acuerdo en que establecer horarios y disciplinas respecto a las actividades diarias de un enfermo mental, constituyen algo posible y positivo en el proceso de rehabilitación.
- Todos deberán expresar la importancia de una buena comunicación en la familia, fundamentalmente en aquellas donde uno de sus miembros es un enfermo mental.

En el grupo de estudio II:

- Variable reinserción social:

- Los líderes de la comunidad deberán expresar sus criterios acerca de por qué algunas personas creen que los enfermos mentales tienen dificultad en las relaciones interpersonales.
- Los participantes deberán manifestar que es posible rescatar la actividad social y mejorar el manejo de las relaciones interpersonales de los enfermos mentales.
- Los miembros del grupo de estudio deberán expresar que es posible la reinserción social de estos pacientes y que a través de esta se pueden reducir los síntomas y minimizar la marginalización.

- Variable apoyo de la comunidad:

- Los líderes comunitarios deberán estar de acuerdo en que la comunidad debe involucrarse

en la búsqueda de actividades útiles y rentables para este tipo de pacientes. Además debe mencionar posibles fuentes de trabajo y entrenamientos.

- Los participantes deberán opinar acerca de si el CDR puede propiciar actividades comunitarias para ayudar al paciente a salir de su aislamiento y reestablecer vínculos con los demás. Deberán poner ejemplos.
- Los participantes expresarán sus opiniones acerca de rescatar la capacidad laboral y crear nuevas oportunidades de realización personal en este tipo de pacientes.

- Variable de otros sectores:

- Los miembros del grupo de estudio opinarán acerca del apoyo de otras organizaciones sociales en la rehabilitación de estos pacientes.
- Los participantes responderán si es posible que otros sectores se interesen en la rehabilitación de un enfermo mental. Ejemplificarán su respuesta.
- Los participantes ejemplificarán acerca de lo importante que pudiera resultar el apoyo del sector cultura, INDER y agricultura en el programa rehabilitatorio.
- Los miembros del grupo de estudio mencionarán si han realizado apoyo social a estas familias y de que índole.

Se realizó un resumen global de cada grupo focal, lo cual nos permitió conocer los aspectos que debíamos reforzar durante la aplicación del programa de intervención. Además fue posible realizar un diagnóstico inicial que nos permitió comparar los grupos de estudios antes y después de la intervención.

El programa de intervención se creó a partir de la guía para la rehabilitación integral de pacientes con trastornos mentales crónicos comunitaria y familiar (Ver anexo #1) y de los resúmenes de cada grupo focal y quedó diseñado por sesiones de una hora de duración, que se realizaron de forma continua por 3 meses, semanalmente, hasta alcanzar las 8 sesiones. Durante las mismas se aplicaron las técnicas descritas en la guía para la rehabilitación (Anexo #1), que facilitaron introducir conocimientos y evaluar continuamente al grupo.

Se pretendía poner en marcha 2 espacios terapéuticos:

- Dirigido a los familiares de los portadores de esquizofrenia.
- Dirigido a los líderes de la comunidad.

Es justo señalar que no fue imposible volver a reunir los líderes de la comunidad, en un segundo tiempo, para realizar la intervención psicoeducativa, la cual contaba con cuatro sesiones, identificadas con las siguientes consignas:

- Sección # 1 ---- Presentémonos.

- Sección # 2 ---- Reinsertémoslos socialmente.
- Sección # 3 ---- Relacionándonos con la esquizofrenia.
- Sección # 4 ---- Cuenta con mi apoyo.

Ver guía de intervención # 2 en el Anexo # 4.

De cualquier manera el contenido de las sesiones en ambos espacios terapéuticos, comprendía dos aspectos.

- La educación para la salud (Componente educativo).
- Desarrollo emocional (Componentes vivenciales).

El programa se aplicó profundamente en el primer grupo de estudio y se desarrolló en el Centro Comunitario de Salud Mental. Se establecieron formatos de pequeños grupos dispuestos en semicírculos, de manera que garantizaban la integración de todos sus miembros, así como la completa participación de los mismos, basándose en la dinámica de grupo y la Psicología del aprendizaje. La intervención psicoeducativa dirigida a los familiares de pacientes portadores de esquizofrenia consta de 8 sesiones de igual forma identificadas con una consigna:

- Sección # 1 Conozcámonos.
- Sección # 2 Aprendamos.
- Sección # 3 Ayudémonos.
- Sección # 4 Ponderémonos.
- Sección # 5 Confrontémonos.
- Sección # 6 Adaptémonos.
- Sección # 7 Interactuemos.
- Sección # 8 Lo hicimos

Ver guía de intervención # 1 en el Anexo # 5

Cada sesión tuvo bien definidos los objetivos y el procedimiento, dotadas de un grupo de instrumentos que permitieron que el familiar adquiriera armas para manejar al paciente en cualquier momento de la evolución de su enfermedad.

En relación con el objetivo número 3 creamos necesario para nuestro proyecto que la evaluación de procesos y resultados debe compartir las condiciones de ser reproducibles y medibles, basado en la medición antes y después de la intervención.

Esta medición tuvo un aspecto cualitativo y un aspecto cuantitativo.

#### **Aspecto cualitativo:**

Dado por la aplicación de la guía de discusión dirigida a la familia y los líderes de la comunidad, mediante la técnica de grupos focales, la cual se aplicó antes de la intervención y en la última sesión de la guía de intervención en el caso del grupo de estudio número 1 pues como se expuso anteriormente, esto no fue posible en grupo de estudio número 2; con esto se constató si el programa tuvo o no utilidad.

#### **Aspecto cuantitativo:**

- Se aplicó el TEST de funcionamiento familiar antes de la intervención y después de tres meses de esta.

**TES de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).**

- 1- Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.
- 2- En mi casa predomina la armonía.
- 3- En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.
- 4- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.
- 5- Nos expresamos sin insinuaciones y de forma clara y directa.
- 6- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos.
- 7- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.
- 8- Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.
- 9- Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.
- 10- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.
- 11- Podemos conversar diversos temas sin temor.
- 12- Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.
- 13- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.
- 14- Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado:

Criterio Seleccionado	Valor de Escala
Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

**Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL.**

FUNCIONAL	De 70 a 57 puntos.
MODERADAMENTE FUNCIONAL	De 56 a 43 puntos.
DISFUNCIONAL	De 42 a 28 puntos.
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	De 27 a 14 puntos.

Se realizó a los pacientes esquizofrénicos una evaluación que contenía los ítems de la escala de desempeño psicosocial "Social Bahaviuor Assessmet".

Variables a evaluar: Relaciones consigo mismo, relaciones con su familia, relaciones con sus vecinos y actividades sociales.

A continuación las categorías de respuestas con la puntuación correspondiente a cada caso:

**Relaciones sexuales**

- Indiferente -----0
- Masturbación -----1
- Indiscriminada -----2
- Con estabilidad emocional-----3
- Interés por constituir un hogar ----- 4

**Relaciones consigo mismo:**

- Realiza intento suicida-----0
- Discretamente agresivo contra sí mismo-----1
- Indiferente ----- 2
- Preocupación por el alivio de sus molestias -----3
- Preocupación por su integración social-----4

**Relaciones con su familia:**

- Agresividad manifiesta -----0
- Agresividad velada-----1
- Indiferente-----2
- Poco comunicativo-----3
- Adecuado y cariñoso-----4

**Relaciones con sus vecinos:**

- Agresividad manifiesta -----0
- Agresividad velada-----1
- Indiferente -----2
- Se relaciona adecuadamente-----3
- Participa en actividades de CDR-----4

**Actividades sociales:**

- Se niega a participar -----0
- Permanece sin participar----- 1
- Participa con dificultad----- 2

- Si se motiva participa bien ----- 3
- Participa con entusiasmo----- 4

### **Evaluación:**

- 0-----6-----Mal
- 7-----14-----Regular
- 15----20----- Bien

### **Control Semántico.**

**Reorganización cognitiva:** Es llenar el vacío que provoca una ignorancia con un conocimiento, es remplazar un error conceptual por un concepto correcto, es organizar de nuevo una serie de ideas de acuerdo con la lógica y la realidad.

**Reforzamiento:** Es inherente al aprendizaje, los refuerzos son los elementos presentes que antes o después de una conducta contribuyen a fijarla, mantenerla y hacerla habitual. El realce de un estímulo positivo actúa como reforzador de las conductas deseadas.

**Aprovechamiento de potencialidades:** Es la utilización de las partes sanas de la personalidad para ayudarlo a buscar soluciones a sus problemas.

**Experiencia emocional correctiva:** Consiste en que el paciente, con la ayuda de la situación terapéutica, pueda enfrentar y vencer conflictos que fueron insuperables en el pasado. Es importante que el paciente venciera las consecuencias de sus actos. De ahí que, sin motivación afectiva, no puede darse el cambio esperado, el aprendizaje es psicoterapia. Hay que generar cierto nivel de angustia en el momento en que el paciente haga "insight" (concientización) de las causas del problema, para que se dé cuenta de una forma auténtica y pueda cambiar su comportamiento a partir de allí. El tratamiento debe orientarse hacia el presente y no hacia el pasado.

**Escudo familiar:** Para trabajar la autoestima familiar. Se les pide representar gráficamente la respuesta a seis preguntas para construir el escudo familiar. Estas son: El máximo logro familiar, una costumbre que los caracteriza, lo que más valora de su familia, lo que más le preocupa de su familia, una aspiración del grupo familiar, el objeto más estimado en el hogar. Cada integrante se construye su escudo, el cual tendrá carácter de distintivo personal. Las preguntas pueden ser variadas en función de los objetivos.

**Entrenamiento autógeno de Schulz:** Consiste en enseñar al paciente a obtener relajación muscular mediante la auto concentración y, consecuentemente, alcanzar un progresivo grado de dominio sobre sus funciones vegetativas y viscerales a través de ejercicios específicos. Este consta de seis ejercicios: relajación, calor en los miembros, control cardiovascular y respiratorio, calor en epigastrio y fresco en la frente. El sujeto

debe estar en un ambiente tranquilo, relativamente libre de estímulos capaces de distraerlo.

Puede realizarse tanto en decúbito supino como sentado (posición del cochero).

Es necesario explicar al paciente, de una forma comprensible, la utilidad del tratamiento y sus mecanismos de acción, así como la importancia del interés y esfuerzo que ponga en practicarlos, ya que las sesiones son para enseñar los ejercicios y corregir las dificultades, y en su mayor parte, se entrena individualmente en el hogar. El entrenamiento debe hacerlo al despertarse, por las tardes y antes de dormir.

El primer ejercicio se inicia con las formulaciones de peso o de suavidad o de disminución de la tensión, comenzando por el brazo que corresponda al hemisferio dominante y después se pasa al otro brazo, luego las piernas, la espalda, el cuello, el tórax y el abdomen, continuando a la zona siguiente una vez obtenida la relajación del área en cuestión.

Las formulaciones se realizarán con voz clara y monótona, intercambiando sugerencias de incremento progresivo de tranquilidad cada seis formulaciones de relajación.

Una vez lograda la relajación se pasa a las vivencias de calor en los miembros con la formulación "el brazo está caliente" o "el brazo está suave".

Después se pasa a los ejercicios siguientes: "el corazón late firme y tranquilo", "la respiración es completamente tranquila" o "la respiración está actuando en mí" o "mis pulmones respiran tranquilamente", "el plexo solar irradia calor" o "mi abdomen se pone caliente", "la frente está fresca". Estas formulaciones deben ser progresivas y no todas a la vez. Cada nuevo ejercicio que se comience debe ser precedido por los anteriores. Para el curso o grado superior debe dominarse a la perfección la técnica del grado inferior.

**Técnicas de relajación de Jacobson:** Consiste en relajar inmediatamente después de haber originado la contracción, se debe iniciar con los pies hasta la cara y cada vez que cambie de miembro realizar respiraciones profundas.

**Meditación:** Se le orienta al paciente que busque un lugar en el hogar en el que pueda permanecer sin ser molestado, por lo menos 10 minutos dos veces al día. Acomodado, cierra los ojos y efectúa varias respiraciones profundas (tomar el aire en forma natural y expandir abdomen primero y tórax después para luego expulsar el aire lentamente con un levisimo respiro). Luego concentra la mente en una sola actividad: repetir una palabra o frase, representarse una imagen, puede ser una flor o contar el número de respiraciones.

**Disociación:** Significa borrar preocupaciones de la mente. Es un mecanismo que puede aprenderse y se lleva a efecto procurando ignorar el mayor tiempo posible el problema, y así el organismo tiene ocasión de amortiguar el reflejo de lucha o huida reduciendo la an-

siedad ;entonces el sujeto podrá afrontar el problema real con una actitud más tranquila y racional.

**Concentración:** En un punto del cuerpo que debe ser unos centímetros por debajo del ombligo y dirige allí pensamientos, impulsos y sentimientos.

**Método del círculo familiar:** .Es un método gráfico que aporta información acerca de las atracciones y rechazos en el ámbito familiar, según la percepción de un miembro .Se le pide al sujeto que dibuje el lugar que ocupa cada miembro de la familia, a través de círculos en una circunferencia .El gráfico representa la imagen subjetiva de la familia y sus relaciones con el individuo, así pueden ser evaluadas las categorías como: distancias, jerarquía, espacios, límites.

**Una vez que se conozca esto, estaremos en condiciones de lograr:**

Satisfacción de necesidades, contribuir a que el sujeto tome conciencia de lo inoperante de sus intentos en buscar siempre la relación de sus síntomas con necesidades significativamente insatisfechas ,se le ayuda a diseñar y ensayar conductas más maduras ,encaminadas al logro de los objetivos propuestos y sobre todo animarle en los fracasos y reforzarle y estimularle en las nuevas conductas positivas ,la propia satisfacción de necesidades que irá adquiriendo constituirá una fuente de retroalimentación gratificante que enriqueció su personalidad, e incitará a seguir ensayando conductas positivas.

**Terapia instrumental:** Modifica la relación conducta-consecuencias y puede utilizarse tanto ante conductas deseables como indeseables. Luego que el paciente tenga una conducta positiva recibe gratificaciones lo que hace que reciba un reforzamiento positivo de su nueva conducta .Aquí se puede incorporar la técnica de Reforzamiento por fichas y la técnica de Interacción guiada, mediante las cuales se sabe como deben reaccionar los familiares ante las conductas patológicas. Este recurso es utilizado cuando el paciente cuenta con escasos recursos en su personalidad o su valoración de una situación es definitivamente incorrecta y la solución inadecuada está a punto de llevarse a la acción.

**Compromiso eventual:** Se basa en definir y hacer explícita las conductas que son deseadas, agradables de unos y de otros, para después negociar lo que debe dar cada uno para recibir del otro lo que espera.

**Token economy o técnica de reforzamiento por fichas:** Consiste el método en premiar con fichas las conductas que quieran reforzarse cada vez que estas se produzcan .Estas fichas tienen un valor previamente convenido para obtener algo de intensa motivación para el paciente .En estos pacientes es indudable que la motivación por la recompensa hace que se desarrollen conductas adecuadas que con la repetición se hacen habituales.

**Exteriorización de intereses:** La exploración de la personalidad del paciente permite al profesional hacer

una elección técnicamente orientada, de las actividades que mejor complementan las motivaciones del paciente y que, además, pueden determinar efectos beneficiosos.

**Entrenamiento auto asertivo:** Implica, en primer lugar, la reorganización cognitiva en la medida en que se provoca una toma de conciencia de la dinámica o el proceso psicológico que llevó al interesado a arraigar su propia expectativa de ser eficaz ;implica el refuerzo menudo y oportuno del menor inicio de motivaciones de cambio y la aparición de actitudes en la dirección de cambio; intervienen también en este entrenamiento el modelado de actitudes y conductas, y el ensayo de papeles. Cuando el registro básico ha concentrado las circunstancias y situaciones en que se constatan y evidencian las insuficiencias de asertividad ,el médico debe planificar ejercicios de entrenamiento a partir de lo que le sea más fácil y le prometa resultados en el actual repertorio conductual del interesado .Una vez que el interesado constata el beneficio obtenido en sus primeros ejercicios de conducta, lo estimulamos para que prosiga con los siguientes, invitándolo a fijar él mismo el objetivo inmediato que según su creciente expectativa de eficacia no pretenderá ir mucho más allá de sus posibilidades de desarrollo.

**Modelado e imitación:** Consiste en modelar los pasos sucesivos y paulatinos que se van reforzando hasta llegar a la meta.

#### **Anexo # 1**

#### **Guía comunitaria y familiar para la rehabilitación integral de pacientes con trastornos mentales crónicos.**

Las intervenciones específicas hacia la familia y comunidad deberán llevarse a cabo de forma simultánea, y no necesariamente con un orden rígido sino flexible y diferenciado para cada caso. El Qué Hacer y el Cómo Hacer están descritos de forma organizada, pero pueden variar su secuencia dependiendo de las circunstancias del paciente.

Las intervenciones específicas pueden utilizarse en todos los casos o seleccionar aquellas que sean oportunas; dependiendo del nivel de capacidad funcional del enfermo. Lo válido y común en todos los proyectos psicoeducativos dirigidos a estos pacientes, es que el éxito dependerá de la amplitud con que el abanico de actividades familiares y extrasectoriales estén presentes.

Los médicos y enfermeras de la familia en estrecha relación con el grupo básico de trabajo, incluido el psiquiatra que atiende el CCSC aplicarán de forma integrada, dinámica y flexible el proceso de rehabilitación psicosocial.

Para alcanzar una verdadera participación de la familia y la comunidad en el proceso rehabilitatorio, el equipo básico de trabajo tendrá presente que tanto la familia como la comunidad van a formar parte, en el sentido de pertenecer, ser integrante, tener parte, en el desempeño de acciones adaptativas y tomar parte, a partir de la

acción .

La familia y la comunidad se insertan en el proceso de forma activa y no pasiva, continua y no esporádica, bilateral y no unilateral con el equipo básico de trabajo en la ejecución de las acciones.

Se exponen estrategias sumamente amplias que incluyen gamas de posibilidades que dan respuestas a tan variadas necesidades.

Diseño de las intervenciones específicas dirigidas a la familia.

Verificar los recursos informativos, materiales y sociales con que cuenta la familia y la comunidad sobre el programa de rehabilitación del paciente.

Cada paciente requiere de un enfoque único, es necesario equilibrar las necesidades y posibilidades del paciente con la comunidad y la familia.

Comprobar la auto representación que tiene la familia y la comunidad con el modelo cognoscitivo de la enfermedad, lo que va a determinar el grado de aceptación de la enfermedad y el impacto sobre su manejo. La familia recibió entrenamiento del manejo del paciente en el Hospital Psiquiátrico y en el CCMS. La comprobación de los conocimientos estará dirigida a:

Identificar los conocimientos básicos respecto al padecimiento, saber cuáles síntomas se han presentado en el pasado, para que los miembros de la familia puedan darse cuenta mejor de lo que puede ocurrir en el futuro, detectar síntomas prodrómicos de descompensaciones y de recaídas potenciales de forma precoz tales como: agitación, hiperactividad, inquietudes paranoicas, angustia etc. Para evitar recaídas más severas precisar la jerarquización de los síntomas.

Conocimientos de medicamentos (dosis, frecuencias, reacciones adversas), resaltando la importancia de mantener la continuidad del tratamiento. Curso y pronóstico (aspectos que afectan el padecimiento y los que lo ayudan). Se educará a la familia en relación con el trastorno específico dependiendo de esta evaluación.

Establecer los objetivos reales y no los sentidos que persigue la familia con el paciente, para poder conocer lo que la familia espera alcanzar del paciente en su rehabilitación y el compromiso que ellos tienen para cumplirlo. Las metas deben ser explícitas, claras, y relevantes. Se deben evaluar los programas y las nuevas metas que definirán los próximos pasos de la rehabilitación.

Colocarse en todo momento lo positivo aceptando los fracasos, minimizando su importancia a través de nuevas oportunidades para alcanzar el éxito deseado.

Movilizar los recursos familiares para que esta familia sea capaz de mantenerse unida física y emocionalmente, resaltando ante todo los comportamientos positivos de la familia y su relación afectiva ( grado en que los miembros de la familia están involucrados con ella y quien lo está con el paciente ), la significación (lo que significa el paciente para su familia ).

Explorar qué intentos de solución ha elaborado la fami-

lia para enfrentar la situación actual, entre ellos: búsqueda de información profesional, aprendizaje de procedimientos específicos que ayuden al enfermo, responsabilidad del enfermo, si ha recaído en un miembro y no en todos, el afrontamiento de la enfermedad por los miembros de la familia, si estos estilos de enfrentamientos han sido de evitación, de distanciamiento, de confrontación o si por el contrario han sido de aceptación de la responsabilidad, de planificación ( qué nos ha dado resultado y con qué no nos ha ido bien ) para poder identificar la capacidad de resolver problemas ofreciendo otras alternativas de enfrentamiento, si fuera necesario .

Determinar la autoestima de la familia, explorando lo que más valora, lo que más le preocupa de su familia, las aspiraciones, sus logros, sus objetivos más estimados.

Eliminar los sentimientos de culpa de la familia si esta considera que tiene responsabilidad en la aparición de la enfermedad y los sentimientos de frustración en diferentes esferas, sea de índole material, de relaciones con el barrio, laborales u originadas por tener un miembro enfermo mental. Incrementar el manejo de la cotidianidad. Estructurar las actividades entre las tres actividades de vida: descanso, trabajo y recreación, para normalizar la vida del enfermo en la comunidad. Elevar la capacidad de reconocer, manejar las consecuencias del estrés, así como reducir y o eliminar los grados excesivos de estrés en el hogar, particularmente de tipo emocional e interpersonal vinculados con la rehabilitación o recidivas. Aceptar al paciente con su enfermedad para poder aprender a vivir con él.

#### **Procedimientos, técnicas y recursos psicoterapéuticos factibles a aplicar.**

- 1.- Reorientación cognitiva.
- 2.- Técnica de reforzamiento.
- 3.- Aprovechamiento de las potencialidades.
- 4.- Experiencia emocional correctiva.
- 5.- Escudo familiar.
- 6.- Técnicas psicofisiológicas.

Diseño de intervenciones específicas dirigidas a mejorar el funcionamiento familiar en la dimensión adaptabilidad.

Esclarecer la organización estructural de la familia, para propiciar mejor convivencia entre sus miembros basándonos en la existencia o no de las alianzas o coaliciones, los límites ( hasta dónde llega la familia ), la jerarquía ( grado de participación formal que tiene un miembro determinado en la toma de decisiones de la familia, quien decide lo que hay que hacer en la mayoría de las ocasiones y cómo se acepta por la familia, si estas decisiones se imponen o se analizan con el resto de los miembros ), el desempeño de los roles tradicionales y los idiosincrásicos, la autonomía, el control y las reglas. Si las condiciones lo requieren cambiar la organización interna que establece la interacción entre sus miem-

bros.

Fomentando familias estructuradas y flexibles para ayudar al paciente sicótico a organizarse.

Lograr que la estructura–funcional sea de apoyo mutuo y no independiente entre los diferentes miembros. Enfatizar en la responsabilidad, atención, interés mutuo, entrega e identificación de cada miembro de la familia ante este nuevo evento vital.

Promover alianza, asociación y lazos estrechos entre sus miembros con el paciente, proveerlo, en todo momento de afecto y apoyo emocional para lograr un mejor ajuste en sus relaciones, seguridad y auto evaluación.

Señalar a la familia que cuando el apoyo consiste en negar la enfermedad puede reforzar la negación como mecanismo de afrontamiento y esto obstaculiza que el paciente esté consciente de que padece una enfermedad, lo cual lo llevará a no cumplir con el tratamiento y que no acepte su enfermedad con los consiguientes efectos negativos que tiene este hecho.

Establecer límites adecuados entre familia y paciente, respetando la individualidad del paciente. Determinar las formas de control familiar, los patrones y reglas que adopta la familia para manejar los modelos. Orientar que las reglas deben ser estables. Evitar las amenazas e intimidación al paciente.

Convencer que la dinámica familiar no puede centrarse en las necesidades del paciente, sí ofrecer apoyo, cuidado, solidaridad y cooperación para así poder mantener el equilibrio entre los intereses y necesidades de cada uno de sus miembros con los de la familia como sistema.

Reestructurar el o los roles del paciente dentro de la familia, con vista a disminuir las responsabilidades que sobre él existían para modificar en caso necesario, la jerarquía familiar y establecer metas realistas en cuanto al desempeño de los roles que se le asigne, para que él perciba que está haciendo bien las cosas “paso a paso”.

Que el paciente no sienta que él recibe sin dar nada a cambio, lo que deteriora sus relaciones intrafamiliares. Muchas familias creen que el paciente es vago, que no quiere trabajar, que está todo el día durmiendo y que no hace nada, que es malo, que se hace el loco para pasarla mejor, pero la realidad es que todos esos síntomas son parte de la enfermedad y la familia puede hacer mucho para ayudarlo. Si está inactivo, lo mejor es investigar qué le ocurre, para descartar un exceso de medicación (¿dormiste mal? ¿Te acostaste temprano? ¿Qué crees que podrás hacer hoy?). Promover una actividad que ocupe el lugar del delirio. No asignarle el rol idiosincrásico de “loco” y sí el cumplimiento de otros roles comunes a la familia, complementarios y relativamente independientes. Si la familia y la comunidad devalúan al paciente, este se devalúa a sí mismo, pierde el interés en su incorporación al medio.

Establecer horario y disciplina con respeto a las actividades cotidianas que sirven como ancla en la realidad y

ayudan al enfermo a que se vuelva más autónomo en la planificación de su tiempo.

Fomentarle actividades de auto cuidado, toma de medicamentos, refuerzo de conductas adecuadas y decrementar aquellas inadecuadas para desarrollar la independencia. Desmitificar las creencias sobre estos pacientes, como son: que son violentos pues la mayoría son retraídos, destructivos, peligrosos, raros, que no pueden valerse por sí mismo y fomentar las creencias positivas: pueden llevar una vida normal buena parte del tiempo, existen muchas maneras de ayudarlo, pueden estar en libertad, cualquiera puede ser un enfermo mental, merecen apoyo.

Eliminar la sobreprotección, o el rechazo y el súper involucramiento (preocupación excesiva, demostrando ansiedad frente a problemas comunes). Orientar a la familia.

Valorar la necesidad de darles espacio para estar solos en algunos momentos. Si el paciente está enojado, tenso o incómodo, es aconsejable sugerirle que haga alguna cosa (escuchar música, salir a caminar) o dejarlo un rato a solas.

Enfrentar a los pacientes a pocos estímulos a la vez y que estos estímulos sean claros, simples y libres de exceso emotivo. Favorecer la orientación a la realidad social. Para ello es necesario que el médico y la enfermera de la familia desempeñen su labor como líderes de la comunidad, para fomentar el equilibrio social que el paciente mantenga con su medio. La participación social hará posible que el paciente sea aceptado, valorado y respetado así como integrar al paciente en la estructura social lo que contribuirá a la preparación individual de sentirse incluido o perteneciente a un entramado social, siendo esta dimensión subjetiva, el factor a través del cual la integración social promueve el bienestar, contribuye al auto desarrollo, promueve la autoestima y los sentimientos de control de la realidad.

Entrenar a la familia en el proceso de afrontamiento al estrés. Los dirigidos al problema se centran en la consideración de diferentes alternativas para solucionar el problema y los dirigidos hacia las emociones, evitar el autoreproche, la culpa, el distanciamiento y la evitación.

#### **Procedimientos, técnicas y recursos psicoterapéuticos factibles a utilizar:**

- Método del círculo familiar.
- Satisfacción de necesidades.
- Diseño y ensayo de conducta.
- Compromiso eventual.
- Sistema de fichas.

#### **Diseño de intervenciones específicas dirigidas a mejorar el funcionamiento familiar en la dimensión comunicación.**

Conocer el tipo de comunicación prevaleciente en la familia para poder resolver los conflictos y fomentar una comunicación necesaria, clara, directa, oportuna ( buscar el momento para decirle las cosas ) con el lenguaje

análogo ( lenguaje no verbal ), estable ( no se debe, ante un mismo hecho o acontecimiento, expresar una opinión en una ocasión y en otra lo contrario ) y específica ( lo que se manifiesta cuando decimos solo lo exacto, ni más ni menos ), y así evitamos la comunicación indirecta innecesaria, inespecífica, irracional, confusa e incongruente.

Detectar situaciones que dificulten la comunicación interpersonal, analizando las emociones, actitudes, motivaciones que condicionan estas conductas, para enseñar habilidades y destrezas facilitadoras que interfieran la comunicación.

Intensificar la comunicación, utilizando lenguaje pausado, cooperativo y no impositivo.

Establecer acuerdos verbales que puedan volver a discutir y renegociar tantas veces como lo exija el estado psíquico del paciente, a fin de mantener su participación. Evitar los comentarios críticos, de censura y hostiles, las críticas deben ser amables, claras, consistentes y específicas.

Realizar un intercambio simétrico (que la relación de los comunicantes tienda a ser igual) y evitar el complementario.

Reducir el aislamiento del paciente, provocado por la inadecuada percepción de la comunicación por su pensamiento, delirios, y la familia responde evitando los contactos, lo que conlleva a que se arraiguen más las conductas extrañas y disminuyan sus habilidades sociales.

Evitar los enojos cuando el paciente está inactivo, no gritarle, no obligarlo, sino preocuparnos por lo que le sucede y sugerirle que haga alguna cosa o dejarlo un rato solo. Si el paciente afirma que oye voces, se le responde: se que escuchas voces y eso te hace mucho mal. Pero yo no las escucho. Esto ayuda a que no pierda sentido de la realidad, pero al mismo tiempo no se niega lo que a él le está pasando, tampoco se le debe preguntar que le dicen las voces, ni que nos cuente qué le dicen pues esto fomenta el delirio del enfermo.

#### **Procedimientos, técnicas y recursos psicoterapéuticos afines a usar:**

1. Entrenamiento en comunicación positiva.
2. Modelaje de conducta.

Diseño de las intervenciones específicas dirigidas a la comunidad.

Identificar las necesidades de apoyo en cuanto a recursos, en conjunto con la redes de apoyo social de la comunidad.

Identificar organizaciones sociales que puedan interesarse en el proyecto para el apoyo del mismo. La comunidad apoyará a la familia en la búsqueda de realización personal y proyectos de vida loables del paciente o de algún miembro de la familia que se halla visto afectado por tener que atender al paciente para que este no se sienta como una sobrecarga familiar. Si el paciente po-

seía habilidades para desempeñar alguna actividad laboral, alentarle en su recuperación. De ser necesario, para darle solución a este aspecto, el equipo coordinará con los líderes formales de la comunidad, para que estos le brinden apoyo social de índole instrumental y social a la familia.

Desarrollar actividades útiles y rentables para estos pacientes que en su mayoría son desocupados por lo que se necesita el apoyo de la comunidad en la búsqueda de posibles fuentes de trabajo ya sean dentro de la comunidad o fuera de ella, o creación de empleos en la comunidad, teniendo en cuenta el nivel de preparación del enfermo. Se puede valorar también la inserción de estos pacientes a talleres formados en la comunidad, sean estos artesanales, culturales, para crearles relaciones con la comunidad. Propiciar actividades comunitarias para ayudar al paciente a salir de su aislamiento y restablecer vínculos con los demás. Buscarles actividades que le produzcan placer e intereses en una u otra esfera de la actividad humana, como puede ser el ejercicio físico. Mejorar el manejo de las relaciones interpersonales, como la cortesía, como el respeto y los derechos de los demás, saber cuando retirarse en caso de excitación.

#### **Procedimientos, técnicas y recursos psicoterapéuticos factibles a aplicar:**

1. Reorientación cognitiva.
2. Técnica de reforzamiento.
3. Aprovechamiento de las potencialidades.
4. Experiencia emocional correctiva.
5. Escudo familiar.
6. Técnicas psicofisiológicas (Entrenamiento autógeno de Schultz, meditación y concentración).

#### **Anexo # 2**

##### **Guía de discusión No 1: Dirigida al familiar del paciente psicótico.**

- Sobre conocimientos básicos de la enfermedad responde:
  - 1.- ¿Conoce Ud. los síntomas que ha presentado el paciente durante la evolución de la enfermedad? Si la respuesta es afirmativa mencione la sintomatología de su familiar enfermo.
  - 2.- ¿Piensa Ud. que en el futuro se pueden presentar nuevos síntomas?. ¿ Los conoce?.
  - 3.-¿ Cuales son los síntomas que anuncian una posible crisis?.
  - 4.-¿ Sabe Ud lo que es una recaída potencial?.
  - 5.-¿Existen síntomas más importantes que otros?. ¿Sabe Ud dar prioridades a estos síntomas?.
  - 6.-¿Cuál es la frecuencia, dosis y reacciones adversas de los medicamentos antipsicóticos que usa su familiar?.
  - 7.-¿ Cuáles son los aspectos que afectan el padecimiento? ¿Cuáles lo ayudan?.

- Expectativa de la familia respecto al proceso de rehabilitación.
- 8.- ¿Cree Ud que la rehabilitación le permite al paciente psicótico desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para llevar una vida independiente?.
- 9.- ¿Es la familia el eslabón fundamental en el proceso de rehabilitación?. Explique su respuesta.
- 10.- Durante la rehabilitación se presentan fracasos. ¿Cree que debe aceptarlos?.
- 11.- ¿Cree que la familia debe buscar información profesional sobre la enfermedad y su manejo? Ponga ejemplos.
- Respecto a la autoestima de la familia.
- 12.- ¿Qué responsabilidad tiene la familia en la aparición de la enfermedad?.
- 13.- ¿Afecta las relaciones sociales el hecho de tener un enfermo mental en la familia?. Explique su respuesta.
- 14.- ¿Cree que el paciente psicótico es una carga para la familia? ¿Si no lo tuviesen tendrían menos problemas económicos?.
- Dimensiones adaptabilidad y comunicación.
- 15.- ¿Es importante que en la familia estén bien establecidas las funciones de cada miembro? ¿Su familia funciona de esta manera? ¿Tiene su familiar, portador de psicosis, funciones dentro de la familia, metas establecidas?.
- 16.- ¿Cree que las decisiones de la familia las debe tomar uno de los miembros? ¿Es saludable para la familia que la decisión tomada se imponga sin posibilidad de análisis?.
- 17.- Ante una situación que requiera cambios en la organización interna. ¿Se es flexible y se aceptan los cambios? ¿Cree que fomentar familias estructuradas y flexibles puede ayudar al paciente psicótico a organizarse?.
- 18.- ¿Qué podría hacer la familia para lograr en el paciente psicótico un mejor ajuste en sus relaciones y en su autovaloración?.
- 19.- ¿Cree Ud que sería beneficioso para el paciente negar su calidad de enfermo?.
- 20.- ¿Qué opina Ud sobre el hecho de amenazar e intimidar al enfermo para lograr controlarlo?.
- 21.- ¿La familia tiene que centrarse en las necesidades del paciente? ¿Los intereses de los demás miembros dejan de ser importantes?.
- 22.- ¿Qué opina Ud acerca de si la sobreprotección, el rechazo y la preocupación excesiva constituyen conductas inadecuadas?.
- 23.- ¿Qué haría Ud cuando su familiar está inactivo? ¿Lo recriminaría?.
- 24.- ¿Sería bueno establecer horarios y disciplina respecto a las actividades diarias de un enfermo mental?.

25.- ¿Qué opina Ud acerca de las características de una buena comunicación en el marco familiar?.

### **Anexo # 3**

#### **Guía de discusión No. 2: dirigida a los líderes de la comunidad.**

##### **Reinserción social del enfermo.**

- 1.- ¿Por qué algunas personas creen que los enfermos mentales tienen dificultad en las relaciones interpersonales? ¿Cuál es su opinión al respecto?.
- 2.- ¿Qué cree Ud acerca de si se puede o no rescatar la actividad social y mejorar el manejo de las relaciones interpersonales de los enfermos mentales?.
- 3.- ¿Qué opina Ud de la reinserción social de estos pacientes?. ¿Se puede lograr a través de esta reducir síntomas y minimizar la marginalización? .

##### **Apoyo de la comunidad.**

- 4.- ¿Qué cree Ud acerca de si debe o no la comunidad involucrarse en la búsqueda de actividades útiles y rentables para estos pacientes? Menciones posibles fuentes de trabajo o entrenamiento.
- 5.- ¿Cree Ud que en el CDR se pueden propiciar actividades comunitarias para ayudar al paciente a salir de su aislamiento y restablecer vínculos con los demás? Argumente con algunos ejemplos.
- 6.- ¿Qué opina acerca de rescatar la capacidad laboral y crear nuevas oportunidades de realización personal en estos pacientes?

##### **Apoyo de otros sectores.**

- 7.- ¿Cuál es su opinión acerca del apoyo de otras organizaciones sociales en el proyecto de rehabilitación de los enfermos mentales?.
- 8.- ¿Cree que es posible que otros sectores se interesen en la rehabilitación de un enfermo mental?.
- 9.- Los sectores Cultura, INDER y Agricultura, además de Salud, podrían ser un importante punto de apoyo en el programa rehabilitatorio. ¿Qué opina al respecto?.
- 10.- Se ha realizado apoyo social a estas familias? ¿De qué índole?. ¿Informativo, motivacional, afectivo, material?

### **Anexo # 4**

#### **Guía de intervención número 2 dirigida a los líderes de la comunidad**

##### **Sesión # 1**

##### **Objetivos :**

- 1.- Presentación de cada uno de los miembros del equipo de trabajo.
- 2.- Presentación de los líderes de la comunidad.
- 3.- Información general del programa de trabajo de manera flexible, teniendo en cuenta la expectativa de sus integrantes.

##### **Procedimiento:**

- 1.- Recepción de cada uno de los integrantes del grupo por parte de los miembros del equipo de trabajo, previa presentación y su posterior ubicación en el

local destinado para el trabajo con los mismos.

2.- El profesional designado explicará de forma detallada las metas a alcanzar con el programa e indagará las expectativas de sus miembros respecto al paciente psiquiátrico utilizando la siguiente técnica:

- Técnica de análisis: La pesca de los clichés, esta se utiliza para reflexionar sobre estereotipos y mitos. Se dibujarán círculos concéntricos en el piso, en un papelógrafo, donde se irán colocando peces de cartón, que en el dorso deben tener escritos los estereotipos :enfermos mentales, lugar donde deben estar los enfermos mentales, si pueden integrarse o no a la comunidad, si son vagos, peligrosos, irresponsables, locos. Sobre lo anterior se pretende reflexionar. Se divide el grupo en dos subgrupos y se organiza la pesca en forma competitiva. Cada pescador reflexiona en su equipo sobre lo escrito y estas reflexiones se enriquecen en el subgrupo. De ambos grupos se seleccionará un relator para que explique como se presentan esos mitos en su comunidad, por qué se aceptan estos mitos, por qué los repetimos y que propuestas podrían modificar los mismos.

### **Sesión # 2 Reinserción social**

#### **Objetivos:**

- 1) Promover la participación de la comunidad en la intervención propuesta, para mejorar la inserción social de la familia y del paciente a la comunidad.
- 2) Incrementar la participación activa de los líderes en el proceso de rehabilitación del paciente.
- 3) Servir como modelo a otros consejos populares con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares.

#### **Procedimiento:**

- 1) Indagar por qué algunas personas creen que los enfermos mentales tienen dificultad en las relaciones interpersonales.
- 2) Se llevará a debate si se puede o no rescatar la actividad social y mejorar el manejo de las relaciones interpersonales de estos pacientes, si la comunidad debe involucrarse en la búsqueda de actividades útiles y rentables para estos pacientes, mencionar posibles fuentes de trabajo o entrenamiento, si el CDR puede propiciar actividades comunitarias para ayudar al paciente a salir de su aislamiento y restablecer vínculos con los demás, opiniones acerca del apoyo de otras organizaciones sociales en el proyecto.

Se utilizará la técnica de aprovechamiento de potencialidades.

### **Sesión # 3 Relacionándonos con la esquizofrenia**

#### **Objetivos:**

- 1) Informar a los líderes de la comunidad acerca de la enfermedad, síntomas, curso, pronóstico, factores que ayudan y factores que entorpecen el pronóstico,

manejo de la enfermedad.

- 2) Habilitar a los líderes de la comunidad en el manejo del paciente esquizofrénico.

#### **Procedimiento:**

- 1) Se ofrecerá una charla educativa donde el especialista explicará las características de la enfermedad, síntomas más relevantes, se hará énfasis en el papel protagónico de la familia y la comunidad en la rehabilitación e inserción social de los enfermos mentales crónicos.
- 2) Se utilizará la técnica de discusión de gabinete: se preparará de antemano un documento que recoja los posible problemas que puede presentar el paciente en la comunidad. Este documento será entregado quince minutos antes del comienzo de la sesión, se seleccionará un participante que dirija la sesión y un secretario, el designado para dirigir la actividad dará su opinión sobre las posibles soluciones que el ve ante el problema y así el resto de los miembros expondrá sus opiniones y propuestas de solución. El psiquiatra expondrá las habilidades que debe tener un líder para manejar los enfermos mentales crónicos.

### **Sesión # 4 Cuenta con mi apoyo**

#### **Objetivos:**

- 1) Lograr que los participantes se comprometan con el proyecto.
- 2) Definir el plan de acción con los líderes de la comunidad.
- 3) Conocer la calidad de la intervención.

#### **Procedimiento:**

- 1) Mediante la técnica de juicio grupal ponderado se procederá a identificar y priorizar los problemas de cada uno de los pacientes esquizofrénicos, por parte de los representantes de la comunidad.
- 2) Se confeccionará un plan de acción mediante la técnica de lluvia de ideas. Este plan de acción tendrá indicadores evaluativos con cada una de las actividades según las siguientes categorías:
  - Excelente
  - Notable
  - Deficiente
  - Insuficiente

Para finalizar la sesión se aplicará la técnica de la carta. A cada participante se le entrega una hoja con la consigna; escriba una carta a un amigo o amiga, donde le cuente:

- Lo que más le gustó de la actividad.
- Lo que menos le gustó.
- Lo que cambiaría si volviera a iniciarse el trabajo en grupo.
- Las cosas nuevas que aprendió.
- Las cosas sobre lo que le hubiera gustado conocer más.

- Que planes nuevos tiene una vez concluido el trabajo en grupo.

Esta técnica nos dará a conocer la calidad de la intervención.

### **Anexo # 5**

### **Guía de intervención número 1 dirigida al familiar del paciente psicótico.**

#### **Sesión # 1 Conozcámonos**

##### **Objetivos:**

- 1-. Presentación del moderador y los dos relatores.
- 2-. Presentación de los familiares que participan en el proyecto.
- 3-. Conformar el grupo.
- 4-. Explicar el proyecto.

##### **Procedimiento:**

- 1-. Previa citación personal al familiar, una vez en el CCSM se recibirán en el local y se les permitirá que se ubiquen en el sitio que ellos decidan, lo que permitirá al equipo reconocer qué familiares están más motivados y comprometidos en la actividad, cuáles tienen relaciones entre sí.
- 2-. Los miembros del equipo se presentarán.
- 3-. Utilizando la técnica participativa de presentación:
  - . Como estaba mi familiar hace tres años.
  - . Como está hoy mi familiar.
  - . Como yo deseo que esté dentro de tres años.
- 4-. Conformando las expectativas que tiene cada familiar de su enfermo es que pasamos a explicar en qué consiste el proyecto.
- 5-. Se le solicita al grupo que establezcan las normas, reglas, horarios, frecuencias de cómo funcionará el mismo.

#### **Sesión # 2 Aprendamos**

##### **Objetivos:**

- 1-. Reconocer los síntomas pasados, actuales y futuros de la enfermedad.
- 2-. Detectar síntomas prodrómicos (agitación, delirio, modificaciones del sueño, preocupaciones extrañas, hiperactividad, angustia, ideas paranoides) de forma precoz para evitar recaídas potenciales.
- 3-. Precisar la jerarquización de los síntomas
- 4-. Identificar aspectos que afectan y los que ayudan en el curso de la enfermedad.
- 5-. Comprobar la autorepresentación que tienen las familias en el modelo cognoscitivo de la enfermedad lo que va a determinar el grado de aceptación de la enfermedad.

##### **Procedimiento:**

- 1-. Se utilizará la técnica de reorganización cognitiva individualmente, para después en colectivo compartir, dialogar lo común, lo necesario, lo importante de conocer la enfermedad.
- 2-. El moderador resumirá la actividad indagando lo sig-

nificativo para ellos de conocer la enfermedad de su familiar.

- 3-. Se les pedirá a los familiares que ejemplifiquen vivencias, de cómo con la adquisición de estas informaciones, ellos pueden convivir mejor con su familiar esquizofrénico.
- 4-. Se aplicará la técnica de aprovechamiento de potencialidades.

#### **Sesión # 3 Apoyémoslos**

##### **Objetivos:**

- 1-. Precisar los medicamentos utilizados para la enfermedad, su frecuencia, dosis, reacciones adversas, efectos, beneficios, continuidad.
- 2-. Valorar la importancia de la relación médico- familia.
- 3-. Reconocer los riesgos que ocasiona el abandono de la medicación.

##### **Procedimiento:**

- 1-. Se aplicará la técnica de animación de refranes para conformar las parejas y se les pedirá que entre ellos digan qué medicamentos utiliza su familiar y si conocen su clasificación, su frecuencia, dosis, efectos secundarios, beneficios y por qué tiempo deben administrárselo. La pareja que mejor lo informe se gratificará y así recibirá un reforzamiento positivo por su conducta.
- 2-. Se le entregará una hoja de trabajo para que cada familiar escriba los métodos que ellos han utilizado para suministrar los fármacos a su familiar, distinguiendo los que le han dado resultado y los que no, para ayudarlos a diseñar y ensayar conductas encaminadas al logro que representa para el paciente el hecho de no abandonar el tratamiento y sean ellos, los pacientes, los que se ocupen de autoadministrárselo.
- 3-. El psiquiatra ofrecerá una técnica educativa: dinámica grupal donde se expondrá la importancia de la relación médico - familia como factor de protección, así como los riesgos – costo – beneficios que ocasiona el abandono del tratamiento.

#### **Sesión # 4 Ponderémoslos**

##### **Objetivos:**

- 1-. Precisar los objetivos y metas sentidos – reales que persigue la familia con el paciente.
- 2-. Identificar la autovaloración de familia.
- 3-. Explorar los procedimientos específicos en la familia para enfrentar la situación actual.

##### **Procedimiento:**

- 1-. Se le entrega una hoja de trabajo a cada uno y se le solicita que en la línea que aparece con la puntuación de 0 – 100, ellos coloquen a su familiar enfermo en un puntaje según como ellos lo ven, respecto a su enfermedad y luego marquen otro punto donde ellos desearían que estuvieran. Se le pedirá a cada participante que enumere los motivos que lo llevaron a darle la puntuación inicial y cuán distante está de

la deseada. Se le explicará a cada participante lo real o no de su valoración y la importancia que tiene establecer metas realistas, claras, relevantes, evaluando los procesos que definirán los próximos pasos en la rehabilitación y evitar falsas expectativas que nos llevan a frustraciones.

2-. Se le administrará otra hoja en blanco para que dibujen un escudo y representen gráficamente las respuestas a seis preguntas que son las siguientes.

- El máximo logro familiar.
- Una costumbre que los caracterice.
- Lo que más valora de su familia.
- Lo que más le preocupa de su familia
- El objeto más estimado del hogar

Una vez respondidas estas interrogantes se deben precisar las formas positivas de los valores y qué cambios se deben realizar aprovechando lo bueno que hay en ello.

3-. Se aplicará la técnica lluvia de ideas acerca de: se le preguntará al grupo si ellos han solicitado ayuda profesional, si conocen procedimientos específicos que ayuden al enfermo, de quién es la responsabilidad de cuidar al enfermo.

Las familias se subdividirán y seleccionarán los procedimientos utilizados que le han dado resultado.

- a) Negar la enfermedad.
- b) Desmitificar las creencias negativas sobre estos pacientes: raros, violentos, retraído, peligrosos, que no pueden valerse por sí mismos.
- c) Reforzar conductas adecuadas y decrementar aquellas inadecuadas para desarrollar la independencia.
- d) Necesidad de darle espacio para estar solos en algunos momentos, si está enojado, tenso o incómodo es aconsejarles decirles que haga alguna cosa (oír música, salir a caminar o dejarlo solo un rato).
- e) Enfrentar al paciente a pocos estímulos a la vez y que estos estímulos sean claros, simples, libres de excesos emotivos.
- f) La dinámica familiar no puede centrarse en las necesidades del paciente, aunque sí ofrecer apoyo, cuidado, solidaridad, cooperación.
- g) Que el paciente no sienta que él recibe si dar nada a cambio, lo que deteriora su autoestima y provoca sentimientos de minusvalía.
- h) Hay familias que creen que el paciente es vago, que no quiere trabajar, que no hace nada, que se hace el loco para pasarla mejor. La realidad es que estos síntomas son parte de la enfermedad. No enojarse sino investigar qué le ocurre para descartar un exceso de medicación ¿Dormiste mal? ¿Qué crees que podrías hacer hoy?
- i) Promover una actividad que ocupe el lugar del delirio.

j) Si el paciente afirma que oye voces, se le responde: sé que escuchas voces y te hace mucho mal. Pero yo no las escucho. No se le debe preguntar qué le dicen las voces.

k) Asignarles tareas paso a paso.

Se analizarán todos estos modelos de manejo en hogar y se les preguntará su utilidad y si son aplicables en su caso.

Se concluye la actividad aclarando que pueden aumentarse otras posibilidades, aunque consideramos que estas son las más frecuentes.

### **Sesión # 5 Confrontémonos**

#### **Objetivos:**

1. Reconocer los estilos de enfrentamiento.
2. Identificar las emociones y sentimientos que predominan.

#### **Procedimiento:**

1. En la actividad de hoy realizaremos la técnica participativa nombrada "El Juicio". Debemos seleccionar un secretario, un fiscal, la defensa, demandante, el tribunal y el demandado.

Se presentarán diferentes acusados; cada acusado ha practicado algún estilo de enfrentamiento (evitación, confrontación, distanciamiento, aislamiento) que son los no adecuados. Se escogen porque la posibilidad de que estas formas de confrontar la realidad es susceptible a realizarse con estilos de planificación, reevaluación y responsabilidad.

Mensaje clave para enfrentar las situaciones, se hace necesario:

- Qué conocimientos tenemos sobre ese comportamiento del paciente (información).
- Esos conocimientos están dados por el especialista, por mi experiencia, por la experiencia de otros (valoración social).
- El momento en que ocurre, cómo estaba yo en ese instante, cómo estaba el paciente (situación específica).
- Como soy yo, reconocer mis características habituales de comportamiento, mi forma de pensar, ser y actuar.
- Elegir la buena opción.
- Valorar los resultados.

Todo lo anterior tiene un objetivo fundamental: potencializar las conductas adecuadas y minimizar las menos adecuadas.

- 2) Entrenar los pacientes en técnicas de :

- Disociación
- Relajación
- Meditación

- 3) Se utilizará la técnica participativa "la bolsa" donde se colocarán papeles que contengan una emoción o sentimientos: Frustración, sentimiento de culpa, amor, odio, pena, alegría, miedo, tristeza, ansiedad,

dolor, fracaso, remordimiento, éxito, reproche. El familiar aplicará esta emoción a una situación real con el paciente y expondrá su experiencia de si ha logrado superarlo o no. Se le preguntará al grupo si ellos han presenciado esa emoción.

Se utilizarán técnicas de experiencia emocional correctiva:

- Concientización de las causas de esas emociones.
- Vivenciar las consecuencias de sus actos.
- Movilización afectiva.

- 4) Enfrentar las emociones identificando la posibilidad de cambiar, estar seguro de lograrlo, orientándose hacia el futuro, lo bueno que implica cambiar sus sentimientos.

Se termina la actividad reforzando las emociones positivas que ellos han sentido y cómo pudieran transmitirse al resto de la familia. Se preguntará:

¿Cómo se han sentido?

¿Qué han aprendido?

¿Es loable, alcanzable?

### **Sesión # 6 Adaptémonos en familia**

#### **Objetivos:**

- 1) Esclarecer la organización estructural y funcional de la familia.
- 2) Enfatizar en el funcionamiento de la familia en cuanto a: apoyo mutuo, responsabilidad, aceptación, entrega e identificación.
- 3) Determinar las formas de control familiar, patrones y reglas que acepta la familia para manejar los modelos.
- 4) Esclarecer la cotidianidad.
- 5) Reforzar técnicas de afrontamiento al estrés.

#### **Procedimiento:**

Se le entrega a cada participante una hoja en blanco donde se pedirá que dibuje, mediante círculos, el lugar que ocupa cada miembro de la familia (método de círculo familiar) para así evaluar las categorías: jerarquía, espacio, límites, distancia, alianza, asociación. Cada miembro expondrá al grupo su dibujo, lo intercambiarán por 10 minutos y el equipo en un papelógrafo tratará de resumir lo común de estas familias con los pacientes. Se reconocerán aceptaciones, rechazos, interacciones, dependencias, límites. Una vez identificadas las estructuras y funcionamientos se reforzará que lo más importante es entre todos resolverlos y superarlos.

Se les pedirá a los participantes que respondan las siguientes preguntas:

- ¿Quién decide lo que hay que hacer en la mayoría de las ocasiones, y cómo se acepta por la familia?
- ¿Las actividades dentro del hogar se realizan de forma independiente entre los diferentes miembros?
- ¿Ante los nuevos acontecimientos, recaídas, ingresos, cada miembro se involucra independientemente

o en conjunto?

- ¿Todos los miembros de la familia le ofrecen al paciente afecto, apoyo, cooperación, solidaridad o algunos sí y otros no, quiénes?
- ¿Consideran que respetan la individualidad del paciente?
- ¿Se amenaza o intimida al paciente?
- ¿En su familia se satisfacen mutuamente las necesidades e intereses del grupo?
- ¿Qué estilo de control familiar predomina en su familia: sobreprotección, rechazo, inconsistencia, limitante, superenvolvimiento?
- ¿Existe o no flexibilidad en el cumplimiento de normas, reglas?
- ¿Cuáles son los mitos de su familia, cómo identifican a cada uno de los miembros? Insistir en comprobar el rol idiosincrático del paciente y cómo esto se involucra con la autoestima y autoconcepto del paciente.

En una hoja de trabajo cada integrante elaborará lo real que hasta el momento realiza su familiar enfermo, para discutir luego en plenario la necesidad de: Autofijación del ritual para la toma de medicamentos (hora, forma) horario y disciplina con respecto a actividades cotidianas que sirven como ancla en la realidad y ayudan a que el enfermo se vuelva más autónomo en la planificación de su tiempo. Fomentarle actividades de auto cuidado, de independencia, roles del paciente, metas realistas en el desempeño de los roles que realice, enfrentar al paciente a pocos estímulos a la vez. Se lleva a reflexionar cómo lo hacían antes y cómo lo harán ahora para que valoren los beneficios. Se adiestrarán en técnicas de ensayos de conductas, compromiso eventual y sistema de fichas. La actividad finalizará con la técnica de relajación, meditación, disociación como técnicas para enfrentar el estrés.

### **Sesión # 7 Interactuemos**

#### **Objetivos:**

- 1) Identificar el tipo de comunicación prevaleciente en la familia para resolver los conflictos y fomentar una adecuada interacción.
- 2) Detectar situaciones que dificulten la comunicación interpersonal.
- 3) Reducir el aislamiento de los pacientes.

#### **Procedimiento:**

- 1) Se comienza la actividad pidiéndole a los familiares que expongan si durante la semana han practicado los ejercicios de relajación ante situaciones provocadoras de estrés, si los benefició o no y se da paso al ejercicio de técnica de relajación de respiración y de Jacobson.
- 2) Se ofrece lectura de diálogos confeccionados con el fin de que se identifiquen los tipos de comunicación:
  - 5) Agresiva-pasiva-assertiva.
  - 6) Oportuna (buscar el momento para decir las

cosas).

7) Específica ( decir lo exacto).

8) Estable ( no se debe ante un mismo hecho expresar una opinión en una ocasión y en otra lo contrario).

Con estos aspectos evitamos la comunicación indirecta, innecesaria, inespecífica, irracional e incongruente; para este último elemento se utilizarán dramatizaciones donde se le solicitará a cada participante que ejemplifique con gestos algún mensaje, luego, que diga una frase amorosa con tono, timbre, cadencia que sea incongruente con lo dicho y así el grupo irá debatiendo lo frecuente que es en la comunicación la no coincidencia del significado de las palabras con la forma en que se dicen, por lo que se hace necesario el lenguaje pausado, cooperativo y no impositivo.

3) Se llevarán a debate situaciones en las que hay que censurar comportamientos en los pacientes, analizar en qué forma las realizamos, aprender a efectuarlas en forma amable, clara, consistente y específica.

4) Se efectuarán las siguientes preguntas :

Cuando su familiar inicia una conversación fundamentada en sus delirios ¿ qué posición ustedes asumen?. ¿Evitan el contacto, le preguntan sobre el delirio, lo critican por lo irreal de su pensamiento, se enojan?

Finalizar la actividad ofreciendo entrenamiento en comunicación positiva.

### **Sesión # 8 Lo hicimos**

#### **Objetivos:**

- 1) Realizar la técnica de grupo focal para evaluar el proyecto.
- 2) Cohesionar a la familia para propiciar la continuidad de sus relaciones.

#### **Procedimiento:**

- 1) Se aplicará el grupo focal con la guía de preguntas donde se evalúan los elementos del programa, con el objetivo de constatar cambios en cuanto a infor-

mación, dimensión adaptabilidad y comunicación de la psicodinámica de la familia.

- 2) Se aplicará la técnica "el pozo" que consiste en que cada familiar depositará en el pozo tres comportamientos que el no volverá a utilizar con su familiar enfermo, lo que deja atrás de su familia y le expondrá al grupo sus principales compromisos con ellos. Cuando el último participante termine la técnica se fomentará que se den las manos, se expresen afecto, aceptación y pertenencia.

Se les pedirá por escrito el PNI y finalizará la sesión con un brindis.

### **Anexo # 6**

#### **Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).**

- 1- Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.
- 2- En mi casa predomina la armonía.
- 3- En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.
- 4- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.
- 5- Nos expresamos sin insinuaciones y de forma clara y directa.
- 6- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.
- 7- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.
- 8- Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.
- 9- Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.
- 10- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.
- 11- Podemos conversar diversos temas sin temor.
- 12- Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.
- 13- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.
- 14- Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

**Anexo # 7****Evaluación del paciente esquizofrénico****Nombre:****Fecha de evaluación:****Relaciones sexuales**

- Indiferente \_\_\_\_\_
- Masturbación \_\_\_\_\_
- Indiscriminada \_\_\_\_\_
- Con estabilidad emocional \_\_\_\_\_
- Interés por constituir un hogar \_\_\_\_\_

**Relaciones consigo mismo:**

- . Realiza intento suicida \_\_\_\_\_
- . Discretamente agresivo contra sí mismo \_\_\_\_\_
- . Indiferente \_\_\_\_\_
- . Preocupación por el alivio de sus molestias \_\_\_\_\_
- . Preocupación por su integración social \_\_\_\_\_

**Relaciones con su familia:**

- . Agresividad manifiesta \_\_\_\_\_
- . Agresividad velada \_\_\_\_\_
- . Indiferente \_\_\_\_\_
- . Poco comunicativo \_\_\_\_\_
- . Adecuado y cariñoso \_\_\_\_\_

**Relaciones con sus vecinos:**

- . Agresividad manifiesta \_\_\_\_\_
- . Agresividad velada \_\_\_\_\_
- . Indiferente \_\_\_\_\_
- . Se relaciona adecuadamente \_\_\_\_\_
- . Participa en actividades del CDR \_\_\_\_\_

**Actividades sociales:**

- . Se niega a participar \_\_\_\_\_
- . Permanece sin participar \_\_\_\_\_
- . Participa con dificultad \_\_\_\_\_
- . Si se motiva participa bien \_\_\_\_\_
- . Participa con entusiasmo \_\_\_\_\_

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Levav I. Temas de Salud Mental en la Comunidad. En: Almeida- Filho N. Fundamentos de epidemiología para los trabajadores de salud mental en la comunidad. Washington : OPS;1992. p.29-55. Publicación Científica No. 19.
- 2.- Castañeda C, Freyre J. ¿Reforma o reestructuración psiquiátrica?. Psiquis 1994; 3 (6): 15-8.
- 3.-Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalización: Otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). Rev Asoc Esp Neuropsiq 2002; VII (2): 163-5
- 4.- Louro Bernal I. Atención familiar. En:Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. La Habana:Editorial de Ciencias Médicas;2001.p. 209- 278.
- 5.- Sorín M. Psicoterapia y Médico de la Familia. La Habana:Editorial de Ciencias Médicas; 1998.
- 6.- Clavijo A. Manual de Psiquiatría para el Médico de la familia.Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1989.
- 7.- Barrientos G, Castro I. Tendencias actuales en Psiquiatría. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica;1989.
- 8.-González R. Psiquiatría para médicos generales. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica; 1988.
- 9.-González Abreu Y.La rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico en el municipio de Cumanayagua.. [Trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Psiquiatría].2000.Policlinica Cumanayagua, Cienfuegos.
- 10.-Volmer C, Portas A, Tortora G. El paciente psicótico. Su integración a la comunidad. Evaluación de las experiencias europeas y norteamericana. Posible aplicación en la ciudad de Buenos Aires. Alcmeon 1998;18(3):24-30.
- 11.-Cuba.Ministerio de Salud Pública. Registros básicos del subsistema de medicina familiar. Carpeta metodológica de atención primaria de salud. La Habana:MINSAP;2001.
- 12.- Ortiz Gómez MT. La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15 (3):303-9.

**Consideraciones Éticas****Carta de consentimiento al familiar del paciente psicótico.**

Estimado familiar:

Por este medio le informamos que se realizará una investigación con el objetivo de aplicar un programa dirigido a la comunidad y a la familia de los pacientes con trastornos mentales crónicos, solicitamos su consentimiento a pertenecer al grupo de estudio. Sus opiniones nos interesan. Su decisión de participar es de carácter totalmente voluntario. Su colaboración consiste en participar en el debate del tema, que se realizará antes y después de la intervención. Atentamente.

**Carta de consentimiento a los líderes de la Comunidad.**

Estimado Compañero:

Por este medio le informamos que se realizará una investigación con el objetivo de aplicar un programa dirigido a la comunidad y a la familia de los pacientes con trastornos mentales crónicos, solicitamos su consentimiento a pertenecer al grupo de estudio. Sus opiniones nos interesan. Su decisión de participar es de carácter totalmente voluntario. Su colaboración consiste en participar en el debate del tema, que se realizará antes y después de la intervención. Atentamente.